

Evidencias en intervenciones para la reducción de la mortalidad materna.

Edgardo Abalos.

Cita:

Edgardo Abalos (2013). *Evidencias en intervenciones para la reducción de la mortalidad materna. XII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Bahía Blanca.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xiijornadasaepa/3>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edrV/oy4>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

EVIDENCIAS EN INTERVENCIONES PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

Edgardo Abalos (CREP)

La mortalidad Materna es una condición rara cuya prevención es similar a la prevención de las emergencias o los accidentes. En nuestro país, y desde hace ya muchos años, la razón de mortalidad materna (RMM) permanece estancada en cerca de 40 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. El riesgo de muerte por otras causas poco frecuentes, sin embargo, concentra la atención de los medios, a diferencia de las muertes maternas que permanecen invisibilizadas. Por ejemplo morir en actividades de buceo (1 en 1000), en un accidente automovilístico (1 en 2900), en un incendio (1 en 50.000), en un accidente en bicicleta (1 in 130.000), o aéreo (1 in 250.000). ¿Por qué se usa la RMM para promover la salud de la mujer en gestación? Porque es un indicador particularmente sensible de la inequidad, una “Prueba de fuego” del estatus de las mujeres, del acceso a la atención de la salud y de su adecuación para responder a sus necesidades, un indicador de la desventaja dentro de los países en desarrollo y entre éstos y los países desarrollados. Por otro lado, una muerte materna equivale a 30 morbilidades severas. La morbilidad severa

no puede ser separada de la mortalidad porque se encuentra en el camino causal. Su incidencia/prevalencia llega hasta el 10%.

Es importante supervisar la mortalidad y morbilidad maternas para establecer las causas, establecer prioridades y evaluar su evolución. Las intervenciones destinadas a reducir la morbimortalidad materna podemos clasificarlas en intervenciones de vigilancia, comunitarias y clínicas. Cuando hablamos de Vigilancia sabemos que medir los niveles de muertes maternas no es suficiente, se necesitan métodos que ayuden a elucidar las causas subyacentes en cada muerte materna e identificar lo que pueda hacerse para evitarla. El valor de la Encuesta Confidencial sobre Muertes Maternas, por ejemplo, ser subestimado o preasumido en el Reino Unido en donde se aseguran fondos adecuados y personal capacitado que permitan mayor investigación en aquellas áreas de mayor mortalidad. En nuestro país, sin embargo, un reporte y análisis de muertes maternas en 5 provincias de la Argentina llevado a cabo por el CEDES (2004 – 2005) establece que el Sistema de Estadísticas Vitales no permite obtener información en tiempo real (demora de entre 9 meses – 1 año), los comités de muertes maternas, con inserción provincial y marco legal, no están integrados con la comisión nacional, y existen limitaciones en mecanismos de funcionamiento y oportunidad de la información, sin capacitación para el análisis sistemático, por lo que finalmente culpabiliza, alimentando el ocultamiento y no la prevención. El Análisis causa-raíz es un método de resolución de problemas dirigido a identificar sus causas o acontecimientos. Se basa en el supuesto de que los problemas se resuelven mejor al corregir o eliminar las causas raíz, enfatiza las estrategias de seguridad basadas en el sistema y en la raíz de las causas que subyacen en la ocurrencia de cada error. El producto principal del ACR es un plan de acción. El Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR) presenta información actualizada que permite conocer la situación actual en las distintas regiones del país y su evolución en el tiempo, además del seguimiento de los indicadores de salud sexual y reproductiva propuestos

por OMS y OPS, que permitan orientar a los decisores acerca de los cambios que se producen y re-direccionar las acciones cuando sea necesario.

Dentro de las intervenciones comunitarias, ha sido demostrado que la educación y los servicios de salud reproductiva para los adolescentes, la educación comunitaria sobre maternidad sin riesgo y los servicios e información de planificación familiar han tenido un relativo impacto en la morbilidad materna. Si se observan los intervalos intergenésicos asociados con una disminución de la morbilidad materna en latino-america, y lo relacionamos al hecho que las mujeres quieren intervalos intergenésicos mayores de los que tienen, vemos que este tipo de acciones no han sido consideradas prioritarias en muchos distritos. Sin embargo, las intervenciones aisladas de educación y provisión de insumos muchas veces no son suficientes, al ser el problema más complejo. En un estudio sobre embarazo adolescente realizado por CEDES, el 21.7% de las adolescentes encuestadas no utilizaron anticonceptivos luego del inicio sexual por el deseo de tener un hijo (37.8% en Rosario, 25% en GBA, 9.4% en Salta).

Dentro de las intervenciones clínicas (tal vez las más formalmente evaluadas), la mortalidad materna sigue siendo un resultado postergado. Dentro de las 550 revisiones sistemáticas del grupo Embarazo y Parto de la Colaboración Cochrane, menos de la mitad reportan muerte materna como resultado, y solo dos reportaron resultados estadísticamente significativos. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS compila información actualizada proveniente de más de 100 revisiones sistemáticas Cochrane y recomendaciones sobre aplicabilidad de la evidencia y aspectos prácticos de intervenciones relacionadas al control prenatal, problemas médicos durante el embarazo, complicaciones del embarazo, atención durante el parto y después del parto, además de videos y otros recursos educativos. Compila además las intervenciones cuya efectividad o ineffectividad han sido demostradas, y las intervenciones que aún necesitan evaluarse.

En lo que se refiere a la disminución de las muertes maternas, sin embargo, las intervenciones no son muchas: El levonogestrel para la anticoncepción de emergencia, el misoprostol para la evacuación del embarazo detenido y retenido antes de las 24 semanas, la extracción con bomba aspirativa para el tratamiento del aborto incompleto han sido demostrados como efectivos. La conducta activa del alumbramiento disminuye la pérdida de sangre postparto, siendo la oxitocina es el uterotónico de elección. El sulfato de magnesio para mujeres con preeclampsia reduce el riesgo de eclampsia, y en las mujeres con eclampsia reduce el riesgo de recurrencia y muerte materna. Las drogas antihipertensivas deben utilizarse para el tratamiento de las crisis hipertensivas durante el embarazo. La profilaxis antibiótica en la cesárea reduce las complicaciones infecciosas postoperatorias, y los antibióticos para la RPM prolongan el embarazo y reducen la morbilidad infecciosa materna e infantil. Además los antibióticos en la bacteriuria asintomática previenen la pielonefritis.

Aún así la implementación de estas prácticas es heterogénea en los diferentes lugares. Si bien los obstáculos producen desaliento, cuando se supera la aprehensión inicial del personal, los beneficios son evidentes. Las Guías de Práctica Clínica son herramientas útiles, y sólo con personal comprometido se logran los cambios. Aunque podemos hacer un buen trabajo enseñando a nuestros estudiantes y residentes la mejor práctica médica actualmente disponible, hacemos un pobre trabajo al no enseñarles como decidir cuándo, lo que están aprendiendo de nosotros, se vuelve obsoleto y requiere ser cambiado.