

La nueva misión en salud perinatal

José Roberto Ahued-Ahued*

Resumen

Se considera a la salud perinatal como el bienestar físico, mental y social de la mujer antes, durante y después de una gestación, lo cual se estima un período crucial en la vida de las mujeres. El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 otorga a la salud perinatal un lugar de suma importancia. La identificación de los factores de riesgo psicológicos, sociales y económicos para la salud perinatal es de vital importancia, porque la oportunidad con que se detecten, condiciona su corrección para favorecer la gestación y el parto con el mínimo de riesgos. De lo anterior se deriva la necesidad de fortalecer las acciones de promoción de la salud de las mujeres que demandan los diferentes servicios, de contar con personal capacitado, replantear las campañas de educación y comunicación, la educación temprana de la sexualidad, el fomento de un ambiente más sano y el acceso a servicios de calidad.

Se propone como principales ámbitos de atención a la salud perinatal: 1) las instituciones de salud; 2) la prestación de servicios; y 3) la población usuaria. Cada uno de ellos tendrá una tarea a desarrollar.

Palabras clave: *Padre, madre, hijo, mortalidad y morbilidad materna y perinatal, servicios de salud.*

Entendiendo la Salud Reproductiva como un estado de bienestar físico, mental y social y no como ausencia de enfermedad en los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, la salud perinatal la debemos concebir como la búsqueda de ese bienestar físico, mental y social de la mujer antes, durante y después de una gestación, es pues un período de vida de la mujer, muy amplio y en el que seguramente el papel masculino ocupa un lugar como coparticipante de este estado de salud óptimo que debe tener la mujer en su vida reproductiva.

Summary

Perinatal health is considered to be the physical, mental and social well being of the woman before, during, and after gestation, which comprises a crucial period in the life of women. The Program of Reproductive Health and Family Planning 1995-2000 grants to perinatal health a place of great importance. The identification of the psychological, social, and economic risk factors for perinatal health is of vital importance in that the opportunity with which they are detected conditions their correction in favor of a gestation and delivery with a minimum of risks. From this is derived the necessity of strengthening actions of health promotion among women who need the different services, to have qualified personnel, campaigns of education and sexuality, early education on sexuality, the fomenting of a more healthy environment, and access to quality services.

The following are proposed as the principal fields of attention in perinatal health: 1) health institutions; 2) the providing of services, and 3) the user population. Each of these has a task to carry out.

Key words: *Father, mother, child, maternal and perinatal mortality and morbidity, health services.*

Dentro del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 de la Secretaría de Salud, la salud perinatal es uno de los pilares más importantes.

Sin duda los Programas de Educación para la Salud, en el ámbito de la reproducción requieren previamente tener suficientes elementos técnicos y humanos capaces de permitir que sea factible el acceso a los servicios de salud, en una época en que las demandas de la población son crecientes. La nueva misión en Salud Perinatal contempla una

* Director General del Instituto Nacional de Perinatología.

serie de acciones cuyo objetivo final es que el triángulo formado por el padre, la madre y el hijo gocen de salud.

La mujer como encargada de la atención y cuidado de los demás, sujeta a múltiples acciones desfavorables pone en juego su bienestar por cumplir con una multitud de responsabilidades que pocas veces se les reconoce, o bien son objeto de violencia familiar y social.

El problema que representa la morbilidad y mortalidad perinatal obliga a buscar estrategias diferentes para afrontar este problema de Salud Pública, el enfoque epidemiológico y social cada vez más señalado en la solución de este problema ha aportado conceptos muy importantes partiendo del hecho de que el ambiente materno donde se desarrolla la gestación, está inmerso en otro sistema económico, social, cultural y psicológico determinante en gran medida de la Salud Perinatal y que no siempre puede ser modificado por la acción del médico, sin embargo es la persona indicada para valorar en la etapa preconcepcional los factores de riesgo existentes antes de aconsejar o no el embarazo.

Se deberán valorar las condiciones de salud materna para la reproducción mediante una ruta de estudio clínico y paraclínico que permita manejar la patología encontrada y reducir los riesgos materno y fetal futuros, estableciendo el riesgo reproductivo que deberá ser informado con toda claridad a la pareja, con el objeto de que la responsabilidad en la toma de decisiones sea aceptada por la misma pareja libremente con la asesoría médica necesaria.

Un factor de ingreso como de alto riesgo en las unidades de atención obstétrica lo constituye el embarazo en la adolescente. En nuestro país y en Latinoamérica, se presenta en porcentajes variables que van de 9 a 14% de la población general; en el Instituto Nacional de Perinatología su incidencia es de 9.8% del total de ingresos anuales. En esta etapa de desarrollo se pone en competencia el crecimiento de la madre que lo comparte con su propio hijo, lo que representa una desventaja, porque en proporciones variables son embarazos resultado de violaciones, no deseados, que afectan psicológicamente, que frustran estudios y condicionan desajustes familiares cuya repercusión es clara, con frecuencia no acuden o acuden tardíamente a su atención prenatal cuando ya están presentes factores desfavorables. Otro grupo de impacto lo constituye la gestante mayor de 35 años en que la morbilidad

materno fetal se ve modificada. Existen factores que limitan la atención prenatal, como el supuesto estado de cabal salud de la gestante que por ello mismo, no requiere de ninguna vigilancia médica, nada es más falso de verdad que esto, porque las complicaciones en una gestación deberán ser identificadas muy tempranamente para resolverlas y evitar una morbilidad posterior. La consulta prenatal, periódica, de calidad y con calidez es un factor que puede incidir muy favorablemente en la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal;¹ es también un momento propicio para educación sobre planificación familiar, detección oportuna del cáncer cérvico uterino y mamario.

La buena vigilancia prenatal en el primer nivel de atención seguramente redundará en un embarazo normal que tendrá finalmente una atención obstétrica oportuna. El parto como etapa final de la gestación deberá ser atendido de preferencia en instituciones adecuadas con personal capacitado según cada caso, es preocupante y motivo de especial interés en no caer en el exceso de la operación cesárea para la resolución de la gestación, salvo en aquellos casos en que esté plenamente justificada la indicación.

Durante la atención prenatal deberá insistirse en los beneficios de la lactancia materna ya que repercute favorablemente en el desarrollo adecuado del producto.

Es de gran trascendencia la detección oportuna de factores que pueden condicionar alteraciones en el embarazo, determinar la presencia de anemia y corregirla, el diagnóstico temprano de una infección urinaria favorecedora de una Ruptura Prematura de Membranas o de un parto pretérmino, la existencia de una enfermedad infecciosa por transmisión sexual, o padecimientos virales coincidentes en el embarazo, entre otros.

La identidad femenina con frecuencia es devaluada socialmente sobre la que se ejerce poder y se le obliga al cuidado de los demás, es paradójicamente la que consume las raciones menores y de poca calidad alimenticia con cargas de trabajo mayor que requerirían mayores nutrientes, se ve impactada en las etapas infantiles, durante el embarazo y la lactancia, todo ello aunado a una violencia intrafamiliar, emocional, verbal, física y sexual condicionando tensión, ansiedad, miedo y angustia que afecta a su salud mental.

Esta situación supone un factor de enorme relevancia, pues además de representar un factor de riesgo preconcepcional, causante de abortos y mortinatos, impacta la salud reproductiva de manera integral. Estudios recientes² indican que bajo estas circunstancias la frecuencia de pérdidas muy tempranas, es mayor y que es cuatro veces más factible tener hijos con Retardo en el Crecimiento Intrauterino con una tendencia elevada a morir en el primer año de vida.

En una publicación sobre la perspectiva de género en la Salud Reproductiva de la Dirección General de Salud Reproductiva 1996 se dice textualmente, "se requiere promover modelos alternativos de masculinidad que exima de agresión la virilidad, que fomente la no complicidad al uso de la violencia y la creación de una cultura de cuestionamiento y repudio al ejercicio autoritario del poder".

El aborto como un problema social, cultural y de salud es una situación que conlleva a frustraciones, si este fue espontáneo y la paciente no tuvo los cuidados adecuados es frustrante, si fue inducido siempre queda la angustia la incomodidad y el peligro potencial de complicaciones que afectan la salud de la mujer, que comprometen su capacidad reproductiva en el futuro.

No se puede hablar de Salud Perinatal, si no se respeta el período intergenésico adecuado, un embarazo por normal que sea, si se repite cuando la mujer no ha tenido una recuperación física y mental, condiciona factores de riesgo, la capacidad de que su aparato reproductor se torne recuperado cabalmente favorece que en ese terreno poco propicio se genere un producto cuyo crecimiento sea desfavorable; por la serie de actividades que tiene la mujer, acude poco a recibir atención prenatal y cuando ésta se realiza con alguna regularidad puede no ser lo eficiente que se deseara, por lo que la pareja debe tener muy claro los riesgos de gestaciones frecuentes en períodos muy cortos, pues seguramente esto afectará la recuperación de su organismo, es por ello que es indispensable educación, e información muy cuidadosa y clara sobre los procedimientos para la regulación voluntaria de la fertilidad procurando ofrecer las más variadas alternativas para que la decisión de la pareja sea libre, esta libertad favorece que no se abandonen los procedimientos que se han seleccionado, procurando con ello resultados favora-

bles; el fácil acceso a los servicios, la educación para la reproducción favorecen la continuidad de uso. En casos en los que la pareja voluntariamente toma la decisión de concluir la posibilidad reproductiva sin duda, los métodos anticonceptivos permanentes o definitivos, tanto en el hombre como en la mujer deben contemplarse.

Pocos campos de la medicina han tenido una evolución tan dinámica como el de las enfermedades de transmisión sexual,³ (ETS) el advenimiento de la terapéutica antimicrobiana en la década de los años cuarentas, que contribuyó al control de padecimientos infecciosos, no fue determinante en la extinción de los mismos, como en aquella época se pensó. El resurgimiento de las ETS en los años sesenta y el reconocimiento de entidades más severas y mortales son sin duda un capítulo de gran trascendencia en la salud perinatal.

El caso del SIDA es especialmente relevante porque sustenta los extremos de la problemática vinculada con las ETS. En esta enfermedad existen factores anatómicos y fisiológicos que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a la infección, pero son los factores sociales los elementos determinantes en el aumento acelerado de las mujeres infectadas y en que cada vez sea la transmisión heterosexual la principal causa de contagio en ellas: En un estudio reciente,⁴ de 522 casos de SIDA en menores de 15 años más de la mitad fueron por transmisión perinatal. Este estudio también reporta que en la mayoría de los 305 casos perinatales se han establecido los factores de riesgo de la madre; 179 eran parejas sexuales infectadas, 58 adquieren la infección por vía transfusional y en 51 casos la madre no se sabía infectada.

Las repercusiones de la ETS⁵ son claras en cuanto a la salud perinatal, por un lado el inicio temprano de las relaciones sexuales, la posibilidad de varios compañeros sexuales, la falta de protección, etc. pueden condicionar secuelas funcionales en el aparato reproductor que inclusive las llevan a una falta de fertilidad futura. Cuando el proceso afecta a la mujer gestante las implicaciones, sobre la salud perinatal no dejan de estar presentes incluso condicionan la pérdida de la misma.

Los aspectos preventivos en mucho superan cualquier conducta terapéutica por eficaz que ésta sea, la realización del tamiz neonatal con el objeto

de detección temprana para casos de hipotiroidismo congénito es ejemplo de una adecuada medida preventiva, lo mismo podemos señalar en aquellas mujeres con factores de riesgo para diabetes mellitus que mediante pruebas sencillas se pueda identificar la diabetes gestacional.

El problema del cáncer cérvico uterino y mamario reviste especial interés, y en la actualidad es motivo de preocupación, la inadecuada comunicación, la falta de educación, las dificultades para asistir a las unidades de detección y a veces la respuesta tardía de los resultados son factores que en mucho ayudan a que persista según los datos publicados por el CONAPO (1995), como la segunda causa de muerte de las mujeres en general y la primera en mujeres en edad reproductiva, por esto la gran importancia de favorecer los programas de prevención, en el cual participa el tratamiento oportuno de las infecciones de tipo viral del aparato reproductor. La detección a través de programas masivos en los que a toda mujer en edad reproductiva se le realice una citología vaginal,⁶ según la Norma Oficial Mexicana,⁷ o bien la atención oportuna después de la pesquisa, con el objeto de erradicar focos potenciales de convertirse en procesos más avanzados hasta el tratamiento integral en su etapa precursora, que conlleva a una curación completa de esta patología.

La autoexploración mamaria, el examen rutinario de la glándula mamaria, o bien el empleo de la mastografía en mujeres mayores de 40 años con factores de riesgo, favorecerán una terapéutica eficaz y muy temprana de estas alteraciones.

Con lo antes expuesto debemos fortalecer las acciones de promoción de la salud en las mujeres que asistan a los diferentes servicios, cuyo personal deberá estar capacitado para realizar la toma de citología vaginal al total de las asistentes, haciendo énfasis en las mayores de 25 años, con inicio temprano de la actividad sexual, a veces con varios compañeros sexuales, multíparas con antecedentes de infección por virus del papiloma humano u otras enfermedades de transmisión sexual,⁸ fumadoras, con deficiencia de folatos y de vitamina A, C y E, para los problemas cérvico uterinos o bien en mayores de 35 años con historia familiar de riesgo, nulíparas con antecedentes de patología mamaria (displasias), menarca temprana y menopausia tardía, o bien fumadoras, diabéticas, o que hayan

ingerido por períodos prolongados estrógenos, deberá fomentarse la participación comunitaria y fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial.

Se requiere replantear las campañas de educación y comunicación de acuerdo a las costumbres, códigos y lenguajes de cada comunidad, difundir información sobre los factores inductores y promotores de esta enfermedad. Además es muy importante fomentar la coparticipación de los varones, pues se maneja como si fuera un problema íntimo y exclusivo de la mujer.⁹

Con relación a los derechos reproductivos y sexuales de la pareja, está entre otros la educación temprana en cuanto a su sexualidad, que las prácticas sexuales no pongan en riesgo la salud, que se tenga acceso a servicios de calidad que ofrezcan desde una detección precoz hasta una terapéutica integral y curativa.

Se deberá vigilar en nuestras mujeres las garantías nutricionales que beneficien el desarrollo y crecimiento de la mujer y de su descendencia, procurando favorecer la lactancia materna, debemos propiciar un ambiente exento de violencia física y emocional, identificar los aspectos socioculturales asociados al género y detectar factores estructurales y personales en la prestación de servicio.

Con relación a esto último, debemos tener presente que la calidad en la atención de los servicios de salud, se alcanza en la medida en que se satisface el conjunto de necesidades que la población coloca, para ser resueltas en las Instituciones procurando una salud integral.

Los tres elementos en los que se asienta la atención de la salud prenatal incluyen:

- Las instituciones de salud
- La prestación de servicios
- La población usuaria

Con relación a las Instituciones de Salud, éstas deberán fortalecer la calidad de atención en el primer nivel, procurando cursos de educación en la población adolescente en donde se maneje su sexualidad, la protección de embarazos no deseados, en la gestante ofrecer una atención prenatal con calidad y calidez, educando sobre los factores de riesgo y los signos de alarma durante la gestación que condicione la necesidad de un sistema de

referencia a unidades de segundo o tercer nivel dependiendo de cada caso. Preparar a la embarazada para el momento del parto, procurando se realice acorde a los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana al respecto insistiendo en las ventajas de la lactancia materna, procurando se realice el tiempo máximo conveniente, siempre con el objetivo de salir de la institución con la capacidad de elegir el método de regulación de la de fertilidad más idóneo, con el objeto de procurar un espacio intergenésico adecuado, en ello deberá tener un papel protagónico el varón, al cual deberá capacitarse en diversas opciones.

El segundo punto importante es la prestación de los servicios en un medio adecuado en el que la mujer puede manifestarse, ser escuchada y conocer su estado de salud. Cada vez contamos con más personal femenino capacitado para participar activamente en los programas de planificación familiar, o bien la capacitación de parteras de gran ayuda, sobre todo en áreas rurales.

La práctica médica¹⁰ se ha definido por una interpretación de la enfermedad que desestima su articulación con los factores socio-culturales y centra la atención en el control específico de un padecimiento o de un proceso, mientras que para las mujeres todas sus condiciones de vida atraviesan sus condiciones de salud. El equipo de salud al indicar ciertos ordenamientos a la gestante se olvida frecuentemente de la serie de actividades que realiza como trabajadora del hogar, educadora de los hijos, no con poca frecuencia como un elemento familiar más que aporta un recurso económico, un caso en particular puede ejemplificar éstos, una paciente trabajadora embarazada con una amenaza de parto prematuro que requiere un reposo en cama, se le escatima los días de una incapacidad, siendo motivo de enojo médico por el incumplimiento de ciertas indicaciones. En la práctica médica institucional con servicios frecuentemente sobresaturados, se ha despersonalizado a la población usuaria, lo que condiciona que la atención de las mujeres se realice en condiciones que atentan contra su dignidad y donde frecuentemente no se satisfacen sus condiciones de privacidad, respeto o intimidad que una situación requiere.

En cuanto a la información que se brinda a la pareja y más frecuentemente a la mujer es habitualmente breve y muy frecuentemente con termi-

nología poco entendible, tratando muy superficialmente los aspectos relacionados a la sexualidad, lo que condiciona áreas prohibidas de intercambio de impresiones.

En encuestas realizadas, los prestadores de servicio reconocen una dedicación, intercambio de conceptos más profunda con el paciente varón que con la mujer a las cuales se les cataloga como exageradas o emotivas.

Los factores emocionales y afectivos ante situaciones riesgosas como son el posible cáncer, una enfermedad de transmisión sexual, el SIDA¹¹ o el aborto es frecuente que el equipo de salud atienda básicamente la dimensión médica del padecimiento, en algunos casos la inducción de temores ante una cierta patología si no realiza al pie de la letra las indicaciones médicas provocan las más variadas respuestas en nuestras pacientes de por sí con fragilidad emocional.

La población usuaria participante en la salud perinatal es mayoritariamente femenina, es poco usual que la pareja participe y se haga responsable en lo que de él se requiere, tras largas horas de espera, ante un profesionista diferente en cada consulta, en donde se percata la falta de interés por su estado físico frecuentemente hace que la que acude a consulta se decepcione y minimice la utilidad de la misma.

En el varón se observa temor en caso de ETS fundamentalmente en el riesgo de SIDA y hace que no acepte la posibilidad de tal contingencia cosa que le produce mucha indecisión y desconfianza en el prestador de servicio.

“Mejorar la calidad de los servicios⁹ requiere sensibilizar y capacitar a los prestadores de servicios de acuerdo con principios éticos orientados a descartar todo tipo de discriminación por género, etnia o clase social, de igual manera se requiere garantizar que los equipos de salud adquieran una elevada competencia técnica, que sean sensibles a las inquietudes genéricas, capaces de fomentar el autocuidado y la autoresponsabilidad, así como un ejercicio profesional basado en un absoluto respeto y fomento a los derechos sexuales y reproductivos”.

Referencias

1. **Langer A, Arroyo P.** La Mortalidad Perinatal en el INPer. Bol Méd Hosp Infant Méx 1983;40:618-623.

2. **Valdéz Santiago R.** IV Congreso Nacional de Investigación Pública Cuernavaca, Morelos.
3. **Acosta B, Ruíz Mayal J,** Prevalence and risk factors for *chlamidia tracomatis* infection in low-income in rural and suburban populations of Mexico. Sex Trans Dis 1996;23:283-288.
4. **Valdespino Gómez JL, García ML, Del Río A, Loo-Méndez E, Magis-Rodríguez C, Salcedo-Alvarez RA.** Epidemiología del Sida/VIH en México 1983 a 1995, Salud Pública . Méx. 1995;(37):556-571.
5. **Arredondo JL, Narcio RL, Casanova GR, Figueroa DR.** Enfermedades transmitidas sexualmente en el adolescente. Gac Méd Méx 1991; Vol: 129, Fasc. 1, págs., 75-79.
6. **Lazcano Ponce CE, De Ruíz PA, López L, Vazquez ME, Hernández M.** Quality Control Study on Negative Gynecological Citology in Mexico. Diagnostic Cytopathology. 1994, Vol. 10, Fasc.1:10-14.
7. **Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA-1994,** Para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello del Utero y Mamario en la Atención Primaria. Diario Oficial de la Federación, 6 de Enero 1995.
8. **ADES AE, Newell ML.** Natural History and Risk of Transmssion. Lancet. 1991;337:253-260.
9. **Secretaría de Salud.** La Perspectiva de Género en la Salud Reproductiva. 1996.
10. **Soler C, Basualdo S.** Un problema de diagnóstico Perinatal. pacientes serológicamente negativos pero Infectados por el VIH. Salud Pública, Méx. 1995;37:515-519.
11. **Van de Perre P, Meda N.** Interventions tor reduce mother to child transmission of HIV. AIDS 1995 (Suppl A).S59-S6.