

Jornada Perinatal

Contexto y situación SSDR



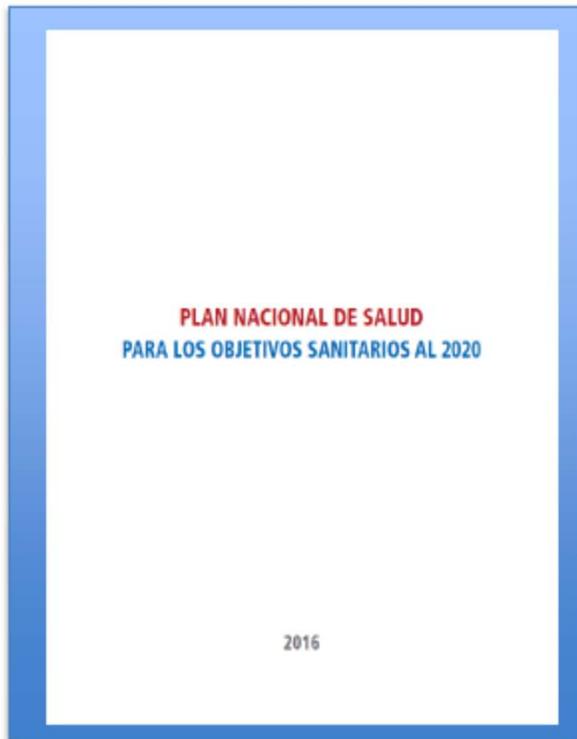
Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

Carlos Becerra Verdugo
Médico Salubrista
Dpto Procesos Asistenciales
Subdirección Médica
Servicio de Salud Reloncavi



¿Qué es la Estrategia Nacional de Salud?



La Estrategia Nacional de Salud es la carta de navegación del sector y la referencia de nuestro amplio quehacer.

En ella están expuestos los principales desafíos que tienen el país en materia de Salud.



4 Objetivos Sanitarios

1



Mejorar la salud de la población

2



Disminuir las inequidades

3



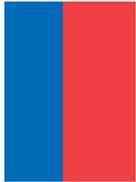
Aumentar la satisfacción de la población

4



Asegurar la calidad de las prestaciones de salud





PLAN NACIONAL DE SALUD 2011-2020





Ejes y Objetivos de Impacto

PLAN NACIONAL DE SALUD

OBJETIVOS SANITARIOS
2011 - 2020



MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN



DISMINUIR LAS INEQUIDADES



AUMENTAR LA SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN



ASEGURAR LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

EJES ESTRATÉGICOS

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	- TUBERCULOSIS	- MUERTE POR INFECCIONES RESPIRATORIAS	- ENFERMEDADES ZOOINOTICAS Y VECTORIALES	- CONTROL Y ELIMINACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	- MUERTES POR VIRUSIA								
ENFERMEDADES CRÓNICAS, VIOLENCIA Y DISCAPACIDAD	+ SOBREVIVIA INFANTE Y ATAQUE CARDIOVASCULAR	- MORTALIDAD POR CÁNCER	- MORTALIDAD DIABETES	- ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	- MORTALIDAD POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA	- DISCAPACIDAD ASOCIADA A ENFERMEDAD MENTAL	- DISCAPACIDAD	- CARIES DE NIÑOS	- MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO	- VIOLENCIA DE GÉNERO			
HÁBITOS DE VIDA	- CONSUMO DE TABACO	- CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL	- CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS	- OBESIDAD INFANTIL	+ ACTIVIDAD FÍSICA	+ FACTORES PROTECTORES	+ CONDUCTA SEXUAL SEGURA						
CURSO DE VIDA	- MORTALIDAD PERINATAL	- ALTERACIONES EN EL DESARROLLO INFANTIL	- SUICIDIO ADOLESCENTE	- EMBARAZO ADOLESCENTE	- MORTALIDAD POR ACCIDENTES DEL TRABAJO	- INCAPACIDAD LABORAL	+ ATENCIÓN DE MUJERES EN EDAD MENOPAUSICA	- DISCAPACIDAD EN ADULTOS MAYORES					
EQUIDAD Y SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS	INSTALAR EL ENFOQUE DE EQUIDAD EN SALUD COMO RESPONSABILIDAD DE ESTADO BUSCANDO DISMINUIR LAS DESIGUALDADES INJUSTAS												
MEDIO AMBIENTE	+ CONDICIONES AMBIENTALES	- INTOXICACIONES ALIMENTARIAS											
INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD	+ INFORMACIÓN EN SALUD	+ INVESTIGACIÓN EN SALUD	+ PARTICIPACIÓN SOCIAL	+ INFRAESTRUCTURA	+ GESTIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	+ GESTIÓN FINANCIERA	+ EFECTIVIDAD DE PROCESOS	+ COOPERACIÓN INTERNACIONAL					
CALIDAD DE LA ATENCIÓN	+ SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD	+ CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS	+ SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS										
EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS	+ RESPUESTA DEL SECTOR SALUD ANTE EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS												



Resultado Esperado

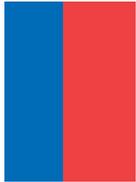
Implementar control pre concepcional en mujeres en edad fértil

Fundamentación y requisitos para alcanzar el Resultado Esperado

Aumentar la cobertura de los controles pre conceptuales en mujeres en edad fértil, para la prevención de enfermedades no transmisibles y transmisibles. Se estima que un porcentaje considerable de las mujeres que inician una gestación presentan problemas de salud previos. Aproximadamente entre un 15% y un 20 % de los embarazos tienen problemas médicos previos que deben ser corregidos o controlados. Estos problemas pueden acentuarse durante la gestación y/o afectar el desarrollo fetal. Existe evidencia de que es posible detectar y tratar o controlar las siguientes patologías antes del embarazo: Diabetes (malformaciones congénitas), hipertensión arterial, anemia, patología uterina, patología de mama. Así mismo, existe evidencia de que, antes del embarazo se pueden realizar las siguientes intervenciones preventivas: • Reemplazo y advertencia sobre drogas teratogénicas. • Prevención de Cretinismo Suplemento de Yodo. • Prevención de defectos del cierre del Tubo Neural. Suplementación de ácido fólico. El riesgo de malformaciones congénitas es dos o tres veces más alto entre las mujeres con diabetes mellitus antes del embarazo. La Diabetes gestacional está emergiendo como un riesgo de malformaciones congénitas. Se estudiaron todos los nacimientos entre enero de 1998 hasta junio del año 2004. En un total de 13.965 nacimientos entre los cuales se encontró que un 0.2% a un 0.3 % de las embarazadas tenían diabetes mellitus preexistente. Un 1% a un 5 % de los embarazos se complicaron con diabetes gestacional. Se ha demostrado que la prevalencia de defectos congénitos al nacimiento, en madres diabéticas, se estima entre un 8% y un 10%, mientras que en la población general esta cifra es alrededor de un 3%. El ECLAM (Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas) en una revisión de más de 4 millones de nacimientos entre 1967 y 1997, encontró que el antecedente de diabetes materna, de cualquier tipo, en el primer trimestre del embarazo de mujeres que habían tenido un hijo malformado, estaba en un 6 % de ellos.

Resultados Inmediatos recomendados (R) u obligatorios (O)

(R) Aumentar la cobertura del control pre concepcional a un 5% de las mujeres en edad fértil



Resultado Esperado

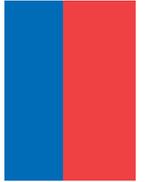
Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención

Fundamentación y requisitos para alcanzar el Resultado Esperado

Mejorar la detección precoz de las gestantes que presentan factores de riesgo en los centros de APS, para realizar las intervenciones necesarias o derivación oportuna a especialista, para manejo de los factores que pueden derivar en un parto prematuro o morbilidad fetal.

La mortalidad perinatal en Chile en el período 2002 - 2010 subió de 8,4 a 9,4/1000 nv respectivamente (1), proyectando un aumento del indicador de 25% al 2020, según cifras del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) (2). Las explicaciones, para esta importante variación, se deberían al aumento del embarazo en adolescentes, al retraso de la maternidad a edades maternas mayores, como también por el aumento de la natalidad en mujeres inmigrantes, las que no controlarían su embarazo por temor a su condición de ilegalidad de muchas de ellas, es necesario que el Ministerio de Salud toma las medidas preventivas para controlar esta situación de acuerdo a los cambios epidemiológicos, demográficos y sociales del país. La mortalidad perinatal considera las muertes ocurridas entre las 22 semanas de gestación y los 7 días posteriores al nacimiento. Resume el efecto de las diferentes causas de muerte del niño, atribuibles al proceso reproductivo. Es así que las principales causas de mortalidad perinatal son las malformaciones congénitas, la restricción del crecimiento intrauterino, las alteraciones cromosómicas, la prematurez, la asfixia perinatal, el bajo peso al nacer, la infección perinatal, entre otras. Su magnitud es un reflejo de la calidad del control prenatal, de la atención profesional del parto y del recién nacido, como también de las políticas sanitarias destinadas al cuidado de la salud materna e infantil, de ahí la preocupación ministerial sobre la tendencia ascendente del indicador.





Resultados Inmediatos recomendados (R) u obligatorios (O)

(R) Mejorar la detección y derivación oportuna de gestantes con patología crónica (diabetes, hipertensión y otras).

(R) Fortalecer la detección y derivación precoz a especialista de las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro.

(R) Aumentar el ingreso a control prenatal antes de las 14 semanas

(R) Implementar el tamizaje de colonización por estreptococo B entre las 35 y 37 semanas de gestación.





Resultado Esperado

Fortalecer la Cobertura y Calidad de la Atención de la gestante en Atención de especialidad abierta y atención cerrada

Fundamentación y requisitos para alcanzar el Resultado Esperado

Mejorar y fortalecer la calidad de la atención, por el centro de especialidad, de la gestante tanto en la atención abierta (Alto Riesgo Obstétrico) como en la atención cerrada, con esto mejorando los resultados de morbilidad fetal y neonatal.

Resultados Inmediatos recomendados (R) u obligatorios (O)

- (R) Fortalecer el uso de auditorías para las muertes maternas.
- (R) Capacitar a los profesionales de centros de baja, mediana y alta complejidad en manejo de patología obstétrica.
- (R) Capacitar a los profesionales de los hospitales de baja, mediana y alta complejidad en emergencia obstétrica.
- (R) Disminuir el porcentaje de cesáreas como indicador de calidad





Resultado Esperado

Fortalecer la Cobertura y Calidad de la Atención del recién nacido

Fundamentación y requisitos para alcanzar el Resultado Esperado

Mejorar y fortalecer la calidad de la atención del recién nacido en los distintos puntos de la red asistencial a lo largo del país, mejorando los resultados de morbilidad neonatal.

La mayoría de los recién nacidos (RN) son capaces de realizar una transición posnatal normal en forma espontánea. Sin embargo, un 25% requiere cuidado intensivo, sin presentar factores de riesgo identificados antes de nacer. Es por esto que todos los niveles de atención perinatal, deben estar capacitados para diagnosticar situaciones de riesgo y dar la asistencia necesaria para estabilizarlos. La anticipación ante posibles problemas perinatales debe ser una práctica habitual, por lo que el conocimiento del estado de salud fetal y los signos de alteración intrauterina, deben alertar ante la posibilidad de que el RN requiera algún tipo de maniobra de reanimación en el momento del parto.

Los servicios orientados a responder a las necesidades de salud interrelacionadas de las madres y los Recién Nacidos exigen altos niveles de continuidad e integración, características que no siempre han sido evidentes en las políticas, programas y alianzas dirigidas a mejorar la salud materna y neonatal.(OMS, UNICEF).

Resultados Inmediatos recomendados (R) u obligatorios (O)

(R) Fortalecer el uso de auditorías en las muertes fetales y neonatales.

(R) Fortalecer el uso de auditorías en los partos prematuros de menores de 32 semanas.

(R) Capacitar a los profesionales de los centros de salud y maternidades de baja, mediana y alta complejidad en manejo del recién nacido en el período inmediato y durante la hospitalización con su madre en la Unidad de Puerperio

(R) Capacitar a los profesionales de los hospitales de baja, mediana y alta complejidad en emergencia neonatal.



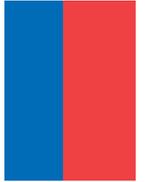


Epidemiología

Las causas fisiopatológicas asociadas son la hemorragia coriodecidual, la sobredistensión uterina, la hipoxia fetal, los procesos inflamatorios por infección y el estrés materno.

Sus causas pueden ser clasificadas en idiopáticas o espontáneo (33 a 50%), asociada a rotura prematura de membranas (25 a 33%) y aquellas que ocurren por patología materno fetal severa (25 a 33%).





Epidemiología

Latinoamérica tuvo una tasa de prematuridad de 8,6% y en Chile su tasa ha presentado un aumento de 5,6% el año 2000 a 7,6% el 2010 (6,7). En Puerto Montt (Chile), se registró un aumento de la tasa de 7% el 2000 a 13% el 2014

El parto prematuro representa el 7,35% del total de partos ocurridos en Chile durante el año 2014 con aumento de 7% respecto al 2011. La X región (de los Lagos) ocupa el 2º lugar después de la región metropolitana con un 8,35 % de prematuridad

En 2016 se realizó un estudio de casos controles en HPM en el que se encontró asociación entre prematuridad, educación superior e ingreso familiar mayor o igual a \$1.000.000 CPL

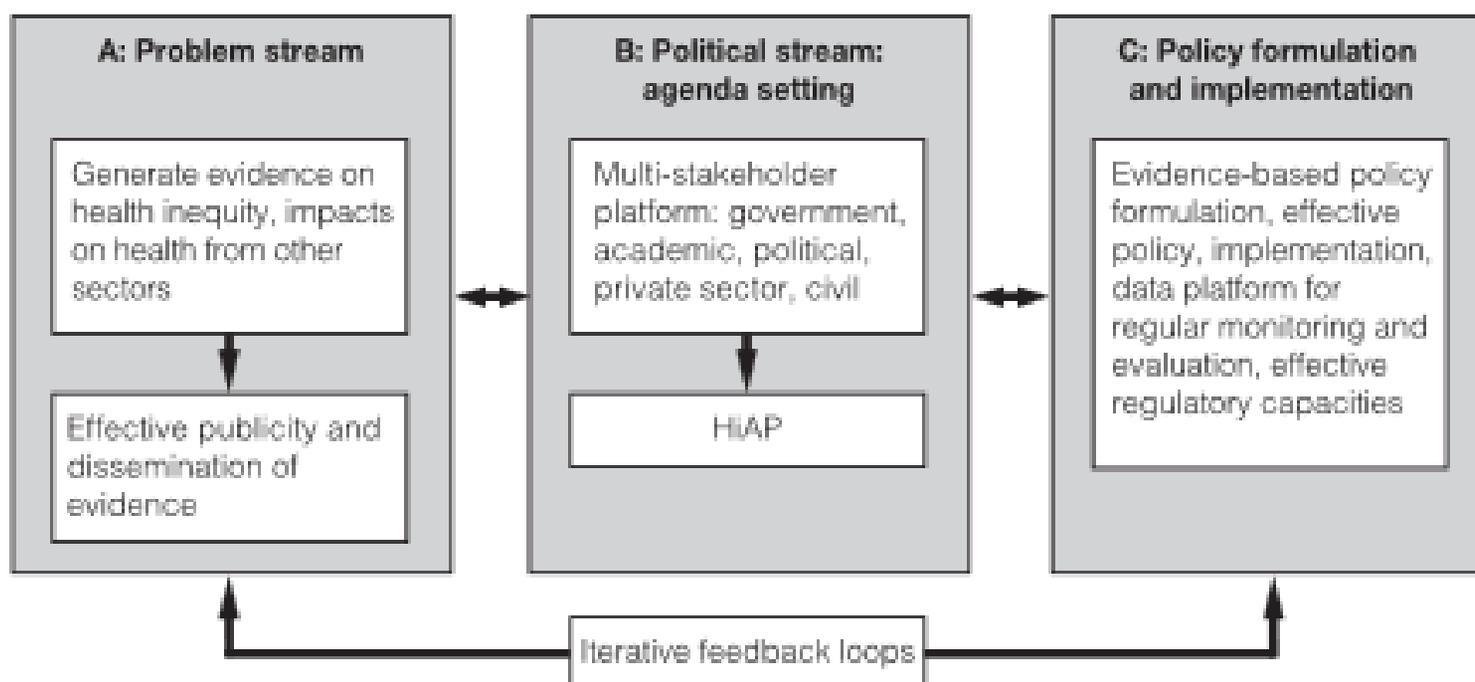




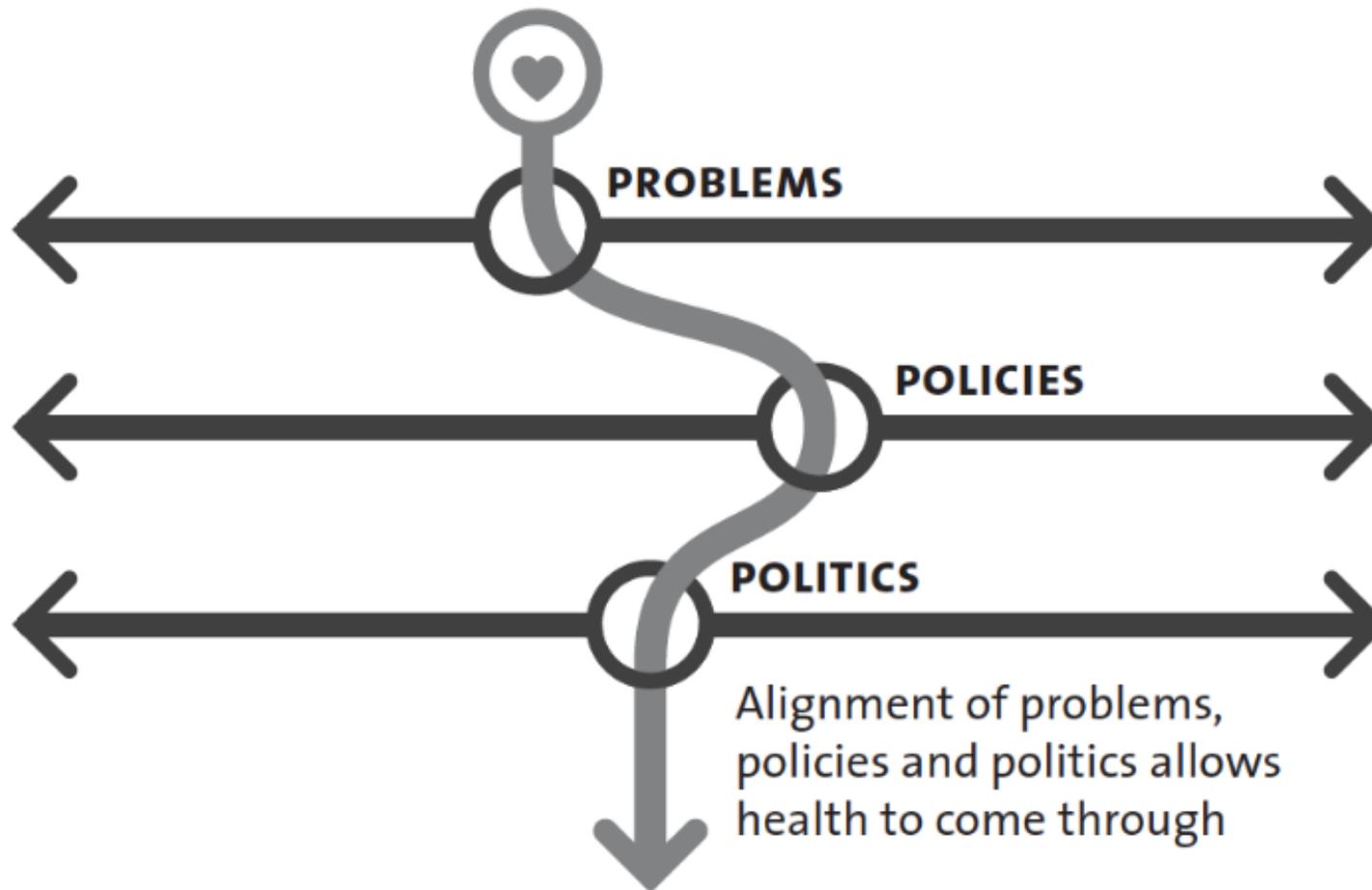
Epidemiología

La pobreza y la educación incompleta así como el embarazo adolescente han sido señalados como factores de riesgo para evento prematuridad, pero en una sociedad con cambios sociodemográficos y económicos puede que otros factores asociados a la movilidad social y la fuerza laboral femenina que nuestro país presenta se conviertan en factores de riesgo





Modelo de Kingdon



FOROS REGIONALES SALUD PÚBLICA

¿QUÉ SON LOS FOROS REGIONALES DE SALUD PÚBLICA?

Son discusiones regionales que permitirán abordar problemas de salud pública intersectorialmente. Su propósito es plantear soluciones y acciones en plazos acotados.

Los Foros de Salud Pública son apoyados por el Gobierno Regional y liderados por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.



TEMAS

Las regiones ya han definido algunos temas a tratar como:

- ✓ Embarazo adolescente.
- ✓ Estilos de vida saludable.
- ✓ Hepatitis.
- ✓ Microbasurales.
- ✓ Hanta.
- ✓ Juventud: consumo de alcoholismo y drogas.
- ✓ Obesidad infantil.
- ✓ Contaminación ambiental.

PARTICIPANTES

- ▶ **Gobierno Regional:** Intendente, Jefe de Gabinete, Jefe de Comunicaciones, Consejeros Regionales y asesores pertinentes.
- ▶ **Salud:** Ministerio de Salud nivel central (autoridades, directivos y equipos de Promoción de Salud, Desarrollo Estratégico).
SEREMI de Salud (SEREMI, Jefe de Gabinete, Jefe de Comunicaciones, directivos y equipos pertinentes a los temas).
Servicios de Salud de la Región (Director, directivos y equipos pertinentes a los temas) y referente temático del nivel central MINSAL.
- ▶ **Intersector:** SEREMIs y otras instituciones de representación regional y provincial, en los sectores pertinentes a los temas.
- ▶ **SUBDERE:** Contraparte nivel central.
- ▶ **Sociedad Civil:** Representantes de asociaciones, ONGs, mundo académico, entre otros vinculados con los temas a abordar.

Más información: www.minsal.cl/forosp



¿QUÉ VAMOS A HACER COMO RED?



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

GRACIAS!!!

carlosbecerra@ssdr.gob.cl



**Ministerio de
Salud**

Gobierno de Chile