

**El Tratamiento Oportuno de las
Complicaciones Obstétricas como Estrategia
de Reducción de la Mortalidad Materna**

ABRIL 2010



Alumno: Itengré Ouédraogo

Tutor: Alberto Martos

PRESENTACION

Este artículo es realizado como trabajo final en el marco de la formación “Máster en Cooperación Internacional y Ayuda humanitaria”. Durante el curso, el alumno debe presentar un trabajo de investigación en el que utilice los conocimientos adquiridos para profundizar en alguno de los temas estudiados.

El documento trata de la implementación de servicios de Atención Obstétrica de Emergencia como enfoque de reducción de la mortalidad materna a partir del análisis de los resultados de un estudio basado en el tratamiento de las complicaciones obstétricas directas en un servicio de atención obstétrica de emergencia integral.

Consta de una parte introductoria donde se hace una reseña panorámica de la situación de la mortalidad materna con los factores asociados a la misma, así como los diferentes enfoques en las intervenciones. Así mismo se definen las complicaciones obstétricas y se destaca la importancia de su tratamiento oportuno y adecuado para salvar vidas.

En la segunda parte se presenta el análisis de los resultados del estudio y las conclusiones tiradas del mismo. En la tercera parte se proponen acciones a desarrollar en un programa de salud diseñado para reducir la mortalidad materna. Estas acciones se presentan en forma de una guía genérica de objetivos, resultados, actividades e indicadores.

El documento tiene la ventaja fundamental de que presenta un estudio de diseño sencillo y de realización poco costosa que permite identificar los problemas de forma concreta en una evaluación de necesidades. Las acciones y estrategias propuestas y los mecanismos de seguimientos sugeridos van encaminadas a cubrir las deficiencias señaladas en los resultados del estudio y son útiles y aplicables en cualquier proyecto de reducción de la mortalidad materna en un país subdesarrollado, adaptándolas a las características particulares de cada región.

INDICE:

Introducción.....4

Relación del ODM 5 con otros ODM.....5

Definiendo la mortalidad materna.....7

Causas de la muerte materna8

Enfoques en la reducción de la mortalidad materna.....9

¿Por qué enfocarse en las complicaciones obstétricas?.....11

Contexto y justificación del estudio.....14

Metodología del estudio.....16

Resultados del estudio.....17

Conclusiones tiradas del estudio.....21

Acciones y estrategias a desarrollar para reducir la mortalidad materna.....23

Anexos.....29

Bibliografía.....35

INTRODUCCION

La mortalidad materna es un grave problema de salud pública que se correlaciona con el nivel de desarrollo de los países y con la importancia que se le da a la mujer en la sociedad. Es un asunto que rebasa el ámbito de salud y alcanza incluso el de los derechos humanos y la justicia social ⁽¹⁾. Afecta a la mayoría de los países pobres del mundo y tiene un gran impacto familiar, social y económico. Sin embargo, con el reconocimiento del problema, con voluntad política y compromiso de los diferentes entes involucrados se puede tratar y así disminuir la razón de muertes maternas y toda la tragedia que cada muerte materna representa.

La muerte de una madre es una tragedia evitable que afecta una vida joven llena de grandes esperanzas; es una de las experiencias más traumáticas que puede sufrir una familia y afecta seriamente el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de los hijos, especialmente de los más pequeños. Todo lo anterior trae como consecuencia el debilitamiento de la estructura social en general ⁽²⁾.

En el curso de los dos últimos decenios, la comunidad internacional ha declarado de manera repetida su determinación a reducir los niveles elevados de defunciones maternas en los países en vías de desarrollo, comenzando por la Iniciativa para la Maternidad Segura en la Conferencia de Nairobi en 1987, cuya meta al comenzar era reducir la mortalidad materna a la mitad para el año 2000 ⁽³⁾, seguida de la Cumbre Mundial sobre la Infancia en 1990, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo en 1995, la cuarta Conferencia Mundial de Mujeres en Beijing en 1995, y Nairobi 10 años después, en 1997 en Sri Lanka. En el año 2000, en la Cumbre del Milenio, los países miembros de la ONU adoptaron la Declaración del Milenio, que contiene un conjunto de metas para el desarrollo, incluido el desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza. Una de las ocho metas es reducir la mortalidad materna en 75% para el año 2015, partiendo de las cifras de 1990.

En el año 2007, hubo manifestaciones para marcar el vigésimo aniversario del lanzamiento de la Iniciativa para la Maternidad Segura en Londres donde se hizo un llamado a un compromiso renovado de los programas y la vigilancia.

Con todo, tener un hijo sigue siendo uno de los mayores riesgos de salud para las mujeres en todo el mundo. Todos los días 1500 mujeres mueren mientras dan a luz. Esto es medio millón de madres todos los años, a la vez que un millón de recién nacidos mueren dentro de las primeras 24 horas de vida. El 99 % de estas muertes ocurren en los países en vías de desarrollo ⁽⁴⁾. En África subsahariana, el riesgo de deceso asociado al embarazo y al parto es de 1 en 13 contra 1 en 4100 en los países industrializados, como puede verse en el cuadro 1.

Esta diferencia entre los riesgos que corren las mujeres de los países en desarrollo cuando están embarazadas y los que corren las mujeres del mundo industrializado se califica a menudo como “la mayor división en materia de salud del mundo” ⁽⁵⁾.

RELACION DEL ODM 5 CON OTROS ODM

“Si no se abordan decididamente las cuestiones de salud reproductiva, los Objetivos no podrán alcanzarse.”

Kofi Annan, ex Secretario General de las Naciones Unidas, 2002

El fin último de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) es la reducción de la pobreza. De los 8 objetivos, el ODM 5 relativo a la reducción de la mortalidad materna es el que más retrasado está respecto del cronograma, pues la mortalidad derivada de la maternidad tiene actualmente la misma alta tasa que tenía hace dos decenios. Es sin embargo tan clara la interrelación entre este y los otros ODM ⁽⁶⁾:

- El más lento crecimiento de la población resultante del acceso a servicios de salud reproductiva contribuye a la erradicación del hambre (ODM 1) y reduce la probabilidad de que, debido a las grandes cantidades de jóvenes se pierdan las mejoras en el nivel de matriculación escolar y se menoscabe la calidad de la educación (ODM 2).
- Cuando las mujeres pueden determinar el tamaño de sus familias y el momento de tener hijos, es más probable que se logre una mayor igualdad de género, que a su vez, apoya la capacidad de la mujer para adoptar decisiones acerca de su propia reproducción (ODM 3).
- El uso de métodos de planificación voluntaria de la familia reduce directamente la mortalidad infantil (ODM 4) y mejora la salud de las madres (ODM 5).
- La prevención de las infecciones de transmisión sexual es un componente básico de la salud reproductiva, pues contribuye directamente a las medidas para reducir la transmisión del VIH, mientras que la planificación de la familia puede ayudar a las mujeres que tienen reacción serológica positiva al VIH a decidir por sí mismas si tener o no hijos, y cuándo tenerlos y, por lo tanto, puede reducir la transmisión de la madre al hijo (ODM 6).
- Un más lento crecimiento de la población contribuye a mitigar la agudización de la escasez de agua, a reducir la rapidez de la pérdida de bosques, pesquerías y diversidad

biológica, a frenar el aumento de las emisiones de gases de efecto invernadero y a fomentar la resiliencia de los países a medida que se van adaptando al cambio climático, garantizando la sostenibilidad del medio ambiente (ODM 7).

Cuadro 1: Riesgo asociado al embarazo y al parto durante la vida

Région	Riesgo de deceso asociado al embarazo y al parto durante la vida*
Afrique subsahariana	1 en 13
Asia del sur	1 en 55
Medio Oriente y África del norte	1 en 55
América Latina y Caribe	1 en 160
Asia del Este y Pacífico	1 en 280
ECE/CEI	1 en 800
Países menos avanzados	1 en 16
Países en desarrollo	1 en 60
Países industrializados	1 en 4100
Total mundo	1 en 75

*: *Determinado no solo por la tasa de mortalidad materna, pero también por el número de partos por mujer.*

Fuente: OMS, UNICEF et FNUAP. *Mortalité maternelle 1995 : estimations de l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP, 2001.*

DEFINIENDO LA MORTALIDAD MATERNA

Muerte Materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de su duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales⁽⁷⁾.

Factores asociados a la mortalidad materna

La mortalidad materna es la expresión más evidente de la inequidad y desigualdad a la que están sometidas las mujeres. Refleja la injusticia social y la discriminación que afecta especialmente a las más pobres.

En los países con poco desarrollo, la dependencia tanto económica como en la toma de decisiones de las mujeres hace que no puedan actuar libremente para cuidar su salud.

La falta de educación y el analfabetismo en los países en vías de desarrollo ponen en desventaja a las mujeres para el acceso a la información y hacen que desconozcan sus derechos y las opciones que ofrece el sector salud.

En los países pobres con tasas altas de mortalidad materna es común que las mujeres inicien tempranamente su vida sexual sea o no bajo el vínculo del matrimonio, y esto hace que estén expuestas no sólo a las complicaciones de los embarazos incluida la muerte, sino a embarazos no deseados y por consiguiente a abortos inducidos.

La falta de acceso a los métodos de planificación familiar expone a las mujeres a embarazos no deseados en edades extremas, a abortos inducidos y complicados con sepsis, a un mayor número de embarazos con los riesgos que impone cada gestación y a mayor pobreza mientras más hijos tenga cada mujer.

El trabajo físico arduo y la mala nutrición hacen que las mujeres de bajos recursos económicos sean más propensas a tener complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.

La falta de acceso a los servicios de salud por dificultades geográficas, económicas o culturales, o por la ausencia de estos servicios en las comunidades, es crucial como factor determinante para el aumento de las razones de mortalidad.

La falta de entrenamiento adecuado del personal de salud para el manejo de las complicaciones obstétricas contribuye al aumento de la morbimortalidad materna.

CAUSAS DE LA MUERTE MATERNA

Según los estándares internacionales las muertes maternas se sub-dividen en dos categorías generales según su origen médico: las muertes obstétricas directas y las muertes obstétricas indirectas.

- I. Las muertes obstétricas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto, puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas, incluidas las complicaciones sufridas como consecuencia del aborto y representan el 75 % de las muertes.
- II. Las muertes obstétricas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo, o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causa obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo: paludismo, hepatitis, anemia, enfermedad cardíaca...etc.

Las tres demoras:

Se ha identificado que contribuyen al incremento de las tasa de mortalidad materna. La experiencia muestra que las mujeres que mueren en el parto experimentaron por lo menos una de las tres demoras clásicas.

La primera demora se produce al decidir buscar atención para una complicación obstétrica. Puede deberse a varias razones, entre ellas el reconocimiento tardío de que hay un problema, el temor a los hospitales o a los costos en que se incurrirá, o la falta de una persona encargada de tomar las decisiones.

La segunda demora se produce después de haber tomado la decisión de ir en procura de atención. Se trata de la tardanza en llegar físicamente al centro de atención y frecuentemente se debe a la dificultad en encontrar o pagar medios de transporte. En muchas aldeas las posibilidades de transporte son muy limitadas y el estado de las carreteras es muy deficiente. Algunas comunidades han elaborado formas innovadoras de abordar este problema, entre ellas planes de pagos previos, fondos para el transporte comunitario y un fortalecimiento de los vínculos entre los profesionales de la comunidad y el sistema oficial de salud.

La tercera demora se produce al intentar obtener atención médica una vez que la paciente llegó al centro de atención. Es una de las cuestiones más lamentables en lo atinente a la mortalidad materna.

A menudo las mujeres deben esperar largas horas en el centro de remisión debido a la carencia de personal, las políticas de pago previo o las dificultades para obtener suministros de sangre, equipo médico o un quirófano. Muchos planificadores consideran que la tercera demora es la más fácil de corregir. Cuando una mujer ha llegado a un centro de atención obstétrica de emergencia ya se han vencido muchas de las barreras económicas y socioculturales. Uno de los principales componentes del mejor acceso a la atención obstétrica de emergencia es concentrar la atención en mejorar los servicios en los centros existentes. Los programas orientados a subsanar las dos primeras demoras (es decir, los que educan a las comunidades para que reconozcan las complicaciones y las alientan a buscar atención médica o los orientados a mejorar el transporte para facilitar el acceso a un nivel más elevado de atención) no tienen ninguna utilidad si los propios establecimientos no proporcionan servicios adecuados.

ENFOQUES EN LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA

Enfoque de riesgo: Bajo la premisa de que era posible reducir y detectar con oportunidad los embarazos susceptibles de presentar complicaciones obstétricas, durante muchos años, los programas de reducción de la mortalidad materna se centraron en dos componentes principales: la atención prenatal y la capacitación de las parteras tradicionales y miembros de la comunidad para reconocer las complicaciones que se produjeran durante el parto. El propósito de esos programas era que las mujeres que padecieran complicaciones potencialmente mortales fueran transferidas oportunamente a un nivel más elevado de atención. Las deficiencias de este enfoque son:

- Se pasaba por alto la disponibilidad de atención a niveles más elevados del sistema. Los países con tasas elevadas de mortalidad materna casi siempre carecen de instalaciones y servicios de atención obstétrica de emergencia.
- Las parteras tradicionales, aunque hayan recibido capacitación, no tienen conocimientos para reconocer complicaciones porque, en general, son relativamente pocos los partos complicados que atienden durante su “carrera” y pueden carecer de autoridad para convencer a la familia de transferir a una parturienta a un hospital.

La atención oportuna y con calidad de la urgencia obstétrica: 50% de las complicaciones obstétricas no pueden prevenirse debido a que no presentan signos o síntomas de alarma.

- **Atención del parto por personal calificado:** La mayoría de las complicaciones obstétricas se producen durante el trabajo de parto y el propio parto. Es necesario que el personal sanitario calificado reconozca rápidamente las complicaciones que amenazan la vida e intervenga a tiempo para salvar la vida de la madre. El término “personal de salud calificado” se refiere exclusivamente a las personas capacitadas en obstetricia (por ejemplo, médicos, parteras, enfermeras), con formación en las técnicas necesarias para atender partos normales y diagnosticar las complicaciones obstétricas o remitir a las pacientes a servicios de mayor capacidad. La definición de personal calificado puede verse en el anexo I.
- **Atención obstétrica de emergencia:** La atención obstétrica de emergencia (AOEm) abarca varias funciones fundamentales para salvar la vida, realizadas idealmente en un centro de atención médica, que pueden impedir la muerte de una mujer cuando está comenzando a experimentar complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio. Es una respuesta médica a una situación potencialmente mortal y no es la normal para todos los partos. Esas funciones suelen dividirse en dos categorías: 1) la AOEm básica que puede prestarse en un centro de salud, por una enfermera, una comadrona o un médico, y 2) la AOEm integral, que por lo general requiere las instalaciones de un hospital de distrito con sala de operaciones. Las funciones mínimas de la AOEm básica e integral figuran en anexo II.

En resumen, la evolución de los enfoques en la reducción de la mortalidad materna con los resultados de las investigaciones y las experiencias de los países que han logrado reducir los decesos derivados de la maternidad ha permitido llegar al consenso de que las defunciones de madres y de recién nacidos, en su mayoría, pueden prevenirse mediante intervenciones estratégicas que salvan vidas y tienen buena relación costo/ beneficio, entre ellas, la planificación de la familia, la atención obstétrica de emergencia y la presencia durante el parto de personal de partería calificado. Se ha podido identificar además algunas características fundamentales de los programas de reducción de la mortalidad materna que han obtenido buenos resultados:

- Compromiso firme al nivel político más elevado
- Profesionalización de la atención prestada por comadronas
- Asistencia de personal calificado en 90% de los partos

- Acceso a los servicios de planificación de la familia/anticonceptivos
- Acceso a la atención obstétrica de emergencia (AOEm) de calidad, incluidas tecnologías médicas como antibióticos, anticonvulsivos y oxitócicos
- Supervisión continúa de los servicios y mejoramiento de la calidad, incluida la investigación de las muertes maternas.

El enfoque basado en la atención oportuna y con calidad de las urgencias obstétricas, objeto del análisis de nuestro estudio funciona basándose en la suposición de que todas las mujeres embarazadas corren riesgo de sufrir complicaciones graves y, por consiguiente, centra la atención en mejorar el acceso, la utilización y la calidad de la atención obstétrica de emergencia. El programa prioriza la preparación y la disponibilidad de establecimientos básicos e integrales de AOEm, o reduce la "tercera demora" del "modelo de 3 demoras". Este enfoque es aplicado por el Programa de Prevención de la Mortalidad y la Discapacidad Maternas (AMDD) en asociación con organizaciones que ya realizan actividades sobre el terreno: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Red Regional para la Prevención de la Mortalidad Materna (RPM), CARE, Save the Children, Consorcio para la Salud Reproductiva de los Refugiados (RHR).

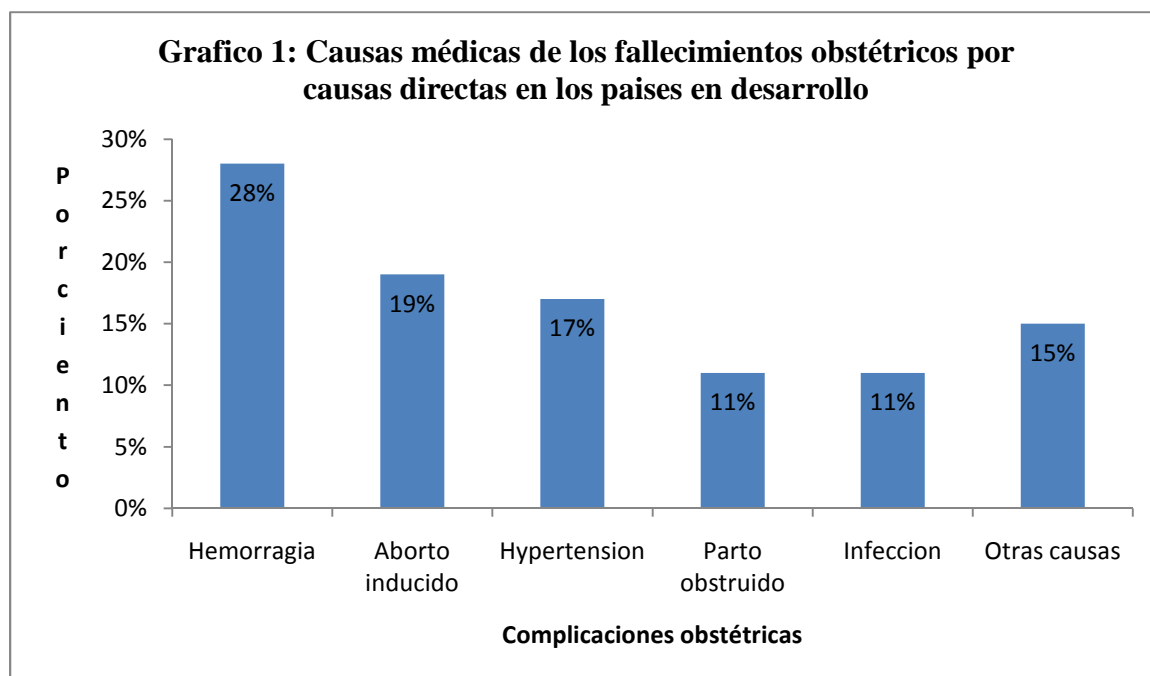
¿POR QUE ENFOCARSE EN LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS?

Las complicaciones obstétricas directas son responsables del 75 % de defunciones maternas (grafico 1) y se estima que en cada grupo de mujeres embarazadas, 15 % sufrirá una complicación ⁽⁸⁾. Estas complicaciones ocurren en su mayor parte de forma súbita, sin que se pueda prevenir ni predecir, por lo que se preconiza la existencia de servicios de atención obstétrica de emergencia para salvar la vida de las mujeres. Las intervenciones de eficacia demostrada en el tratamiento de las complicaciones obstétricas se ilustran en el anexo III.

Se estima que el tiempo promedio para que se produzca la muerte es de dos y doce horas respectivamente para la hemorragia post-parto y pre-parto, de dos días para la eclampsia, y de dos y seis días respectivamente para el parto obstruido (distocia) y la infección.

Se ha definido siete categorías de complicaciones obstétricas directas de muerte materna cuyas definiciones de trabajo pueden observarse en el cuadro 2, que abarcan cerca del 85% de

las muertes obstétricas directas, las cuales pueden ser tratadas con éxito sin pérdida de la vida en la gran mayoría de los casos mediante servicios obstétricos adecuados (9).



Cuadro 2: Complicaciones Obstétricas Directas y Definiciones de Trabajo

Complicaciones obstétricas directas	Definiciones sacadas de la ONU y los Proyectos “Salvar a las Madres” de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)
<p>Hemorragia</p> <p style="text-align: right;">Anteparto</p> <p style="text-align: right;">Postparto</p>	<p>Cualquier sangrado antes y durante la labor: placenta previa, desprendimiento de la placenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado que requiere tratamiento (suplir fluidos intravenosos y/o transfusión sanguínea); • Placenta retenida; • Sangrado profuso debido a laceraciones (vaginal o cervical)
<p>Labor prolongada/obstruida</p>	<p>Esto es distocia (labor anormal) que incluye :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Labor prolongada en la primera etapa (> 12 horas) • Labor prolongada en la segunda etapa (> 1 hora de la etapa segunda activa) • DCP (desproporción céfalo-pélvica), presentación atravesada, de frente o de cara <p>Si una mujer con cesárea anterior ha tenido un fracaso de la cicatriz y requiere otra cesárea, entonces la complicación es DCP. Si la mujer tiene una cesárea por insuficiencia fetal, se la anota como un caso de cesárea, pero sin complicación materna.</p>
<p>Sepsis postparto</p>	<p>La mujer tiene fiebre (38 grados C o más) después de 24 horas del parto (con al menos dos lecturas ya que la labor en sí puede ocasionar algo de fiebre). Otras Funciones Señales y síntomas que pueden estar presentes: dolor en el bajo vientre, secreción purulenta, maloliente (loquia), útero sensible. (Descartar la malaria).</p>
<p>Complicaciones de aborto</p> <p>El aborto puede ser espontáneo o inducido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia debida al aborto, que requiere resucitación con fluidos IV o transfusión sanguínea. • Sepsis por aborto (incluye perforación y absceso pélvico).
<p>Preeclampsia grave</p>	<p>Presión diastólica 110 mmHG y proteinuria>3+ después de 20 semanas de gestación. Varias señales y síntomas: cefalgia, hiperflexia, visión borrosa, oliguria, dolor epigástrico, edema pulmonar.</p>
<p>Eclampsia</p>	<p>Convulsiones. Presión diastólica 90mmHG o más después de 20 semanas de gestación. Proteinuria 2+ o más. Varias señales y síntomas: coma y otras señales y síntomas de preeclampsia grave.</p>
<p>Embarazo extrauterino</p>	<p>Sangrado interno debido a embarazo fuera del útero. Dolor en el bajo vientre y posible choque debido a sangrado interno. Historia de embarazos.</p>
<p>Ruptura del útero</p>	<p>Ruptura uterina con historia de labor prolongada u obstruida cuando las contracciones uterinas pararon súbitamente. Abdomen doloroso. La paciente puede estar en choque debido a sangrado interno o vaginal.</p>

CONTEXTO Y JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Níger es uno de los países más pobres del mundo ⁽¹⁰⁾ y uno de los países con las tasas más altas de mortalidad materna en el mundo. Según el informe de Unicef sobre el Estado mundial de la Infancia en 2009, 66 % de la población vive por debajo de la línea internacional de la pobreza ⁽⁵⁾ y según el informe de UNFPA sobre el estado mundial de la población en 2009, el Ingreso Nacional Bruto per cápita sobre la base de estimaciones del año 2007 es de 630 dólares ⁽⁶⁾.

Según estos informes, una de cada 7 mujeres corre el riesgo de morir como consecuencia del embarazo. El índice de fecundidad total se estima a 7,07 niños por mujer y la tasa anual media de crecimiento demográfico es de 3,9 %, lo que en parte, hace difícil el cumplimiento del ODM 5. Los otros indicadores sanitarios, relativos a la salud reproductiva se encuentran entre los peores del mundo:

- Índice de mortalidad derivada de la maternidad: 1800/100 000 nacidos vivos
- Prevalencia de uso de contraceptivos: 11 % para todos los métodos y 5 % para los métodos modernos
- Porcentaje de partos atendidos por personal calificado: 18 %
- Atención prenatal: A nivel de país, menos de la mitad de las mujeres embarazadas (46 %) beneficia de al menos una consulta prenatal con personal calificado y menos de 15 % benefician de las 4 consultas prenatales recomendadas por la OMS.
- Tasa de partos institucionalizados: 17,2 %
- Tasa de cesárea: 1 %

Las autoridades, sin embargo, han tomado medidas dirigidas a lograr la reducción de la mortalidad materna. Ya en el año 2006, habían adoptado la hoja de ruta nacional para acelerar la reducción de la mortalidad materna y neonatal en el país. Los principales objetivos retenidos para el periodo 2006-2015 son ⁽¹¹⁾:

- Ofrecer atención obstétrica de emergencia esencial de calidad en todas las instituciones sanitarias públicas y privadas
- Ofrecer atención obstétrica de emergencia básica de calidad en los centros de salud integrales
- Ofrecer atención obstétrica de emergencia integral de calidad en 70 % de los hospitales de distrito.

- Lograr que 80 % de las mujeres embarazadas tengan acceso a la atención obstétrica de emergencia.

El gobierno además subvencionó los costos de los tratamientos en los hospitales e instituyó la gratuidad para la cesárea, las consultas prenatales y posnatales, la planificación familiar, y las consultas y tratamientos de los niños menores de 5 años.

En el 2007, adoptaron la nueva política de población cuyo objetivo principal es lograr la reducción de la tasa de crecimiento anual de la población a 2,5 % en el 2015.

Estas políticas en pro del logro de los ODM han sido respaldadas por la implementación de programas y proyectos por ONG y organizaciones de Naciones Unidas, sobretodo UNFPA.

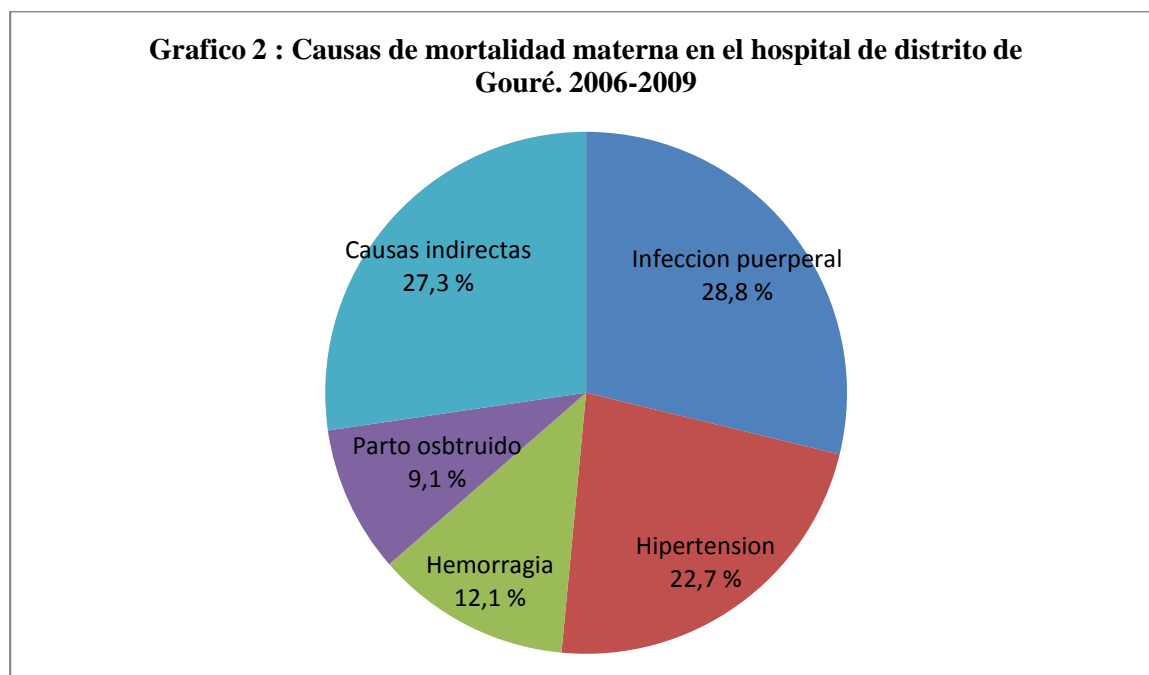
El estudio es realizado en el hospital del distrito sanitario de Gouré, departamento perteneciente a la región de Zinder. Se caracteriza por su gran superficie (95182 km²), pero desértica en su mayor parte. Desde el punto de vista de los servicios sanitarios, cuenta con un hospital de distrito y 24 Centros de Salud Integrales (CSI). Estos últimos constituyen el primer nivel en la red de los servicios sanitarios. La cobertura sanitaria es de 23 %.

El hospital beneficia de la intervención de UNFPA a través del proyecto “Salud Reproductiva en la Región de Zinder” iniciado en el año 2004 y funciona como centro de atención obstétrica de emergencia integral desde el año 2006. Esto ha contribuido a mejorar los indicadores aunque queda mucho por hacer. En el año 2009 la población total del departamento era de 280192 personas, con 59592 mujeres en edad de procreación y 10513 embarazos esperados. Los indicadores sanitarios en el 2009 eran los siguientes:

- 1 médico por 102919 habitantes, 1 enfermero por 9081 habitantes, 1 enfermera obstétrica por 10307 habitantes. Se incluye en el cálculo a un cirujano y dos enfermeras obstétricas de la asistencia técnica de UNFPA y el PNUD.
- La tasa de parto asistido por personal calificado es de 14 %
- La cobertura en consulta prenatal es de 71,3 %
- La prevalencia del uso de métodos contraceptivos es de 13,6 %

Un estudio realizado en el hospital en el año 2007 concluyó que las complicaciones obstétricas directas constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad materna en el departamento. Representaban 35,3 % de los partos realizados en el hospital, con una tasa de letalidad de 3,5 %. Se puso en evidencia además que existen factores socio-culturales y económicos desfavorables al uso de los servicios ⁽¹²⁾.

El estudio de las defunciones maternas desde el 2006 hasta el 2009 tal como se presenta en el gráfico 2 revela que las complicaciones obstétricas directas son responsables de alrededor de 73 % de las muertes. La característica fundamental de nuestras pacientes es que contrario a las estadísticas según las cuales la hemorragia es la primera causa de mortalidad, las infecciones puerperales son las que más fallecimientos producen.



El hecho de que la mayoría de las parturientas estén admitidas con cuadros de fallos multi-orgánicos reducen las posibilidades de sobrevivir a pesar de la existencia de medios humanos capacitados y materiales para el tratamiento. Razón por la cual se realizó este estudio con el objetivo de analizar cómo influyen los distintos factores de la cadena de tratamiento en el éxito o fracaso de la intervención y sugerir algunas acciones importantes a tener en cuenta en la implementación de una intervención de reducción de la mortalidad materna basada en el enfoque de la atención obstétrica de emergencia.

METODOLOGIA DEL ESTUDIO:

Se trata de un estudio prospectivo realizado durante el año 2009. Se diseñó una ficha de colecta de datos (anexo V), y se aplicó la encuesta de forma aleatoria a las pacientes admitidas en la maternidad y que satisfacían los criterios de complicación obstétrica directa. Cuando la paciente no tenía toda la información o su estado no le permitía contestar, los familiares

completaban las preguntas. El partograma, el registro de complicaciones obstétricas, las historias clínicas de las pacientes, los registros de la caja financiera del hospital, y el registro de circulación de la ambulancia sirvieron para completar la colecta de datos.

Para los efectos del estudio, la distancia entre el lugar de residencia y el hospital se dividió en tres categorías (Hasta 15 km, de 16 a 50 km y más de 50 km). El costo de la evacuación se subdividió en las categorías de hasta 5000 FCFA (10 USD) y más de 5000 FCFA. Así mismo el costo total del tratamiento se subdividió en hasta 50000 FCFA (100 USD) y más de 50000 FCFA. El costo total del tratamiento incluye el transporte y el costo del tratamiento intrahospitalario subvencionado por el estado.

Los datos obtenidos se procesaron mediante el editor de datos SPSS versión 17.0.

RESULTADOS DEL ESTUDIO

Durante el año 2009 se admitieron en el hospital 254 complicaciones obstétricas directas que representan 62,4 % de los partos realizados en la maternidad. Se registraron 15 fallecimientos debidos a complicaciones obstétricas directas, dando una tasa de letalidad de 5,9 %, superior al nivel mínimo aceptable de 1 % recomendado para la OMS. La encuesta fue aplicada a 145 pacientes, o sea, 57, 1 % de las complicaciones obstétricas directas admitidas.

¿Quiénes son nuestras pacientes?

En el cuadro 3 se resumen las características socio-económicas de las pacientes. La edad media es de 26 años, con un mínimo de 14 años y un máximo de 42 años. Se observa que las adolescentes representan 28,3 % reflejando la aceptación culturalmente, del matrimonio en edades tempranas de la vida. Según el informe de Unicef sobre el Estado Mundial de la Infancia en el 2009, se estima que la prevalencia de matrimonio precoz es de 75 % a nivel nacional y de 84 % en zonas rurales.

Solo 4,8 % de las pacientes reciben salarios como empleados de las instituciones públicas y 55, 2 % de los maridos son agricultores en una zona geográfica caracterizada por ser desértica. En cuanto al nivel de instrucción, las analfabetas representan 77,9 %. Más de la mitad de las pacientes (54,5 %) no han tenido atención prenatal. Se estima que el analfabetismo alcanza al 84,9 % de las mujeres mayores de 15 años a nivel nacional según el informe de UNFPA sobre el Estado de la Población 2009.

Cuadro 3: Características socio-económicas de las pacientes

Característica	Frecuencia	Proporción (%)
Grupos etarios		
Menos de 20 años	41	28,3
20-29 años	48	33,1
30 años y mas	56	38,6
Ocupación		
Ama de casa	135	93,1
Asalariado	7	4,8
Estudiante	3	2,1
Ocupación del marido		
Agricultor	80	55,2
Sin empleo fijo	32	22,1
Comerciante	21	14,5
Asalariado	12	8,3
Nivel de instruccion		
Analfabeto	113	77,9
Primario	18	12,4
Secundario	14	9,7

¿De dónde y cómo vienen las pacientes?

La accesibilidad física a los centros de atención obstétrica de emergencia es esencial para la atención oportuna de las complicaciones obstétricas. 51 % de las pacientes vienen referidos de los Centros de Salud Integral (CSI), que constituyen el primer nivel del sistema sanitario. El departamento cuenta con 24 centros de este tipo, sin embargo sólo 1, ubicado en centro urbano, ofrece atención obstétrica de emergencia básica, y esto es debido a la falta de personal capacitado y de insumos necesarios. La falta de insumos y de personal capacitado y el hecho de que el personal existente es casi siempre de sexo masculino ya fueron señalados entre los obstáculos a la utilización de los servicios obstétricos en un estudio encomendado por UNFPA y realizado en la región en el año 2006 ⁽¹³⁾.

Ninguno de los cuenta con un medio de transporte para asegurar el traslado de las pacientes, ni tampoco una red de comunicación adecuada. En casi un cuarto de los casos (24,8 %), el

parto se produce en ausencia de personal calificado, o sea, en el domicilio. Más de un tercio de las parturientas recorren más de 50 km para alcanzar el hospital de distrito y sólo 19,3 % son evacuados con ambulancia (cuadros 3 y 4). En cuanto al precio del transporte, las pacientes pagan en promedio 26058 FCFA (52 USD), con un mínimo de 2000 FCFA (4 USD) y un máximo de 340 USD (170000 FCFA). 65,5 % de las pacientes pagan más de 5000 FCFA (10 USD) por el transporte. Ninguna de las pacientes ha tenido tratamiento durante el traslado.

Grafico 3: Distribucion de las pacientes segun la distancia recorrida

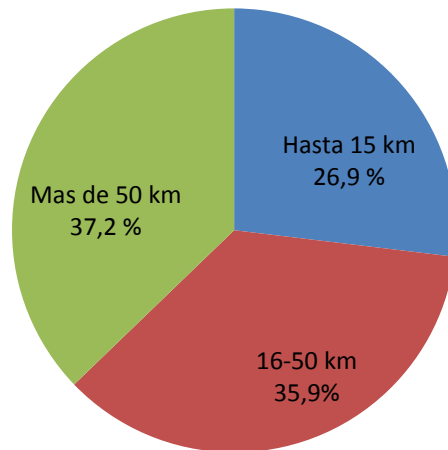
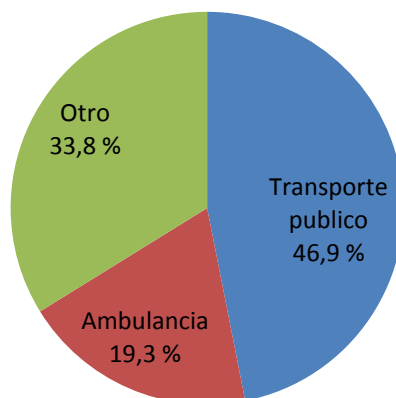


Grafico 4: Distribucion de las pacientes segun el medio de transporte utilizado



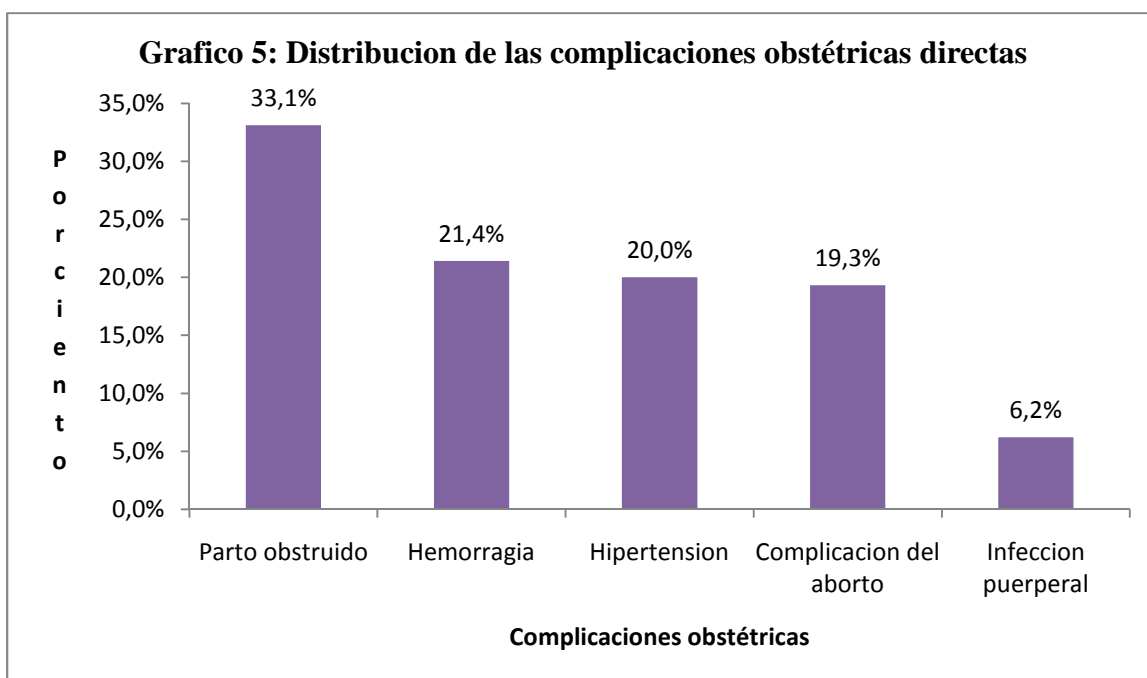
¿Con que complicaciones vienen las pacientes y que resultado tenemos?

El parto obstruido o distocia constituye la categoría de complicaciones más frecuentes en el grupo estudiado, como puede observarse en el gráfico 5. En nuestro medio, los embarazos en edades tempranas de la vida contribuyen a incrementar el riesgo de desproporción céfalo-pélvica. Además, en este estudio, la ruptura del útero se ha incluido en esta categoría como forma de distocia severa. En el estudio realizado en el mismo centro en el año 2007⁽¹²⁾, las hemorragias constituían las complicaciones más frecuentes (32,9 % de los casos). Esta tendencia ha cambiado con el incremento de los partos asistidos por personal calificado que reduce la frecuencia de las hemorragias postparto.

De las 117 pacientes que han parido, se registraron 18 mortinatos (15,4 %). Es necesario señalar que en 12 de ellas no se constató actividad cardíaca fetal en el momento de la admisión, lo que refleja el papel de la primera y segunda demora en el pronóstico fetal.

Se registraron 5 decesos maternos (3,4 %) cuyas causas fueron: hemorragia, 2 casos, eclampsia, 2 casos, y la infección puerperal, 1 caso.

En cuanto al costo del tratamiento, a pesar de las subvenciones del gobierno, 37,2 % de las pacientes pagan más de 50000 FCFA (100 USD). Este gasto incluye el precio del transporte para llegar al hospital.



CONCLUSIONES TIRADAS DEL ESTUDIO:

Las complicaciones obstétricas directas constituyen un serio problema de salud pública con una elevada tasa de letalidad en nuestro medio. Es necesario garantizar un tratamiento eficaz y oportuno de estas complicaciones para lograr una reducción de la mortalidad materna.

La disponibilidad de centros de atención obstétrica de emergencia y la accesibilidad a estos centros no son buenas.

Existen varios factores desfavorables a la accesibilidad de los servicios.

- Barreras físicas: Con una superficie de 95182 km², el departamento se caracteriza por ser desértica en su mayor parte y cuenta con una sola carretera asfaltada y un terraplén.
- Barreras económicas y culturales: Existe una alta frecuencia de analfabetismo entre las mujeres, lo que, asociado a la dependencia económica, hace que le sea imposible a la mujer tomar la decisión respecto de su propia salud. La mayoría buscan los servicios médicos cuando se presenta la complicación. A pesar de las subvenciones del gobierno, la familia es la encargada de pagar el precio del transporte, que en muchas ocasiones cuesta más que el propio tratamiento.
- Un sistema de referencia y contra referencia poco desarrollado: El distrito sanitario cuenta con dos ambulancias encargadas de todas las evacuaciones sanitarias. Los

centros de salud integral carecen de medios de comunicación y de transporte, y sólo uno ofrece atención obstétrica de emergencia básica.

- Los medios de transporte utilizados para la evacuación de las pacientes (vehículos de transporte público) no favorecen un tratamiento durante su traslado, lo que contribuye a la degradación de los cuadros clínicos.
- Déficit de personal calificado: Existe un déficit de personal calificado para el tratamiento de emergencia de las complicaciones.

Si nos referimos al indicador de proceso de la ONU “Cantidad de servicios que prestan AOEm básica e integral en relación a la población” nos damos cuenta que disponemos de un centro de AOEm integral para menos de 500 000 habitantes. Sin embargo, la distribución geográfica es inadecuada, haciendo imposible que todas las mujeres que necesitan los servicios puedan beneficiar de ellos.

La tasa de letalidad obstétrica de 3,4 % en el grupo de las pacientes objeto del estudio es superior al nivel mínimo inferior de 1 % recomendado por la OMS.

La tasa de letalidad perinatal es elevada: Aun cuando las madres logran salvarse, pierden a los niños. Esto explica la necesidad de una interrelación entre los distintos niveles para reducir las dos primeras demoras y capacitar al personal para la reanimación del neonato.

ACCIONES Y ESTRATEGIAS A DESARROLLAR PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA

La reducción de la incidencia de muertes maternas constituye una cadena de resultados. Es muy importante el entendimiento de las causas médicas y no médicas de muerte materna para desarrollar intervenciones efectivas que corrijan estas causas o factores de riesgo asociados a la mortalidad materna.

Estas intervenciones no necesariamente requieren mucha tecnología; pueden hacerse con tecnología disponible en los países pobres, pero requieren un compromiso político para que la financiación sea a largo plazo.

Las conclusiones tiradas de los resultados del estudio muestran que la implementación de las políticas de reducción de la mortalidad materna debe absolutamente tener en cuenta las características particulares de cada región y que es necesario utilizar una combinación de los diferentes enfoques de intervención con el fin de:

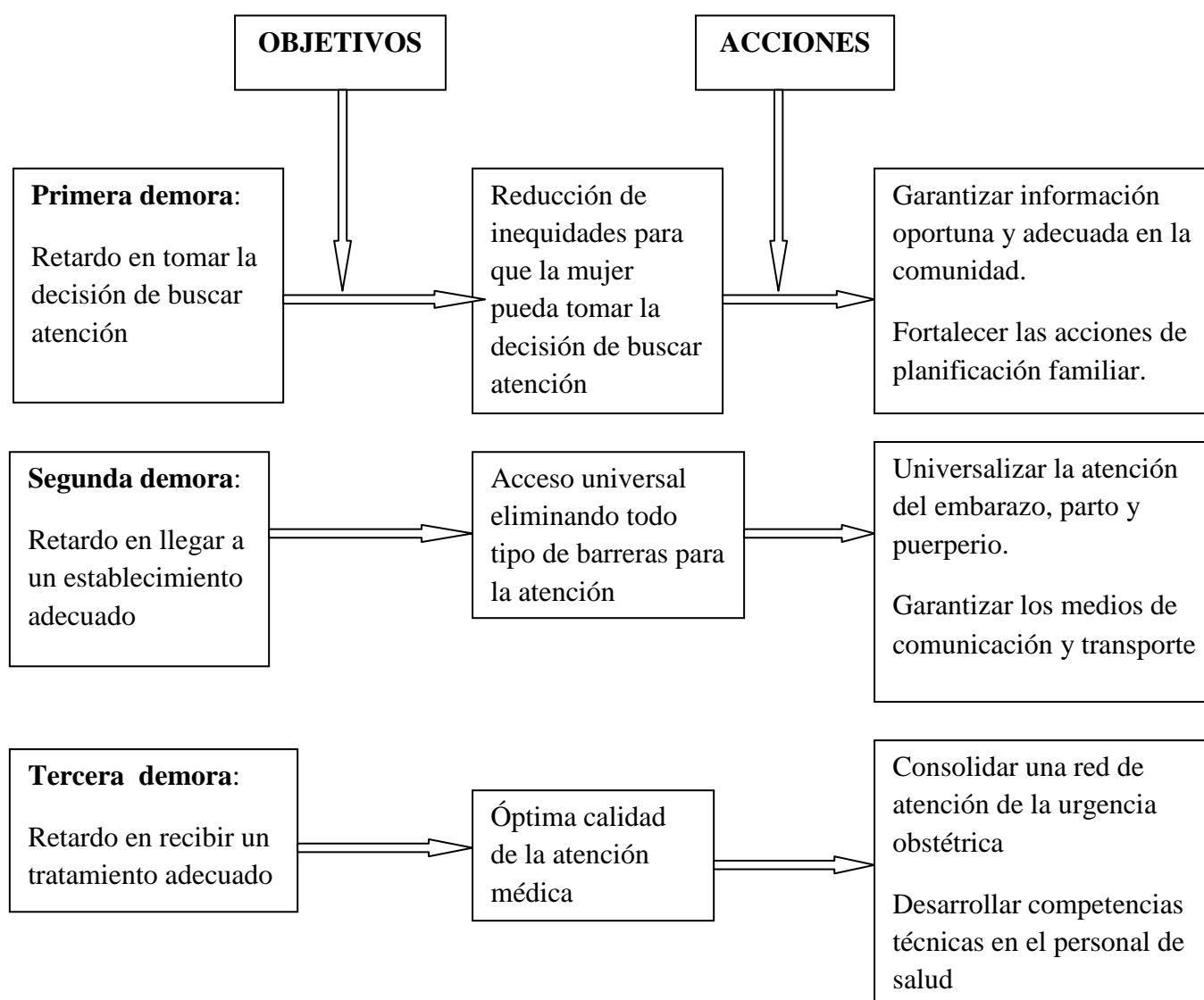
- Garantizar una accesibilidad universal y disponibilidad de los servicios de atención obstétrica eliminando las barreras financieras, mejorando la accesibilidad geográfica y adaptando culturalmente los servicios.
- Garantizar una óptima calidad de la red de servicios con capacidad de resolución de la emergencia obstétrica
- Asegurar la implementación efectiva de la vigilancia en salud pública y el análisis de la mortalidad materna

Algunas acciones que de manera general deben desarrollarse para lograr estos objetivos son:

- Voluntad política. Esto es, la implementación efectiva de leyes que protejan la salud de la mujer: el derecho a la salud, la planificación familiar, la nutrición, la educación, y todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva.
- Actividades de promoción de la salud que garanticen que todas las mujeres tengan acceso a información precisa y a una atención de buena calidad para el cuidado de la salud.
- Generar mecanismos de promoción del ejercicio de los derechos reproductivos para las mujeres
- Garantizar la disponibilidad de insumos de planificación familiar
- Implementación de servicios de atención obstétrica de emergencia básicos e integrales

- Implementación de normas de atención: las instituciones deben tener protocolos o guías de atención de pacientes obstétricas con bases académicas y científicas y orientadas según los recursos y posibilidades de cada región; los protocolos deben guiar y facilitar el acto médico.
- Capacitación del personal de salud: es fundamental la educación continua del personal que atiende las pacientes obstétricas para mejorar la calidad de la atención y disminuir los errores médicos. La mala calidad en la atención es responsable de muchas muertes maternas.
- Implementar actividades de análisis de la mortalidad materna y neonatal para detectar los factores asociados y proponer estrategias de mejoramiento

En forma esquemática, estas acciones actuarían así, en relación con las tres clásicas demoras:



Basado en ello, proponemos una guía genérica de objetivos, resultados, actividades e indicadores a tener en cuenta en un programa de salud diseñado para reducir la mortalidad materna.

	Indicadores
<p>Objetivo global Contribuir a la realización del ODM 5: Reducir la mortalidad materna en 75 % para el 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de mortalidad materna • Tasa de mortinatalidad
<p>Objetivo específico 1: Reducir las inequidades para asegurar una decisión temprana en la búsqueda de atención por parte de las mujeres y sus familias o para la prevención de embarazos no deseados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de cobertura en atención prenatal • Tasa de cobertura en atención postnatal • Prevalencia del uso de contraceptivos
<p>Resultado: Se crea un entorno favorable a la búsqueda temprana de atención obstétrica por parte de las mujeres y las familias y se disponen de insumos de planificación familiar.</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realización de campañas de sensibilización de los líderes administrativos y religiosos sobre temas de salud reproductiva 2. Implicación de las organizaciones comunitarias en las cuestiones de salud reproductiva 3. Promoción del empoderamiento de la mujer en la comunidad 4. Emisión de mensajes radiofónicos y televisivos sobre el derecho a una atención universal de los servicios obstétricos 5. Emisión de mensajes radiofónicos de promoción del uso de los servicios de salud reproductiva (planificación familiar, consultas prenatal y postnatal, parto asistido por personal calificado...etc.) 6. Creación de sitios comunitarios de 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de líderes sensibilizados sobre temas de salud reproductiva • Número de mensajes radiofónicos emitidos a favor de la salud reproductiva • Número de mensajes sobre el derecho a una atención universal de los servicios obstétricos • Número de asociaciones femeninas que realizan actividades remuneradoras • Número de centros comunitarios de distribución de contraceptivos • Tasa de demanda insatisfecha de contraceptivos • Número de campañas de sensibilización sobre signos y síntomas de emergencia obstétrica

<p>distribución de contraceptivos orales</p> <p>7. Dotación de insumos de planificación familiar a todos los servicios</p> <p>8. Institución de un sistema de plan de preparación al parto y de emergencia obstétrica a nivel comunitario y familiar</p> <p>9. Realización de campañas de sensibilización sobre los síntomas y signos de la emergencia obstétrica</p>	
<p>Objetivo específico 2</p> <p>Garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva eliminando todo tipo de barreras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de partos asistidos por personal calificado (el nivel óptimo es según la CIPD el 60% y según los ODM, el 90% de los partos • Tasa de satisfacción de los beneficiarios
<p>Resultado:</p> <p>Se dispone de una red de servicios estratégicos de atención obstétrica funcionando las 24 horas del día durante los 365 días del año, geográficamente y financieramente accesibles.</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Construcción/Rehabilitación de centros de AOEm básica e integral geográficamente accesibles a las mujeres 2. Dotación de insumos necesarios y personal calificado en número suficiente a los servicios 3. Implementación de un sistema de referencia y contra referencia adecuado (medios adecuados de transporte, ambulancias disponibles, medios de comunicación adecuados) 4. Promoción de iniciativas comunitarias de financiación de las evacuaciones (cajas de solidaridad, micro créditos...etc.) 5. Implementación de clínicas móviles de tratamiento en localidades enclavadas 6. Institución de la gratuidad de los servicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de servicios que prestan AOEm básica e integral en relación con la población (por cada 500.000 habitantes, debe haber por lo menos 4 centros de AOEm básica y por lo menos 1 centro de AOEm integral) • Distribución geográfica de los centros que prestan AOEm (la situación ideal es que los centros de AOEm básicas estén ubicado como máximo a 2 horas y los centros de AOEm integrales a 12 horas) • Proporción de todos los partos atendidos en centros que prestan AOEm básica e integral (Por lo menos el 15% de todos los partos) • Necesidad satisfecha de los servicios de AOEm (El 100% de las mujeres con complicaciones obstétricas deben recibir atención en centros que prestan AOEm) • Proporción de centros de AOEm básica que cuentan con un sistema de referencia adecuado • Proporción de complicaciones

<p>de salud reproductiva: planificación familiar, consultas prenatal y postnatal, parto y puerperio, así como del tratamiento de las emergencias obstétricas.</p> <p>7. Fortalecimiento de las actividades de información</p>	<p>obstétricas referidas por los centros de AOEm básica</p>
<p>Objetivo específico 3</p> <p>Lograr una calidad óptima en la atención médica de las emergencias obstétricas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de mortalidad materna intrahospitalaria • Tasa de mortalidad perinatal
<p>Resultado:</p> <p>La tasa de mortalidad por complicaciones obstétricas directas se reduce en los centros de atención obstétrica de emergencia básica e integral.</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suministro de equipamiento y medicamentos necesarios a los centros de AOEm. 2. Implementación de normas y estándares de tratamiento basados en las evidencias científicas 3. Equipamiento del banco de sangre y la unidad quirúrgica en los centros de AOEm integrales 4. Promoción de la donación voluntaria de sangre 5. Suministro de herramientas de colecta de datos 6. Implementación de una política nacional de desarrollo de recursos humanos (formación de médicos, enfermeros, anestesista/reanimadores, técnicos de laboratorio, pediatras, cirujanos, obstetras, matronas) y fortalecimiento de los equipos técnicos en los centros de AOEm 7. Capacitación continua del personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de letalidad obstétrica • Porcentaje de nacimientos por cesárea (no menos del 5 % ni más del 15 %) • Tasa de discapacidad a consecuencia de complicaciones obstétricas • Porcentaje de complicaciones obstétricas tratadas en los centros de atención obstétrica de emergencia • Proporción de centros de AOEm que disponen de personal según las normas • Proporción de centros de AOEm que cuentan con normas de tratamiento de emergencias obstétricas basadas en evidencias científicas • Proporción de personal que ha recibido capacitación en tratamiento de la emergencia obstétrica • Proporción de personal formado en género y derechos humanos • Proporción de centros de AOEm que cuentan con comités de análisis de la mortalidad materna • Número de auditorías clínicas de la mortalidad materna realizadas

<p>8. Integración de principios de derechos humanos en el tratamiento</p> <p>9. Formación de comités de análisis de la mortalidad materna</p>	
<p>Objetivo específico 4</p> <p>Asegurar una gestión eficiente del programa a través del fortalecimiento del sistema de colecta de datos y el seguimiento y monitoreo a todos los niveles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de realización física y financiera de las actividades
<p>Resultado:</p> <p>Se dispone de un sistema eficiente de gestión y de herramientas adecuadas de colecta y análisis de datos.</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguimiento y supervisión de los centros de AOEm básica e integral cada trimestre 2. Reuniones de coordinación que implican a todos los actores cada semestre 3. Colecta , análisis y difusión de datos 4. Documentación de buenas prácticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de misiones de supervisión y monitoreo • Número de reuniones de coordinación realizadas • Número de buenas prácticas documentadas

Los datos para el monitoreo y la evaluación se obtendrán a partir de herramientas metodológicas previamente confeccionadas y disponibles en los servicios de atención obstétrica de emergencia: registro de gestión de recursos humanos, informes de actividades, historias clínicas de pacientes, partograma, registros de tratamiento de complicaciones obstétricas y de mortalidad materna, registro de cesáreas, fichas de referencia y contra referencia, fichas de indicadores de seguimiento. También se obtendrán datos a partir de informaciones de los censos y encuestas demográficas y de salud.

ANEXOS

I. Definición de personal de salud calificado

El término “personal de salud calificado” se refiere exclusivamente a las personas capacitadas en obstetricia (por ejemplo, médicos, parteras, enfermeras), con formación en las técnicas necesarias para atender partos normales y diagnosticar las complicaciones obstétricas o remitir a las pacientes a servicios de mayor capacidad.

En una situación ideal, el personal calificado vive en la comunidad que atiende y forma parte de ella. Debe estar en condiciones de atender un trabajo de parto y un parto normales, reconocer el comienzo de una complicación, realizar las intervenciones esenciales, comenzar el tratamiento y supervisar la remisión de la madre y el recién nacido para que se realicen las intervenciones que escapan a su competencia o no son posibles en ese establecimiento particular. En función del entorno, tal vez haya quienes prestan atención sanitaria, como enfermeras/parteras auxiliares, comadronas de la comunidad o de la aldea y otro personal itinerante de salud, que esté en condiciones de asumir las funciones si ha recibido capacitación especial. Con frecuencia, esas personas son el puntal de los servicios de maternidad en la periferia, y los resultados de los embarazos y los partos pueden mejorarse utilizando sus servicios, especialmente bajo la supervisión de parteras con buena formación.

En los países desarrollados y en muchas zonas urbanas de los países en desarrollo, la atención calificada del parto suele prestarse en un centro de salud. Sin embargo, el alumbramiento puede producirse en diversos lugares adecuados, desde el hogar hasta un centro de consulta de nivel terciario, en función de la disponibilidad y la necesidad, y la OMS no recomienda ningún entorno en particular. El parto en el domicilio puede ser lo indicado para un parto normal, a condición de que la persona que lo atiende esté debidamente capacitada y equipada y que pueda optarse por la remisión a un nivel superior de asistencia.

Fuente: OMS/UNFPA/UNICEF/Banco Mundial, Declaración conjunta sobre la reducción de la mortalidad materna, 1999.

II. Funciones de Atención Obstétrica de Emergencia (AOEm) básica e integral:

Funciones de AOEm básica: Se realizan en un centro de salud sin sala de operaciones	Funciones de AOEm integral: Requieren una sala de operaciones y suelen realizarse en un hospital de distrito
<ol style="list-style-type: none"> 1. Antibióticos por vía endovenosa 2. Oxitócicos por vía endovenosa 3. Anticonvulsivos por vía endovenosa 4. Extracción manual de la placenta 5. Parto instrumentado por vía vaginal 6. Extracción (por aspiración) de productos retenidos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antibióticos por vía endovenosa 2. Oxitócicos por vía endovenosa 3. Anticonvulsivos por vía endovenosa 4. Extracción manual de la placenta 5. Parto instrumentado por vía vaginal 6. Extracción (por aspiración) de productos retenidos 7. Operación cesárea 8. Transfusión de sangre

III. Mortalidad materna: Principales causas e intervenciones de eficacia demostrada.

Causas	Intervenciones de eficacia demostrada
Hemorragia puerperal	Tratamiento de la anemia durante el embarazo. Atención del parto por asistentes de partería calificados: Prevención o tratamiento de las hemorragias con los medicamentos correctos, normalización de la volemia mediante infusión gota a gota o transfusión en caso de hemorragia grave.
Infección puerperal	Atención del parto por asistentes de partería calificados: higiene. Administración de antibióticos en caso de infección.
Aborto peligroso	Asistente de partería calificado: administración de antibióticos, limpieza del útero, reposición de líquidos en caso necesario, asesoramiento en planificación de la familia.
Hipertensión arterial durante el embarazo: muy peligrosa si es elevada (eclampsia)	Detección de la hipertensión durante el embarazo; derivación a un médico o a un hospital. Tratamiento de la eclampsia con anticonvulsivos apropiados (MgSO ₄); en caso de pérdida de la conciencia, derivación de la paciente a un especialista para un parto urgente.
Parto obstruido	Detección oportuna, derivación a cirugía.
Otras causas obstétricas directas	Derivación de los embarazos ectópicos para que se proceda a una intervención quirúrgica.

Fuente: Mother-baby package: implementing safe motherhood in countries - practical guide. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento WHO/FHE/MSM/94.11)

IV. Los seis Indicadores de Proceso de la ONU para vigilar la AOEm en los programas de reducción de la mortalidad materna

Indicador	Definición	Nivel óptimo
1. Cantidad de servicios que prestan AOEm básica e integral en relación con la población	Cantidad de centros de salud que han realizado las 6 funciones básicas de AOEm o las 6 + 2 funciones en los últimos 3 meses, por cada 500.000 habitantes	Cada 500.000 habitantes, debería haber: - Por lo menos 4 centros que presten AOEm básica - Por lo menos 1 centro que preste AOEm integral
2. Distribución geográfica de los centros que prestan AOEm (subindicadores: tiempo para llegar al centro que presta AOEm y proporción de hogares ubicados a 2 horas de un centro que presta AOEm básica)	Evaluación (por mapa o SIG) o medición real, de la accesibilidad física a los centros que prestan AOEm	Mínimo: 100% de las zonas subnacionales tienen el número mínimo aceptable de establecimientos AOEm básicos y completos. La situación ideal es que los centros que prestan AOEm estén ubicados como máximo a 2 horas. Debe poder llegarse a los centros que prestan AOEm integral en un máximo de 12 horas.
3. Proporción de todos los partos atendidos en centros que prestan AOEm básica e integral	Proporción de todos los partos que ocurren en centros en funcionamiento que prestan AOEm	Por lo menos el 15% de todos los partos en la población deben ser atendidos en centros que prestan AOEm básica o integral
4. Necesidad satisfecha de AOEm	Proporción de mujeres con complicaciones atendidas en centros que prestan AOEm	El 100% de las mujeres con complicaciones obstétricas deben recibir atención en centros que prestan AOEm
5. Cesáreas como porcentaje de todos los nacimientos	Proporción de cesáreas en todos los partos de la población	Las cesáreas deben representar no menos del 5% ni más del 15% de todos los partos (cesáreas

		realizadas sólo por razones de emergencia)
6. Tasa de letalidad obstétrica	Proporción de mujeres con una complicación obstétrica que mueren en centros que prestan AOEm	La tasa de letalidad obstétrica entre las mujeres que presentan complicaciones obstétricas en los centros que prestan AOEm debe ser inferior al 1% (el indicador se interpreta mejor a nivel de los centros de asistencia)

Fuente: *Conjunto de Herramientas de Planificación, Seguimiento y Evaluación del Administrador de Programas. Herramienta Número 6: Indicadores de programas. Parte II: Indicadores para reducir la mortalidad materna. Marzo 2004. Disponible: www.unfpa.org*

- ✓ Los Indicadores 1 y 2 tratan de la cobertura o disponibilidad, y responden a la pregunta: ¿Existen suficientes servicios AOEm para servir a la población?
- ✓ El Indicador 3 se refiere a la utilización, y responde a la pregunta: ¿Utilizan las mujeres embarazadas los servicios AOEm?
- ✓ Los Indicadores 4 y 5 también se refieren a la utilización, pero enfoca la cuestión de las complicaciones: ¿Utilizan los servicios AOEm las mujeres que realmente los necesitan, o sea, las mujeres con complicaciones obstétricas?
- ✓ El Indicador 6 nos dice algo sobre la calidad del servicio, en respuesta a la pregunta de si los establecimientos salvan la vida de las mujeres.

Si sabemos que existe suficiente cobertura a la población, que las mujeres con complicaciones obstétricas llegan hasta los servicios que las pueden librar de la muerte y la discapacidad, y que los establecimientos funcionan lo suficientemente bien para salvar vidas, entonces, podemos estar confiados de que las muertes maternas en el país se están evitando.

V. Ficha de encuesta. Complicaciones obstétricas directas. Maternidad del hospital de distrito. Gouré.

Fecha de admisión: -----

Nombre: -----. Edad: -----. Paridad: -----. Etnia: ---

Residencia: -----, Distancia de la residencia al hospital (km) -----

Situación Matrimonial: Casada -----, Soltera-----.

Profesión: -----, Profesión del marido: -----.

Nivel instrucción: Primario: ----, Secundario: ----, Superior: ----, Analfabeta:-----.

Modo de admisión. Directo: ----, Referido: ----, Consulta Prenatal : Si : -----, No : -----

Medio de transporte utilizado: Ambulancia: ----, Transporte público: -----, Otro: -----, Costo del transporte : -----

¿Ha recibido tratamiento durante el traslado? : Si-----, No: -----

Lugar del parto si aplicable: CSI: -----, HD : -----, Domicilio: -----, Otro : -----

Diagnóstico: -----

Categoría de complicación obstétrica:.....

Costo del tratamiento: -----

Evolución de la paciente: viva: -----, Muerta: -----

Estado del recién nacido si aplicable: vivo..... Mortinato..... deceso neonatal precoz....

Nota:

CSI: Centro de salud integrado

HD: Hospital de distrito

BIBLIOGRAFIA

1. Padilla K, Mc Naughton H. La mortalidad materna en Nicaragua, una mirada rápida a los años 2000-2002, Managua, Nicaragua, IPAS Centro América. Disponible en http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file786_2836.pdf
2. Berg C. Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Washington D.C. 1996
3. Safe Motherhood [pagina web en internet]. New York: Safe Motherhood Inter-Agency Group; c2002 [citado 2005 Mar. 10]. Disponible en: <http://www.safemotherhood.org/index.html>
4. Salud reproductiva y maternidad sin Riesgo. UNFPA. Informe anual 2008: 1-2
5. Reducir la brecha en la salud materna y neonatal. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2009
6. Salud reproductiva, población y Objetivos de Desarrollo del Milenio. UNFPA. Estado mundial de la población 2009: 41
7. Organización Panamericana de Salud (2001), Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10), Sistema Regional de Datos Básicos en Salud, Perfil de Salud de País. OPS/OMS
8. Maine, D. , et al. “Prevention of Maternal Deaths in developping Countries: Program Options and Practical Considerations”. Documento presentado a la Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgos, Nairobi, 10 a 13 de febrero de 1987.
9. ONU/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management for Pregnancy and Childbirth (MCPC). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2000, WHO/RHR/00.7
10. Programme des Nations Unies pour le Développement. Rapport Mondial sur le développement Humain 2007 /2008. URL : <http://hdr.undp.org>.
11. République du Niger. Ministère de la Santé Publique et la Lutte Contre les Endémies. Feuille de Route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Niger 2006-2015
12. Ouédraogo I. aspects épidémiologiques des complications obstétricales directes dans le district sanitaire de Gouré. Damagaran Santé Infos N°2 : 2008

13. LASDEL. Etude socio-anthropologique sur la sous-utilisation des services de santé de la reproduction dans 5 districts sanitaires de la région de Zinder. Rapport d'enquête. 2006