

AOE SITUACION DE LA MUJER EN EL PERU

DR JUAN TRELLES YENQUE

**SOCIEDAD PERUANA DE
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**

**PROFESOR PRINCIPAL
UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA**

MORTALIDAD MATERNA

DEFICIENTE:

- Educación sanitaria
- Infraestructura
- Control prenatal
- Planificación familiar
- Calidad de atención
- Red de bancos de sangre
- Manejo del aborto

MORTALIDAD MATERNA

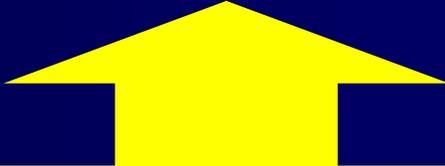
- **POBREZA**
- **SUBDESARROLLO**
- **INEQUIDAD**
- **NO PRIORITARIO**

PERU

TASAS ELEVADAS



MORTALIDAD
FETAL

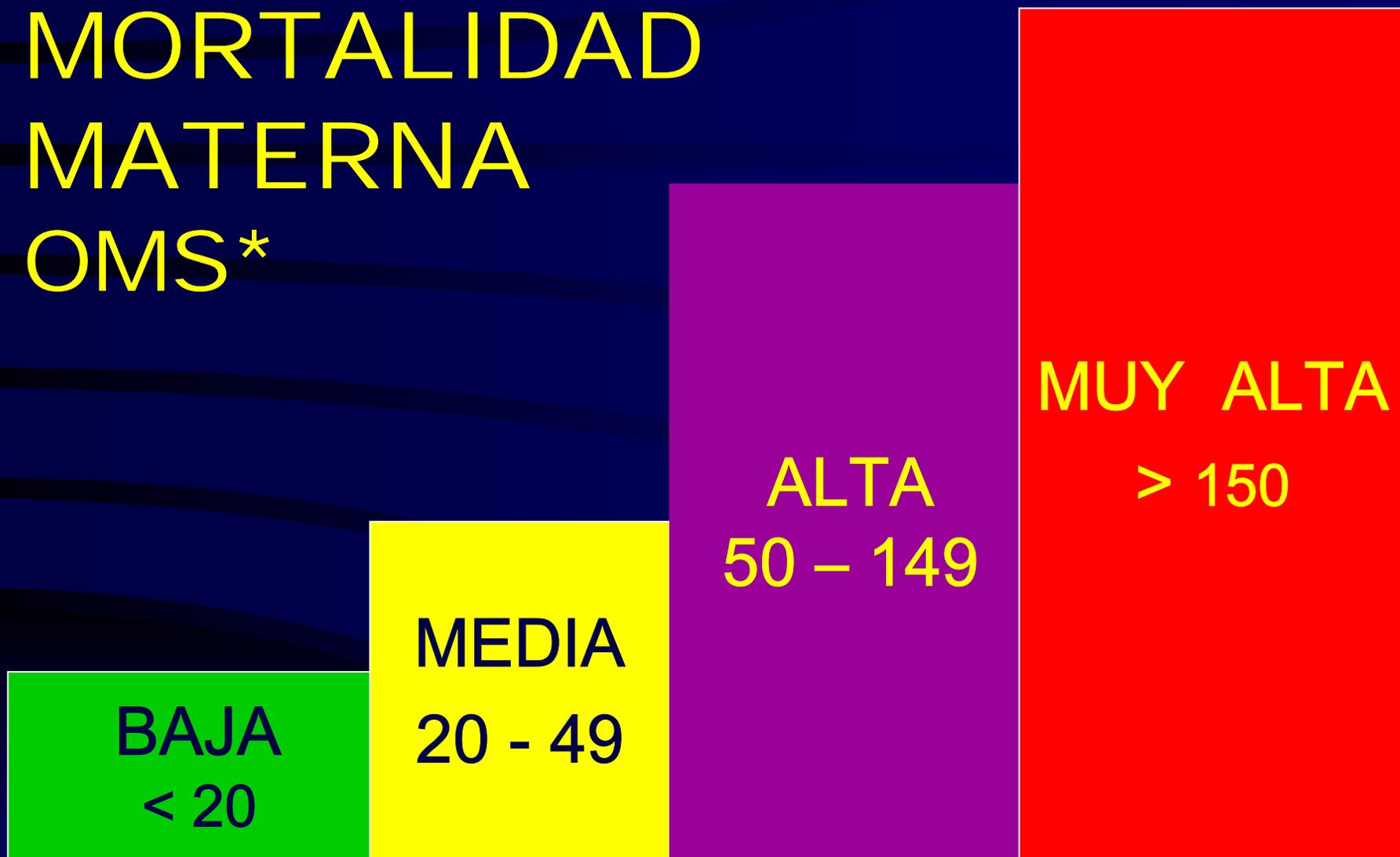


MORTALIDAD
MATERNA

MORTALIDAD MATERNA

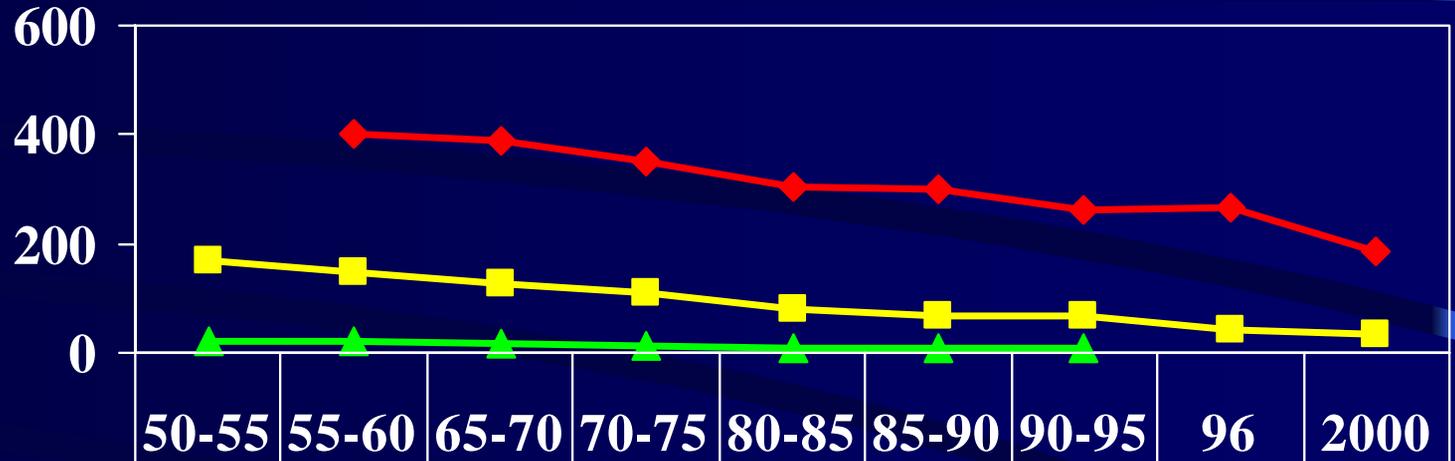
BAJA < DE 20	MEDIA 29 - 49	ALTA 50 - 149	MUY ALTA 150 O MAS
Canadá Estados Unidos	Cuba		
	Argentina Chile Costa Rica Mexico Uruguay	Brasil Colombia Jamaica Panamá Rep.Dominicana Trinidad y Tobago Venezuela	
		Ecuador El Salvador Nicaragua Paraguay	PERU Bolivia
Fuente: OPS/OMS			Guatemala Haití Honduras

MORTALIDAD MATERNA OMS*



* Tasa por 100,000 nv.

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD EN EL PERU



 MORTALIDAD MATERNA		400	390	350	303	298	261	265	185
 MORTALIDAD INFANTIL	168.6	148.5	126.3	110.3	81.6	68	65.6	43	33
 MORTALIDAD	21.68	19.71	15.59	12.75	9.04	7.74	6.85		

Fuente: Encuestas nacionales (ENDES).

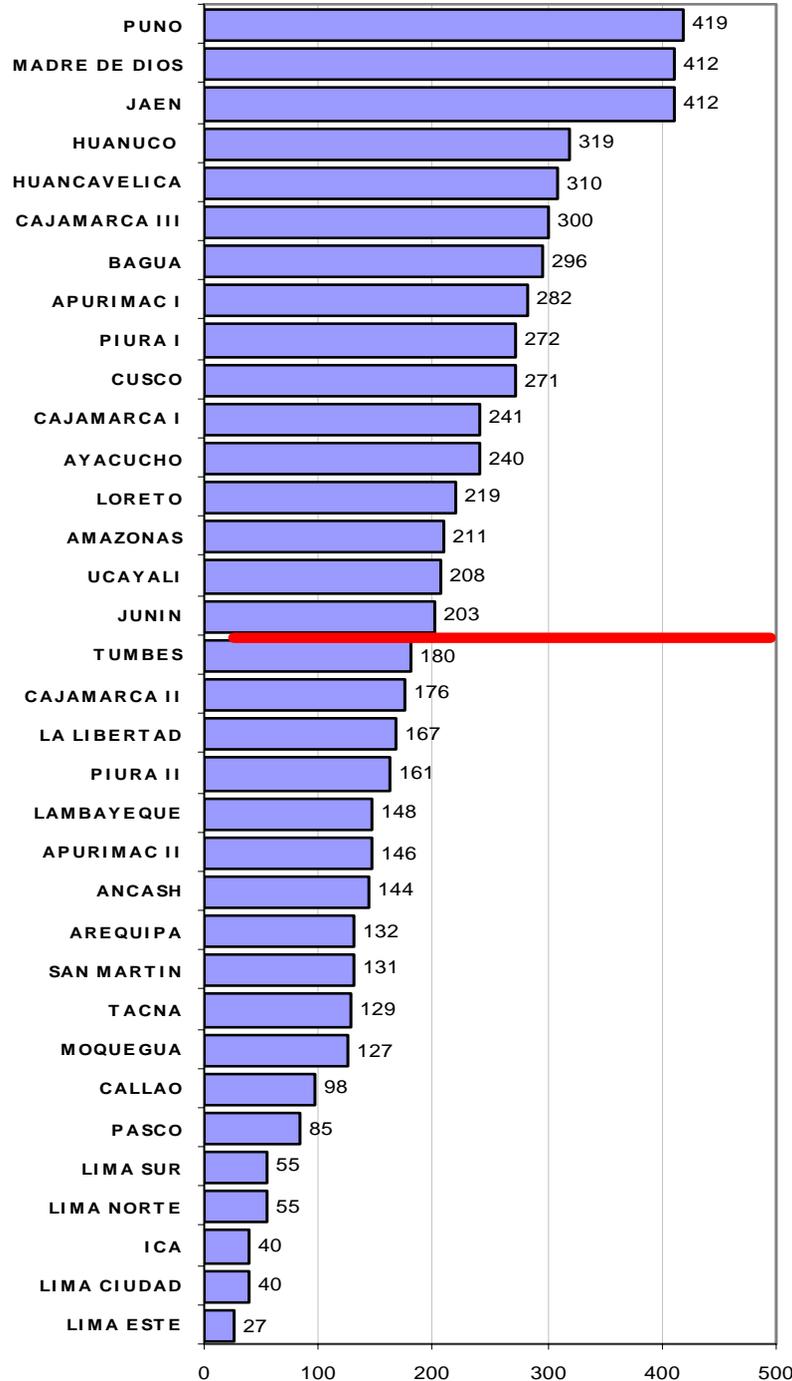
TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN EL PERU (por 100 mil nacidos vivos)



Fuente: Encuestas nacionales (ENDES)

TASA DE MORTALIDAD MATERNA 1999

100,000 nv.

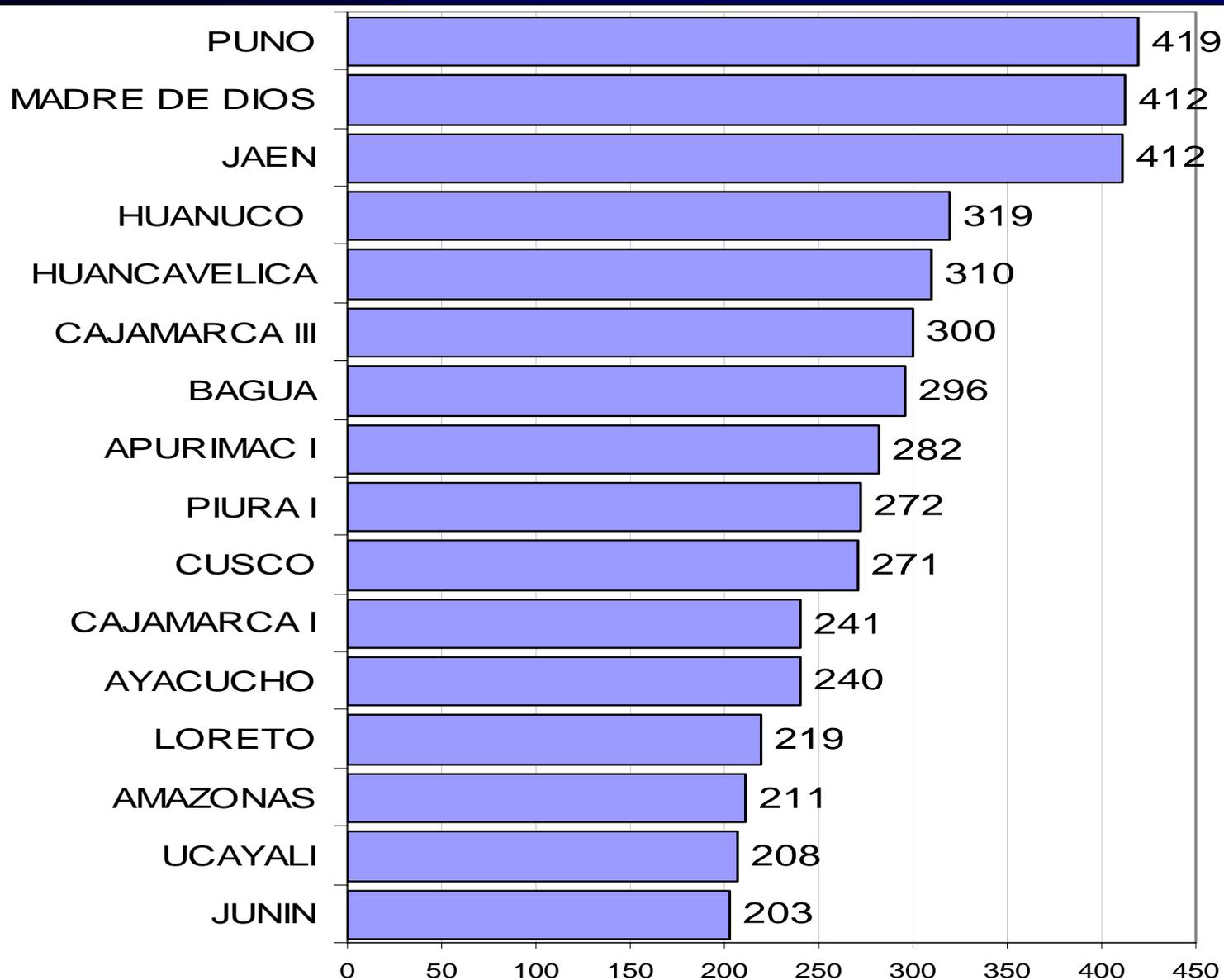


TOTAL MM: 691

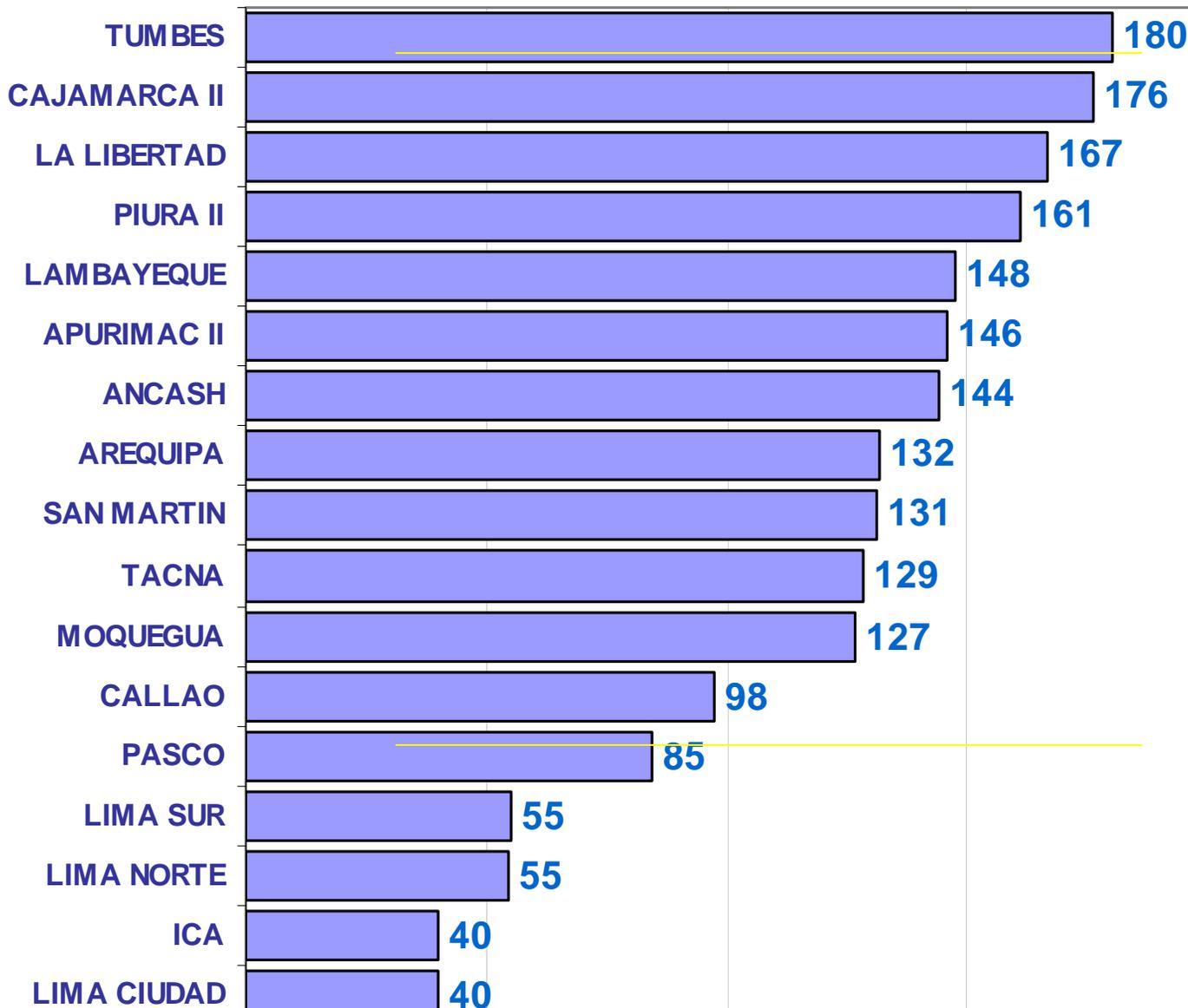
TASA

REGISTRADA: 185

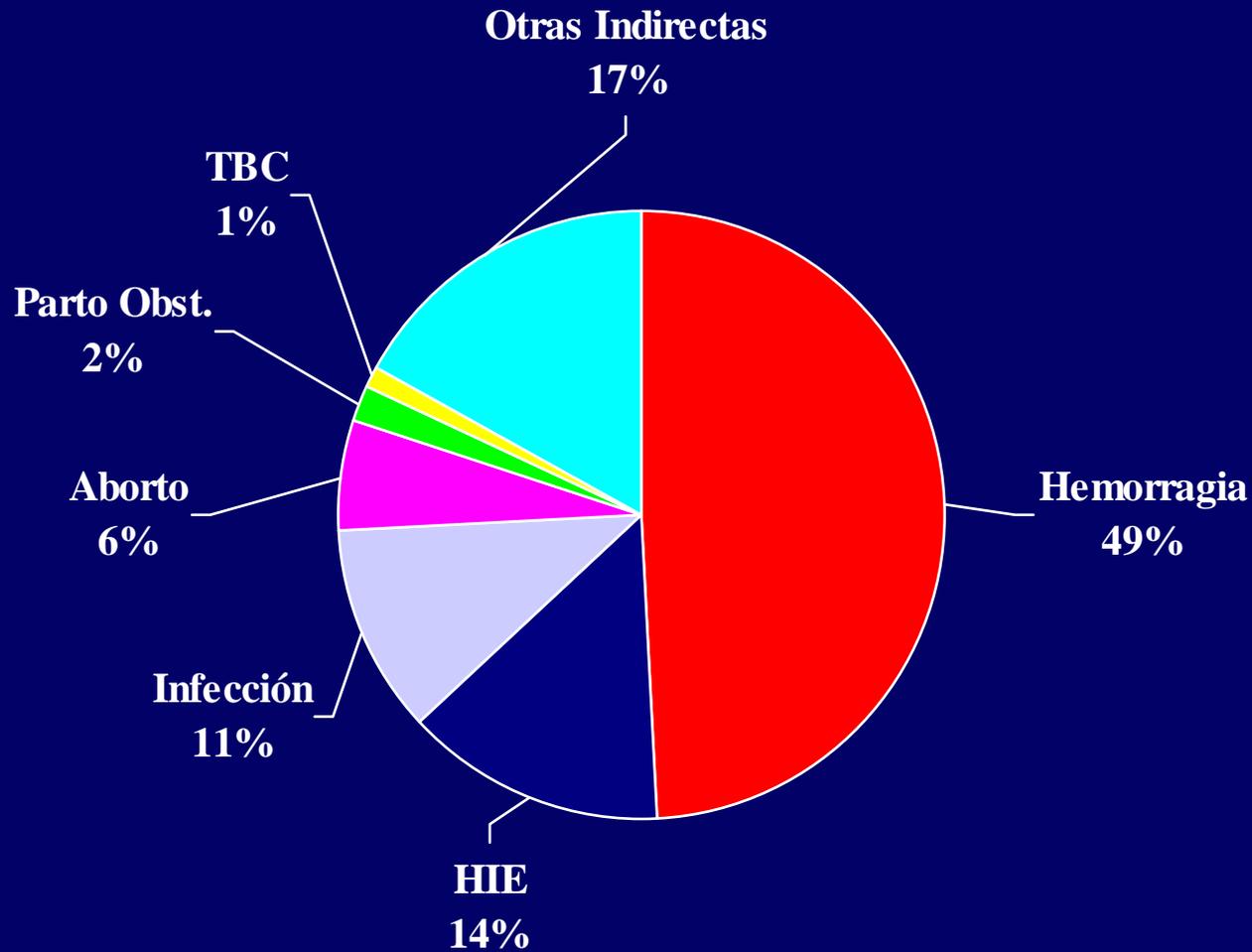
TASA DE MORTALIDAD MATERNA 1999 POR 100,000 nv.



TASA DE MORTALIDAD MATERNA 1999 POR 100,000 nv.



CAUSAS DE MUERTE MATERNA PERU 2000



MUERTES MATERNAS 2000

MINISTERIO DE SALUD

MUERTE EN	CON ATENCIÓN PRENATAL	SIN ATENCION PRENATA	TOTAL %
SERVICIO DE SALUD	24.7%	14.5%	39.2
DOMICILIO	44.1%	16.7%	60.8
TOTAL	68.8%	31.2%	100%

FUENTE: MATERNO PERINATAL

MUERTES MATERNAS 2001

MINISTERIO DE SALUD

MUERTE EN	CON ATENCIÓN PRENATAL	SIN ATENCION PRENATA	TOTAL %
SERVICIO DE SALUD	26%	20%	46
DOMICILI O	42%	12%	54
TOTAL	68.%	32%	100%

FUENTE: MATERNO PERINATAL

MUERTE MATERNA

Situación en el Gobierno

DEMANDA DE ATENCIÓN

ENDES	1992	1996	2000
Control Prenatal	63.9	69.9	83.8
Atención del Parto	52.5	56.4	59.3
Brecha	11.4	13.5	24.5

MORTALIDAD MATERNA

FACTORES SOCIALES

- EDUCACION
- ECONOMIA
- CULTURA

MORTALIDAD MATERNA

FACTORES BIOMEDICOS

- EMBARAZO
- PARTO
- PUERPERIO

MORTALIDAD MATERNA FACTORES BIOMEDICOS

EMBARAZO

- ABORTO
- EMBARAZO ECTOPICO
- ENFERMEDAD TROFOBlastica GESTACIONAL
- ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO
- ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
- HEMORRAGIA EN GESTANTES > 22 SEMANAS
- ENFERMEDADES INTERCURRENTES

MUERTE MATERNA

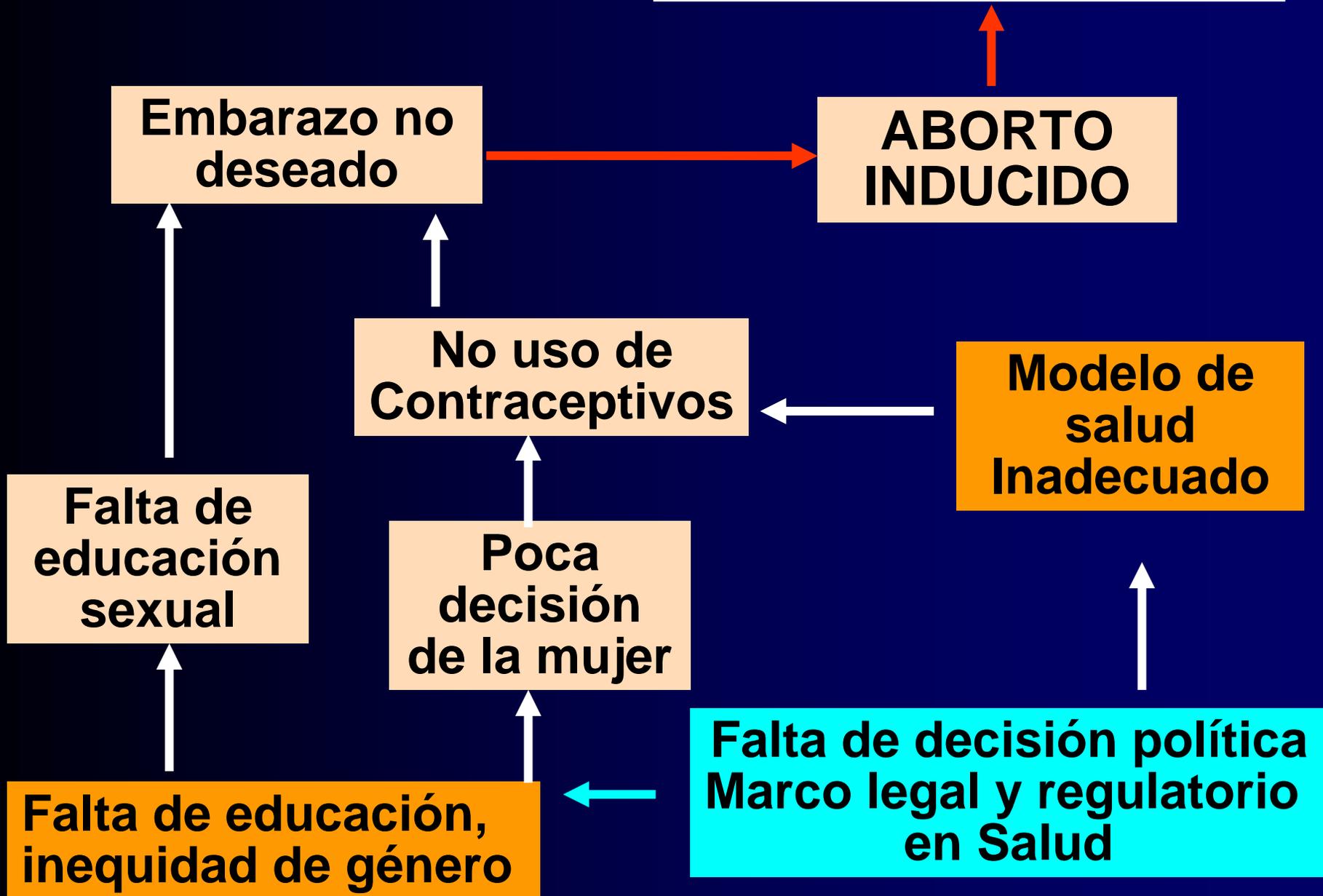
```
graph BT; A[aborto Inducido] --> B[MUERTE MATERNA]; C[Capacidad resolutive De los servicios] --> B; D[Retraso en llegar al centro de salud] --> B;
```

**aborto
Inducido**

**Capacidad resolutive
De los servicios**

**Retraso en llegar
al centro de salud**

MUERTE MATERNA



MUERTE MATERNA

Situación en el Hogar

- **Rol pasivo de los miembros de la familia en el cuidado de la salud personal**
- **Las personas no reconocen signos de alarma durante el embarazo, parto y puerperio y no solicitan apoyo oportuno.**
- **No tiene confianza en el proveedor de salud y prefiere la atención de otros miembros de la familia o métodos tradicionales de atención.**

MUERTE MATERNA

Situación en la Comunidad

- **Las organizaciones Comunales no participan, ni se sienten responsables del cuidado de la salud de la mujer, durante el embarazo, parto y puerperio.**
- **Escuelas no promueven y los profesores no practican conductas saludables**

MUERTE MATERNA

Situación en el Gobierno

- **No ofrece servicios de salud confiables para solucionar las complicaciones obstétricas.**
- **Los servicios de salud encargados del control prenatal no son confiables para la detección y solución de problemas obstétricos.**
- **La demanda de control prenatal no se correlaciona con la demanda de atención del parto.**

MUERTE MATERNA EN EL PERÚ

SI ES UN PROBLEMA

TRATAMIENTO DEL ABORTO

- ◆ PREVENCIÓN DEL ABORTO
- ◆ CAMBIO DE ACTITUD DEL PROVEEDOR
- ◆ DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO
- ◆ CONSEJERÍA Y ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO

ANTE UN PROBLEMA DE SALUD SE NECESITA

- ⇒ DECISIÓN POLITICA**
- ⇒ ESTRUCTURA DE SALUD ADECUADAS**
- ⇒ TECNOLOGIA DISPONIBLE**
- ⇒ RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS**
- ⇒ PRESUPUESTO CONVENIENTE**
- ⇒ ACEPTACION POR LA COMUNIDAD**

Existen muchos métodos anticonceptivos...

- ❖ **Hormonales: pastillas, inyectables, implantes**
- ❖ **DIUs**
- ❖ **Condoms (masculino y femenino)**
- ❖ **Métodos naturales**
- ❖ **Métodos definitivos**
- etc. etc.**

.....pero no están indicados en todas las mujeres

.....no todos los métodos son perfectos

.....y no todos los coitos son voluntarios

La Prevención del Embarazo No Deseado

Los métodos anticonceptivos regulares pueden prevenir el embarazo no deseado si usados antes o durante el coito.

La prevención del embarazo es también posible hasta unas horas después de la relación sexual.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Viejo secreto.....

1964 : (Amsterdam) Dr. Ary Haspel

- ❖ Alta dosis de estrógenos x 5 dd

1972 : (Canada) Dr. Albert Yuzpe

- ❖ A.O. combinados en 2 dosis :
“Régimen de Yuzpe”

Años 70s : Progestinas solas

- ❖ America Latina : A.C. postcoital
de “rutina”.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

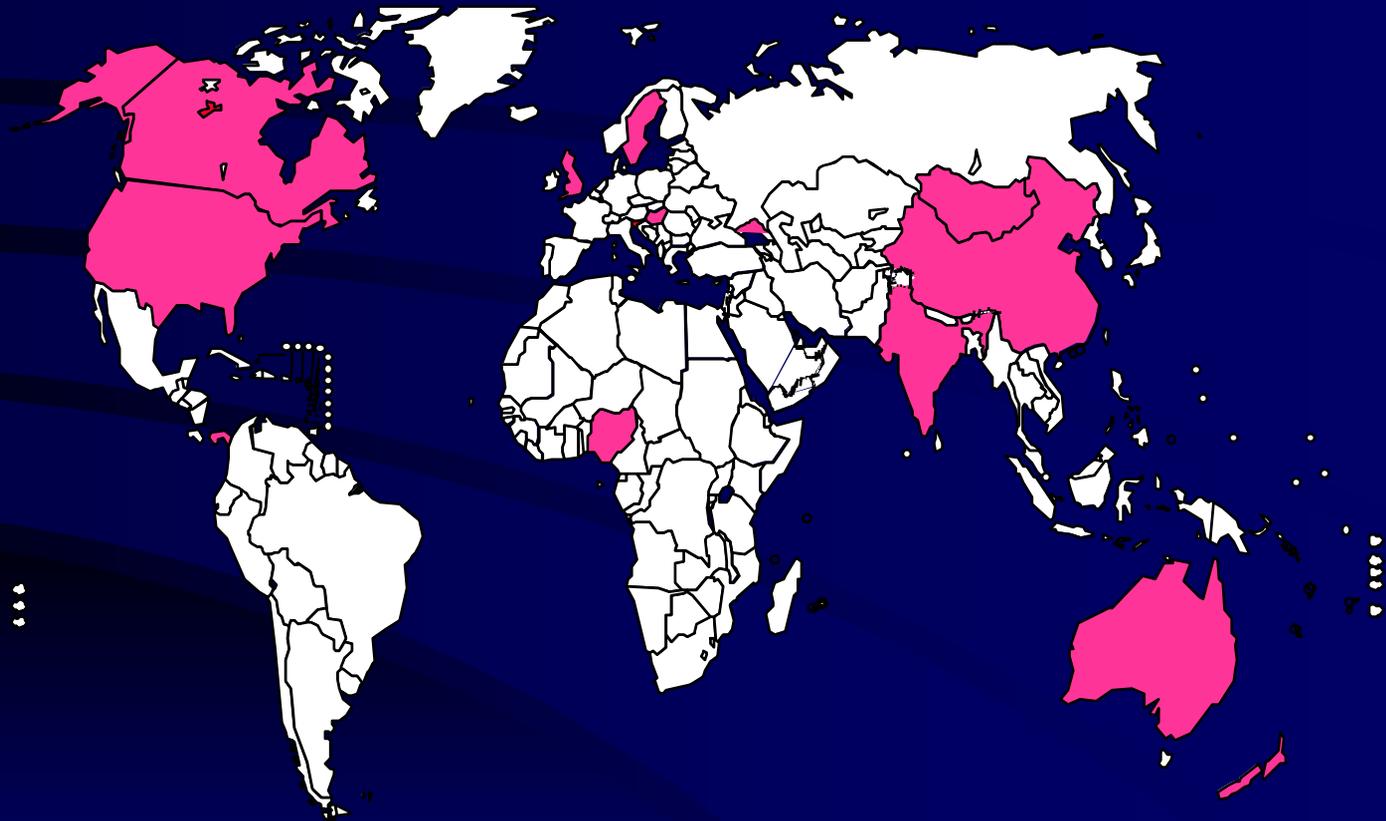
De viejo secreto a nueva opción anticonceptiva?

Asia (Hong Kong : 1993)

- ❖ L-Norgestrel : 0.75 x 2
en las primeras 48 horas
- ❖ Elevada eficacia anticonceptiva

Levonorgestrel vs régime de Yuzpe

Países participantes



Lancet, 352:428-33

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

O.M.S. 1998 :

- ❖ Estudio multicéntrico en 15 países :
Yuzpe vs. L-Norgestrel : 0.75 x 2
en las primeras 72 horas
- ❖ Elevada eficacia anticonceptiva
- ❖ Efectividad dependiente del tiempo
- ❖ Mínimos efectos colaterales

WHO, Lancet 352, 1998

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Consenso Internacional

- Grupo de Consenso (Abril 1995) : **Declaración de Consenso de Bellagio.**
- OMS (Dic. 1995) : A.E. en “Lista de Fármacos esenciales” y en “Kit” de salud para refugiados.
- FDA (Feb. 1997) : Declara las P.A.E.s “seguras y efectivas” ; invita al registro de “productos dedicados”.
- USAID (1997) : Incluye las P.A.E.s en programas de asistencia en P.F.
- UNFPA, UNRHC, UNICEF, BM, OPS

Regímenes Hormonales

Régimen Combinado
(“Yuzpe”):

Etinil-Estradiol mas
Norgestrel (o L-Ng)

Régimen con
Progestinas Solas:

L-Norgestrel solo

Ambos esquemas se administran en dos dosis divididas; la primera de ellas debe iniciarse dentro de las 72 horas desde el coito, la segunda 12 horas después.

Regímenes Hormonales

Régimen Combinado
(“Yuzpe”):

Eugynon, Neogynon

Nordiol, Ovral

2 + 2 tabletas

Microgynon, Nordette

Lo-Femenal

4 + 4 tabletas

Régimen con
Progestinas Solas:

Microlut

25 + 25 tabletas

Postinor-2, Nor-Levo,
Post-day, Vika

1 +1 tabletas

LA CONSEJERIA

- **INDICACIONES**
- **EFFECTIVIDAD**
- **EFFECTOS COLATERALES Y SU MANEJO**
- **MENSTRUACION SUBSIGUIENTE**
- **AUSENCIA DE TERATOGENESIS**
- **SEGURIDAD**
- **MECANISMO DE ACCIÓN**
- **USO REPETIDO**

Indicaciones

1. Relación sexual no protegida
2. Falla o error en el uso de un método AC (condón, pastillas, inyecciones, ritmo, abstinencia...)
3. Violación

Embarazo no deseado  Aborto inducido

Efectividad de la AE



Si **100** mujeres tienen relaciones sexuales entre la 2° y 3° semana del ciclo



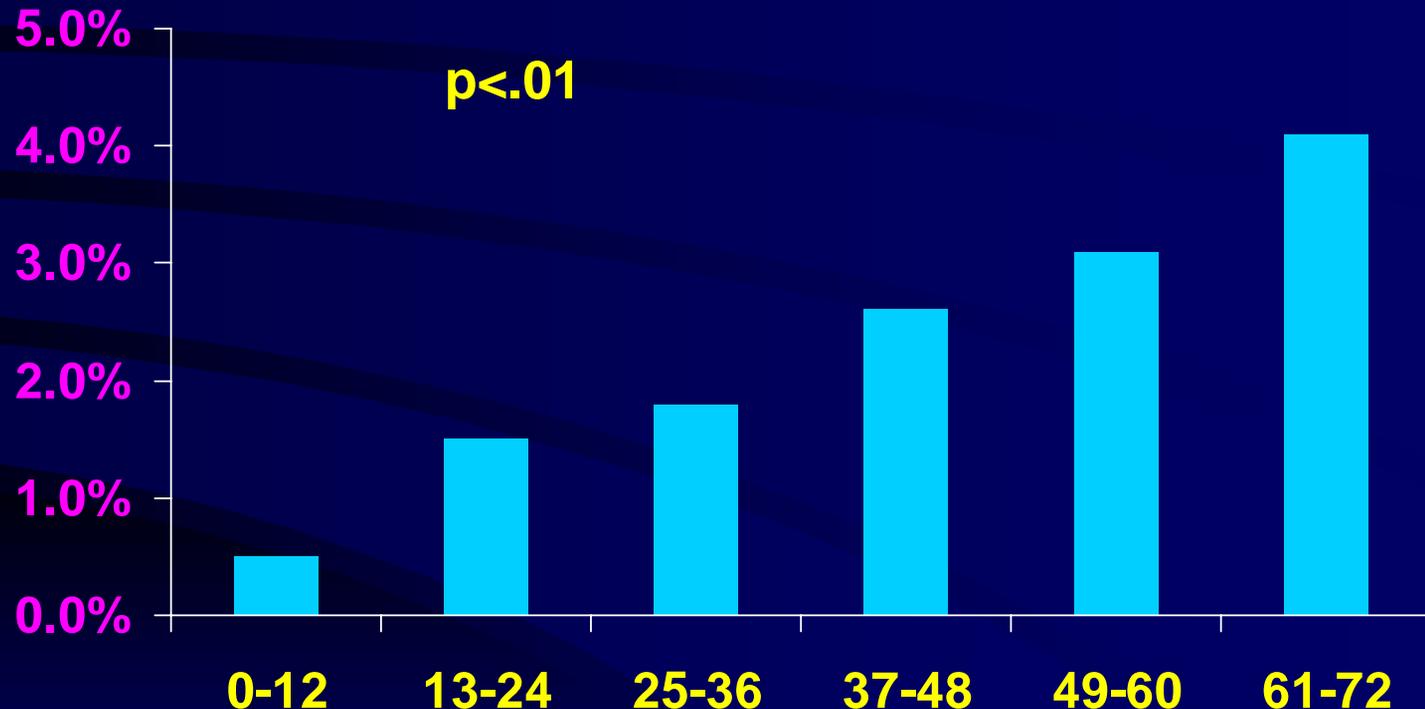
se embarazarían **8**.



Si usaran AE, solo se embarazarían **1-2**.
Falla = **1-2%** Efectividad = **75-85%**

VENTANA DE INTERVENCIÓN

Tasa de embarazo vs. tiempo (Yuzpe & LNg)

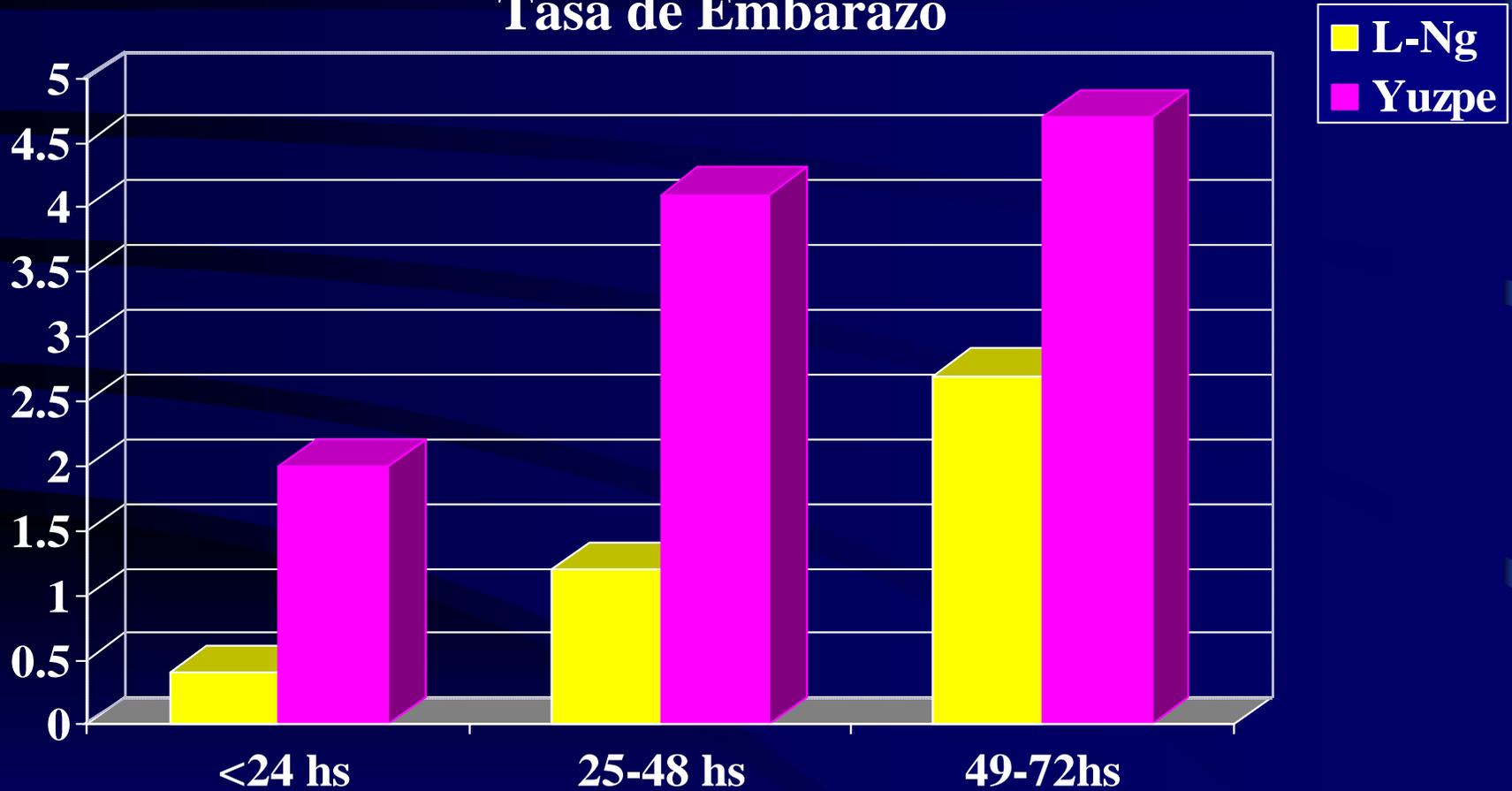


WHO Pooled Data, Lancet 1998

Tiempo vs. Efectividad

Yuzpe vs. L-Ng

Tasa de Embarazo



WHO, Lancet 352,1998

Efectividad de la AE:

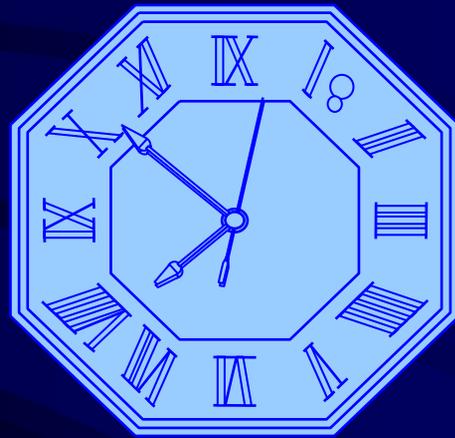
Estudio multicéntrico comparativo

- **Una dosis única de L-Ng (1.5 mg) es tan efectiva como dos dosis divididas (0.75 mg x 2)**
- **La efectividad persiste hasta los 5 días, pero disminuye con el tiempo.**

WHO, Lancet 360, 2002

Anticoncepción de Emergencia

El factor *tiempo* es el mas importante
en determinar la *efectividad* anticonceptiva



*¡Hay que conocerla antes de
necesitarla!*

EFECTOS COLATERALES Y SU MANEJO

- **Náusea**
- **Vómito**
- **Cefalea, mareos etc.**

Son frecuentes, pero auto-limitantes.

Son menos frecuentes con el L-Ng solo.

Se pueden prevenir con la administración previa de antieméticos.

En caso de vómito, puede utilizarse la vía vaginal.

MENSTRUACIÓN SUBSIGUIENTE

- Solo en un 10-15% de los casos, podrá presentarse un sangrado por suspensión unos días después de la toma.
- En mas del 80% de los casos, la menstruación se presentará en la fecha prevista (+ o – 3 días).
- Si hay retraso de mas de una semana, solicitar Dx de embarazo.

Perfil de Seguridad

- ❖ **Ausencia de contraindicaciones absolutas y relativas (OMS, 2000)**
- ❖ **Ausencia de efectos secundarios severos (estudios clínicos, registros epidemiológicos: GB)**
- ❖ **Ausencia de efectos teratogénicos, en caso de falla (OMS, 2000)**

LA CONSEJERIA

PORQUÉ NO USARLA DE RUTINA?

- No protege de las ITS
- Causa mas efectos colaterales
- Es menos efectiva que otros métodos
- La ausencia de contraindicaciones aplica solo al uso ocasional
- Dificulta el reconocer las fases del ciclo

.....En suma, no conviene.....

A.E. : Uso repetido

.....*En suma, no conviene, pero*.....

- Otros AC tampoco protegen de las ITS
- Los efectos colaterales del LNg-solo pueden ser tolerables
- La efectividad depende del tiempo de la toma
- Los aspectos de seguridad aplican al uso “ocasionalmente” repetido
- Las alteraciones del ciclo pueden ser aceptables.

“Switching EC to OTC Status” Grimes DA, NEJM 2002, 347

“Repeat Emergency Contraception: facing our fears”

JD Shelton, Contraception 2002, 66

LA CONSEJERIA

- ❖ Nunca hay que negar la AE en los casos indicados.
- ❖ Siempre será mejor que enfrentar un aborto o un embarazo no deseado y no planeado.

Se ha calculado que la AE podría reducir en 1.5 millones los embarazos no deseados y en 0.7 millones los abortos inducidos en EEUU.

Trussell et al. 1992; Henshaw 1998

MUCHAS
GRACIAS

