

## Anticoncepción posterior a un evento obstétrico. Una estrategia de reducción de muerte materna y morbilidad materna grave

Dra. Mireya González Blanco

Directora/Editora

La mortalidad materna (MM) es un importante problema de salud pública en muchos países en desarrollo, particularmente en Venezuela, donde, no solo no se pudo alcanzar la meta del milenio propuesta para 2015, sino que el país está lejos de alcanzar la meta de desarrollo sostenible de lograr que la razón de MM esté por debajo de 70 por 100 000 nacidos vivos registrados para 2030. La verdad, parece que 2030 está muy lejos, y aún hay tiempo. Igual se pensó en relación a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y llegó la fecha y Venezuela estuvo, realmente, muy lejos de alcanzarlo. Además, mientras llega el 2030, ¿quién responde por las mujeres fallecidas por causas injustificadas?; no hay que perder de vista la máxima que dice: ninguna mujer debería morir por estar embarazada. El problema se agrava porque en el país, no solo no se logra bajar las cifras, estas aumentan en forma alarmante, con toda seguridad, como consecuencia de la crisis que vive el sector salud. A esto se le suma el hecho de que, en realidad, las cifras oficiales no existen o no están disponibles: no se sabe, oficialmente, cuántas mujeres fallecen por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, y tampoco se sabe cuál es el número de nacidos vivos registrados que hay en el país. Todos los números que se manejan son producto de la extrapolación de casos referidos por uno u otro centro, lo cual hace pensar que probablemente el problema sea aún mayor de lo que se piensa.

A esta situación de la MM hay que sumarle la morbilidad materna grave (MMG) y las complicaciones potencialmente fatales (CPF) relacionadas con el proceso reproductivo. Las llamadas *near miss*, casi

muertas o casi perdidas. Es un término dramático que revela la magnitud del problema. Son mujeres que no fallecieron pero que estuvieron severamente enfermas, lo cual generó una enorme cantidad de tiempo perdido, familias afectadas por la falta de la madre y, en muchos casos, por la presencia de una madre con secuelas más o menos graves, de una situación que, definitivamente, se podría haber prevenido.

En el abordaje del estudio de la MM y de la MMG, se han aplicado varios modelos. El modelo de las tres demoras, presentado por Thadeus y Maine (1) resulta particularmente útil por cuanto permite la evaluación de los determinantes sociales de la muerte materna, ya que inicialmente fue propuesto para ello, pero hoy en día se extiende también al estudio de la MMG y la CPF. Posteriormente, el modelo ha sido modificado y se ha agregado una nueva demora: el acceso a la planificación familiar, la necesidad de planificación familiar insatisfecha. Según este nuevo modelo, la primera demora está en el acceso a anticoncepción, la segunda demora en el reconocimiento de los signos de alarma, la tercera demora en el traslado al centro asistencial y la cuarta demora, en la atención en el establecimiento sanitario.

Esto está en conexión con el hecho de que uno de los principales aspectos relacionados con las MM y la MME son los embarazos no deseados y los abortos inseguros. Reducir la tasa de embarazos no planificados es, sin lugar a dudas, la medida más efectiva para reducir la MM, la MMG y las CPF. De ahí que la anticoncepción no deba verse como una agenda independiente de la

reducción de la MM o de la promoción de los derechos humanos de las mujeres y la equidad de géneros (2). Ello permite el abordaje del problema desde una perspectiva anticipatoria, en consonancia por lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (3).

Siguiendo estos lineamientos, la OPS organizó un taller de Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico (AIPE) y Aspiración Manual Endouterina (AMEU) que forma parte del plan nacional de reducción de morbilidad grave y mortalidad materna y neonatal en Venezuela (4).

La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (SOGV), siempre en defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, y consciente de la importancia de trabajar para evitar embarazos no deseados, con el fin último de la prevención de las muertes maternas y de la MMG, participó en este evento, junto a otras organizaciones, tales como el Centro Latinoamericano de Perinatología y Salud de la Mujer (CLAP/SMR), y la organización mundial IPAS de Bolivia y México.

Los representantes por la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela fueron la Dra. Judith Toro, el Dr. Williams Sánchez, ambos expresidentes de la SOGV, la Dra. María Mercedes Pérez y el Dr. Jairo Fuenmayor, ambos miembros de la Junta Directiva actual.

Se trató de una capacitación a cerca de 60 capacitadores, especialistas en obstetricia y ginecología, representantes de 27 hospitales priorizados, ubicados en 13 estados del país, quienes a su vez, deben replicar los conocimientos recibidos en los centros de salud en los que trabajan con el objetivo de multiplicar el número de especialistas preparados para aplicar la anticoncepción posterior al evento obstétrico, bien sea posparto, posaborto o poscesárea. La preparación incluyó la formación para la aplicación de dispositivos intrauterinos posaborto, posparto e intracesárea, la colocación de implantes anticonceptivos subdérmicos, especialmente para adolescentes en puerperio o posaborto y, también, información sobre la utilización sistemática de misoprostol y AMEU para el tratamiento de los abortos incompletos. La actividad abarcó charlas teóricas, trabajo de simulación con modelos anatómicos y, una vez aprobados los anteriores, prácticas en hospitales de Caracas. El plan prevé la atención de 190 000 mujeres en 13 estados del país (4).

En Venezuela, la utilización de los dispositivos intrauterinos después de un evento obstétrico tiene antecedentes importantes, infortunadamente, algunos de ellos, sin publicar. Alrededor del año 87, hubo una iniciativa en la que esta autora tuvo la oportunidad de participar, siendo residente. Los dispositivos intrauterinos tenían un diseño particular, en el que a la T de cobre se le adicionó una especie de lanceta hecha del mismo material catgut crómico de las suturas reabsorbibles, que permitía que el mismo se fijara en el fondo uterino. Esta iniciativa formaba parte de un proyecto que se desarrollaba en varios países, pero lamentablemente, no se publicó la experiencia en el país. Actualmente, se desarrollan en Caracas, por lo menos dos estudios que incluyen la aplicación de los DIU posparto.

Hay un Trabajo Especial de Grado, realizado en el año 1997, de Ozal y col. (5), en el cual se colocaron 70 DIU durante la cesárea, con excelentes resultados. También hay experiencias de colocación posaborto, un reporte de un caso presentado en 1973 (6), lamentablemente con fallecimiento de la paciente y un trabajo original realizado por Kizer y col. (7) en 1974. Posteriormente no hay más reportes hasta el año 2017, cuando se realizó una serie, publicada en esta revista en 2018 (8), en el que se evaluó la seguridad de la inserción posaborto.

Indiscutiblemente, el auge actual de la colocación de los DIU en relación con el evento obstétrico es respuesta a esta iniciativa de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud; muy importante en la reducción de los embarazos no deseados. La mujer egresa después de su parto, cesárea o aborto, con un método anticonceptivo efectivo, de larga duración, reversible, con excelente tolerancia y colocado siguiendo las pautas de la OMS/OPS.

Ojalá la iniciativa crezca, se extienda a todo el país y a todos los centros obstétricos y no solamente a los hospitales priorizados, y que la experiencia se dé a conocer a fin de estimular su aplicación, incluso, en centros privados.

## REFERENCIAS

1. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. *Soc Sci Med.* 1994; 38 (8): 1091-1110.

2. Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C, Salgado P, Szulik D, et al. Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. *Rev Panam Salud Pública* [En línea]. 2015 [Revisado febrero 2019]; 37 (4-5): 351- 359. Disponible en: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v37n4-5/v37n4-5a24.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v37n4-5/v37n4-5a24.pdf)
3. Organización Panamericana de la Salud [En línea]. Venezolanas reciben anticoncepción posparto; 2018 [Consultado febrero 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=531:venezolanas-reciben-anticoncepcion-posparto&Itemid=215&lang=es](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=531:venezolanas-reciben-anticoncepcion-posparto&Itemid=215&lang=es)
4. World Health Organization. Ginebra: Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health; 2011 [Consultado febrero 2019]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221\\_eng.pdf;jsessionid=F68C5F811BB97B13DF41C57E1355415B?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf;jsessionid=F68C5F811BB97B13DF41C57E1355415B?sequence=1)
5. Ozal N, Silva C. Dispositivo intrauterino: inserción transcesárea [Trabajo Especial de Grado]. Caracas (DC): Universidad Central de Venezuela; 1997.
6. Merchán D, Meinhardt S, Kizer S. Un caso de muerte en relación con la inserción de un dispositivo intrauterino post-aborto. *Rev Obst Ginecol Vzla.* 1973; 33 (3): 479.
7. Kizer S, Merchán D, Halfen A. Inserción de dispositivos intrauterino postaborto. *Rev Obst Ginecol Vzla.* 1974; 34 (1): 135.
8. González M, Fernández J. Dispositivo intrauterino T de cobre 380A: seguridad como método anticonceptivo en estado posaborto. *Rev Obst Ginecol Vzla.* 2018; 78 (3): 192-203.