

Monitoreo de la paciente obstétrica de alto riesgo

Acad. Dr. Jesús Carlos Briones-Garduño,*

Acad. Dr. Manuel Díaz de León-Ponce,** Dr. Carlos Gabriel Briones-Vega***

* Academia Nacional de Medicina, Academia Mexicana de Cirugía, Subdirector de Investigación y Enseñanza del Hospital Perinatal del Estado de México "Josefa Ortíz de Domínguez"

** Academia Mexicana de Cirugía, Academia Nacional de Medicina, Investigador Asociado de la Unidad de Investigación del Hospital Perinatal del Estado de México "Josefa Ortíz de Domínguez"

*** Especialista en Ginecología y Obstetricia. Instituto Materno Infantil del Estado de México. Subespecialidad en Medicina Materno Fetal. Instituto Nacional de Perinatología.

El nacimiento del ser humano es un acontecimiento biológico y social, que entraña madurez y responsabilidad, tanto de la pareja protagonista como de la sociedad a la que pertenece, si aceptamos que el nacimiento es el momento más importante en la vida del ser humano, porque está rodeado de peligros, desde la fecundación hasta la ocurrencia del evento obstétrico, se debe luchar porque este nacimiento se efectúe en las mejores condiciones posibles⁽¹⁾. El monitoreo de la paciente obstétrica de alto riesgo implica tres acciones concretas; vigilancia prenatal temprana, sistemática e intencionada, instrucción dirigida a la mujer para que reconozca los signos y síntomas de complicaciones graves, y asistencia obstétrica hospitalaria altamente especializada en el manejo de complicaciones graves⁽²⁾. El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal e incluyen: elaboración de historia clínica, identificación de signos de alarma con acciones de educación, medición y registro de peso y talla, valoración de riesgo obstétrico, valoración del crecimiento uterino y del estado del feto mediante ultrasonido con flujometría Doppler, determinación de biometría hemática, tamiz de glucosa, examen general de orina, VDRL, grupo sanguíneo y Rh, prescripción profiláctica de hierro, ácido fólico, medidas de autocuidado de su salud y establecimiento del diagnóstico integral⁽³⁾. La atención del evento obstétrico puede exhibir formas graves como la preeclampsia-eclampsia, o complicadas como la hemorragia obstétrica aguda, haciendo que la atención médica y quirúrgica tenga un impacto decisivo sobre la evolución

del mismo, subrayando que el factor de responsabilidad comúnmente involucrado con la muerte es el juicio clínico o quirúrgico errado, por lo que es recomendable el enfoque multidisciplinario, resaltando que el monitoreo o vigilancia en áreas críticas como urgencias, la Unidad de Tococirugía, recuperación postquirúrgica, terapia intensiva y quirófano, debe incluir periódicamente la valoración del estado neurológico, hemodinámico, hematológico, hepático-metabólico, renal, y perinatal.

- Neurológico: La valoración del fondo de ojo, reflejos osteotendinosos, Glasgow, datos clínicos de encefalopatía y flujometría Doppler transcraneal.
- Hemodinámico: Mediante medición de PVC, prueba de Max Harry Weil, bioimpedancia torácica con medición de gasto cardíaco y resistencias vasculares sistémicas, saturación venosa central, oximetría, capnografía, espectroscopía infrarroja cerebral, cálculo de taller gasométrico, presión coloidosmótica e índice de Briones.
- Hematológico: Biometría hemática con cuenta de plaquetas, frotis de sangre periférica, pruebas de coagulación y fibrinólisis.
- Hepático-metabólico: Cuantificación de aminotransferasas, deshidrogenasa láctica, bilirrubinas, glicemia, colesterol total, proteínas totales y albúmina.
- Sodio, potasio y creatinina séricos y urinarios para cálculo de taller renal.
- Perinatal: Prueba de condición fetal y flujometría Doppler de arterias uterinas, umbilical y cerebral media con índices de resistencia vascular⁽⁴⁻⁷⁾.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

Recientemente publicamos la integración de un equipo multidisciplinario denominado MATER como una estrategia obligada en toda unidad hospitalaria que atienda pacientes embarazadas, cuyo objetivo es disminuir la morbilidad y mortalidad materno-infantil en los casos que se presentan como una urgencia obstétrica, y que en nuestro país es la causa directa de la muerte materna.

La muerte materna es una cadena de eventos de orden multifactorial que inicia con la educación en salud en la población femenina, la asistencia técnica mediante el control prenatal, el desempeño fundamental del médico durante el evento obstétrico, contemplando una infraestructura tecnológica hospitalaria indispensable y bajo el enfoque de políticas de salud saludables dirigidas a «eslabonar esta cadena de eventos» con el propósito de disminuir la muerte materna. Es importante recalcar que las mujeres fallecen en los hospitales a causa de fallas en la atención de la emergencia obstétrica médica y quirúrgica, por lo que durante los últimos quince años, hemos señalado las estrategias hospitalarias que en forma consecutiva contribuyeron a disminuir morbilidad y mortalidad, de las cuales el código MATER representa una experiencia factible, accesible e indispensable en las unidades

hospitalarias de nuestro país y en forma especial en las cuatro entidades federativas donde se presenta el 46 por ciento de las defunciones maternas; Distrito Federal, Estado de México, Oaxaca y Chiapas, el concepto MATER consiste en estructurar un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud (ginecoobstetra, enfermera, intensivista-internista, pediatra, anestesiólogo, trabajadora social, laboratorio y ultrasonido) cuya función es optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios capacitados en urgencias obstétricas, durante las 24 horas. y los 365 días del año.

La falla para reconocer de manera temprana el deterioro en la condición clínica de un paciente que la pone en peligro de muerte, se llama «falla para rescatar», este concepto no implica negligencia o falta de profesionalismo, sino la poca experiencia del personal de salud hospitalario o la sobrecarga de trabajo que impiden reconocer los signos tempranos de deterioro y responder rápidamente para resolverlos de manera integral, esta es la base de la creación de los «equipos de respuesta rápida» que tienen la finalidad de reducir las muertes innecesarias, a través de un protocolo de acción que incluye la valoración integral de cinco signos de alarma: taquicardia, taquipnea, hipotensión, de saturación y cambios en el estado de conciencia^(8,9).

REFERENCIAS

1. Briones GJC, Zamora GM, Gonzáles TA. El médico frente a la gestación y el nacimiento. *Acta Médica* 1993;39(113-114):103-110.
2. Díaz de León PM, Briones GJC. Medicina crítica en obstetricia, una nueva especialidad. *Cir Ciruj* 2006;74:223-224.
3. Moreno SAA, Bandeh MH, Meneses CJ, Díaz de León PM, Mújica HM, González DJI, Briones GJC. Control prenatal en el medio rural. *Rev Fac Med UNAM* 2008;51:188-192.
4. Briones GJC, Díaz de León PM, Gómez Bravo TE, Ávila EF, Briones VCG, Urrutia TF. Protocolo de manejo en la preeclampsia eclampsia. Estudio comparativo. *Cir Ciruj* 1999;67:4-10.
5. Meneses CJ, Moreno SAA, González DJI, Díaz de León PM, Rodríguez RM, Castorena DAR, García CG, Mendoza AMA, Briones GJC. Medición hemodinámica en preeclampsia severa. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 2008;22:10-14.
6. Carrillo ER, Sánchez ZMJ. Monitoreo hemodinámico no invasivo en anestesiología. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2010;33:S167-S171.
7. Marrón PM. Directrices anestésicas: Preeclampsia-eclampsia, choque hipovolémico y trauma. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2010;33:S33-S39.
8. Briones GJC, Díaz de León PM. MATER equipo multidisciplinario de respuesta rápida en obstetricia crítica. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 2010;24:110-113.
9. Briones GJC, Díaz de León PM, Gutiérrez VMC, Rodríguez RM. Los paradigmas en la muerte materna. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 2010;24:185-189.