

EQUIPO DE ACOMPAÑAMIENTO E INVESTIGACIÓN EN MORTALIDAD PERINATAL EN EL MARCO DE MATERNIDADES CENTRADAS EN LA FAMILIA. COMUNICACIÓN PRELIMINAR

Dr. Pablo López Mautino,^a Lic. María Rosa Ramírez^b

Introducción

La muerte perinatal constituye una de las situaciones más difíciles de enfrentar en nuestra práctica diaria. Cuando el resultado de un proyecto familiar se convierte en un fracaso, la necesidad de encontrar una respuesta se torna imprescindible, tanto para esa familia como para el equipo de salud.

Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal resulta de la suma de las mortalidades fetal y neonatal precoz (<7 días). Con el objetivo de crear interpretaciones racionales, en nuestro medio la mortalidad fetal (MF) se divide en **precoz** (peso menor a 500 g y edad gestacional menor a 22 semanas), **intermedia** (peso mayor o igual a 500 g y/o edad gestacional mayor a 22 semanas y menor a 28) y **tardía** (peso mayor o igual a 1.000 g y/o edad gestacional mayor o igual a 28 semanas). La mortalidad perinatal resulta de la suma de la mortalidad fetal intermedia y tardía más la mortalidad neonatal precoz, definición adoptada por la OMS.

La tasa de mortalidad perinatal se calcula por cada mil niños nacidos vivos y muertos. “Es un indicador que resume el riesgo de morir del feto y del recién nacido como consecuencia del proceso reproductivo. Contribuyen, además, los factores ambientales y el grado de desarrollo social, económico y sanitario de un país.”

“La OMS informa que la mortalidad ligada al embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil. Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida. De estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98%

ocurren en países en vías de desarrollo. La mortalidad perinatal se ha mantenido sin cambios en las últimas décadas y ocupa el primer lugar como causa de muerte infantil, por lo que debe ser considerada como problema prioritario de Salud Pública.”

“La cifra de muertes de recién nacidos en los países en desarrollo tampoco ha recibido la atención merecida. Casi el 50% de las muertes de menores de 5 años –lo que equivale a 3,7 millones en 2004 según la OMS– se producen durante los primeros 28 días de vida. Tres cuartas partes de las muertes neonatales ocurren durante los primeros siete días, en el período neonatal temprano. La mayoría de ellas son prevenibles.”

Para identificar aspectos de la calidad en el nivel poblacional e institucional que se puedan mejorar, se utilizan tres tipos de indicadores de mortalidad –neonatal, fetal y posneonatal– cada uno de los cuales refleja distintos aspectos del sistema de cuidados de salud perinatal. La mortalidad neonatal refleja los cuidados intrahospitalarios, sobre todo cuando se ajusta por el peso al nacer. Tasas altas indican que se debe prestar atención a la calidad de la asistencia que brindan los servicios de obstetricia, neonatología y la red de transporte materno infantil. La mortalidad fetal refleja el cuidado prenatal y en menor medida el cuidado que se brinda en el hospital (trabajo de parto y parto). Tasas elevadas pueden estar indicando alta frecuencia de patología en la población, problemas en el acceso a la atención perinatal o inadecuada detección y corrección de los factores de riesgo o patología. La mortalidad posneonatal refleja la disponibilidad y calidad de la atención primaria en la comunidad, o sea, las condiciones de salud comunitarias (*Tabla 1*).

Si bien las tasas de mortalidad perinatal, a pesar de los avances científicos y tecnológicos, no han variado significativamente en los últimos años en países en desarrollo, se observa una preocupación constante por el tema. En Chile, se ha logrado una

a. Médico Tocoginecólogo, miembro de planta del HMIR Sarda

b. Psicóloga Clínica, Servicio de Salud Mental del HMIR Sarda. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Correo electrónico: empsarda@gmail.com

mejoría y presenta tasas de mortalidad perinatal cercana a la de los países desarrollados, producto de las políticas de salud que han implementado los diferentes gobiernos para reducirlas, implementando acciones preventivas como el control de la fecundidad, la amplia cobertura del control prenatal y de la atención profesional del parto, la alimentación suplementaria de la embarazada, la prevención del parto prematuro, etc. Así como también trabajar en disminuir las brechas de desigualdad de estos indicadores en los diferentes sectores sociales del país (Tabla 2).

En el HMIRS, por ser un centro de alta complejidad, la tasa de mortalidad perinatal se ha mantenido constante, presentando un leve descenso en los últimos años. Los resultados en el 2008 (para 7.000 nacimientos anuales) se observan en la Tabla 3.

Desarrollo del Proyecto

Frente a la conmoción que ocasiona la muerte de un hijo, se observaba con frecuencia que las pacientes quedaban sin referentes en la institución y con dificultades en la obtención de resultados que clarificaran las causas del deceso. La ausencia de una coordinación programada dificultaba las acciones tendientes a facilitar un seguimiento de la mujer y su familia.

La muerte de un hijo por nacer genera dolor, angustia, miedo, tristeza, enojo en la embarazada y en sus familiares. El equipo de salud que interviene, no queda ajeno al dolor y ensaya diferentes respuestas ante el suceso. Es por esto que hemos conformado un equipo multidisciplinario de acompañamiento e investigación en mortalidad perinatal en el marco de Maternidades Centradas en la Familia. El mismo está conformado por médicos obstetras, patólogos,

Tabla 1. Estimaciones de la mortalidad perinatal por regiones en 2000

Región	Tasa de Mortalidad perinatal (x mil nacidos vivos + fetos muertos)	Número de muertes perinatales
África	55,4	1.722.000
Septentrional	31,8	149.000
Subshariana	59,6	1.573.000
Asia	45,7	3.599.000
Oriental	32,1	666.000
Centromeridional	56,9	2.319.000
Sudoriental	34,8	417.000
Occidental	36,7	196.000
América Latina y el Caribe	21,0	244.000
Oceanía	44,7	11.000
Total mundial	42,4	5.707.000
Países desarrollados	10,2	130.000
Países en desarrollo	45,8	5.577.000

Fuente: OMS-2006.

Tabla 2. Mortalidad Perinatal en Latinoamérica

Países	Tasa (x 1.000 nacidos vivos + fetos muertos)	Número anual de muertes
Argentina	16,3	11.194
Bolivia	55,0	14.030
Brasil	22,5	78.093
Chile	8,8	2.512
Colombia	24,0	23.357
Ecuador	45,0	13.266
Paraguay	40,0	6.976
Perú	23,0	14.382
Uruguay	16,5	942
Venezuela	23,7	13.796

Fuente: www.clap.ops-oms.org

genetistas, neonatólogos y psicólogos. El objetivo principal radica en acompañar a las familias en el inicio del proceso de duelo, y proveerles todas las respuestas posibles o las que se hayan podido encontrar a fin de que logren comprenderlas, facilitando tanto la aceptación de la pérdida como el intento de prevenir posibles repeticiones en futuros embarazos por patología orgánica.

Cuando una paciente experimenta la muerte de un hijo, emerge en el equipo de salud una gran dificultad para escucharla y para alojarla. Generalmente es trasladada, a veces sin su consentimiento (o se la persuade), de la sala de internación obstetricia a la sala de ginecología porque “ahí no hay bebés”, pero también es una manera de correrla de la mirada de otras pacientes gestantes tanto como de la propia mirada del obstetra y del fracaso de la especialidad. Es así como se tiende a evitarla, se le habla para darle recomendaciones, pero hay una enorme dificultad para escucharla, para acompañarla en el duelo.

Actualmente el equipo médico ha comprendido la importancia de mostrarle el hijo fallecido a los padres. Se reconoce la conveniencia de que puedan verlo y tocarlo aún en aquéllos que poseen alguna malformación. Con el tiempo los obstetras se han ido familiarizando con la idea de velar (tapar) aquellas partes malformadas en el niño de manera tal que los padres puedan conectarse con sus hijos de manera más cuidada. No siempre en el momento inmediato al parto las pacientes aceptan esa propuesta, bajo el efecto de la conmoción prefieren no ver. El niño es mostrado a algún familiar o amigo a los fines de facilitar posteriormente un relato (sexo, rasgos, etc.) que permita crear una imagen de éste. Es habitual que las madres se replanteen esa decisión y pidan ver a su niño con posterioridad. En ese momento, el equipo de salud deberá implementar los mecanismos necesarios para que se logre esa visita y favorecer el inicio de los rituales.

El Equipo de Acompañamiento e Investigación en Mortalidad Perinatal, trabaja en sostener y garantizar las buenas prácticas para estas pacientes y para sus familias. Es así como se los aloja y acompaña

Tabla 3. Tasa de mortalidad fetal tardía, neonatal precoz y perinatal (Sardá, 2008)

	Tasa x 1000
Fetal tardía (> 28 sem.)	5,1
Neonatal precoz (< 7 días de vida)	7,0
Mortalidad perinatal	12,1

Nota: En la tabla se calculó la tasa de MP utilizando la mortalidad fetal tardía.

Fuente: Estadísticas Mat. Sardá 2008.

en el inicio del proceso de esta pérdida, escuchando y ordenando, e intentando corregir aquellos desvíos de las prácticas recomendadas que, por avatares institucionales o por las particularidades de cada familia en cuestión, no se realizaron (tales como ver al bebé, suministrar datos referidos al tema, conexión con el obstetra de control ambulatorio, etc.). Asimismo, se trabaja sobre la conveniencia de encontrar respuestas a través de la autorización de la necropsia donde se torna imprescindible ubicar fantasías, mitos, y temores relacionados con el estudio.

A las parejas parentales, luego del alta hospitalaria se les ofrece continuar por consultorio externo de Salud Mental. Si bien aceptan en la mayoría de los casos la propuesta, la experiencia muestra que es muy doloroso y difícil retornar al hospital. Usualmente se plantea la posibilidad de realizar una entrevista cuando se las cita para control puerperal y en el momento de la devolución del informe de anatomía patológica. Esto permite, de alguna manera, evaluar cómo se está llevando a cabo el proceso de duelo e intervenir si hace falta al reconocer aspectos patológicos de dicho proceso.

Los resultados provistos por anatomía patológica referidos a la placenta, anexos ovulares y necropsia fetal/neonatal, son de suma importancia. Provee al equipo tratante información respecto del diagnóstico, etiología y posibles implicancias en futuros embarazos. Con este informe, se organiza un ateneo médico del que participan obstetras, patólogos, genetistas y neonatólogos. El objetivo es integrar la información aportada por anatomía patológica con la historia clínica de la paciente y del neonato, los datos que se hubiesen recolectado en las entrevistas a las pacientes y sus familias, y los aportes hechos por el personal de salud que intervino en la asistencia. De esta forma se busca definir las causas de muerte fetal/neonatal, los estudios que deben realizarse en los padres (laboratorio clínico-infectológico-genético) para completar el diagnóstico y las acciones terapéuticas preventivas para una eventual gestación.

El momento de la devolución de los resultados de la necropsia a las familias es de suma importancia. Se cita a las parejas y el obstetra junto con la psicóloga, explica en un lenguaje sencillo y adaptado a las posibilidades de la familia el informe. De tratarse de la muerte de un recién nacido en los primeros días de vida, se incluye al neonatólogo quién aportará datos sobre el bebé, del que siempre se hablará por su nombre. Si se trata de informar diagnósticos que incluyen posible patología genética, también participa la genetista.

El equipo tiene como objetivo informar a las familias sobre causas que determinaron el fallecimien-

to, indicar las conductas a seguir (interconsultas con genética, hematología, etc.) y asesorar sobre anticoncepción, ya que se plantea la necesidad de demorar un nuevo embarazo, para darle lugar al duelo y para lograr la mayor seguridad de no repetir la experiencia a causa de enfermedades no diagnosticadas y no tratadas.

Resulta fundamental que las pacientes y sus familias puedan comprender y articular los diagnósticos con su subjetividad, que puedan representar algo para ellos y encontrar algún sentido. Esto, de alguna manera, va a favorecer que realicen los tratamientos, aunque no siempre sea posible prevenir.

La tarea también incluye reuniones destinadas al acompañamiento y a la contención al equipo de salud.

En el HMIR Sardá tenemos la oportunidad de intervenir en el inicio. Trabajar desde el momento de la noticia sobre aquéllo que se dice, sobre el impacto subjetivo del diagnóstico y sobre las situaciones acertadas o desacertadas que enmarcan ese momento en particular. Trabajar con aquéllo que va a tener consecuencias sobre el duelo y su elaboración y facilitar la inscripción de la pérdida para atenuar lo traumático de la misma.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1986) dice "a medida que avance el conocimiento sobre factores de riesgo, que permite definir acciones preventivas, los daños a la salud ocurrirán con menor frecuencia".

El equipo en su constante revisión de las historias clínicas en relación a las guías de práctica clínica, posibilita detectar aquellos casos de muerte perinatal que podrían haber sido evitables. Actúa como una fuente constante de espacios de discusión o ateneos clínicos que enriquecerán la formación y actualización de los profesionales.

La investigación clínica ante el evento "muerte perinatal" tendrá efectos, en parte, en la disminución de la mortalidad perinatal de esas mujeres frente a futuros embarazos. Asimismo, facilitará el surgimiento de replanteos y cuestionamientos de conductas médicas obstétricas/neonatales, hasta hoy normatizadas en guías de trabajo.

Conclusión

El equipo de acompañamiento e investigación en mortalidad perinatal del HMIR Sardá reconoce, a partir de su práctica interdisciplinaria, los beneficios que representan para estas familias en proceso de duelo, la aproximación a una información precisa, mejor calidad en los aspectos relacionales y de comunicación con el equipo de salud y la facilitación de los aspectos simbólicos relacionados a la pérdida del hijo.

El trabajo propuesto sostiene el desafío de establecer de manera cada vez más efectiva la asociación entre variables objetivables y resultados exitosos, con la expectativa de disminuir y en algunos casos hasta evitar, vía los tratamientos médicos recomendados, una nueva muerte perinatal en estas pacientes y sus familias.

Equipo de Acompañamiento e Investigación en Mortalidad Perinatal

Obstetricia

- Dr. López Mautino, Pablo.
- Dr. Van der Velde, Juan.
- Dr. López Damato, Fernando.
- Dra. Dericco, Marcela.
- Dra. Swistak, Erica.
- Dra. Yoffe, Mariana.
- Dr. García, Juan.
- Dr. Rosas, Patricio.

Anatomía Patológica

- Dr. Higa, Satoru.
- Dra. Mazzitelli, Nancy.
- Dra. Hernandorena, Cintia.
- Dra. Cavoti, Victoria.

Genética

- Dra. Rittler, Mónica.

Neonatología

- Dr. Meritano, Javier.
- Dr. García, Horacio.

Salud Mental

- Lic. Ramírez, María Rosa.
- Lic. Galante, Natalia.
- Lic. González, Verónica.
- Lic. Lemlich, Marina.

Administrativos

- Sra. Petrini, Mabel.
- Sra. Pereyra, Marina.
- Sr. Torres, Carlos.

Estadística

- Sra. Mónica Martínez.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud CIE-10. Décima revisión 1992. Washington DC. EEUU. Publicación Científica N° 554:1995.
2. Donoso Siña E., Mortalidad perinatal en las Américas, Rev Chil Obstet Ginecol 2005;70(5):279-280.

