

MORTALIDAD MATERNA UNA REVISIÓN NECESARIA PARA SU RECONOCIMIENTO, SUS CAUSAS MÉDICAS Y SOCIALES Y PROPUESTAS DE ACCIONES PARA SU DISMINUCIÓN

MATERNAL MORTALITY.
NECESSARY REVISION FOR ITS KNOWLEDGE, MEDICAL AND SOCIAL CAUSES AND A
PROPOSAL OF ACTIONS TO BE TAKEN FOR ITS REDUCTION

Doctor Ricardo G. Rizzi

Profesor de Obstetricia y Perinatología
Profesor de las Maestría en Salud Materno Infantil y en Salud Pública
Director del Centro de Investigaciones en Problemáticas de la Mujer (CIPROM)
Facultad de Ciencias Médicas -Universidad Nacional de Córdoba

ricardorizzi@ciudad.com.ar

ABSTRACT

Maternal mortality is a portrait not only related to maternal health and to the characteristic of the medical services, but also to the social, cultural and political conditions of a given society.

It occurs 120 billions pregnancy every year and almost 600.000 women die because of causes related to pregnancy, delivery or puerperal diseases, 95% of those deaths occur in underdeveloped countries.

In Swiss, Finland, Canada and Holland, 4 deaths are registered, while in Somalia and Nigeria 1000 death are reported for each 100.000 alive new baby (NV). Meanwhile, in Latin America and the Caribe, 190 death are reported, almost 23.000 women death every year, which clearly shows a great difference between countries.

These differences also occur within a given country, as in Argentina, where the prevalence is 44 for each 100.000 NV, Buenos Aires has 9 while Formosa as 177.

We pointed out that nonqualified medical services is a very important fact on the above mentioned maternal death, because of the lack of attention of the sepsis, the hemorrhages, the prolonged

delivery work and the eclampsia. But abortion is the most important cause of maternal death. We mentioned the social, educational and sanitary facts of illegal abortion. In developed countries pre eclampsia is the main factor. It is mentioned the strategies of the International Conference "Maternity without Risk" carried out in Nairobi in 1987 and the Task Force Inter Regional Agency for the Reduction of Maternal Mortality. 2004 as a good recommendation to be taken into account in order to diminish maternal mortality.

We propose to highlight the use of the Maternal Mortality Committee and the application of the Epidemiological Survey System, in order to diminish maternal mortality and some particular ones for the prevalent pathologies and it is concluded that maternal mortality could diminish not only with better sanitary conditions, but also with equal social conditions, specially in underdeveloped, countries where this situation is a real problem.

RESUMEN

La muerte materna retrata no solo una condición de la salud materna y de las

características de los servicios médicos de una población, sino también de las condiciones sociales, culturales y hasta políticas de la sociedad.

De los 120 millones de embarazos que ocurren cada año en el mundo, casi 600.000 mujeres mueren todos los años por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio. El 95% de esas muertes ocurren en países subdesarrollados.

Mientras que Suecia, Finlandia, Canadá y Holanda, denuncian 4 muertes, Somalia y Nigeria registran 1000 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (NV) y en América Latina y el Caribe, se registran 190 muertes por 100.000 NV, casi 23.000 muertes de mujeres por año, exhibiendo disparidades entre países. Estas divergencias entre países de la misma región también ocurren en un mismo país, como en la Argentina que con una tasa de 44 por 100.000 NV, tiene a la Ciudad de Buenos Aires con una tasa de 9 y a Formosa con 177 muertes maternas por 100.000 NV.

Se hace referencia de que la atención médica no calificada está presente en una proporcionalidad importante en el desencadenamiento de la muerte materna, demostrado por la mala atención de las sepsis, las hemorragias, los trabajos de partos prolongados y las eclampsias indebidamente tratada. Pero el aborto es el principal factor interviniente para la muerte materna. Se mencionan los componentes sociales, educacionales y sanitarios del aborto ilegal.

Por su parte en los países desarrollados las muertes maternas se deben en general a la preeclampsia

Se mencionan las estrategias de la Conferencia Internacional "Maternidad sin Riesgos" realizada en Nairobi en 1987 y la del Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna de 2004, como buenas recomendaciones a tener en cuenta para la disminución de la mortalidad materna.

Se plantean propuestas generales, destacándose la utilización de los Comités de Muerte Materna y la aplicación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica

para la disminución de la mortalidad materna y propuestas particulares para algunas de las patologías prevalentes y se

concluye que la mortalidad materna podrá disminuir, no solamente con el mejoramiento de las condiciones sanitarias, sino que la equidad entre componentes sociales debe ser una realidad sobre todo disminuyendo los niveles de inequidad en relación al género reconocible en casi todos los países en vía de desarrollo.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es una tragedia ignorada, y es así porque sus víctimas son personas ignoradas, las que menos pueden influir en la forma en que se van a distribuir los ingresos nacionales; son los pobres, los campesinos y sobre todo las mujeres (1). Esta reflexión que pertenece a Mahler, ex Director de la OMS, es una pintura de la realidad de este flagelo en los países pobres.

Retrata no solo una condición de la salud materna y de las características de los servicios médicos de una población, sino también de las condiciones sociales, culturales y hasta políticas de la sociedad (2)

De los 120 millones de embarazos que ocurren cada año en el mundo, casi 600.000 mujeres mueren todos los años por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio y unas 50 millones padecen enfermedades o quedan con secuelas relacionadas con el embarazo. El 95% de esas muertes ocurren en países subdesarrollados, constituyendo la mayor disparidad conocida entre países ricos y países pobres (3).

Clasificación

Hasta la 9ª Revisión del Código Internacional de Enfermedades, la clasificación de muerte materna solo incluía a las causas directas e indirectas de muerte en relación a la gestación, con un período de finalización a los 42 días o 6 semanas posteriores al evento obstétrico. A partir de la 10ª Revisión, se agregaron la muerte materna alejada, que lleva el período de espera hasta el año, tanto para causas directas como indirectas y la muerte materna relacionada, dentro de los primeros 42 días posteriores, y por razones no incluidas entre las directas o

indirectas, como ser homicidios, suicidios u otras causas que podrían corresponderse con el embarazo. (4)

Tasas

Mientras que Suecia, Finlandia, Canadá y Holanda, denuncian 4 muertes, Somalia y Nigeria registran 1000 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (NV).

Sin ser tan brutales las diferencias, nuestra región, América Latina y el Caribe, registra cifras altas de 190 muertes por 100.000 NV, casi 23.000 muertes de mujeres por año, exhibiendo disparidades entre países. De tal manera que las menores tasas de mortalidad son las de Uruguay con 11,1 y Chile con 22,7 y las mayores, Haití con 523 y Bolivia con 390.

Estas divergencias entre países de la misma región también ocurren en un mismo país. Por ejemplo en la Argentina (44 por 100.000 NV), mientras la Capital Federal tiene una tasa de 9, pareciéndose a un país desarrollado, Formosa marca un record nacional de 177 muertes maternas por 100.000 NV, similar a un país del África subsahariana.(5) .

Estas diferencias muestran otras de las inequidades existentes entre regiones con consecuencias trágicas para sus habitantes. Son parte de una realidad nacional, por la cual en Buenos Aires existe un 1.3% de viviendas no aptas y en Formosa 17.57%; de que en Buenos Aires el 26.18% de la población carece de Obra Social y en Formosa el 65.81%; de que la mortalidad infantil en Buenos Aires es del 9.6 y en Formosa del 28.9 por mil y que desde siempre Buenos Aires tiene el mayor salario promedio del país y Formosa el mas bajo. (6).

La muerte materna ha sido desde hace un siglo y medio motivo de preocupación de la mayoría de los países, en especial los del mundo industrializado o desarrollado. Ellos han conseguido bajar sus tasas desde altos valores, 600 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos en 1870, a los niveles insignificantes de la actualidad.

Suecia, a quien se lo puede calificar como país líder en esta lucha, consiguió disminuir su tasa de mortalidad materna a la mitad, para el año 1900, en tanto

Inglaterra y Gales lograron una baja del 25% para el mismo período.

Los factores que contribuyeron a esta mejoría en Europa Occidental fueron entre tantas, la incorporación al sistema sanitario de estadísticas de salud y demográficas, los que los llevó a tomar conciencia de los problemas; la promoción de la atención calificada del parto; la capacitación y distribución de personal calificado y la profesionalización de la atención del parto y la elaboración de normas de atención.

Luego ya en la mitad del siglo 20, la introducción de los antibióticos, las transfusiones de sangre, la anestesia obstétrica , la cesárea y la planificación familiar, hicieron el resto.(7)

En tiempos modernos, países en desarrollo como Cuba, Sri Lanka y Malasia, también fueron exitosos en la disminución de las tasas de mortalidad materna.

Cuba lo logró en base a, disminución de las tasas de natalidad y de fecundidad, educación sexual, aumento del parto institucional, de las consultas prenatales, atención primaria de la salud con inclusión del médico de familia, formación y superación de personal destinado a atención materno infantil y a la creación de mas de 150 hogares maternos(8) . Los hogares maternos son una opción importante, que brindan a las mujeres un lugar seguro donde esperar durante las semanas últimas de su embarazo y aseguran de esa manera su acceso a atención calificada.

Malasia y Sri Lanka, por su parte, lo consiguieron mejorando el acceso a la atención calificada de las poblaciones mas pobres y alejadas de los centros urbanos, universalizando la gratuidad de la atención, capacitando a parteras tradicionales, emponderando a las mujeres y a la comunidad y mejorando la calidad de los servicios disponibles. (7)

Causas

Suecia, Finlandia, Canadá y Holanda, denuncian 4 muertes, Somalia y Nigeria registran 1000 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (NV).

Sin ser tan brutales las diferencias, nuestra región, América Latina y el Caribe,

registra cifras altas de 190 muertes por 100.000 NV, casi 23.000 muertes de mujeres por año, exhibiendo disparidades entre países. De tal manera que las menores tasas de mortalidad son las de Uruguay con 11,1 y Chile con 22,7 y las mayores, Haití con 523 y Bolivia con 390.

Estas divergencias entre países de la misma región también ocurren en un mismo país. Por ejemplo en la Argentina (44 por 100.000 NV), mientras la Capital Federal tiene una tasa de 9, pareciéndose a un país desarrollado, Formosa marca un record nacional de 177 muertes maternas por 100.000 NV. Las causas directas reconocidas son: sepsis, hemorragias, aborto, hipertensión proteinúrica o preeclampsia y su complicación más grave, la eclampsia y parto obstruido o prolongado.

Las causas indirectas pueden ser múltiples.

En el mundo desarrollado, las escasas muertes maternas por causas directas son atribuibles casi con exclusividad a la preeclampsia, mientras que en el subdesarrollo, las otras causas son las prevalentes.

Del análisis surge que la atención no calificada está presente en una proporcionalidad importante en el desencadenamiento de la muerte materna, porque la sepsis está relacionada con ausencia o insuficiente asepsia y antisepsia en la atención obstétrica, infecciones no detectadas, no tratadas o mal curadas; que la hemorragia tiene que ver con mala atención del parto, diagnóstico erróneos o tardíos en el embarazo ectópico, ausencia de bancos de sangre o enormes distancias entre el lugar de nacimiento y el hospital bien equipado; el parto obstruido es una entidad poco frecuente en lugares con parto institucional con acceso a cesáreas pero común en comunidades donde el parto no es atendido por personal entrenado y con posibilidades quirúrgicas. Por último la muerte por aborto, tiene componentes sanitarios, culturales y educacionales.

Entre los factores sanitarios que hacen que las mujeres mueran por aborto, se destaca en primer lugar la ausencia de políticas en Planificación Familiar, dentro de los culturales, la utilización del aborto

como método para planificar la familia y la utilización de sustancias en las que se cree son facilitadoras del aborto, con consecuencias nefastas para la salud de la mujer y entre las educacionales, la ausencia de educación sexual, el embarazo no planificado y no deseado, el desconocimiento de métodos anticonceptivos.

El aborto es la primera causa de muerte materna en la República Argentina y la de menor incidencia en los países desarrollados.

Factores asociados

Algunos están directamente relacionados con la organización de servicios como la deficiente accesibilidad a los mismos por razones socio culturales, económicas o geográficas y a la mala calidad de atención del embarazo, parto o puerperio. (9)

Los factores indirectamente relacionados están referidos a lo social y a la inequidad en relación al género, la pobreza, la marginalidad, la mala nutrición, el nivel de instrucción y en general todo tipo de situación desventajosa de la mujer.

Estrategias

La Conferencia Internacional "Maternidad sin Riesgos" realizada en Nairobi en 1987 estableció cuatro aspectos estratégicos interrelacionados para disminuir la mortalidad materna (10)

1. Igualdad social de la mujer
2. Cuidado del embarazo mediante atención primaria de la salud
3. Cuidados obstétricos esenciales en el primer nivel de referencia
4. Planificación Familiar

Recientemente, en febrero de 2004, el Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, emitió una declaración en Washington DC, el 20 de febrero de 2004, en el que plantea una estrategia de consenso para los próximos diez años, que incluye cinco áreas prioritarias que consisten en: el apoyo a marcos legales e institucionales para la aplicación de medidas a niveles locales y nacionales; hacer hincapié en los cuidados obstétricos esenciales, la atención calificada del parto

y el acceso a la planificación de la familia. La tercer área prioritaria auspicia el aumento de la demanda pública de servicios de salud de alta calidad y que sean asequibles y accesibles; la cuarta propone la creación de alianzas entre organismos nacionales e internacionales y por último se fijan sistemas de monitoreo de la reducción de la mortalidad materna y mecanismos financieros para lograr la eficacia en función de los costos y la sostenibilidad. (11)

Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna

La aplicación de la epidemiología a los sistemas de información provocó la aparición del concepto de Vigilancia Epidemiológica, que presupone la información para la acción. Es un mecanismo superador del esquema de las estadísticas sanitarias de los servicios públicos.

La definición de vigilancia epidemiológica podría resumirse así. "Es la observación y el análisis rutinario tanto de ocurrencia y distribución de las enfermedades como de los factores relacionados con su control, para la ejecución oportuna de las acciones" (12)

Los sistemas de vigilancia epidemiológica para muerte materna hacen interactuar a los comités de muerte materna con los otros sistemas de información de estadísticas vitales, entre ellos los Registros Civiles, para dimensionar el problema e identificar sus determinantes, para poder adoptar medidas que tiendan a disminuir las muertes maternas evitables.

El sistema de vigilancia epidemiológica se estructura sobre la base de una estrategia de cuatro puntos:

- 1- búsqueda activa de casos
- 2- auditoria de cada muerte materna
- 3- estudio caso- control para determinar factor de riesgo
- 4- movilización para la solución de los problemas detectados.

Luego de cumplido los dos primeros puntos, el Sistema determina tres tipos

distintos de muerte de una mujer en edad fértil:

a- Muerte materna evidente, cuando la investigación detecta una inmediata asociación entre muerte y estado grávido puerperal, tales como aborto, rotura uterina, eclampsia, sepsis puerperal, enfermedad hipertensiva gestacional, hemorragias útero placentarias, embarazo ectópico y otras.

b- Muerte materna presumible, cuando no existe una inmediata asociación entre la muerte y el estado grávido puerperal, pero que podrían tener alguna relación y deben ser investigadas mas exhaustivamente, algunas de ellas son: la anemia aguda, el accidente cerebro vascular hemorrágico, la bronconeumonía, el shock anestésico, shock tóxico, la coagulación intravascular diseminada, diversas infecciones y patologías vasculares.

c- Muerte no materna, cuando el certificado de muerte menciona a enfermedades neoplásicas, accidentes hogareños o de tránsito, ahogamiento, infarto agudo de miocardio u otras.

Comité de Muerte Materna

El Comité de Muerte Materna, citado como actor fundamental en el sistema de vigilancia epidemiológica, es un organismo técnico no punitivo y confidencial que tiene por objeto auditar los casos de muerte de mujeres en edad fértil para identificar la mortalidad materna, sus causas, su evitabilidad y previsibilidad.

Existen comités a niveles nacionales, provinciales y locales u hospitalarios y sus funciones son las de auditoría, normativas, educativas, de investigación, de asesoría e informativas.

A partir de los análisis de los comités se pueden identificar déficit en bancos de sangre, en equipamientos adecuados para la buena atención del parto, en servicios de anestesia y emergencia y en atención calificada. (13)

Propuestas generales para la disminución de la mortalidad materna

Mejoramiento de las estadísticas de salud y demográficas, evitando en todas las formas, el subregistro mediante diagnóstico máscaras en el certificado de

defunción (paro cardiorrespiratorio, fallo cardíaco, etc.).

Creación de Comités de Mortalidad Materna en todos los ámbitos y utilización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Atención médica calificada del embarazo y parto para todas las mujeres

Abolición o disminución de las barreras de acceso a los centros de salud con atención médica calificada.

Provisión de los suministros y equipamientos necesarios para la atención obstétrica.

Políticas de educación sexual y planificación familiar y aseguramiento de la provisión continua y gratuita de métodos anticonceptivos.

Emponderamiento de las mujeres y de la comunidad en relación a sus derechos a la salud.

Educación y difusión comunitaria sobre los temas de salud materna. Dentro de este tópico, enfatizar sobre los peligros del aborto en manos inexpertas e irresponsables o por métodos populares.

Sistemas de referencias coordinados y rápidos.

Sistemas de atención médica capacitado y equipado que contemple a los obstetras, ginecólogos, parteras, enfermeras y médicos de familia o generalistas.

Acceso a medicamentos esenciales

Primer nivel de referencia obstétrica con habilidades necesarias como para inducir un trabajo de parto, realizar cesáreas, laparotomías para embarazo ectópico, dilatación y curetaje; diagnóstico y manejo del trabajo de parto

Reconocimiento de patologías asociadas como diabetes, hipertensión y otras enfermedades crónicas y su derivación oportuna.

Personal de salud capacitado para promover en la comunidad toma de decisiones saludables y de desalentar el uso de prácticas dañinas para la salud de la embarazada.

Reconocimiento y utilización de elementos necesarios para el tratamiento de la desnutrición y la anemia.

Propuestas particulares

Hemorragia materna

Capacidades necesarias en cualquier nivel de atención para reducir la hemorragia del alumbramiento y del puerperio, del aborto y del ectópico y para estabilizar a la mujer con fluidos intravenosos y la referencia a un nivel superior de atención.

Utilización de fluidos intravenosos, para reponer la volemia.

Bancos de sangre

Sepsis

Mantenimiento de normas estrictas de asepsia y antisepsia en toda práctica obstétrica.

Reconocimiento y manejo de la rotura prematura de las membranas.

Reconocimiento y tratamiento inmediato del aborto infectado

Utilización adecuada de antibióticos.

Anestesia a disposición

Capacidad quirúrgica

Referencia a nivel superior

Preeclampsia y Eclampsia

Identificación de hipertensión y proteinuria

Identificación de signos prodrómicos de la convulsión ecláptica

Conocimiento de manejo de la emergencia hipertensiva y de la utilización de medicamentos esenciales para hipertensión.

Administración de medicamentos anticonvulsivantes de manejo no riesgoso (Diazepam) en el primer nivel de atención y de alta efectividad pero con control permanente (Sulfato de Magnesio) en niveles superiores.

Terminación oportuna del embarazo, seguridad quirúrgica y de buena atención neonatal.

Derivación oportuna

Parto prolongado u Obstruido

Identificación de un parto prolongado u obstruido y toma de decisiones apropiadas y oportunas.

Utilización del partograma

Anestesia a disposición

Capacidad quirúrgica.

Derivación oportuna.

Complicaciones del aborto

Tratamiento oportuno del aborto en curso, del incompleto y del séptico.

Promoción acerca de los peligros que significa el aborto realizado por manos inexpertas y en condiciones no quirúrgicas.

Consejería posterior acerca de planificación familiar y anticoncepción.

Diagnóstico y tratamiento de la sepsis.

Bancos de sangre disponibles.

Derivación oportuna.

Desnutrición y anemias

Detección del problema.

Provisión de suplementos vitamínicos, hierro, ácido fólico, alimentos y educación nutricional.

Asistencia social.

CONSIDERACIONES FINALES

Todo lo mencionado anteriormente, necesita además, para que la reducción de la muerte materna sea un proceso sostenido y permanente, el reconocimiento de las dificultades que experimentan las mujeres en muchas regiones del mundo relacionadas con el género.

La inequidad existente en atención médica, salarios, oportunidades laborales y educacionales, violencia doméstica y sexual, enfermedades de transmisión sexual, pobreza, marginación y discriminación, tiene que ser superadas, para que la mujer deje de ser el principal grupo vulnerable de la sociedad.

La mortalidad materna podrá disminuir, no solamente con el mejoramiento de las condiciones sanitarias, sino que la equidad entre componentes sociales debe ser una realidad. En la medida en que las disparidades sean como las mencionadas para Formosa y Buenos Aires en la República Argentina, los esfuerzos que realice el sector salud, serán escasos ante el drama social, uno de los principales factores de riesgo para esta tragedia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mahler. OMS Boletín. Tasas de mortalidad materna. Ginebra 1985
2. Faúndes A., Cecatti JG; Morte materna una tragedia evitable. Editora de Unicamp, pag 22.1991
3. OMS. Anuario estadístico
4. Laurenti R.: Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades y de problemas relacionados de la salud. (CID10); La revisión del final del siglo. Rev.Saúde Pública (Sao Paulo) 25(6)407-17.1994
5. OPS. "Indicadores básicos de salud en las Américas 2002"
6. PNUD. "Niveles de desarrollo humano en la Argentina "2002"
7. Family Care Internacional 2003. "La atención calificada durante el parto. Un cuaderno informativo"
8. Cabezas Cruz E. "Mortalidad materna. Experiencia cubana. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 14;1988
9. OPS. "Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. 1990
10. OMS. "Maternidad sin riesgos Conferencia. Nairobi , 1987
11. OPS. "Grupo de trabajo interagencial regional para la reducción de la mortalidad materna" Washington DC. 20 de febrero de 2004
12. Ministerio de Saúde. Brasil. Manual dos comites de mortalidade materna. Brasilia. 1994
13. Rivera Lopez T., Salas Ramirez M, Amato Martinez JD.: Influencia del control prenatal sobre la mortalidad materna y perinatal en un centro hospitalario de segundo nivel de atención. Ginecol. Obstet. Mex.; 2: 185-88. 1994