

ARTÍCULO ORIGINAL

Morbilidad materna extrema: análisis en la unidad de cuidados intensivos de adultos**Near miss: extreme maternal morbidity in the intensive care unit**Dr. Reinaldo Valero¹Dra. María Rojas¹Dr. Carlos Cabrera²Dra. Luanys Rivera³Dr. Carlos Escalona⁴Sr. Carlos Cabrera Figallo⁵

Fecha de recepción: 18 de diciembre del 2015

Fecha de aceptación: 12 de abril del 2016

RESUMEN

Se realizó un estudio de casos descriptivo y analítico, transversal en la Maternidad “Concepción Palacios” durante el período comprendido entre enero de 2011 y diciembre 2014, donde se incluyeron todas las pacientes con criterio de morbilidad materna extrema de cualquier edad. Fueron estudiadas 279 pacientes con Morbilidad Materna Extrema (MME) 90,3 % gestantes y 9,6 % púerperas, cuya moda para la edad fue de 23 años y una edad promedio de $27 \pm 7,52$ años; la edad gestacional fue menor que 31 semanas en el 45,6 % de las embarazadas. El promedio de estancia en la UCI fue $6,2 \pm 3,6$ días. Las causas más frecuentes de MME fueron los trastornos hipertensivos del embarazo (44,4 %), S. HELLP (22,9 %), y hemorragia peri y posnatal (19,7 %); mientras esta última fue la primera causa de mortalidad. El índice de supervivencia fue 93,2 % y la razón de morbilidad materna extrema/muertes fue de 14,68.

PALABRAS CLAVE: Morbilidad materna extrema; Epidemiología.

ABSTRACT

A descriptive and analytical study, transversal cases was done at Maternity “Concepción Palacios”. It is held during the period between January 2011 and December 2014, where all patients with extreme maternal morbidity criteria of any age were included. 279 patients with Extreme Maternal Morbidity (MME) were studied 90,3 % pregnant women and 9,6 % postpartum women, which statistical mode for age was 23 years and media age was 27 ± 7.52 years; gestational age was less than 31 weeks in

45.6 % of pregnant women. The media time of staying in intensive care unit was 6.2 ± 3.6 days. The more frequently causes of MME were hypertensive disorders of pregnancy (44,4 %), HELLP syndrome (22,9 %), and postpartum and perinatal hemorrhage (19,7 %), while that last was the first mortality cause. The survival rate was 93,2% and the ratio of maternal morbidity extreme/death was 14,68.

KEYWORDS: Extreme maternal morbidity; Epidemiology.

INTRODUCCIÓN

La MME es definida por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) como una complicación grave durante el embarazo, parto o puerperio, la cual pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte. (1) Demanda de una atención inmediata debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o ya sea agravada por el mismo, o con su atención, pero no por causas accidentales ni incidentales.(2)La MME resulta significativa en adolescentes y mujeres mayores 40 años, quienes pueden presentar algunos trastornos caracterizados por problemas relativos a la comorbilidad, como la hipertensión arterial por la incidencia de factores cardiovasculares, las cuales se definen como preeclampsia y eclampsia que se acompaña de alteraciones secundarias posteriores. Por esta razón, la MME se ha convertido en una situación de importancia médica a nivel mundial que afecta directamente a la célula fundamental de la sociedad: la familia.

La mortalidad materna ha sido utilizada como una

1 Gineco-Obstetra, Especialista en Medicina Materno Fetal, Maternidad “Concepción Palacios”.

2 Gineco-Obstetra, Jefe de servicio Medicina Materno Fetal, Maternidad “Concepción Palacios”.

3 Gineco-Obstetra, Coordinadora Postgrado Medicina Materno Fetal, Maternidad “Concepción Palacios”.

4 Gineco-Obstetra, Residente de Postgrado Medicina Materno Fetal Maternidad “Concepción Palacios”.

5 Estudiante de Medicina. Universidad Central de Venezuela.

Caracas. Venezuela

herramienta de medición y como una forma de vigilar la atención de la mujer embarazada, a través de los años. Según el informe realizado durante la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo en El Cairo en 1994, (3) la OMS calculó que por cada muerte materna en Latinoamérica, 135 mujeres presentan enfermedades relacionadas con la gestación, y aproximadamente 30 mujeres quedan con secuelas graves relacionadas con las mismas, mientras que la mayoría de las muertes maternas ocurren después del parto, generalmente durante las primeras veinticuatro (24) horas siguientes. (2, 4)

Actualmente la MME es un tema novedoso en el país. Hasta ahora existe un solo trabajo publicado sobre MME,(5) el cual se trata de un estudio descriptivo de corte transversal con 168 pacientes que ingresaron a sala de partos durante el año 2007 con el diagnóstico de patología obstétrica aguda severa, en relación con 2404 nacidos vivos y 2465 partos atendidos. De ellas, 141 eran mayores de 20 semanas de gestación. Los resultados derivados con una prevalencia de 69,8 por 1000 nacidos vivos o 68,15 por 1000 partos atendidos, o un caso por cada 14 nacidos vivos o partos asistidos. La mayoría de las pacientes tenían edades comprendidas entre 20 - 25 años (35,12 %), provenían del medio urbano 38,69 %, no eran casadas 95,33 %, con grado de instrucción bachillerato 68,45 %. En cuanto a su condición obstétrica predominaron las primigestas (39,88 %), con embarazos del tercer trimestre (81,1 %), y de estos con 36 - 38 semanas (45,8 %); embarazos no controlados 32,62 %. Las patologías más frecuentes fueron los trastornos hipertensivos del embarazo (60,71 %), representada especialmente por la preeclampsia severa (58,93 %), seguida de las hemorrágicas (32,74 %) y sepsis (6,55 %); se resolvieron por cesárea segmentaria (90,78 %), en 7 de estos casos fue necesario realizar histerectomía obstétrica; hubo 12,77 % de nacidos muertos. (6) El objetivo de este estudio es analizar la Morbilidad Materna Extrema en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de la Maternidad "Concepción Palacios".

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de casos descriptivo y analítico, transversal en la Maternidad "Concepción Palacios" durante el período comprendido entre enero de 2011 y diciembre 2014, donde se incluyeron todas las pacientes con criterio de morbilidad materna extrema de cualquier edad. La población estuvo constituida por un total de 279 pacientes que ingresaron con criterios de MME a la unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS

Las edades de las pacientes estuvieron comprendidas en el rango entre 14 a 44 años, con una moda de 23 años. La edad promedio (\pm DE) fue de $27 \pm 7,52$ años. Prevalció el grupo de edad de 20-24 años (24 %) seguido por el de las < 20 años (20 %), 30-34 años (19,7 %) y 25-29 años (19,4 %). Las embarazadas representaron la mayoría con el 90,3 %, mientras las púerperas fueron el 9,6 % de los casos. Las edades gestacionales de las pacientes estuvieron comprendidas en el rango entre 7 a 40 semanas, con un promedio (\pm DE) de $28 \pm 4,24$ semanas. Predominó el grupo con menos de 31 semanas de gestación (45,6 %) y luego el grupo entre 31 a 35 semanas de gestación (30,5 %). El tiempo de hospitalización en la UCI estuvo comprendido en el rango entre 1 a 31 días, con un promedio (\pm DE) de $6,2 \pm 3,6$ días. Prevalció el grupo con 4-6 días de hospitalización (36,9 %) seguido por el grupo entre 1 a 3 días de hospitalización (31,5 %).

Las causas de MME más frecuentes que ameritaron el ingreso de las pacientes en la UCI fueron 1) Trastornos hipertensivos del embarazo (44,4 %), los cuales incluyen eclampsia, preeclampsia severa, HTA crónica; 2) S. HELLP (22,9 %); 3) Hemorragia peri y posnatal (19,7 %), 4) Complicación obstétrica (15 %), tales como atonía uterina, DPP hemorrágico, aborto, otras; y 5) Sepsis (14,6 %) incluyendo aborto séptico. La disfunción renal fue la complicación de órgano específico observada con más frecuencia en la MME con el 15 % de los casos. En cuanto al manejo obstétrico de las pacientes con MME el 65,2 % de

Tabla 1
Distribución de las pacientes según el criterio de MME para ingresar a la UCI

Criterio de MME	f*	%**
1. Enfermedad o causa específica		
- THE (eclampsia, preeclampsia severa. HTA crónica)	124	44,4
~S. HELLP	64	22,9
- Hemorragia peri y posnatal	55	19,7
-Complicación obstétrica (atonía uterina. DPP hemorrágico, aborto, otras)	42	15
- Sepsis (incluye aborto séptico)	41	14,6
- Infecciones localizadas (neumonía, tracto urinario, peritonitis)	40	14,3
- Trastorno metabólico y desequilibrio ácido-básico (diabetes, otros)	38	13,6
~ Anemia	25	8,9
- Otras infecciones (HIV, dengue, AH1N1, malaria)	9	3,2
- Complicación quirúrgica (absceso, hematoma, dehiscencia)	8	2,8
2 Disfunción de órgano o sistema		
- Renal	42	15
- Pulmonar	17	6
- Hepática	14	5
- Cardíaca	10	3,5
- SNC (s. convulsivo, enfermedad vascular cerebral)	6	2,1
- Fallo multiorgánico	6	2,1
3 Manejo obstétrico instaurado (asociado con MME)		
- Cesárea segmentaria (paciente en periodo postoperatorio)	182	65,2
- Histerectomía postparto o post cesárea por causa obstétrica	46	16,4
- Legrado (aborto incompleto, retención de restos placentarios)	17	6

*La mayoría de los casos cursaron con varias causas asociadas.

**% con respecto al total de 279 pacientes.

los casos fueron atendidos por cesárea segmentaria y 16,4 % requirió una histerectomía total o subtotal postparto o post-cesárea.

Las pacientes que fallecieron representaron el 6,8 % de las 279 embarazadas y puérperas ingresadas en la UCI. En cuanto a los fetos ocurrió un 9,3 % de óbitos fetales. Las hemorragias fueron la primera causa de muerte en las pacientes ingresadas. El índice de supervivencia fue 93,2 % y la razón de morbilidad materna extrema/muertes fue de 14,68.

DISCUSIÓN

La morbilidad materna extrema es un problema de salud pública, el cual pone en grave riesgo, no solo de morbilidad sino de mortalidad, tanto a la gestante o a la puérpera como al producto de la gestación. Cada día se presenta con mayor frecuencia y su análisis facilita la oportunidad de identificar los riesgos presentes en las gestantes durante el embarazo, el parto y el puerperio.(7)

Se espera que con la aplicación de estrategias preventivas y de intervención, se logre disminuir la probabilidad de ocurrencia de la MME. A los fines de desarrollar los planes para que dicha prevención y acción sean efectivas es necesario determinar las características, tanto de la población afectada, como de las complicaciones asociadas con la MME.

Por otra parte, varios estudios publicados sugieren que los servicios de salud desempeñan un papel clave para prevenir la morbimortalidad materna. Los hallazgos de dichos estudios sugieren que mejorar la efectividad y calidad de los programas de planificación familiar, control prenatal y atención obstétrica hospitalaria pudiera contribuir a reducir los casos evitables de MME.(7,8)

El hecho de que no se disponga de estándares ampliamente aceptados para diagnosticar las complicaciones que se presentan en los casos de MME en las UCI limita la realización de estudios comparables y subraya la necesidad de alcanzar consensos, en el sentido de que contribuyan a unificar los criterios, tanto de diagnóstico como de evaluación. Se observa una gran variabilidad en los parámetros utilizados para evaluar la problemática de la MME en diferentes estudios publicados y en los datos referidos a las estadísticas de salud en diversos países.

La población del presente estudio muestran un total de 279 pacientes obstétricas con MME ingresadas en la UCI de la Maternidad "Concepción Palacios" durante un período de 4 años, con una edad promedio de $27 \pm 7,52$ años, prevaleció el grupo de 20 - 24

años (24 %) y luego las menores de 20 años (20 %), cabe destacar que el 63,4% de las pacientes fueron menores de 29 años; lo que demuestra que la MME afecta con preferencia a la población obstétrica joven como se ha visto en otros estudios.(9) En el estudio de Acho,(10) la edad promedio fue 26,9 años, similar a la de nuestro estudio.

Entre las gestantes de nuestro estudio con MME el 45 % tenían una edad gestacional inferior a las 31 semanas (45,6 %), y el 76,1% de las pacientes que ingresaron embarazadas tenían edades gestacionales antes del término, lo cual conlleva un alto riesgo de prematuridad si es que se requiere la interrupción del embarazo como medida para asegurar el bienestar materno.(11) En Perú la estrategia se realiza desde el Instituto Nacional de Salud de Perú, (12, 13) como el segundo país en el número de registros reportados en MME, donde el 53 % de los recién nacidos fueron pre-término y 16 % tuvo muerte fetal.

En lo que coinciden algunos de los estudios es en señalar la enfermedad hipertensiva del embarazo, las hemorragias peri y postnatales, y la sepsis, como las principales causas asociadas con MME. (10,14,15, 16) Así se encontró en este estudio, en el cual se incluyeron 279 pacientes obstétricas, de ellas 90,3 % gestantes y 9,6 % puérperas, que la enfermedad hipertensiva del embarazo (44,4 %), el síndrome HELLP (22,8 %), la hemorragia peri y postnatal (19,7 %), las complicaciones obstétricas (15 %) –entre ellas atonía uterina, desprendimiento prematuro de placenta hemorrágica, y aborto– y la sepsis (14,6 %), ocuparon los 5 primeros lugares en la incidencia de MME, se ha reflejado que siempre se presentaron varias causas concomitantes en cada caso. Comparando nuestro estudio con el único publicado en nuestro país, realizado en el hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" en el estado Carabobo, las patologías más frecuentes fueron los trastornos hipertensivos del embarazo (60,71 %), representada especialmente por la preeclampsia grave (58,93 %), seguida de las hemorrágicas (32,74 %) y sepsis (6,55 %). (5)

Se destaca que la complicación del órgano específico observada más frecuencia en las pacientes con MME ingresadas en la UCI fue la disfunción renal, lo que ocurrió en el 15 % de los casos. Mientras que, en lo que se refiere al manejo obstétrico de las pacientes con MME, el 65,2 % de ellas fueron atendidas mediante cesárea segmentaria, y el 16,4 % requirió una histerectomía total o subtotal postparto o postcesárea. En el caso de presentarse una hemorragia obstétrica, cuando el tratamiento médico fracasa,

o es insuficiente para controlar apropiadamente la situación de un eventual choque hipovolémico, se procede de inmediato con el tratamiento quirúrgico, bien sea un legrado o una histerectomía obstétrica, de acuerdo con la causa, la severidad del cuadro hemorrágico y la condiciones de la paciente afectada. Usualmente la histerectomía obstétrica es realizada como una práctica de emergencia a fin de salvar la vida de la mujer, la cual puede ser efectuada en el momento que se requiera, durante el embarazo, el parto o el puerperio. Su indicación es debida a procesos graves que de no ser solucionados en su oportunidad conducirán inevitablemente a un desenlace fatal. Entre las causas más frecuentes que obligan a realizar una histerectomía obstétrica se señalan la atonía uterina, la rotura uterina, la hemorragia postcesárea y las infecciones. (17)

Con respecto a la mortalidad materna como consecuencia de MME fallecieron 19 de 279 pacientes (6,8 %) mientras hubo 26 óbitos fetales (8,3 %). Las causas que determinaron la mortalidad materna por MME fueron hemorragia 52,6 %, sepsis 31,5 %, fallo multiorgánico e insuficiencia cardiopulmonar, cada una de ellas con 26,3 % de los casos mortales.

El índice de supervivencia fue 93,2 % y la razón de morbilidad materna extrema/muertes fue de 14,68; según la conferencia en el marco de las jornadas internacionales Maternidad segura, la encuesta multicéntrica de la OMS en salud materna y neonatal y calidad de atención determino la razón de morbilidad materna extrema/muertes fue de 29,1 y el índice de mortalidad de 7,7% (12) sin embargo, Neligan determina que por cada muerte materna hay 9 que desarrollan morbilidad materna extrema. (18) Se concluye que la MME es un problema de salud pública vigente que requiere prevención, atención y vigilancia, a los fines de lograr la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal constituyendo un verdadero reto obstétrico para mejorar la salud materno fetal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Ministerio de la Protección Social de Colombia. Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema: Documento técnico y conceptual sobre la metodología de análisis de información para la auditoría de la calidad de la atención materna. 2010. Primera parte: 11 – 41. Bogotá – Colombia. Disponible en: file:///C:/Users/LenovoM/Downloads/mortalidadmaternaextrema_web.pdf. Consultado:

18/2/2015.

2. World Health Organization. Quality of care. A process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO; 2006. Disponible en: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf. Consultado: 26/1/2013.
3. Morales-Osorno B, Martínez D, Cifuentes-Borrero R. Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe en Cali, Colombia, en el período comprendido entre enero de 2003 y mayo de 2006. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2007; 58:184-188.
4. Campbell OM, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 2006; 368(9553):1284-1299.
5. Amato R, Faneite P, Rivera C, Faneite J. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Morbilidad materna extrema. Departamento Clínico Integral de la Costa. Universidad de Carabobo. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2011;71(2):112-117.
6. Cabrera C, Martínez M, Zambrano G. Mortalidad materna en la Maternidad “Concepción Palacios”. *Rev Obstet Ginecol Venez* : 2009 – 2013; 69(3):152-161.
7. Álvarez M, Hinojosa M, Álvarez S, López R, González G, Carbonell I, Pérez R. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Rev Cub Hig Epidemiol* 2011;49(3):420-433.
8. González Ortiz LD, Gómez Arias RD, Vélez Álvarez GA, Agudelo Londoño SM, Gómez Dávila J, Wylie J. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. *Rev Panam Salud Pública* 2014;35(1):15–22.
9. Oliveira FC, Surita FG, Pinto ESJL, Cecatti JG, Parpinelli MA, Haddad SM, et al. Morbilidad materna grave y casi pérdidas en los extremos de la edad reproductiva: resultados de un estudio transversal multicéntrico nacional. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2014;79(6): 554 – 557.
10. Acho SC, Pichilingue JS, Díaz JA, García M. Morbilidad materna extrema: admisiones ginecoobstétricas en las unidades de cuidados intensivos de un hospital general. *Rev Per Ginecol Obstet* 2011;57:87-92.
11. Guerra CE, Muñoz PA, Ospino AM, Varela AN, Vega L. Morbilidad y mortalidad materna en una institución de salud en el año 2012. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2014;30(2):217-226.
12. Inga M. Instituto de Investigación Nutricional. La encuesta multicéntrica de la OMS en salud materna y

neonatal y calidad de atención. Perú, conferencia en el marco de las jornadas internacionales Maternidad Segura. Lima, 13 de octubre de 2011. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=0c1_vZFxy_4. Consultada 18/2/2015.

13. Álvarez M, González S, Pérez, Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cub Hig Epidemiol, 2010(3):48.

14. Mejía AM, Téllez GE, González A. Morbilidad materna extrema (near miss) y muertes maternas. Arch Inv Mat Inf 2012;4(3);146-153.

15. Soni C, Gutierrez A, Santa Rosa F, Reyes A. Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con urgencia obstétrica. Ginecol Obstet Mex 2015;83:96-103.

16. Gil I, Díaz Y, Rodríguez J, Quincoces M, Álvarez

M. Caracterización clínicoepidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave en Villa Clara (2012). Rev Cub Hig Epidemiol 2014;52(3).

17. Castañeda D, Martín G, Estévez A, Álvarez M, Salvador S. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en la provincia de Camagüey, 2009. Rev Cub Hig Epidemiol 2013;51(1):4-15.

18. Neligan PJ, Laffey JG: clinical review: pencial population – critical illness and pregnancy. Crit care 2011, 15:227.10.1186/cc10256

Dirección del Autor

Dr. Reinaldo Valero Rangel

email: valero_59@hotmail.com

Caracas. Venezuela