

# Atención Obstétrica de Emergencia en la Prevención de la Mortalidad Materna

*\*Juan Manuel Pérez G*

La mortalidad materna afecta mujeres de todos los estratos socioeconómicos, pero mayormente a aquellas que viven en la pobreza, tienen poca educación, viven en áreas rurales, son indígenas, trabajan en casa y tienen más de dos niños/as. (1) En este marco, la Red de Prevención de Mortalidad Materna y Discapacidad con la colaboración Internacional de profesionales de diferentes áreas y experiencia aplicando la estrategia de Atención Obstétrica de Emergencia de calidad, realiza esfuerzos para inducir cambios en los centros que brindan atención en salud, para que a través de indicadores de proceso, técnicas de monitoreo y evaluación permitan a sus gerentes movilizar a la comunidad para enfocar sus recursos y fuentes locales y lograr la reducción de la mortalidad materna (2). En este artículo se presenta los resultados del estudio realizado en Honduras por la Dra. Mirna Yanira Villanueva y la Licda. Regina Fonseca Discua en el año 2003 para determinar la Disponibilidad y el Uso de Cuidados Obstétricos de Emergencia (3)

## INTRODUCCION

En 1,985 Allan Rosenfield y Debora Maine escribieron en The Lancet un artículo en el que censuraron el descuido sobre mortalidad materna a nivel internacional en los programas de salud.

En 1,987 la Corporación Carnegie de Nueva York dió al Centro para la Población y Salud Familiar de la Escuela de Salud Publica de la Universidad de Columbia una donación para la formación en África de equipos de investigación multidisciplinarios en mortalidad materna. La Iniciativa de Maternidad Segura surgió en Nairobi en 1987 (Kenia) en la Primera Conferencia Internacional de Maternidad Segura, y se centró en detectar embarazos de alto riesgo y en capacitar parteras tradicionales asumiéndose que la efectividad de los programas debía medirse con indicadores de impacto como las tasas de mortalidad materna, pero se encontró que estos indicadores son difíciles de recolectar y que el número de muertes es tan poco numeroso en proyectos pequeños que no se podrían evaluar cambios. Esta experiencia de éxito limitado en dichos programas ha sido instructiva, pues dio lugar a un renovado énfasis en la importancia de la atención de la emergencia obstétrica.

---

\*Profesor Titular, Departamento de Gineco Obstetricia de la FCM de la UNAH

La Corporación Carnegie fue el principal patrocinador del primer taller de la Red para la prevención de mortalidad materna que realizó en 1,988. En América Latina en 1,990 se aprobó un Plan de Acción Regional para la reducción de la mortalidad materna y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) asumió la responsabilidad de apoyar de manera técnica el desarrollo de las acciones de este plan, entre cuyas acciones tenemos:

1. Promoción de la salud,
2. Aumento y mejoría de la cobertura de los servicios de salud
3. Vinculación de la población a la identificación y resolución del problema (2).

Muchos países han reconocido la reducción de la mortalidad materna como un factor clave del desarrollo, contemplándose en documentos de consensos emanados de conferencias internacionales como la Cumbre Mundial de la Infancia en 1990 y La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo, Egipto en 1,994 en la cual 179 países destacaron el carácter apremiante de la mortalidad materna y consideraron como imperativo adoptar un plan de acción para trabajar a favor de la sobre vivencia de las madres como un **derecho humano** que tiene ramificaciones socioeconómicas y que es una prioridad crucial para el desarrollo a escala internacional (4). En la misma orientación destacan la IV Conferencia Mundial de la Mujer en 1995 y su Evaluación en 1999 y 2000.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la OPS iniciaron en 1996 acciones conjuntas para apoyar un proyecto dirigido a los 11 países de América Latina con más altas tasas de mortalidad materna entre ellas Honduras. (3)

En Junio de 1,996 los equipos africanos presentaron sus resultados en Accra, Ghana y fueron publicados en un suplemento especial del International Journal of Gynecology and Obstetric en 1,997. (2)

El Programa “Evitando la Muerte y la Discapacidad Materna” (“Averting Maternal Death and Disability, AMDD) fue establecido en la Universidad de Columbia en el año de 1999 financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates con el fin de apoyar las iniciativas

nacionales para aumentar el acceso, la utilización y la calidad de los cuidados obstétricos de emergencia. Hoy en día, AMDD trabaja conjuntamente con los gobiernos, y organizaciones internacionales y no gubernamentales en casi 50 países con el propósito de evitar la muerte y la discapacidad materna. (5)

En el año 2000 representantes de 189 países congregados en las Naciones Unidas en la histórica Cumbre del Milenio, aprobaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio exhortando a reducir en un 75% antes del 2,015 la mortalidad derivada de la maternidad, el indicador más importante de salud reproductiva. (6)

En Honduras, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en colaboración con la Secretaría de Salud, la OPS y la Universidad de Columbia desarrollaron en el 2002 un estudio para el cálculo de indicadores de proceso que miden la disponibilidad y uso de los Centros para el cuidado Obstétricos de Emergencia (COEm), que debe constituir una línea de base y una herramienta administrativa para apoyar el diseño de políticas y estrategias que mejoren el acceso y la calidad de los COEm (3).

La mayoría de las defunciones maternas son derivadas de problemas que no siempre se pueden predecir, pero que son casi siempre susceptibles al tratamiento, por lo que el modelo de estrategia de COEm y el adecuado cuidado de las complicaciones obstétricas aseguran la supervivencia de la mujer. Se han identificado los factores que retrasan la atención de emergencia:

- a) Demora en la búsqueda del servicio por falta de conocimientos para identificar señales de peligro.
- b) Demora en alcanzar los centros de servicio (transporte, distancias, vías de comunicación, costos) .
- c) Retraso en recibir los cuidados después de arribar al centro obstétrico de emergencia (calidad de la atención).

Se ha señalado como el más importante al último de ellos, pues las limitaciones de los servicios no permiten un tratamiento inmediato y adecuado de las complicaciones, y en tanto no se mejoren, no tiene



sentido responsabilizar a las barreras comunitarias. (la falta de información, desconfianza de la población a los servicios de salud), de las deficiencias en la atención. (2) El entrenamiento asegura que los profesionales (obstetras, enfermeras, parteras, trabajador social, medico comunitario) tengan la oportunidad de actualizar sus conocimientos, habilidades y competencias con la última información y prácticas estandarizadas para la atención de emergencias obstétricas. (7).

La estrategia de atención obstétrica de emergencia ha desarrollado “Indicadores de Procesos” que evalúan la disponibilidad y uso de los COEm para reducir la mortalidad materna e informan sobre el tipo de acción que se necesita realizar para solucionar éste problema. (8, 9,10).

### Centros Obstétricos de Emergencia

El designar a un establecimiento como COEm depende de que sus servicios no solo estén disponibles sino que se lleven a cabo por lo menos cada trimestre. Los COEm pueden clasificarse en: básico y ampliado.

**Los COEm básicos** son los que ofrecen los siguientes servicios:

- Administración de antibióticos parenterales.
- Administración de medicamentos oxióticos parenterales.
- Administración de medicamentos anticonvulsivos parenterales.
- Extracción manual de la placenta.
- Extracción de productos del embarazo retenidos después de aborto incompleto (legrado y Aneu).
- Realizar aplicación de forceps (para el caso de Honduras esta función no se tomará en cuenta para la clasificación ya que no es un procedimiento que se realiza rutinariamente en los hospitales).

Los servicios que los **COEm ampliados** brindan son:

- Todos los servicios de los COEm básicos.
- Realizar cirugías (cesáreas)
- Realizar transfusión de sangre segura.

Los servicios brindados en un establecimiento COEm básico pueden salvar muchas vidas ya que pueden estabilizar a la mujer para que ella no muera

en el camino o evitar que llegue casi moribunda al establecimiento COEm completo (ampliado) (3).

### Indicadores de Proceso

Una de las estrategias que permiten identificar la disponibilidad y calidad de los servicios de cuidados obstétricos son los indicadores de procesos. Estos indicadores, propuestos por UNFPA / OPS / UNICEF, proporcionan información sobre las medidas que necesitan tomarse para mejorar la situación de los cuidados obstétricos de emergencia en un país. Estos indicadores se concibieron como una serie y cada indicador necesita interpretarse en el concepto de la información recabada; los indicadores dan respuesta a una serie de preguntas acerca de la disponibilidad, la utilización y la calidad de la atención por las mujeres con complicaciones obstetricas y básicamente nos orientan a responder las siguientes preguntas:

- ¿Son suficientes los establecimientos que proporcionan atención obstétrica de emergencia en relación a la población del país?
- ¿Están bien distribuidos en el país?
- ¿El número de mujeres que utiliza estos establecimientos para la atención del parto es proporcional al total de nacimientos?
- ¿Utilizan en efecto estos establecimientos las mujeres que deben hacerlo, es decir aquellas con complicaciones obstétricas?
- ¿Se prestan servicios críticos (Cirugías) en cantidades suficientes?
- ¿Es adecuada la calidad de los servicios? (tasa de Letalidad ).

Los indicadores incluyen el número de establecimientos que brindan atención obstétrica de emergencia y su distribución geográfica, el porcentaje de partos de esos establecimientos, el porcentaje de mujeres con complicaciones que reciben esos servicios, la tasa de operaciones cesáreas y la tasa de letalidad por complicaciones obstétricas. Durante el periodo de recopilación y análisis de los Indicadores de Procesos, los directores de programas pueden

evaluar los progresos realizados, detectar problemas y poner en práctica soluciones con rapidez y eficacia. (3)(11)

Los indicadores de proceso pueden ser usados tanto para hacer un diagnóstico de necesidades con el propósito de diseñar un programa, como para

monitorear el progreso de la implementación de dichos programas. En conjunto los seis indicadores suministran indicaciones sobre si la vida de las mujeres se salva como resultado de implementar los programas.

Los indicadores propuestos por el UNFPA se observan en el siguiente cuadro: (3)

**Indicadores de Proceso**

**Para la Vigilancia de los Cuidados Obstétricos de Emergencia**

N	Indicador	Nivel Admisible	Fórmula para calcular el indicador
1	Cantidad disponible de servicios COEm <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ COEm básico</li> <li>▪ COEm ampliado</li> </ul>	Por cada 500,000 habitantes <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Al menos 4 establecimientos COEm básicos</li> <li>▪ Al menos un establecimiento COEm ampliado</li> </ul>	$\frac{\text{Población Total}}{500,000} \times \frac{\text{total de unidades con COEm}}{\text{ampliados requeridos}}$ El resultado multiplicado por 4 indica las cantidades de servicios COEm básicos requeridos
2	Distribución Geográfica	Nivel mínimo: 100% las zonas subnacionales tienen el número mínimo aceptable de establecimientos COEm básico y completo	<b>Indicador 2</b> , para calcular este indicador es necesario ubicar en un mapa la distribución geográfica de los establecimientos COEm, esperando que halla cobertura en todo el país, y considerando el tiempo de viaje promedio al establecimiento
3	Porcentaje de nacimientos en establecimientos COEm	Al menos 15% de los nacimientos en la población tienen lugar en establecimientos de COEm	$\frac{\text{Total de partos en unidades con COEm}}{\text{Total de nacimientos anuales}} \times 100$
4	Necesidad satisfecha de COEm	Todas las mujeres con complicaciones obstétricas (aproximadamente 15% de los nacimientos ) reciben tratamiento en establecimientos COEm	$\frac{\text{Total de casos complicados en las unidades con COEm}}{\text{Nacimientos totales}} \times 100 \times 0.15$
5	Cantidad de Servicios Críticos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesáreas como porcentaje de todos los nacimientos</li> </ul>	Como proporción de todos los nacimientos en la población, no menos de 5% y no más de 15% son por cesáreas	$\frac{\text{Total de cesáreas en unidades con COEm}}{\text{Total de nacimientos anuales}} \times 100$
6	Calidad de la Atención	Fallece menos de 1% de las mujeres con complicaciones obstétricas que ingresan a establecimientos para la atención obstétrica esencial integral	$\frac{\text{Total de muertes obstétricas directas en unidades COEm}}{\text{Total de casos complicados}} \times 100$

### Contexto Nacional

Se realizó en Marzo del 2003 un estudio sobre disponibilidad y uso de cuidados obstétricos de emergencia en 27 Hospitales de Honduras (25 hospitales de la Secretaria de Salud y 2 hospitales del I.H.S.S.) con datos del 2002.

Se encontró una serie de carencia de infraestructura hospitalaria, equipo y materiales en todos los hospitales. En general todos los hospitales cuentan con algún personal capacitado en las Normas de Atención Integral a la Mujer y en el Protocolo de Manejo de las Emergencias Obstétricas, especialmente personal medico. Doce de los 27 hospitales cuentan con Comités de Mortalidad Materna funcionando, por lo que se requiere organizarlos en más de la mitad de los hospitales. El análisis de los indicadores de procesos dio los siguientes resultados:

**Indicador 1:** de los 27 hospitales 5 no cumplen los criterios para ser clasificados como establecimientos COEm ampliados: Hospital Salvador Paredes en Trujillo, Hospital de Roatán, Hospital de Puerto Lempira, Maternidad del Hospital General San Felipe, Maternidad del Hospital Leonardo Martínez, estos dos últimos son para atención de partos de bajo riesgo por lo que no les permite realizar las ocho funciones necesarias para ser clasificados como COEm. Cinco de los hospitales funcionan las 24 horas del día y de éstos tres son de la Secretaría de Salud y Dos son del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). No se encontraron establecimientos de COEm básicos.

**Indicador 2:** Según su población Honduras debería contar con al menos 12 establecimientos COEm ampliados y 55 básicos y aunque cuenta con más establecimientos COEm ampliado de lo requerido no lo son las 24 horas del día y por su ubicación no son completamente accesibles a la población que requiere de sus servicios, llegando a los hospitales un número menor al esperado de mujeres con complicaciones obstétricas.

**Indicador 3:** La distribución geográfica de los hospitales COEm refleja falta de cobertura en la zona oriental del país es decir, en los departamentos de Colón, Olancho, Gracias a Dios y El Paraíso.

**Indicador 4:** Los hospitales clasificados como COEm que menos satisfacen las necesidades de atención a complicaciones son el IHSS de Tegucigalpa, el Hospital San Isidro de Tocoa Colón y el Hospital Juan Manuel Gálvez de Gracias Lempira.

**Indicador 5:** Tres de los hospitales sobrepasan el limite del 15% de cesáreas y 8 de ellos no llegan al 5% mínimo aceptable. La Región Metropolitana sobrepasa el limite esperado de cesáreas en 2 puntos, probablemente porque es un hospital nacional al que son referidas las complicaciones de otras regiones de salud, algunas de las cuales son resueltas mediante cesáreas. Las regiones sanitarias 1 y 4 no llegan al límite inferior esperado.

**Indicador 6:** Todos los hospitales calificados como COEm tienen tasas de letalidad menores al 1%, por lo que están dentro del rango aceptable. El Hospital Manuel de Jesús Subirana en Yoro y el hospital de Puerto Lempira sobrepasan el limite máximo del 1%. Sin embargo, debemos recordar que las complicaciones obstétricas no están llegando como se esperaría a los hospitales

La mortalidad materna ocasiona una tragedia familiar y es indicador de las dificultades que las mujeres sufren en su vida reproductiva. Es necesario continuar la Evaluación y monitoreo de este estudio que sirve como línea de base para realizar gestiones gubernamentales y comunitarias para dar respuestas a las necesidades étnicas, de género, culturales y sociales, que tienen las mujeres que acuden a nuestros servicios de salud reproductiva, sin olvidar que **La Salud es un Derecho, y la Mortalidad Materna es la expresión más injusta de la Inequidad.**

### Referencias Bibliográficas

1. De Méndez. N. F. Maternal Mortality in Guatemala: A preventable tragedy
2. PMM Network. Prevention of maternal mortality Network. Abstrac from the PMM. Results Conference, june 19-21, 1996, Accra, Ghana.
3. Villanueva M. Y, Fonseca. D. R. Informe final sobre Disponibilidad y Uso de Cuidados Obstetricos de Emergencia. OPS, IHSS, SSP, Columbia University, UNFPA. Honduras,

- 2003.
4. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Salud, morbilidad y mortalidad. El Cairo, Egipto. Septiembre, 1994.
  5. AMDD. Improving Emergency Obstetric Care Through Criterion-Based Audit. Columbia University, New York, N.Y. 2002
  6. UNFPA. Población, salud reproductiva y Objetivos de desarrollo del milenio. Naciones Unidas, Cumbre del Milenio, 2000.
  7. JHPIEGO Corporation C.D. Brouser. Reproductive health. Maternal and neonatal health. Repro line online. [www.reproline/hvedu](http://www.reproline/hvedu) july 2003.
  8. AMDD. Working group on indicators. Program note: Using UN Process indicators in emergency obstetric services: Pakistan, Perú, and Vietnan. International journal of gynecology & obstetrics, 2002.
  9. AMDD. Working group on indicators. Program note: Using UN Process indicators in emergency obstetric services: Bhutan, Cameroon and Rajasthan. International journal of gynecology & obstetrics, 2002; 77 (3): 277-284.
  10. Bailey P. E, A. Paxton. Program note: Using UN Process indicators in emergency obstetric services (Mozambique, Nepal and Senegal). International journal of gynecology & obstetrics, 2002; 76: 299- 305
  11. UNFPA. Folleto informativo, Salvar vidas de madres: el reto continúa.
  12. WHO, UNICEF, UNFPA. Maternal Mortality in 2000 Estimatos developed