

Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna

A strategy to decrease the mother mortality

MSc. Sonia I. Águila Setién

Hospital Ginecobstétrico Docente "Profesor Eusebio Hernández", La Habana. Cuba.

RESUMEN

Introducción: es necesario el estudio y análisis de la morbilidad materna extremadamente grave (MMEG) para complementar las investigaciones sobre mortalidad materna, así como la vigilancia epidemiológica de estos casos, como estrategia para las acciones propuestas por OPS/OMS en la Cumbre del Milenio, para la disminución de la mortalidad materna en el 2015.

Objetivos: actualizar e incorporar el nuevo concepto de MMEG en nuestra actividad cotidiana, en el manejo de casos con morbilidad obstétrica muy severa.

Métodos: revisión de bibliografía internacional y nacional sobre el tema. Análisis detallado de la investigación sobre MMEG en instituciones seleccionadas de América Latina en el 2008. Se explora el valor de nuevos indicadores relacionados con estas afecciones.

Resultados: se analizaron en nuestro medio, aspectos que impiden la correcta identificación de los casos y su oportuno tratamiento.

Conclusiones: se realiza una propuesta de soluciones para el trabajo de especialistas dedicados a la atención a pacientes graves y también en los aspectos organizativos en nuestras instituciones.

Palabras clave: morbilidad materna, morbilidad materna extremadamente grave, muerte materna.

ABSTRACT

Introduction: it is necessary the study of the extremely severe maternal morbidity (ESMM) to complement the researches on maternal mortality, as well as the epidemiologic surveillance of these cases as a strategy for actions proposed by PAHO/ HWO in Millennium Summit to decrease the maternal mortality in 2015.

Objectives: to update and to incorporate the new concept of ESMM in our daily practice.

Methods: A national and international review on this subject. A detailed analysis of the research on ESMM in selected Latin American institutions in 2008. The value of new indicators related to these affections is explored.

Results: in our environment authors analyzed the features preventing the appropriate identification of cases and its timely treatment.

Conclusions: a proposal of solutions is carried out for the work of specialist charged of severe patients care and also on the organization features in our institutions.

Key words: maternal morbidity, extremely severe maternal morbidity, maternal death.

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años, las investigaciones sobre mortalidad materna han permitido identificar factores clínicos de salud pública y social, y utilizar estos hallazgos para implementar programas de reducción de mortalidad y protocolos de atención médica, en la búsqueda de disminuir la repercusión de estos eventos sobre la salud sexual y reproductiva de la mujer y evitar las muertes.¹⁻³

Las causas de muertes maternas se repiten en las diferentes partes del mundo y entre las principales están la hemorragia, los trastornos hipertensivos, la sepsis y las complicaciones del aborto.⁴⁻⁶ En las últimas décadas, la mortalidad materna ha disminuido, pero muestra diferencias en distintas regiones del mundo.^{7,8}

También en este período, han ocurrido diferentes eventos y conferencias internacionales, para tratar las estrategias de reducción de la mortalidad materna, primero en un 50 % y más recientemente en la Cumbre del Milenio (2000) se propuso su reducción en un 75 % para el año 2015.

En realidad las muertes maternas, representan la parte visible del *iceberg*, la parte oculta está formada por pacientes con morbilidad obstétrica severa cuya evolución podría ser hacia la recuperación, pero también a la incapacidad temporal, permanente o muerte.⁹

En los últimos años se ha identificado la necesidad de estudiar los casos de morbilidad obstétrica severa, para complementar las investigaciones sobre mortalidad materna y se ha planteado que la vigilancia epidemiológica, es una de las estrategias propuestas dentro de las acciones de la OPS/OMS para la disminución de la mortalidad materna en el 2015.¹⁰

En Cuba se han producido numerosas publicaciones en los últimos años, de pacientes obstétricas graves en servicios de terapia intensiva, su caracterización y resultados de su manejo.¹¹⁻¹⁴

Términos utilizados

Se han utilizado diferentes términos para referirse a la morbilidad obstétrica severa:

- Complicaciones que amenazan la vida.
- *Near-Miss*.
- Materna crítica.
- Morbilidad obstétrica grave.
- Morbilidad obstétrica severa.
- Morbilidad materna extrema.

El término *Near-Miss* "sobrevivientes" ha sido el término más generalizado en los países del primer mundo y en el análisis de las series, muchos autores han planteado la necesidad de crear sistemas de puntuación para organizar clasificaciones y puntos de vista para criterios de inclusión.¹⁵⁻¹⁷

En Cuba durante mucho tiempo se ha utilizado el término "materna crítica".

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) en una reunión de expertos en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia en el 2007, adoptó el término:

- Morbilidad Materna Extremadamente Grave (MMEG) y propuso una investigación para su caracterización.

Definición

En consonancia con los términos utilizados en los diferentes países, se han planteado distintas definiciones que representan el concepto de paciente obstétrica muy grave.

La definición adoptada en la reunión de Bolivia en el 2007, nos parece la más armónica con el concepto que era necesario expresar:

"Complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte".¹⁸

En la necesidad de conformar una definición lógica y abarcadora que abriera paso a la clasificación de los casos, se han detectado problemas que complican la caracterización de las pacientes, tales como:

- Disímiles criterios de inclusión.
- Posibilidad de mezclarse la población de casos graves, con la de pacientes con MMEG.
- Por decisión estratégica, la utilización de unidades de terapia intensiva, para pacientes graves, como apoyo a servicios de Obstetricia aislados en maternidades.

Algunas cifras

La OMS reconoce en el año 2001 la ocurrencia de 529 000 muertes maternas en el año, de un total de 20 millones de mujeres con morbilidad obstétrica severa.

Se registran actualmente 300 millones de mujeres que sufren enfermedades a corto y largo plazo relacionados con el embarazo, parto y puerperio.¹⁹ Las cifras por lo tanto son muy altas y las causas las mismas que las de muerte materna.

Los factores de riesgo pueden aparecer antes del embarazo, durante la gestación, en el parto y en el puerperio.*

En Estados Unidos, la MMEG, ocurre aproximadamente en el 1 % de las mujeres.

En países en desarrollo su ocurrencia oscila entre 3,01 y 9,05 %.

Las principales causas:

- Hemorragia obstétrica.
- Pre eclampsia - eclampsia.¹⁹

Algunas publicaciones han considerado a la MMEG como un éxito obstétrico, al no producirse la muerte, pero para otros es un gran error.²⁰ Pensamos que las causas del elevado número de casos hay que buscarlas en el fracaso de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica, o los resultados de la pobre utilización de los conceptos de riesgo reproductivo.

Una posibilidad, es que una vez presente la morbilidad no exista posibilidad de evitar su progresión a formas más graves.

Ventajas de explorar y conocer las diferentes clasificaciones:

- Pueden extraerse conclusiones muy sólidas en relación a factores de riesgo y posibles conductas de los casos de MMEG.
- Las sobrevivientes pueden ser entrevistadas.
- Pueden planificarse auditorías.
- Pueden planificarse programas de maternidad segura o de revisión de casos, con las medidas tomadas en las auditorías realizadas.

Producto de las diferentes definiciones y términos utilizados, ha constituido un problema la identificación de los casos y en una revisión sistemática de Say L y otros (OMS) se definen los criterios y se agrupan por categorías.²¹

Criterios para definición de la MMEG:

- Relacionados con síntomas y signos clínicos de la enfermedad específica (desórdenes hipertensivos, hemorragia y sepsis).
- Relacionados con la disfunción orgánica (shock, Síndrome de Hellp, fallo renal, trastornos de la coagulación).
- Relacionados con el manejo del caso (ingreso en UCI, histerectomía posparto, transfusiones de sangre).

Como no existe una definición universalmente aceptada y la experiencia acerca del tema es poca, la FLASOG decidió, realizar una investigación en Instituciones seleccionadas de América Latina durante el año 2008¹⁸ y considero importante destacar algunas de las conclusiones obtenidas, porque puede ampliar la posibilidad de análisis y sugerir estrategias de manejo.

Esta investigación se concibió por la FLASOG en el año 2005, se implementó un protocolo en el 2007 y se ejecutó en el 2008.

Participación por países

Participaron un total de 9 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, Perú, República Dominicana y Venezuela.

- Total de pacientes 953
- Pacientes por Cuba 115
- Total de muertes maternas 81
- No ingresaron en UCI 56,4 %
- Clasifican por signos de enfermedad 6,3 %
- Clasifican por falla orgánica 14,1 %
- Clasifican por criterio de manejo 13,7 %
- Por criterios combinados 65,8 %
- La operación cesárea estuvo presente en 58,4 %
- Histerectomía como tratamiento adicional 21,4 %
- Relación MMEG con MM 12 casos por c/ MM
- Índice de mortalidad 7,8 %
- Principales causas de morbilidad en la serie:
 - Hipertensión 45,8 %
 - Hemorragia posparto 18,0 %
 - Aborto incluye ectópico 16,5 %
- Principales causas de morbilidad en la serie de Cuba:²²
 - Hemorragia posparto 33,0 %
 - Trastornos hipertensivos 27,8 %
 - Aborto incluye ectópico 22,6 %

Esta investigación analizada en detalle, permite incrementar el conocimiento sobre el tema y organizar acciones para dar solución a los diferentes problemas encontrados, analizar y mejorar protocolos para el manejo de las diferentes afecciones o patologías, que se convierten en instrumentos para investigar la calidad de los cuidados maternos.

Nos parece por tanto muy útil, analizar en nuestro medio los aspectos que impiden la correcta identificación de los casos y su oportuno tratamiento:

- No existen estadísticas oficiales de morbilidad que faciliten el análisis y perfeccionamiento de los protocolos de conducta.
- Problemas al clasificar y diferenciar la población de pacientes obstétricas graves, de las pacientes con MMEG.
- Insuficiente capacitación del personal médico y de enfermería en relación con estos temas, tanto en la atención primaria, como en servicios hospitalarios.
- Problemas al identificar los factores de riesgo preconcepcional y reproductivo en general.
- Pobre funcionamiento del programa de riesgo preconcepcional y dificultad para establecer un plan de acción en los casos de riesgo.
- Problemas en la calidad de la atención prenatal a pesar de la captación precoz y los numerosos controles.
- Diagnóstico tardío del embarazo ectópico.
- Incumplimiento de protocolos de atención médica establecidos a nivel hospitalario.
- Frecuentes incumplimientos de protocolo y estándares mínimos de calidad en el manejo de la hemorragia posparto, tales como:
 - Manejo activo del alumbramiento.
 - Atención a la "hora dorada" o primera hora del puerperio.
 - Medir rutinariamente los signos clínicos, recogidos en las primeras cuatro horas del puerperio (cuarto período del parto).
 - Dificultad en la interpretación de los signos precoces de hipovolemia y tardanza en la conducta a seguir.
 - Demora en las coordinaciones interdisciplinarias y la falta de jerarquización oportuna de los casos.
- Frecuentes incumplimientos en el protocolo de la operación cesárea, en los aspectos planteados para hacerla una intervención segura.
- Pobre funcionamiento del Comité de Cesáreas.
- Realización de técnicas invasivas innecesarias como, tactos vaginales a repetición, dilatación forzada del cuello, entre otras.
- Problemas en el cumplimiento de técnicas de asepsia y antisepsia en el momento de explorar las pacientes, intervenciones quirúrgicas y otros procedimientos.
- Incumplimiento del protocolo de la pre-eclampsia, eclampsia, sobre todo en relación con los criterios de agravamiento de la paciente y momento ideal para la interrupción del embarazo.
- No está establecido un protocolo para profilaxis de la enfermedad tromboembólica en pacientes de riesgo.

Propuestas de soluciones:

- Elevar el conocimiento de nuestros profesionales, en el manejo de la MMEG.
- Implementar un sistema informático para la recogida de la morbilidad obstétrica.
- Cursos prácticos cortos para obstetras en Servicios de Terapia Intensiva con objetivos bien definidos y actividades programadas para alcanzarlos.

- Actividades de intercambio práctico entre obstetras, intensivistas y anestesiólogos para fortalecer el enfoque interdisciplinario.
- Incluir en el Programa de Actividades Docentes del hospital ciclos de temas para el personal médico, de enfermería y técnicos, sobre prevención de complicaciones obstétricas, profilaxis de la infección nosocomial, riesgo de sangramiento, entre otros.
- Incluir en el Banco de Problemas del hospital los relacionados con la morbilidad obstétrica, riesgo reproductivo, complicaciones obstétricas graves y otros.
- Cumplimiento de los protocolos establecidos para la atención del embarazo de riesgo en APS y en instituciones hospitalarias.
- Fortalecimiento y control estricto del Programa de Riesgo Preconcepcional.
- Promover actividades de información a la población sobre Embarazo Ectópico y fortalecer las coordinaciones con Servicios de Urgencia de hospitales clínico-quirúrgicos donde acuden las pacientes con síntomas de la afección.
- Atención especial al cumplimiento y perfeccionamiento de los protocolos de hemorragia obstétrica, cesárea y pre-eclampsia-eclampsia.
- Fortalecimiento de los Comités Hospitalarios de Cesárea, Morbilidad e Infecciones.
- Definir y completar el protocolo para la profilaxis de la enfermedad tromboembólica en pacientes de riesgo.
- Explorar el valor de nuevos indicadores como:
 - Relación de MMEG/Muerte Materna.
 - Índice de mortalidad: Muerte materna/ Número de MMEG + muerte Materna.
 - Casos de MMEG/nacidos vivos.
 - Casos de MMEG/nacidos vivos.
- Auditoría constante de procesos para el perfeccionamiento del manejo oportuno de la morbilidad obstétrica, evitando el agravamiento de las pacientes y el incremento de los casos de MMEG
- Proponer investigaciones sobre MMEG.

Nota: Se encuentra en sus etapas iniciales una investigación del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM) en unidades de la Habana, Camagüey y Santiago de Cuba para el 2012.

Está precedido por resultados del Proyecto "Fortalecimiento de la Atención Médica para la Reducción de la Morbilidad Materna 2010" de INHEM y UNICEF.²³

Considero que la estrategia adecuada para la disminución de la mortalidad materna, es dedicar nuestro esfuerzo a la vigilancia y análisis de la Morbilidad Materna extremadamente Grave. Este análisis es un excelente indicador de la calidad del trabajo obstétrico y es una de las estrategias propuestas por la OPS/OMS para el logro de los retos del milenio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabezas Cruz E. Vigilancia epidemiológica de las Muertes Maternas. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1993;19(2):83.

2. Faneite P, Rojas L, Briceño G. Mortalidad Materna. Análisis. *Salus*. 2006;10:26-8.
3. Khan KS. WHO analysis of causes of maternal deaths: a systematic review. *Lancet* 2006;367:1068-74.
4. Cabezas Cruz E. Mortalidad Materna y Perinatal en adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2002;28(1)0-0.
5. Faneite P, García F. Mortalidad Materna. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 2001-2004. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2005;64:123-9.
6. Calderón AL, Martínez G, Fernández H. Mortalidad Materna Hospitalaria: Causas y concordancia entre el diagnóstico clínico y la autopsia en el Centro Medico IMSS, México. *Ginecol Obstet Mex*. 2002;70(2):95-102.
7. Abou Zahr C, Wardlaw T. Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress? *Bulletin of the World Health Organization*. 2001;79(6).
8. Sachs JD, Mc Arthur JW. The millennium project: a plan for meeting the Millennium Development Goals. *Lancet*. 2005;365:347-53.
9. Minkauskiene M, Nadisauskiene R, Padaiga Z, Makari S. Systematic review on the incidence and prevalence of severe maternal morbidity *Medicine (Kaunas)*. 2004;40(4):299-309.
10. Zapata L. II Taller Latinoamericano de Mortalidad Materna y derechos sexuales y reproductivos. *Flasq* 2005. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2006;66(4):218-24.
11. Rodríguez Iglesias G, Delgado Calzado J, Pérez Riveiro L. Experiencia de 12 años de trabajo en la atención de adolescentes obstétricas críticamente enfermas en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Cub Obstet Ginecol*. 1999;25(30):141-5.
12. Urbay Ruiz A, Cruz Martínez H, Fong Seuc L, Santos Pérez LA, Valledor Tristá R, Molerio Sáez LE. Comportamiento de la enfermedad obstétrica grave. Nueve años en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicentro*. 2002;6:1-8.
13. Pérez Assef A, Bacallao Galestey J, Alcina Pereira S, Gomez Vazco Y. Severe maternal morbidity in the Intensive Care Unit of Havana Teaching Hospital. 1998-2004. *Medic Review*. 2008;10(3):16-23.
14. Díaz Tamayo J, Pérez Assef A, Naranjo S. Morbilidad materna en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Docente "Enrique Cabrera". *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2006;3(2):45-9.
15. Geller SE, Rosenberg D, Cox SM, Kilpatrick S. Defining a conceptual framework for near-miss maternal morbidity. *J Am Med Women Assoc*. 2002;57(3):135-9.
16. Zeenan GG. Obstetrical Critical Care: a blueprint of improved outcomes. *Crit Care Med*. 2006;34:208-14.
17. Souza JP, Cecatti MA, Parpinelli SJ, Serruye, Amaral E. Appropriate criteria for identification of near-miss maternal morbidity in tertiary care facilities: a cross sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2007;7:20.

18. Ortiz I. Caracterización de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave en instituciones seleccionadas de América Latina. Flasog; 2008.
19. Ronsmans C. Severe acute maternal morbidity in low-income countries. Best Practice a Research Clin Obstet and Gynecol. 2009;23: 305-16.
20. Bruce V, Penney G, Hall M. Quantifying severe maternal morbidity: A Scottish population study BJOG. 2004;111: 481-4.
21. Say L, Pattinson RC, Gulmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of acute maternal morbidity (near-miss). Reproductive Health. 2004;1:3.
22. García Peñalver Y, Breto García A, Coronado Mestre R. Caracterización de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave. Hospital Docente Ginecobstétrico "Eusebio Hernández" Junio 2007-Diciembre 2008 [tesis]. La Habana: Facultad Finlay-Albarrán; 2009.
23. Álvarez Toste M, Salvador Álvarez S, Pérez DR, González RG, Ramos del VI. Evaluación de la atención médica para la reducción de la Mortalidad Materna. La Habana: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM); 2010.

Recibido: 2 de febrero de 2012.

Aprobado: 20 de febrero de 2012.

Sonia I. Águila Setién. Hospital Ginecobstétrico Docente "Profesor Eusebio Hernández", La Habana. Cuba. Correo electrónico: isabella@infomed.sld.cu