

Observaciones e Intervenciones en la Mortalidad Materna de Copán

**Carlos Medina Rodriguez
**German Barcenas
***José Ramón Ávila*

RESUMEN

Objetivos: Estudiar las causas de muerte materna en el departamento de Copán. Efectuar intervenciones médicas sociales, de capacitación y de educación para disminuir su frecuencia en una observación de cinco años en mujeres de 12 a 49 años de edad en el período, de enero de 1999 a diciembre del 2003.

Método: se realizó un estudio descriptivo de las causas principales de mortalidad materna y se hizo hincapié en tres ejes fundamentales: 1. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA de la mortalidad materna. 2. EDUCACIÓN, con dos componentes: a) Capacitación del personal de salud para consensuar causas de mortalidad e intervenciones médicas y sociales necesarias para su disminución. b) Capacitación comunitaria a líderes comunales de la mayoría de aldeas y municipios con el objetivo de ayudar a identificar pacientes en peligro y elevar el nivel de conciencia de la población rural sobre el problema. 3. APOYO A LOS SERVICIOS DE SALUD, con intervenciones en el manejo de emergencia obstétrica, medicamentos básicos para esas emergencias y mejoramiento en la red de servicios creando una nueva clínica de atención materna en la zona rural.

Resultados: La obtención de datos nos demuestra que hubo mejoría en la razón de la mortalidad materna, especialmente en el renglón de hemorragias, infecciones y pre-clampsia-eclampsia, con el uso adecuado de antibióticos y el manejo activo del tercer periodo del parto (aplicando oxitocina con la salida del hombro anterior en el momento del parto).

La mejoría fue más obvia en el Hospital de Occidente y la declinación de la razón de mortalidad es menos notoria en la zona rural, aunque en esta última es más evidente en donde hay facilidad de acceso a servicios de salud.

* Profesor Titular del Departamento de Gineco-Obstetricia
** Ginecobstetra
*** Br. T.S

Conclusión: el estudio demuestra que el buen manejo de la emergencia obstétrica y el fácil acceso a los servicios de salud, más el ingrediente de educación popular y la capacitación del personal de los servicios de salud, producen un impacto al mejorar la razón de mortalidad materna

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es y sigue siendo un problema de salud pública de primer orden en los países pobres, la misma es el reflejo del escaso desarrollo de los servicios de salud y de las precarias condiciones de vida en que sobrevive la mayor parte de la población.

Honduras como uno de los cuatro países centro americanos del norte del istmo (Nicaragua, El Salvador, Guatemala y Honduras), sufre de una alta tasa de mortalidad materna como lo reveló el primer estudio hecho en 1989 por De Jesús et al que reveló una tasa de 221/100,000. n.v.(1) Más recientemente en 1997 la "Investigación sobre Mortalidad Materna y de mujeres en edad reproductiva en Honduras", por Meléndez y Col., reportó una tasa de mortalidad materna en este grupo de 108/100,000 nacidos vivos. En la década del 90 la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) estimuló a los gobiernos, Instituciones Internacionales de Salud y a las Sociedades de Ginecología a tomar conciencia del problema. Bajo los auspicios de FIGO se desarrolló en Centro América un proyecto denominado "Salvemos las Madres" cuyo propósito fundamental era reducir la Mortalidad Materna, en nuestra nación; el coordinador nacional del proyecto escogió el departamento de Copán, como área de estudio; en Guatemala se escogió el departamento de Sololá, Sonsonate en el Salvador y Matagalpa en Nicaragua. (2)

Las cuatro áreas geográficas mostraron las mismas características poblacionales, y el retraso en el nivel socioeconómico y cultural. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia financió los tres primeros años de estudio e intervención, el último año fue financiado por los autores de este trabajo.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una investigación de la Mortalidad Materna en Copán, para conocer las características clínico

epidemiológicas de la misma y su relación con el sistema de salud. El periodo del estudio comprendió desde enero 1999 a diciembre del 2003, la población objetivo incluyó las mujeres en edad reproductiva del departamento de Copán; también se estudiaron las muertes maternas producidas en las mujeres que ingresaron al hospital regional procedentes de los departamentos vecinos ya que el hospital de Occidente es un hospital de referencia, sin embargo para el cálculo de la razón de mortalidad su análisis se hace por separado.

Luego del diagnóstico base, se intervino de acuerdo a los siguientes ejes:

- 1.- **Vigilancia Epidemiológica** de la mortalidad materna, que analiza las particularidades de la misma en la región. La búsqueda de los casos de mortalidad se hizo en forma activa investigando cada caso de muerte en mujeres en edad fértil ocurrido en todas las unidades de salud como las ocurridas en el hogar, las cuales se detectaron bajo visita mensual en el Registro Nacional de las Personas, cementerios, cabildos, y en los hogares donde ocurrió el deceso. A toda muerte se aplicó el formulario de autopsia verbal, en caso de que se tratara de muerte materna se aplicó un formulario especial. Para este trabajo se contrató un investigador de campo quien viajó por todo el departamento.
- 2.- **Educación.** Este tiene dos componentes; uno dirigido al personal institucional de salud, para sensibilizarlo sobre el problema de la mortalidad materna y revisar los conceptos actuales sobre el manejo de las emergencias obstétricas incluyendo el uso profiláctico de oxitocina con la salida del hombro anterior y el sulfato de magnesio en la preclampsia-eclampsia. También uso adecuado de antibióticos para el tratamiento de infecciones intra y post parto. El otro componente dirigido a la comunidad, mediante la capacitación de líderes comunitarios para la detección y manejo de mujeres con riesgo obstétrico.

La intervención educativa se desarrolló en talleres dirigidos por obstetras para revisar con todo el personal institucional el manejo actualizado de las emergencias obstétricas, como ser: Hemorragia



obstétrica, Sepsis en obstetricia, Preclampsia-eclampsia y traslado de las pacientes obstétricas. La educación a la comunidad fue dirigida por un promotor de salud comunitario que desarrolló los mismos temas pero adaptados al nivel de conocimiento de la población.

3.- **Apoyo a los Servicios de Salud.** En este componente, se dotó de algunos medicamentos básicos y equipos al Ministerio de Salud para el manejo de emergencias obstétricas, también se contribuyó al mejoramiento de la red de servicios, creando una nueva clínica de atención materna y el albergue Madre Canguro para mejorar el acceso y la calidad de la atención.

Todas las muertes maternas que ocurrieron en mujeres comprendidas entre los 12 y 49 años de edad, fueron registradas ya sea que sucedieran dentro o fuera de los establecimientos de salud, para lo cual el investigador visitó permanentemente hospitales, centros de salud, cementerios, Registro Nacional de las Personas y entrevistó a familiares y personas relacionadas con estas muertes aplicando varios protocolos de investigación según el caso: autopsia verbal, registro de muertes de mujeres en edad fértil y registro de muerte materna.

RESULTADOS

En el período del estudio se registraron 84 muertes maternas, de las cuales 67 son de mujeres que residían en el departamento de Copán, esto correspondió a un 79.8% de los casos; 9 fueron del departamento de Lempira, 5 de Santa Bárbara, 2 de Cortés y una de Ocotepeque.

La Razón inicial de mortalidad materna en el departamento de Copán en 1999 fue de 221.7/100,000 nacidos vivos. Si solamente consideramos las mujeres que residían en el departamento del proyecto, la razón de mortalidad materna en el Hospital de Occidente en ese mismo año fue de 187.6/100,000. Estos valores son similares a los reportados en otros departamentos postergados de Honduras.

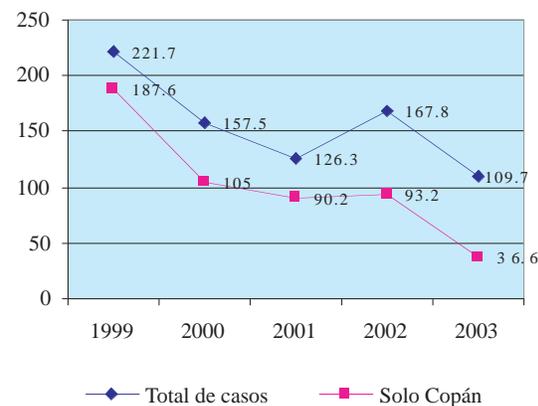
Las intervenciones de educación en la zona rural y la capacitación de servidores de salud en la atención de la emergencia obstétrica, más una ligera mejoría en las dos maternidades de los centros de salud rurales y el mismo Hospital regional, contribuyeron a un

declinamiento en la mortalidad materna más elocuente en el Hospital de Occidente que en las zonas rurales (que comprenden 23 municipios y aproximadamente 650 aldeas y múltiples caseríos).

La gráfica No. 1 muestra el decremento de la Razón de mortalidad materna en el Hospital de Occidente en los cuatro años de intervención de 187/100,000 a 36.6/100,000. Aunque todavía es una razón alarmante, demuestra un resultado positivo y altamente satisfactorio y estadísticamente significativo.

Gráfica No 1

RAZON DE MORTALIDAD MATERNA
HOSPITALARIA
HOSPITAL DE OCCIDENTE 1999 A 2003

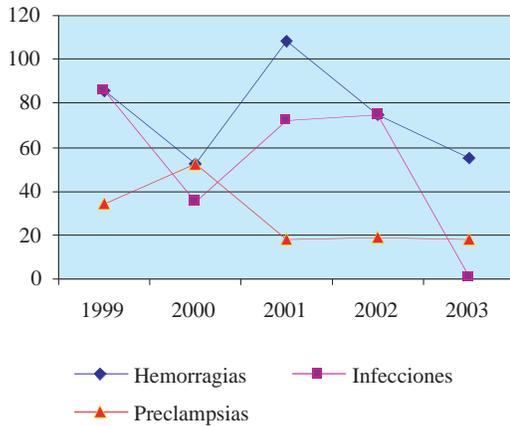


Como puede observarse en la gráfica No. 2 la disminución intrahospitalaria observada es más pronunciada en las muertes debidas a infecciones, debido al uso de antibióticos y la práctica del parto limpio; las muertes por hemorragias y la Hipertensión Inducida por Embarazo (HIE) también tuvieron una reducción menos elocuente.



Gráfica No 2

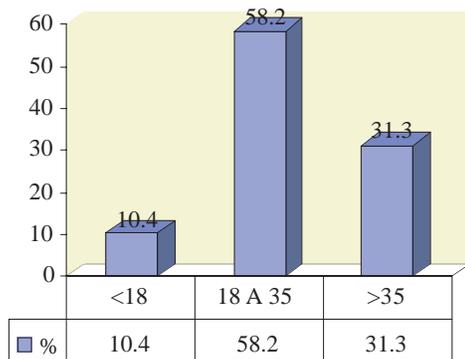
RAZON DE MORTALIDAD MATERNA POR CAUSA EN RESIDENTES DEL DEPARTAMENTO DE COPAN REPORTADOS EN EL HOSPITAL DE OCCIDENTE 1999 A 2003



Como era de esperarse el mayor número de casos de muertes maternas se observó en el grupo de mujeres de 18 a 35 años de edad, ya que este es el grupo más amplio de mujeres parturientas, seguida del segmento de mujeres de 35 años o más (ver gráfica No. 3).

Gráfica No 3

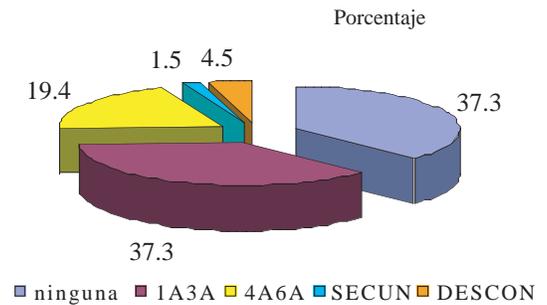
DISTRIBUCION DE CASOS DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN EDAD DEPARTAMENTO DE COPAN



Otra observación derivada del estudio es el porcentaje de muertes maternas de acuerdo a la escolaridad, siendo mayor en las analfabetas y de bajo nivel de instrucción y casi nula en el grupo con educación secundaria como puede apreciarse en la gráfica siguiente:

Gráfica No 4

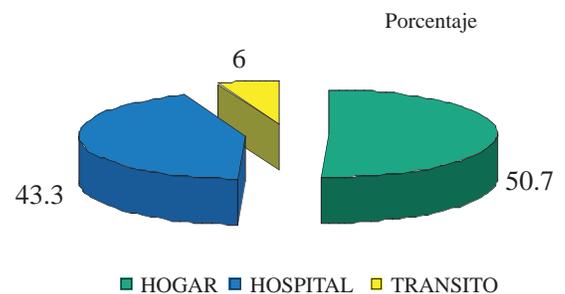
DISTRIBUCION DE CASOS DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL DEPARTAMENTO DE COPAN 1999 A 2003



El lugar de muerte más común es el hogar, con 44 casos debido a la falta de atención del parto por manos expertas. El segundo lugar lo ocupa el hospital con 35 casos debido a que las pacientes son referidas en estado agónico y a deficiencias en el hospital mismo que van siendo corregidas en este estudio (ver gráfica No. 5).

Gráfica No 5

DISTRIBUCION DE CASOS DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN LUGAR DE MUERTE DEPARTAMENTO DE COPAN

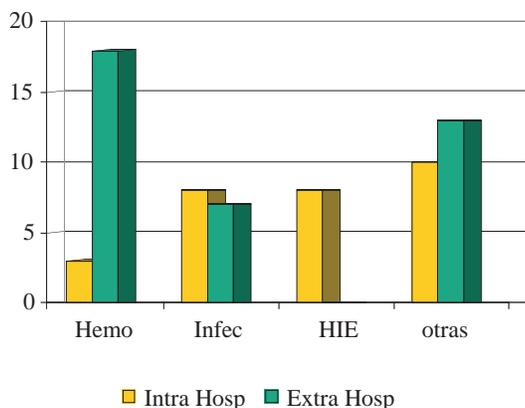




Comparando el sitio de defunción en las tres causas principales de muerte materna, se observa que estas fueron más frecuentes en el hogar, denotando el fenómeno nacional, de menor asistencia a los servicios hospitalarios y la persistencia del parto domiciliario. La principal causa de muerte extrahospitalaria es la hemorragia y a nivel hospitalario la HIE y las infecciones; estas últimas constituyen una importante causa de muerte en ambos lugares (ver gráfica No. 6).

Gráfica No 6

CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN SITIO DE MUERTE DEPARTAMENTO DE COPAN 1999 A 2003



DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en el estudio en pacientes oriundas y residentes en el departamento de Copán, demuestra que es posible producir una disminución apreciable de mortalidad materna si se realizan pocos pero importantes cambios a nivel de vigilancia, educación y apoyo a los servicios.

El eje primordial en el buen resultado obtenido en este estudio de cinco años, es el énfasis dado a la educación del personal de salud y de la población en general, no solo para enseñarles las causas de muerte, sino para levantar el nivel de conciencia de la importancia de la mujer en el núcleo familiar.

La capacitación del personal médico y de enfermería llenó las expectativas deseadas, lo mismo

que el resultado obtenido por supervisor de vigilancia de la mortalidad materna en las zonas rurales, en donde el “inteligente” de la aldea sea este predicador de la palabra, maestro, político o partera, contribuyó para ir haciendo conciencia del problema y se le capacitó para reconocer las complicaciones de las principales causas de muerte, para que fueran referidas al centro de salud más cercano o el hospital regional.

El decaimiento estadísticamente significativo observado en el Hospital de Occidente es una respuesta clara de cómo el manejo de parto limpio, el uso adecuado de antibióticos, son armas poderosas para disminuir las sepsis puerperal (3,4,5,13).

La hemorragia posparto se reduce con el uso de oxitocina, 10U I.M. con la salida del hombro anterior o la expulsión del feto. Esto aligera la salida de la placenta subsecuentemente a su rápido desprendimiento y la contracción posterior del útero (6 y 7), disminuyendo así el sangrado y la hemorragia post parto. No se observan secuestros de placenta ni retenciones; por el contrario una ligera tensión del cordón y el masaje abdominal fue suficiente (8).

En el caso de la preclampsia-eclampsia los resultados no fueron tan satisfactorios pues solo se aplicó sulfato de magnesio por vía intravenosa en las pacientes con preclampsia severa y eclampsia. Posiblemente si se hubiese aplicado el régimen de Suspan desde la preclampsia leve los resultados hubieran sido diferentes (9,10,11).

Desafortunadamente la aplicación de sulfato de magnesio, requiere de una observación intrahospitalaria cercana y esto en nuestros hospitales que carecen de unidades de manejo de embarazo de alto riesgo, hay que hacerlo en las salas de parto lo que complica su cuidado (12).

En ningún lado del país, ni la región centro americana se sigue el método anterior pero en próximas investigaciones se puede demostrar que empezando el régimen de sulfato de magnesio en la preclampsia leve (140/90 mas proteinuria) el proceso se puede detener junto al reposo en cama.

La falta de salas de maternidad y de acceso rápido a las existentes son la causa de las muertes en tránsito



y estas disminuirán solamente cuando se aumenten centros maternos en los cuatro puntos cardinales, con buenos caminos y ambulancias bien equipadas.

No cabe duda que el factor educacional de la mujer podría ser un factor preponderante como causal de muerte materna y el hecho lo demuestra en la gráfica No. 4, en donde la mayor parte de muertes se presentó en el grupo de mujeres analfabetas o de menos escolaridad.

Es importante recalcar que el parto domiciliario en manos inexpertas, trae más complicaciones y muertes que el intrahospitalario, en donde ya hay una toma de conciencia sobre la mortalidad materna.

CONCLUSIONES

Existen después de cuatro años de intervenciones y uno de análisis, altas tasas de mortalidad materna en el departamento de Copán que posiblemente bajarán si se continúa con el presente estudio y manejo de la emergencia obstétrica.

Las altas tasas de mortalidad materna, tienen mucho que ver con el acceso a los servicios de salud, que al finalizar el presente trabajo contaba con un hospital y dos maternidades pequeñas y tres clínicas privadas de pequeña dimensión en la cabecera departamental.

La extensión de cobertura y la calidad de servicio, son dos áreas que hay que incrementar y mejorar respectivamente, pues inciden enormemente si se desea reducir la razón de mortalidad materna.

El desarrollo humano a través de la educación de la población y la toma de conciencia en el tema abordado, es imperativo para producir un decremento en la mortalidad materna.

El marginamiento de los grupos poblacionales y la pobreza rural son factores que impactan al producir una razón de mortalidad materna elevada.

Es preciso hacer hincapié en la vigilancia constante de la mortalidad materna. Hacer una toma de conciencia en el facultativo, enfermera profesional y el auxiliar, la partera, el líder comunal y la población en general.

Es necesario hacer otros estudios que ayuden a identificar otras variables que influyen en la mortalidad materna.

BIBLIOGRAFIA

1. De Jesus, et al. **Mortalidad materna en mujeres en edad reproductiva**. Resumen Congreso Latinoamericano en Uruguay de FLASOG (Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología)
2. Tracy Erin E., Tomich Paul G. **Maternal Mortality : An International Crisis**. ACOG Clinical Review May 2002, Vol. 7, Issue 4, pp. 14-16.
3. Iffy, L. Kaminetsky, H.A. and Maidman, J.E. (1979) **control of perinatal infection by traditional preventive measures**. *Obstet Ginecol* 54:403-411.
4. **Enkin, M. Enkin, E. Chalmers, I. et al. (1989) Antibiotics and Caesarean section. In Effective Care in Prgnancy and Childbirth**, Chalmers, I. Enkin, M. and Keirse, M.J.N. (eds). Oxford, Oxford University Press, pp. 1246-1269.
5. Mugford M. Kingston, J. and Chalmers, I. (1989) **Reducing the incidencie of infection after Caesarean section: implications of prophylaxis with antibiotics for hospital resources**. *BMJ* 299: 1003-1006.
6. Prendiville W.J, Harding JE, Elbbourne DR, Stirrat GM. **The Bristol third stage trial: active vs physiological management of the trird stage of labour**. *Br Med J* 1988; 297: 1295-1300. (3190).
7. Harding JE, Elbourne DR, Prenville WJ. **Views of mothers and midwives participating in the Bristol randomized controlled trial of active management of the third satage of labourd**. *Birth* 1989; 16:1-6. (4741).
8. Begley cm. **A Comparison of “active” and**



- “physiological” management of the third stage of labour** *Midwifery* 1990; 6:3-17. (3163).
9. Hutton JD, James DK, Stirrat GM, Douglas KA, Redman CWG. **Management of severe pre-eclampsia and eclampsia by UK consultants.** *Br. J Obstet Gynaecol* 1992; 99:554-556.
 10. Roberts JM. **Magnesium for pre-eclampsia and eclampsia.** *N Engl. Med* 1995; 333:250-251.
 11. Saunders N. **Magnesium for eclampsia.** *Lancet* 1995; 346:788-789.
 12. Hasbun Jorge. Carta. **Mortalidad Materna en Chile 1990-1999.** *rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 67(4): 332-333.
 13. Hussein J, Fortney J.A. **Puerperal sepsis and maternal mortality: what role can new technologies Play?** *International Journal of Gynecology and Obstetrics Suppl.* 1 (2004) S52-S61).