

INTERVENCION PARA PREVENIR LA MUERTE EN MUJERES CON ALTO RIESGO DE MUERTE MATERNA

Prof. Dr. Miguel Margulies

Profesor Emérito de la Facultad de Medicina U.B.A.

Presidente de la Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER)

En nuestros países de América Latina, donde las muertes maternas se encuentran entre las más elevadas del mundo (46 x 100.000 nacidos vivos en Argentina fue la última cifra reportada a nivel nacional correspondiente a 1993, pero con un subregistro estimado del 50%, lo que elevaría esa cifra a 70 x 100.000 nacidos vivos), ¿cuáles son las mujeres con alto riesgo de muerte materna? ¿cuáles son las patologías que corresponden a ese alto riesgo de morir?

La respuesta a estos dos interrogantes son fáciles en el entorno socio-económico-cultural de las Américas.

El alto riesgo de morir está en toda aquella población empobrecida, que no tiene acceso al más elemental centro de atención primaria, que vive en regiones geográficamente aisladas, sin medios de transporte o sin medios económicos que le permitan pagar su traslado hacia el centro de atención.

Lamentablemente, los vaivenes económicos de Latinoamérica han llevado, a lo largo de los años a que, lejos de disminuir, las poblaciones sumergidas se han acrecentado; ya no sólo en áreas rurales geográficamente aisladas o inaccesibles, sino en la periferia de las grandes ciudades, donde se amontonan en villas miserables en búsqueda de trabajo. Ejemplo de ello lo tenemos en San Pablo (Brasil), donde Laurenti, del Departamento de Epidemiología de la Universidad de San Pablo, indica que la mortalidad materna en la ciudad de San Pablo ha aumentado en relación con la del interior del Estado, siendo en el trienio 1988-1990 mayor (capital, 48.8 e interior, 46.5 x 100.000 nacidos vivos), lo que indica claramente el fenómeno de movimiento de poblaciones empobrecidas alrededor de los grandes centros urbanos.

En respuesta a la segunda pregunta sobre *cuáles son las patologías prevalentes* que ocasionan mayor riesgo de morir, si observamos cualquiera de los informes de Latinoamérica, todos coinciden en que las primeras son *hemorragia, infecciones* y causas relacionadas con la *atención del parto*. ¿Son ellas enfermedades? ¿O son todas el resultado del aborto provocado, de la falta de control prenatal, de la llegada tardía al centro de atención, de la deficiencia en la calidad de atención de los centros de emergencia?

Como patología surge la *hipertensión gestacional*, la cual ocupa el primer lugar en el mundo desarrollando, junto al *tromboembolismo* y las *causas metabólicas*. En nuestro continente ocupa el tercer lugar, ya que es superado por las hemorragias e infecciones, como lo he señalado. Sin embargo, también debiera reducirse su incidencia (*50 de las 333 muertes maternas registradas en la Argentina en 1991 se debieron a hipertensión*) si se detectan precozmente los *grupos de riesgo* (hipertensas previas, primigestas en edades extremas de la vida fértil) y se pudiera actuar con medidas preventivas favoreciendo de esta manera la detección precoz de la enfermedad e impidiendo la muerte en caso de accidentes severos.

La *edad materna avanzada* en un factor de riesgo importante. *En la Argentina las cifras en el grupo de 40 a 49 años ascienden vertiginosamente a 125-161 x 100.000 nacidos vivos*. Dos factores importantes se suman en este grupo: mayor incidencia de patología materna (hipertensión-diabetes), y multiparidad.

Pues bien, luego de este análisis, *¿cuáles serían las medidas a adoptar?* Es evidente que ellas estarán dirigidas en especial a captar al mayor número de

embarazadas, sino todas, para el control prenatal, permitiendo así el diagnóstico y separación de los grupos de riesgo.

Las *medidas* para la reducción de la tasa de mortalidad materna serían las siguientes:

1) **Accesibilidad al control prenatal** para todas las gestantes en los servicios y con personal capacitado (obstétricas, enfermeras, etc). Lograr un mínimo de 5 a 6 controles a lo largo de la gestación en forma periódica, y asegurando la *calidad* de la atención.

2) **Detección temprana del embarazo (en el primer trimestre)** para una adecuada acción preventiva de gran parte de las patologías maternas, como diabetes, hipertensión, hipertiroidismo, infecciones urinarias, patologías cervico-vaginales, etc., todas ellas con repercusión neonatal.

3) **Identificación de los factores de riesgo** para lograr la prevención de daños. Estos factores deben ser seleccionados para patologías prevalentes desde la primer consulta, con el objeto de implementar los sistemas de referencia y contra-referencia de los pacientes a los niveles de complejidad según los gradientes de riesgo.

Las mujeres con complicaciones serias del embarazo deben ser transferidas a centros de mayor

complejidad antes de que su vida se vea amenazada.

4) **Perfeccionamiento de los sistemas de recolección de datos** para conocer mejor la problemática de la muerte materna en su verdadera dimensión. Es de destacar que, por ejemplo, hay un gran porcentaje de mujeres jóvenes en quienes las causas de muerte son evitables, y además existe un *subregistro del 50% o más*.

5) **Empleo de tecnologías apropiadas** como por ejemplo carnet perinatal, historia clínica perinatal básica, sistema informático perinatal (OPS/OMS), y tecnologías de apoyo (gestograma, cinta obstétrica, partograma con curvas de alerta).

6) **Difusión de la educación para la salud de la embarazada**, iniciando desde el primer control prenatal la participación de la pareja, y educando en cuanto a nutrición, conocimientos sobre el parto, participación activa de la familia, y preparación para la lactancia. Este punto es difícil de lograr si no se alcanza primero el objetivo número 1.

7) **Institucionalización del parto**, evaluando el riesgo y dándole el nivel de complejidad correspondiente, controlando el bienestar materno y fetal, tratando de manejar conservadoramente el trabajo

Indicadores de impacto y proceso de la atención materna argentina (1987-1993)

Indicador	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
<i>Impacto</i>							
Tasa global de fecundidad global (hijos por mujer)	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	*2,7
Tasa de fecundidad específica 15-19 años por mil	68,95	69,60	67,05	68,40	68-6	65,81	62,11
% de muertes maternas del total de muerte de mujeres de 15 a 49 años	3,27	3,28	3,46	3,56	3-3	3,0	2,9
Lugar ocupado por la mortalidad materna entre las 10 primeras causas de muerte de mujeres de 15 a 49 años	7º	6º	6º	5º	5º	5º	5º
% de bajo peso al nacer	5,5	6,7	6,9	6,06	6,9	6,9	6,8
Mortalidad materna por 100.000 NV	48,64	48,49	51,87	57,02	48,00	48	46
Nº de casos de tétanos neonatal	19	17	17	14	10#	7#	3#
<i>Proceso</i>							
% parto institucional	94,5	95,1	95	95,4	95	95,2	95,1

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

*: Estimación quinquenal (Fuente INDEC) / #: Nº muertes por tétanos

de parto, humanizando la asistencia de ese período, y promoviendo la interacción madre-recién nacido y favoreciendo la lactancia. Este punto en forma aislada no varía el resultado final muerte. Ejemplo de ello es la Argentina con 96,2% de partos institucionales y una alta tasa de mortalidad. De nada vale que la mujer llegue a la institución por primera vez en el momento del parto, si antes no se lo controló. El período antenatal es el que nos dará la posibilidad de la intervención adecuada.

8) Mejorar la organización de los servicios de obstetricia:

a) La unidad obstétrica debe tener consultores y anestesistas para cubrir las necesidades de urgencia.

b) La unidad obstétrica debe estar integrada a un hospital general.

c) El médico que atiende el cuidado prenatal y

partos debe mantener sus habilidades y estar al día con los conceptos cambiantes.

d) Todas las unidades de maternidad deben tener un *banco de hemoterapia disponible* para proveer de sangre y sustitutos para el tratamiento de la emergencia.

9) Finalmente, es necesario **facilitar el acceso de todas las mujeres a la planificación familiar, o métodos de anticoncepción**, lo cual reducirá la incidencia de abortos que, por la ilegalidad del mismo, aumenta el riesgo de la morbilidad materna en nuestros países.

Reducir la mortalidad materna es enfocar el problema de la mujer en edad fértil en nuestros países; es facilitarle condiciones de vida, de trabajo, protección a sus hijos y, por sobre todas las cosas, el amor y la comprensión de su problemática.

**UN LIBRO PARA LEER PERTENECE A ESOS MILAGROS
DE UNA TECNOLOGÍA ETERNA DE LA CUAL FORMAN PARTE LA RUEDA,
EL CUCHILO, LA CUCHARA, EL MARTILLO, LA CACEROLA Y LA BICICLETA
UMBERTO ECO**