



Acta de la sesión de la ANM del 26 de agosto del 2015

Simposio

Mortalidad Materna

Coordinador Dr. Jorge Arturo Cardona Pérez, Director General del Instituto Nacional de Perinatología (INPer)

Introducción Dr. Jorge Arturo Cardona Pérez

Para iniciar su intervención, el Dr. Cardona dijo que en el simposio se presentarían las diversas líneas de acción del INPer para reducir la mortalidad materna, dándole mucho énfasis al aspecto cualitativo. Dentro de estas líneas hay tanto estrategias internas, como externas.

Por ejemplo, desde el punto de vista asistencial, se han establecido programas que han dado resultados satisfactorios. En cuanto a la actividad externa mencionó que se han desarrollado programas en los estados de Morelos y Guanajuato, en los que se ha tenido un enfoque de cuantificación de los riesgos para implementar estrategias de prevención, y se cuenta con un esquema muy sistematizado, para su seguimiento y evaluación.

Estrategias exitosas para el compromiso del milenio.-Dr. Rodrigo Zamora Escudero.

El Dr. Zamora inició su presentación mencionando que la salud materna es uno de los problemas prioritarios de salud, y que en septiembre del año 2000, se reunieron 191 Estados miembros de la ONU, para establecer las metas del milenio, que deberían alcanzarse para el 2015. Estas metas se constituyeron en los “objetivos del milenio” (ODM), e incluyen, entre otros, las siguientes:

- Erradicar la pobreza.
- Impartir educación básica de manera universal.
- Mejorar la salud materna y disminuir su mortalidad

Comentó que la meta para la reducción de la mortalidad materna era de reducirla en un 70%, pero sólo se alcanzó una reducción del 45% (77% del ODM), lo que representa un resultado valioso, pero es necesario hacer un diagnóstico para determinar cuáles son las medidas que permitirán lograr una reducción mayor de la mortalidad materna.



Dentro del INPer se llevan a cabo intervenciones individuales, mejorando los tratamientos médicos, y se realiza un abordaje del problema que se basa en la información, y capacitan a las pacientes para que ellas puedan distinguir los signos de alarma y cómo actuar ante ellos.

Este enfoque les ha llevado a desarrollar paquetes dentro del INPer, con los que se trata a diversos tipos de pacientes. Asimismo se hicieron más eficientes los medios de distribución de estas medidas, y se establecieron objetivos y estrategias para alcanzarlas.

El Dr. Zamora relató que se establecieron estrategias de sobrevivencia materna y se dirigieron a distintos grupos de mujeres. Una de esas campañas se dirigió a todas las mujeres de 15 a 49, y se ofrecieron servicios no específicamente maternos, sino de prevención de enfermedades, y nutrición. Sin embargo el esfuerzo más importante se enfocó a las mujeres embarazadas, pues el mayor riesgo de muerte es intraparto o en el puerperio. Asimismo dijo que las estrategias intraparto deben ser la prioridad para reducir la mortalidad infantil, y ya que la mayor parte de las muertes maternas suceden durante el trabajo de parto y las 24 horas siguientes. Es importante determinar cuándo se presenta algún riesgo en el embarazo para canalizar a las mujeres embarazadas para recibir atención hospitalaria. Adicionalmente es importante considerar que después de las 24 horas del parto siguen existiendo riesgos para la salud materna y que inclusive se ha dicho que hay que dar seguimiento hasta un año después del parto para referir a las madres a los servicios hospitalarios, en caso de que se requiera.

El Dr. Zamora señaló además algunos casos que deben de recibir especial atención, entre ellos:

- Las mujeres que no quieren tener un hijo; en este caso hay que brindarles las condiciones para un aborto seguro, en el caso de que ya estén embarazadas, o de capacitarlas en la planificación familiar.
- Las mujeres intraparto a las que se les debe dar atención por parteras certificadas, haciendo énfasis en la no intervención, aplicando mejores prácticas puramente preventivas y manteniendo vigilancia oportuna.

La capacitación de las parteras debe incluir el conocimiento de un centro de referencia para canalizar a las parturientas a un hospital en donde puedan atender las



emergencias obstétricas, y deberían poder contar con un transporte rápido y oportuno.

Con este esquema se puede tener gran eficiencia pues las complicaciones individuales son raras, y se pueden evitar las muertes con el diagnóstico y la intervención apropiada.

Recalcó que es importante que todas las mujeres embarazadas tengan acceso a una atención apropiada. Por lo que es necesario una mejora en la calidad de atención, tomando acciones más dirigidas a la educación y empoderamiento de la mujer embarazada.

Por otra parte el Dr. Zamora dijo que es muy importante contar en las unidades de salud con recursos humanos calificados con distintas capacidades para formar un equipo que puedan dar respuesta inmediata en caso de una emergencia obstétrica; los hospitales deben contar con infraestructura e insumos adecuados, con los sistemas de información y con una estrategia de ingreso, de modo que se pueda armonizar el sistema de registro.

El Dr. Zamora comentó de algunos puntos que deben ser conocidos, pues representan oportunidades para lograr una reducción de la mortalidad materna, como por ejemplo que la tasa de mortalidad materna tardía va en ascenso. También describió las causas de muerte materna en el 2014, entre las que se encuentran el aumento en la presión arterial de las embarazadas, las hemorragias obstétricas, y las muertes obstétricas por causa indirectas.

Considerando que el 25 % de las muertes fueron secundarias a hemorragias obstétricas, es importante resaltar que en el INPer llevan un año sin muertes maternas y dos años sin hemorragias obstétricas masivas.

Una estrategia para el mejor manejo de las embarazadas que tienen alguna comorbilidad ha sido el trabajo coordinado del INPer con otros Institutos Nacionales de Salud, como con el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y el Instituto Nacional de Cancerología.

El Dr. Zamora relató un estudio de 26 casos en los que se presentaron complicaciones en el parto por patologías de la placenta, que fueron manejadas por cesárea, y



posteriormente las mujeres fueron canalizadas a otros hospitales para que les realizaran una histerectomía y transfusión. Esta debe ser la estrategia de hospitales de segundo nivel y luego del procedimiento de la cesárea, referir a las mujeres para histerectomía, y transfusión.

Para concluir e Dr. Zamora dijo que el enfoque de mantener la salud materna tiene muchos puntos valiosos, sobre la estrategia de mantener el enfoque de la atención de la mortalidad materna. Que requiere priorización las estrategias enfocadas al periodo intraparto, pero que hay también oportunidades fuera, como el puerperio y el aborto seguro.

La prevención como línea general prioritaria en la mortalidad materna-

Dra. Leticia Imelda Sollano Carranza.

La Dra. Sollano inició su intervención comentando que el tema de la mortalidad materna es un tema apasionante porque podemos prevenirla en el 80% de los casos. Dijo que 80 mujeres mueren a diario por causa prevenibles y que el 99% de la mortalidad materna sucede en países en desarrollo, que estas mujeres se encuentran en las comunidades más pobres de zonas rurales.

Comentó además que los embarazos en adolescentes son de gran riesgo y que una campaña de educación y de control de la natalidad puede tener un efecto muy positivo. En muchos casos la atención especializada puede salvarles la vida a las mujeres, que hay muchos factores que inciden, por lo que es fundamental conocer la razón de las muertes que ocurren, para poder comparar lo que ocurría cuando se establecieron los ODM y lo que se logró en este periodo.

En México el reporte de fallecimientos maternos a diciembre de 2014 es de 893. El tema de la reducción de los números de muertes maternas previstos en los ODM, no sólo está relacionado con los niveles socio económicos de los países, pues han podido lograrlo naciones como Perú y Chile, independientemente del status socio-económico. Depende de las políticas públicas de prevención, que tienen un impacto multisectorial para mejorar los impactos a la salud.

La Dra. Sollano comentó que las causas de la mortalidad materna siguen siendo las mismas y propuso algunas acciones que conllevarían a una reducción de los números de fallecimientos; estas son entre otras:



- Prevenir los embarazos de riesgo mediante métodos anticonceptivos.
- Prevenir las complicaciones graves durante el embarazo y puerperio (dando seguimiento a la salud de las mujeres hasta por un año).
- Dar atención oportuna y efectiva a las urgencias obstétricas, realizando un diagnóstico oportuno y un traslado al lugar correcto para su atención.

Es importante también disponer de un sistema de información de mortalidad materna, para determinar las acciones que hay que tomar ante esas causas, ya que la mayoría son evitables. Todas las mujeres necesitan tener acceso a la atención y deben ser atendidas por profesionales especializados, incluyendo a las parteras certificadas. Es muy importante evitar los embarazos no deseados, por lo que hay que garantizar el acceso a la contracepción y a servicios que realicen abortos seguros. Señaló que éste es un problema de derechos humanos, de justicia social y de equidad, no sólo de género. Hay que reconocer que todo embarazo tiene un riesgo.

Asimismo la Dra. Sollano señaló que el control prenatal es uno de los puntos más importantes para realizar un buen y oportuno diagnóstico de alguna complicación, y en su caso, transferir a la mujer embarazada al lugar en que le puedan dar la atención que requiere y mantener el seguimiento. Comentó además que es necesario capacitar a la mujer sobre los signos de alarma, de modo que ella se involucre activamente en el manejo de su embarazo.

Por otra parte presentó las rutas críticas que se han hecho en el país, y cómo estamos detectando a la mortalidad materna. Comento que la atención puede tener tres demoras, a saber:

- Tercera demora; que corresponde al 85% de los casos y se debe al retardo en recibir el tratamiento adecuado y de calidad de la atención médica.
- Segunda demora que se presenta en el 8% casos y es el retardo en llegar a un establecimiento adecuado. En este caso recaló que se debe tener un acceso universal de atención con cero rechazos. La atención se debe dar en cualquier institución que esté al alcance de una mujer que la requiera.
- Primera demora que afecta al 7% de los casos y se refiere al retardo en tomar la decisión de buscar atención. Para evitar esta demora es imprescindible la educación para que se puedan detectar signos de alarma.

La Dra. Sollano recaló que podemos incidir en cada uno de los puntos que intervienen en las tres demoras; que se deben atender las situaciones financieras, la educación para la salud de la mujer embarazada, fomentar la capacitación a todos los



niveles para transferir los casos difíciles a hospitales de segundo o tercer nivel cuando así se requiera, contar con un número adecuado de parteras certificadas, garantizar la accesibilidad de toda mujer embarazada o por embarazarse.

Es por ello que todos los participantes son importantes y deben de conjuntarse esfuerzos como si el sistema fuera un engranaje.

Concluyó diciendo que poco a poco se van logrando avances con la conciencia de que se va lograr llegar al ODM de tener un 75% de reducción de la mortalidad materna y también del neonato.

Mortalidad materna en México ¿En qué nos hemos equivocado?

Dr. Samuel Karchmer Krivitzky

Para iniciar el Dr. Karchmer dijo: “Muchas gracias que me permiten exponer un tema que me fascina y que he vivido muy de cerca”. Enfatizó que los problemas de salud no se pueden manejar por decreto y que establecer un porcentaje de reducción es difícil pues, por ejemplo, no es lo mismo comparar Noruega con Dinamarca, que comparar Noruega con Haití.

Adicionalmente comentó que es muy difícil que un organismo internacional conozca las condiciones de cada país. Inclusive en México, la situación es diferente en las distintas regiones del país.

Las muertes maternas son una tragedia que afecta cada año a las familias, pues las desintegra, deja huérfanos, las hermanas mayores asumen las tareas maternas, y en muchos casos truncan sus proyectos de vida.

Se refirió a la situación de las políticas públicas en los cambios sexenales y comentó que no es lo mismo continuidad que continuismo y que cualquier partido político que llegue al gobierno, tiene que tomar la estafeta del que terminó para que los programas permanezcan. Relató el caso de NOMs que han desaparecido y aparecido sexenalmente.



Para dar una idea de los muchos programas que se han establecido para atender el caso de la salud materna hizo un recuento de este tipo de programas, entre los que se encuentran los siguientes:

- Embarazo saludable.
- Estrategia cien por cien.
- Arranque parejo en la vida.
- PROSPERA
- Oportunidades
- Grupo AI-DeM
- Observatorio de mortalidad materna.

Dijo que la continuidad en los programas es la única manera de obtener un beneficio. Por otra parte relató que él participó con Patricia Uribe, el final de sexenio de Fox y principio de Calderón, en un programa en el que se buscaba detectar a los estados en los que había más mortalidad materna para atender sus causas de incremento; en ese entonces se detectaron 5 estados con alta tasa de mortalidad entre los que estaban Durango, Guerrero, Oaxaca, y Chiapas. Este programa se terminó y al año siguiente sólo se reporta un alta tasa de mortalidad materna en Guerrero.

Asimismo describió un estudio en el que él participó en el año 2005, en el que se dio un seguimiento individual a los 976 casos de muertes maternas reportados. Se encontró que la mayor parte de las muertes sucedieron en zonas metropolitanas o ciudades medias, el 60% de ellas afectaron a mujeres entre 20 y 34 años de edad y se dieron en hospitales públicos. Dijo que la gran mayoría de las muertes se debieron a causas prevenibles; por lo que se propone eliminar las faltas en la atención, desarrollar programas preventivos, una eficaz atención prenatal, la referencia a Unidades de Salud adecuadas en caso de urgencias obstétricas o problemas de salud, una atención oportuna y eficaz en hospitales de segundo nivel, cuando se requiera, educación de las mujeres y desarrollo de lazos de confianza con las instituciones de salud. En cuanto a este último punto el Dr. Karchmer comentó que algunas mujeres no acuden a los hospitales para atender su parto, pues tienen miedo, por ejemplo por la muerte de un hijo anterior.

Por otra parte, el Dr. Karchmer, relató la historia clínica de una mujer que murió a raíz de su onceavo embarazo por una mala atención. Dijo que para reducir la mortalidad materna es necesario optimizar los recursos con los que se cuenta y lograr la coordinación funcional. Para ilustrar este punto el Dr. Karchmer puso el ejemplo de



los hospitales Gea González y el Adolfo López Mateos del ISSSTE que estando muy cerca uno de otro, representan situaciones muy disímolas, pues, por ejemplo el Gea González en el área gineco-obstétrica, tiene un 200% de ocupación mientras que el del ISSSTE sólo el 62% y un mayor número de recursos. Así pues las unidades médicas funcionan de manera aislada y fragmentada y tienen una organización muy deficiente.

En este mismo sentido relató un estudio realizado en el estado de Hidalgo en el que se registró el motivo de muerte de los casos referenciados de enero a mayo 2011; se encontró que estuvieron relacionados a que no se cuenta con un ginecólogo, un anestesiólogo o con un pediatra.

El Dr. Karchmer, hizo un listado de los principales problemas que limitan el que se pueda acelerar la disminución de la tasa de muertes maternas en el corto plazo; entre éstas están:

- Los hospitales trabajan sin coordinación, como se relató anteriormente.
- El tiempo de notificación de las defunciones maternas por Entidad Federativa es muy deficiente, a pesar de que se exigió que se notificara a los 3 días de la muerte.
- La estrategia de planificación familiar ha tenido periodos muy malos, tal es el caso del sexenio de Felipe Calderón, en el que nacieron 500 mil niños más, se frenaron las campañas y no había abasto de anticonceptivos.
- Las plantillas de los hospitales están incompletas y son los médicos pasantes los que brindan la atención.
- Hacen falta parteras profesionales, y no hay código de ingreso para las instituciones de salud. Las parteras no pueden contender con el sangrado posparto.
- Faltan plazas y están mal pagadas.
- Los hospitales cuentan con una infraestructura deficiente.
- Los servicios de transfusión son deficientes.
- Existen tramos carreteros muy malos en localidades que no cuentan con la atención médica adecuada.

Cito a Albert Einstein quien decía: “No pretendamos que las cosas cambien si siempre hacemos lo mismo”, y dijo que el problema va más allá pues funcionamos con la idea de que “lo que no contamos no cuenta”.



Adicionalmente dijo que no se registran los casos de discapacidad grave a raíz de problemas del embarazo y el parto, que es necesario registrar los problemas de salud que se registran después de un año del parto, no de 40 días que se consideran de puerperio. Relató el caso de una mamá cuádruplémica de 17 años de edad que padeció de eclampsia.

Como conclusión el Dr. Karchmer dijo que las palabras no evitan las muertes maternas; no basta con definir metas sin las políticas y acciones para alcanzarlas; que hay que aplicar el lema: “Más dinero para la salud y más salud con el dinero”. Por lo tanto el reto que queda es organizacional y estratégico, no tecnológico.

Discusión y conclusiones:

El Dr. Graue comentó que si en el país tenemos sólo 26,000 parteras, habría que intensificar la formación y capacitación de estos profesionales de la salud y propuso que en la ANM se hiciera un curso en línea, para control prenatal y capacitación de las parteras. Preguntó además si no se está haciendo esta capacitación.

El Dr. Cardona le contestó que sí se está haciendo, pero la organización no siempre es la óptima y algunas estrategias son exitosas y otras no. Comentó además que de 15 factores que se ha encontrado que están relacionados con la muerte materna, sólo 4 están relacionados con el sector salud; que si no hay un crecimiento armónico es muy difícil. Resaltó que el programa de contracepción y planificación familiar del IMSS, tuvo un impacto al bajar la mortalidad materna. Dijo además que tenemos la capacidad con los ginecólogos, pero nos falta unión y muy buena organización. Hay que cuidar a las mujeres porque las familias cambian cuando ocurre el deceso de una madre.

Adicionalmente se hicieron algunas preguntas entre ellas: ¿Por qué el Estado de México se retrasa en reportar la mortalidad materna? EL Dr. Karchmer dijo que es una cuestión política, no se hacen los reportes y se justifica todo, no se aceptan errores.

Adicionalmente comentó que algo pasa en nuestro medio, la salud no da votos, por lo menos en México. La OMS y la ONU dan cifras de todas las ganancias que ha habido en el mundo, no lo dudo. Lo que pasa es que las cifras que mandan algunos gobiernos de cada momento, no son las correctas, como se explicó en el caso de México. Por otra parte los contrastes regionales en esta materia son enormes, por ejemplo en el África



sub-sahariana se muere 1 de 16 mujeres, mientras que en Escandinavia, 1 de 4500, todas ellas por causas médicas durante el embarazo.

La Dra. Sollano recalcó que todos tenemos que hacer nuestra parte, engranando esfuerzos y que en algunas regiones hay muchas carencias y el acceso a los hospitales es muy difícil. Por ejemplo hay comunidades en Chiapas que tienen que caminar 4 horas para llegar a una Unidad de Salud. Es muy importante organizarnos y hacer lo que corresponde a cada uno.

Los comentarios finales por parte de los ponentes incluyeron los siguientes:
Es importante comentar que desde el punto de vista del INPer, la muerte materna es un problema de salud pública que requiere la estandarización de la atención en todos los Estados de la República.

La planificación familiar salva vida. No se cumplió el objetivo del milenio y eso es una afrenta.

Para terminar la sesión el Dr. Graue dijo que en la ANM tenemos que seguir discutiendo los problemas de salud de México.

***El texto de esta ponencia se encuentra disponible en la página de la ANM**