

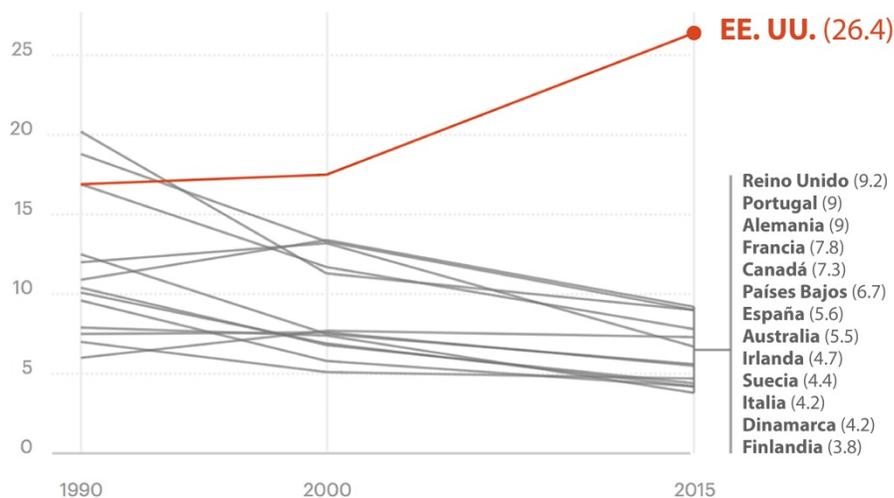
Comuníquese con: hhs@usc.edu

Mortalidad materna en los Estados Unidos

¿Cuál es el problema general?

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la mortalidad materna se refiere a la muerte relacionada con el embarazo durante o después del embarazo, hasta un período de un año tras el parto. Esta puede incluir afecciones relacionadas con el embarazo, como hemorragias, hipertensión, enfermedad cardíaca y problemas de salud mental, como el suicidio. Si bien las tasas de mortalidad materna en todo el mundo han disminuido más de una tercera parte del año 2000 al 2015, la tasa de mortalidad materna en los EE. UU. ha *aumentado* en un 100% desde 1987.ⁱ

A pesar de los avances en la tecnología y el tratamiento médicos, los resultados recientes indican que los EE. UU. tienen la peor tasa de mortalidad materna en comparación con cualquier otro país del mundo desarrollado. Las mujeres en los Estados Unidos tienen el doble de probabilidades de morir debido a complicaciones relacionadas con el embarazo que las mujeres en Arabia Saudita, y el triple de probabilidades más que las mujeres en el Reino Unido. Y lo que es más preocupante, las madres de raza negra en los Estados Unidos tienen tres o cuatro veces más probabilidades de morir debido a problemas relacionados con el nacimiento de su hijo que las de raza blanca.



Fuente: *The Lancet* / Crédito: Rob Weychert/ProPublica

Además, miles de mujeres en los Estados Unidos sufren complicaciones graves durante el embarazo y el parto, conocidas como “morbilidad materna grave”, que son cuasimortales (es decir, ataque

cardíaco, histerectomía, transfusiones, convulsiones, septicemia, eclampsia, que suelen llevar a que la mujer tenga que ser ingresada en la unidad de cuidados intensivos). Según los CDC, la tasa de morbilidad materna grave ha aumentado en un 100% en los últimos 12 años en los Estados Unidos y es 100 veces superior (de 1.5 a 2 por cada 100 nacimientos) que la tasa de mortalidad. Se calcula que, cada año, unas 50,000 madres sufren complicaciones peligrosas o potencialmente mortales durante el parto.

¿Cuáles son las causas de muerte materna en los EE. UU.?

Históricamente, las causas más comunes de muerte materna eran las hemorragias durante el parto y los trastornos hipertensivos como la preeclampsiaⁱⁱ y las infecciones. Sin embargo, recientemente el aumento de muertes se ha debido a enfermedades cardiovasculares y otras afecciones médicas subyacentes. Las tasas de las principales causas de muerte materna (enfermedad cardiovascular y preeclampsia) aumentaron un 72% durante las dos últimas décadas (1993-2014). Estas complicaciones son evitables en un 80-90% de los casos, pero a pesar de ello suponen más del 80% de los casos de morbilidad materna grave en los Estados Unidos, y un 20-30% de las muertes maternas.



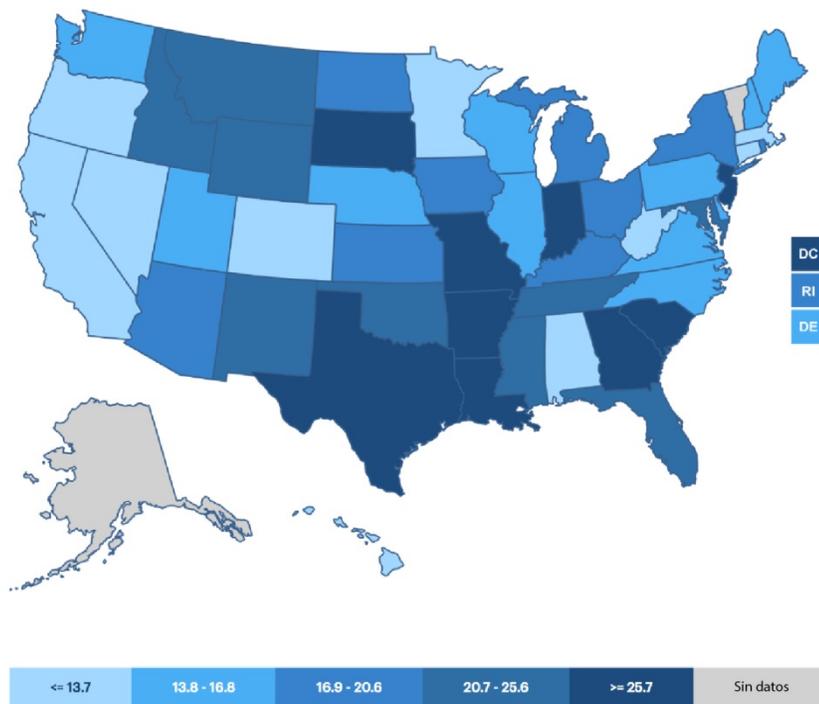
¿Quiénes tienen un mayor riesgo de muerte materna?

Las mujeres de raza negra y las mujeres que viven en zonas rurales son las que tienen un mayor riesgo de mortalidad materna y morbilidad materna. El riesgo de mortalidad materna para las mujeres de raza negra es de 3 a 4 veces superior que para las mujeres de otras razas u orígenes étnicos. Por ejemplo, las convulsiones de la preeclampsia y la eclampsia son un 60% más frecuentes en las mujeres de raza negra. Este grupo representa tan solo un 11% de nacimientos en los EE. UU, pero más de una cuarta parte (28%) de las muertes maternas.

Es importante destacar que además de la atención materna, las desigualdades de salud para las mujeres de raza negra también son visibles en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares,

la diabetes, el cáncer y el manejo del dolor. Los motivos para dichas desigualdades son complejos y, entre otros, incluyen la falta de acceso a la atención de la salud, una atención de baja calidad, la pobreza y los prejuicios por cuestiones de raza atribuidos a la comunicación con el proveedor y el comportamiento de este, lo que contribuye a una atención de menor calidad que puede tener consecuencias para la salud. Es posible que las mujeres inmigrantes que no hablan inglés también eviten la atención prenatal debido a la discriminación por parte de los proveedores y el miedo a que se revele su condición de inmigrante indocumentada.

TASAS DE MORTALIDAD MATERNA (por cada 100,000 nacimientos) en 2018



Fuente: CDC, National Vital Statistics (Estadísticas vitales nacionales); www.americashealthrankings.org

Además, la tasa de mortalidad materna en zonas rurales es significativamente superior que en las grandes ciudades, debido a los “desiertos de maternidad” relacionados con los cierres de hospitales rurales en algunos estados. Por ejemplo, en 1980 había 45 hospitales en los condados rurales de Alabama que ofrecían servicios obstétricos; actualmente solo quedan 16. La atención prenatal, durante el parto y el posparto ahora requiere un viaje en automóvil de 45 minutos o una hora para más de la mitad de las mujeres que viven en las zonas rurales de Alabama. Parece que esta situación se ve particularmente agravada en estados que no expandieron Medicaid en el marco de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés).

En el año 2014, el 54% de las mujeres en condados rurales de Estados Unidos no contaban con servicios obstétricos en un hospital. Según datos del American Congress of Obstetricians and Gynecologists, solamente el 6% de obstetras/ginecólogos trabajan en zonas rurales, a pesar de que el 15% de la población vive en la América rural. Un elemento clave es la falta de atención para los problemas médicos como la hipertensión y la diabetes antes del embarazo y entre los embarazos. El estrés relacionado con la pobreza es un factor significativo que contribuye en las desigualdades respecto a la distribución de la mortalidad materna.

¿Se pueden evitar las muertes maternas?

Según los CDC, el 60% de todas las muertes maternas son evitables. Las soluciones exigen que los proveedores, los encargados de formular políticas y las comunidades conviertan la salud materna en una prioridad, analicen los problemas de comunidades específicas y aborden las deficiencias existentes. Contar con una mayor atención prenatal y con el apoyo de la figura del cuidador, como las parteras y las *doulas*, ayuda a mejorar los resultados de salud de las mujeres.

California es el único estado del país en el que la mortalidad materna ha disminuido en los últimos años; actualmente, su tasa de mortalidad materna es un tercio de la tasa a nivel nacional, una cifra que está a la par con la de Europa Occidental. El éxito logrado por California a la hora de abordar este problema se atribuye en gran medida a la medición de la calidad y los programas de mejora desarrollados por California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC), así como a los socios de todo el estado que se han centrado conjuntamente en esta cuestión. Por ejemplo, en colaboración con el Departamento de Salud Pública de California, CMQCC realizó una revisión de los casos de mortalidad materna y señaló los principales factores de muerte, que incluyen hemorragias, preeclampsia, enfermedades cardiovasculares y mayores tasas de cesáreas. En ese momento, CMQCC desarrolló unos kits de herramientas con instrucciones sobre cómo los proveedores pueden abordar cada uno de estos factores, y también los difundió por el estado a través de [programas educativos colaborativos para la mejora de la calidad](#).

En resumen

Los Estados Unidos tienen una tasa de mortalidad materna inaceptablemente alta, así como desigualdades especialmente terribles para las madres de raza negra. Estos hechos son especialmente perturbadores, sobre todo teniendo en cuenta que los EE. UU. gastan más en atención de la salud que cualquier otro país. Como uno de los países más ricos, disponemos de los recursos y la capacidad para lograr disminuir las tasas de mortalidad materna. Debemos convertir la salud de las mujeres en una prioridad e implementar políticas eficaces para abordar estas deficiencias, sobre todo para las madres de raza negra.

Estudio de caso

Amanda es una mujer de 32 años de raza negra que creció en Texas y se quedó en su pueblo. Es una madre activa y enérgica, que tenía un trabajo a tiempo completo para ayudar a mantener a su familia: trabajaba en un turno temprano por la mañana para tener tiempo de llevar a su hijo de ocho años a su entrenamiento de béisbol y ayudar a su hija de seis años con las tareas escolares al volver de la escuela. Cuando supo que estaba embarazada de su tercer hijo, la noticia la sorprendió un poco, pero se alegró mucho. Su trabajo, un puesto de nivel inicial, no le ofrecía seguro de salud; sin embargo, afortunadamente el plan de la empresa en la que trabajaba su marido sí cubría la atención durante el embarazo, a pesar de que la clínica estaba lejos de su casa, y el matrimonio tenía un solo automóvil que debían compartir. El estrés que suponía combinar su horario de trabajo, la vida familiar y las citas con el médico pasaron factura a su embarazo. Amanda tuvo dolores de cabeza, hinchazón de las piernas, cansancio y dolor de espalda. Los proveedores de atención de la salud que la atendieron le dijeron que todos esos síntomas eran “normales y típicos” del embarazo.

Un par de días después de dar a luz a su bebé y volver a casa, las náuseas que Amanda había sufrido durante su estancia en el hospital empeoraron. Llamó a la enfermera de su médico, pero esta no le dio importancia a lo que contaba Amanda y le dijo que era un caso de indigestión. Después de apenas probar la cena, Amanda se sentía más débil y se tumbó en la cama con su bebé, pero el malestar

estomacal tampoco mejoró. Empezó a sudar muchísimo y a quedarse sin aire. Entonces su marido llamó al servicio médico de emergencias, que llegó media hora más tarde y le hizo unas pruebas: su diagnóstico fue que seguramente Amanda tenía un caso agudo de gases, y lo único que le recomendaron fue que tomara una pastilla contra la acidez estomacal y descansara. Amanda sentía mucha frustración, porque parecía que los demás no hicieran caso del dolor agudo que sentía.

Intentó relajarse, pero cada vez le costaba más respirar y el dolor no paraba de volverse más intenso; el bebé lloraba hambriento, pero Amanda no podía amamantarlo. Juan, su marido, estaba preocupado por el estado de su esposa y pensó que estaba pasando algo realmente muy malo. Por eso, tan solo media hora después de que los paramédicos se fueran de su casa, metió a sus hijos en el automóvil, bebé incluido, y se fue con su esposa lo más rápido que pudo hasta el hospital, un viaje de 45 minutos. En la sala de emergencias, tras examinar a Amanda y hacerle análisis de sangre y un ecocardiograma, el médico determinó que estaba sufriendo una insuficiencia cardíaca que desembocó en un ataque al corazón. La llevaron urgentemente a la unidad de cuidados intensivos, donde murió debido a un paro cardíaco.

Le diagnosticaron cardiomiopatía posparto (PPCM, por sus siglas en inglés), una de las principales causas de mortalidad materna actualmente, causante de un 11% de las muertes que se producen aproximadamente. El corazón de Amanda se había agrandado y no podía bombear suficiente sangre para que su cuerpo siguiera funcionando. Los síntomas que sufría (cansancio, hinchazón, falta de aire) son típicos en el embarazo así que la cardiomiopatía posparto pasó desapercibida; ahora bien, si se detecta a tiempo, muchas mujeres sobreviven y recuperan completamente su función cardíaca. Si se tarda mucho en proporcionar tratamiento, pueden producirse discapacidades y la muerte. Amanda perdió un tiempo muy valioso con la visita que el equipo médico de emergencias le hizo en su hogar, con proveedores que ignoraron sus síntomas, y esperando a que el dolor disminuyera, y también con el largo trayecto hasta el hospital.

Este caso es un ejemplo muy claro de un problema común que existe: se minimizan las quejas de las mujeres embarazadas en gran medida porque son jóvenes y parece que, fuera de esos síntomas, tienen buena salud. El hecho de no escuchar las quejas de las mujeres supone un problema, sobre todo para las mujeres de raza negra, tal como demuestra [la historia de Serena Williams](#) sobre las complicaciones que sufrió durante su embarazo debido a una embolia pulmonar.

Recursos (en inglés)

Lost Mothers: Maternal Care and Preventable Deaths

<https://www.propublica.org/series/lost-mothers>

Why America's Black Mothers and Babies Are in a Life or Death Crisis

<https://www.nytimes.com/2018/04/11/magazine/black-mothers-babies-death-maternal-mortality.html>

Pregnancy Related Deaths:

<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pregnancy-relatedmortality.htm>

Why is U.S. Maternal Mortality Rising?

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2645089>

Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25032386>

Maternal Mortality and Morbidity in the United States
<http://www.who.int/bulletin/volumes/93/3/14-148627/en/>

Racial and Ethnic Disparities in Obstetrics and Gynecology <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Racial-and-Ethnic-Disparities-in-Obstetrics-and-Gynecology>

Maternal Health Care is disappearing from rural America
<https://www.scientificamerican.com/article/maternal-health-care-is-disappearing-in-rural-america/>

ⁱ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad materna como la muerte relacionada con el embarazo que se produce durante el embarazo o dentro de los 42 del posparto.

ⁱⁱ La preeclampsia es una complicación que surge durante el embarazo caracterizada por la aparición repentina de presión arterial alta en mujeres que anteriormente no habían sufrido hipertensión arterial. Otras características son los niveles excesivos de proteínas en la orina y la inflamación de los pies, las piernas y las manos. Si la preeclampsia empieza pasadas las 20 semanas del embarazo y no se detecta o se trata, puede provocar una afección peligrosa para la mujer y el bebé, y puede ser necesario inducir el parto inmediatamente.