



ÍNDICES DE SEVERIDAD EN OBSTETRICIA CRÍTICA: ¿UNA MEDIDA RELEVANTE?

SEVERITY SCORING IN CRITICAL OBSTETRICS: A RELEVANT MEASURE?

Entre los indicadores de desigualdad en la sociedad moderna, la mortalidad materna es uno de los más dramáticos: 99% se concentra en países en vía de desarrollo (1). La muerte de una mujer durante el embarazo, parto o los primeros 42 días del puerperio es definido como muerte materna (2). En el mes de mayo del 2014, el Institute for Health Metrics and Evaluation de la Universidad de Washington, en conjunto con investigadores de diversas instituciones a nivel global [incluida la Universidad de Cartagena, y el Instituto Nacional de Salud en Colombia] reportaron las últimas estadísticas de mortalidad materna que incluyó datos de 188 países, señalando que para el año 2013, 292.892 mujeres (IC95%: 261.017–327.792) murieron por complicaciones relacionadas con el embarazo (3), la mayoría en el periodo intraparto y postparto. Se considera que 90% de todas las muertes maternas son muertes evitables, lo cual enfatiza el carácter trágico de esta realidad.



De acuerdo a este nuevo reporte, la mortalidad materna en Colombia es ahora de 62.9 (IC95%: 44.1–85.2) x 100.000 nacidos vivos, lo cual lo ubica como el noveno país con mayor tasa de mortalidad materna en América Latina (3). Lo cual es un dato importante, la tasa de mortalidad materna ha tenido por primera vez una tendencia a la disminución, anteriormente estaba estimada en 77.1 x 100.000 en el año 2003. Aunque la reducción de muerte materna debido a complicaciones directas del embarazo, como hemorragia y preeclampsia ha sido significativa a nivel global, nuevos retos fueron identificados. La proporción de muertes maternas indirectas (neumonía, tromboembolismo pulmonar, etc) presentó un aumento en Latinoamérica y el Caribe pasando del 9.2% (IC95%: 8.8–9.8) en 1990 al 11.5% (IC95% 10.9–12.2) en el 2013.

A pesar de este alentador reporte, organizaciones internacionales como US Agency for Internal Development (USAID) y UNICEF publicaron en el 2013 un preocupante informe en que se proyectaba que los 4^{to} y 5^{to} objetivos del milenio [reducción de la mortalidad infantil entre niños menores de cinco años en dos tercios y de la mortalidad materna en tres cuartos, respectivamente], no podrán ser alcanzados para el 2015 (4,5). Frente a esta realidad, organizaciones internacionales han promovido acciones de emergencia las cuales incluyen entrenamiento del personal de salud en emergencias obstétricas, mejorar el cubrimiento de atención prenatal en los sistemas de salud y la identificación de pacientes con alto riesgo de complicaciones para ser referidas a centros de atención apropiados (6).

El Grupo de Investigación en Cuidados Intensivos y Obstetricia (GRICIO) de la Universidad de Cartagena, pionero en la investigación en el cuidado de la paciente obstétrica críticamente enferma en el país, ha publicado recientemente un estudio enfocado en el uso de scores pronósticos para la identificación y evaluación de pacientes obstétricas críticamente enfermas (7).

El estudio que incluyó 726 pacientes admitidas a UCI en un periodo de seis años, [tasa de admisión a UCI 14.26 x 1000 nacidos vivos], comparó calibración y discriminación de cuatro scores de severidad [Simplified Acute Physiology Score 2 (SAPS 2), Simplified Acute Physiology Score 3 (SAPS 3), Mortality Probability Model II (MPM₀-II), y Mortality Probability Model III (MPM₀-III)] para predecir muerte materna en pacientes ingresadas a UCI y demostró que aunque todos los scores tenían una adecuada discriminación [area under the receiver operating characteristic curve (AUC) > 0.86], solo MPM₀-II, mostró una adecuada calibración presentando un radio de mortalidad de 0.88 (Hosmer-Lemeshow Test=0.57) (7). La importancia de esta publicación radica en la posibilidad de identificar oportunamente las pacientes con alto riesgo de fallecer, que requieren priorización de intervenciones y recursos como soporte inotrópico y/o soporte respiratorio con ventilación mecánica. El impacto de estos resultados ha sido resaltado por autoridades internacionales, que señalan que debido a la calidad, objetividad y hallazgos del estudio, el índice de MPM₀-II publicado por dicho grupo debe ser considerado el estándar mundial de comparación para nuevos puntajes de severidad en obstetricia (8).

Un mejoramiento en los sistemas de información de la mortalidad y morbilidad materna extrema en Colombia es una deuda con la salud de la mujer y perinatal que el Estado colombiano no ha logrado saldar. Experiencias exitosas como el reporte de mortalidad materna en el Reino Unido por el Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE), han demostrado que el conocimiento regular y actualizado de las causas de muerte materna puede ayudar a planear estrategias de mejoramiento así como realizar intervenciones dirigidas a debilidades en la atención detectadas durante el análisis (9). La revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia, ha publicado recientemente el Consenso Colombiano para la definición de los criterios de ingreso a UCI en la paciente embarazada críticamente enferma, lo cual ayuda a estandarizar posiciones en el país y es por lo tanto una herramienta valiosa para la potencial identificación temprana de pacientes obstétricas con complicaciones severas (10). Ginecólogos y obstetras tenemos la responsabilidad social de liderar los esfuerzos para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna/perinatal. Es de suprema importancia, que personal de salud dedicados al cuidado materno en contacto con emergencias obstétricas, estén familiarizados con el manejo de la paciente con choque hipovolémico [los trastornos hemorrágicos asociados al embarazo han sido la primera causa de muerte materna en Colombia en los últimos diez años], emer-

gencias hipertensivas y shock séptico. A su vez es necesario entrenamiento en el reconocimiento oportuno de pacientes críticamente enfermas, lo cual ha demostrado ser uno de los pilares en la reducción de muerte materna en países en vía de desarrollo como Colombia. Invitamos por lo tanto a intensivistas, anesthesiólogos, obstetras, personal de enfermería y directivos de salud a familiarizarse con los índices de severidad en obstetricia y considerar las implicaciones de implementar estos sistemas de estratificación en sistemas de emergencia, salas de cirugía y UCI, que tienen el reto diario de cuidar a una paciente embarazada con alto riesgo de fallecer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldenberg RL, McClure EM. Disparities in interventions for child and maternal mortality. *Lancet*. 2012;379:1178-1180.
2. WHO, UNICEF, UNFPA, The world bank estimates. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Geneva. 2012.
3. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60696-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60696-6/abstract).
4. Requejo J, Victora C, Bryce D. Data resource profile: countdown to 2015: maternal, newborn and child survival. *Inter J Epidemiol* 2014; 43(2): 586-596.
5. Lozano R, Haidong Wang, Foreman KJ et al., Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2011;378(9797):1139-1165.
6. Hsu J, Pitt C, Greco G, Berman P, Mills A. Countdown to 2015: changes in official development assistance to maternal, newborn, and child health in 2009-10, and assessment of progress since 2003. *Lancet* 2012;380(9898):1157-1168.
7. Rojas-Suárez J, Paternina-Caicedo AJ, Miranda J, Mendoza R, Dueñas-Castel C, Bourjeily G. Comparison of Severity-of-Illness Scores in Critically Ill Obstetric Patients: A 6-Year Retrospective Cohort. *Critical care medicine Crit Care Med*. 2014;42(5):1047-1054.
8. Lapinsky SE. Severity of illness in pregnancy. *Critical care medicine*. 20014; 42(5):1284-1285.
9. G. Lewis, Saving Mothers' Lives: the continuing benefits for maternal health from the United Kingdom (UK) Confidential Enquires into Maternal Deaths. *Seminars in perinatology*. 2012;36(1):19-26.
10. Rojas-Suarez J, González MV, Monsalve G, Escobar-Vidarte MF, Vasco-Ramírez M. Consenso Colombiano para la definición de los criterios de ingreso a unidades de cuidados intensivos en la paciente embarazada críticamente enferma. *Rev Col Obst Ginecol*. 2014;65(1): 47-74.

JEZID MIRANDA QUINTERO. MD,

Department of Obstetrics and Gynecology, Wayne State University, Detroit, MI, USA
Grupo de Investigación en Cuidado Intensivo y Obstetricia, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia