

## Medicina crítica en obstetricia (una verdad no reconocida)

Manuel Antonio Díaz de León Ponce,\* Jesús Carlos Briones Garduño†

La muerte materna ha sido considerada uno de los indicadores a nivel internacional de la inequidad social, de la mala cobertura en un país y de la mala calidad de la atención médica, ya que las muertes maternas derivadas de complicaciones obstétricas son evitables basándose en tres puntos principales: Detención de signos de alarma por la mujer durante la gestación, conocimiento adecuado de las complicaciones que desarrollan las mujeres embarazadas por los médicos encargados de su atención, y por último, los hospitales generales u obstétricos que cuentan con la tecnología actualmente disponible para su resolución.

El 8 de septiembre del año 2000, México, junto con otros 189 países en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas se comprometió a disminuir la mortalidad materna al firmar la resolución 55/2 «**Objetivos del Desarrollo del Milenio**»; el compromiso era disminuir la razón de mortalidad materna (RMM) en 75% para el año 2015 en relación con la de 1990. En México, la RMM descendió entre 1935 y 1990 en 75%; para el año 2000, la mortalidad en nuestro país fue de 2,203 muertes maternas y para el año 2015 no deberán de ser más de 417 muertes maternas. Esto requerirá una reducción anual promedio de 5.4% en la RMM, lo cual será imposible de realizar.

Podríamos pensar que este problema se debe a la educación médica que recibimos o que el per-

sonal de salud no quiere o no puede resolverlo; sin embargo, a continuación mostraremos que la solución la iniciamos desde 1970 y que la no disminución de la muerte materna es por falta de decisión política de nuestros Secretarios de Salud y quizá propiciada por la Presidencia de la República.

La Asociación de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, desde su fundación en 1973, tuvo como fundadores a tres médicos que desde 1968-1972 crearon Áreas de Terapia Intensiva en las salas de recuperación postquirúrgicas de los Hospitales de Gineco-Obstetricia Núm. 1 y 2 del IMSS, que trataban estos problemas (Dr. Fernando Rodríguez de la Fuente, Dr. Sergio Rangel y Acad. Dr. Manuel Antonio Díaz de León Ponce); este último fundó, en 1973, la Unidad de Cuidados Intensivos de Gineco-Obstetricia con área física propia y con equipo de vanguardia para esa época en una UCI. Contaba con administración y recursos propios para el área crítica, con personal médico, de enfermería y laboratorio que cubría las 24 horas del día los 365 días del año. Con clasificaciones para sus ingresos, egresos, sobrevivencia, morbilidad, mortalidad e incidentes adversos (*figuras 1 a 3*).

Al demostrar los resultados obtenidos, se logró que en los nuevos Hospitales de Gineco-Obstetricia del IMSS se construyeran *ex profeso* estas áreas específicas de medicina crítica, a las que se agrega-

\* Académico Emérito de la Academia Mexicana de Cirugía, titular de la Academia Nacional de Medicina, Ex presidente de los Colegios Mexicanos de Nefrología, Mexicano de Medicina Crítica y Terapia Intensiva y de Médicos Postgraduados del IMSS. Director y Editor de la Revista Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, Ex profesor de pregrado y postgrado de la UNAM. Ex profesor de postgrado del IPN, Certificado y Recertificado en Nefrología y Medicina Crítica hasta 2010.

† Académico Titular de la Academia Mexicana de Cirugía, de número de la Academia Nacional de Medicina, Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos de Gineco-Obstetricia del Hospital General de México, Profesor titular de la Especialidad de Medicina Crítica en Obstetricia de la UAEM.



**Figura 1.** Panorámica de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Gineco-Obstetricia Núm. 2 del CMN. IMSS 1973.



**Figura 2.** Cama radiolúcida con el equipo completo de monitorización para la paciente obstétrica grave de la UCI del HGO2 CMN. IMSS 1973.

ron las Unidades de Cuidados Intensivos de Perinatología y Embarazo de Alto Riesgo. Sin embargo, en el sexenio de Miguel de la Madrid, ante los problemas económicos del país y de acuerdo a los com-



**Figura 3.** Ventilador de volumen Ohio 560 Siemens de la UCI HGO2 CMN. IMSS 1973.

promisos de disminuir la natalidad, se decidió no continuar la construcción de Hospitales de Gineco-Obstetricia en el IMSS con el fin de que la ONU reconociera que aparentemente se había disminuido la natalidad y que no se necesitaban más hospitales de obstetricia, lo que aumentó la muerte materna (**nuevamente decisión política y no médica**).

Durante los 4 sexenios siguientes (**Miguel de la Madrid, Carlos Salinas de Gortari, Ernesto Zedillo Ponce de León y Vicente Fox Quezada**) los pocos hospitales de Gineco-Obstetricia con sus áreas críticas pasaron a ser hospitales generales de zona. Sin embargo, un Secretario de Salud del sexenio pasado del Estado de México, el Sr. Acad. Dr. Enrique Gómez Bravo Topete acuerda con el Sr. Gobernador de esta entidad (que era uno de los cuatro estados de nuestro país con mayor mortalidad materna) que se tenía que crear un Comité de Médicos Externos e Internos con reconocimiento nacional e internacional para demostrar cuáles eran las causas de mortalidad materna y cómo resolverlas. En el año 2000 se fundó este Comité, quedando como Presidente el Sr. Acad. Dr. Jesús Carlos

Briones Garduño (gineco-obstetra intensivista) y se conforma con el Dr. Mario López Llera Méndez†, Acad. Dr. Enrique Gómez Bravo Topete, Acad. Dr. Aquiles Ayala y Acad. Dr. Manuel Antonio Díaz de León Ponce. En la primera reunión, los miembros determinan que ninguno recibirá una compensación económica y sólo se pide que se reconozcan las conclusiones de este Comité.

En el año 2001 se define que las causas de mortalidad materna en el Estado de México se deben a:

- Falta de reconocimiento por la paciente con signos de alarma de las complicaciones que pueden presentarse por la gestación, del papel de la nutrición y de la edad adecuada para embarazarse.
- Desconocimiento de los signos y síntomas de las complicaciones del embarazo por los médicos de primer contacto y de los tratamientos adecuados médicos y quirúrgicos por los especialistas en gineco-obstetricia.
- Los hospitales no cuentan con la tecnológica necesaria para la resolución de estos problemas.
- Ausencia de protocolos adecuados para el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo; no contar con equipos multidisciplinarios para la atención inmediata del problema, falta de retroalimentación de los procesos de atención para ver resultados (costo-beneficio, costo-utilidad y costo-eficacia), ninguna producción científica de estos problemas.

### SOLUCIÓN MÉDICA

Enseñanza por trabajadoras sociales, enfermeras y nutriólogos a las pacientes para determinar cuándo es la edad adecuada para embarazarse, alimentación que deben tener sin que cause problemas económicos en su hogar y detectar síntomas y signos de alarma cuando exista algún problema en su gestación.

A los médicos de primer contacto dotarlos con conocimiento de los problemas del embarazo por medio de cursos (**Diplomado de Cuidados Intensivos en Obstetricia**).

A los médicos gineco-obstetras prepararlos para resolver las complicaciones que presente la mujer embarazada y que estén a la vanguardia en la resolución de éstas (**Especialidad en Medicina Crítica en Obstetricia**).

Que los hospitales especializados de Gineco-Obstetricia cuenten con la tecnología adecuada para resolver las complicaciones.

Crear la División de Investigación en Medicina Crítica y Obstetricia en estos hospitales para conocer, tratar y resolver las complicaciones que presente la paciente crítica obstétrica, y dar a conocer sus resultados a nivel nacional e internacional para autoalimentarse y actualizarse en ellos.

### RESULTADOS

- De 1997 al 2005, se crea el Diplomado de Medicina Crítica en Obstetricia para médicos generales con duración de un año.
- En el 2006 se inicia la Especialización de Medicina Crítica en Obstetricia con duración de dos años para gineco-obstetras con reconocimiento de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México.
- Se construye el primer Hospital de Perinatología del Estado de México llamado: Mónica Pretelini con el equipo más moderno para el siglo XXI (*figuras 4 y 5*).
- Se adecuan las Unidades de Investigación de Medicina Crítica en Obstetricia en los Hospitales de Gineco-Obstetricia y los Comités de Muerte Materna (*figura 6*).

### PRODUCCIÓN

Se forman los Comités de Orientación para las Pacientes Embarazadas Trabajadoras Sociales y Nutriólogas.



**Figura 4.** Fotografía de la entrada principal del Hospital Materno-Perinatal Mónica Pretelini del ISEM, en Toluca, Estado de México.



**Figura 5.** Unidad de Cuidados Intensivos del HPEM Mónica Pretelini.

Se funda el Equipo de Respuesta Rápida de Obstetricia para la Paciente Crítica (**Código Mater**).

Se aplica el protocolo de tratamiento llamado **TOLUCA**.

Se actualizan médicos generales de los servicios de urgencias de los hospitales de Gineco-Obstetricia con el diplomado.

Se especializaron hasta el 2010 a 32 médicos.

Se publican 64 trabajos de la Unidad de Investigación, así como 10 libros y 12 capítulos en libros de la especialidad.

Se funda la Unidad Robótica para Control de 5 Hospitales de primero y segundo nivel del Estado de México.

Se reduce la mortalidad en el Estado de México: del cuarto pasa al decimonoveno lugar (en el año 2000 62.2 muertes, en el 2010 era de 24 muertes RMM).

Como ejemplo de que el personal formado en estas condiciones es efectivo, en el Hospital de



**Figura 6.** Unidad de investigación en Medicina Crítica del Hospital Mónica Pretelini.

Gineco-Obstetricia 221 del IMSS, en la ciudad de Toluca, la mortalidad del año 2000 al 2008 tuvo una variación entre 8 a 10 muertes maternas: de 2009 al 2011 la mortalidad es de cero muertes.

Como ejemplo de que la causa principal del aumento de las muertes maternas en nuestro país se debe a decisiones políticas, en el sexenio actual del Estado de México se efectuó un cambio de Secretario de Salud y esto provocó remisión del personal que dirigía este sistema y automáticamente aumentó la muerte materna (2011, 58.3 muertes RMM).

Considerando los resultados de las publicaciones de nuestra especialidad, en países de Centroamérica y Sudamérica se han invitado a los que suscriben este artículo a formar parte de la Asociación de Medicina Crítica en Obstetricia que dependerá de la Federación Internacional de Gineco-Obstetricia, lo cual consideramos que no debe suceder ya que el primer país de América en fundar las UCI en Obstetricia es México, y por lo tanto, esta especialidad debe formar parte del Colegio Mexicano de Medicina Crítica y Terapia Intensiva y ser reconocida por el Consejo Mexicano de Medicina Crítica.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz de León PM, Espinoza MM, Yáñez MI, Kably AA. La Unidad de Cuidados Intensivos en Ginecología y Obstetricia. *Rev Medicina* 1978;1228:20-31.
2. Briones GJC, Castaño GJA, Díaz de León PM, Briones VCG. La Unidad de Cuidados Intensivos Multidisciplinaria y la Medicina Crítica en Gineco-Obstetricia. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int* 1996;6:276-279.

3. Díaz de León PM, Briones GJC, Kably AA, Barrón VJ, Espinoza MM, Juárez AG. Cuidados intensivos en obstetricia. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int* 1997;2:36-40.
4. Gómez-Bravo TE, Briones GJC, Castañón GJA, Díaz de León PM, Morales EJG, Briones VCG. Medicina crítica en obstetricia: impacto de un programa educativo. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int* 2001;4:126-129.
5. Briones GJC, Díaz de León PM, Gómez-Bravo TE, Ávila EF, Rodríguez RM, Briones VCG. Mortalidad materna y medicina crítica, tres décadas (1973-2003). *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int* 2004;4:118-122.
6. Briones GJC, Gómez-Bravo TE, Ávila ET, Díaz de León PM. Experiencia TOLUCA en preeclampsia- eclampsia. *Cir Ciruj* 2005;73:101-105.
7. Díaz de León PM, Briones GJC. Medicina crítica en obstetricia: una nueva especialidad. *Cir Ciruj* 2006;74:223-224.
8. Díaz de León PM, Briones GJC, Moreno SA, Briones VCG. La importancia de la medicina crítica en obstetricia. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int* 2006;3:142-146.
9. Díaz de León PM, Briones GJC. La investigación clínica en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int* 2008;3:122-123.
10. Briones GJC, Díaz de León PM, Meneses CJ. Estrategias para reducir la mortalidad materna hospitalaria en el Estado de México. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int* 2009;1:16-24.
11. Briones GJC, Díaz de León PM. MATER. Equipo de respuesta rápida en obstetricia crítica. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int* 2010;3:108-109.
12. Briones GJC, Díaz de León PM, Gutiérrez VM, Rodríguez RM. Los paradigmas en la muerte materna. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int* 2010;4:185-189.
13. Briones GJ, Díaz de León PM. Muerte materna y medicina crítica. *Rev Asoc Med Crit Ter Int* 2011;2:56-57.