

## REVISIÓN

# LOS RIESGOS DE SER MADRE EN EL SIGLO XXI

## THE RISKS OF BEING A MOTHER IN THE 21ST CENTURY

José Antonio Clavero Núñez

Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España – Obstetricia

**Palabras clave:**Morbilidad materna;  
Mortalidad materna;  
Hospital General  
Universitario Gregorio  
Marañón.**Keywords:**Maternal morbidity;  
Maternal mortality;  
Hospital General  
Universitari Gregorio  
Marañón.**Resumen**

Se analiza las consecuencias del parto en 23.965 mujeres que fueron asistidas en la Maternidad del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, entre los años 2.013 y 2.017. Hubo dos muertes maternas accidentales, una por Gliomatosis Cerebral y la otra por Melanoma de grado IV. Por lo tanto la Tasa de Mortalidad Materna puede considerarse nula.

Se presentó una Patología catalogada como muy graves en 1.518 (6,33%) casos. De estos 1.448 (6,04%) mostraban los requisitos con los que la OMS define a los Trastornos Potencialmente Mortales, y los otros 70 (0,29 %) cumplían los criterios que da el mismo organismo para las mujeres que estuvieron al borde de la muerte (las llamadas near-miss). Es importante saber que en prácticamente todos estos los casos, existía patología previa de la gestación, es decir, que eran embarazos de alto riesgo.

Catalogamos como patología grave la operación cesárea, que se realizó en 4.215 (17,59%) mujeres, y los desgarros de periné de grado 3 y 4, que se presentaron en 265 (1,1%) y 14 (0,05%) casos respectivamente.

Por último consideramos patología leve a la episiotomía y a los desgarros de grado 1 y 2, que en total sumaron 19.298 partos (80,47%).

Y estos son los riesgos a los que se enfrenta una mujer que quiere ser madre en el siglo XXI.

**Abstract**

The risks and consequences of childbirth are studied in 23,965 women who were assisted in the Maternity of the General University Hospital Gregorio Marañón, between the years 2013 and 2017. There were two accidental maternal deaths, one from Cerebral Gliomatosis and the other for grade IV Melanoma. Therefore, The Maternal Mortality Rate can be considered to be nil.

Very serious pathologies appeared in 1,518 (6.33%) cases. Of these 1,448 (6.04%) fulfill the requirements defined by WHO as Potentially Fatal Disorders, and the other 70 (0.29%) met the criteria that this organization gives to women who were on the verge of death (near-miss calls). It is important to know that in practically all these cases, there was some previous pregnancy pathology, that is, that they were high-risk pregnancies.

We classified as a serious pathology the cesarean section, which was performed in 4,215 (17.59%) women, and the perineal tears of grade 3 and 4, which occurred in 265 (1.1%) and 14 (0.05) cases respectively.

Finally, we considered episiotomy and grade 1 and 2 tears as a mild pathology. They totaled 19,298 deliveries (80.47%).

These are the risks a woman faces when wanting to be a mother in the 21st century.

**INTRODUCCIÓN**

Hace poco más de medio siglo, la mujer era consciente de que el hecho de tener un hijo, conllevaba riesgos para los dos, para él y para ella, riesgos a veces tan graves, que podían llegar al fallecimiento. Como la tasa de natalidad era muy alta, y el arsenal con que contaban los obstetras para ejercer su función era rudimentario, estas muertes ocurrían con frecuencia, y cuando sucedían, toda la familia, estoicamente, las aceptaba. Hoy en día no se concibe en España el hecho de que una

mujer muera en el proceso de la reproducción humana, ni como tampoco le ocurra eso a su hijo. Es más, no solamente son las muertes, sino que también los partos distócicos y las secuelas que dejan en el binomio madre-feto, tampoco son aceptados por los protagonistas ni por su entorno, y por ello ahora son motivo de querrelas judiciales, o de demandas, con una frecuencia tan progresiva, que se están convirtiendo en una norma, en especial en lo que se refiere a la demanda patrimonial, por la que tan solo se solicita una compensación económica por el daño atribuido al hospital, aunque dicho detrimento este ausente de *dolo*.

**Autor para la correspondencia**

José Antonio Clavero Núñez

Real Academia Nacional de Medicina de España

C/ Arrieta, 12 · 28013 Madrid

Tlf.: +34 91 159 47 34 | E-Mail: jclavero1@hotmail.es

Curiosamente la cesárea, una morbilidad grave que ya comentaremos, cuando se realiza con poco trabajo de parto, suele ser bien aceptada como un eximente de la culpabilidad del obstetra, tanto para la familia como para el poder judicial. No es ningún secreto que debido a estas circunstancias, las tasas de esta intervención se han disparado especialmente en la clínica privada, donde generalmente se supera el 30% de los nacimientos, cuando la OMS aconseja no sobrepasar el 15%, la mitad.

Se esta ejerciendo una obstetricia defensiva por parte de los tocólogos, que no produce beneficios ni a la madre ni al feto. Baste recordar que las tasas de parálisis cerebral del neonato, no han disminuido en los últimos 25 años, pese a que las tasas de cesáreas siguen subiendo, con lo que teóricamente se estaría evitando el presunto traumatismo del parto vaginal, al que erróneamente se atribuye el daño cerebral del feto.

La repercusión de estos resultados en las Maternidades, especialmente las Públicas, es de enorme trascendencia. De un lado, las cuantiosas indemnizaciones requeridas por la familia de los afectados, son, junto con la de la Cirugía Plástica, las más elevadas reclamaciones por el delito de *Mala Praxis*. De otro lado está la importante repercusión social, que puede hacer derivar la afluencia de pacientes hacia otros hospitales con menor índice de reclamaciones, lo que hoy día es fácil de conocer consultando por Internet el Observatorio del Sistema Sanitario de Madrid. Por este último motivo, se puede crear un desajuste de pacientes, que es de gran importancia en la red sanitaria provincial.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para cuantificar la importancia de las consecuencias que el embarazo, y sobre todo el parto, tiene actualmente en la madre, nosotros hemos estudiado la mortalidad y la morbilidad acaecidas entre los años 2.013 y 2.017 en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM). El material reunido incluye a 23.965 madres y de 24.874 recién nacidos, pues ha habido 909 partos dobles o gemelares (3,79%). Con este material vamos a cuantificar la patología materna observada, la cual se atribuye al proceso de la reproducción.

Pero para ello, lo primero que debemos definir es lo que internacionalmente se entiende por mortalidad y morbilidad materna, y para ello recurriremos a las dadas por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que también son aceptadas por la OMS.

## MORTALIDAD MATERNA

La Mortalidad Materna (MM) se define como “el fallecimiento de la mujer gestante o hasta los 42 días tras el parto, sin tener en cuenta la duración de la gestación, ni las causas que la produjeron o agravaron por

causa del embarazo o su mantenimiento, pero excluyendo las causas accidentales” (1). Para poder comparar las cifras entre diferentes comunidades, se emplea la *Tasa de Mortalidad Materna (TMM)*, que expresa el riesgo que tiene una mujer de fallecer durante el embarazo o 42 días después, por cada 100.000 niños nacidos vivos. Este riesgo oscila mucho de unos países a otros, pues en las regiones en desarrollo es de 1 por cada 150 nacimientos, cuando en los ya desarrollados es de 1 cada 4.900.(2)

En Europa hay datos de casi todas las naciones entre los años 2.006-2.010, recogidos por el Euro-Peristat (3). El promedio de la TMM es de 6,2 por cada 100.000 nacidos vivos, y la que obtiene la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) recogiendo los resultados de 45 hospitales (que representan el 23% de la red sanitaria nacional) para los años 2.010-2.012 es del 6,01 por 100.000. (4)

Con respecto a las causas de las muertes, la OMS (5) diferencia dos tipos, las directas y las indirectas.

*Las causas directas* son las que ocasionan la muerte por complicaciones del embarazo, del parto o del puerperio, por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o las consecuencias de las anteriores.

*Las causas indirectas* son las que existían antes de la gestación o que se agravaron por la propia gestación, como p.e. por patología cardíaca o por diabetes graves.

Además están las ya citadas *muertes accidentales*, que ocurren por una causa no relacionada con la gestación, ni a enfermedades coexistentes. Estas no deben consignarse en las estadísticas.

A nivel mundial, (Tabla 1) de las 2.443.000 MM acaecidas entre 2.003 y 2.009, el 73% lo fueron por una causa directa. Dentro estas la etiología fue: la hemorragia (27,1%) , los trastornos hipertensivos (14%) y la sepsis (10,7%). Le siguen con menor proporción el aborto (7,9%), el tromboembolismo (3,2%) y otras causas diversas (9,6). El 27% restante falleció por causas indirectas (6-7).

Tabla 1.-

### Causas de Mortalidad Materna

En el mundo 2.443.000 MM entre 2.003-2.009

#### Causas Directas: 73%

Hemorragia	27,1%
Trastornos Hipertensivos	14%
Aborto	7,9%
Tromboembolismo	3,2%
Otras diversas	9,6%

#### Causas Indirectas : 27%

En la Maternidad del HGUGM (Tabla 2) murieron dos pacientes de las 23.965 asistidas. *La causa del fallecimiento fue en el primer caso Gliomatosis cerebral, produciéndose el desenlace a los seis meses del parto. La causa de la muerte de la segunda paciente fue Melanoma estadio IV, ocurriendo el exitus a los 21 días del parto.*

Tabla 2.-

### Mortalidad Materna en el HGUGM

**2 Casos por Muertes Accidentales**

- 1º Gliomatosis Cerebral a los 6 meses del parto
- 2º Melanoma Estadio IV a los 21 días del parto

**Mortalidad Materna Bruta : 8,3 / 100.000 nacidos vivos**

**Mortalidad Materna Estandar : 0 / 100.000 nacidos vivos**

La TMM global o bruta, sería del 8,34 por 100.000 nacidos vivos, pero como una de ellas ocurrió después de los 42 días del parto, descendería a 4,17. Y debido a que no existía en ninguna una causa relacionada con el embarazo, parto o puerperio, es decir, *eran accidentales la TMM real* durante ese periodo de tiempo sería de 0 / 100.000 fetos vivos.

### MORBILIDAD MATERNA

La OMS ha definido la Morbilidad Materna como *“cualquier condición de salud atribuida y/o agravada por el embarazo y el parto que tiene un impacto negativo en el bienestar de la mujer”* (1, 5, 8).

Dentro de la morbilidad podemos diferenciar tres tipos: 1º- los casos leves, 2º- los graves y 3º- los sumamente graves. Entre los primeros revisaremos las episiotomías y los desgarros de periné grados 1 y 2. Como casos graves podríamos incluir a las púerperas que estuvieron ingresadas más de una semana, pero estas se confunden con algunas que sufrieron un desgarro perineal de grado 3 o 4 y con otras a las que se les practicó una operación cesárea. Y desde luego, con todas las que mencionaremos a continuación. Por este motivo creemos que la morbilidad grave la representan, más objetivamente, los desgarros perineales que llegan al ano y/o seccionan el recto (grados 3 y 4), junto con la tasa de Cesáreas. Por último, quedan los procesos que reúnen los criterios de *suma gravedad*, que la OMS divide en dos grupos: 1º los *trastornos potencialmente mortales* y 2º las mujeres que estuvieron al borde de la muerte (*near-miss*) (9,10, 11). Veamos que se entiende por estos términos:

1.- Los *Trastornos Potencialmente Mortales* son el primer paso de una situación de riesgo que puede acabar produciendo *Near-Miss* o si no se corrige, incluso la muerte de la paciente.

2º Como *Near-Miss* se define a *“una mujer que casi murió pero sobrevivió a una complicación que ocurrió durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo”*.

A ambas situaciones se llega por diferentes patologías clínicas que se han agrupado en cuatro apartados: 1º- Trastornos hemorrágicos, 2º.- Trastornos hipertensivos, 3º.- Otros trastornos sistémicos y 4º.- Indicadores clínicos de gravedad. En las tablas 3 y 4 se describen los diagnósticos y procedimientos que los integran.

Tabla 3.-

### Patología de Suma Gravedad (1)

**1º- TRASTORNOS HEMORRÁGICOS**

- Abruptio Placentae
- Placentas adherentes
- Hemorragia postparto
- Rotura de Útero

**2º- TRASTORNOS HIPERTENSIVOS**

- Preclampsia Grave
- Eclampsia
- Hipertensión Severa
- Encefalopatía Hipertensiva
- Síndrome de Hellp

Tabla 4.-

### Patología de Suma Gravedad (2)

**3º- TRASTORNOS SISTÉMICOS**

- Endometritis
- Edema Agudo de Pulmón
- Insuficiencia Respiratoria
- Convulsiones
- Sepsis
- Shock
- Trombopenia <100.000
- Tormenta tiroidea

**4º- INDICADORES CLÍNICOS DE GRAVEDAD**

- Transfusión (solo)
- Accesos Venosos Centrales
- Ingreso en UCI
- Estancia Hospitalaria > 7 días postparto
- Intubación no Anestésica
- Reintervención Quirúrgica o Revisión Postparto

Llegados a través de una de estas cuatro puertas de entrada, a una patología de gravedad extrema, la identificación de las pacientes que sufrieron trastornos potencialmente mortales de las del otro grupo, es siempre retrospectiva. Esta separación puede hacerse por los síntomas y signos que definen la gravedad por la que pasó, y para ello se puede adoptar uno de los tres criterios siguientes:

2-1: *Criterios clínicos relacionados con una enfermedad específica* (P.E. la preclampsia) que produjo complicaciones cercanas a la muerte. 2-2: *Criterios basados en inter-*

venciones o procedimientos, p.e. la admisión en una unidad de cuidados intensivos, la necesidad de una transfusión de sangre, de una cesara de urgencia o de una histerectomía. 2-3: *Criterios basados en la disfunción del órgano o de un aparato o sistema.* Se trata de una secuencia de eventos que padece la mujer, que conduce de una salud sana o no a la muerte. El parto produciría una agresión que originaría una respuesta inflamatoria sistémica, seguida por disfunción de órganos, fallo orgánico y la muerte si no responde al tratamiento. Los dos primeros grupos son en los que se fundamentan los Trastornos Potencialmente Mortales, y el tercero contiene los criterios que definirán los casos Near Miss, por lo que ésta también se llama morbilidad materna con fallo multiorgánico.

Dicha. situación puede objetivarse en base a : 1) criterios clínicos; 2) criterios de laboratorio y 3) criterios de procedimiento. En las tablas 5, 6 y 7 pueden verse en que se fundan dichos criterios, *debiendo existir al menos uno, para identificar un caso de Near- Miss.*

Tabla 5.-

**CRITERIOS CLÍNICOS**

Cianosis Aguda  
Gasping  
Frecuencia Respiratoria <40 o > 60/m  
Estado de Shock  
Oliguria; no responde a diuréticos  
Pérdida de Consciencia >12 H  
“ “ con Parada Cardiaca  
Infarto Cerebral  
Estatus Convulsivo  
Icteria en Pre-eclampsia

Tabla 6.-

**CRITERIOS DE LABORATORIO**

Saturación de O<sub>2</sub> < 90 durante 60 m o más  
PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 200 mm Hg  
Creatinina 300 mmol/l o más ó 3,5 mg/dl o más  
Bilirrubina > 100mmol/l o > 6 mg/dl  
pH < 7,1 y/o Lactato > 6  
Trombopenia aguda = < 50.000 plaquetas  
Pérdida de conciencia con glucosuria y cetonuria

Tabla 7.-

**CRITERIOS DE PROCEDIMIENTO**

Uso de Drogas Vasoactivas  
Histerectomía seguida de Infección o Hemorragia  
Transfusión de 5 litros o más  
Intubación y ventilación > 60 m  
Diálisis por Fallo Renal Agudo  
Parada Cardiorrespiratoria y Resucitación

A continuación vamos a mostrar los resultados obtenidos en las 23.965 pacientes antedichas, que se han asistido entre los años 2.013 y 2.017 en la Maternidad del HGUGM. Empezaremos por la gravedad extrema, donde incluimos los trastornos potencialmente mortales y las near-miss. Seguiremos con la morbilidad grave, representada, como ya hemos dicho, por la operación Cesárea y por los desgarros de periné grados 3 y 4. Para concluir con la morbilidad leve, motivada por los desgarros de periné grados 1 y 2 con o sin episiotomía, que siendo frecuentemente minimizados, también causan un impacto negativo en el bienestar de la mujer.

Padecieron *trastornos Potencialmente Mortales* (Tabla 8) 1.448 (el 6,04%), de los cuales 517 (el 2,16%) fueron debidos a trastornos hemorrágicos, 447 (el 1,86%) a trastornos hipertensivos, 71 (el 0,30%) a otros trastornos sistémicos y 413 (el 1,72%) a indicadores Clínicos de Gravedad.

Tabla 8.-

**Tasas de Trastornos Potencialmente Mortales en el HGUGM**  
(1.448 = 6,04%)

PROCESO	CASOS	%
TRATORNOS HEMORRÁGICOS	517	2,16
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	447	1,86
TRASTONOS SISTÉMICOS	71	0,30
INDICADORES CLÍNICOS DE GRAVEDAD PROCESO	413	1,72

Fueron catalogadas como Near-Miss 70 mujeres (0,29%), identificadas 16 (0,06%) por Criterios Clínicos, 8 (0,03%) por Criterios de Laboratorio y 46 (0,19%) por Criterios de Procedimiento. En la Tabla 9 puede verse la incidencia de cada grupo.

Tabla 9.-

<b>CRITERIOS CLINICOS = 16</b>	
Estado de Shock	1
Oliguria que no responde a diuréticos	5
Fracaso coagulación	8
Pérdida conciencia > 12h	1
Infarto Cerebral	1
<b>CRITERIOS DE LABORATORIO = 8</b>	
Saturación O <sub>2</sub> <90% durante => 60m	1
Creatinina =>300mm/L	2
Trombocitopenia aguda <50.000 plqs	5
<b>CRITERIOS DE PROCEDIMIENTO = 46</b>	
Uso de Drogas Vasoactivas	4
Histerectomía con hemorragia o infección	11
Transfusión =>5	29
Intubación y Ventilación >60m	1
Parada cardiorrespiratoria y resucitación	1

Se practicó *operación cesárea* en 4.215 (el 17,59%) gestantes, la tasa más baja de de los Hospitales de Alta Complejidad de la Comunidad de Madrid .Hay que resaltar el hecho de que el 54% fueron de las pacientes eran nulíparas, y el 58% había tenido una o varias cesáreas anteriores.

Por último, en 19.566 mujeres (el 81,63%) precisó *Sutura Perineal*, cifra alta pero adecuada debido a que, como acabamos de decir, la mayoría de ellas era nulípara (54,10%), y casi el 30% (29,87%) tenía una edad superior al 35 años. La sutura fue precisa por desgarro perineal de grado 1 y sin episiotomía en 6.098 (el 25,43%). De grado 2 en 13.191 mujeres (el 55,04%) a pesar de la episiotomía. De grado 3 en 265 (el 1,1%) y de grado 4, 14 (el 0,05%) ambos grados con o sin episiotomía.

Estos son los riesgos que actualmente tiene la mujer, y que puede sufrir en su propia persona, a consecuencia del parto. Como el título de esta comunicación se refiere precisamente a esto, resumiré las cifras anteriores diciendo que (Tabla 10): *el riesgo de morir, pese a existir patología severa en el embarazo o en el parto, es prácticamente nulo. El de llegar a una gravedad extrema, el estar al borde de la muerte no es frecuente, aunque esta presente en el 3 por mil de los partos, pero estos casos siempre están asociados a patología del embarazo, especialmente a hipertensión y a desprendimiento prematuro de placenta, ambos frecuentes en el embarazo gemelar. Los trastornos potencialmente mortales, aquellos que obligan a dispensar cuidados intensivos, aparecen en pacientes con la misma patología que el near-miss, pero con menor virulencia. Tampoco es frecuente, pero no una rareza, porque lo padecen alrededor del 6 % de las mujeres.*

Tabla 10.-

Los Riesgos de ser Madre en el Siglo XXI

Patología	Casos	%
Muerte en Europa	6 por 100.000 nacidos vivos	
Near-Miss	70	0,29
Trastornos Potencialmente Mortales	1.448	6,04
Morbilidad Grave		
Desgarro Perineal Grado III	265	1,1
Desgarro Perineal Grado IV	14	0,05
Operación Cesárea	4.215	17,59
Morbilidad leve		
Desgarro Perineal Grado I	6089	25,43
Desgarro Perineal Grado II	13.191	35,04

En resumen, *en los embarazos de bajo riesgo la posibilidad de tener una complicación muy grave, que ponga en riesgo la vida, es mínima, mientras que en los embarazos con riesgo se encuentra alrededor del 6%.*

Que sufra una *morbilidad grave, porque se le practique una cesárea*, tiene un riesgo cercano al 20%. Por último, si el parto se produce por vía vaginal, es muy frecuente que termine con una *sutura en el periné*, bien por causa de la episiotomía o por bien por un desgarro. *Solamente una mujer entre cinco* (el 20%) no debe soportar ese molesto, aunque no grave, tributo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organization. WH. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10). 10 ed. Geneva: 1992.
2. Organization WH. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2015.
3. C. E-PS. Euro-Peristat Scientific C. The European Perinatal Health Report 2010. 2010 [Available from: <http://www.europeristat.com/our-indicators/indicator-development.html>].
4. JR dM. Mortalidad materna en España en el periodo 2010-2012: resultados de la encuesta de la Sociedad Española de Ginecología (SEGO). . Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2015.
5. Organization. IWH. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. 2014.
6. Roos N, von Xylander SR. Why do maternal and newborn deaths continue to occur? Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016;36:30-44.
7. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):e323-33.
8. 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;1(1):3.
9. Mantel GD, Buchmann E, Rees H, Pattinson RC. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1998;105(9):985-990.
10. Say L, Souza JP, Pattinson RC, Mortality WHOgoM, Morbidity c. Maternal near miss towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2009;23(3):287-297.
11. Nashef SA. What is a near miss? Lancet. 2003;361(9352):180-181.

DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en la presente revisión.

Si desea citar nuestro artículo:

Clavero-Núñez J.A.

Los riesgos de ser madre en el Siglo XXI

ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España;

An RANM · Año 2019 · número 136 (02) · páginas 103 – 107

DOI: 10.32440/ar.2019.136.02.rev02