



IV Jornada Regional Seccional Sur-Occidental de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología



Mérida, 16 al 18 de Mayo de 2.013

ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD MATERNA POR NIVELES DE ATENCIÓN

Dr. Germán E. Chacón Vivas
U. L. A. – I. A. H. U. L. A.



**Será expresión
de
Inequidad y
Desigualdad?**



INTRODUCCION

Cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y parto

El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo

La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres

En comparación con las mujeres de más edad, **las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo**

La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos

La mortalidad materna mundial se ha reducido en casi la mitad entre 1990 y 2010



INTRODUCCION

La defunción materna es una tragedia para mujeres en lo individual, familiar y también para sus comunidades

La muerte de una mujer durante el embarazo o el parto, no sólo es un problema de salud, sino también una cuestión de injusticia social

Las causas médicas de las defunciones maternas son similares en todo el mundo

Sólo el 53% de las mujeres embarazadas de los países en desarrollo, dan a luz con ayuda de un médico o partera calificada

La mala nutrición contribuye al mal estado de salud materna, razón subyacente de los malos desenlaces de los embarazos



OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO

INICIATIVA DE LAS NACIONES UNIDAS

OBJETIVO 5

MEJORAR LA SALUD MATERNA

Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la M.M.

Lograr el acceso universal a la salud reproductiva



OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO

INICIATIVA DE LAS NACIONES UNIDAS

OBJETIVO 5

INDICADORES

Tasa de M.M.

Atención de partos con asistencia de personal sanitario especializado

Tasa de uso de anticonceptivos

Tasa de natalidad entre las adolescentes

Cobertura de atención prenatal

Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

**Es expresión de
Inequidad y
Desigualdad !**

Gráfico N° 2

Mortalidad Materna. Distribución por Grupos de Edad.

IAHULA. 2.001 – 2.012.

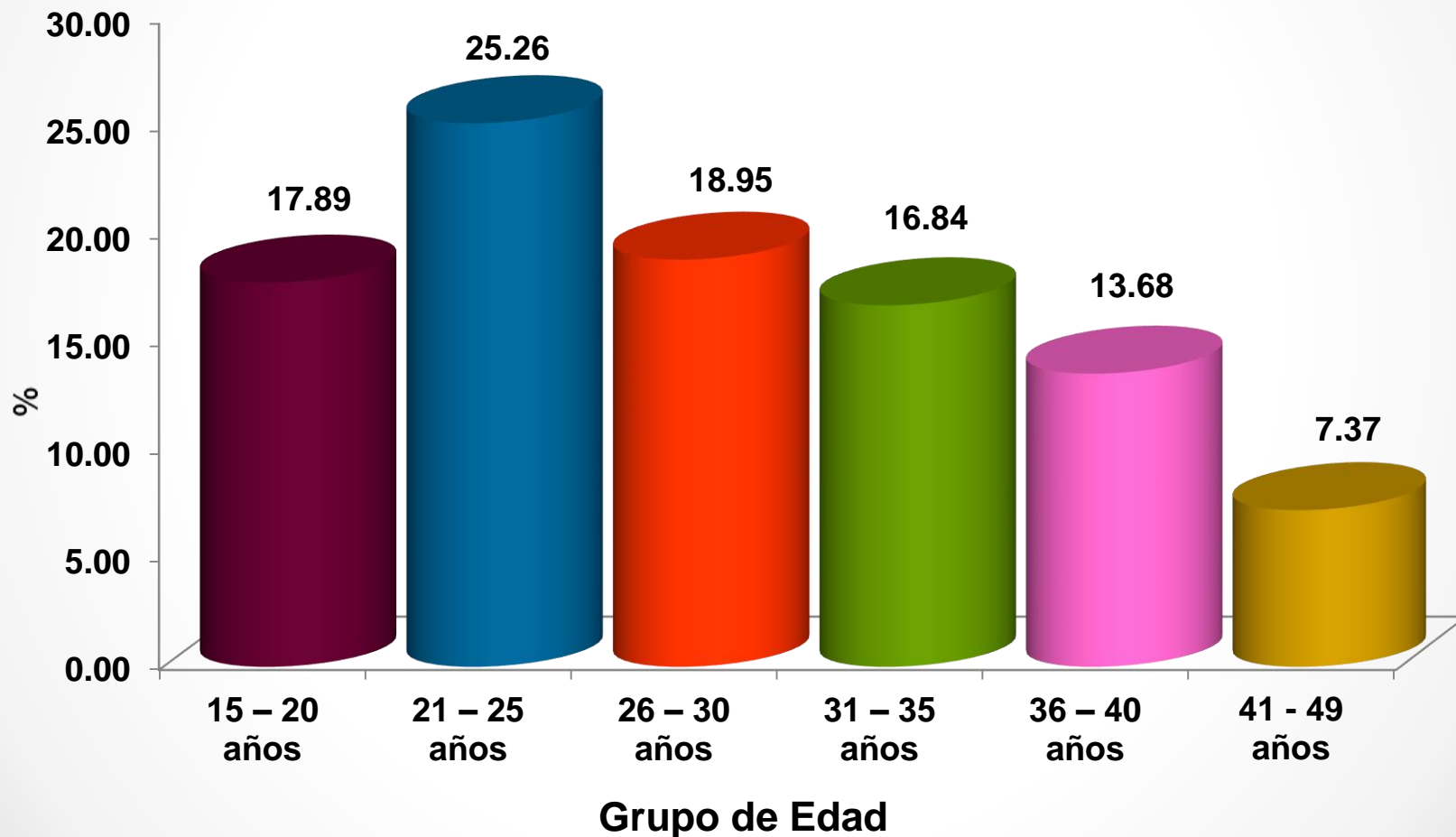


Gráfico N° 3

Mortalidad Materna. Procedencia por Distrito Sanitario. IAHULA. 2.001 – 2.012.

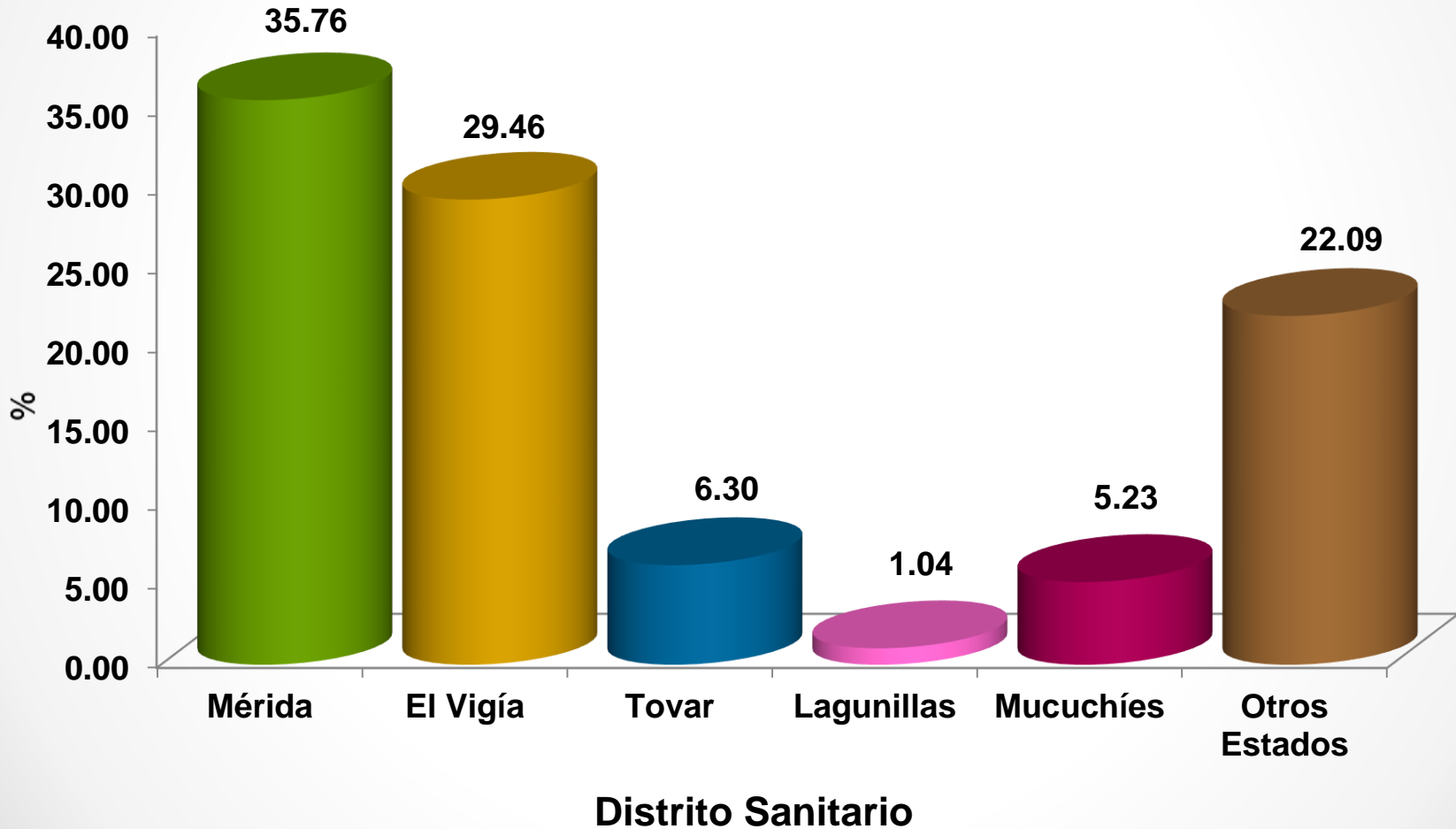


Gráfico N° 4

Mortalidad Materna. Procedencia por Estado.

IAHULA. 2.001 – 2.012.

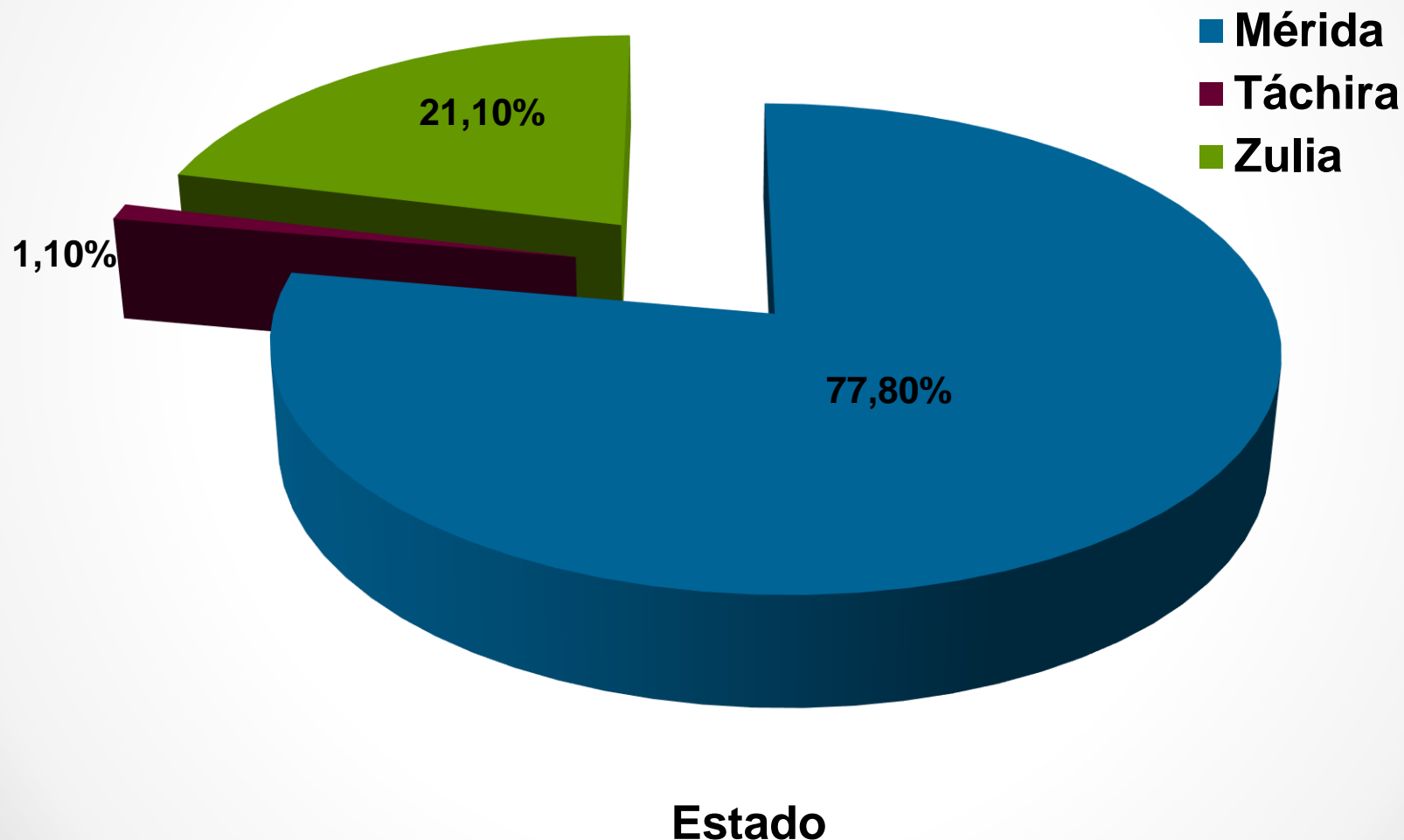
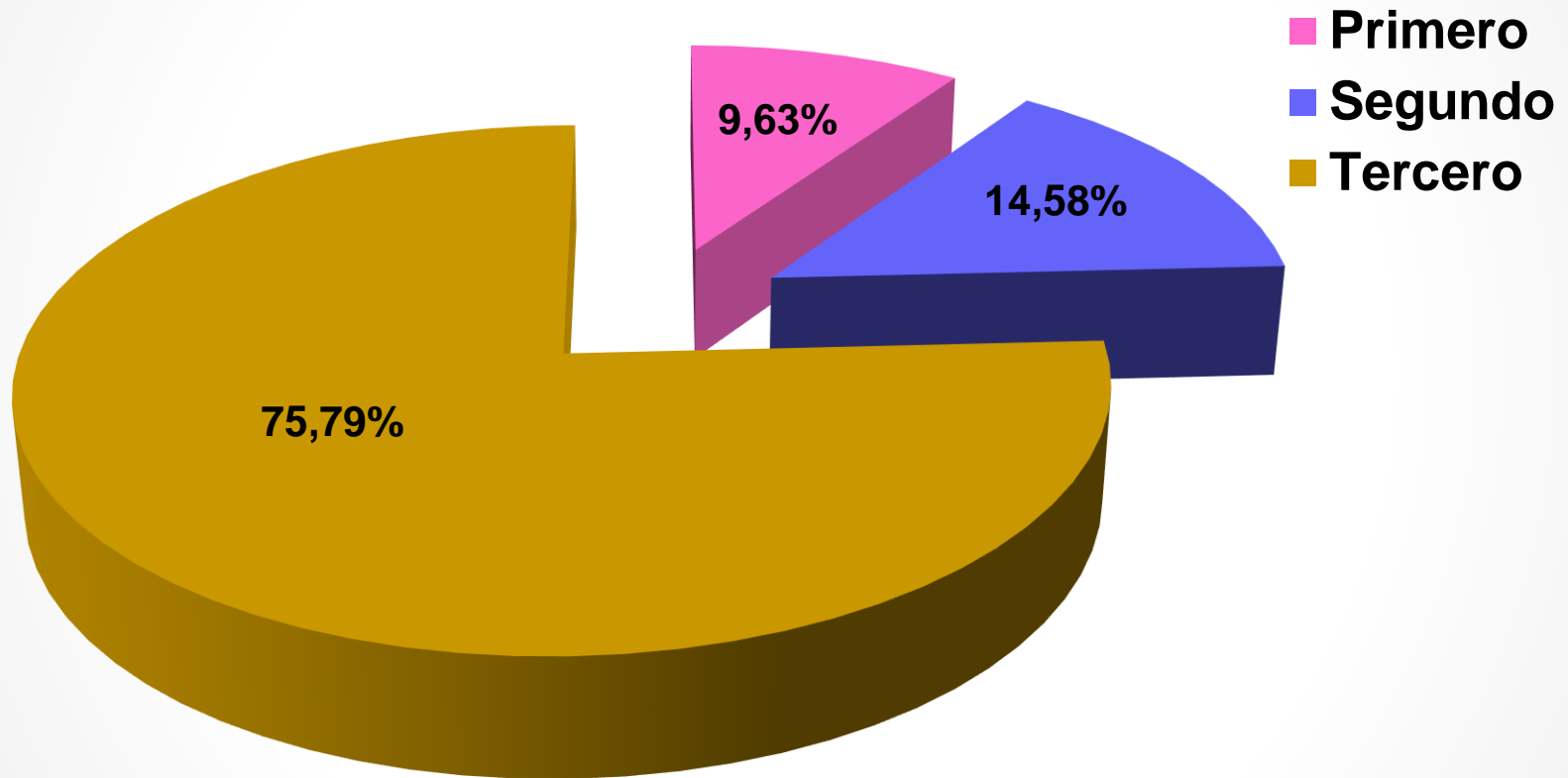


Gráfico N° 5

Mortalidad Materna. Trimestre del Embarazo.

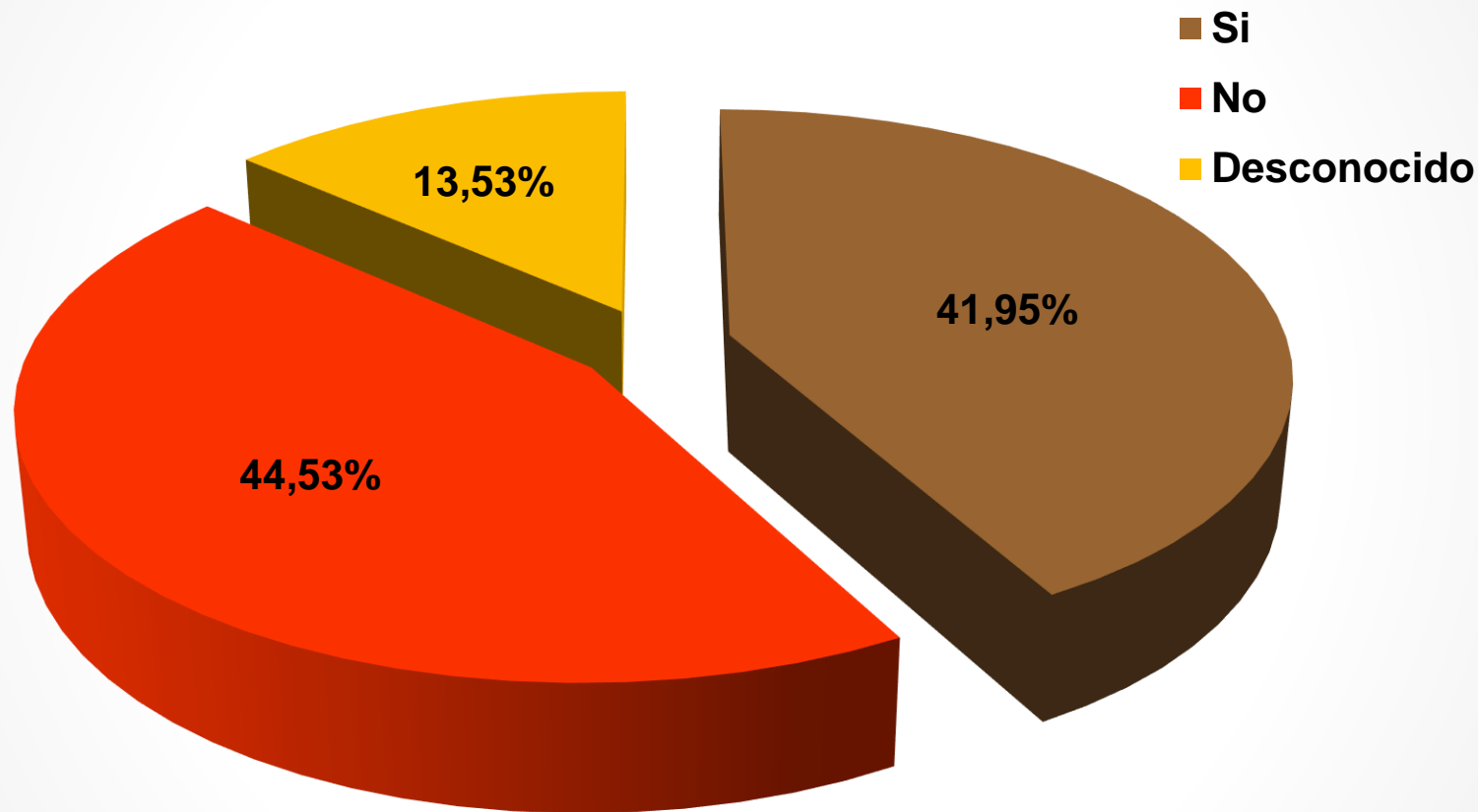
IAHULA. 2.001 – 2.012.



Trimestre del Embarazo

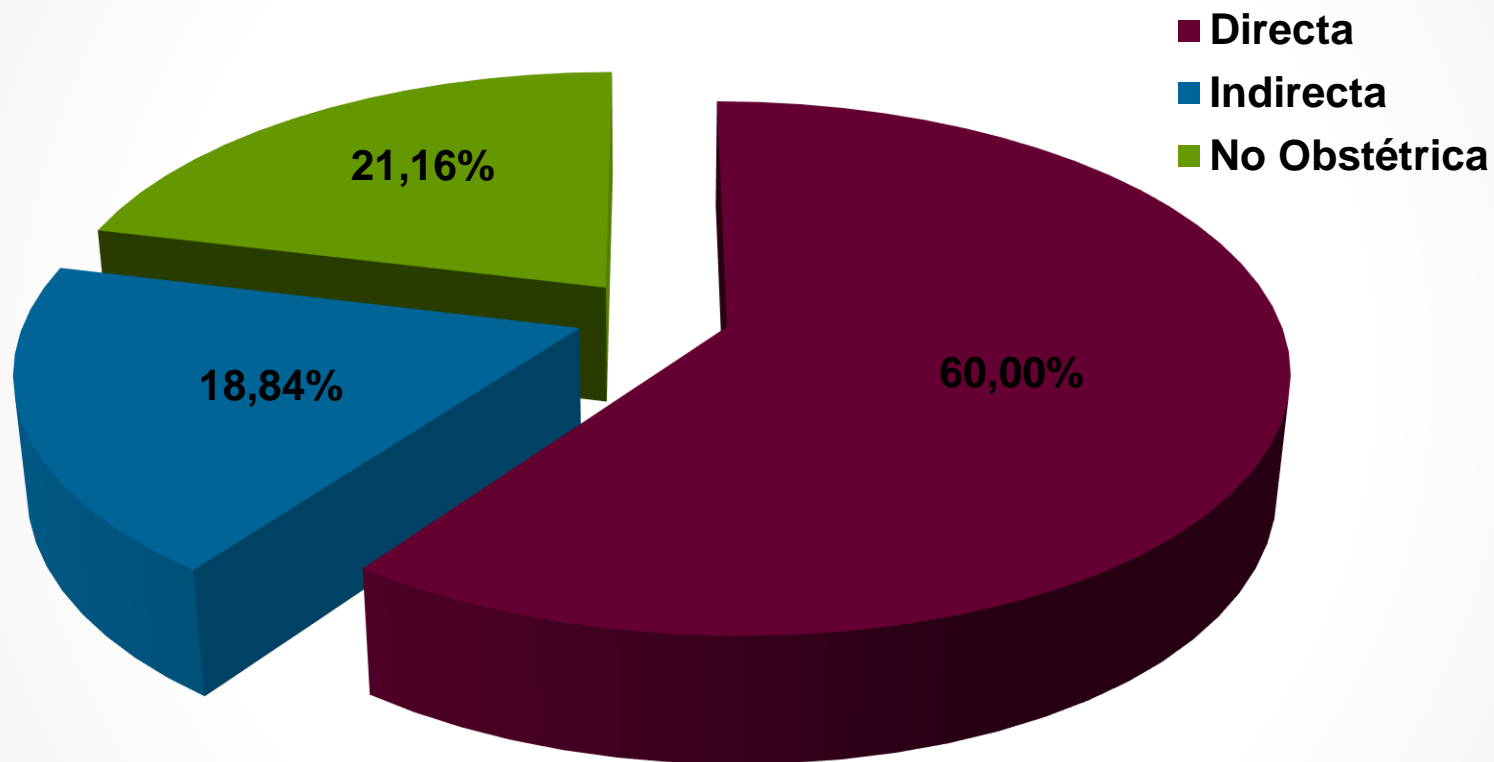
Gráfico N° 6

Mortalidad Materna. Control Prenatal. IAHULA. 2.001 – 2.012.



Control Prenatal

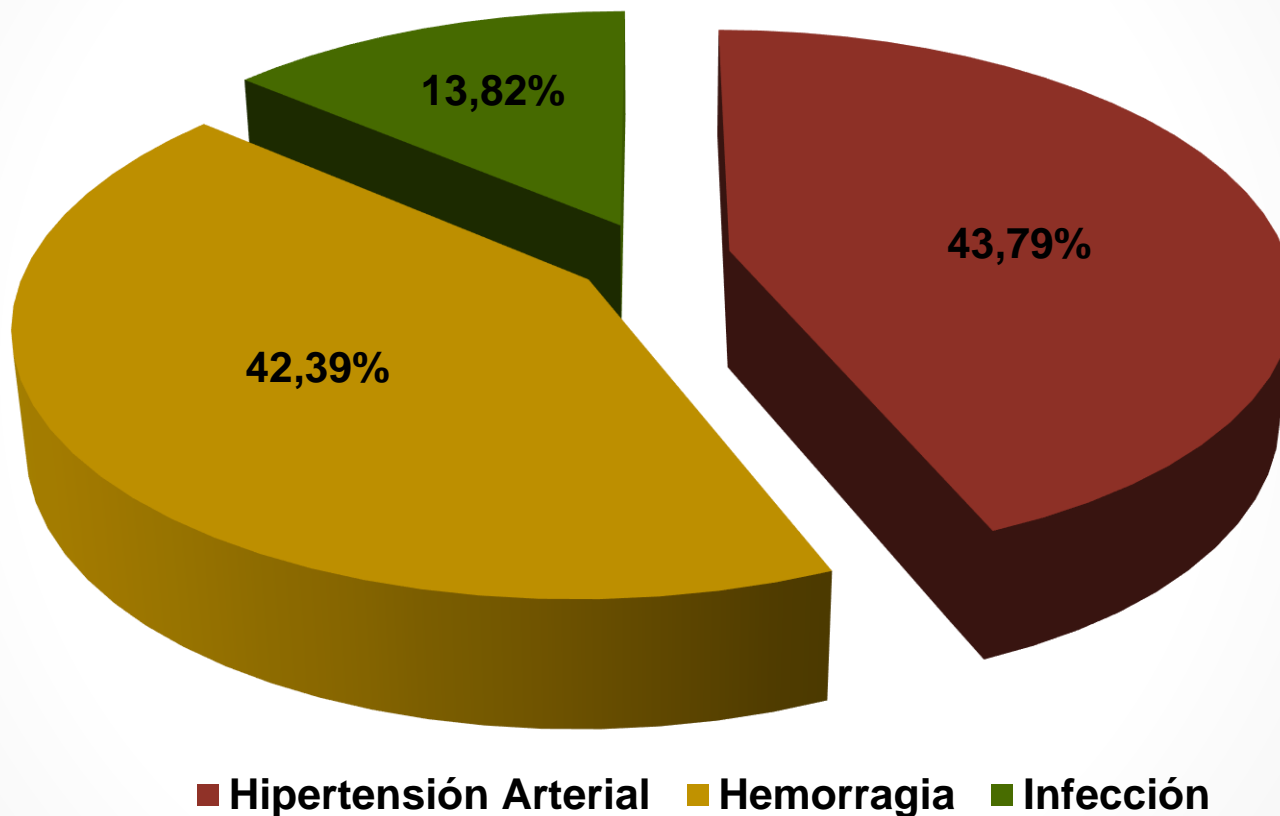
Gráfico N° 7. Mortalidad Materna. Causa de Muerte. IAHULA. 2.001 – 2.012.



Causa de Muerte

Gráfico N° 8

Mortalidad Materna. Muerte Obstétrica Directa. IAHULA. 2.001 – 2.012.



Muerte Obstétrica Directa

ESTRATEGIA MEDICA COMUN

IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes:

**Familiares
Personales
Gineco-Obstétricos
Quirúrgicos**

EXAMEN FÍSICO

**General y Ginecológico (Utero/Abdominal)
Prueba del volteo o de Gant**

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

**Laboratorio (Hematología, Química, Serología, etc.)
Imagenología (Radiología, Ecografía, etc.)
Citología vaginal. Cultivos
Valoración odontológica
Especiales**

PREVENCION

**COMBATIR LAS «TRES DEMORAS» o «RUTA DE LA VIDA»
Tahddeus – Maine (1993 – 1994)**

Demora, por la paciente, en la decisión de consultar

Demora en ingresar a la institución de mayores recursos

Demora en la prestación de asistencia calificada

Gráfico N° 9

Mortalidad Materna. Intervalo entre el Ingreso y la Muerte. IAHULA. 2.001 – 2.012.

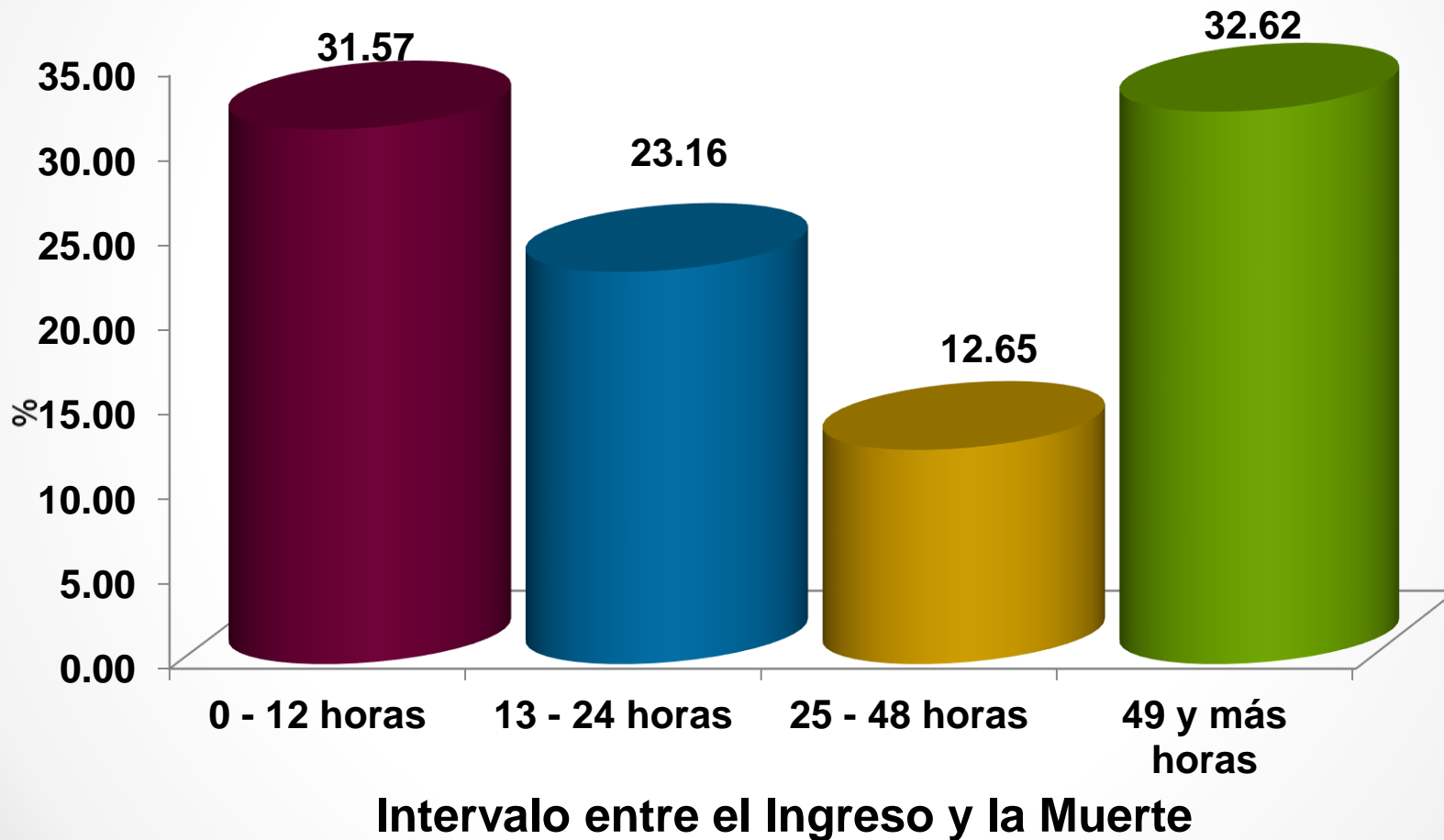
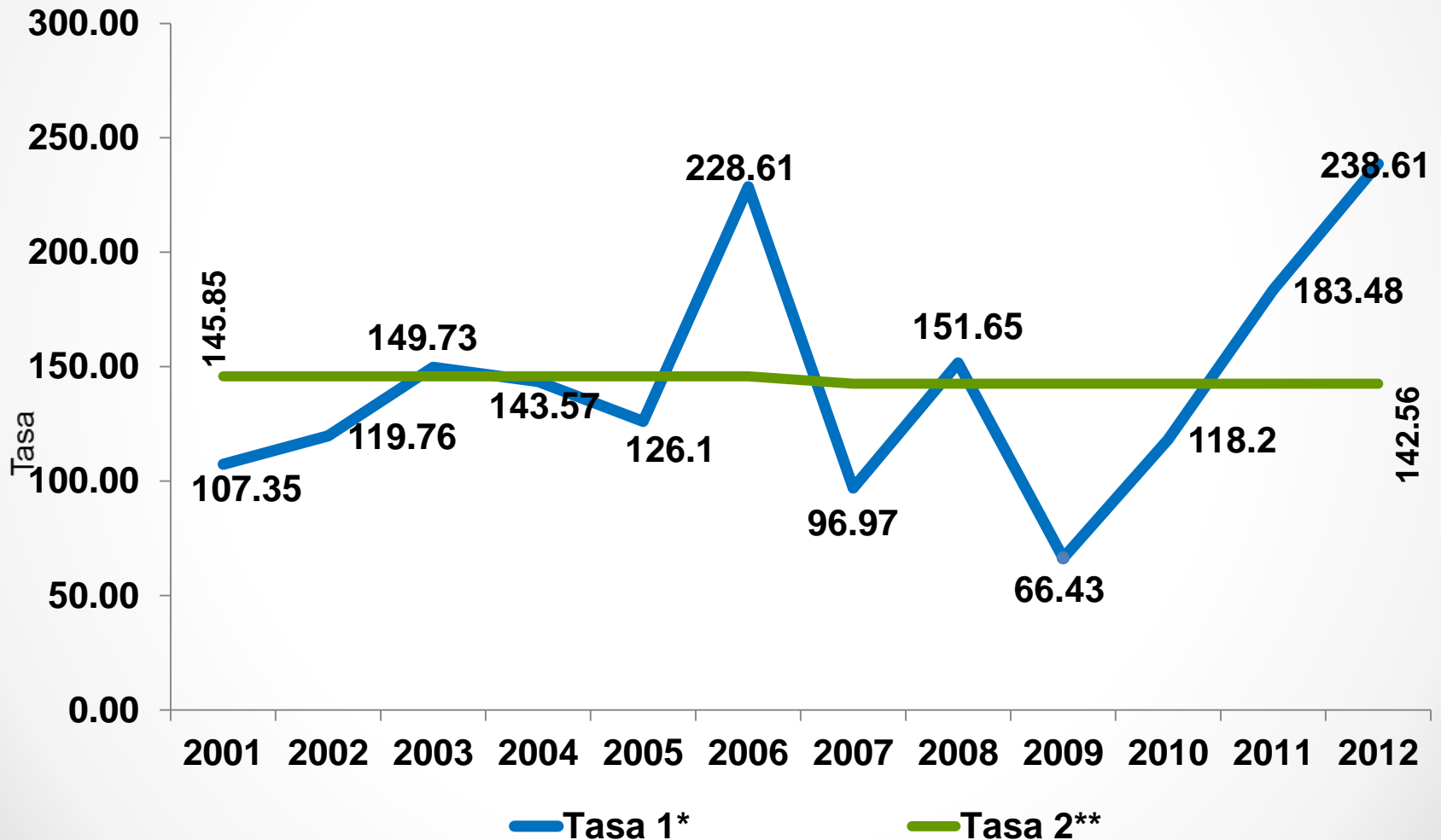


Gráfico N° 13

Mortalidad Materna. Tendencia de la Tasa.

IAHULA. 2.001 – 2.012.



ESTRATEGIA MEDICA PARTICULAR

HIPERTENSION ARTERIAL

HEMORRAGIA

INFECCION



HIPERTENSION ARTERIAL

Cuadro N° 8

Mortalidad Materna. Muerte Obstétrica Directa.

IAHULA. 2.001 – 2.012.

Muerte Obstétrica Directa	Frecuencia	%
Hipertensión Arterial	25	43,79
Hemorragia	24	42,39
Infección	8	13,82
Total	57	100,00

HIPERTENSION ARTERIAL

“Eliza Sommers había pasado por la fatiga de dar a luz, y sabía como toda mujer, que ese era el umbral de la muerte”

Isabel Allende, Retrato en Sepia

PREVENCIÓN PRIMARIA

PREVENCIÓN DE LA OCURRENCIA DE LA CONDICIÓN

Educación sexual

Reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo por medio de la Planificación Familiar

Promoción de la Salud

Modificar el estilo de vida

Mortalidad materna 1991-2000. Por qué mueren las madres. Valle L et al. Clin Invest Gin Obst; 37(5): 192-197, 2010
Guías de Práctica Clínica. Gineco-Obstetricia. IMSS-162-09. México, 2012

Lei M et al. Diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia-Eclampsia. Guía de Práctica Clínica. CMEGO. Ginecol Obstet Mex 2012; 78(6): 461-525

CONDUCTA

IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO

ANTECEDENTES: HTA (10 – 30 %). Diabetes. Nefropatía.
Preeclampsia
Evidencia II-2

EMBARAZO ACTUAL: Más de 40 años. P. I/G Prolongado.
Primigesta Precoz
Evidencia II-2

CONDUCTA

IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO

EXAMEN FISICO: IMC > 30 %. Toma de la presión arterial sentada
Evidencia III. Brazo a la altura del corazón. Recomendación B.
Sobrepeso (Mensual) o edema NO se consideran
Evidencia II-3

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: Uroanálisis (Proteinuria con tira reactiva) en pacientes de Bajo Riesgo
Recomendación B

PREVENCIÓN SECUNDARIA

DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDICIÓN

Reducir el número y la severidad de las complicaciones obstétricas mediante la optimización del control prenatal y la adecuada atención del parto

Diagnóstico mediante la clínica y exploraciones complementarias

Tratamiento oportuno y adecuado

PREVENCION DE LA PREECLAMPSIA

QUE HAY DE CIERTO? BENEFICIA LA ASPIRINA?

Roberge S. et al. Early administration of low-dose aspirin... A systematic review and meta-analysis. Fetal Diag Ther. 2012; 31: 141-146

5 estudios con 7.941 pacientes. Nivel I

Dosis bajas de aspirina administradas antes de las 16 semanas reducen el riesgo

Trivedi N. et al. A meta-analysis of low dose aspirin for prevention of preeclampsia. J Postgrad Medicine. 2011; 57(2): 91-95

19 estudios con 28.237 pacientes. Nivel I

Aspirina a dosis bajas (50-100 mg) tienen un ligero efecto en la prevención de pacientes de alto riesgo

PREVENCION DE LA PREECLAMPSIA

QUE HAY DE CIERTO? BENEFICIA EL CALCIO?

Hofmeyr T. et al. Suplementos del calcio durante el embarazo... trastornos hipertensivos. Biblioteca Cochrane Plus. 2010, No. 4

11 estudios con 14.946 pacientes. Nivel I

Reducen a la mitad el riesgo de Preeclampsia

Imdad A. et al. Role of calcium supplementation during... a meta-analysis of studies from developing countries. BMC Public Health. 2011 (suppl 3): 518

10 estudios que totalizaron 1.402 títulos

El suplemento de calcio (1.5 – 2 gr/d) durante el embarazo se asocia a reducción en el riesgo de hipertensión gestacional, preeclampsia, mortalidad neonatal y parto pretérmino en países en desarrollo

CUAL ES LA EVIDENCIA ?

Roberge S. et al. Early administration of low-dose aspirin... A systematic review and meta-analysis. Fetal Diag Ther. 2012; 31: 141-146

5 estudios con 7.941 pacientes . Evidencia I

Dosis bajas de aspirina administradas antes de las 16 semanas reducen el riesgo

Trivedi N. et al. A meta-analysis of low dose aspirin for prevention of preeclampsia. J Postgrad Medicine. 2011; 57(2): 91-95

19 estudios con 28.237 pacientes. Evidencia I

Aspirina a dosis bajas (50-100 mg) tienen un ligero efecto de prevención en pacientes de alto riesgo

CUAL ES LA EVIDENCIA ?

ASPIRINA (75 mg/d)

Cochrane. 59 ensayos. 37.560 mujeres.

Disminución de 17% del riesgo de preeclampsia, con ASA a dosis bajas, en **pacientes sin antecedentes**

Evidencia III

Si hay **disminución significativa de preeclampsia en embarazos de alto riesgo.**

Evidencia III

CALCIO (1 gr/d)

Cochrane. 7 ensayos

Disminución de preeclampsia con el calcio

Evidencia I

CUAL ES LA EVIDENCIA ?

Hofmeyr T. et al. Suplementos del calcio durante el embarazo... trastornos hipertensivos. Biblioteca Cochrane Plus. 2010, No. 4

11 estudios con 14.946 pacientes. Nivel I

Reducen a la mitad el riesgo de Preeclampsia

Imdad A. et al. Role of calcium supplementation during... a meta-analysis of studies from developing countries. BMC Public Health. 2011 (suppl 3): 518

10 estudios que totalizaron 1.402 títulos

El suplemento de calcio (1.5 – 2 gr/d) durante el embarazo se asocia a reducción en el riesgo de hipertensión gestacional, preeclampsia, mortalidad neonatal y parto pretérmino en países en desarrollo

PREVENCION TERCIARIA

DETECCION Y TRATAMIENTO DE LA CONDICION

Calificar el compromiso materno y fetal mediante control clínico y paraclínico estricto y completo. Evidencia V. Recomendación D

Sulfato de Magnesio

Evidencia IB. Recomendación A

Nifedipina

Evidencia IIC. Recomendación A

Manejo interdisciplinario: U.C.I.

RESUMIENDO PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

PRIMARIA

Identificar la mujer con riesgo de preeclampsia

Combatir los factores de riesgo

SECUNDARIA

Disponer de medios de detección precoz

Poseer los medios de tratamiento y aplicarlos oportunamente

Aspirina, calcio, antioxidantes

TERCIARIA

Hospitalización. U.C. I. Evidencia V. Recomendación D



HEMORRAGIA

Cuadro N° 8

Mortalidad Materna. Muerte Obstétrica Directa. IAHULA. 2.001 – 2.012.

Muerte Obstétrica Directa	Frecuencia	%
Hipertensión Arterial	25	43,79
Hemorragia	24	42,39
Infección	8	13,82
Total	57	100,00

HEMORRAGIA

“Las mujeres no mueren por causas que no podemos tratar... mueren porque las sociedades aún no han decidido que sus vidas valen la pena de ser salvadas”

Mahmoud Fathalla

PREVENCIÓN PRIMARIA

IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO

**Edad materna > 35 a. Multiparidad. Tabaquismo. Cicatrices uterinas previas (Legrados repetidos, cesáreas, miomectomías)
Enfermedad hipertensiva. Trombofilias.**

Evidencia II – 3

**Sobredistensión uterina. T. de P. Prolongado. Corioamnioitis.
Betamiméticos.**

Evidencia III

OMS/UNFPA. Prevención de la Hemorragia Post/parto. Nueva York, 2009

Mortalidad materna 1991-2000. Por qué mueren las madres. Valle L et al. Clin Invest Gin Obst; 37(5): 192-197, 2010

Guías de Práctica Clínica. Gineco-Obstetricia. IMSS-162-09. México, 2012

Ouma M et al. Pilot study of single use obstetric emergency medical kits... Mortality. Int J Gynecol Obstet 119 (2012): 49-52

LAS 4 “T”

CAUSA

“TONO” (Atonía uterina)

Utero sobredistendido

Cansancio del músculo uterino

Infección intraamniótica

Alteración anatómica o funcional del útero

“TEJIDO” (Retención de productos)

Placentario

Coágulos

ETIOLOGIA

FACTORES DE RIESGO

Polihidramnios, gestación múltiple, macrosomía

Parto rápido, parto prolongado, multiparidad

Fiebre, rotura prematura de membranas

Miomas, placenta previa, anomalías uterinas

Alumbramiento incompleto, cirugía uterina previa, multiparidad, placentación anómala

Utero atónico

LAS 4 “T”

CAUSA	ETIOLOGIA	FACTORES DE RIESGO
“TRAUMA” (Lesión del canal genital)	Desgarro de partes blandas Desgarro en cesárea Rotura uterina Inversión uterina	Parto precipitado, parto operatorio Malposición, encajamiento Cirugía uterina previa Multiparidad, placenta adherente
“TROMBINA” (Alteraciones de la coagulación)	Previas: Hemofilia, Enfermedad de Von Willebran Adquiridas: Plaquetopenia de la preeclampsia, PTI, CID (Preeclampsia, muerte in útero, infección severa, PPPNI, embolía de líquido amniótico Anticoagulación terapéutica	Coagulopatías, hepatopatías Sangrado con el rasurado, muerte fetal, fiebre, leucocitosis, hemorragia intraparto Estudio de coagulación

PREVENCION SECUNDARIA

MANEJO DEL PRIMER Y SEGUNDO PERIODO DEL PARTO (Y CESAREA)

Canalizar vena con aguja apropiada. Valorar necesidad oportuna de la episiotomía y vaginotomía

Pacientes con más de dos cesáreas anteriores o miomectomía programar cesárea electiva entre las semanas 37 y 38

PREVENCION SECUNDARIA

MANEJO DEL PRIMER Y SEGUNDO PERIODO DEL PARTO (Y CESAREA)

Administración precoz y suficiente de coloides o cristaloides. Transfusión sanguínea

Evidencia II

Anestesia epidural segura y superior desde el punto de vista hemodinámico materno en comparación con la anestesia general

Evidencia II

PREVENCION SECUNDARIA

MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO

Administrar un medicamento “útero tónico” inmediatamente después del parto *o antes de la extracción fetal en la cesárea*

Controlar el alumbramiento mediante tracción controlada del cordón umbilical y contra tracción externa del útero

Manejo externo del útero durante y después del alumbramiento

PREVENCIÓN TERCIARIA

REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD DEBIDA A LAS COMPLICACIONES:

Reducir el número de casos fatales entre las pacientes con complicaciones

MANEJO INTERDISCIPLINARIO: Cirugía General y Cardiovascular. Hematología. Banco de Sangre. U.C.I.

PREVENCIÓN TERCIARIA

TECNICAS TOCO-QUIRURGICAS

Taponamientos o balones uterinos (Bakry, Rüsck)

Evidencia III. Recomendación B

Ligadura de arterias uterinas

Técnica de O'Leary

Triple ligadura de Tsurulnikov

Ligadura de la arteria hipogástrica

Evidencia III. Recomendación B

Cesárea-Histerectomía

Histerectomía



INFECCION

Cuadro N° 8

Mortalidad Materna. Muerte Obstétrica Directa.

IAHULA. 2.001 – 2.012.

Muerte Obstétrica Directa	Frecuencia	%
Hipertensión Arterial	25	43,79
Hemorragia	24	42,39
Infección	8	13,82
Total	57	100,00

INFECCION

“La mortalidad materna ha sido una tragedia descuidada, y se ha descuidado porque las que la sufren son personas ignoradas, con menos fuerza e influencia sobre como se emplean los recursos nacionales, son pobres, y por encima de todo: MUJERES”

**Dr. Halfdam Mahler
Conferencia de Maternidad sin Riesgo
Nairobi, 1987**

CONCEPTO

La sepsis puerperal (OMS, 2006) es la infección del tracto genital que ocurre desde el período transcurrido entre la rotura de membranas o el nacimiento y los 42 días postparto, y la presencia de uno o más de los siguientes datos clínicos:

Dolor pélvico

Flujo vaginal anormal

Flujo fétido transvaginal y

Retardo en la involución uterina

ETIOLOGIA

GERMENES DEL TRACTO GENITAL POLIMICROBIANA

AEROBIOS: Streptococcus beta hemolítico, grupos A y B, Enterococcus, Staphilococcus, E. coli, Klebsiella y Proteus

ANAEROBIOS: Peptococcus, Peptoestreptococcus bacteroides, clostridium y fusobacterium

FACTORES DE RIESGO

GENERALES: Mayores de 35 años. Condiciones higiénicas deficientes. Deficiencia o incumplimiento de las normas de asepsia y antisepsia. Anemia. Desnutrición. Infecciones genito-urinarias

Evidencia IV

LOCALES: Tactos repetidos. R.P.M.O. prolongada. Trabajo de parto prolongado. Trauma obstétrico. Retención de restos placentarios

Evidencia IV

El factor de mayor riesgo en la actualidad es la CESAREA

Evidencia IV

PREVENCIÓN PRIMARIA

TRATAR O EVITAR

Factores de Riesgo

NORMAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Mejorar la calidad de la atención médica institucional

Promover el parto institucional

Pesquisar la infección ginecológica por citología

Prevenir la ruptura prematura de membranas

Promover el parto y cesárea “limpios”

Promover el uso de antibiótico/profilaxis



PREVENCION SECUNDARIA

IDENTIFICAR LA ETIOLOGIA: Cultivo y antibiograma del foco séptico

Evidencia III

IDENTIFICAR EL GRADO DE SEPSIS: Hematología completa con Tiempos de Coagulación. Química sanguínea. Pruebas de función hepática. Uroanálisis

Evidencia IV

VALORACION DE LA FUNCION RENAL: Determinaciones de Urea, Creatinina, Acido Urico

Recomendación III

PREVENCION TERCIARIA

TRATAMIENTO MEDICO: Iniciar monoterapia antimicrobiana de amplio espectro. Combinación de betalactámicos y aminoglucósidos

Evidencia I. Recomendación C

Quando se sospecha la infección micótica el uso de azoles o anfotericina B son fundamentales

Recomendación B

Actualización sobre Mortalidad Materna. OMS/UNFPA. Nueva York, 2009

Antibiotic Prophylaxis in Obstetric Procedures. SOGC. Clinical practice guideline. N° 247, 2010

Acosta C et al. Maternal sepsis. BJOG.119: 474-483, 2012.

Bamfo J et al. Managing... of sepsis in pregnancy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. **EN PRENSA**, 2013

PREVENCION TERCIARIA

TRATAMIENTO MEDICO: Ante la sospecha (Clínica y paraclínica) de generalización del proceso debe prescribirse carbapenémicos o cefalosporinas (3^a o 4^a generación), o bien, carboxipenicilinas o ureidopenicilinas
Recomendación C

MANEJO INTERDISCIPLINARIO: Infectología. Microbiología.
U.C.I.

Actualización sobre Mortalidad Materna. OMS/UNFPA. Nueva York, 2009

Antibiotic Prophylaxis in Obstetric Procedures. SOGC. Clinical practice guideline. Nº 247, 2010

Acosta C et al. Maternal sepsis. BJOG.119: 474-483, 2012 ●

Bamfo J et al. Managing... of sepsis in pregnancy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. **EN PRENSA**, 2013

PREVENCION TERCIARIA

CRITERIOS DE U. C. I.

Sepsis grave

Choque séptico

Hipoxemia grave

Trombocitopenia < 100.000 mm³

Creatinina sérica > 2 mg/dl

Bilirrubina total > 2 mg/dl

Glasgow < 15

CONCLUSIONES



PREVENCIÓN A NIVEL PRIMARIO

Educación sexual Planificación Familiar



PREVENCION A NIVEL SECUNDARIO

Evitar demoras en referir

Hacer el diagnóstico de certeza

Iniciar precozmente el tratamiento adecuado



PREVENCION A NIVEL TERCARIO

**Diagnóstico y tratamiento inmediato, por personal calificado,
de las complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio**



EN RESUMEN





Al dar
Vida
No Debo
Perder la
Mia

MUCHAS GRACIAS

gerchavi@gmail.com

