

# Boletín Médico de IPPF

## Contenidos

Declaración del IMAP sobre planificación familiar y aborto seguro: componentes faltantes en los servicios de salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis 1  
Hemorragia posparto: prevención y tratamiento en contextos con escasos recursos 4

## Declaración del IMAP sobre planificación familiar y aborto seguro: componentes faltantes en los servicios de salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis

### Antecedentes

Las crisis debidas a desastres naturales o conflictos armados, afectan negativamente a millones de personas y a extensas áreas geográficas, afectando algunas veces a la salud y al bienestar durante años después de que se haya iniciado el incidente. Los primeros impactos pueden incluir la muerte, las lesiones corporales, la falta de agua, comida o refugio. Los supervivientes pueden sufrir problemas de salud de naturaleza general, psicológica y reproductiva producidos por la crisis, aumentando así algunas veces la carga sobre los sistemas de salud que a su vez podrían ser ya inadecuados para responder a las demandas existentes. Las personas afectadas por la crisis pueden ser refugiados extranjeros o personas desplazadas internamente (PDI), congregadas en campamentos o dispersas dentro de una comunidad. En las Tendencias mundiales de la ONU del 2007 se calculaba que 26 millones de personas fueron desplazadas internamente por causa de conflictos, 12,7 millones en África. Aunque rara vez es mencionado, se estima que existen 25 millones de PDI por causa de desastres naturales. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) recoge una cifra de 16 millones de refugiados, cifra que incluye a más de cuatro millones dentro del mandato de la Agencia de Naciones Unidas para los refugiados de Palestina en Oriente Próximo.

Los tipos de crisis pueden variar enormemente, desde crisis naturales como inundaciones, terremotos y epidemias hasta crisis generadas por el hombre, como accidentes industriales de gran escala, atentados terroristas, disturbios civiles y guerra u otros conflictos armados. Cada tipo de crisis supone diferentes demandas sobre los servicios que pueden proporcionarse. Sin embargo, dependiendo de la naturaleza de la crisis y para la aplicación efectiva de la prestación de servicios, la respuesta humanitaria internacional puede dividirse en dos fases principales: la primera fase de crisis (con una tasa bruta de mortalidad superior al 1:10.000 por día) y la fase de estabilización o post-crisis en la que la mortalidad vuelve al nivel de las poblaciones vecinas. Durante la fase de crisis, la seguridad tanto de los proveedores de servicios como de los clientes es primordial y las necesidades de planificación familiar de emergencia constituyen una prioridad. Durante la fase de estabilización deben ponerse a disposición de la comunidad afectada todos los servicios disponibles.

Las primeras prioridades para muchos donantes frente a una situación de emergencia (por ejemplo, los gobiernos nacionales, las agencias de la ONU y las ONG) son el suministro de agua potable, de alimentos y de refugio, sin embargo la atención en

salud, incluida la salud reproductiva (SR), es también crítica. Para atender a los servicios sanitarios de emergencia, la OMS, ACNUR, UNFPA, UNICEF y el Grupo de Trabajo Interinstitucional disponen de programas bien desarrollados y directrices para apoyar los esfuerzos realizados a nivel nacional.<sup>1</sup> También proporcionan un paquete de ayuda para la salud reproductiva durante la fase inicial de una crisis aguda: el Paquete mínimo inicial de servicios (PMIS). Este paquete puede ser solicitado por cualquier organización sanitaria reconocida que se encuentre en preparación para o en respuesta a una crisis. El PMIS incluye una guía detallada de actividades y trece diferentes kits de SR.<sup>2</sup> La información sobre los kits o la asistencia con los pedidos es proporcionada por el personal del UNFPA en sus oficinas exteriores (en la capital de los respectivos países), el ACNUR o por otras agencias coordinadoras de las Naciones Unidas a nivel estatal, organismos asociados o el UNFPA/HRU.

La atención en salud reproductiva es crucial para personas atrapadas en una crisis. Debe darse una máxima prioridad para el parto seguro y la atención posparto para mujeres embarazadas ya que, sin una adecuada atención, las complicaciones durante el parto pueden ser mortales. Durante estas circunstancias, también aumentará el riesgo del VIH y SIDA, de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y de embarazos no deseados, debido a la falta de provisión de anticonceptivos y a una mayor incidencia de la violencia sexual y de género. También podría observarse un aumento en la demanda de servicios de aborto seguro y post aborto debido a la violencia y a importantes trastornos afectando las vidas de las mujeres. Además, estas personas podrían no tener acceso a condones u otros métodos de planificación familiar y servicios. Cuando se interrumpen los suministros regulares de anticonceptivos, debe ponerse a disposición la anticoncepción de emergencia para cualquier mujer que haya tenido coito sin protección.

## Prioridades para los servicios de planificación familiar durante una crisis

Los servicios de planificación familiar junto con las conductas de reducción de riesgo, el acceso al aborto seguro (MVA, por sus siglas en inglés) y el uso de procedimientos para la prevención de infecciones, deben formar parte de la atención sanitaria global en situaciones de crisis ya que la necesidad de estos servicios es todavía mayor. Esto permitirá que los supervivientes eviten el aumento del riesgo de embarazos no planeados, los abortos inseguros y la transmisión de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Mediante el restablecimiento del acceso a una anticoncepción eficaz y segura se protegen las vidas y el bienestar de las mujeres, de los niños y de la comunidad en general, lo cual permite que las familias puedan administrar los escasos recursos disponibles más eficazmente.

## ¿Qué pueden aportar las Asociaciones miembros?

Una de las estrategias del programa del Marco Estratégico de la IPPF (2005-2015) es la de "mejorar el **acceso** a servicios de salud sexual y reproductiva apropiados y de alta calidad utilizando un **acercamiento basado en los derechos**". Guiando a las Asociaciones miembros (AM) a "responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva de aquellos grupos afectados por

situaciones de emergencia resultantes de la inestabilidad política y de los desastres naturales”<sup>3</sup> {Acceso – 6 e}. Aunque reconocemos que las situaciones de crisis requieren de una respuesta de salud sexual y reproductiva comprensiva, esta Declaración del IMAP se centra en la planificación familiar y en los servicios de aborto seguro.

La preparación para la prestación de servicios efectivos de planificación familiar durante una crisis requiere de una política plenamente desarrollada, de personal debidamente capacitado y de una provisión de recursos materiales y financieros sostenible. También debe tenerse en cuenta que la infraestructura de la zona (o de toda la región) puede verse afectada, con recursos severamente limitados.<sup>4</sup>

Cada desastre es único ya que las AM afectadas se encuentran en diferentes contextos sociales, económicos y de la salud. Sin embargo, todos tienen muchos elementos en común y conocerlos puede asegurar que las ayudas relacionadas con la salud, la emergencia médica y los limitados recursos sean bien gestionadas. Los más afectados por los desastres naturales, los disturbios civiles y los conflictos armados son, cada vez más, los más pobres y marginados. Aunque el momento preciso y la naturaleza de las situaciones de crisis no pueden predecirse con exactitud, la preparación para los desastres debe formar parte de una planificación responsable.

La preparación para los desastres y conflictos debe incluirse dentro de las políticas de las Asociaciones miembros. Durante la crisis, los asuntos relacionados con la seguridad son de gran importancia. La asignación eficiente de servicios para cada fase requiere de una cuidadosa planificación. Durante una crisis, las Asociaciones miembros, al estar familiarizadas con la comunidad local, tienen una ventaja sobre otros organismos de ayuda internacional. Sin embargo, en un conflicto armado interno las Asociaciones miembros pueden estar en desventaja, dependiendo de si son identificadas con un grupo involucrado en el conflicto (por ejemplo por los contactos que mantenga esa Asociación miembro con el gobierno o por la composición de su directiva). Necesitan considerar si podrían negociar el acceso a las poblaciones desplazadas.

## Antes de la crisis

Aunque es difícil planificar con antelación, hay muchos factores para los que las Asociaciones miembros se pueden preparar. Deben adquirir y aplicar las pautas de PMIS para el equipamiento, adaptarlas a su zona y a los tipos de crisis que podrían ocurrir con mayor probabilidad y a continuación llevar a cabo la formación asociada consiguiente. Deben prepararse para asociarse con las estructuras de coordinación (cluster) que la comunidad internacional pondrá en marcha si se comienza una operación de ayuda internacional. Deberán redactarse y distribuirse planes claros de recuperación para aquellos casos en los que una o más clínicas fueran dañadas o totalmente destruidas. Estos planes, que se deben mantener en los hogares del personal y de los voluntarios, deberán incluir métodos para mantener o restablecer el contacto, para poder identificar a las personas y los recursos disponibles. Un manejo óptimo de desastres debe vincular la recopilación de datos y el análisis con el proceso de toma de decisiones.

## Evaluación de las necesidades y logística

Para complementar la respuesta internacional y garantizar una respuesta comprensiva de salud reproductiva (SR) a la crisis, las Asociaciones miembros deben diseñar y poner en marcha un adecuado componente de planificación familiar (PF) basado en las cinco A: Aborto seguro, Adolescentes, prevención del SIDA, Defensa y promoción, y Acceso a servicios. La demanda de servicios de planificación familiar estará influida por las actitudes pre-crisis por parte de los refugiados hacia los métodos anticonceptivos modernos (y por sus elecciones de métodos), así como por sus expectativas actuales y percepción de las necesidades. Otros factores que pueden afectar a los servicios de anticoncepción que pueden ofrecerse son: la infraestructura, los valores éticos y religiosos, los antecedentes culturales y la disponibilidad de proveedores de salud debidamente entrenados. Las mujeres tienen la necesidad urgente de continuar con el método anticonceptivo que utilizaban antes de la crisis, lo cual debe ser provisto lo antes

posible.

La planificación de servicios de planificación familiar antes de la crisis debe comenzar con la información local proveniente de las oficinas nacionales y regionales y de los programas nacionales ya disponibles. Las zonas y países que son fuentes potenciales de refugiados también deben formar parte de esta revisión; pudiéndose obtener datos relevantes de la OMS, el ONUSIDA y el UNFPA. La información debe incluir la prevalencia de los anticonceptivos según el método y las actitudes de la comunidad hacia la anticoncepción. Existen una serie de factores que afectan a la elección de los servicios anticonceptivos, los cuales pueden ser planificados: la infraestructura original y cuánto se mantendrá de ésta, las expectativas de los supervivientes, las demandas y necesidades percibidas, los valores éticos y religiosos, los antecedentes culturales, los requisitos lingüísticos para los materiales de IEC y la disponibilidad de proveedores de salud debidamente capacitados.

Una vez se han decidido qué métodos anticonceptivos serán los más apropiados para la fase aguda de una posible crisis, debe identificarse la cadena de suministros y planificar las cantidades, de manera que cuando surja la necesidad puedan comprarse provisiones iniciales y se pueda garantizar un suministro fiable a largo plazo. Pueden adquirirse existencias a través de proveedores locales de confianza o a través del ACNUR y el UNFPA, que pueden ayudar a negociar una cantidad mayor de suministros a un costo reducido. Los suministros deberán ser por lo tanto adquiridos, establecerse un inventario y un sistema de control, acordar un plan de distribución y nombrar a un gerente logístico. Cuando sea posible deberán utilizarse la plantilla de trabajadores y los sistemas logísticos ya existentes.

## Puntos de entrega y recursos humanos

Deben tomarse decisiones con anticipación sobre los tipos de puntos de entrega que podrían utilizarse durante una crisis, como por ejemplo escuelas u oficinas que dispongan de un suministro de agua. Los proveedores de servicios y los voluntarios deben estar informados y contribuir en la preparación para la crisis y en las acciones previstas ante posibles desastres específicos para la Asociación miembro. Deberán elaborarse planes dirigidos hacia el personal que entregará la PF/SR durante la crisis inicial y en la fase de estabilización. Deberá prepararse y mantenerse una lista, a fin de incluir a las enfermeras, parteras o médicos y a otros trabajadores, sus habilidades durante una crisis o programas de entrenamiento en crisis y los idiomas (los supervivientes no siempre conocen el idioma de la comunidad de acogida). Deben identificarse con antelación los grupos o individuos de una comunidad que podrían ayudar en la prestación de servicios. Hay que señalar que en algunas culturas, los clientes y los proveedores deben ser del mismo sexo. El asesoramiento sobre los servicios de salud reproductiva puede obtenerse de varias fuentes y la planificación familiar puede estar asociada con muchos servicios, por ejemplo, pueden ponerse a disposición condones e información sobre PF en puntos de distribución de alimentos y dentro de los servicios de salud preventiva y curativa.

Deberá nombrarse a un coordinador de salud reproductiva y de PF. Esto debe ocurrir dentro del contexto del sistema de salud *Cluster*, de modo que el coordinador pueda influir y tratar con otros organismos, las ONG y con la comunidad. La evidencia proveniente de muchos contextos muestra que esta preparación es crítica para el éxito de un programa.

## Servicios de salud reproductiva

Deben ser establecidos de acuerdo con los recursos actuales de la Asociación miembro y ser planificados como conjuntos de servicios relevantes en escenarios de crisis anticipados; los servicios esenciales deben tratar los siguientes aspectos:

- Salvaguardar a las mujeres embarazadas incluye recursos para el parto seguro y servicios obstétricos de emergencia, una capacidad para remisiones apropiadas y transporte
- Provisión de abortos seguros
- Complicaciones durante abortos no seguros
- Atención dirigida a la violencia de género: incluyendo el asesoramiento y la atención después del abuso sexual

Un plan de contingencia para los servicios de planificación familiar debe ser adaptable y basado en los recursos disponibles:

- Los métodos anticonceptivos en la etapa de crisis incluyen los métodos de barrera, que proporcionan una protección doble contra el embarazo, el VIH y las ITS: condones masculinos y femeninos, espermicidas, anticonceptivos hormonales (AOC y POP), píldoras de anticoncepción de emergencia (PAE), método de amenorrea de la lactancia (MELA) e inyectables. En lugar de utilizar la leche en polvo contenida en los paquetes de socorro, debe recomendarse la lactancia.
- Los métodos anticonceptivos durante la fase de estabilización (de los cuales algunos requieran proveedores con un entrenamiento más especializado) deben incluir la gama completa de servicios de anticoncepción. Estos incluyen: los anticonceptivos hormonales inyectables (DMPA, 'NET-EN', 'Cyclofem'), los implantes hormonales, los DIU, la esterilización masculina y femenina voluntarias, las píldoras de anticoncepción de emergencia (PAE), los métodos de planificación familiar naturales y el MELA.

## Materiales, protocolos y entrenamiento

Para garantizar que los materiales de IEC/BCC normalmente utilizados para el asesoramiento del cliente estén disponibles durante una crisis, pueden prepararse suministros extra de antemano. Los protocolos para las consultas de planificación familiar deben basarse en las guías o estándares nacionales. Debe aprobarse un programa para la formación de cualquier persona que probablemente participará en el suministro de anticonceptivos. Este programa debe incluir: competencia técnica e interpersonal, comunicación y técnicas administrativas.

### Alianzas

Planificar y establecer alianzas con otras organizaciones que trabajen con las comunidades que presenten una mayor probabilidad de verse afectadas, con el objetivo de agilizar las tareas de socorro de la Cruz Roja Nacional o de la Media Luna Roja por ejemplo. Estas organizaciones tienen la obligación de proporcionar atención primaria de salud y otras formas de socorro en situaciones de emergencia y a menudo están incluidas en los planes nacionales/gubernamentales de emergencia. Antes de la crisis también puede obtenerse apoyo por parte de la comunidad local, los líderes sociales y religiosos y los grupos de mujeres.

## Durante una crisis

### Recursos humanos y materiales

Pasar revista al personal y voluntarios de salud reproductiva; comprobar la viabilidad de la clínica, los servicios extensivos y las provisiones. Asignar al personal designado, contratar proveedores provenientes de la comunidad y garantizar que todos han sido entrenados (las sustituciones o los nuevos proveedores y voluntarios deben recibir una rápida formación profesional en el sitio). Algunos refugiados pueden ser profesionales de la salud y aportar sus conocimientos para el cuidado de otros refugiados, proporcionando así una ayuda extra en casos de escasez. Establecer actividades para la formación a largo plazo y garantizar que son suficientemente flexibles para los cambios que podrían ocurrir en situaciones de crisis.

Los puntos de entrega originales pueden haber sido destruidos o dejados en pésimas condiciones. Los refugiados/PDI (tanto en campamentos como dispersos dentro de una comunidad) tendrán necesidades de SR/PF, sin embargo, la prestación de servicios puede ser más difícil de lo previsto. En algunas situaciones, los servicios móviles de salud podrían ser la única manera de distribuir anticonceptivos y otros servicios de salud reproductiva a la población afectada. Antes de tomar decisiones sobre la ubicación y el calendario de servicios en los centros de salud hay que incluir a los líderes religiosos y sociales de la comunidad, a las parteras tradicionales y a las organizaciones de mujeres. Los refugiados/PDI y la comunidad de acogida también deberán ayudar a determinar los niveles de privacidad y confidencialidad para garantizar el máximo uso y la seguridad de los clientes (ya que podría haber un aumento en la incidencia de violencia de género).

## Suministros sostenibles de SR y de PF

Si la evaluación de las necesidades requiere de una actualización, o no se realizó antes de la crisis, la demanda de servicios anticonceptivos puede estimarse mediante las siguientes actividades:

- Evaluar las actitudes y el conocimiento de los proveedores provenientes de la población de refugiados, incluyendo anticonceptivos que impliquen métodos tradicionales
- Reunir información sobre la tasa de prevalencia anticonceptiva en las comunidades afectadas (por ejemplo, de donde provienen, qué anticonceptivos fueron disponibles para ellas previamente) a través de fuentes tales como la OMS y el FNUAP.
- Las estadísticas de la IPPF sobre servicios pueden ser utilizados para estimar la demanda de servicios anticonceptivos en las comunidades afectadas.

Entregar suministros de material apropiado para la etapa de crisis, solicitar la sustitución de provisiones y asegurar de que la cadena de abastecimiento funciona bien. Coordinar Equipos de respuesta rápida y proveedores regionales con los programas nacionales y locales para:

- Asegurar la calidad de los productos, incluyendo unas pautas para la donación de medicamentos <http://www.medsafe.govt.nz/profs/Rlss/donations.asp>
- Entregar los suministros de material apropiado para todos los servicios previstos durante la fase de crisis y asegurar que pueden mantenerse los suministros necesarios (tales como la IEC) durante la fase de estabilización. Los kits de MIPS deben estar preparados o ser fácilmente obtenibles
- Comprobar la disponibilidad y continuidad de provisiones sostenibles de anticonceptivos dentro del país. Dependiendo de la magnitud de la crisis, podría ser necesario adquirir los contenidos de los kits de SR/PF de otros proveedores más lejanos.

### Mantenimiento de registros

El seguimiento periódico y la supervisión de los clientes junto con la evaluación global de la prestación de servicios son esenciales para comprobar los progresos de los clientes y mantener el control de la logística y de los recursos humanos.

## Durante la fase de estabilización - servicios de planificación familiar comprensivos

Durante la segunda fase de estabilización, las AMs deben continuar con los procedimientos dirigidos para la fase de crisis y entregar tantos servicios adicionales de PF como sea posible, de acuerdo con las necesidades y la evaluación de los recursos, la disponibilidad de productos y las habilidades de los proveedores. Esto debe ser consistente con el seguimiento realizado en el país de origen (por ejemplo, podría ser que no existiese la voluntad o la capacidad para tratar mediante implantes subdérmicos en el país de origen) y cuando sea posible estar asociado y/o integrados con otros servicios.

- Los métodos incluyen: los DIU, los implantes hormonales anticonceptivos y el control de la fertilidad natural incluido el método de amenorrea de la lactancia (MELA)
- Utilizar tantos establecimientos como sea posible (como los servicios extensivos, centros de salud y servicios de salud móviles) con especial atención para poder llegar a los refugiados/PDI dispersados dentro de la comunidad de acogida
- Servir a tantos grupos de población como sea posible (incluyendo a mujeres, hombres y jóvenes) según las necesidades
- Asociarse cuando sea posible con el conjunto de servicios de salud reproductiva y sexual, incluyendo: el aborto seguro de acuerdo con las leyes del país, un mejor acceso a la anticoncepción de emergencia, la atención después del aborto, la prevención de las ITS y el VIH, el tratamiento y el asesoramiento, la mutilación genital femenina (MGF) y la atención o remisión sobre la fistula
- Organizar el sistema de gestión logística (adquisiciones, almacenamiento, transporte, inventario y distribución) para

garantizar un abastecimiento consistente y sostenible

- Asegurar una adecuada evaluación y mantenimiento de registros ya que será crucial para el seguimiento de los clientes y para garantizar el control y el mantenimiento de los recursos
- Durante la primera fase, la evaluación deberá realizarse a diario y semanal o mensualmente durante la segunda fase de estabilización con el objetivo de identificar los éxitos, fracasos y retos y para refinar los planes para futuras crisis
- Reponer los suministros, ya que los recursos materiales se agotan rápidamente y deben ser reemplazados lo antes posible
- Informar y proporcionar sugerencias sobre los esfuerzos realizados a las Oficinas Regionales y Nacionales de la IPPF, la comunidad local, las estructuras de coordinación nacional e internacional y los medios de comunicación. Esto es vital a corto plazo para difundir información sobre las necesidades de los clientes durante una crisis y la calidad de la respuesta de las AM; y a largo plazo como futura referencia para identificar las medidas adecuadas y aumentar la concienciación sobre los problemas específicos que genera una crisis.

**Federación Internacional de Planificación Familiar**  
**4 Newham's Row, London, SE1 3UZ, UK**

**Teléfono:** +44 (0)20 7939 8200

**Fax:** +44 (0)20 7939 8300

Correo electrónico: [info@ippf.org](mailto:info@ippf.org)

Página Web: [www.ippf.org](http://www.ippf.org)

Final EDIT PHPD\_MNH

Final EDIT PDHD\_SRH

**Referencias**

1. International Agency Emergency Health Kit, 2006. [http://www.who.int/medicines/publications/WEB\\_IIEHK\\_EN.pdf](http://www.who.int/medicines/publications/WEB_IIEHK_EN.pdf)
2. [http://www.rhrc.org/pdf/fs\\_misp.pdf](http://www.rhrc.org/pdf/fs_misp.pdf)
3. <http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/9D2706FB-8A2A-4C09-AA31-5E2CAFDD549D/0/StrategicFramework.pdf>
4. Kissinger P, Schmidt N, Sanders C, Liddon N. The effect of the hurricane Katrina disaster on sexual behavior and access to reproductive care for young women in New Orleans. *Sex Transm Dis.* 2007;**34**:883-6.

## Hemorragia posparto: prevención y tratamiento en contextos con escasos recursos

Jessica E Morris, Carrine Myer, Suellen Miller

### Alcance del problema

La Tasa de mortalidad materna (TMM) es el índice con mayor disparidad entre países desarrollados y países en vías de desarrollo. De las más de 500,000 defunciones maternas y millones de discapacidades registradas en 2005, el 99 por ciento se produjeron en países en vías de desarrollo y más de la mitad de los casos en el África Subsahariana.<sup>1</sup>

Las desigualdades socio-económicas, culturales y de género conducen a retrasos mortales, principalmente para aquellas mujeres que llevan a cabo el parto en casa con la ayuda de asistentes no cualificados. Estos retrasos explican las disparidades entre las tasas de mortalidad materna entre países con altos y bajos recursos y entre ricos y pobres dentro de los países. Entre los muchos obstáculos para una maternidad segura están los sistemas de salud pública deficientes, los medios de transporte poco fiables o ausente y las creencias locales que contrastan con la práctica basada en la evidencia. Las mujeres pueden tener también un acceso limitado a la planificación familiar, a los servicios de aborto seguro, a la atención prenatal o a parteras especializadas. La alta prevalencia de desnutrición y de retraso en el crecimiento, de anemia y de enfermedades parasitarias como la malaria, exacerba estas condiciones y complica aún más el embarazo.

Las complicaciones durante el embarazo y el nacimiento pueden ocurrirle a cualquier mujer. Sin una partera cualificada, entrenada para identificar posibles complicaciones antes de que sean potencialmente mortales, las mujeres en el parto se enfrentan a la posibilidad de hemorragias graves, sepsis, eclampsia y parto obstruido. De estas causas directas de mortalidad materna, la hemorragia posparto (HPP) es la principal causa de muerte (generalmente debida a una atonía uterina). Sin un tratamiento inmediato, la HPP puede llevar rápidamente al choque y a la muerte. En la etiología de la hemorragia obstétrica también se incluyen: las laceraciones genitales, el desprendimiento de la placenta, la placenta previa, la ruptura uterina, los embarazos ectópicos y los abortos no seguros.

Pese a estos desafíos contra una maternidad segura, es posible la prevención y el tratamiento de las HPP en contextos con bajos recursos.

### Tratamiento de la anemia

La anemia durante el embarazo es definida como un recuento de hemoglobina por debajo de 11 g/dL.<sup>2</sup> La anemia afecta a la mayoría de las mujeres embarazadas de los países en vías de desarrollo, con tasas tan altas como del 89 por ciento en India.<sup>3</sup> Enfermedades parasitarias como la malaria y el anquilostoma exacerban la anemia debido a una nutrición limitada. Las mujeres anémicas son particularmente vulnerables a la morbilidad y mortalidad asociadas con la hemorragia debido a que no pueden tolerar incluso una pérdida moderada de sangre. La detección y el tratamiento de la anemia son esenciales.

La evaluación clínica de la esclerótica, los labios, la lengua, las encías y la base de las uñas es más sensible para detectar una anemia severa que la anemia leve o moderada. Existen dos métodos simples y económicos de pruebas para el diagnóstico de la anemia que pueden ser utilizados por los proveedores de salud en los países en vías de desarrollo: una escala de color y una prueba de sulfato de cobre.<sup>4</sup> Los trabajadores de la salud pueden ser entrenados para realizar estas pruebas e interpretar sus resultados con rapidez. Debido a la alta prevalencia de la anemia en contextos en los que existen recursos limitados, se recomienda el tratamiento con hierro y ácido fólico para todas las mujeres embarazadas. Los estudios sobre el impacto del hierro y del ácido fólico sobre la morbilidad y mortalidad maternas no son concluyentes, sin embargo existe evidencia de que los programas de suplementos de micronutrientes reducen la anemia.<sup>5</sup>

### Provisión de asistencia cualificada durante el nacimiento

Las parteras cualificadas son profesionales de la salud entrenados para manejar embarazos, partos y pospartos sin complicaciones, reconocer los signos tempranos de complicaciones y llevar a cabo maniobras salvavidas. Las TMR están directamente asociadas con la especialización de los asistentes de parto. Los países con las TMR más bajas informan de más de un 98 por ciento de asistencia por parte de las parteras cualificadas; los países con altas TMR informan de menos de un 60 por ciento de esta asistencia.<sup>6</sup> Deben reclutarse y entrenarse más parteras: se estima que en 2006 no más del 40 por ciento de los nacimientos en países desarrollados fueron atendidos por una partera cualificada, con algunas tasas tan bajas como del 10 por ciento.<sup>7</sup>

### Aplicación del Manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP)

El MATEP es definido como la administración de fármacos uterotónicos en el momento del nacimiento del bebé o dentro de un minuto después del nacimiento, la expulsión de la placenta por tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino. El MATEP reduce tanto la incidencia de la HPP como la necesidad de fármacos uterotónicos adicionales, fluidos intravenosos, transfusiones de sangre y cirugía.<sup>8</sup> No existe un consenso sobre la correcta aplicación del MATEP, la eficacia de la aplicación del MATEP sin uterotónicos y sobre la capacidad de proveedores no cualificados para aplicar las medidas. A pesar de este desacuerdo, el MATEP disminuye la incidencia de la HPP en ensayos clínicos

aleatorios y ha sido recomendado para todas las mujeres en el momento del parto.<sup>9, 10</sup>

El uso de profilácticos uterotónicos, especialmente la oxitocina, pueden reducir significativamente la HPP;<sup>11</sup> sin embargo, existen varias barreras contra el uso universal de la oxitocina, ya que requiere la refrigeración y una capacidad para administrar la inyección de forma segura. Otro eficaz agente uterotónico es el misoprostol oral, un análogo de la prostaglandina E1 que estimula las contracciones uterinas; es fácil de almacenar, estable al calor, de bajo coste y fácil de administrar. En un estudio aleatorio y controlado mediante placebo llevado a cabo por enfermeras matronas auxiliares que asistieron partos en los hogares, el misoprostol oral profiláctico redujo la HPP en un 50 por ciento más que el placebo.<sup>9</sup>

### Identificación temprana de la HPP

Uno de los métodos de identificación temprana de sangrado excesivo es un paño de colección de pérdida de sangre: un dispositivo de plástico calibrado que es colocado debajo de las nalgas de la mujer después del parto. Los paños de colección de pérdida de sangre son más precisos para evaluar la hemorragia que la estimación visual.<sup>12</sup> Sin embargo, el entrenamiento en técnicas visuales de estimación mejora la precisión.<sup>13</sup> Una investigación en Tanzania encontró que se puede utilizar un *kanga* (un trozo de tela de algodón de tamaño estándar) para detectar la HPP con precisión. Las parteras tradicionales fueron entrenadas para interpretar dos *kangas* empapados en sangre (500ml) como una hemorragia que requeriría su remisión.<sup>14</sup> Este método es apropiado para la comunidad, de bajo coste, fácilmente comprensible y puede adaptarse a otras telas que son utilizadas tradicionalmente en la mayoría de contextos con bajos recursos.

### Tratamiento de la HPP

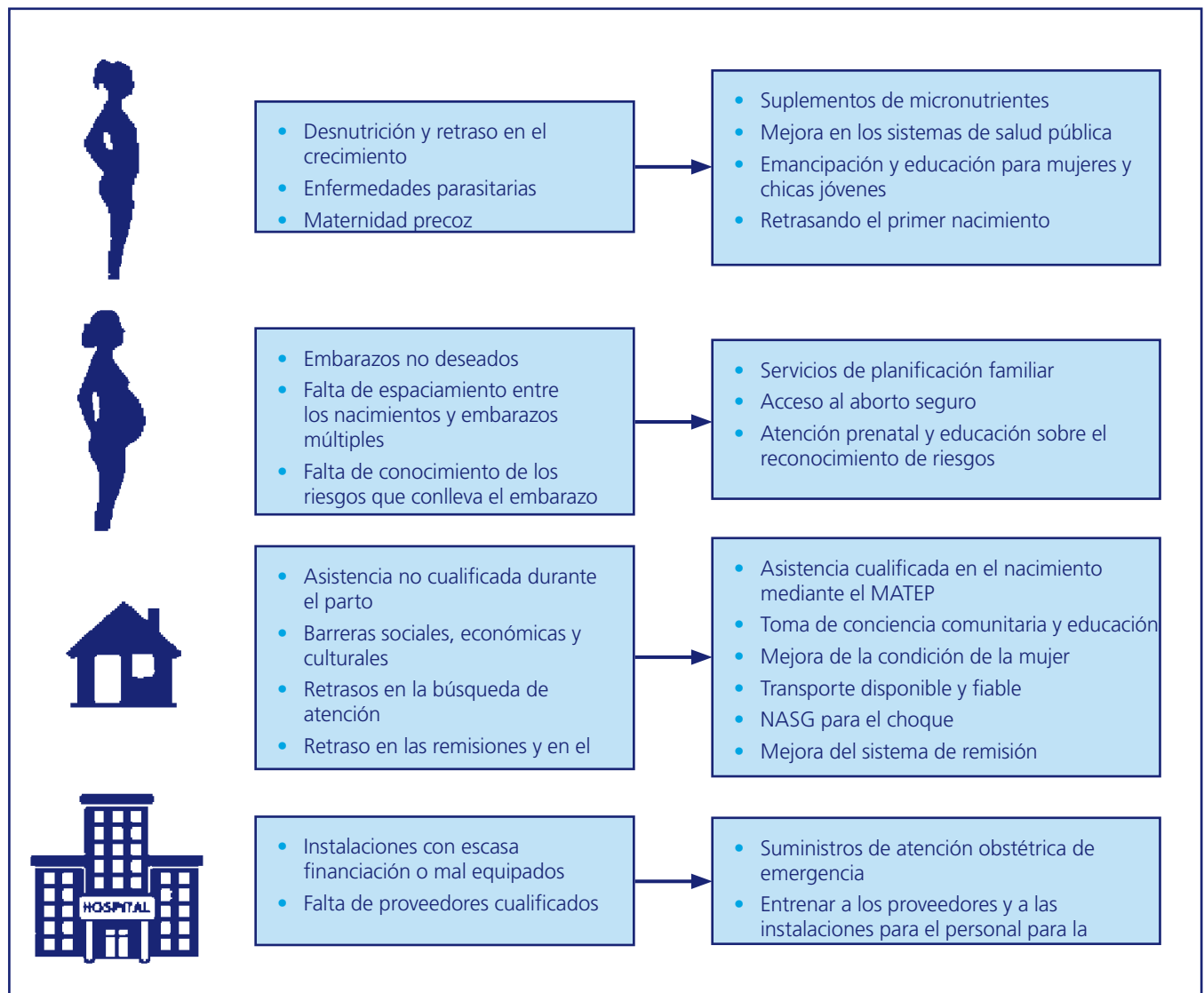
La oxitocina y metergina son eficaces para el tratamiento de la HPP cuando son administrados en el hospital por vía parenteral. El misoprostol oral puede ser fácilmente utilizado en el hogar o en la comunidad, donde no se dispone de refrigeración o de inyecciones seguras. Existe evidencia basada en la comunidad de que las parteras tradicionales pueden utilizarlo con un mínimo de entrenamiento, reduciéndose así la necesidad de remisiones o de tratamiento intravenoso.<sup>15</sup>

Dado que el intervalo entre la aparición de la hemorragia y la muerte puede ser tan corto como de dos horas para la atonía uterina, la rápida comunicación y el transporte a hospitales de nivel terciario es primordial. El número de defunciones maternas puede reducirse a nivel de cada aldea mediante la introducción de equipos de comunicación simples (tales como walkie-talkies, radios o teléfonos móviles) y asegurar el transporte sin retrasos de manera gratuita o a un bajo coste.<sup>16</sup>

El traje no neumático antichoque es un dispositivo de primeros auxilios que puede ser utilizado antes, durante y después del transporte al hospital mientras se espera para recibir un tratamiento definitivo. El traje articulado de neopreno y *velcro* aplica una contra presión circunferencial en la zona inferior del cuerpo, haciendo que la sangre pase desde las extremidades a los órganos vitales principales. Los resultados se muestran prometedores para la conseguir la estabilización de mujeres que presentan un choque hipovolémico secundario a la hemorragia.<sup>17, 18</sup>

Estas estrategias y tecnologías son más eficaces como un paquete o "Modelo de atención continua", en el cual se destaca: la planificación contra las posibles complicaciones durante el

Figura. Hemorragia Posparto: factores de predisposición y posibles soluciones



nacimiento, la administración profiláctica de rutina de un agente uterotónico y/o el MATEP, un medio de evaluación estandarizado para la pérdida de sangre, la disponibilidad del traje y una sistematización de la comunicación, el transporte y el sistema de remisión.<sup>19</sup> Pathfinder International está aplicando actualmente un modelo de atención continua en varios estados de la India y de Nigeria.

A nivel del hospital de remisión, el conjunto de intervenciones recomendadas para el tratamiento definitivo de la HPP incluyen: los fármacos uterotónicos, la reposición de cristaloides mediante la fluidoterapia, la transfusión de sangre, la eliminación manual de la placenta retenida, las suturas de compresión uterinas y si fuera necesario, la histerectomía. Los hospitales deben actualizarse para ofrecer (sin coste alguno o demora) servicios quirúrgicos, de transfusión sanguínea y anestesia en cualquier momento. La actualización incluye el entrenamiento de los proveedores y la dotación de las instalaciones para el personal.

## Conclusión

La mortalidad materna es una crisis de salud pública para las mujeres en contextos con escasos recursos. Para asegurar una maternidad segura es esencial un enfoque interdisciplinario multifacético inclusivo. Las medidas preventivas tales como la educación y la alfabetización femenina, la emancipación de las mujeres y de las niñas y la mejora de su estado nutricional, el retraso de la maternidad precoz y la facilitación del acceso a los servicios de planificación familiar y de aborto seguro constituyen los principales retos. Las desigualdades de género generalizadas, que impiden a algunas mujeres el buscar y recibir atención, deben superarse mediante la toma de conciencia comunitaria y la educación y mediante la acción gubernamental. A estas intervenciones más generales deben incluirse servicios para reducir los embarazos no deseados, mejorar el espaciamiento de los nacimientos y prestar atención prenatal centrada en la nutrición y en el reconocimiento del riesgo para la mujer, su familia y la comunidad (ver figura)

La mortalidad materna esta a menudo en función directa con la calidad de atención de salud disponible,<sup>16</sup> y por lo tanto es vital la aplicación de estrategias y tecnologías basadas en la evidencia. La asistencia cualificada durante el nacimiento sigue siendo un elemento clave preventivo de la HPP y el entrenamiento de parteras de todos los niveles en el MATEP reduce la HPP. Una vez ha comenzado el sangrado, el diagnóstico y la respuesta inmediatas son imperativos. El reconocimiento exacto de la hemorragia debe ser seguido de un proceso para la remisión previamente identificado, que implique una rápida comunicación, transporte y manejo. Nuevas tecnologías como el pano de colección de pérdida de sangre, el misoprostol oral y el traje pueden ser aplicados útilmente.

Deben hacerse inversiones significativas para suministrar a todos las instalaciones con el personal, los servicios y los suministros esenciales. Las pautas nacionales y los programas curriculares de formación pueden ayudar a los clínicos en contextos con escasos recursos. La asistencia económica podría asegurar la provisión de suministros y de equipo y financiar más investigación en nuevas

tecnologías de bajo coste y de alto impacto. Las soluciones clínicas deben acompañar a los cambios en la infraestructura y desafiar aquellas culturas y costumbres locales que pongan en riesgo a las mujeres embarazadas o en el momento del parto. El número de defunciones maternas debidas a la HPP puede reducirse mediante intervenciones prácticas y viables a nivel comunitario para su prevención y tratamiento.

Jessica E Morris, MA, Carrine Myer, MPH, y Suellen Miller, CNM, PhD, pertenecen al Programa de Maternidad Segura, Bixby Center for Global Reproductive Health, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Ciencias de la reproducción, Universidad de California en San Francisco (UCSF), San Francisco, Estados Unidos

## Referencias

1. WHO/UNICEF/UNFPA/TheWorldBank. Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. In; 2005.
2. Candio F, GJH. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy: RHL commentary. (last revised: 23 November 2007) 2007 [cited September 30, 2008]; Available from: [http://www.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/medical/anaemia/cfcom/en/](http://www.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/medical/anaemia/cfcom/en/)
3. Toteja GS, Singh P, Dhillon BS, et al. Prevalence of anaemia among pregnant women and adolescent girls in 16 districts of India. *Food Nutr Bull* 2006;**27**:311-5.
4. PATH. Anaemia detection in health services: guidelines for program managers. 1996 September 23, 2008 [cited; Available from: [http://www.path.org/files/TS\\_anaemia\\_stct\\_gdlns.pdf](http://www.path.org/files/TS_anaemia_stct_gdlns.pdf)
5. Kongnyuy E, van den Broek N. Effects of routine oral supplementation with or without folic acid for women during pregnancy: RHL commentary. WHO Reproductive Health Library. Geneva: World Health Organization, 2007.
6. Rogo K, Oucho J, Mwalali P. Chapter 16 Maternal mortality in disease and mortality in sub-Saharan Africa (2nd edition). Washington DC: World Bank, 2006.
7. UNFPA/ICM. Maternal Mortality Update 2006. Expectation and delivery: investing in midwives and others with midwifery skills. UNFPA/ICM, 2007.
8. Gulmezoglu AM, Villar J, Ngoc NT, et al. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet* 2001;**358**:689-95.
9. Derman RJ, Kodkany BS, Goudar SS, et al. Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006;**368**:1248-53.
10. ICM/FIGO. Joint Statement: Prevention and treatment of postpartum haemorrhage. New advances for low resource settings. ICM/FIGO, 2006.
11. Cotter A, Ness A, Tolosa J. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001; Issue 4. Art. No.: CD001808. DOI: 10.1002/14651858.CD001808. .
12. Patel A, Geller S., Goudar, S. A calibrated drape versus visual assessment for estimating postpartum haemorrhage. In: 132nd Annual Meeting of the American Public Health Association. Washington DC: APH, 2004.
13. Dildy GA, III, Paine AR, George NC, Velasco C. Estimating blood loss: can teaching significantly improve visual estimation? *Obstet Gynecol* 2004;**104**:601-6.
14. Prata N, Mbaruku G, Campbell M. Using the kanga to measure postpartum blood loss. *Int J Gynecol Obstet* 2005;**89**:49-50.
15. Prata N, Mbaruku G, Campbell M, Potts M, Vahidnia F. Controlling postpartum haemorrhage after home births in Tanzania. *Int J Gynecol Obstet* 2005;**90**:51-5.
16. Grieco M, Turner J. Maternal mortality: Africa's burden. Toolkit on gender, transport and maternal mortality. Vs4 -04-2005. 2005 [cited September 23, 2008]; Available from: <http://people.cornell.edu/pages/mg294/maternalmortality.html>
17. Miller S, Hamza S, Bray E, et al. First aid for obstetrical haemorrhage: the pilot Study of the non-pneumatic anti-shock garment (NASG) in Egypt. *Br J Obstet Gynaecol* 2006;**113**:424-9.
18. Miller S, Ojengbede A, Turan JM, Ojengbede O, Butrick E, Hensleigh P. Anti-shock garments for obstetric haemorrhage. *Curr Women's Health Rev* 2007;**3**:3-11.
19. Geller SE, Adams MG, Miller S. A continuum of care model for postpartum haemorrhage. *Int J Fertil Womens Med* 2007;**52**:97-105.