

Editorial

Mortalidad materna en nuestra región

Maternal mortality in our region

RODRIGO CIFUENTES BORRERO*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015, la razón mundial de mortalidad materna (muertes de mujeres en embarazo, parto y hasta 42 días del parto por cada cien mil nacidos vivos) fue de 216 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. De este total de muertes maternas, la gran mayoría (el 90%) hubieran podido prevenirse.

Al realizar una revisión sistemática de la literatura y enfocados en nuestro continente, (América Latina y del Caribe) encontramos que los determinantes sociales involucrados en muerte materna son la clase socioeconómica y nivel educativo. Al analizar las causas maternas encontramos que estas se distribuyen primordialmente entre preeclampsia, eclampsia y hemorragia obstétrica.

El comportamiento en Colombia de la razón de mortalidad materna, RMM, hasta los 42 días pos parto ha tenido una tendencia variable entre los años 2001 y 2016, para el año 2001 fue de 97.9, finalizando el 2016 la RMM con 48.5 por 100.000 nacidos vivos (1).

Las diez primeras causas de muerte materna en Colombia, según el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Ministerio

respectivo, entre 2010 – 2012, en orden descendente fueron: los trastornos hipertensivos (299 casos 22.4% del total de causas), las complicaciones hemorrágicas (262 casos, 21% del total de causas), las sepsis no ginecoobstétricas (85 casos el 6.2%), las sepsis ginecoobstétricas (83 casos el 6.2%), entre otras causas. La suma de los trastornos hipertensivos y las complicaciones hemorrágicas corresponden a más del 50% en la agrupación de las diez primeras(2).

Quiero referirme exclusivamente en este editorial a las complicaciones hemorrágicas como causa de mortalidad materna en nuestra región, donde ocupan el 2º. lugar, aclarando que en algunas otras regiones (por ejemplo, en el Perú) la hemorragia obstétrica (posparto) ocupa el 1er lugar entre las causales de defunción materna. En este último país mencionado, de acuerdo con trabajo aquí publicado tiene una prevalencia de 2.19%.

Debemos trabajar mucho en algunas estrategias que nos pueden ayudar a prevenir las muertes maternas por hemorragia posparto. Entre las estrategias preventivas que han probado ser efectivas, de acuerdo con Medicina Basada en las Evidencias podemos mencionar (y nos referiremos solamente a la 1ra.):

* Profesor, Posgrado en Ginecología y Obstetricia, Universidad Libre, seccional Cali, Colombia. Médico, Universidad Nacional, Ginecólogo-Obstetra, Perinatólogo, Universidad del Valle, Líder, Grupo Interinstitucional de Investigaciones en Ginecología y Obstetricia (GIGyO), Categoría C Colciencias, Universidad Libre, Seccional Cali. e-mail: rcifuentesmd@gmail.com

Recibido: junio 1 de 2017

Revisado: junio 15 de 2017

Aceptado: junio 18 de 2017

Cómo citar: Cifuentes Borrero R. Mortalidad materna en nuestra región. *Rev Colomb Salud Libre*. 2017; 12 (1): 5-6.

En el Control Prenatal: que la mujer llegue al inicio del trabajo de parto con una Hemoglobina (Hb) mayor de 10 g%.

Intervenir el 3er período del parto aplicando Oxitocina 5 ó 10 UI vía IM (ó IV) una vez salga el hombro anterior del feto en el período expulsivo.

Intervención etiológica lo más pronto posible cuando el sangrado supere los 500 mL.

De acuerdo con la OMS, la anemia es un problema severo que puede afectar hasta al 42% de madres gestantes. Si estas embarazadas inician el trabajo de parto con una Hb subnormal, un sangrado posparto considerado "normal" puede condicionar un choque hemorrágico con consecuencias que pueden ser funestas.

Mantener la Hb en valores superiores a 10 gs% debe ser una meta en todo control prenatal. Por esta razón, debe pedirse este exámen al menos 2 ó 3 veces durante los controles y en caso de encontrar valores inferiores a 11, administrar hierro oral e incluso parenteral, dependiendo

de que tan cerca estemos del final del embarazo y de cuantos gramos necesitamos subir la Hb hasta alcanzar niveles óptimos. En trabajo publicado en este número, se muestra que además de la ingesta tradicional de sulfato ferroso y ácido fólico para manejar la anemia del embarazo, es muy útil también adicionar a la dieta hojas de remolacha crudas (*beta vulgaris*) en cantidad de 200 gs x día, lo cual, por su contenido en hierro y ácido fólico puede ser un buen coadyuvante en el manejo de la anemia gestacional. De esta manera, podemos prevenir muertes maternas por hemorragia posparto. Hagamos de esto un propósito en todo control prenatal.

Referencias

1. PNUD. 2015. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Available from: <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-odsinforme-doc-2015.pdf>
2. Grupo de Enfermedades No Transmisibles, Equipo Maternidad Segura. 2016. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Available from: <http://simposiovirologia.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Mortalidad%20materna.pdf>