

HOSPITAL UNIVERSITARIO GINECOOBSTÉTRICO
“MARIANA GRAJALES”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

LA MORBILIDAD OBSTÉTRICA GRAVE EN EL HOSPITAL
GINECOOBSTÉTRICO “MARIANA GRAJALES”: CINCO AÑOS DE
EXPERIENCIA (2000-2004)

Por:

Dr. Heriberto Martínez Espinosa¹ y Dra. Marilín Luna Alonso²

1. Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Hospital Ginecoobstétrico “Mariana Grajales”. Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. ISCM-VC. e-mail: hmartinez@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Hospital Ginecoobstétrico “Mariana Grajales”. Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

MORBILIDAD
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Subject headings:

MORBIDITY
PREGNANCY COMPLICATIONS

La mortalidad materna sigue siendo una “tragedia desatendida”, a pesar del llamado a la acción lanzado por las organizaciones internacionales en 1987, en la Conferencia Internacional sobre Maternidad sin riesgo¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estiman que la tasa de mortalidad materna (TMM) varía de 190 muertes cada 100 000 nacidos vivos en América Latina, a 390 en Asia y 870 en África (al mismo nivel que había en Europa y en Estados Unidos a comienzos del siglo XX). En África occidental, la TMM asciende a 1020; en cambio, en el norte de Europa es solo de 11.

En todo el mundo, 585 000 mujeres mueren cada año a causa de enfermedades relacionadas con el embarazo; el 99 % de estas muertes ocurren en países en desarrollo. En nuestro país, la mortalidad materna ha tenido una disminución notable, ya que se han creado acciones de salud encaminadas fundamentalmente a reducir dicha tasa², y nuestra provincia también ha contribuido considerablemente a ello. Las causas médicas directas –hemorragia, distocia, infección, hipertensión arterial y aborto provocado– representan el 80 % de las muertes maternas, aunque se estima que el 90 % de ellas son evitables; incluso, en la situación actual de los países en desarrollo, se ha prestado poca atención a evaluar la frecuencia de la morbilidad obstétrica grave.

La OMS define la morbilidad obstétrica como la probabilidad de enfermar una mujer que ha estado embarazada (con independencia del lugar o duración del embarazo), que sea resultado de cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por él, así como de una atención inadecuada, pero no de causas accidentales o incidentales³.

Es de señalar, que en ello influye el control obstétrico y el tratamiento ineficiente de las complicaciones que se puedan presentar.

El tratamiento oportuno de la morbilidad en el embarazo, el parto y el puerperio influye en la morbilidad materna².

Se realizó un estudio de las pacientes con enfermedad obstétrica grave en el Hospital Universitario "Mariana Grajales" de Santa Clara, en el período comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2004.

Se informaron 127 pacientes que tuvieron algún tipo de complicación que puso en riesgo su vida, por lo que requirieron cuidados intensivos.

La principal complicación que presentaron fueron los trastornos hemorrágicos en 51 casos (42 %); le sigue, en orden de frecuencia, las relacionadas con la enfermedad hipertensiva gravídica (15 %), la cardiopatía y la enfermedad respiratoria (8 %) respectivamente, y otras causas menos frecuentes, como la trombosis venosa y la sepsis, lo cual coincide con la bibliografía consultada¹⁻³.

En relación con los partos, se señala que existe una paciente grave cada 223 partos en nuestro hospital.

El puerperio constituyó el momento crítico en la morbilidad materna grave, lo cual representa más del 50 % de los casos.

Los trastornos hemorrágicos fueron la principal causa de histerectomía obstétrica, por lo que se realizó la misma al 100 % de las que los presentaron, y se realizó ligadura de la arteria hipogástrica al 60 % de aquellas en quienes se practicó histerectomía obstétrica.

Esto significa que la mujer embarazada cuenta con una atención obstétrica activa desde la atención prenatal hasta el parto y el puerperio, sobre todo el puerperio inmediato⁴.

En estudios realizados en África occidental, muere una de cada cuatro mujeres que experimentan una complicación que pone en riesgo su vida¹.

La atención obstétrica esencial, destinada al primer nivel de referencia, tiene seis componentes: cirugía obstétrica, anestesia, tratamiento médico, transfusiones, procedimientos obstétricos, monitorización de partos y planificación familiar⁵.

Queda demostrado que la hemorragia es la causa fundamental de las complicaciones que se presentan en una paciente parturienta¹⁻⁶, por lo que en nuestro hospital provincial, a donde asisten pacientes remitidas con mayor riesgo de complicaciones, se han tomado una serie de medidas para prevenirla, como: lograr que la paciente obstétrica llegue al parto con cifras de hemoglobina por encima de 11 g/%, la instauración del alumbramiento asistido y el uso del misoprostol para el tratamiento de la atonía uterina; además, se han impartido talleres y cursos para adiestrar al personal médico y paramédico sobre cuáles son las medidas inmediatas que deben realizarse ante una paciente con hemorragia obstétrica, lo que ha perfeccionado la atención a las mismas.

Tratando adecuadamente a la paciente obstétrica grave, podremos disminuir la tasa de muerte materna. En nuestro hospital, hace tres años que no ocurre una defunción materna, lo cual demuestra la calidad de los servicios obstétricos y el tratamiento adecuado de las complicaciones.

El profesor Fathalla, pionero de la lucha contra la mortalidad materna, en la ceremonia de Apertura del XV Congreso Mundial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, en Copenhague, declaró: "... casi puedo sentir la presencia de millares y millares de nobles almas de estas mujeres jóvenes en la flor de la vida. Ellas nos ruegan, a los obstetras del mundo, que les digamos por qué las dejamos morir¹.

Referencias bibliográficas

1. Prual A. Morbilidad obstétrica grave en los países en desarrollo: de la epidemiología a la acción. *Foro Gynecol.* 2001;4(2):6-14.
2. Cabezas E, Castell J, Farnot U. Mortalidad materna y perinatal. En: Rigol Ricardo O. *Obstetricia y ginecología.* La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p. 243-50.
3. Clark SL. Cuidados intensivos en obstetricia. En: Scott JR, Di Saia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. *Danforth tratado de obstetricia y ginecología.* 8^{va} ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. p. 491-505.
4. Espinoza H, Camacho AV. Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality. *Rev Panam Salud Pública.* 2005 Feb;17(2):123-9.
5. Ministerio de Salud Pública. Pérdida masiva de sangre. En: *Acciones para un parto seguro.* La Habana: MINSAP; 1999. p. 26-30.

6. Razzaque A, Da Vanzo J, Rahman M, Gausia K, Hale L, Khan MA, et al. Espaciamento de los embarazos y morbilidad materna en Matlab, Bangladesh. *Int J. Gynecol Obstet.* 2005 Abr;89(Supl1):543-52.