

Estrategias para el análisis de la mortalidad materna y perinatal

Por doctor John Jairo Zuleta Tobón

Médico Obstetra y Ginecólogo

Epidemiólogo Clínico

Docente Departamento Obstetricia y Ginecología, Universidad de Antioquia

Mortalidad Materna

En los países menos desarrollados, mueren anualmente cerca de 600.000 mujeres a consecuencia de complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio. Cuando esta cifra se compara con la de otras causas de muerte, muy posiblemente ya no sea tan alarmante, sin embargo, una muerte materna no solo tiene repercusiones importantes en la familia y en la sociedad sino que igualmente es la punta del iceberg que refleja unas cifras más abrumadoras de morbilidad y de secuelas en otras mujeres que igualmente recorrieron el mismo camino hacia la muerte pero que no pasaron ese umbral.

Se calcula que por cada mujer muerta a consecuencia de su proceso reproductivo, aproximadamente otras 30 sufren lesiones, infecciones y discapacidades. La cadena de eventos que desencadenaron la muerte en una gestante deja secuelas como anemia, daños renales, infecciones, fístulas, daño neurológico, infertilidad, menopausia o secuelas endocrinas múltiples en aquellas que no tuvieron ese desenlace fatal. Igualmente, hay repercusiones sociales y económicas. Se ha demostrado que los hijos menores de edad que sobreviven a estas madres tienen una probabilidad aumentada de morir tempranamente, sufrir desnutrición, tener menos escolaridad, padecer discapacidades e incluso convertirse en carga para la comunidad al engrosar las filas de la drogadicción o de la delincuencia. La sociedad pierde una persona en edad productiva y pierde la inversión que ya se había hecho en ella.

Las secuelas de las mujeres que sobreviven igualmente desmejoran las condiciones de vida de ellas y de sus familias e imponen una carga adicional al sistema general de salud.

Estos son argumentos suficientes para que toda la sociedad se comprometa con la prevención de las muertes maternas. Las organizaciones de salud y los mismos estados han planteado la prioridad de tomar medidas que permitan lograrlo. A la vez, esto es un derecho que ha sido ratificado en múltiples encuentros de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Reducir las cifras de mortalidad materna es un compromiso que no solamente compete al sector salud sino que requiere la intervención coordinada de múltiples sectores de la sociedad.

Un punto de partida indispensable para poder diseñar estrategias pertinentes que permitan impactar en la problemática es identificar los factores determinantes que están influyendo en su presencia. A pesar de que las causas últimas de muerte son las mismas, con mínimas diferencias, en todos los países, los factores asociados a esas muertes pueden variar notablemente de un país a otro e incluso dentro de diferentes regiones de un mismo país y es necesario caracterizarlos para poder intervenirlos.

Tradicionalmente la prevención de la mortalidad materna se ha abordado desde el enfoque de riesgo y se ha dejado el peso de la labor principalmente al control prenatal. Este enfoque, aunque aporta bastante en términos de disminuir morbilidad, es insuficiente porque se encuentra que la mayoría de las muertes se presentan en mujeres que provienen de grupos que habían sido consideradas como de bajo riesgo. Adicionalmente, muchas de las complicaciones se presentan como accidentes en un momento muy cercano al parto. Es necesario entonces intervenir en otros aspectos.

El análisis de la mortalidad materna parte de dos preguntas. La respuesta a estas preguntas permite identificar en que campos actuar en el futuro para disminuir la problemática. La primera es: De qué se están muriendo? Esto permite identificar las causas médicas finales con lo cual se puede dirigir los esfuerzos de capacitación o adquisición de tecnología necesaria para remediar esas causas. Las principales causas en nuestro medio, al igual que el resto del mundo, son la hemorragia, las complicaciones de la preeclampsia y las infecciones. Las causas de mortalidad materna se clasifican en obstétricas directas e indirectas. Las directas son las que se presentan como consecuencia de complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio; pueden ser debidas a tratamientos incorrectos, intervenciones inoportunas, omisiones, a la conjugación de éstos o como efecto de la enfermedad. Las indirectas son las producidas por enfermedades preexistentes o que aparecen durante el embarazo sin estar relacionadas con él, aunque si pueden ser agravadas por los efectos de la gestación.

Es claro que son muchas las mujeres que tuvieron esas mismas enfermedades o complicaciones y sin embargo sobrevivieron. Es ahí donde surge la segunda pregunta, posiblemente más importante: ¿Porqué murió? ¿Qué es lo que hace que para enfermedades ante las cuales la mayoría de las mujeres sobreviven, una muera? Es acá donde inicia el trabajo de los comités de vigilancia de mortalidad materna.

Retrasos en la atención de la embarazada

El hecho de tener personal y sitios de atención de parto adecuados no garantiza su uso. La propuesta de maternidad sin riesgo ha identificado cuatro retrasos en la atención de la mujer que son los que determinan la diferencia entre la vida y la muerte. Ellos no solamente influyen negativamente en los resultados maternos sino en los perinatales y son:

1. Incapacidad de reconocer los signos de las complicaciones mortales.
2. Retardo en la decisión de búsqueda de la atención.
3. Demora en el desplazamiento al sitio de atención.
4. Atención inoportuna o deficiente en los establecimientos de salud.

El análisis de una muerte materna se debe realizar lo más pronto posible después de su ocurrencia. Para ello se tiene en cuenta toda la información consignada en la historia clínica preconcepcional si se tiene, del control prenatal y de la atención del parto, el puerperio y de la atención de todos los eventos alrededor de la muerte. Esto permite conocer los aspectos biológicos y los derivados de la atención en salud que pudieran haber influido. Adicionalmente, se realiza un análisis de los aspectos psicológicos, sociales y culturales agravantes o desencadenantes, estrategia conocida como autopsia social. Esto implica entrevistas directas con familiares y allegados de la difunta con el fin de recolectar toda la información por fuera de los aspectos médicos que en muchas oportunidades es la que realmente desencadena la muerte.

Un aspecto fundamental es entender que lo que se intenta es detectar acciones que condujeron a la muerte y no culpables. Con base en esta información se detecta cuales son los factores contribuyentes, determinantes o desencadenantes. Estos factores a la vez se clasifican según el área en Actitud, Conocimientos o Destrezas y Recursos y según el sector implicado en Comunidad, Formal -Área de la Salud- e Intersectorial. Esto permite identificar no sólo acciones específicas sino también responsables de implementarlas.

Obviamente, la reducción de esta mortalidad exige un compromiso político por parte de los entes administradores y un compromiso de la paciente, su familia, su comunidad y del sector salud.

Cómo estamos

El conocer estas tasas de mortalidad tiene la importancia de poder comparar entre regiones o países y medir el impacto de las medidas tomadas. Las tasas de mortalidad materna varían considerablemente entre diferentes regiones. En el año 2002 Afganistán reportó la tasa más alta del mundo con 1600 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos. En Latinoamérica, las tasas más altas para el mismo periodo las tuvieron Bolivia con 390, Haití con 523 y Perú con 185 por 100.000; las más bajas, Uruguay con 11.1 y Chile con 22.7 por 100.000. Cuba reportó 33.9 y Colombia 91.7 por 100.000 nacidos vivos. En cualquier país existe subregistro de las muertes maternas. El Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, se encarga de recibir la información de notificación obligatoria de todos los municipios del país. El DANE toma la información a partir de los certificados de defunción y se ha encontrado que el subregistro del SIVIGILA con respecto al del DANE es del 50%.

Para el año 1998 se reportaron 45 casos de muertes maternas en Antioquia, lo que representa una tasa de 40 por 100.000 nacidos vivos. La preeclampsia y sus

complicaciones fueron la primera causa básica de muerte, con un 28.9% de los casos. La hemorragia posparto y la retención de placenta representan el 26.7% y el abruptio el 11.1%. O sea que los eventos hemorrágicos en general explican la mayor parte de las muertes, 37.8%; la infección explica 8.9%. Es de resaltar que tres cuartas partes de todas las muertes se presentaron en el puerperio.

Mortalidad perinatal

El objetivo de cuantificar el número, las causas y los factores asociados con la muerte perinatal es convertir esos datos en información válida, oportuna y confiable que genere reflexión acerca de las condiciones de salud de la población y permita identificar cuales son los aspectos que requieren mayor intervención con el ánimo de disminuirla. Es necesario dirigir la atención a problemas específicos de acuerdo al perfil epidemiológico de las diferentes comunidades y esto es lo que se logra al analizar la mortalidad perinatal en forma grupal. El análisis de esa mortalidad según procedencia, régimen de afiliación al sistema de salud, edad materna, empleo, paridad y múltiples otras permite evaluar su evitabilidad y generar recomendaciones preventivas.

La información mínima indispensable para este análisis está contenida en el certificado de defunción. Se debe cambiar la mirada que se tiene de este documento y entender que puede emplearse como una fuente de indicadores de riesgo y como fuente de información que permite planear acciones tendientes a prevenir futuras muertes perinatales.

Existen varias clasificaciones que dependen de la edad gestacional y el peso mínimos que se empleen para definirla:

Mortalidad I: Representa el número de productos de la gestación muertos desde la semana 28 de embarazo o de 1000 gramos de peso hasta los primeros 7 días de nacido por cada 1000 nacidos.

Mortalidad II: Incluye productos con 22 o más semanas de gestación hasta los 28 días de nacido.

Mortalidad III: Incluye productos desde la semana 22 de gestación y 500 o más gramos de peso hasta los 7 días de nacido por cada 1000 nacidos vivos o muertos. Esta es la definición actualmente empleada por el Centro Latinoamericano de Perinatología.

La propuesta de análisis de la mortalidad perinatal e infantil es la desarrollada por el doctor Brian McCarthy de los CDC de Atlanta. Este modelo se ha empleado en muchos países del tercer mundo y recientemente se empezó a probar en los Estados Unidos: Enfoque según los períodos de riesgo perinatal. El instrumento consta de 16 casillas en una cuadrícula en la cual se cruza el peso al nacer y la edad al morir, con esos datos se obtiene información que permite ubicar en qué etapa del proceso reproductivo se ubican los factores determinantes de la

mortalidad, lo que permite implementar medidas preventivas específicamente dirigidas a aquellos grupos poblacionales más susceptibles (Anexo).

La causa de muerte puede deberse a problemas de la salud materna previa a la gestación, del cuidado materno durante el embarazo, del cuidado neonatal o del cuidado infantil. Todas las muertes se distribuyen en las respectivas casillas y en ellas se hace una comparación con una población externa que sirve como meta y por medio de una resta se calcula el exceso de mortalidad con respecto a ella. Igualmente se cuantifican las causas que llevaron a ese exceso y así se identifican los aspectos a intervenir. Actualmente, la Universidad del Valle emplea una modificación de esta propuesta que le ha permitido tener una mejor caracterización de la problemática en este departamento e impactar en los indicadores.

¿Cómo estamos?

Según el informe de la OPS de noviembre de 2002, la mortalidad perinatal I para Colombia en 1999 fue de 25 por 1.000 vivos comparada con Haití que informó 95, Bolivia 55 y Guatemala 45 por 1.000 con las tasas más altas y Chile con 9, Cuba con 12 y Uruguay con 16 por 1.000 con las más bajas.

En el año 1998 en Antioquia se registraron 664 muertes perinatales. El 46.2% se presentaron en época neonatal, el 32.7% en época fetal y el 21.1% en el intraparto. Entre las que pudo establecerse la causa, las anomalías congénitas explican la mayor cantidad de casos con 15%, seguida por la prematurez con un 13.2% y las infecciones con un 9.9%.

Comités de mortalidad materna y perinatal

Los comités deben funcionar en cada uno de los sitios de atención obstétrica y deben tener como misión realizar un análisis detallado de todos los factores asociados con la mortalidad e identificar las acciones que desencadenaron la muerte. Posteriormente, deben ponerse en contacto con todos los actores que intervinieron en el desenlace con el fin de concertar medidas que se puedan cumplir y que realmente impacten la problemática. Adicionalmente, deben trazar directrices que guíen las normas que rigen el sistema de salud y los contenidos para los currículos de las diferentes facultades del área de la salud.

Referencias:

Ramsom EI, Yinger NV. **Por una mortalidad sin riesgos.** Washington. Population Reference Bureau. 36 pag. (.www.prb.org).


Berg C, Danel I, Mora G. **Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna.** Washington DC. OPS 1996. 54 p.


Hopkins R, Miller C, Thompson D. **Perinatal Periods of Risk. An assessment approach to understanding fetal and infant deaths in Florida, 1995-1998.** Florida Department of Health. Tallahassee, FL. 2001

Boletines CEMIYA. Hospital Universitario del Valle.


Enfoque de la mortalidad perinatal por Periodos Perinatales de Riesgo

		Edad al morir			
		Fetal tardía > 28 semanas	Neonatal temprana < 7 días	Neonatal tardía 7 - 27 días	Pos neonatal > 28 días
P e s o a l n a c e r	500 - 999 gramos Extremo bajo peso				
	1000 - 1499 gr. Muy bajo peso				
	1500 - 2499 gr. Bajo peso intermedio				
	2500 gr. o más				

 Muertes debidas a alteraciones en la salud de la mujer (previa a la gestación).

 Muertes debidas a deficiencias en el cuidado materno (durante la gestación, control prenatal).

 Muertes debidas a complicaciones en el cuidado neonatal.

 Muertes debidas a problemas en el cuidado infantil.