

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

**Pregunta** : Registro Morbilidad Materna Severa

**Dr. Haroldo Capurro**

**Actualización: Mayo 2009**

## **MORBILIDAD MATERNA EXTREMA o SEVERA (MMS)**

### **ANTECEDENTES**

La mortalidad materna es un buen indicador para medir el cuidado de la madre durante el embarazo, parto y puerperio. Pero en ciertos lugares del mundo (países desarrollados) es un evento poco frecuente por lo que se hace difícil monitorear la calidad de su atención.

Reducir las tasas de mortalidad materna y su morbilidad es un desafío planteado en las metas del milenio.

Medir la morbilidad materna extrema o severa es una alternativa válida para utilizarla como indicador de calidad de los cuidados maternos.

La experiencia es reciente y hay poca información para Latino América.

La prevalencia real es difícil de estimar a nivel nacional y mundial, debido a la escasa información disponible en los países y a diferentes criterios para su definición. La mayoría de los resultados publicados provienen de registros institucionales y que dispongan de Unidades de Cuidado Intensivo.

### **DEFINICIÓN**

Si bien no existen criterios uniformes para la definir morbilidad materna extrema (MME) o severa, creemos que los aquéllos propuestos por Say (1) pueden ser útiles y clarificantes. Ellos son:

**Criterios relacionados con la enfermedad específica** (desórdenes hipertensivos, hemorragia, sepsis).

**Criterios relacionados con la falla orgánica** (Síndrome HELLP, shock).

**Criterios relacionados con el manejo** (internación en Unidad de Terapia Intensiva, histerectomía post-parto o post-cesárea, transfusiones).

Debido a la diversidad de criterios utilizados, es difícil comparar los resultados entre diferentes lugares, países o regiones. Quizás, cualquier condición que justifique la internación en unidades de cuidados intensivos sea lo más sencillo de cuantificar, pero ello nos impide conocer las causas y por lo tanto no ayuda a conocer las necesidades, definir prioridades y optimizar la toma de decisiones.

*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.*

Por otro lado, las guías clínicas y criterios de admisión en unidades de cuidado intensivo son muy diferentes en instituciones y países.

### **INTERVENCIONES – PREVENCIÓN**

No existe una medida preventiva global, sino medidas específicas para cada una de las patologías que más frecuentemente ingresan en las unidades de terapia. Sin embargo un resumen de las recomendaciones, fueron formuladas por el Grupo de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de Cali en Colombia (2). Ellas son:

Control Prenatal: Estimular el control temprano de la gestación, realizar tareas educativas para reconocer signos de alarma (evitar la barrera cultural) y garantizar el control por especialista en gestantes de alto riesgo.

Atención de la Morbilidad: Redefinición de criterios de referencia en el manejo de los trastornos hipertensivos durante el embarazo, hemorragia durante la gestación y el manejo activo del 3er período del trabajo de parto, garantizar un traslado eficiente (adecuado y oportuno) y optimizar el funcionamiento de laboratorios, quirófanos y Unidades de Cuidados Intensivos.

Administrativo: Evitar barreras económicas, promover la actitud activa y responsable por parte del personal de salud, estimular una política pública de la notificación de casos y creación de nuevos indicadores de salud. Se debe considerar y dar prioridad a los embarazos de madres adolescentes (sobre todo en menores de 15 años) cuyos riesgos aumentan 5 veces y exponen su vida y la de la descendencia.

### **PREVALENCIA**

Se estima que la prevalencia de pacientes obstétricas que requieren cuidados críticos durante el embarazo es entre 1 y 9 gestantes por cada mil. Hemos revisado algunas publicaciones con información de prevalencia de morbilidad materna extrema (severa o grave) en el mundo, pero debido a las diferentes definiciones utilizadas los resultados no son comparables entre sí.

Say (1) encuentra en una revisión que incluyó 10 publicaciones electrónicas con 30 estudios, de gestantes o puérperas que fueron admitidas en unidades de cuidados intensivos, que muestra las diferentes prevalencias en relación con el criterio elegido.

Su prevalencia osciló entre 0,80% y 8,23% entre aquéllas cuyo criterio estaba relacionado con una enfermedad específica.

Si el criterio estaba relacionado con un falla orgánica su prevalencia fue entre 0,38% y 1,09% y si

Si el criterio fue relacionado por el manejo médico, la prevalencia fue entre 0,01% y 2,99%.

*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.*

En Canadá (3) la MMS (1991-2001) fue de 4,38 por 1.000 nacidos vivos, siendo las 6 causas que producen más severa morbilidad materna, el tromboembolismo venoso, la ruptura uterina, el edema pulmonar, el infarto de miocardio, la hemorragia post-parto que requiere histerectomía, y/o transfusiones y/o ventilación asistida y problemas anestésicos acompañadas de desórdenes cerebro-vasculares.

Si la MMS se acompaña de patología preexistente es casi 6 veces mayor que en casos de que no exista patología previa.

Otra publicación del año 2005 en Canadá (4) identifica los siguientes marcadores de severa morbilidad materna, luego de 15 años de recolección de información. El 2 por 1.000 de 160.000 nacimientos tuvieron MMS. De ellas las 2/3 partes tuvieron 1 sola de las morbilidades abajo mencionadas.

Ellas fueron: Transfusiones de sangre de 5 unidades o más (0,74 por 1.000), histerectomía de urgencia (0,55 por 1.000), ruptura uterina (0,31 por 1.000), eclampsia (0,28 por 1.000) y admisión en unidades de cuidado intensivo (0,52 por 1.000). La multiparidad y la edad mayor a 34 años se asoció con histerectomía de emergencia y ruptura uterina. La cesárea se asoció con todas las variables seleccionadas.

En México (5), se recolectó información de 3,4 millones de nacimientos hospitalarios y 832 muertes maternas (29 por 100.000 nacidos vivos). Del total de muertes maternas, las principales morbilidad y letalidad fueron la pre-eclampsia, las hemorragias obstétricas y la sepsis puerperal que contribuyeron con el 57% del total de muertes (474/832).

En Sud Africa (6) se realizó un estudio que abarcó 423 gestantes con MME, de las cuales 128 (30%) fallecieron. Los factores entre ambos grupos (muertes versus sobrevivientes con MME) sólo se diferenciaron en la carencia de control prenatal en el grupo de madres que fallecieron.

Las causas fueron:

Grupo de Madres con Morbilidad Extrema:

Hipertensión arterial complicada (27,2%)

Hemorragia post-parto (18%).

Hemorragia anteparto (12,8%)

Aborto (11,3%)

Grupo de Madres con MME que fallecieron

Sepsis (26,6%)

Hipertensión arterial complicada (23,4%)

Enfermedad pre-existente (14,1%)

Aborto (10,9%)

En Lituania (7), en una revisión de 24 estudios, se encontró en 10 de ellos que las más frecuentes condiciones de MMS fueron la admisión en Cuidados Intensivos y la histerectomía. En los 14 restantes se encontró como severa morbilidad la ruptura uterina, la sepsis, la hemorragia y disturbios

*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.*

hipertensivos. La prevalencia de MMS tuvo extremos entre 0,07% y 8,32%.

Un segundo estudio realizado en Lituania (8) encontró en 13.399 nacimientos un 7,9 por 1.000 nacidos vivos, con Morbilidad Materna Extrema (N = 106). Las 2 principales patologías fueron la pre-eclampsia severa, (54% del total) y la hemorragia severa (36% del total). Como factores de riesgo de MME se encontró la hemorragia previa alrededor del parto, antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad renal previa, carencia de control prenatal y distocia fetal.

En un total de 18.554 gestantes (9), se encontraron 267 casos de Morbilidad Materna Severa (14,3 por 1.000 nacidos vivos) y fueron responsables de 3 muertes maternas. La más frecuente fue la pre-eclampsia severa (5 por 1.000), histerectomía (4,5 por 1.000) y sepsis 1,3 por 1.000. Estas 3 patologías críticas contribuyeron con el 75% de las madres a las que se le diagnosticó Morbilidad Materna Severa.

## **COMENTARIO**

Es evidente que disponer de información sobre morbilidad materna extrema o severa, es un paso importante para prevenir y evaluar condiciones maternas críticas con elevada letalidad. En general el tipo de patologías que acompañan la MME son similares en todos los estudios analizados, aunque con diferente frecuencia.

Se debe realizar un esfuerzo para uniformizar las definiciones y estimular la recolección de la información. Los criterios promocionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de agrupar a la morbilidad materna extrema o severa, en aquéllas por causas dependientes de enfermedades específicas, de fallas orgánicas integrales y aquéllas dependientes del manejo asistencial, es un importante paso adelante, que bien implementado podría reducir las tasas de morbi-mortalidad y sus subsecuentes secuelas.

EN SUMA:

La Morbilidad Materna Extrema o Severa se relaciona directamente con la mortalidad y puede ser una medida sensible para pronosticar los resultados obstétricos, a su vez que permite una efectiva auditoría del sistema, que permitiría optimizar la calidad de los cuidados maternos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1 ) Say L, Pattinson RC, Gulmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reprod. Health.* 2004 Aug 17(12):3. [say@who.int](mailto:say@who.int) .

2 ) Edgar Iván Ortiz. Morbilidad Materna Extrema. Se intensificará su vigilancia. Secretaría de Salud Pública del Municipio de Santiago de Cali. Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad del Valle. Junio del 2006. <http://www.gov.com.co> .

*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.*

- 3 ) Shi Wu Wen, Ling Huang, Robert Liston, Maureen Heaman, Tom Baskett, I.D. Rusen, K.S. Joseph, Michael S. Kramer for, and The Maternal Health Study Group, Canadian Perinatal Surveillance System. Severe maternal morbidity in Canada, 1991–2001. CMAJ. 2005 September 27; 173(7): 759–764.
- 4 ) Baskett TF, O'Connell CM. Severe obstetric maternal morbidity: a 15years population-based study. J Obstet Gynaecol. 2005 Jan;(25(1):7-9.
- 5 ) Velasco-Murillo V Navarrette-Hernández E. Maternal mortality in the IMSS: an analysis from the perspective of mortality and lethality. Cir Cir 2006 Jan-Feb;74(1):21-6. <http://www.nlm.nih.gov>
- 6 ) Pattinson RC, Buchmann E, Mantel G, Schoon M, Rees H. Can enquiries into severe acute maternal morbidity act as surrogate for maternal death enquiries. BJOG. 2003 Oct;110(10):889-93.
- 7) Minkauskiene M, Nadisauskiene R, Padaiga Z, Makari S. Systematic review on the incidence and prevalence of severe maternal morbidity. Medicina (Kaunas) 2004;40(4):299-309. Review , English Lithuanian.
- 8 ) Minkauskiene M, Nadisauskiene R, Padaiga Z. Severe acute maternal morbidity: lithuanian experience and review. Int J Fertil Womens Med. 2006 Jan-feb;51(1):39-46.
- 9) Abuladze NN, Asatiani TI. Prevalence of severe maternal morbidity in Tbilisi. Georgian Med news. 2006 Jun;(135):35-9.

Dr Haroldo Capurro