

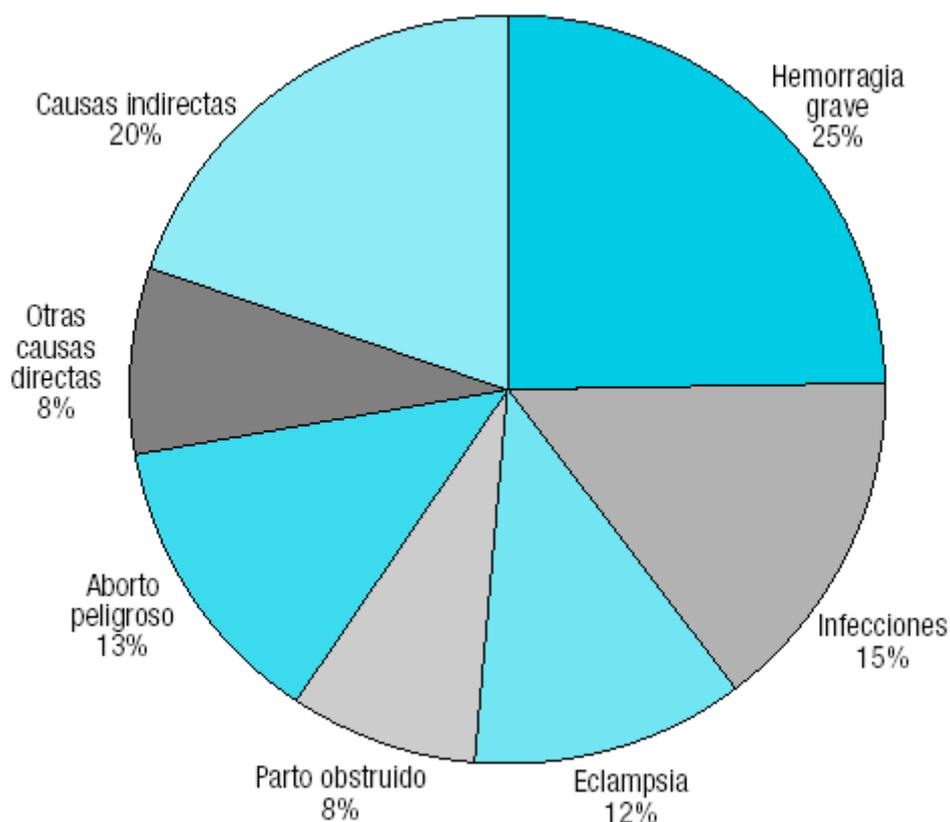
SALUD MATERNO-INFANTIL

I. MORTALIDAD MATERNA

Se denomina muerte materna a la muerte de una mujer acontecida durante el embarazo y hasta 42 días tras el parto, por cualquier causa relacionada con su embarazo o agravada por éste, exceptuando causas accidentales. La tasa de mortalidad materna (en realidad es una ratio) se define como las muertes maternas por cada 100.000 recién nacidos vivos. Se estima que mueren al año 529.000 madres, con un rango entre 5 y 10 muertes maternas por diez mil nacidos vivos en los países más desarrollados y más de 1000 en numerosos países africanos.

Las causas de muerte maternas pueden dividirse en directas (80%), es decir, por complicaciones obstétricas como hemorragia, infección o aborto complicado, e indirectas (20%), o sea, por enfermedades intercurrentes, por ejemplo la malaria, el VIH/SIDA, anemia, hepatitis, diabetes o causas cardiovasculares.

Figura 1. Causas de mortalidad materna (Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2005, OMS)



La hemorragia es la principal causa de mortalidad y la que más rápido mata. Por ello, la falta de accesibilidad a una atención sanitaria competente es a menudo la causa subyacente de muerte materna. En los países menos desarrollados, que una mujer viva o muera es, muchas veces, un problema logístico.

Cuadro 1. Incidencia mundial de las principales complicaciones del parto

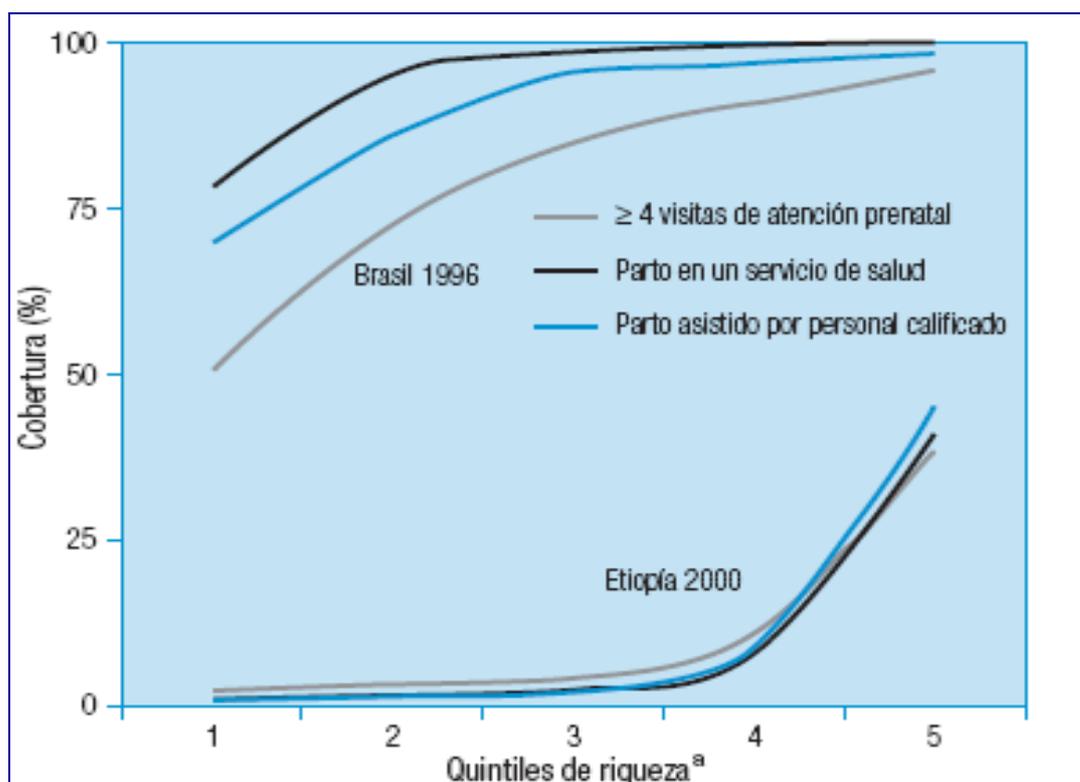
Complicación	Incidencia (% de nacidos vivos)	Número de casos anuales	Tasa de letalidad (%)	Defunciones maternas en 2000	Principales secuelas en las supervivientes	AVAD perdidos (000)
Hemorragia posparto	10,5	13 795 000	1	132 000	Anemia grave	4 418
Sepsis	4,4	5 768 000	1,3	79 000	Infertilidad	6 901
Preeclampsia y eclampsia	3,2	4 152 000	1,7	63 000	No se han evaluado suficientemente	2 231
Parto obstruido	4,6	6 038 000	0,7	42 000	Fístula, incontinencia	2 951

Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2005, OMS

Fuera del período comprendido en el embarazo y postparto, una de cada 3 mujeres en los países en desarrollo a lo largo de su vida sufren de problemas relacionados con su maternidad, como fístulas, anemia crónica, infecciones, prolapso uterino (matriz caída), etc.

La mortalidad materna es un indicador fiable del estatus socio-económico de la mujer, de su accesibilidad a la salud y de la calidad de los servicios sanitarios en un país. Como refleja la siguiente Figura, la utilización de la consulta prenatal y la asistencia cualificada al parto se encuentra muy relacionada con el estatus socioeconómico: podemos decir que los más pobres de casi todos los países no utilizan estos servicios, y que en los países menos desarrollados solamente las familias más pudientes se benefician de ellos.

Figura 2. Nivel de riqueza y asistencia cualificada al embarazo y parto (OMS, 2005)



(Los quintiles de riqueza son un indicador socioeconómico del hogar. Combinan información sobre las características del cabeza de familia y la posesión de determinados bienes, la disponibilidad de servicios y datos sobre el hogar)

En los albores del siglo XXI, 1 de cada 50 mujeres de los PVD muere por complicaciones de la gestación (1/10 en muchos países de África). El quinto “objetivo del desarrollo del milenio” de la OMS pretende disminuir dos tercios la mortalidad materna para el año 2015, lo cual puede lograrse mediante la mejoría del estado nutricional de la mujer, así como:

1. Reduciendo los embarazos no deseados, demasiado próximos o a edad avanzada (planificación familiar).
2. Reduciendo las complicaciones: control prenatal accesible y asistencia adecuada al parto.
3. Mejorando la respuesta a las complicaciones: equipo, formación del personal y sistema de referencia.

En realidad, la consulta prenatal no permite predecir las complicaciones del parto. Por muchos reconocimientos que se hagan, no permitirán distinguir entre las mujeres que necesitarán atención de urgencia y las que no. En efecto, la mayoría de las mujeres en las que surgen complicaciones tienen pocos o ningún factor de riesgo, y la mayoría de las que los tienen pasan por embarazos y partos sin incidencias. La atención prenatal es importante para mejorar la salud materno-infantil, pero no como estrategia aislada y tampoco como instrumento de cribado. Para garantizar unos partos sin riesgo es preciso que en todos ellos se disponga de atención profesional calificada, incluso en los que, según los criterios de los años ochenta, no se consideren de riesgo.

II. MORTALIDAD PERINATAL

La mortalidad perinatal incluye las muertes que acontecen durante el período fetal, es decir, desde la semana 22ª de gestación, y la primera semana de vida.

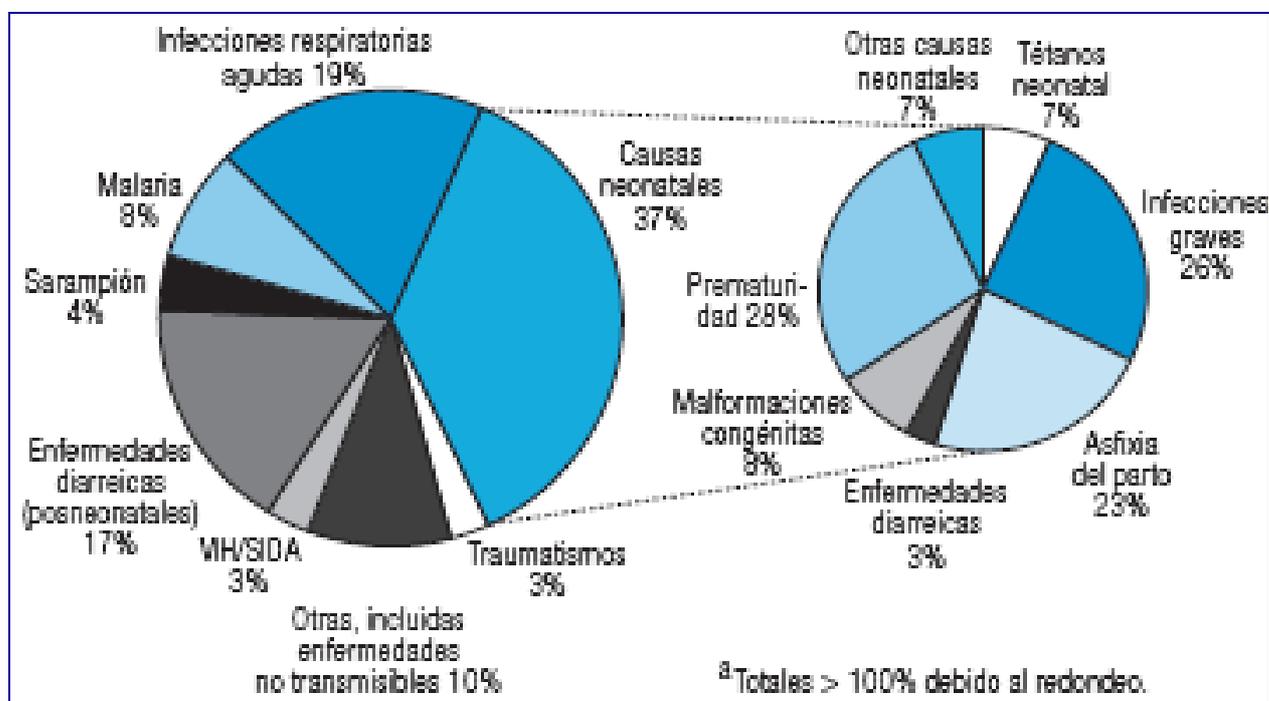
El riesgo de una mujer a lo largo de la vida de perder a un bebé recién nacido es de 1 entre 5 en África, lo que contrasta con la proporción de 1 entre 125 correspondiente a los países más desarrollados. Por cada recién nacido que muere, al menos otros 20 padecen lesiones debidas al parto, infecciones, complicaciones asociadas a la prematuridad y otras afecciones neonatales.

Cada año 3,3 millones de niños, quizá más, nacen muertos, más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida y otros 6,6 millones mueren antes de cumplir los cinco años. Más concretamente:

- Mortinatos: 21%
- Mortalidad neonatal precoz (0-7 días de vida): 21%
- Mortalidad neonatal tardía (8-28 días): 7%
- Defunciones postneonatales (hasta 1 año): 28%
- Defunciones de 1-4 años: 23%

La mortalidad peri y neonatal sirve como indicador del estado de salud, del sistema educativo, social y de salud pública, del estado nutricional, de la atención al parto y la neonatología y del desarrollo socio-económico. Sirve igualmente como comparación internacional.

Figura 3. Causas de defunción en menores de 5 años entre 2000 y 2003



Fuente: informe OMS 2005

Lógicamente, las causas proporcionales de mortalidad varían sobremanera de una región a otra del mundo, tal como muestra la Figura siguiente. Por otro lado, la tasa de mortalidad en menores de 5 años se ha reducido en todas las regiones excepto en África, en relación con la pobreza, los conflictos, el SIDA y los problemas de accesibilidad.

Figura 4. Número de defunciones neonatales por causas, 2000-2003.

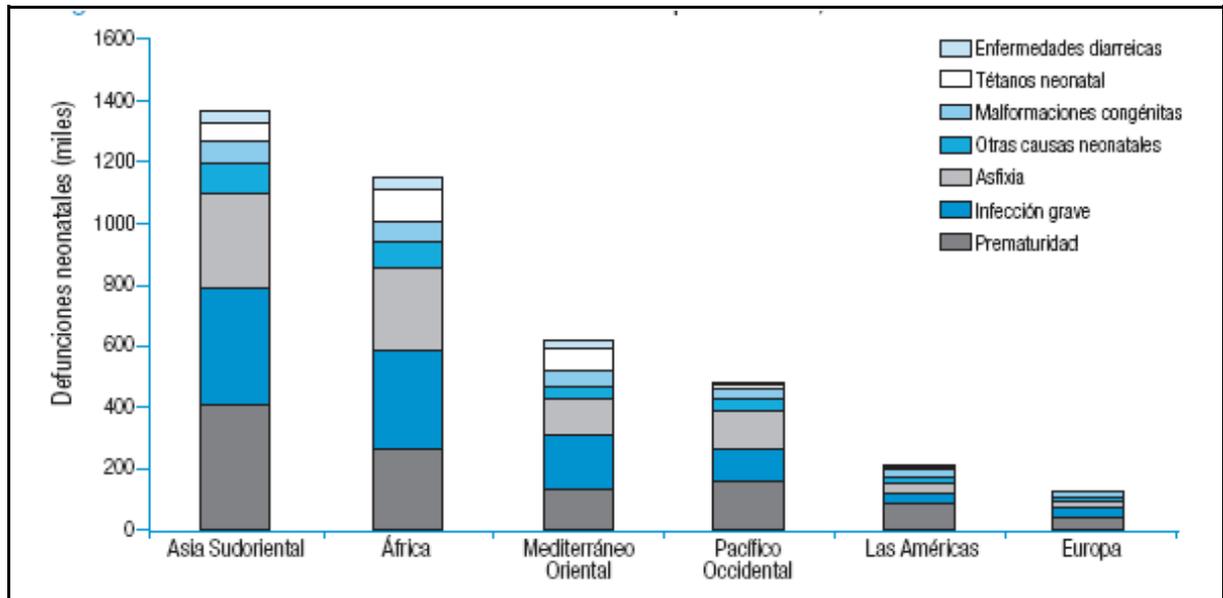
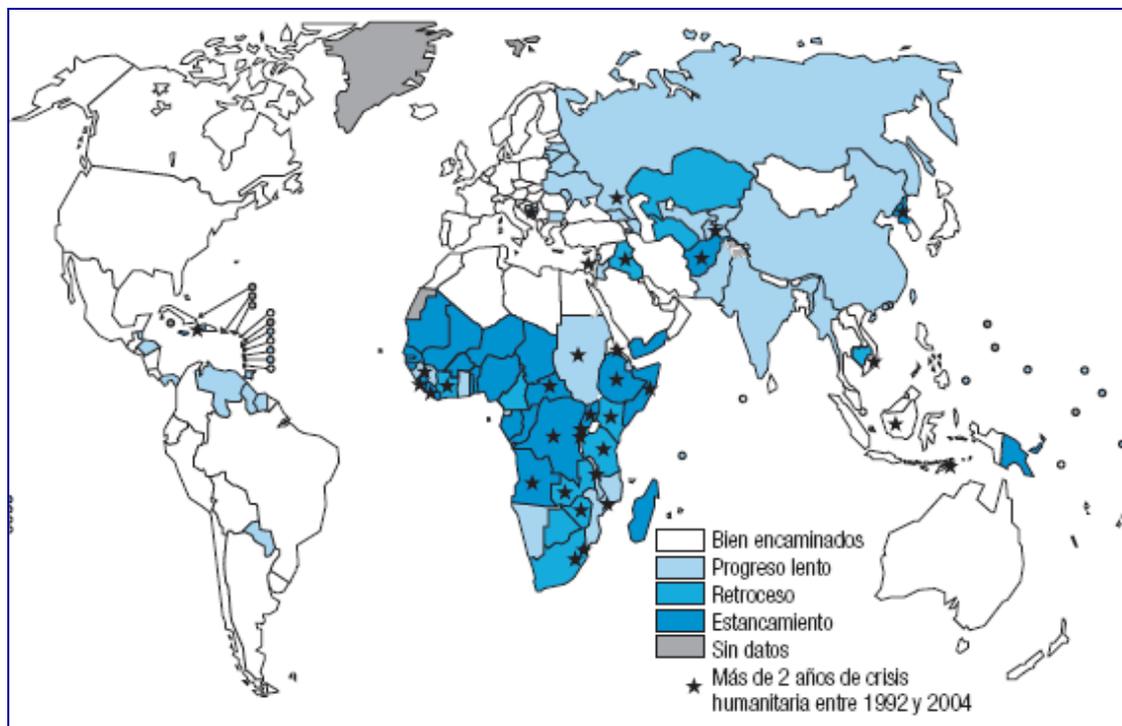


Figura 5. Evolución de las tasas de mortalidad en menores de 5 años (1990-2003)



Las siguientes medidas pueden contribuir a reducir la mortalidad perinatal:

1. Espaciamiento de nacimientos (planificación familiar).
2. Control prenatal:
 - Control de la Tensión Arterial.
 - Suplementos de hierro y ácido fólico.
 - Vacunación antitetánica.
 - Educación: nutrición, higiene, cuidados del recién nacido.
 - Referencia: interconsulta, Ecografía, parto.
3. Asistencia cualificada al parto y al recién nacido.

Para mejorar la supervivencia infantil, la OMS recomienda una serie de intervenciones básicas, dentro de la iniciativa denominada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI):

- **Cuidado de los recién nacidos y de sus madres:** dispensación de atención cualificada durante el embarazo, el parto y el puerperio inmediato.
- **Alimentación del lactante:** lactancia natural exclusiva durante los seis primeros meses de vida, con los alimentos complementarios adecuados a partir de los seis meses, y continuación de la lactancia materna durante dos años o más, con administración de suplementos de vitamina A y otros micronutrientes si es necesario.
- **Vacunas esenciales:** mayor cobertura vacunal contra el sarampión y el tétanos, e inmunización contra enfermedades comunes prevenibles mediante vacunación.
- **Lucha contra la diarrea:** manejo de los casos de diarrea, incluida la administración terapéutica de suplementos de zinc y de antibióticos para la disentería.
- **Lucha contra la neumonía y la septicemia:** manejo de los casos de neumonía infantil y septicemia neonatal con antibióticos.
- **Lucha contra la malaria:** uso de mosquiteros tratados con insecticida, tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo, y tratamiento inmediato de la enfermedad.
- **Prevención y atención de la infección por VIH:** tratamiento, atención, consejos sobre la alimentación del lactante y apoyo a las mujeres seropositivas y a sus niños.

III. SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La salud reproductiva (física, mental y social) entraña la capacidad personal de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos y de procrear, así como la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Por otro lado, el hombre y la mujer tienen derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como a recibir servicios adecuados de salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos.

El acceso universal a la salud reproductiva implicaría:

- Disminución de la morbimortalidad materna.
- Descenso en el número de abortos, reforzando la anterior.

- Reducción de la mortalidad infantil. Si todos los niños nacieran con al menos 2 años de separación respecto a sus hermanos mayores, se evitarían 3 a 4 millones de muertes anuales en menores de 5 años. También se relaciona con la edad de la madre (menos de 18 y más de 35 años).
- Mayores oportunidades para las adolescentes y las mujeres en general.
- Reducción de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

Los métodos anticonceptivos deben ser inocuos, aceptables, eficaces y en general reversibles. Los más usados en los países en desarrollo son los anticonceptivos orales, las inyecciones hormonales, el DIU, el preservativo y la esterilización definitiva (vasectomía o ligadura de trompas).

El Cuadro siguiente muestra los diferentes métodos anticonceptivos según su nivel de eficacia, que se mide como el número esperado de embarazos en 100 años (Índice de Pearl). Debe señalarse que la eficacia de un método concreto varía mucho en condiciones de uso "ideal", es decir, siguiendo al pie de la letra las indicaciones sobre la forma de utilización, o "común".

Cuadro 2. Eficacia de los métodos anticonceptivos (Fuente: The Essentials of contraceptive technology, Johns Hopkins University, 1997)

MÉTODO	Uso común	Uso ideal
MUY EFECTIVOS (Índice de Pearl: 0-1)		
Implantes de progesterona	0,1	0,1
Vasectomía	0,15	0,1
Inyectables de progesterona	0,3	0,3
Ligadura de trompas	0,5	0,5
DIU	0,8	0,6
ACO de progestágeno d/ lactancia	1	0,5
EFECTIVOS (IP:2-9)		
Método de la lactancia materna (6 meses)	2	0,5
ACO combinados	6-8	0,1
MÁS O MENOS EFECTIVOS (IP: 10-30)		
Condomes	14	3
Diafragma + espermicida	20	6
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (calendario, temp, moco cervical)	20	1-9
Condomes femeninos	21	5
Espermicidas	26	6
Ningún método	85	85