

**NACERLATINOAMERICANO**  
[www.nacerlatinoamericano.org](http://www.nacerlatinoamericano.org)

**Pregunta:** ¿Cuales son las principales patologías de Morbilidad Materna Extrema?

**PATOLOGIAS de la MORBILIDAD MATERNA EXTREMA o SEVERA**

Actualización agosto 2008

Ricardo Velasco

**ANTECEDENTES**

El análisis de la morbilidad materna severa (MMS) es necesario para obtener información relevante y número suficiente de casos para evaluar las necesidades y definir prioridades para lograr optimizar la atención obstétrica perinatal. Ella, debe ser complementaria con la información de la mortalidad materna e incluye no sólo las patologías severas del embarazo, parto y puerperio, sino también la necesidad de ingreso a unidades de terapia intensiva para su mejor tratamiento (1).

**FRECUENCIA de la MORBILIDAD MATERNA EXTREMA**

Las diferentes definiciones en la MMS utilizadas en distintos países y/o instituciones, así como los diferentes criterios de ingreso a unidades de cuidado intensivo (UCI) hacen que las cifras sean difíciles de comparar entre si. Algunos investigadores focalizan la atención en 3 grandes categorías que son. La hemorragia post parto, la histerectomía obstétrica y el ingreso a UCI, pero otros incluyen múltiples categorías. Para que este trabajo sea efectivo es necesario que sean útiles para evaluar la calidad de los cuidados y de las intervenciones sobre prevención y tratamiento (2).

En la tabla I mostramos algunos resultados de la frecuencia de MMS en diferentes países. En la primera columna entre paréntesis es el número de la bibliografía. En la 4ta columna está el número de muertes maternas y la proporción (entre paréntesis) en relación a MMS. **Tabla I**

<b>Autor País año</b>	<b>Número de Nacidos</b>	<b>Número y tasa de MMS x 1000</b>	<b>Muerte Maternas (% MMS)</b>
Abuladze N – Rusia 2006 (3)	18.554	267 (14,2 x 1.000)	3/267 (1,1%)
Basket TF 2005 Canadá (4)	159.896	313 (2,0 x 1.000)	-----
Ben Hamouda S Tunez 2007 (5)	19.736	119 (6,03 x 1.000)	5/119 (4,2%)
Brace V Inglaterra 2004 (6)	51.165	196 (3,8 x 1.000)	4/196 (2,0%).
Girard F Francia 2001 (7)	27.875	223 (8,0 x 1.000)	1/223 (0,5%)
Minkauskiene M 2006 Lituania (8)	13.399	106 (7,9 x 1.000)	1/106 (0,9%)
Wen SW 2005	2.548.824	11.164 (4,4 x 1.000)	158/11.164 (1,4%)

*Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente dl posible daño causado a terceros.*

Canadá (9)			
Zwart JJ 2008 Holanda (10)	371.021	2.552 (7,1 x 1.000)	48/2552 (1,9%)
<b>TOTAL</b>	<b>3.210.470</b>	<b>14.940 (4,7x1000)</b>	<b>220/14627 (1,5%)</b>

- Palabras claves: severe maternal morbidity disease – with abstracts – las 10 years

De un total de más de 3 millones de nacimientos, el 4,7 por cada 1.000 tuvieron durante el embarazo, puerperio o en ambos algún elemento que los categorizó como de Morbilidad Materna Severa o Extrema. Sus tasas en relación con los nacimientos totales oscilaron entre 2 por 1.000 en Canadá y 14,2 en Rusia. Las muertes maternas entre los grupos categorizados como de MMS tuvieron extremos entre 0,5% en Francia y 4.2% en Túnez.

### **PATOLOGIAS en los GRUPOS de MORBILIDAD MATERNA SEVERA**

En general, ya sea en países desarrollados como en vías de desarrollo la morbilidad materna más frecuente es la hemorragia y la hipertensión arterial y en países y regiones con bajos recursos se agregan la sepsis y el parto obstruido (1). En la **tabla II** se muestran las causas en diferentes países y regiones y su proporción en los grupos de MMS. ( ) %

<b>Autor – País -Año</b>	<b>Nro MMS</b>	<b>Hemorragia</b>	<b>Hipertensión Pre-eclampsia</b>	<b>Sepsis</b>
Abuladze N Rusia 2006 (3)	267	43 (16,2)	93 (35,0)	24 (9,0)
Basket TF Canadá 2005 (4)	313	202 (64,7)	53 (16,8)	-----
Ben Hamousa S Tunez 2007 (5)	119	46 (39,0)	30 (25,0)	-----
Girard F Francia 2001 (7)	223	110 (49,3)	105 (47,1)	8 (6,3)
Minkauskiene M Lituania 2006 (8)	106	38 (35,8)	57 (53,8)	4 (3,8)
Zwart JJ Holanda 2008 (10)	2.552	1.605(62,9)	-----	-----
Pattinson RC 2003 Sud Africa (11)	423	130 (30,8) AP + PP **	105 (27,2)	-----
Zhang WH 2005 Bélica (12)	1.734	847 (48,8)	793 (45,7)	142 (8,0)
Loverro G 2001 Italia (13)	41 *	6 (14,7)	31 (75,6)	-----
Mantel GD 1998 Sud Africa (14)	147	38 (26,0)	38 (26,0)	29 (20,0)
Testa J 2002 Africa oeste (15)	1.309	674 (51,5)	438 (33,5)	-----
Keiser JL 2006	142 *	26 (18,3)	88 (62,0)	-----

*Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente dl posible daño causado a terceros.*

Holanda (16)				
Amorim MM 2008 Brasil Recife (17)	291	79 (25,4)	113 (38,8)	17 (5,8)
<b>TOTAL</b>	<b>7.667</b>	<b>3.844/7.667 (50,0%)</b>	<b>1.944/5.115 (38,0%)</b>	<b>224/2.76 (8,1%)</b>

\* Solo ingresadas a UCI

\*\* AP = Anteparto PP = Post-parto.

La principal causa del grupo con Morbilidad Materna extrema o severa fue la Hemorragia (ante o post-parto) que fue la mitad de todas las MMS de los estudios seleccionados con rangos entre 14,5% y 64,7%.

En segundo lugar, hipertensión arterial y/o pre-eclampsia severa con 38% y rangos entre 16,8% y 62%, mientras la sepsis y/o infecciones severas tuvieron un promedio de 8,1% con rangos entre 3,8% y 20%.

### **OTRAS PATOLOGIAS**

Eclampsia – sucedió en 285 de 3.338 MMS o sea el 8,5% (3,4,8,10).

Ruptura Uterina – sucedió en 224 de 2.925 o sea el 7,6% (3,8,10).

Otras patologías severas fueron el edema agudo de pulmón y el tromboembolismo pulmonar, la falla cardíaca aguda, abortos, síndrome de HELLP entre otras causas ya sea directamente vinculadas al embarazo, o enfermedades crónicas previas a la gestación.

### **CONCLUSION**

Conocer la morbilidad materna extrema es un excelente instrumento para evaluar la calidad de la atención, conocer las necesidades, establecer prioridades e implementar programas que optimicen los cuidados de la salud tanto para la madre como para el feto. Es un indicador complementario a las tasas de mortalidad materna ya sea durante el embarazo, el parto o el puerperio.

### **BIBLIOGRAFIA**

- 1) Basket TF. Epidemiology of obstetric critical care. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2008 Jul 28. PMID: 18667364 PubMed.
- 2) Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics. Curr Opin Obstet Gynecol. 2007 Apr;19(2):145-50.
- 3) Abuladze NN, Asatiani TI. Prevalence of severe maternal morbidity in Tbilisi. Georgian Med News. 2006 Jun;(135):35-9.
- 4) Basket TF, O'Connell CM. Severe obstetric maternal morbidity: a 15 years population-based study. J Obstet Gynaecol 2005 Jan;25(1):7-9.

*Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.*

- 5) Ben Hamouda S, Khoudayer H, Ben Zina H, Masmoudi A, Bouguerra B, Sfar R. Severe maternal morbidity. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2007 Nov;36(7):694-98. Epub 2007 Jun 14.
- 6) Brace V, Penney G, Hall M. Quantifying severe maternal morbidity: a Scottish population study. BJOG. 2004 May;111(5):481-84.
- 7) Girard F, Burlet G, Bayoumeu F, Fresson J, Bouvier-Colle MH, Boutroy JL. Severe complications of pregnancy and delivery: the situation in Lorraine based on the European investigation. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2001 Oct;30(6 Suppl):S10-7.
- 8) Minkauskiene M, Nadisauskiene RJ, Padaiga Z. Severe and acute maternal morbidity: Lithuanian experience and review. In J fertile Womens Med. 2006 Jan-Feb;51(1):39-46.
- 9) Wen SW, Huang L, Liston R, Heaman M, Baskett T, Russen ID, Joseph KS, Kramer MS; Maternal Health Study Group, Canadian Perinatal Surveillance System. CMAJ. 2005 Sep 27;173(7):759-64.
- 10) Zwart JJ, Richters JM, Ory F, de Vries JI, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J. Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371.000 pregnancies. BJOG 2008 Jun;115(7):842-50.
- 11) Pattinson RC, Buchmann E, Mantel G, Schoon M, Rees H. Can enquiries into severe acute maternal morbidity act as a surrogate for maternal death enquiries? BJOG 2003 Oct;110(10):89-93.
- 12) Zhang WH, Alexander S, Bouvier-Colle MH, Macfarlane A; MOMS-B Group. Incidence of severe pre-eclampsia, post-partum haemorrhage and sepsis as a surrogate marker for severe maternal morbidity in European population based study: MOMS-B survey. BJOG. 2005 Jan;112(1):89-96.
- 13) Loverro G, Pansini V, Greco P, Vimercati A, Parisi AM, Selvaggi L. Indications and outcome for intensive care unit admission during puerperium. Arch Gynecol Obstet. 2001 Nov;265(4):195-98.
- 14) Mantel GD, Buchmann E, Rees H, Pattinson RC. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for near-miss. Br J Obstet Gynaecol. 1998 Sep;105(9):985-90.
- 15) Testa J, Ouedraogo C, Prual A, De bernis L, Kone B; Grupe MOMA. J Determinants of risk factors associated with severe maternal morbidity: application during antenatal consultations. Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2002 Feb;31(1):44-50.
- 16) Keizer JL, Zwart JJ, Meerman RH, Harinck BI, Feuth HD, van Roosmalen J. Obstetric intensive care admission: a 12 years review in a tertiary care

centre. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006 Sep-Oct;128(1-2):152-6.  
Epub 2006 Jan 27.

17) Amorim MM, Katz L, Valenca M, Araujo DE. Severe maternal morbidity in an obstetric ICU in Recife, Northeast of Brasil. Rev Assoc Med Bras 2008 May-Jun;54(3):261-66.