

EDITORIAL



Mortalidad materna y salud pública: décadas pérdidas. Hemorragia postparto: morbimortalidad que podemos reducir

Dentro de los temas de salud pública, los referentes a la salud de la mujer son específicamente sensibles para las familias, las comunidades y en general para el desarrollo de todos los países del mundo, dado su impacto no sólo social sino económico y político.

Hoy en día el tema de la morbimortalidad materna es una cuestión de gran importancia, no sólo para los médicos y personal de salud e instituciones, sino que también refleja gran preocupación de economistas, políticos, académicos y en general de toda la sociedad y el Estado; debido a su impacto en los índices de desarrollo de cada uno de los países y en indicadores fácilmente medibles, como el índice de desarrollo humano y los índices de desigualdad que reflejan la importancia de estos temas dentro de las prioridades de una nación desarrollada o en vías de desarrollo. Desde hace un tiempo la preocupación se centra en la cuantificación de algunos eventos centinela, como son la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna, y en la búsqueda de soluciones integrales en todo el sistema de salud (1).

En este panorama, la salud de las mujeres se ha tornado un tema importante para los sistemas de salud en el mundo como un componente que garantice sus expectativas y necesidades. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Unicef estiman que cerca de 585.000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones en el embarazo o parto. La disparidad entre los países en desarrollo y los desarrollados es mayor en cuanto a la mortalidad materna que por cualquier otro índice de salud utilizado comúnmente. Mientras que los niveles de mortalidad infantil son, en promedio, 10 veces mayores en países en desarrollo que en los desarrollados, la mortalidad materna en países en desarrollo es 100 veces más alta que en países industrializados (2).

La mayor parte de las muertes maternas ocurren debido a cinco complicaciones obstétricas identificadas: hemorragia, hipertensión durante el embarazo, sepsis, abortos inducidos inseguros y partos obstruidos. La mayoría de muertes maternas ocurren en países en desarrollo, sin embargo, las mujeres de cualquier país y de cualquier tipo de población pueden desarrollar complicaciones, pero es menos probable que las mujeres de los países en desarrollo obtengan tratamiento rápido y adecuado, por lo tanto es más probable que mueran o queden con cirugías que afecten su estado de salud general o su futuro procreativo individual (3).

El papel de los médicos en la salud de la comunidad y en este caso especialmente en la salud de la mujer es de gran importancia e involucra no sólo una visión profesional de trabajo sino también una postura ética-filosófica. Los médicos tienen el deber ético de abogar por el cuidado de la salud de la mujer; ellos tienen por lo tanto el deber de proporcionar los cuidados propios de sus conocimientos y experiencia. La base de conocimientos y la categoría social de los médicos les colocan en una situación privilegiada para influir en la política y programas que rigen la salud de la mujer.

Tal obligación es aún mejor, ante la excepcional vulnerabilidad de las mujeres derivadas de su rol reproductivo, de la discriminación y la agresividad social dirigida contra su género; esta subvaloración de la mujer puede comprometer aun más su salud. La salud sexual reproductiva y el acceso a tratamiento médico por las mujeres se ven influenciados por su excepcional exposición a la violencia, pobreza, mala alimentación y falta de oportunidades de educarse o emplearse. Los profesionales y trabajadores de la salud están obligados, tanto personal como profesionalmente, a vigilar y divulgar los índices de la salud reproductiva y ofrecer los datos que sean necesarios para sensibilizar al público acerca de las cuestiones de la salud y los derechos de las mujeres.

Esta función informativa de los profesionales de la salud no se deberá limitar a la cuantificación de los problemas, sino también a la identificación en cada país de las causas culturales y sociales que concurren que agravan esta situación. Deberán tener informada a la comunidad sobre los problemas que se registren en salud sexual y reproductiva y promover amplios debates para influir en la práctica y en la legislación de la salud. Tales debates deberán extenderse a un ancho espectro de la sociedad, que comprenda a otras asociaciones médicas, organizaciones femeninas, legisladores, educadores, abogados, científicos sociales y teólogos. Además, específicamente los obstetras y ginecólogos quedan obligados a organizarse entre ellos y junto con otros grupos profesionales garantizar la disponibilidad de servicios de salud básicos esenciales para las mujeres que se encuentren en desventaja y carezcan de los debidos privilegios (4).

En Colombia dentro del plan de choque para la reducción de la mortalidad materna (2003) y el Compes que buscaba cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio para el año 2015, se indicaba la importancia de disminuir la mortalidad materna, con base en estrategias tales como aumentar la consulta del control prenatal y llegar a la institucionalidad de la atención de parto en más del 95%, junto con herramientas interinstitucionales que identificaban tempranamente alteraciones de la prestación del servicio para intervenir a tiempo y evitar complicaciones mayores o mortalidad intrainstitucional (5,6).

Dentro de las instituciones que prestan los servicios de atención al embarazo y el parto existe una combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituye el sistema moderno de prestación de atención de salud y puede aportar beneficios importantes, sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran errores en salud. El análisis permanentemente de sus causas, la optimización de su gestión es un debate tan vigente como oportuno, especialmente cuando en nuestro medio existen resistencias en cuanto a su pleno reconocimiento. La seguridad de los pacientes es un aspecto que ha venido cobrando suma importancia en los últimos tiempos para

los sistemas de salud a nivel mundial. La atención médica en el ámbito ambulatorio y hospitalario, así como la prestación de algunos otros servicios de salud, se están tornado inseguros y agregando riesgos innecesarios a los pacientes. Los servicios de urgencias son áreas asistenciales muy especiales en los que se producen situaciones de una complejidad no comparable a ningún otro contexto asistencial. Este escenario hace que los servicios de urgencias sean sitios propicios para la implementación de programas de mejora continua de la calidad asistencial.

Las muertes obstétricas directas: son aquellas que resultan de las complicaciones obstétricas durante el embarazo (embarazo, parto y puerperio), de las intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos, o de la cadena de eventos resultante de los eventos anteriores (7). Una muerte materna es el producto final de una serie compleja de factores que actúan sobre el continuo de la vida de la mujer, desde su nacimiento hasta la etapa reproductiva. Los factores determinantes de la muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, entre los cuales se destacan, el nivel socioeconómico, educativo, legal o familiar de la mujer y lo relativo a su estado de salud así como patologías previas y su estado nutricional, su conducta reproductiva e historia obstétrica, el acceso y calidad de servicios de atención materna y planificación familiar (7).

La gran mayoría de las muertes maternas son evitables y frecuentemente prevenibles, ya que se conocen las principales causas y factores determinantes, y a la vez se cuenta con el material científico y tecnológico para evitarlas en la mayoría de los casos (8).

Es claro que facilitando el acceso a los servicios de salud de buena calidad se realizará detección temprana del riesgo, remisión adecuada al hospital de nivel correspondiente y se reduciría la mortalidad, sin embargo hay que tener en cuenta que ocurren situaciones impredecibles que ponen en riesgo la vida de la materna y que no pueden ser detectadas en el control prenatal.

La “evitabilidad” estimada de las muertes maternas oscila según diferentes estudios realizados en América Latina entre un 52% en México a un 92% en Colombia. Corrigiendo únicamente las omisiones de los servicios de salud y modificando la conducta familiar al respecto de la maternidad y el uso de los servicios de salud se podría evitar aproximadamente el 85% de las muertes maternas (7).

La academia cumple un papel fundamental en alcanzar las metas del milenio ya propuestas y las universidades deben aunar esfuerzos en la investigación clínica, epidemiológica y aplicada para ayudar a resolver hipótesis que inciden en aplicaciones prácticas para el manejo integral de estas patologías. Específicamente dentro de la investigación clínica desde hace algunos años, se ha trabajado en la identificación de signos clínicos de alerta para la atención del parto y en especial en la prevención primaria y secundaria de la hemorragia obstétrica (9). Pero más importante aún, es la posibilidad de detección temprana de esta patología. Clásicamente la hemorragia postparto anormal se ha definido como la pérdida de más de 500 ml de sangre durante las 24 horas siguientes al parto, sin embargo esta definición no es aplicable en la práctica clínica, en primer lugar porque no es fácil medir cuantitativamente la cantidad de sangrado y en segundo lugar porque se

han demostrado sangrados cercanos a 600 ml en partos normales; luego, para considerar que existe un sangrado postparto anormal se requiere que el médico con base a la observación de la paciente y su experiencia con partos normales anteriores determine de acuerdo a su juicio clínico si la hemorragia es inusual (10,11). Se define como una hemorragia severa la pérdida de todo el volumen sanguíneo en un período de 24 horas o el sangrado que ocurre a una velocidad superior a 150 mL/min (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen). En posparto y teniendo en cuenta las pérdidas que pueden ocurrir habitualmente, se define como hemorragia posparto una pérdida estimada de 1000 o más mL, o una pérdida menor asociada con signos de choque (9-11).

El diagnóstico del choque es muy fácil en los casos extremos, pero puede ser difícil en sus fases iniciales. El trabajo de investigación publicado en este número, busca encontrar el punto de corte, en el diagnóstico y definir cuando comenzar a actuar. El objetivo es que el personal de salud disponga de los elementos teóricos necesarios para realizar un manejo sistemático, en equipo, rápido pero oportuno de la hemorragia obstétrica de tal forma que en el mediano plazo se logre disminuir la morbilidad y mortalidad por esta causa en todos los servicios de salud.

Es prioritario entonces, ofrecer alternativas para solucionar estos eventos centinela, implementar y consolidar programas, como el del Código Rojo o de hemorragias posparto (11,12), en todas las instituciones o servicios de atención de parto para disminuir los eventos adversos de hemorragia obstétrica y mejorar la atención con calidad de todas las usuarias de los servicios de salud. Se busca mejorar la calidad en la atención de las usuarias desde el punto de vista materno y perinatal y disminuir los eventos adversos obstétricos en cuanto a la hemorragia severa posparto, mejorar los índices de morbilidad y mortalidad en todos los países y llegar a ser y tener mejores indicadores de resultados de calidad de atención después de la implementación y consolidación de los diferentes programas de acción.

Daniel Cortés Díaz, MD. MSc.

*Profesor Asociado de Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
docortesd@unal.edu.co*

Referencias

1. **WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank.** Maternal mortality in 2005. Estimates developed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
2. **Organización Mundial de la Salud.** Informe sobre la salud en el mundo, 2005 - Cada madre y cada niño contarán Ginebra; 2005.
3. **Fino DE, Cuevas EL, García S.** Mortalidad relacionada con el embarazo en Colombia, 1985-2005: Orinoquía, Amazonía y Chocó. Medellín: Universidad de Antioquia; 2007.

4. **FIGO.** Recomendaciones sobre temas de ética en Obstetricia y Ginecología hechas por El Comité Para El Estudio de los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer de la FIGO noviembre 2006.
5. **Sachs JD, McArthur JW.** The Millennium Project: a plan for meeting the Millennium Development Goals. *Lancet* 2005; 365: 347-53.
6. **Ministerio de la Protección Social de Colombia.** Plan de Choque contra la mortalidad materna; 2004.
7. **Parada A.** Mortalidad materna en Bogotá. ¿En qué momento intervenir? Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2005.
8. **Gómez PI.** Mortalidad materna. En: Gómez PI. Ruiz AI. Temas de Interés en Obstetricia y Ginecología. 1 edición. Edit. Universidad Nacional de Colombia. 1988: 21 -30.
9. **Rubio-Romero JA, Gaitán-Duarte HG, Rodríguez-Malagón N.** Concordancia entre la estimación visual y la medición del volumen recolectado en una bolsa del sangrado intraparto en mujeres con parto normal en Bogotá, Colombia, 2006. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2008; 59: 92-102.
10. **Gómez PI.** Hemorragia anormal del posparto. Texto de obstetricia y perinatología. Primera edicion. Bogota. 1999: 729-734.
11. **Vélez-Álvarez GA, Gómez-Dávila JG, Zuleta-Tobón JJ.** Análisis de las muertes maternas por hemorragia en el departamento de Antioquia, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2006; 57:147-155.
12. **Vélez-Álvarez GA, Agudelo-Jaramillo B, Gómez- Dávila J G, Zuleta-Tobón J J.** Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica. *Rev. Colomb Obstet Ginecol.* 2009; 60: 34-48.

