



Reducir la mortalidad materna
en situaciones de crisis



Sumario

Introducción	4
Programas obstétricos de Médicos Sin Fronteras	5
El momento crítico: el parto	7
Causas de la muerte materna	8
Complicaciones en contextos de conflicto	9
Costa de Marfil	10
Afganistán	11
Somalia	12
Embarazo en el camino, lejos de casa	13
Kenia	14
República de Congo	15
Desastres naturales: Haití en primer plano	16
Sistemas de salud frágiles	19
República Centroafricana	20
Sudán del Sur	21
República Democrática del Congo	22
Pakistán	23
Cuando la emergencia es la mortalidad materna	25
Burundi	26
Nigeria	27



Reducir la mortalidad materna en situaciones de crisis

Cada día mueren aproximadamente 1.000 mujeres durante el parto o por complicaciones relacionadas con el embarazo¹. La muerte materna puede suceder en cualquier momento de la gestación, pero el parto es, por encima de todos, el momento más peligroso tanto para la madre como para el bebé. La inmensa mayoría de estas muertes pueden evitarse si se garantiza el acceso a atención obstétrica de urgencia.

La experiencia nos enseña que al menos el 15% de las mujeres embarazadas en todo el mundo se enfrenta a complicaciones que ponen en peligro sus vidas. En medio de un conflicto o una situación de crisis, las mujeres embarazadas son aún más vulnerables, bien porque los servicios de salud se colapsan, bien porque son insuficientes o inexistentes. Pero estas mujeres necesitan acceso a atención obstétrica de urgencia de calidad dondequiera que vivan, ya sea en una zona de conflicto, en un campo de refugiados o bajo una lona de plástico después de un terremoto.

De hecho, necesitan la misma ayuda que todas las mujeres embarazadas cuando surgen complicaciones, es decir, atención médica adecuada (personal sanitario cualificado, medicinas y equipamiento) para salvar sus vidas y las de sus bebés.

Médicos Sin Fronteras (MSF) da prioridad a la atención obstétrica de urgencia tanto en crisis humanitarias agudas como crónicas. Dentro de las actividades de emergencia de la organización, los equipos se esfuerzan por atajar las cinco causas principales de mortalidad materna: hemorragia, sepsis, aborto inseguro, trastorno hipertensivo o eclampsia y obstrucción del parto.

La prestación de atención obstétrica de urgencia está a la cabeza del trabajo de MSF en salud sexual y reproductiva. Los programas de la organización también incluyen otros servicios médicos específicos para la mujer, como atención prenatal y postnatal, planificación familiar, atención a víctimas de violencia sexual, tratamiento de fístulas, atención postaborto y prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo.

Este informe detalla el enfoque de MSF en la prestación de atención obstétrica de urgencia de calidad en cinco tipos de situaciones crisis:

- Conflictos
- Desplazamientos de población
- Sistemas de salud frágiles
- Desastres naturales
- Emergencia por mortalidad materna

Conflictos, desplazamientos, desastres naturales o el colapso de los sistemas sanitarios son situaciones a las que se enfrentan diariamente miles de pacientes de MSF en todo el mundo. Como médicos, no podemos atajar estas crisis, pero sí evitar que más mujeres mueran por su causa.

¹ Todos los datos estadísticos de este informe (excepto los de las actividades de MSF) tienen como fuente la Organización Mundial de la Salud (OMS), salvo que se indique lo contrario.

MSF presta atención obstétrica en cerca de 30 países.

En 2010 nuestros equipos asistieron 150.000 partos.

Programas obstétricos de Médicos Sin Fronteras*

- Afganistán
- Burundi
- Chad
- Colombia
- Etiopía
- Federación Rusa
- Guinea-Conakry
- Haití
- India
- Irak
- Kenia
- Liberia
- Malawi
- Níger
- Nigeria
- Pakistán
- Papúa Nueva Guinea
- República Centroafricana
- República del Congo
- República Democrática del Congo
- Sierra Leona
- Somalia
- Sudán
- Sudán del Sur
- Sri Lanka
- Uganda
- Yemen

Datos 2010 (proyectos con más de 100 partos anuales).





■ Federación Rusa

■ Irak

■ Afganistán

■ Pakistán

■ India

■ Sri Lanka

■ Chad

■ Sudán

■ Yemen

■ Etiopía

■ Somalia

■ Sudán del Sur

■ Uganda

■ Kenia

■ Burundi

■ República Democrática del Congo

■ Malawi

■ Papúa Nueva
Guinea

El momento crítico: el parto

La muerte materna² puede suceder en cualquier momento durante el embarazo o hasta los 42 días después de dar a luz, pero por encima de todos, el parto es el trance más peligroso tanto para la madre como para el bebé. La mayoría de las muertes maternas ocurren inmediatamente antes, durante o después del parto, a menudo debido a complicaciones que no pueden preverse. En ese momento crítico, la mujer necesita acceso a una atención obstétrica urgente de calidad, con profesionales sanitarios cualificados que puedan identificar las complicaciones, y que dispongan de los medicamentos y equipos necesarios para actuar a tiempo de salvar su vida y la de su bebé.

El enfoque de emergencia médica: atacar las cinco principales causas de muerte

Cuando se lanza una respuesta de emergencia a una crisis, MSF centra sus esfuerzos en actividades médicas dirigidas a las principales causas de mortalidad materna. Cerca del 80% de las muertes maternas se deben

estrictamente a complicaciones obstétricas que se pueden prevenir o tratar. Las cinco principales causas de muerte (hemorragia, sepsis, aborto inseguro, eclampsia y obstrucción del parto) suponen casi tres cuartas partes de todas las muertes maternas.

Con el objetivo de lograr el impacto más inmediato en la reducción de la mortalidad materna durante crisis humanitarias agudas y crónicas, MSF ha invertido significativamente en el desarrollo de capacidades técnicas y logísticas para prestar atención obstétrica de urgencia y atención neonatal. Estas acciones se llevan a cabo por parte de personal cualificado, como matronas, obstetras u otros médicos que se preparan para identificar y manejar a tiempo las complicaciones que puedan surgir.

MSF presta atención obstétrica vital mediante personal cualificado en:

Unidades básicas – Servicios que proporcionan medicación adecuada para tratar infecciones, eclampsias y hemorragias; extracción manual de la placenta y de productos retenidos, parto instrumental como la extracción con ventosas; y atención al recién nacido.

MSF también facilita atención de un nivel más alto en hospitales a los que pueden ser referidas las mujeres que lo necesitan:

Unidades integrales – Servicios que ofrecen todo lo anterior, además de cirugía (p.ej. cesáreas), transfusiones sanguíneas seguras y atención a recién nacidos enfermos o con bajo peso.

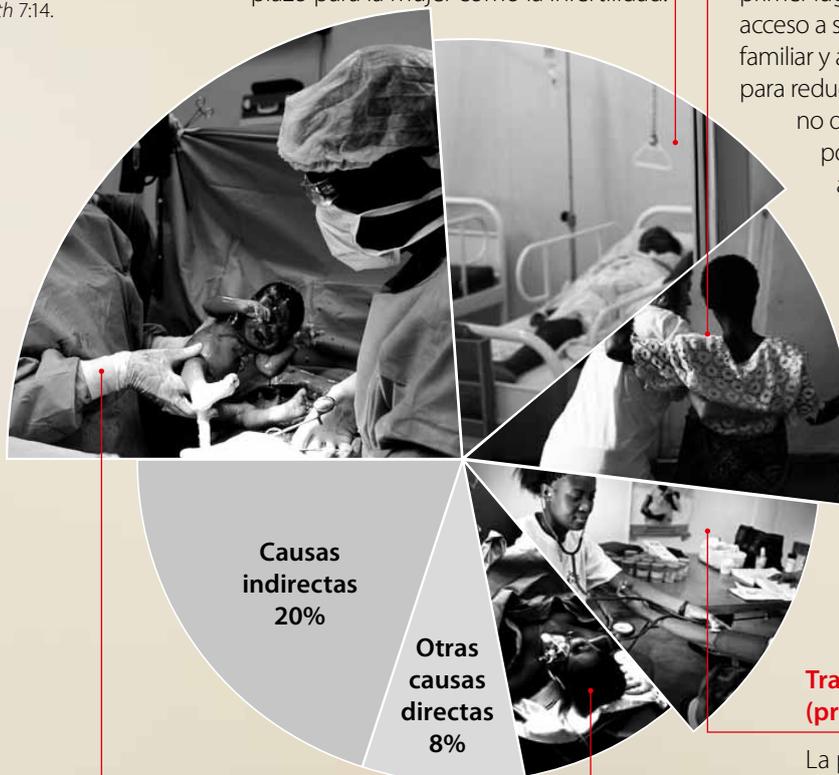
² Según la OMS, muerte materna es el fallecimiento de una mujer durante el período de embarazo y hasta 42 días después del parto o del término de la gestación, con independencia de la duración y el lugar de la misma, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo (directa) o agravada por el mismo o su manejo (indirecta), pero no por causas accidentales o incidentales.



Causas de la muerte materna

Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2005*

3 Hussein et al (2011). "A review of health system infection control measures in developing countries: what can be learned to reduce maternal mortality", *Globalisation and Health* 7:14.



Hemorragia 24%

Las hemorragias (sangrados graves) causan alrededor de una cuarta parte de todas las muertes maternas, y pueden llegar a matar a una mujer sana en el plazo de dos horas. La mayoría de los casos de hemorragia se producen en el instante posterior al parto, y pueden prevenirse y tratarse con medidas sencillas. Por ejemplo, una inyección de oxitocina administrada de inmediato tras el parto resulta altamente eficaz en la reducción del riesgo de hemorragia posparto. A veces hay que hacer una extracción manual de la placenta con urgencia y algunas mujeres necesitan una transfusión sanguínea y/o una intervención quirúrgica. La hemorragia puede producir anemia grave a largo plazo.

Obstrucción del parto 8%

La obstrucción del canal del parto puede producirse, bien porque la pelvis de la mujer sea demasiado estrecha para que pase la cabeza del bebé, bien porque el bebé se encuentre en una posición anómala o por contracciones uterinas insuficientes. Sin una intervención médica apropiada, una mujer puede pasar varios días de parto e incluso morir a causa de las complicaciones derivadas de una ruptura uterina. Con frecuencia el bebé nace muerto o muere poco después del alumbramiento. Un personal sanitario cualificado puede gestionar muchos de estos problemas antes de que se produzca la obstrucción del parto, o puede reconocer un progreso lento y referir a la mujer para un parto instrumental o una cesárea. Si una mujer sobrevive a la obstrucción prolongada del parto, puede quedar con una fístula obstétrica (ver página 26).

Aborto inseguro 13%

En todo el mundo, casi la mitad de todos los abortos inducidos se realizan en condiciones inseguras; el 98% de estos abortos inseguros suceden en países en desarrollo. La reducción del número de mujeres que mueren a consecuencia de un aborto inseguro exige un enfoque multifacético. Se debe disponer de atención adecuada para todas aquellas mujeres que acuden a una estructura de salud por complicaciones (aborto incompleto, sepsis, hemorragia) como consecuencia de un aborto inseguro. Para evitar este tipo de abortos, en primer lugar, las mujeres deben tener acceso a servicios de planificación familiar y a contraceptivos de emergencia para reducir el número de embarazos no deseados, y también deben poder acceder a atención de aborto seguro realizada por profesionales sanitarios en estructuras higiénicas y seguras.

Trastorno hipertensivo (preeclampsia/eclampsia) 12%

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo que se produce al final del mismo y durante o después del parto. La última fase (eclampsia) se caracteriza por la aparición de convulsiones. La preeclampsia leve se puede controlar durante el embarazo, pero la preeclampsia grave o eclampsia exige atención urgente en un hospital. Mientras que la presión sanguínea puede reducirse mediante la utilización de fármacos antihipertensivos y las posibles convulsiones se pueden prevenir con sulfato de magnesio, la única cura para este trastorno es el parto del bebé, que se debe realizar lo antes posible, por vía vaginal o mediante cesárea.

Complicaciones en contextos de conflicto

Costa de Marfil

Afganistán

Somalia

En medio de la muerte y la devastación de un conflicto armado, el ciclo de la vida continúa y suelen ser las mujeres embarazadas (víctimas indirectas de los conflictos) las que llenan las salas de urgencias de MSF. Como cualquier otra mujer embarazada en el mundo, durante una complicación, ellas necesitan atención obstétrica urgente de calidad. Sus necesidades son comunes, pero no así sus circunstancias.

La atención sanitaria de segundo nivel es una de las primeras víctimas de los conflictos armados: las estructuras de salud suelen ser dañadas, destruidas o inutilizadas, los suministros médicos y equipamientos interrumpidos, y muchos profesionales sanitarios cualificados huyen de la zona en busca de refugio. La inseguridad hace que sea muy peligroso, cuando no imposible, el acceso de las mujeres necesitadas de atención obstétrica de urgencia a las instalaciones sanitarias que todavía estén operativas.

La prestación de atención en estos contextos inestables e inseguros es una dificultad intrínseca y exige un enfoque flexible y pragmático. No siempre es factible proporcionar un paquete integral de atención de salud sexual y reproductiva, en particular durante la fase inicial de una emergencia, de modo que MSF se centra en los servicios que tengan un mayor impacto inmediato sobre la mortalidad. No se pueden realizar muchas actividades externas debido a la situación de inseguridad, por lo que MSF aprovecha las pequeñas oportunidades existentes para acceder a las mujeres y llevarles información sobre los servicios de salud materna gratuitos que ofrece en sus instalaciones. Una vez que la situación se estabiliza, es posible implementar actividades de mayor y más amplio alcance, tales como educación para la salud, seguimiento integral postnatal y planificación familiar.



Costa de Marfil

Cuando Costa de Marfil cayó en una violenta crisis política tras las elecciones nacionales de octubre de 2010, las mujeres embarazadas de la mayor ciudad del país, Abiyán, se enfrentaron a su propia crisis. Los duros combates obligaron al cierre de muchas estructuras de salud y un gran número de profesionales huyó de la ciudad en busca de seguridad, dejando a las mujeres necesitadas de atención obstétrica de urgencia en una situación muy peligrosa.

Cuando en febrero de 2011 el conflicto alcanzó su punto crítico, MSF comenzó a prestar atención médica de emergencia a miles de pacientes heridos en un hospital del Ministerio de Salud en Abobo, una de las zonas de **Abiyán** más afectadas por los violentos combates. Confinado en las instalaciones del hospital porque era demasiado peligroso salir al exterior, el personal médico hizo frente a una doble emergencia: múltiples llegadas de pacientes con traumatismos graves como heridas de bala y metralla, y a la vez cientos de mujeres que acudían al hospital en busca de un lugar seguro donde dar a luz. El personal de MSF, sobrecargado a veces por el trabajo de hasta 80 partos diarios, llegó a atender 1.400 alumbramientos en tan solo 56 días.



© Nicola Vigilanti

Caroline Seguin, coordinadora de emergencia en el hospital de Abobo, Abiyán

“En Abobo, la población no tenía acceso a los servicios de salud porque todas las instalaciones sanitarias habían cerrado a causa de los combates. En plena emergencia, la situación en el hospital era caótica. La sala de urgencias estaba llena de pacientes heridos y teníamos que atender a la gente fuera, en el suelo. Mientras, la sala de maternidad estaba llena de mujeres de parto. Las condiciones eran muy difíciles porque escaseaban medicamentos esenciales y había muchas urgencias que atender al mismo tiempo. Pero el equipo estaba realmente orgulloso de poder ayudar a las mujeres a dar a luz en medio de los combates y la muerte.

Fue muy duro atender todas las urgencias de trauma y de obstetricia al mismo tiempo. Al principio solo teníamos un quirófano, pero incluso cuando abrimos otro, continuaba siendo insuficiente. Teníamos que priorizar los casos. Algunos días hicimos siete u ocho cesáreas, más alguna otra cirugía de trauma, además de las curas de los heridos.

La situación de seguridad era extrema, a veces el hospital se llenaba de hombres armados del ejército y yo tenía que calmarles y pedirles que abandonaran el centro. En ocasiones recibíamos impactos de bala en el interior del hospital, procedentes de los combates en los alrededores. Cuando el conflicto en Abobo se recrudeció, era muy peligroso para las mujeres pasar los retenes y evitar las balas, de modo que muchísimas no pudieron llegar al hospital y dieron a luz en sus casas. Algunas llegaron demasiado tarde, en muy malas condiciones, así que desafortunadamente tuvimos algunas muertes maternas. Sin embargo, éramos los únicos que atendíamos partos complicados, de modo que sin los servicios de MSF, muchas más mujeres habrían muerto”.

Lenet Kajogi, referente médico y coordinadora de terreno interina en el hospital Ahmad Shah Baba, Kabul

“Desde nuestro hospital podemos llegar a gran parte de la población de Kabul, de modo que las mujeres no tienen que recorrer largos trayectos para conseguir atención médica. El hecho de que todos los servicios del hospital sean gratuitos nos permite llegar a la población con menos recursos, que no puede permitirse las costosas clínicas privadas que para muchos son la única alternativa en esta zona. Estamos intentando dar cobertura a todas las mujeres en edad reproductiva de Ahmad Shah Baba, pero como se ha corrido la voz sobre la gratuidad del hospital, cada vez estamos atendiendo a más mujeres provenientes de distritos y pueblos vecinos.

Muchas familias todavía no aceptan que las mujeres acudan a un hospital. La mayoría aún dan a luz en sus casas en condiciones insalubres y no están al corriente de los beneficios de contar con la asistencia de profesionales sanitarios en unas instalaciones adecuadas. También es muy difícil convencer a las mujeres que dan a luz en el hospital de que vuelvan para los controles postnatales. De 500 partos atendidos, solo 10 mujeres vuelven para atención postnatal, aunque es algo que estamos trabajando para mejorar a través de la promoción de la salud y hablando con nuestras pacientes.

Los días de mucho trabajo pueden llegar a ser desbordantes. Solemos atender 25 partos al día, y si hay muchos al mismo tiempo es un desafío para el personal. Desde el inicio del programa, casi hemos duplicado el número de partos (3.588 en 2009 y más de 6.000 en 2011). Hemos dado una amplia formación al personal local, de forma que ahora las matronas afganas de MSF pueden supervisar la maternidad sin la asistencia de personal internacional.

Hay una paciente que nunca olvidaré. Una mujer de 25 años que vino inmediatamente antes del parto con preeclampsia grave. Todos pensábamos que estaba demasiado mal para conseguirlo, pero pudimos reducir su presión sanguínea y llevar a cabo un parto asistido con ventosas. Después de tres intensos días, allí estaba sentada con su bebé en los brazos y charlando tan contenta. Fue algo asombroso, y aún más alentador fue verla volver al hospital para los controles después del parto”.



Afganistán

Afganistán es uno de los lugares más peligrosos del mundo para dar a luz. Décadas de conflicto continúan diezmando la disponibilidad y calidad de los servicios médicos del país; hay una falta generalizada de acceso a atención médica, sobre todo de nivel secundario, que incluye servicios obstétricos de urgencia. La inseguridad supone que muchas mujeres duden en hacer el largo, arriesgado y, en ocasiones, costoso viaje a las instalaciones sanitarias que ofrecen atención de salud materna de calidad. Hay un amplio sector sanitario privado en Afganistán, pero es inalcanzable para muchos afganos y la calidad de su oferta de servicios es cuestionable. El país también carece de personal sanitario femenino cualificado, y el suministro de fármacos y material médico es irregular.

La población de la capital, **Kabul**, se ha triplicado en los últimos 10 años, lo que refleja una tendencia migratoria hacia las áreas urbanas que incluye tanto a desplazados llegados de las regiones más conflictivas de Afganistán como a retornados de los campos de refugiados en Pakistán. En Ahmad Shah Baba, un distrito en expansión en las afueras del este de Kabul, MSF trabaja junto al personal del hospital del distrito prestando atención sanitaria en todas las áreas de salud, incluidos servicios integrales de salud materna: atención prenatal, partos, obstetricia de urgencia, atención postnatal y neonatal.



© Oscar Sanchez-Rey

Somalia

Tras más de dos décadas de guerra civil y frecuentes sequías, Somalia sigue siendo calificada como una de las mayores crisis humanitarias del mundo sin solución. Además de una situación de emergencia permanente, las mujeres somalíes se enfrentan a diario con alarmantes estadísticas: el país tiene algunos de los índices de mortalidad materna más altos del mundo –hasta dos veces por encima de la media global– y las mujeres tienen un riesgo de 1 sobre 13 de morir por causas relacionadas con el parto o el embarazo a lo largo de su vida⁴.

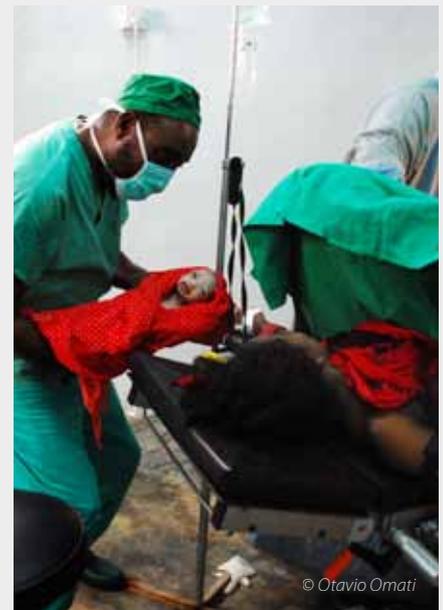
Actualmente Somalia es uno de los contextos más complejos en los que MSF presta atención sanitaria. La situación de inseguridad generalizada en muchas regiones conlleva grandísimos desafíos en la prestación eficaz y segura de ayuda humanitaria. El acceso de personal internacional de apoyo aún está muy limitado debido al alto nivel de riesgo y a las restricciones impuestas para trabajar en el país, de modo que los programas de MSF se llevan a cabo principalmente con personal somalí, apoyado por equipos de especialistas basados en Nairobi que realizan visitas a los proyectos cuando es posible. El largo conflicto ha provocado el derrumbe de los servicios de salud, dejando a la gran mayoría de la población somalí sin acceso a los servicios básicos. La atención obstétrica de urgencia es muy limitada o inexistente

en gran parte del país, y suele ser muy arriesgado para las mujeres desplazarse para obtener atención médica, de modo que aquellas que sufren complicaciones durante el embarazo o el parto son mucho más vulnerables.

MSF trabaja en la región de Middle Shabelle, en el centro de Somalia. Los equipos ofrecen un paquete integral de atención materna a través de una red de cuatro centros de salud en los distritos rurales de Jowhar y Balcad. A través de clínicas móviles y fijas, el personal también presta atención médica básica, tratamiento nutricional y un amplio programa de inmunización. Todos los servicios son gratuitos.

Uno de los objetivos de MSF es asegurar que las mujeres lleguen a tiempo para dar a luz en el hospital. En 2011 se registraron cinco muertes de mujeres que dieron a luz en la comunidad pero llegaron con complicaciones demasiado tarde al hospital de Jowhar. En este centro, situado a 90 kilómetros al norte de Mogadiscio, se atendieron 1.834 partos (291 complicados) y se practicaron 126 cesáreas.

⁴ El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida es de 1 sobre 4,300 en los países desarrollados y de 1 sobre 120 en los países en desarrollo. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/index.html>



© Otavio Omati

La historia de Hawa

Hawa, una mujer de 21 años, llevaba tres días de parto antes de ser referida al hospital de MSF en Jowhar, a 18 kilómetros de su pueblo. El personal médico que le examinó diagnosticó una obstrucción del parto debido a una desproporción céfalo-pélvica con sufrimiento fetal. Se preparó una cesárea de urgencia, pero su marido no podía dar el consentimiento porque no tenía suficiente edad para ello. Se solicitó permiso al hermano mayor de Hawa, pero este se negó porque pensaba que la vida del niño no debía tener prioridad sobre la de la madre. Con el asesoramiento y el consejo de médicos y matronas, el hermano finalmente accedió y se realizó la intervención. El bebé nació con sufrimiento y necesitó reanimación, pero afortunadamente Hawa y su hijo sobrevivieron a la dura prueba.

Embarazo en el camino, lejos de casa

Kenia

República del Congo

Los riesgos que corren las mujeres durante la gestación y el parto se agravan cuando se ven forzadas a huir de sus hogares a causa de la violencia o la inestabilidad. Junto a los niños, las mujeres representan el grupo más vulnerable entre las poblaciones desplazadas o refugiadas, y el embarazo acentúa esta condición. Después de caminar durante días o semanas, cuando las mujeres llegan a un lugar seguro suelen hallarse en un estado muy delicado. Las condiciones de vida que se encuentran (falta de acceso a refugio adecuado, escasez de agua potable y alimentación nutritiva, así como exposición a enfermedades transmisibles como el cólera y la hepatitis A) no hacen más

que aumentar los riesgos. Para muchas mujeres, el lugar donde se encuentran refugiadas también se ve afectado por la inseguridad, de modo que el acceso a atención médica suele implicar un viaje arriesgado.

La evaluación y la atención de las necesidades obstétricas urgentes es parte integral de la respuesta de MSF en situaciones de desplazamiento agudo y prolongado. En función de las estructuras y servicios disponibles, MSF puede establecer una red de puestos de salud en campos o zonas de asentamiento de la población, desde los cuales se puede transferir a las mujeres embarazadas o de parto a un hospital donde ser adecuadamente atendidas en caso de necesidad. La comunicación activa con los líderes comunitarios, otros agentes sanitarios y las propias mujeres es primordial para que estén al corriente de los servicios y se puedan beneficiar de ellos.





Kenia

Dadaab, Kenia. El campo de refugiados más grande del mundo. Alberga a cerca de medio millón de personas, la gran mayoría de las cuales ha huido del conflicto y el hambre en la vecina Somalia.

La situación de los refugiados somalíes ya es dura de por sí, pero ahora se enfrentan a una crisis todavía mayor. En octubre de 2011, tras el secuestro de dos trabajadoras de MSF y el empeoramiento de las condiciones de seguridad, la ayuda humanitaria se redujo considerablemente en algunos de los cinco campos que forman el complejo de Dadaab. Sin embargo, MSF continuó trabajando en el hospital de la organización en el campo de Dagahaley, con capacidad para 300 camas y funcionando a pleno rendimiento. En la sala de maternidad, donde se ofrece atención obstétrica de urgencia, incluidas cesáreas, actualmente se atienden 350 partos al mes.

En torno a un 20% de los refugiados que viven en **Dadaab** son mujeres en edad reproductiva. En una media de 24 horas, nacen entre ocho y 10 niños en la sala de maternidad de MSF. Esta está apoyada además por una red de cuatro puestos de salud emplazados en todo el campo de Dagahaley, donde las mujeres reciben atención prenatal. El personal médico de los puestos de salud refiere inmediatamente a las pacientes a la sala de maternidad si sufren complicaciones durante el embarazo u otro tipo de

problemas obstétricos. En 2010, los equipos de MSF atendieron el parto de unos 2.300 bebés en el hospital.

Aunque existen servicios de maternidad en Dagahaley, se estima que hay un promedio de 20 a 30 mujeres que dan a luz en sus refugios todos los meses, quedando más expuestas a posteriores complicaciones, principalmente infecciones. A fin de reducir el número de partos en casa y alentar a las mujeres a dar a luz en el entorno seguro y supervisado del hospital, MSF ofrece un servicio especial llamado Mama Taxi. A las mujeres embarazadas se les facilita el número de un conductor al que pueden llamar cuando se pongan de parto, evitando que tengan que buscar un medio de transporte durante la noche, cuando puede agravarse la situación de inseguridad, o que tengan que caminar largas distancias para llegar al hospital.

⁵ La mutilación genital femenina causa una alta morbilidad (sepsis, hemorragia y retención urinaria), además de tener complicaciones graves a largo plazo. Según estos criterios médicos objetivos, MSF se opone a esta práctica y no suministra fármacos o equipamiento para este fin. La organización sí presta atención a mujeres jóvenes y adultas que sufren las consecuencias médicas de esta práctica y no emite juicios sobre la misma. Para disminuir el riesgo de complicaciones durante el embarazo en mujeres con infibulaciones, es necesario descubrir la abertura vaginal, de modo que el bebé pueda pasar a través de la misma (desinfibulación). La política de MSF consiste en no volver a suturar los labios genitales (reinfibulación) y explicar a las comunidades de origen de la paciente las razones médicas para no hacerlo.

Dr. Josiah Oyieke, coordinador del área de maternidad, hospital de Dagahaley

“Uno de los mayores desafíos que tenemos aquí en la maternidad, es conseguir la autorización de los pacientes en situaciones de urgencia. A menudo las mujeres que necesitan ser intervenidas inmediatamente no pueden dar su consentimiento y deben pedir permiso de otros miembros de la familia, no solo los maridos, sino de otros parientes.

El tiempo que se pierde esperando el consentimiento de la familia de la paciente puede ser un momento de vida o muerte. Por ejemplo, una mujer llegó a la sala de maternidad en la última fase del embarazo con hipertensión sanguínea y hemorragia. No quiso hacerse una cesárea y se marchó a casa a pesar de que el bebé ya había muerto dentro del útero. Posteriormente volvió a la maternidad con complicaciones graves asociadas a la coagulación de la sangre. Al final se sometió a la operación, pero como el útero estaba tan dañado a consecuencia del retraso, se le tuvo que extirpar totalmente y ya no podrá volver a tener hijos.

La mutilación genital femenina es una práctica casi universal entre la población que atendemos aquí, y es del tercer tipo, la infibulación, la forma más extrema. Esto puede tener graves consecuencias a la hora de dar a luz, ya que el canal del parto se hace pequeño y hay que desinfibular para facilitar el nacimiento. Después del parto, el protocolo que sigue MSF es no volver a infibular a las pacientes⁵.

Lo mejor de este trabajo, y de MSF, es que las instalaciones permiten ofrecer a las madres la mejor atención posible. No tengo que preocuparme por cómo conseguir el equipo necesario para garantizar el estándar más alto de atención. Sé que MSF lo proveerá”.

La historia de Suleiman.

Suleiman es una paciente que dio a luz a una niña en la maternidad de MSF en Dagahaley. Llegó al hospital con la ayuda del servicio Mama Taxi. “Ahora el bebé está bien. Por la noche empezaron las contracciones. Mi madre y yo teníamos el número del taxi, le llamamos y acudió en 20 minutos”.

República del Congo

República del Congo tiene uno de los índices de mortalidad materna más altos de África. Las mujeres tienen un riesgo de 1 sobre 22 de morir a causa del embarazo o del parto a lo largo de su vida.

A ello se suma la dinámica de una amplia población de refugiados que comenzó con los que huían de la vecina República Democrática del Congo a finales de 2009. Muchos se han establecido a orillas del río Ubangi, en la provincia de Likouala. MSF trabaja desde noviembre de 2009 en la ciudad de **Bétou**, donde

presta atención obstétrica de urgencia en una unidad de maternidad de 25 camas, junto con otros servicios. Además del trabajo en el hospital, los equipos de MSF se desplazan a lo largo del río en embarcaciones, ofreciendo atención prenatal y consultas de medicina general. Las enfermeras congoleñas que trabajan en los cinco centros de salud desde donde MSF lleva a cabo estas clínicas móviles también están capacitadas para atender partos normales y hacer un control básico del embarazo y el parto, de modo que pueden diagnosticar posibles complicaciones a tiempo y referir a las pacientes al hospital. En 2011, MSF atendió 12.472 consultas prenatales y 2.642 partos, y practicó 207 cesáreas. No se produjo ninguna muerte materna en el hospital de Bétou.



© MSF



© MSF

Desastres naturales: Haití en primer plano

“La única luz en medio de todo este sufrimiento físico y emocional es el nacimiento de bebés sanos. Ocho pequeños saludables vinieron hoy al mundo bajo la lona azul de nuestro hospital. Los necesitamos para insuflar esperanza y nueva vida a este país devastado”.

21 de enero de 2010, Isabelle Jeanson, responsable de comunicación de MSF.



El gran terremoto que devastó Haití el 12 de enero de 2010 causó la muerte de unas 200.000 personas y dejó a un millón sin hogar. El desastre desencadenó la mayor respuesta de emergencia de MSF en sus 40 años de historia. Las imágenes de instalaciones médicas improvisadas con miles de pacientes heridos y de cirujanos realizando operaciones al aire libre bajo lonas de plástico recorrieron todo el mundo. Pero junto a los incesantes casos de traumatismos agudos, la urgencia diaria de dar a luz continuaba entre los escombros. Durante los 12 meses posteriores al seísmo, más de 15.000 mujeres dieron a luz en las clínicas y hospitales de MSF. En algunas instalaciones, la cirugía obstétrica representó el 60% de toda la actividad quirúrgica.

Ya antes del terremoto, las mujeres embarazadas estaban en riesgo en Haití (el país tiene el índice de mortalidad materna más alto del hemisferio occidental). Desde 2006, MSF prestaba atención obstétrica de urgencia en el suburbio de Delmas de **Puerto Príncipe**, la capital haitiana, donde muchas mujeres no tenían acceso a este tipo de atención médica por no estar disponible o porque era inaccesible debido al clima de violencia e inseguridad del suburbio. Hasta el 60% de todas las estructuras sanitarias de Haití quedaron afectadas o destruidas por el terremoto, incluidas las instalaciones obstétricas de MSF (Maternité Solidarité).

En consecuencia, MSF ofreció sus recursos humanos, fármacos y su experiencia en obstetricia al hospital materno Isaïe Jeanty del Ministerio de Salud, que no había sido afectado por el seísmo. El hospital estaba saturado de mujeres que acudían a dar a luz, muchas de ellas con graves complicaciones. Con miles de familias durmiendo en las calles, muchas mujeres se enfrentaban a la dificultad añadida de no tener una casa donde llevar a sus recién nacidos tras un parto seguro.

“Hemos atendido muchos partos prematuros a consecuencia del trauma”, decía Eva de Plecker, matrona de MSF en esos momentos. “Las mujeres llegan con preeclampsia o eclampsia, en un estado agravado por el estrés. Aunque Haití tenía un índice extremadamente alto de preeclampsia antes del terremoto, la enorme magnitud de este desastre probablemente ha empeorado mucho más la situación. En pocos días la sala de maternidad ha alcanzado su máxima capacidad. Las mujeres con complicaciones graves necesitan más tiempo para recuperarse del parto. Y a la vez tenemos que hacer sitio para nuevas madres y bebés que necesitan ayuda”.

A medida que los casos de traumatismos agudos fueron bajando en las semanas posteriores al terremoto, en Puerto Príncipe continuaba la necesidad de atención obstétrica urgente (y en general de atención sanitaria de segundo nivel). En respuesta, MSF instaló el Centro de Referencia de Urgencias Obstétricas (CRUO) en Delmas para sustituir la destruida

Maternité Solidarité. En marzo de 2011 se empezaron a atender pacientes en las nuevas instalaciones, con capacidad para 130 camas, donde la organización presta atención gratuita las 24 horas a mujeres con complicaciones graves, a menudo con riesgo para sus vidas. Desde su apertura, más de 4.000 mujeres han dado a luz en el CRUO; el 70% de los casos fueron partos complicados. El hospital cuenta con personal sanitario y de apoyo mayoritariamente haitiano, y está equipado con un laboratorio, un banco de sangre y un área de patología, además de una sala especialmente dedicada a neonatología.

En el epicentro

En **Léogâne**, al oeste de Puerto Príncipe, y muy cerca del epicentro del seísmo, MSF comenzó a dar atención médica de emergencia después de que el 80% de la ciudad fuese destruida. Aunque el programa se creó inicialmente para tratar a pacientes heridos en el terremoto, MSF identificó de inmediato la enorme necesidad de atención ginecológica y obstétrica. Antes del terremoto, las mujeres de Léogâne ya tenían que ir a Puerto Príncipe para acceder al hospital más cercano donde dar a luz o recibir atención obstétrica de urgencia. MSF decidió permanecer en la zona más allá de la fase de emergencia y, en septiembre de 2010, el hospital de campaña fue sustituido por una estructura semipermanente construida con contenedores. En la actualidad, las actividades gineco-obstétricas representan más de la mitad de todas





las actividades médicas en el hospital de Chatuley, con cinco ginecólogos y 20 matronas atendiendo más de 700 partos al mes. El hospital ofrece un paquete completo de servicios de salud sexual y reproductiva que incluye atención prenatal y postnatal, y tratamiento para víctimas de violencia sexual. Dos años después del terremoto, este centro de 160 camas continúa siendo la única estructura de salud que ofrece atención médica urgente gratuita a una población de unas 300.000 personas en Léogâne y en las zonas aledañas, y se ha convertido en centro de referencia.

Embarazo y emergencia de cólera

El 20 de octubre de 2010 se produjo el primer brote de cólera en Haití, lo que llevó a MSF a abrir 70 centros y unidades de tratamiento de cólera en todo el país. Cuando aparecieron los primeros casos en Puerto Príncipe, las estructuras de MSF recibieron a mujeres embarazadas con esa enfermedad que sufrían complicaciones obstétricas o partos prematuros a consecuencia de la misma. El cólera afecta a las mujeres embarazadas del mismo modo que a otras personas, produciendo deshidratación, diarrea y vómitos, pero en algunos casos supone un grave riesgo para el bebé. La deshidratación de la madre hace que el feto no reciba suficiente oxígeno, flujo sanguíneo ni otros nutrientes necesarios, lo que puede causar sufrimiento fetal y provocar un parto prematuro. En el hospital Isaïe Jeanty de Puerto Príncipe y en el hospital Chatuley de Léogâne,

MSF habilitó unidades de tratamiento de cólera (UTC) para aislar a las mujeres embarazadas. La atención se organizó de forma que la gestación, el parto y el posparto podían ser supervisados dentro de la UTC por personal especializado, con la posibilidad de referir a las pacientes a la sala de maternidad en caso de complicaciones. En Léogâne, MSF realizó un estudio entre 102 mujeres embarazadas que recibieron tratamiento de cólera en el hospital del 13 de diciembre de 2010 al 28 de febrero de 2011, para medir los efectos de este enfoque especializado según los resultados obtenidos tanto en las madres como en sus bebés. Estudios previos muestran que el índice de mortalidad materna en mujeres embarazadas afectadas por el cólera asciende al 25% y que el índice de mortalidad fetal se sitúa entre el 12% y el 54%. Sin embargo, no se registraron muertes maternas entre las pacientes del estudio de MSF y el índice de mortalidad fetal fue del 13,8%; en la mitad de los casos, la muerte del feto se había producido antes de ingresar en el centro. El estudio de MSF mostró que el establecimiento de una unidad específica con personal especializado permitía gestionar los aspectos de la atención obstétrica y neonatal al mismo tiempo que los del cólera.

Roseline, de 34 años, estaba embarazada de cinco meses cuando se produjo el terremoto. Dio a luz a su primer bebé en el hospital de Isaïe Jeanty cuatro meses más tarde

“Cuando ocurrió el terremoto y salí corriendo de casa, temí perder a mi niño. Tenía mucho miedo por él. Más tarde hablé con el bebé, en mi interior, y le expliqué lo que ocurría. El embarazo fue bien, pero el parto resultó un poco complicado. Tenía mucho dolor y necesitaba una cesárea. Sabía que aquí la atención era gratuita y por eso vine. Al final todo salió bien y aquí está Angely, mi primer hijo. Estoy muy contenta de ser madre. Pensábamos que la vida se había acabado. Pero no, la estamos recuperando paso a paso”.

Crisla, 19 años, fue readmitida un día después de haber dado a luz a sus gemelos en el hospital Isaïe Jeanty

“Tuve una eclampsia el día antes del parto y supe que era grave. Durante el embarazo, los médicos me aconsejaron estar tranquila para que no me subiera la presión sanguínea. Sin embargo, el día anterior al parto hubo un problema en casa. Tuve un enfado y me desmayé. Cuando me desperté al día siguiente, vi que estaba en el hospital con los dos bebés a mi lado. Me explicaron que había sufrido una eclampsia aguda y que los niños habían nacido por cesárea. Me estaba recuperando bien hasta que volví a casa y comencé a sangrar de nuevo. Me vine al hospital de inmediato. Los médicos se percataron de que aún tenía coágulos de sangre en mi vientre, así que me operaron de nuevo para limpiarlo. Los gemelos son muy lindos, pero de momento no puedo cuidar de ellos. Todavía siento mucho dolor”.

Sistemas de salud frágiles

República Centroafricana

Sudán del Sur

República Democrática del Congo

Pakistán

Independientemente del contexto, el embarazo y el parto siempre suponen una demanda importante y continuada para el sistema sanitario de un país. Cuando el sistema es disfuncional, está dañado o sencillamente no existe, las mujeres embarazadas se encuentran en una situación peligrosa. Precisamente es la atención vital de nivel secundario la que se ve más afectada cuando un sistema sanitario no funciona. Una situación de inestabilidad o de conflicto prolongado supone que las infraestructuras se mantengan a un nivel muy básico o que ni siquiera existan. En el mejor de los casos, el suministro de medicamentos será irregular y el personal cualificado quizá se haya ido a las ciudades o incluso haya abandonado el país. Cuando los servicios sanitarios se concentran en la capital y en las grandes ciudades, el acceso a la atención obstétrica de urgencia se vuelve especialmente difícil para las mujeres que viven en zonas alejadas cuando sufren complicaciones. En función de las necesidades y la viabilidad, MSF puede crear una estructura sanitaria partiendo de cero, apoyar las estructuras existentes o elevar el nivel de una instalación de atención primaria a una de atención secundaria. Con el objeto de garantizar que los pacientes reciban la atención de mejor calidad y que ese nivel de atención pueda continuar después del traspaso del proyecto, MSF dedica un gran esfuerzo a la formación del personal nacional.



República Centroafricana

República Centroafricana (RCA) es un país en situación de emergencia crónica. Cinco diferentes encuestas de mortalidad retrospectiva realizadas en 2011 por MSF, junto a otras investigaciones, revelaron un exceso de mortalidad superior al umbral de emergencia en zonas habitadas por la mayor parte de la población.

Las mujeres embarazadas no son inmunes a estas estadísticas (una mujer centroafricana tiene un riesgo de 1 sobre 20 de morir por causas relacionadas con el embarazo o el parto a lo largo de su vida). Una de las grandes dificultades que afrontan las mujeres es la falta de acceso a las estructuras sanitarias: las distancias hasta el hospital más próximo suelen ser enormes, las carreteras están en malas condiciones y las opciones de transporte o son caras o no existen. La escasez de personal médico capacitado en las zonas periféricas del país, junto a una importante falta de equipamiento y fármacos, hace que sea extremadamente difícil acceder a una atención obstétrica de calidad cuando surgen complicaciones.

MSF presta atención médica de emergencia en nueve hospitales y 36 puestos de salud en todo el país. En **Paoua**, al noroeste de RCA, la organización ofrece atención obstétrica de urgencia, incluidas cesáreas en caso necesario. En 2011, más de 1.400 mujeres dieron a luz en la sala de maternidad de MSF en el hospital de Paoua.

Dra. Anne Marie Pegg, referente médico en Paoua

“Pauline llegó al hospital por la tarde. Viajó durante una hora en el asiento trasero de una moto-taxi. Ya llevaba 24 horas de parto. Era su cuarto embarazo (había tenido tres cesáreas anteriores, pero ninguno de los bebés nació con vida). Durante las consultas prenatales, se le aconsejó encarecidamente que fuera al hospital en cuanto empezaran los dolores de parto.

Los dolores habían comenzado por la mañana temprano. Sabiendo lo importante que era llegar al hospital, Pauline se puso a buscar un medio de transporte. Necesitaba encontrar a alguien con una motocicleta que la pudiera llevar. Una tarea nada sencilla en un área sin cobertura de telefonía móvil y donde los medios de transporte motorizados no son muy habituales. Después de todo un día y una noche, por fin encontró a alguien. Se tranquilizó al sentir los movimientos del bebé en su interior. Al llegar al hospital, enseguida la atendió una matrona que avisó inmediatamente al médico de guardia y al equipo quirúrgico para practicarle una cesárea. Una hora más tarde, la hija de Pauline vino al mundo sana y dando voces”.



Janet Fields, enfermera-matrona en Aweil, cuenta la historia de una mujer que sufrió una hemorragia posparto, la primera causa de muerte durante el alumbramiento

“Vino una mujer para que la atendiéramos en lo que creíamos iba a ser un parto normal. Tuvo un parto muy rápido y, 30 segundos después de expulsar la placenta, comenzó a sangrar. Ya le habíamos administrado oxitocina, un medicamento contra la hemorragia, pero no se detenía; teníamos que ponerle otro fármaco en la pierna y también colocar una vía intravenosa. Hicimos además mucho masaje uterino. La hemorragia duró mucho tiempo hasta que finalmente se detuvo.

Lo terrible de esta historia es que lo más seguro es que esta mujer habría muerto en su aldea. Tiene otros cuatro hijos que cuidar. Estar aquí le salvó la vida”.

Katie Hutchinson, matrona en Agok

“Es horrible que tantas mujeres sigan muriendo en este país, sobre todo porque existen procedimientos sencillos para prevenir la mortalidad materna tanto en el embarazo como en el parto. El acceso a la atención quirúrgica es de vital importancia para estas mujeres, y MSF lo está proporcionando actualmente en Agok. Durante el parto, las mujeres de aquí se exponen a enormes riesgos si no están en un hospital.

Pero también podemos hacer algunas cosas que no son tan difíciles y que verdaderamente pueden salvar la vida de las mujeres. Todas las semanas se salva alguna en la maternidad. Es algo increíble, pero también me irrita porque en realidad no es tan difícil de hacer. Las mujeres de Sudán del Sur, como las de cualquier otro lugar, deben contar con la oportunidad de tener un parto seguro. No se ha producido ninguna muerte materna desde que estamos aquí y esa es precisamente mi obsesión. Una muerte materna es inaceptable, y espero que siga siendo así”.



© Marcell Nimfuer / Fischka.Com

Sudán del Sur

En julio de 2011 tuvo lugar el nacimiento de una nueva nación, y con ello, la esperanza de un futuro mejor para un país destrozado por décadas de guerra civil. Pero las perspectivas de las mujeres de Sudán del Sur siguen sin experimentar ningún cambio. Las sursudanesas aún tienen 1 probabilidad sobre 7 de morir a consecuencia del embarazo o el parto a lo largo de su vida, y no es raro que tengan que caminar durante días y a veces semanas para llegar a alguna estructura de salud apropiada donde dar a luz. El sistema de salud de Sudán del Sur ha sido devastado por años de conflicto: la falta de personal sanitario formado y con experiencia, así como de instalaciones apropiadas, deja a tres cuartas parte de la población sin acceso a los servicios sanitarios más básicos.

MSF trabaja en ocho de los 10 estados de Sudán del Sur, donde lleva a cabo algunos de sus mayores programas obstétricos. La organización está a cargo del área de maternidad en el bullicioso hospital civil de **Aweil**, en el estado de Bahr El Ghazal del Norte,

y en 2011 asistió más de 3.000 partos, de los cuales entre el 12% y el 14% presentaron complicaciones.

Cada vez más mujeres acuden al hospital para dar a luz, sabiendo que el parto será más seguro con la atención de profesionales sanitarios cualificados, y con acceso a tratamiento y equipos adecuados si fuese necesario.

En Agok, una ciudad en el área de tránsito de **Abyei**, en la frontera de Sudán con Sudán del Sur, el personal de la maternidad está atendiendo una media de 66 partos mensuales. MSF trabaja allí desde 2008, ofreciendo un programa hospitalario integral que da cobertura a una población de unos 100.000 habitantes. En 2011 se abrió un quirófano en el hospital de Agok para poder practicar cesáreas de urgencia, así como otros procedimientos quirúrgicos para complicaciones del embarazo, a todas las mujeres que lo necesitaran. Ese año el equipo de la maternidad ayudó a nacer a 802 bebés.



República Democrática del Congo

En República Democrática del Congo (RDC), una mujer tiene 1 sobre 13 probabilidades de morir por causas relacionadas con el embarazo o el parto a lo largo de su vida. El país ha sido arrasado por más de una década de violentos conflictos, y años de olvido del sistema de salud han contribuido a esta alta tasa de mortalidad materna.

En 2010, el personal de MSF atendió más de 19.000 partos en sus proyectos de RDC, el mayor número de partos asistidos en todos los países donde trabaja la organización. Entre los muchos programas que MSF desarrolla en Congo, está el del hospital de **Rutshuru**, en la región oriental de Kivu Norte. Desde 2005, MSF trabaja junto al Ministerio de Salud en este hospital con capacidad para 280 camas, dando apoyo a varios servicios y también al de maternidad. Más de 400 mujeres dan a luz mensualmente en el hospital; a principios de 2011, casi la mitad de estos partos eran por cesárea. Debido a los riesgos que supone una intervención de ese tipo para futuros embarazos, uno de los objetivos de MSF ha sido reducir el índice de cesáreas.

Enrica Bentivegna, gineco-obstetra de MSF

“Es necesario reducir el índice de cesáreas para evitar que la mujer sufra complicaciones posteriores. Si se practica una cesárea a una mujer de 15 años, probablemente ella lo necesitará nuevamente cada vez que vaya a dar a luz, y hay una serie muy amplia de complicaciones que conlleva esto, como por ejemplo la ruptura uterina y la hemorragia posparto. Además, un niño que nace por cesárea está más expuesto a tener problemas respiratorios.

Hemos logrado reducir el índice de cesáreas desde el 46% al 32% en menos de un año. Se pueden evitar algunas cesáreas mediante un parto instrumental. La formación de los trabajadores sanitarios en esta práctica ha sido un factor clave para lograr esa reducción”.

MSF se encuentra en proceso de traspaso de la unidad de maternidad del hospital de Rutshuru al ministerio de salud, pero continuará prestando formación al personal para la atención en partos normales y con complicaciones.

Además de esto, en North Kivu, MSF está trabajando en el área de salud de Mweso, en colaboración con el ministerio de salud. En el hospital de referencia de Mweso, con 179 camas, los equipos atienden de manera segura los partos a mujeres que, de otro modo, darían a luz bajo condiciones insalubres y desatendidas en sus comunidades de origen. En 2011, los equipos de MSF llevaron a cabo más de 3.500 partos.

Dr. Raghu Venugopal, Mweso

“Aquí vemos muchísimas complicaciones que imposibilitan un parto normal y que tenemos que atender. Antes de ayer, una mujer de parto sufrió una ruptura uterina. La intervenimos de urgencia y el niño nació sano y está bien, pero la madre sangró cuantiosamente. Nuestros médicos congoleños, que estaban operando a altas horas de la noche, enviaron a un vigilante para que me despertara y les ayudara a buscar sangre para realizar una transfusión a la madre. El equipo médico y logístico se movilizó de inmediato y pudimos encontrar sangre. La madre logró sobrevivir.

Incluso cuando se trata de partos seguros, los niños suelen sufrir los efectos de nacer antes de tiempo. Muchos problemas de salud de las mujeres –además de la dureza de sus vidas, pues trabajan en el campo hasta que se ponen de parto– provocan partos prematuros. Otros problemas son las infecciones del recién nacido, como el tétanos. Por todo ello, nuestra sala de neonatología está siempre llena de madres con sus recién nacidos. La neonatología es uno de los componentes más complejos de nuestro trabajo, ya que los bebés prematuros o enfermos son pacientes altamente frágiles. Sin embargo, la aplicación de nuestros protocolos, cuidadosamente diseñados, y la supervisión constante de nuestros pacientes, supone que estos tengan una verdadera oportunidad de sobrevivir”.

Pakistán

“La mayoría de mujeres sigue pariendo en casa. No acuden al hospital porque no tienen o no pueden pagarse un transporte. . . Hacemos mucha educación para la salud, sobre la importancia de la atención prenatal y de acudir al hospital para tener un parto seguro”.

Jannicken Troemborg, matrona de MSF en Kuchlak, Baluchistán.



Pakistán tiene uno de los índices más altos de mortalidad de Asia: las mujeres tienen un riesgo de muerte por causas relacionadas con la maternidad de 1 sobre 93. El acceso limitado a atención obstétrica urgente, la escasez de personal médico femenino, así como las dificultades sociales y económicas, pueden poner a las mujeres en un serio peligro durante el parto. En zonas afectadas por conflictos y luchas sectarias, la inseguridad y las limitaciones de movilidad se lo ponen aún más difícil a las mujeres que necesitan acceder a una atención obstétrica de urgencia y de calidad. Muchas de estas mujeres son refugiadas, desplazadas internas o demasiado pobres para pagar una clínica privada.

La atención obstétrica de urgencia solo se encuentra disponible en las áreas urbanas de Pakistán, a menudo debido a una grave escasez de personal femenino cualificado. Tradicionalmente, muchas mujeres dan a luz en sus casas, especialmente en las zonas rurales. En Baluchistán, la provincia más grande y menos desarrollada de Pakistán, la violencia, el desplazamiento, la falta de desarrollo económico y la pobreza han limitado el acceso de la población a la atención sanitaria, con lo que las mujeres embarazadas que necesitan atención obstétrica urgente se encuentran en una situación más vulnerable todavía.

Desde 2009, MSF trabaja en el hospital del distrito de **Dera Murad Jamali** con el objetivo de mejorar el acceso a la atención ginecológica y obstétrica por parte de mujeres desplazadas internas y de la población local de los distritos de Nasirabad y Jaffarabad. El hospital es el único centro médico que presta atención obstétrica integral de calidad gratuita, incluyendo cesáreas y atención prenatal y postnatal, en el distrito. En 2011, MSF asistió 990 partos; 517 de ellos presentaron complicaciones, de los cuales 146 requirieron cesárea.

En la ciudad de **Kuchlak**, donde viven muchos migrantes y refugiados afganos, además de nómadas y población local, MSF trabaja en una clínica de atención materno-infantil con una unidad materna operativa las 24 horas del día, siete días a la semana. Todo el personal de la unidad es femenino y proporciona

atención obstétrica gratuita. Para casos complicados que necesitan cesárea u otra atención médica especializada, MSF presta un servicio de ambulancia para referir pacientes a los hospitales de Quetta. En 2011, el equipo de MSF atendió 2.114 partos, 308 de los cuales presentaron complicaciones. El equipo refirió a 197 mujeres a hospitales para cesáreas, y realizó 3.488 consultas prenatales y 2.159 postnatales.

En la provincia de Khyber Pakhtunkhwa, MSF da apoyo al hospital central del distrito en Timergara y al hospital central de Tehsil en **Dargai**, para dar cobertura obstétrica de urgencia gratuita en un área con una población aproximada de un millón de personas. En 2011, el equipo atendió 4.568 partos, 708 de los cuales fueron casos complicados, y se practicaron 616 cesáreas en Timergara.

En Dargai, junto a la atención prenatal y postnatal, MSF también realiza actividades de promoción de la salud entre los hombres de las familias para explicarles la importancia de la atención prenatal y los riesgos del parto, y alentarles a enviar a sus esposas e hijas al hospital. En 2011, 2.580 mujeres dieron a luz con éxito en el hospital de Teshil, 844 de las cuales presentaban complicaciones, y se practicaron 264 cesáreas.

A fin de responder a las grandes necesidades de atención obstétrica en el distrito de **Peshawar**, MSF abrió un hospital materno en mayo de 2011. Este hospital de referencia, con capacidad para 30 camas, se centra en la atención de complicaciones del embarazo y del parto. MSF también da soporte a las unidades básicas de salud de las autoridades locales en el distrito de Peshawar mediante atención prenatal y postnatal. Se ha establecido una red de referencias médicas con los campos de desplazados y refugiados, y con 10 unidades de salud básicas. El hospital también recibe pacientes referidos desde otros proyectos de MSF en Hangu en la provincia de Khyber Pakhtunkhwa y en la zona tribal de Kurram Agency, donde los enfrentamientos y la inseguridad son motivo de preocupación constante. En 2011 se registraron 156 partos en el hospital materno, de los cuales 58 fueron por cesárea, y no se produjo ninguna muerte materna.

Jannicken Troemborg, matrona en Kuchlak, Baluchistán

“Esta es una zona muy pobre de Pakistán, con una población estable de unas 100.000 personas. También hay población nómada, que se queda durante los meses de verano y en invierno se desplaza a la provincia de Sindh, en el sur. Aunque hay atención sanitaria en el sector privado, la gente es demasiado pobre y no puede costársela. Además, las instalaciones sanitarias son muy limitadas, en particular para las mujeres.

La mayoría de mujeres siguen pariendo en casa. No acuden al hospital porque no tienen o no pueden pagarse un transporte, o porque necesitan que algún hombre las acompañe. Vienen porque quizá hayan tenido un parto complicado anteriormente, o a menudo cuando dan a luz a un gemelo y esperan cuatro o cinco horas sin que nazca el segundo. Entonces es cuando buscan ayuda. Hacemos partos, pero también damos atención de salud materno-infantil y educación para la salud, en particular sobre la importancia de la atención prenatal y los partos seguros en el hospital”.

Razia, paciente del hospital central de Tehsil en Dargai, provincia de Khyber Pakhtunkhwa

“Tengo ocho hijos y todos están vivos. He dado a luz a cuatro de mis hijos en el hospital y a cuatro en casa. Tenía muy baja la presión sanguínea y por eso vine aquí para el parto. Los partos en el hospital han sido mucho más fáciles. También vine porque aquí el tratamiento es gratuito y de otro modo no podíamos pagarlo. Es un buen centro”.

Annabelle Djeribi, coordinadora de proyecto, hospital materno de Peshawar

“Hemos decidido tener un hospital donde podamos, en la medida de lo posible, contar exclusivamente con personal femenino. Al permitir únicamente la entrada de mujeres en el centro, las pacientes se sienten más confiadas. Les acompañan cuidadoras y eso también tranquiliza a los hombres que esperan en la sala de visitas del exterior. Ellos saben que es un lugar donde las mujeres encuentran un entorno de seguridad y protección para el parto”.

Cuando la emergencia es la mortalidad materna

Burundi
Nigeria

En algunos contextos, el índice de mortalidad materna es tan elevado que MSF lo considera una situación de emergencia en sí misma y pone en marcha programas de atención obstétrica con el objetivo de reducir este tipo de mortalidad en un área específica. A diferencia de una emergencia aguda, donde la situación evoluciona rápidamente y es complicado planificar más allá de unas cuantas semanas, en estos contextos más estables, MSF puede comprometerse en proyectos a más largo plazo con un enfoque dirigido y ajustado a la atención obstétrica. Ello permite invertir más en la formación del personal, las infraestructuras, el refuerzo de las redes de referencia y las actividades externas, que tienen efectos beneficiosos evidentes para las mujeres, quienes de otro modo

no tendrían acceso a esta clase de atención. En estos entornos también es posible investigar y documentar los problemas que surgen durante un período de tiempo más prolongado, aplicar estrategias integrales para resolverlos y medir si un determinado enfoque podría replicarse con éxito en otros contextos. En países como Nigeria, Chad y Burundi, MSF ha decidido además complementar sus actividades obstétricas de urgencia con programas de reparación de fístulas (ver página siguiente). Se trata de un enfoque doble: tratar los casos de fístula y prevenir que vuelvan a producirse mediante una atención obstétrica de urgencia de calidad.





© Francois Dumont

Burundi

Dar a luz en Burundi puede ser muy peligroso: el país tiene uno de los índices de mortalidad materna más altos del mundo. El sistema sanitario aún sufre las consecuencias de la guerra civil que asoló el país de 1993 a 2006. Como no existe un sistema de referencia operativo para las urgencias y muchas mujeres no pueden pagar estos servicios, solo la mitad de las mujeres embarazadas de Burundi son atendidas en el parto por personal sanitario cualificado. No siempre se puede acceder a la atención obstétrica de urgencia existente y la calidad de los servicios es muy baja.

En 2008, MSF abrió centro de urgencias gineco-obstétricas en **Kabezi**, al sur de la capital, Bujumbura, para dar atención especializada gratuita a mujeres que presentan complicaciones. Actualmente, unos 250 niños nacen en este centro cada mes. MSF ha puesto en marcha un sistema de referencias operativo las 24 horas, siete días a la semana, a través del cual las mujeres que sufren o tienen riesgo de complicaciones son trasladadas en ambulancia desde los centros de salud de toda la provincia al centro de urgencias en Kabezi. Las principales complicaciones obstétricas son hemorragias, infecciones, rupturas uterinas, prolongaciones u obstrucciones del parto, embarazos ectópicos y eclampsia.

Fístula obstétrica

Por cada mujer que muere en el parto, hay unas 20 que quedan con complicaciones de por vida, tales como la fístula obstétrica. Sin una intervención médica especializada durante la obstrucción del parto, el tejido blando de la pelvis de la mujer puede quedar comprimido entre la cabeza del bebé y el hueso pélvico durante días. Con el flujo sanguíneo obturado, el tejido muere y la mujer queda con una abertura entre la vagina y la vejiga, entre la vagina y el recto, o ambos. Sin tratamiento, esta lesión provoca incontinencia permanente y las mujeres con fístula obstétrica suelen sufrir en silencio, aisladas, repudiadas por sus maridos, familias y comunidades, y obligadas a vivir como parias, algunas, durante décadas.

Se estima que en todo el mundo hay dos millones de mujeres afectadas por fístulas, con un número aproximado de entre 50.000 y 100.000 nuevos casos cada año. MSF tiene programas permanentes de reparación de fístula obstétrica en Nigeria, Burundi y Chad, y también lleva a cabo programas cortos en contextos inestables, donde prevalece la enfermedad pero la posibilidad de reparación es nula, tales como República Centroafricana, República Democrática del Congo y Somalia.



© Sune Juul Sorensen

Mary, de 30 años, es una de las miles de mujeres a las que se la facilitado atención obstétrica de emergencia en el centro de urgencias de Kabezi

Hoy le caen gotas de sudor por el cuello, pero sus ojos están abiertos. Mary se está recuperando cuatro días después de haber dado a luz a su pequeña. Ya antes del parto, Mary fue ingresada, gravemente desnutrida, en su centro de salud local. Fue referida a Kabezi en ambulancia porque necesitaba una transfusión de sangre urgente y en el centro no podía proporcionársela. La hija de Mary estaba anémica al nacer y su peso era muy bajo. Al principio tuvo muchos vómitos, pero desde entonces ha mejorado sensiblemente, igual que su madre. Ha recuperado el color en los labios, le ha bajado la inflamación de las piernas y hoy ha empezado a caminar de nuevo. "Si no hubiera sido por MSF, mi hija no tendría madre", dice Mary, que ahora tiene cinco hijos. A la niña le ha puesto el nombre de Nduwakeza, que en kirundi, la lengua local, significa "buena noticia".

Nigeria

“El proyecto ha crecido de forma asombrosa. Cuando empezamos a trabajar aquí, no había pacientes porque pensaban que el hospital era un sitio donde las mujeres morían. Fue difícil cambiar este estigma. Ahora confían y acuden a nosotros”.

Dra. Damayanti Zahar, gineco-obstetra de MSF, Jahun.





Con una probabilidad de 1 sobre 23 de morir por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, el mero hecho de estar embarazada en Nigeria puede suponer arriesgar la vida. Esta realidad es especialmente manifiesta en el norte del país, donde muchas mujeres carecen de acceso a los servicios de atención obstétrica más básicos.

En **Jahun**, estado de Jigawa, MSF trabaja desde 2008, junto al Ministerio de Salud, coordinando una sala de maternidad con capacidad para 35 camas y una de reparación de fístulas con 57 camas. A través del boca a boca y las visitas de los equipos móviles de MSF, mucha gente, incluso en las aldeas más alejadas, ahora conoce los servicios de atención obstétrica gratuita del hospital general de Jahun. Cada vez más mujeres acuden a este centro para el parto: en 2011 se asistieron 4.092 partos, en comparación con los 1.640 de 2009. Al disponer de personal cualificado y los equipamientos y fármacos necesarios, el índice de mortalidad materna en el hospital se ha reducido de un 6% al iniciarse el programa en 2008, al 1,5% en la actualidad.

Dra. Damayanti Zahar, gineco-obstetra en el hospital de Jahun

“El proyecto ha crecido de forma asombrosa. He visto adquirir más confianza al personal local y a muchas más mujeres acudiendo para el parto. Cuando empezamos a trabajar aquí, no había pacientes porque pensaban que el hospital era un sitio donde las mujeres morían. Fue difícil cambiar este estigma. Necesitábamos ayudarles a confiar en la atención hospitalaria. Ahora lo hacen y acuden a nosotros.

Aquí vemos muchísimas complicaciones. Mujeres que han estado de parto en casa durante dos o tres días y el bebé aún está por salir. Cuando iniciamos el proyecto, teníamos casos de mujeres que venían con obstrucción del parto, pero rechazaban hacerse una cesárea y se volvían a casa. Para ellas, el hecho de acudir al hospital es una gran decisión, y si necesitan cirugía, es otra decisión enorme. Creen que si entran en un quirófano, morirán. También creen que si no dan a luz a sus hijos de manera normal, no son verdaderas mujeres. Pero esto va mejorando. Ahora la gente está más abierta a la cirugía y confía en nosotros.

Sin embargo, las cesáreas son solo una parte de la solución. Como obstetra, la decisión de hacer una cesárea en un lugar como Jahun es bastante



arriesgada. Las mujeres de aquí tienen muchos embarazos y nunca podemos estar seguros de si la próxima vez acudirán al hospital para el parto, lo cual es realmente necesario, ya que tendrá un mayor riesgo de ruptura uterina y otras complicaciones”.

Binta, de 16 años, fue trasladada al hospital después de dos días de parto en casa

Tenía una obstrucción, pero los médicos pudieron practicarle un parto con ventosas y Binta finalmente dio a luz a su primer hijo de forma segura. Para prevenir la aparición de una fístula obstétrica, se le insertó un catéter urinario que ayudará a curar el tejido dañado.

“Estaba muy asustada porque era mi primer embarazo y para mí todo era desconocido. Había cuatro mujeres animándome a empujar que me daban infusiones de hierbas, pero cuando el bebé seguía sin nacer, decidieron llevarme al centro de salud. Allí no sabían qué hacer, así que me trajeron al hospital de Jahun. Estaba tan fatigada por tantas horas de parto, que no podía empujar más. Si no me hubieran traído al hospital, habría sufrido mucho y el resultado final habría sido la muerte de mi bebé y la mía. Cuando abracé a mi bebé por primera vez, fui muy feliz”.



Publicado en marzo de 2012
© Médicos Sin Fronteras
www.msf.es

Foto de portada: © François Dumont