

La morbilidad materna aguda y severa

Drs. Rafael Molina Vilchez, José García Ildefonso***

**Hospital "Manuel Noriega Trigo": Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. San Francisco, Estado Zulia.*

***Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.*

La evaluación de las condiciones de la paciente obstétrica, de las enfermedades que la afectan y de la calidad de los servicios que los sistemas de salud le dispensan, se hace por lo general de un modo indirecto, mediante indicadores negativos, como la mortalidad materna (MM) y la perinatal (1-3). Por la insistencia de grupos particularmente interesados en el descenso de la MM, necesario sobre todo en la parte del mundo "no desarrollada", se ha tratado de crear mecanismos para una mejor auditoría de ésta, desde las encuestas confidenciales y entrevistas familiares hasta la instalación de comités donde no sólo participa el gremio médico, sino una representación de la comunidad general. Pero, en verdad, puede uno preguntarse si hacer esto no es tratar de mirar por el ojo de una cerradura, de indagar en un universo muy amplio y heterogéneo a través de una pequeña muestra, en la presunción, y sólo presunción, de que el conocimiento de tales situaciones específicas hará posible mejorar la calidad de la atención futura, tanto de pacientes en circunstancias similares a las de las fallecidas, como en otras completamente diferentes (4).

La tasa de MM, por sí sola, dice poco de lo que acontece en las salas de maternidad. Existen poblaciones cuyo progreso médico y extramédico ha convertido la MM en algo bastante infrecuente. Centrar la atención en unas pocas entidades nosológicas que de momento, y en un sitio específico, han llevado algunas madres a la muerte, aunque de innegable valor para las nuevas estrategias asistenciales y administrativas, puede conducir a una visión sesgada de los patrones generales de "enfermedad obstétrica" (4). Se conoce una rica pluralidad de condiciones, de potenciales causas básicas de muerte que, si bien muchas veces no llegan hasta el óbito materno, amenazan perma-

nentemente con hacerlo. Es lógico pensar que algo más cercano a la realidad, a la totalidad de los patrones de enfermedad, puede lograrse con el análisis conjunto de la MM más la morbilidad aguda y severa (MMAS), revisando los datos clínicos de las pacientes que se ha logrado rescatar de enfermedades graves, potencialmente mortales, en experiencias que, aunque exitosas en el pasado, siguen siendo un importante reto para el porvenir. La denominación "near miss", asignada a estas sobrevivientes de la patología obstétrica por autores angloparlantes (4-7), es difícil de traducir de manera directa o "exacta" al español; significa algo así como cercanía a la ausencia, a la falta, es decir, a la fatalidad. Con ella se está tratando de añadir un nuevo indicador de evaluación en la medicina reproductiva: la MMAS, que queda exactamente representada si se añaden las palabras "no fatal".

Se ha esquematizado la secuencia de eventos que van desde el embarazo normal hasta la MM con un triángulo de base inferior (4). La base es la población gestante en general y el vértice es la defunción materna. Entre las dos, de abajo a arriba, se colocan: una etapa de "alteraciones" o factores clínicos de enfermedad, el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica—considerada la gestación como un estado inflamatorio de bajo grado— (8), la disfunción y la insuficiencia de órganos. Disfunciones e insuficiencias se agrupan y totalizan la MMAS (4).

El tema ha sido enfocado mediante el estudio de la paciente obstétrica ingresada a las unidades de cuidados intensivos (9-15), abordaje que da lugar a un sesgo de selección por la diversidad de criterios de admisión a esos servicios, y la muy distinta disponibilidad que de ellos se tiene en sitios separados. La proporción de pacientes obstétricas admitidas a los servicios de atención de medicina

crítica, particularmente alta según algunos informes (14) ha tenido una variación amplia. En Venezuela, por ejemplo, la escasez de recursos ha hecho que se reserven esos cuidados a pacientes en estadios muy avanzados de enfermedad. De todas maneras, es valiosa la investigación de estos aportes, que ha dejado conocimientos muy útiles.

Los reportes de MMAS procedentes de países industrializados arrojan cifras de 0,05 % a 1,2 % de la población obstétrica. Un trabajo reciente, de Londres, informa sobre 12 casos por 1 000 partos, cifra digna de atención, con un cociente morbilidad/mortalidad igual a 118/1, aun sin incluir los eventos de tromboembolismo (7). Datos como estos no dejan duda sobre la mayor riqueza de material para análisis ofrecido por la MMAS no fatal sobre la MM. Sin embargo, no se trata de comparar por oposición los dos indicadores; una satisfactoria evaluación de la situación se logra si se evalúan, cada uno por separado, y en conjunto.

El problema del uso de la MMAS no fatal como indicador ha radicado en la carencia de una definición precisa (4,7,16,17). ¿Con cuáles criterios se calificarán o no los casos? Todavía no existe un acuerdo. Algunos han pensado que la lista de inclusión reúne las histerectomías de emergencia por cualquier causa, la hipovolemia que requiera el uso de más de cinco unidades de glóbulos rojos, el edema pulmonar, las admisiones a cuidados intensivos, los accidentes anestésicos, las histerectomías obstétricas, y las disfunciones renales, de coagulación, cerebrales, respiratorias, metabólicas y hepáticas.

Utilizan dos tipos de criterios clínicos: los basados en la disfunción de órganos o sistemas y los de tratamiento (4). Otros estudiosos engloban en la definición a las formas graves de preeclampsia, la eclampsia, el síndrome de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia, las hemorragias cuantiosas, las “sepsis severas” y las rupturas uterinas, especifican los criterios para diagnosticar cada una de estas condiciones patológicas. Llamam por ejemplo hemorragia severa aquella con pérdida hemática estimada en más de 1 500 ml, descenso de la concentración de hemoglobina mayor de 4 g/100 ml o necesidad de transfusión de más de cuatro unidades de sangre; y sepsis severa a la respuesta contra la infección que reúne dos o más de los siguientes criterios: temperatura superior a 38 °C o inferior a 36 °C (a menos que se haya practicado una prolongada cesárea), frecuencia cardíaca mayor de 100 latidos por minuto, cuenta leucocitaria sobre 17 000, por debajo de 4 000, o con más de 10 % de

formas inmaduras, hemocultivo positivo, o asociación con disfunción de órganos, hipoperfusión (oliguria, alteraciones mentales, acidosis láctica) e hipotensión arterial (sistólica menor de 90 mmHg o descenso de más de 40 mmHg) (7).

La experiencia publicada por los que proponen la última clasificación excluye aquellas condiciones difíciles de diagnosticar con precisión, como los tromboembolismos, entre ellos el de líquido amniótico, lo que ha recibido críticas negativas (17), y evalúa los probables factores de predicción de la MMAS, entre los cuales es importante mencionar la cesárea, que se asocia con una cuadruplicación del riesgo (7). La causa principal de las diferencias entre las estadísticas de tromboembolismo está representada por el método diagnóstico, con enormes variaciones entre la evidencia basada sólo en la semiología clínica y la que muestran los distintos estudios de imágenes; problema igualmente válido para la epidemiología obstétrica y para la general. Clasificar únicamente los tromboembolismos con expresión clínica parece ser lo único que permite incluirlos en estadísticas masivas, que engloban centros en los cuales no se dispone de exámenes como la flebografía, la pletismografía de impedancia, la moderna ultrasonografía con Doppler, la tomografía axial y la resonancia magnética.

Es importante lograr un consenso de definición y criterios de inclusión para la MMAS. Parece lógico pensar que con relación a las tasas de MM, si la MMAS no es un indicador superior, es al menos, complementario. Hasta ahora, en casi todas partes se la ha abordado parcialmente, en investigaciones como las dedicadas a los estados hipertensivos de la embarazada, el síndrome de la embarazada hipertensa con hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y hemólisis, la sepsis o la histerectomía obstétrica. La histerectomía periparto, por ejemplo, ha sido el motivo de artículos en los cuales se la llama morbilidad obstétrica “*near miss*”, casi fatal, y se la considera un parámetro de cuidado obstétrico más útil que la misma MM (18).

Venezuela no está entre los llamados países desarrollados, que exhiben tasas bajas de MM; pero estamos seguros de que la incorporación de la MMAS a los reportes epidemiológicos y a la auditoría médica de los servicios obstétricos aportará mucho más información que la que hasta ahora reciben los registros oficiales de MM, lo cual facilitará un diseño más racional de las estrategias para atención futura.

REFERENCIAS

1. Faneite Antique P. Estadísticas perinatales. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1986;46:76-82.
2. Atrash HK, Rowley D. Maternal and perinatal mortality. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1992;4:61-71.
3. Acosta AA, Cabezas E, Chaparro JC. Present and future of maternal mortality in Latin America. *Int J Gynecol Obstet* 2000;70:125-131.
4. Mantel GD, Buchmann E, Rees H, Pattinson RC. Severe acute maternal morbidity: A pilot study of a definition for a near miss. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:985-990.
5. Stone W, Lan W, Al-Azawi F, Kelly M. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening "near miss" episodes. *Health Trends* 1991;23:13-15.
6. Fitzpatrick C, Halligan A, McKenna P, Coughlan BM, Darling MRM, Phelan D. Near miss maternal mortality (Letter). *Irish Med J* 1992;85:37.
7. Waterstone M, Bewley S, Wolfe Ch. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: Case-control study. *BMJ* 2001;322:1089-1094.
8. Sacks GP, Studena K, Sargent II, Redman ChWG. Normal pregnancy and preeclampsia both produce inflammatory changes in peripheral blood leukocytes akin to those of sepsis. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:80-86.
9. Mabie WC, Sibai BM. Treatment in an obstetric intensive care unit. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:1-4.
10. Stephens ID. ICU admissions from an obstetric hospital. *Can J Anesth* 1991;38:677-681.
11. Kilpatrick SJ, Matthay MA. Obstetric patients requiring critical care. A five-year review. *Chest* 1992;101:1407-1412.
12. Collop NA, Sahn SA. Critical illness in pregnancy: An analysis of 20 patients admitted to a medical intensive care unit. *Chest* 1993;103:1548-1552.
13. Lewisohn G, Herman A, Leonov Y, Linowski E. Critically ill obstetrical patients outcome and predictability. *Critical Care Med* 1994;22:142-144.
14. Bouvier-Colle MH, Salanave B, Ancel PY, Varnoux N, Fernández H, Papiernik E, et al. Obstetric patients treated in intensive care units and maternal mortality. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol* 1996;65:121-125.
15. Baskett TF. Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:981-984.
16. Drife JO. Maternal "near miss" reports? Difficulties in defining which causes to include. *BMJ* 1993;307:1087-1088.
17. Murphy DJ. Commentary: Obstetric morbidity data and the need to evaluate thromboembolic disease. *BMJ* 2001;322:1894-1895.
18. Nasrat HA, Youssef MH, Marzoogi A, Talab F. "Near miss" obstetric morbidity in an inner city hospital in Saudi Arabia. *East Mediterr Health* 1999;5:717-726.