

La morbilidad materna severa como herramienta para la vigilancia epidemiológica

Edgardo Abalos¹, Guillermo Carroli¹, Silvina Ramos²

¹Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP)

²Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)

1. Morbilidad materna severa: ¿Por qué vigilar las complicaciones maternas agudas graves?
2. ¿Cómo evaluar la morbilidad materna severa?
3. El abordaje de la morbilidad materna severa propuesto por la OMS

“[...] la Organización Mundial de la Salud ha calculado que más de 1.500¹ mujeres y niñas mueren cada día como resultado de complicaciones prevenibles que ocurren antes, durante y después del embarazo y parto; y que, a nivel global, la mortalidad materna es la principal causa de muerte en mujeres y niñas en edad reproductiva [...] la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad maternas son prevenibles; y que la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles son retos para la salud, el desarrollo y los derechos humanos, lo cual también requiere de la promoción y protección efectiva de los derechos humanos de mujeres y niñas, en especial su derecho a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a tener libertad de buscar, recibir e impartir información, a gozar de los beneficios del avance científico, a vivir libres de discriminación y a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva [...]”

Asamblea General Naciones Unidas

Hojas Informativas OSSyR es una serie monográfica periódica de distribución gratuita del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva.

ISSN: 1853-0133

OSSyR

Sánchez de Bustamante 27

(C1173AAA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

1. Morbilidad materna severa: ¿Por qué vigilar las complicaciones maternas agudas graves?

Globalmente se calcula que, cada año, diez millones de mujeres tienen complicaciones graves asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Las hemorragias, las infecciones, los trastornos hipertensivos, las complicaciones de los abortos inseguros y la obstrucción del trabajo de parto siguen siendo las principales causas de estas condiciones que ponen en riesgo la vida de las mujeres [1-3] con el agregado que en muchos casos no son fáciles de prevenir, y su progresión sin un tratamiento clínico óptimo y oportuno puede derivar en la muerte. [4, 5]

Los factores que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a estas complicaciones son múltiples. Si bien respuestas biológicas deficientes causadas por malnutrición u otras comorbilidades (por ejemplo el VIH, el paludismo o la tuberculosis) pueden originar niveles extremadamente elevados de muertes maternas, también contribuyen las inequidades en el acceso a los servicios de salud, o los sistemas de salud que, aún disponibles, son ineficientes al adolecer de las capacidades para reconocer y tratar estas dificultades.

En años recientes se han venido realizando estudios sobre las mujeres sobrevivientes de estas complicaciones graves relacionadas con el embarazo (cuadro clínico conocido como complicaciones maternas agudas graves o near miss materno). Se determinó que la información sobre las complicaciones maternas agudas graves era útil para identificar las fallas en el sistema sanitario en relación con la atención de la salud materna. Esto se debe a que **las complicaciones maternas agudas graves comparten muchas características con las muertes maternas**, y pueden ser una fuente de información directa sobre los obstáculos a superar después su aparición. Estos casos pueden complementar la información que se obtiene al revisar las muertes maternas y actuar como sustitutos de las mismas, un dato muy útil en las instituciones de salud pequeñas y medianas donde el número de casos registrados es bajo debido a la rareza del evento, o en los lugares donde la mortalidad materna es baja [6-8].

La complicación materna aguda grave (MNM del inglés Maternal Near Miss) se refiere a una mujer que durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores a la finalización del embarazo tuvo una complicación grave que la llevó a estar cerca de la muerte, pero sobrevivió.

Los casos con complicaciones maternas agudas graves comparten muchas características con las muertes maternas, siendo el aspecto distintivo la supervivencia después del estado crítico de salud. Algunas de las ventajas del análisis de estos casos incluyen:

- No son tan infrecuentes como las muertes maternas y brindan información adecuada acerca de la atención en salud
- Se puede preguntar directamente a las mujeres sobrevivientes sobre los eventos padecidos
- Las mujeres pueden informar sobre los obstáculos que debieron sortear después de la aparición de una complicación grave, lo que permite identificar estrategias para mejorar la atención
- Existe menos probabilidad de sub-registro de eventos en los casos de mujeres sobrevivientes

2. ¿Cómo evaluar la morbilidad materna severa?

Mediante el uso de indicadores de complicaciones maternas agudas graves es posible evaluar la calidad de la atención que recibieron estas mujeres. Sin embargo, la literatura muestra una gran variabilidad en los criterios de identificación de estos casos y en la definición de la gravedad de estas complicaciones. Por tal motivo no ha sido posible hasta el momento calcular de manera resumida la prevalencia global de este tipo de complicaciones, limitando su utilización como indicador de la salud materna [6, 9]. Dentro de los criterios utilizados para categorizar las complicaciones potencialmente fatales se encuentran:

- Criterios específicos para la enfermedad (por ejemplo, preeclampsia grave, hemorragia severa).
- Criterios específicos para el manejo (por ejemplo, admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos – UCI –, transfusión de sangre).
- Criterios basados en la insuficiencia orgánica (por ejemplo, shock o dificultad respiratoria).

Los dos primeros criterios, si bien son fáciles de utilizar, exhiben una mayor dificultad para su estandarización, ya sea por diferentes juicios para categorizar la severidad de la enfermedad (por ejemplo, hemorragia postparto severa), o por diferentes puntos de corte en el manejo de una determinada condición (por ejemplo, criterios de elegibilidad para ingreso a UCI, disponibilidad de camas, etc.).

Los criterios basados en la insuficiencia orgánica, en cambio, proveen una identificación más confiable de casos severos reales ya que evitan la variabilidad y subjetividad en las definiciones. Sin embargo estos criterios requieren un cierto nivel de cuidados e instalaciones que permitan el monitoreo básico de los cuidados críticos (lo que podría limitar su aplicabilidad en lugares de muy bajos recursos).

Tomando en cuenta los criterios basados en la insuficiencia orgánica, la OMS desarrolló un conjunto de criterios consistente que permite la identificación de los casos severos utilizando esencialmente el juicio clínico cuando el laboratorio y otras tecnologías no están disponibles. También incluye un número de marcadores relacionados al manejo de la condición clínica para facilitar la identificación de los casos. [10, 11]. (Tabla 1)

Estos criterios están pensados para ser utilizados en cualquier ámbito, independientemente del estado de desarrollo, ya que tienen en cuenta el balance entre la sobrecarga de trabajo que significa la recolección de datos adicionales, por un lado, y la obtención de información útil, por el otro. Con la nueva definición de complicaciones maternas agudas graves es posible calcular la incidencia de las complicaciones maternas agudas graves, y la comparación a través del tiempo y entre las instituciones.

Si bien se considera clínicamente útil la posibilidad de identificar en forma prospectiva aquellas mujeres que presentan condiciones potencialmente fatales, desde el punto de vista teórico, una mujer sólo puede ser reconocida como un caso de complicación materna aguda grave en forma retrospectiva, ya que por definición, la mujer necesita sobrevivir a la complicación severa. Al final del proceso, una mujer con una condición potencialmente fatal que fallece será clasificada como una muerte materna, y si sobrevive, como un caso con una complicación materna aguda severa o 'near miss' (Figura 1)

Figura 1: Identificación de casos con complicaciones maternas agudas graves

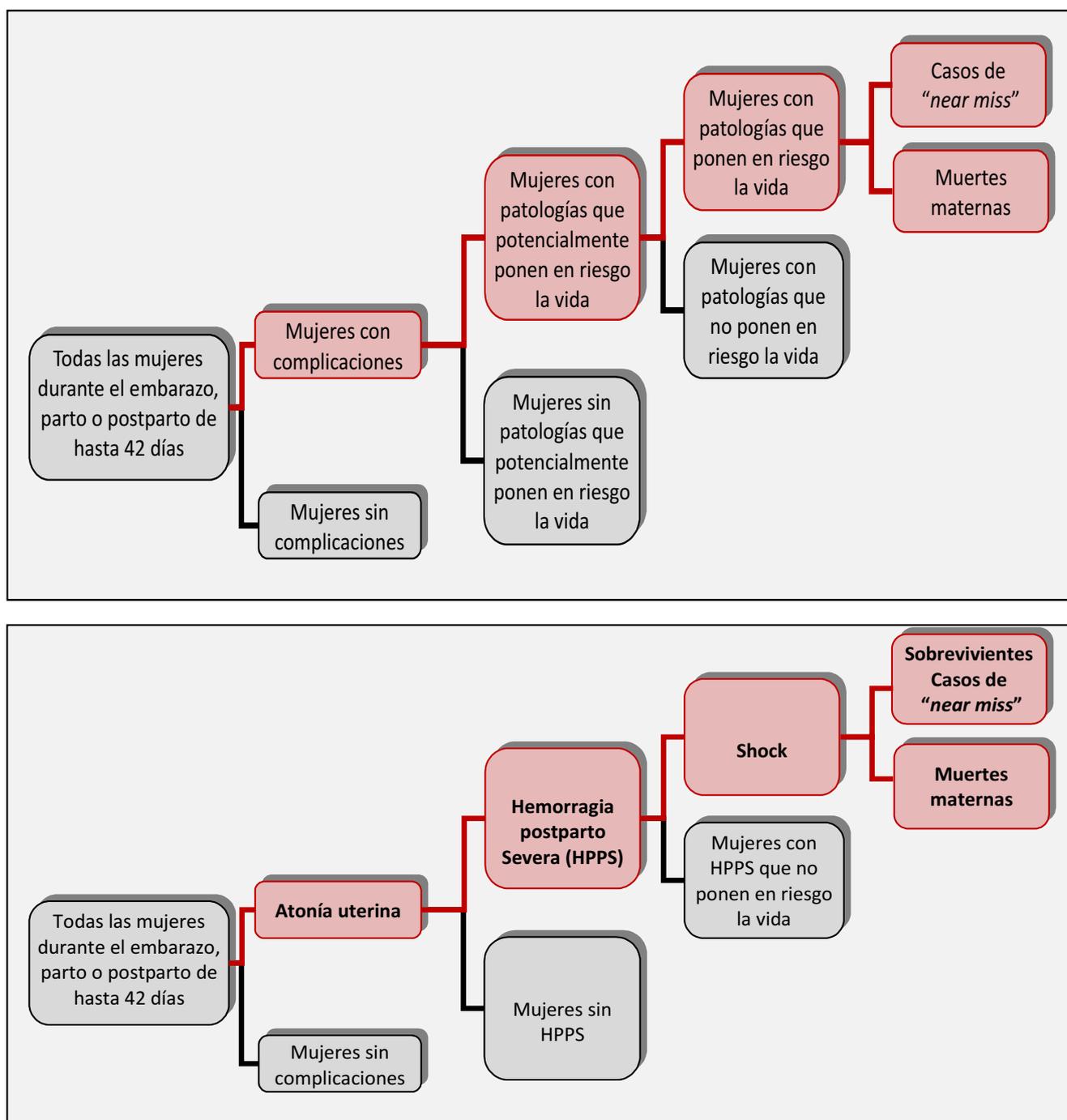


Tabla 1: Identificación de casos de morbilidad materna severa

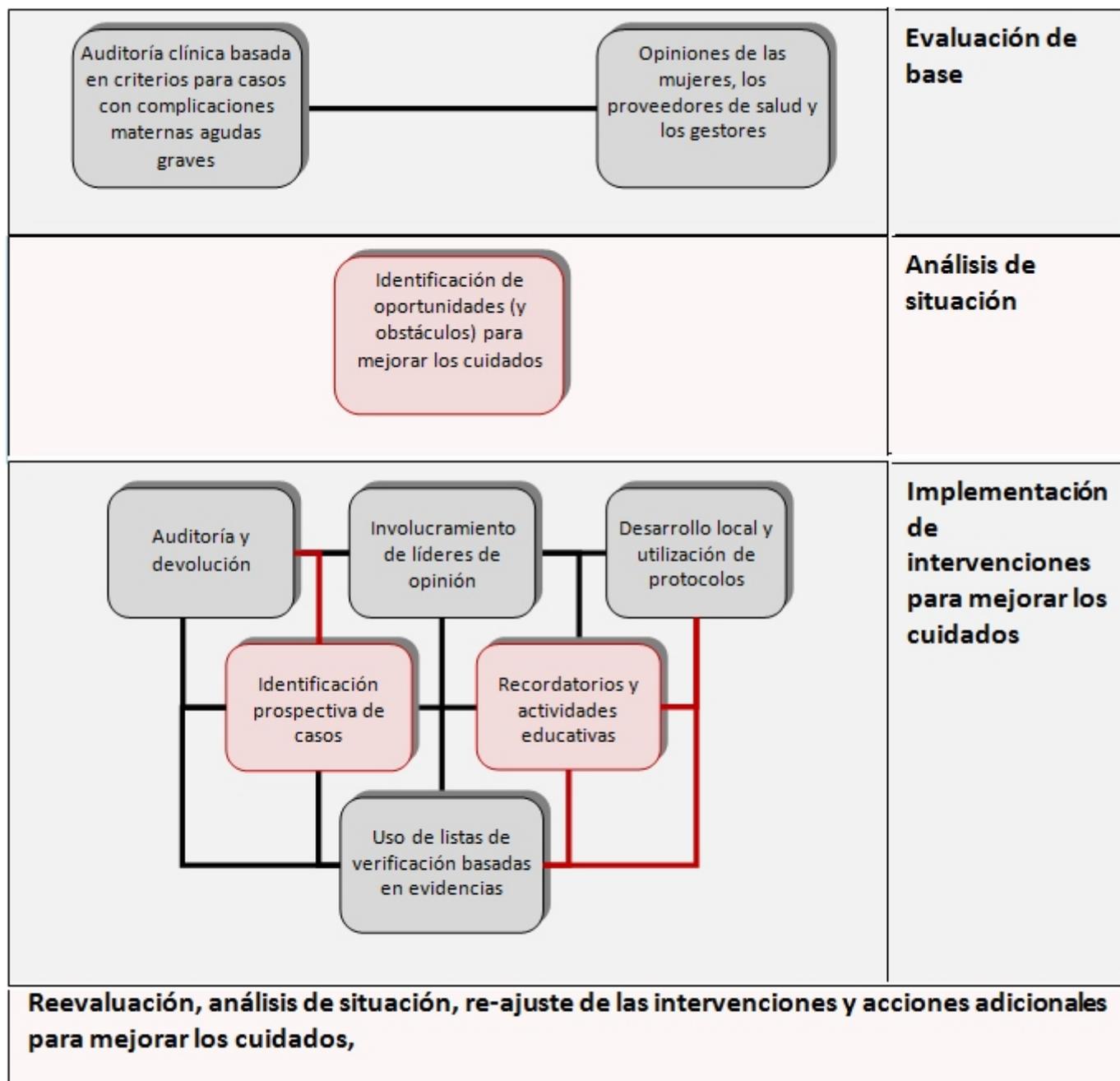
<i>Criterios basados en la insuficiencia orgánica para detectar complicaciones maternas agudas graves.</i>			
Sistema o aparato comprometido	Criterios clínicos	Criterios de laboratorio	Criterios de tratamiento
Cardiovascular	Shock Paro cardíaco	Hipoperfusión severa (lactato > 5 mmol/l ó > 45 mg/dl) Acidosis severa (pH < 7,1)	Administración continua de agentes vasoactivos Reanimación cardiopulmonar
Respiratorio	Cianosis aguda Respiración jadeante Taquipnea severa (frecuencia respiratoria > 40 rpm) Bradipnea severa (frecuencia respiratoria < 6 rpm)	Hipoxemia severa (saturación de oxígeno < 90% durante ≥ 60 minutos o PaO ₂ /FiO ₂ < 200)	Intubación y ventilación sin relación con la anestesia
Renal	Oliguria resistente a los líquidos o diuréticos	Azotemia aguda severa (creatinina ≥ 300 μmol/l o ≥ 3,5 mg/dl)	Diálisis en caso de insuficiencia renal aguda
Hematológico / trastorno de la coagulación	Alteraciones de la coagulación	Trombocitopenia aguda severa (< 50.000 plaquetas/ml)	Transfusión masiva de sangre/glóbulos rojos (≥ 5 unidades)
Hepático	Ictericia en presencia de preeclampsia	Hiperbilirrubinemia aguda severa (bilirrubina > 100 mol/l o > 6,0 mg/dl)	
Neurológico	Pérdida prolongada del conocimiento (durante > 12 horas) Accidente cerebrovascular Crisis epilépticas incontroladas / estado epiléptico Parálisis generalizada		
Sustituto alternativo en función de la gravedad			Histerectomía después de infección o hemorragia

3. El abordaje de la morbilidad materna severa propuesto por la OMS

En el año 2011, la Organización Mundial de la Salud publicó las guías para evaluar la calidad de la atención brindada a mujeres con complicaciones maternas agudas graves. [12] Estas guías representan la forma en que la OMS propone monitorear la implementación de intervenciones críticas en los cuidados de la salud materna para evaluar la calidad de la atención. La intención es que esta guía sea utilizada por trabajadores de la salud, gestores de programas y encargados de tomas de decisiones en políticas de salud responsables de la calidad de los cuidados dentro de los efectores de salud y del sistema de salud.

El abordaje de la OMS para la evaluación de la morbilidad materna severa a través del monitoreo de las complicaciones maternas agudas graves es un método estandarizado para ser implementado en tres etapas de manera cíclica: (1) evaluación de base (o re-evaluación), (2) análisis de situación, y (3) intervenciones para mejorar la salud materna. (Figura 2)

Figura 2: Marco conceptual del abordaje propuesto por la OMS para la evaluación de la morbilidad materna severas



Los resultados de este enfoque permiten conocer, entre otros, las incidencias locales y los patrones de mortalidad y morbilidad severa materna, las fortalezas y debilidades en los sistemas de referencia y la correcta utilización (o no utilización) de intervenciones clínicas y de sistemas de salud.

Los indicadores desarrollados por el grupo técnico de trabajo de la OMS incluyen:

- Un conjunto de criterios de identificación clínica de los casos de complicaciones maternas agudas graves, basados en la disfunción orgánica, testeados y validados a fin de que permitan proveer datos robustos y confiables. [10, 13]
- Un conjunto de indicadores para la evaluación de la calidad de la atención dentro del efector de salud o del sistema de salud. Que proveen además información acerca del desempeño dentro del efector, y el grado en que el sistema de salud es exitoso en reducir las demoras en el acceso a los centros de salud o sistemas de referencia. Estos indicadores de proceso, desarrollados o adaptados en base al concepto de auditoría clínica basada en criterios, [14] son útiles para evaluar las brechas entre la utilización real y óptima de intervenciones efectivas prioritarias para la prevención y el manejo de las complicaciones severas relacionadas al embarazo y el parto. (Tabla 2)

Tabla 2: Estándares de cuidado e indicadores de proceso*

<i>Estándares de cuidado</i>	<i>Indicadores de proceso</i>
Prevención de la hemorragia posparto	
Todas las mujeres deber recibir oxitocina 10 UI luego del parto para prevenir la hemorragia posparto	Número de mujeres que recibieron una dosis única de oxitocina dividido por el número total de nacimientos (vaginales + cesáreas)
Tratamiento de la hemorragia posparto	
Todas las mujeres con hemorragia posparto deben recibir oxitocina	Número de mujeres con hemorragia posparto que recibieron oxitocina terapéutica dividido por el número de mujeres con hemorragia posparto
Tratamiento de la eclampsia	
Todas las mujeres con eclampsia deben recibir sulfato de magnesio	Número de mujeres con eclampsia que recibieron sulfato de magnesio dividido por el número de mujeres con eclampsia
Prevención de infecciones sistémicas severas o sepsis	
Todas las mujeres a las que se les practica una cesárea deben recibir antibióticos profilácticos	Número de mujeres a las que se les practicó una cesárea que recibieron antibióticos profilácticos dividido por el número de mujeres a las que se les practicó una cesárea
Tratamiento de infecciones severas o sepsis	
Todas las mujeres con infecciones sistémicas severas o sepsis deben recibir antibióticos endovenosos	Número de mujeres con infecciones sistémicas severas o sepsis que recibieron antibióticos endovenosos dividido por el número de mujeres con infecciones sistémicas severas o sepsis
Inducción de la maduración pulmonar fetal	
Todas las mujeres que den a luz un bebé vivo de pretérmino deben recibir corticoides para la inducción de la maduración pulmonar fetal	Número de mujeres que dieron a luz un bebé vivo de pretérmino luego de 3 horas de la hospitalización que recibieron corticoides para la inducción de la maduración pulmonar fetal dividido por el número de mujeres que dieron a luz un bebé vivo de pretérmino luego de 3 horas de la hospitalización

* Una baja proporción de mujeres indican oportunidades para mejorar los cuidados, mientras que una alta proporción mejor calidad de la atención

De manera ideal, este enfoque debería ser utilizado como parte de una gama completa de intervenciones dirigidas a reforzar los efectores de salud y los sistemas de salud, contribuyendo al monitoreo de la calidad de atención, la evaluación de la implementación de intervenciones efectivas esenciales, y a brindar información acerca de los mecanismos de referencia en todos sus niveles.

El propósito final es mejorar la práctica clínica y reducir la morbilidad severa y mortalidad materna mediante la utilización de las mejores prácticas. Por lo tanto, la guías propuesta por OMS debe utilizarse en conjunto con guías clínicas basadas en evidencias, junto a guías locales de adaptación para su implementación.

Referencias bibliográficas

- [1] Filippi V, Ronsmans C, Campbell OMR, Graham W, Mills A, et al. Maternal Health in poor countries: the broader context and a call for action. *Lancet*. 2006; 368(9546):1535-41.
- [2] Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006;367(9516):1066-74.
- [3] Ronsmans C, Graham WJ; Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. 2006;368(9542):1189-200.
- [4] Campbell OM, Graham WJ; Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*. 2006;368(9543):1284-99.
- [5] Paxton A, Maine D, Freedman L, Fry D, Lobis S. The evidence for emergency obstetric care. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005;88(2):181-93.
- [6] Say L, Pattinson RC, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reprod Health*. 2004;1(1):3
- [7] Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. *Br Med Bull*. 2003;67:231-43
- [8] Geller SE, Rosenberg D, Cox SM, Brown ML, Simonson L, et al. The continuum of maternal morbidity and mortality: factors associated with severity. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(3):939-44.
- [9] Tunçalp Ö, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L. The prevalence of maternal near miss: a systematic review. *BJOG* 2012;119: 653–661.
- [10] Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009;23:287-96.
- [11] Say L, Souza JP, Pattinson R, et al. WHO maternal deaths and near-miss classifications. *Bulletin of the World Health Organization* 2009;87:734-734.
- [12] Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. © World Health Organization 2011. WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland. ISBN 978 92 4 150222 1 (NLM classification: WQ 240)
- [13] Souza JP, Cecatti JG, Haddad SM, Parpinelli MA, Costa ML, et al. (2012) The WHO Maternal Near-Miss Approach and the Maternal Severity Index Model. (MSI): Tools for Assessing the Management of Severe Maternal Morbidity. *PLoS ONE* 7(8): e44129. doi:10.1371, August 2012.
- [14] Graham WJ. Criterion-based clinical audit in obstetrics: bridging the quality gap? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2009, 23(3):375–388.

Desde el OSSyR esperamos facilitar el acceso a información y herramientas de calidad a quienes toman decisiones de salud pública. El propósito es contribuir a la reducción de las muertes maternas en el menor plazo posible, en cumplimiento de las metas comprometidas, fundamentalmente para evitar muertes prevenibles e injustas. Este es el compromiso que hemos asumido con las mujeres de nuestro país.

www.ossyr.org.ar