

---

# CARTAS AL EDITOR

---

## **Comentarios sobre el artículo: “Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California”, de Gonzaga-Soriano y colaboradores**

*Señor editor:* Aunque en los últimos años ha incrementado el número de publicaciones relacionadas con la mortalidad materna a nivel nacional e internacional, el artículo de Gonzaga-Soriano M. y cols. “Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California”,<sup>1</sup> publicado en enero de 2014, no toma en cuenta este hecho. Es inadmisibles por parte de los autores y de los revisores de su prestigiada revista que un artículo publicado en 2014 siga mencionando que el total de muertes maternas en el mundo sea superior a medio millón. Desde abril de 2010, Hogan y cols.<sup>2</sup> publicaron que el total de muertes maternas en el mundo se encontraba por debajo de esa cifra. A partir de esa fecha, al menos cuatro publicaciones más, dos de ellas de la OMS,<sup>3-6</sup> establecen que el total de defunciones maternas en el mundo no superaba las 350 000 para 2010. De hecho, el debate a nivel mundial no es sobre la magnitud del problema sino sobre la velocidad del descenso, la definición de las metas post 2015 y el seguimiento de 68 países con elevada mortalidad materna o infantil.<sup>7</sup>

Por otro lado, el mismo artículo alude al control prenatal como una forma de prevenir las muertes maternas; al respecto observamos dos problemas: a) al momento de operacionalizar la variable, únicamente se considera el número de consultas, argumentando que es la definición de la OMS pero con ello ignorando su contenido, y b) no se hace ninguna comparación que les permita afirmar que existe alguna asociación entre la intervención y el resultado en salud. Es importante recordar que la descripción de una “serie de casos” no permite generar conclusiones sobre asociación y menos dar explicaciones causales. De hecho, nos resultó muy extraño ver publicada una “serie de casos” en una revista de salud pública, en la que por lo regular lo que más interesa es el uso de denominadores apropiados. Vale la pena mencionar que la misma OMS advierte que al recibir atención prenatal durante el embarazo no se garantiza la recepción de las intervenciones que son eficaces en la mejora de la salud materna: “...al recibir atención prenatal al menos cuatro veces, se aumenta la probabilidad de recibir las intervenciones de salud materna eficaces durante las consultas prenatales”.<sup>8</sup> Por esa razón no se puede ignorar si la primera consulta se otorgó en el primer trimestre del embarazo y que al menos cada visita a la unidad médica incluía la atención apropiada a la condición general y a

la etapa del embarazo, por ejemplo: identificación de las condiciones de salud preexistentes (comprobar peso y estado de nutrición, anemia, hipertensión, sífilis, VIH), detección precoz de las complicaciones que surgen durante el embarazo (verificación de preeclampsia, diabetes gestacional), promoción de la salud y prevención de enfermedades (vacuna contra el tétanos, prevención y tratamiento del VIH, consejos de nutrición, suplementos de micronutrientes, consejería en planificación familiar), y preparación y anticipación a complicaciones durante el parto y el puerperio.<sup>9</sup>

Este tipo de ejercicios –a manera de auditoría de muertes maternas– son útiles pues permiten comparar los resultados de un estudio de muertes hospitalarias con las estadísticas vitales. Empleando el número de nacidos vivos recolectado por el Sistema de Registro del Certificado de Nacimiento (Sinac), se observa que de 2008 a 2012 sucedieron 53 897 nacimientos en los hospitales estudiados, lo que representa 39% del total de nacimientos del municipio de Tijuana. Lo interesante es que la razón de muertes maternas (RMM) hospitalaria que debió publicar el estudio para el periodo 2008-2012 es de 39 por 100 000 nacidos vivos y la RMM que deriva de las estadísticas vitales es de 37.1 por 100 000; de hecho, la diferencia es de sólo una muerte, aunque éstas no se distribuyen igual

por edad, año de ocurrencia y causa básica. En este contraste detallado radica la utilidad del ejercicio de revisión de casos. Este tipo de ejercicios también son útiles porque permiten identificar muertes relacionadas con el embarazo (no obstétricas, 16%) y la fase del embarazo, parto o puerperio en la que sucedieron. Llama la atención que casi dos de cada tres muertes maternas suceden en el puerperio mediato o tardío. Hubiera sido deseable saber si esas mujeres fueron dadas de alta y regresaron con una complicación agravada o se quedaron hospitalizadas después del parto y su alta fue por defunción. Éstas son dos condiciones distintas que permiten evaluar el seguimiento del puerperio que, por norma, consta de tres consultas para cualquier prestador de servicios. Lo mismo sucede con cinco defunciones que, por los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, se clasifican como muertes maternas tardías, ya que sucedieron después de los 42 días posteriores al parto, pero antes de un año de posparto, y que dejan de ser motivo de alta preocupación para el sistema de salud.

En Tijuana como en el resto del país, las mujeres derechohabientes optan en ocasiones por atender su parto en una unidad médica privada. Según el Sinac,<sup>10</sup> en Tijuana, en 2012, uno de cada diez partos de mujeres con derecho al IMSS acudió a una unidad privada. El problema es que en lugar de acudir a las grandes unidades del IMSS, la atención del parto se dispersa en 95 unidades médicas privadas, de las cuales nueve concentran la mitad de los partos y en 84 se distribuye el resto. Esta gran cantidad de proveedores de servicios necesitan de una mayor vigilancia y regulación, pues aunque el estudio sólo destaca dos resultados letales, deben existir muchas más complicaciones atendidas que debieran ser reportadas.

Dado que el tema central del artículo es la consulta prenatal, es

conveniente destacar dos hallazgos en la serie de casos que debieron ser contrastados: a) el promedio de consultas prenatales reportado en mujeres que fallecieron es de 3.8, mientras que el Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) a nivel nacional reportó, para 2011,<sup>11</sup> que sólo en tres de cada cuatro defunciones se sabía si había existido atención prenatal y que del resto, el promedio de consultas recibidas fue de 3.4. Esta cifra varía según el lugar de atención del parto, la derechohabencia y la entidad federativa. Por ejemplo, quienes fallecieron por causa materna y se atendieron en el sector privado recibieron 4.2 consultas en promedio, en contraste con las que tuvieron su parto en la seguridad social con 3.9; en la Secretaría de Salud con 3.2, y fuera del sistema de salud con 3.1; y b) el estudio arroja que 23% de las mujeres que fallecieron en los dos hospitales del IMSS de Tijuana no recibió atención prenatal, cifra que es superior a lo que reporta el OMM. A nivel nacional, 15% de los casos de muerte materna no recibió atención prenatal, y de las que se atendieron en la seguridad social, 11% no la recibió.

Con base en lo anterior, se puede discutir con mucho más conocimiento si los problemas que enfrentan estas unidades del IMSS en Tijuana están asociados con la ausencia de control prenatal, con la calidad de este servicio, con la falta de seguimiento de las mujeres en el puerperio, con el manejo continuo de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, o con la combinación de todos ellos. La combinación de una perspectiva clínica y epidemiológica, así como la comparación de diversas fuentes de datos, no sólo ayuda a entender mejor el problema, sino que posibilita proponer acciones concretas para corregir fallas del modelo de atención.

Rafael Lozano, M en C.<sup>(1)</sup>  
 rafael.lozano@insp.mx

<sup>(1)</sup> Instituto Nacional de Salud Pública

## Referencias

1. Gonzaga-Soriano MR, Zonana-Nacach A, Anzaldo-Campos MC, Olazarán-Gutiérrez A. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California: Salud Publica Mex 2014;56:32-39.
2. Hogan M, Foreman K, Naghavi M, Ahn S, Wang M, Makela S, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. Lancet 2010;375:1609-1623.
3. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Geneva: WHO, 2010 [consultado en enero de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>
4. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Trends in Maternal mortality: 1990 to 2010. Geneva: WHO, 2010 [consultado en enero de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/index.html>
5. Lozano R, Wang H, Foreman KJ, Rajaratnam JK, Naghavi M, Marcus JR, et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. Lancet 2011;378:1139-1165.
6. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012;380:2095-3018.
7. Hsu J, Pitt C, Greco J, Berman P, Mills A. Countdown to 2015> changes in official development assistance to maternal, newborn, and child health in 2009-2010, and assessment of progress since 2003. Lancet 2012;380:1157-1168.
8. OMS. Antenatal care definition [consultado en febrero de 2014]. Disponible en: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Metadata.aspx?IndicatorId=0&SeriesId=7629>.
9. Secretaría de Salud. Proyecto de norma oficial mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. México: DOF, 5 de noviembre de 2012 [consultado en enero de 2014] Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5276550&fecha=05/11/2012](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5276550&fecha=05/11/2012).
10. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de Certificado de Nacimiento-Nacimientos ocurridos 2012 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais) [México]: Secretaría de Salud [consultado en enero de 2014]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx>.
11. Observatorio de Mortalidad Materna en México. Indicadores 2011. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5Ñ Avances en México. México [consultado en enero de 2014]. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Indicadores%202011%20%2829%20de%20julio%29.pdf>.

## Respuesta de los autores

Apreciamos los comentarios adicionales que se plantean. Corregimos que el número anual de muertes maternas en el mundo se ha reducido en 34% entre 1990 y 2008, de aproximadamente 546 000 a 358 000 muertes maternas. Aunque la razón de mortalidad materna (RMM) estimada a nivel mundial entre 1990-2008 fue 2.3%, inferior al necesario para cumplir con la meta de la cumbre del milenio, ésta ha disminuido mucho más rápido de lo esperado. Sin embargo, en México el descenso de la RMM en los últimos años, en comparación con otros países, ha sido más lento.

En nuestro estudio el objetivo es muy claro: “describir” y no “asociar”, como se comenta en la carta al editor, la atención médica prenatal recibida en mujeres con mortalidad materna (MM). La atención prenatal es uno de los “cuatro pilares” de la maternidad sin riesgo. Los otros tres son la planificación familiar, el parto limpio/seguro y la atención obstétrica esencial. El paquete se diseñó para garantizar que las mujeres sean capaces de cursar con seguridad su embarazo y parto, y tener hijos sanos, es decir, evitar la muerte materna y la mortalidad perinatal e infantil.

Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables a la salud materno-fetal, es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura. Precoz indica que debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo. En nuestro estudio, solamente 16 de 44 (36%) de las mujeres iniciaron su atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo. Periódico, para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal, ya que es necesario que la mujer asista a sus

consultas programadas de manera periódica; 28 de las 44 (64%) mujeres asistieron a sus consultas de atención prenatal en el último mes de embarazo. Aunque no evaluamos si las consultas prenatales fueron completas en el contenido de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional, sí lo hizo el Comité de Mortalidad Materna, el cual considera (se comenta en la discusión) que 15 de las 19 muertes maternas obstétricas directas pudieron ser potencialmente previsibles. Se han realizado estudios para racionalizar el contenido, la frecuencia y la aplicación de la atención prenatal, sin embargo, no hay pruebas suficientes para llegar a una conclusión firme acerca de la efectividad de la atención prenatal en la reducción de la mortalidad materna. Son necesarios ensayos clínicos controlados aleatorizados como los que se han realizado con los suplementos nutricionales durante el embarazo. En nuestro estudio se encontró una mortalidad infantil de 46 por ciento. Hay estudios que han mostrado un probable aumento del riesgo de muerte fetal entre las 32 y 36 semanas de gestación, lo cual podría deberse a la reducción del número de visitas de atención prenatal.<sup>1,2</sup>

La mayor parte de la mortalidad materna se presentó durante el parto y el puerperio inmediato (básicamente 2-3 días en torno al nacimiento). Asimismo, hubo varias muertes maternas en el puerperio mediato o tardío y principalmente fueron muertes obstétricas indirectas (9 de 11 muertes maternas) asociadas con enfermedades existentes antes del embarazo como lupus eritematoso sistémico, quiste coloidal tercer ventrículo, diabetes mellitus, astrocitoma y meningitis, o posteriores

al parto como polimiositis, arritmia ventricular, hemorragia cerebral dos meses posterior al parto y pancreatitis hemorrágica aguda.

La mortalidad materna se ha reducido con relativa rapidez en los últimos 50 años. Esta disminución ha sucedido casi al mismo tiempo en que se ha presentado una serie de cambios muy importantes, por lo que es difícil identificar el principal impulsor de este descenso. Estos cambios incluyen disminución de las tasas de fecundidad y de las enfermedades infecciosas, aumento en el acceso a la atención que brindan las parteras y los servicios de maternidad, acceso a la atención obstétrica de emergencia, aumento de los partos institucionales, desarrollo de nuevos medicamentos como los antibióticos y los oxitócicos, aumento del nivel educativo de la madre y, por supuesto, aumento en el acceso a la cobertura de atención prenatal. Todos estos elementos han contribuido de alguna manera en la reducción del número total de muertes maternas.

Dr. Abraham Zonana-Nacach.<sup>(1)</sup>  
abraham.zonana@imss.gob.mx

<sup>(1)</sup> Unidad de Investigación Clínica y Epidemiología,  
Hospital General Regional Núm 20.  
Instituto Mexicano del Seguro Social.  
Tijuana, Baja California, México

## Referencias

1. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2010:CD000934.
2. Vogel JP, Ndema HA, Souza JP, Gülmezoglu MA, Dowswell T, Carroli G, et al. Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO Antenatal Care Trial. *Reprod Health* 2013;10:19.