

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE ÁVILA.
HOSPITAL PROVINCIALDOCENTE “Dr. ANTONIO LUACES IRAOLA

TÍTULO: Variables clínico-epidemiológica de la Morbimortalidad materna extremadamente grave en el Hospital Provincial Docente de Ciego de Ávila.

Tesis en opción al título de especialista en 1er grado en
Obstetricia y Ginecología.

Autor: Dra. Liagni Echemendia Rosales.

Tutor: Luis Ricardo Carmenate Martínez.

Asesor: Dra. Blanca Margarita Angulo Peraza.

2020

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE ÁVILA.
HOSPITAL PROVINCIALDOCENTE “Dr. ANTONIO LUACES IRAOLA”.

TÍTULO: Variables clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave en el Hospital Provincial Docente de Ciego de Ávila.

Tesis en opción al título de especialista en 1er grado en
Obstetricia y Ginecología.

Autor: Dra. Liagni Echemendia Rosales. Residente de Obstetricia y Ginecología.

Tutor: Luis Ricardo Carmenate Martínez. Especialista en Segundo Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Auxiliar.

Asesor: Dra. Blanca Margarita Angulo Peraza. Especialista en Segundo Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Auxiliar.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Objetivos	3
Marco teórico.....	4
Método.....	15
Resultados y discusión.....	19
Conclusiones	31
Referencias bibliográficas.....	32

RESUMEN

Se realizó estudio descriptivo longitudinal prospectivo, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Provincial Docente Dr. Antonio Luaces Iraola, de Ciego de Ávila período marzo 2016 a junio 2018, objetivo describir algunas variables clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave. El universo de estudio constituido por 125 maternas diagnosticadas con morbilidad materna extremadamente grave, que cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos fueron obtenidos de Historias clínicas y registros de parto, los resultados se presentaron en tablas; utilizando como medidas de resumen la frecuencia absoluta y el porcentaje. Se estudiaron variables: Edad, factores de riesgo, modo del parto, momento de la complicación, morbilidad, enfermedad específica, disfunción orgánica, secuelas, estado al egreso; como resultados predominó la edad entre 20-24 años; los factores preconcepcionales siendo la anemia 27.2%, la modalidad del parto por cesárea 40.0%, las complicaciones ocurridas en el puerperio 56.0%; La Preeclampsia-Eclampsia generó mayor morbilidad 42.4%, la ocurrida por disfunción orgánica fue la causa respiratoria 31.2%. No se reportaron secuelas 81.6%, el estado de la paciente al egreso viva.

Palabras clave: MORBILIDAD MATERNA EXTREMADAMENTE GRAVE

INTRODUCCION

Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional.¹

La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes diferencias entre los países o en un mismo país bien sea entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.¹

En 2015 se adoptan los Objetivos de Desarrollo Sostenible a como compromiso para transformar el mundo, en su objetivo 3 donde busca: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", se encuentra como metas para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, y garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva para 2030".¹

La tasa de morbilidad materna extrema es superior para los países de medianos y bajos ingresos, varió de 4,9 %, en América Latina, a 5,7 %, en Asia y 14,9 %, en África, mientras que los estudios realizados en los países de altos ingresos tenían tasas que van de 0,8 %, en Europa, y un máximo de 1,4 %, en América del norte.^{2,3}

A nivel mundial el escenario de la mortalidad materna muestra que países como Irlanda, Suecia, Italia e Israel tiene la razón de mortalidad materna más baja (cuatro – siete por 100 000 nacidos vivos. La mayor parte de la carga se distribuye entre 10 países que reportan alrededor del 60% de las defunciones maternas de todo el mundo: India (50 000), Nigeria (40 000), República Democrática del Congo (21 000), Etiopía (13 000), Indonesia (8 800), Pakistán (7 900), República Unida de Tanzania (7 900), Kenya (6 300), China (5 900) y Uganda (5 900). Somalia y el Chad presentan el riesgo más alto: las mujeres enfrentan un riesgo de muerte

relacionada con la maternidad a lo largo de la vida de uno en 18 en Somalia y de uno en 15 en el Chad, los más elevados del mundo.³

La región de América Latina y el Caribe ha tenido avances significativos en la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas en las dos últimas décadas. La mayor parte de los gobiernos reconocen que la mortalidad materna constituye un grave problema de salud pública y han ido desarrollando e incorporando políticas, programas e intervenciones para abordar y reducir las muertes maternas y las incapacidades producto de la morbilidad materna.³

Del total, 13 países (Bahamas, Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Jamaica, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Surinam y Venezuela) tienen una RMM más alta que el promedio regional, es decir, entre 89 y 359 por 100,000 nacidos vivos. Se trata, en particular, de países con tasas de fecundidad altas, niveles elevados de pobreza y cobertura y calidad de atención deficientes.³

En Colombia Durante el año 2016 notificaron 20.600 casos, que representan un incremento de 33,7 % con respecto al año anterior. La razón de morbilidad materna extrema nacional preliminar fue de 31 casos por 1.000 nacidos vivos y 13 entidades territoriales superan esta razón nacional.⁴

En Cuba, en el año 2017, se logró una tasa de mortalidad materna de 38,3 por cada 100 000 nacidos vivos, que, durante el año 2018, tuvo un incremento de 6 defunciones donde ascendió a 43,8 por cada 100 000 nacidos vivos. Siendo la Mortalidad relacionada con el embarazo, parto y puerperio de un 52.4 por cada 100 000 nacidos vivos.⁵ La tasa de mortalidad materna total se reduce de 43,8 en 2018 a 37,4 por cada 100 000 nacidos vivos en 2019, significando diez defunciones menos. La mortalidad materna directa se reduce de 27,5 a 23,7 y la indirecta de 16,3 a 13,7.⁶ En Ciego de Ávila en el cierre del 2017 la tasa de mortalidad materna fue de 63.9 por cada 100 000 nacidos vivos teniendo un incremento notable hacia el 2018 donde concluyo con 82.9, a predominio de las causas indirectas.⁶

Sin embargo, aunque la mortalidad infantil ha seguido disminuyendo, la mortalidad materna no lo ha hecho al mismo ritmo. Es por eso que, desde una visión epidemiológica, se desarrolló

la presente investigación como contribución al fortalecimiento de la atención médica relacionados con la mortalidad materna en la institución de estudio.

Problema: ¿Cuáles serían las variables clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave en el Hospital Provincial Docente de Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

General: Describir algunas variables clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave en el Hospital Provincial Docente de Ciego de Ávila período comprendido marzo 2016 a junio 2018.

Específicos:

- Distribuir la muestra estudio según grupo edad.
- Identificar factores de riesgo, enfermedad específica y modo del parto en la muestra estudio.
- Describir momento de la complicación, morbilidad por disfunción orgánica, secuelas y la supervivencia al egreso.

MARCO TEORICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la razón de la mortalidad materna (el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) está disminuyendo demasiado lentamente para que se pueda alcanzar el quinto objetivo de desarrollo del milenio (ODM), que

consiste en «reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes». Según cifras publicadas por la OMS, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Banco Mundial solo muestran una reducción anual inferior al 1 %. En el año 2005 fallecieron 536 000 mujeres por causas relacionadas con la maternidad, en comparación con las 576 000 fallecidas en 1990. El 99 % de estas muertes se registraron en países en desarrollo.^{1,7}

La muerte materna es un problema de salud e injusticia social en vista de que: «cada minuto de cada día, en algún lugar del mundo una mujer fallece a causa de complicaciones del embarazo y el parto, lo mismo puede suceder al futuro recién nacido o a ambos». La mayor parte de estas muertes son prevenibles y por lo tanto evitables. por lo anterior, los cuidados de salud que un país brinda a las mujeres y a los niños a través de los servicios de atención médica y sanitaria miden el grado de desarrollo de esa nación y son uno de los indicadores usados a nivel internacional para catalogar el progreso de un país, ya que reflejan el grado de inequidad social, la mala cobertura y la deficiente calidad de la atención médica del mismo o viceversa, es decir, la excelente atención otorgada.⁷

La mortalidad materna continúa siendo inaceptablemente alta. Las cifras de supervivencia materna infantil se incrementan; pero a pesar de los avances obtenidos, cada 11 segundos muere una mujer embarazada o un recién nacido en el mundo. Por su importancia, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, la meta mundial (3.1 de los ODS) para reducir la mortalidad materna prevenible propugna reducir la razón de mortalidad materna a menos de 70 por 100,000 nacidos vivos; lograr que ningún país supere el doble de la media mundial. (ref. ODS), y además crear un entorno no solo de supervivencia sino de desarrollo y transformación hacia la salud y el bienestar.⁷

En el siglo XVII y mucho más hacia atrás, la muerte materna durante el parto era un suceso casi esperado y casi natural, un evento que venía con la esencia de la mujer desde el momento en que se embarazaba, ella sabía del alto riesgo que esto significaba para su vida, si no lo superaba, inmediatamente era substituida por otra mujer con fines de procreación, sin ninguna pena, ni tampoco gloria; ese era su triste destino. ⁷

En ese siglo XVII, el llamado «Rey sol» de nombre Luis XIV en Francia, muy famoso por sus obras y por su intensa vida romántica y sexual, decide la incorporación de los hombres, médicos de profesión, al arte de la atención de los partos para proteger a las mujeres que en

esa época eran atendidas solamente por las célebres y afamadas matronas o comadronas, aunque tenían un importante porcentaje de muertes maternas si el parto se complicaba. como consecuencia de la decisión del rey, nace la Obstetricia moderna generando de inmediato más sobrevivencia femenina.⁷

Es hasta dos siglos después, ya en el siglo XIX, que nace la anestesiología y emerge como uno de los inventos más importantes de la humanidad, con ella termina el dolor de la cirugía, la cual es cada vez más atrevida, más extensa y también más segura. En ese mismo año inicia, la cirugía para la atención del parto, se incorporan instrumentos quirúrgicos múltiples y nace la anestesiología, todo como una búsqueda constante para mantener con vida a la madre y al hijo.⁷

En el siglo XX son incorporadas a la ginecoobstetricia la epidemiología y la estadística, aparecen nuevas alternativas tecnológicas como la laparoscopia, la histeroscopia y al parecer se olvida la frase que era una disyuntiva para la familia de la parturienta y que sin duda dejaba gran culpa en quien tomaba la decisión de elegir entre la «vida de la madre o la vida del producto». en ese siglo pasado y después de la segunda guerra mundial en los Estados Unidos aparecen publicaciones sobre la muerte materna, ya que se despierta su interés entre 1920 y 1957.⁷

Sin embargo, es hasta 1966 cuando un ginecoobstetra mexicano, el Dr. Alfonso Álvarez bravo, ya como presidente de la Federación Internacional de Gineco-Obstetricia (FIGO) crea el 1er Comité Internacional de Mortalidad Materna, que rápidamente se extiende por todo el mundo a través de los comités nacionales de mortalidad, de infecciones, de natalidad, etc., que hacen evaluaciones no sólo de las causas de MM en sus respectivos países, sino que también incursionan en los tratamientos y medidas para evitarla o disminuirla.⁷

La WHO en su décima edición de 1992 dice por definición que la muerte materna (MM) es la muerte de la mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes al término de la gestación. La muerte materna tardía es la que sucede después de 42 días y antes de un año de acontecida en ginecoobstetricia los jinetes del apocalipsis que siguen causando la MM son la preeclampsia-eclampsia, la hemorragia, el aborto, la sepsis, los traumatismos y la anestesia, aunque esta última en la realidad actual tiene una mínima repercusión en los porcentajes y en las casuísticas nacionales e internacionales.⁷

Por otro lado, la incidencia de muertes maternas tiene una distribución desigual que refleja las diferencias de diversa naturaleza que devienen en indicadores biológicos de desigualdades

que afectan a las mujeres en virtud de la persistencia de condiciones específicas de vulnerabilidad. Hay grandes disparidades entre los países, pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana, entre otras. El riesgo de muerte es sustancialmente mayor para las mujeres del África subsahariana que para las del resto de las regiones, siendo los niveles de mortalidad materna aproximadamente 50 veces en las mujeres subsaharianas más altos que en las de países de altos ingresos. Mientras que el riesgo de morir de una mujer en Europa es de 1 entre 6 500; en el África subsahariana es de 1 en 37.⁸

Pese a los avances de los últimos 20 años, se ha progresado muy poco en la prevención de los embarazos en adolescentes, "Todos los años, más de 15 millones de jóvenes de 15 a 19 años paren; una de cada cinco de ellas antes de cumplir los 18 años y muchos de estos embarazos son resultado de relaciones sexuales no consentidas". En 2016, 2017 y 2018, en Cuba la razón de mortalidad materna ascendía a 41.9, 39.1 y 43.8 por 100,000 nacimientos, respectivamente; incluyendo sólo las defunciones maternas consideradas directas e indirectas. Al incluir otras causas, la razón se elevó a 43.6, 45.2 y 52.4 por 100,000 nacimientos para esos mismos años, mientras que, si se toman en cuenta las defunciones maternas tardías y las muertes por secuelas obstétricas, se alcanzan niveles de 53.9, 48.7 y 55.0 por 100,000 nacimientos, también para los años referidos, por ese orden, mostrando un comportamiento oscilatorio que da cuenta de una evidente resistencia al descenso de ese tipo de riesgo.⁸

La morbilidad materna extrema (MME) es un evento de interés en salud pública que tiene un impacto importante al evaluar los servicios de salud ya que una atención oportuna y de calidad en una mujer con una complicación obstétrica severa puede prevenir un desenlace fatal.⁹

En el año 1998, en Benín es definida la morbilidad materna extrema como "una complicación obstétrica severa que amenaza la vida de la gestante, y requiere de una intervención médica urgente con el fin de prevenir la posible muerte de la madre" en el año 2000 se define como la complicación que ocurre entre las 28 semanas de gestación y los 42 días posparto, la cual pudiera ocasionar la muerte de la madre o invalidez definitiva y en 2003 se define como una complicación que pone en riesgo la vida de la gestante y que requiere de una intervención médica urgente con el fin de prevenir la muerte de la madre.^{9,10}

En el año 2007, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), se definió como "una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y

puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.^{9,10}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad materna extrema

(MME) como un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo. La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) la definió como “una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.”^{9,10}

Según la Organización Panamericana de la Salud, Morbilidad grave es aquella que presenta una mujer que casi muere, pero sobrevive a una complicación que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de terminado el embarazo, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte, donde de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) define tres categorías: con signos y síntomas de enfermedad específica: eclampsia, choque séptico y choque hipovolémico, relacionados con falla o disfunción orgánica: disfunción cardíaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral respiratoria o de coagulación y relacionados con el manejo realizado a la paciente.¹⁰

En este documento el término morbilidad materna grave fue el aprobado por los Cuerpos Directivos de OPS y es sinónimo de morbilidad materna severa, morbilidad materna extrema, morbilidad materna extremadamente grave o near miss (por su terminología en inglés), terminologías que son frecuentemente usadas en obstetricia en los diferentes países de la región.^{9, 10}

Dentro del Plan de acción 2012-2017 para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna extrema (OPS/OMS), en el área estratégica cuatro, se plantea la necesidad del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia de la salud materna en los países de la región y se establecen dentro de los indicadores de monitoreo y evaluación el registro sistemático de la morbilidad materna extrema y la medición de los indicadores del evento.⁹

Los indicadores de morbilidad materna extrema dependen del método de identificación de los casos y la región geográfica; sin embargo, se encuentran similitudes en la clasificación basados en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el tema.

El criterio más comúnmente usado en todas las regiones es la histerectomía de emergencia, excepto en América del Norte; el segundo criterio más común es la admisión a unidad de cuidados intensivos (UCI) usado para todas las regiones, excepto África.¹⁰

La tasa de morbilidad materna extrema es superior para los países de medianos y bajos ingresos, varió de 4,9 %, en América Latina, a 5,7 %, en Asia y 14,9 %, en África, mientras que los estudios realizados en los países de altos ingresos tenían tasas que van de 0,8 %, en Europa, y un máximo de 1,4 %, en América del Norte.¹⁰

La morbilidad y la mortalidad materna tienen repercusiones para toda la familia y un impacto que reaparece a través de las generaciones. Las complicaciones que causan las defunciones y las discapacidades de las madres traen enormes consecuencias a los niños. Los lactantes que pierden a sus madres en las primeras seis semanas de vida tienen más probabilidades de morir antes de cumplir dos años que aquellos cuyas madres sobreviven.^{9,10}

Para mejorar la salud materna, es necesario dar prioridad a la mejora de la atención sanitaria: calidad al embarazo, al parto y al puerperio y, en particular, a la atención obstétrica de urgencia.¹¹

La MMEG es un indicador muy asociado a la muerte materna, por ser un estadio Intermedio entre la totalidad de los casos. Puede ser utilizado como una medida de evaluación de los programas maternos a nivel poblacional o para realizar estudios de casos, pues con el manejo de aquellos que evolucionaron favorablemente después de la gravedad extrema, se pueden evitar nuevos casos de muerte materna. Como indicador de resultado ofrece una visión global del servicio de salud o del sistema sanitario, por lo que se considera un indicador de la calidad de los cuidados maternos.¹¹

En, los casos de morbilidad materna extrema (near miss o casi muerte) ocurren de países en vías de desarrollo, a pesar de que la mortalidad materna no ha alcanzado cifras bajas cinco a 10 veces más que la muerte materna. La incidencia en México de mortalidad materna fue 32 defunciones por 100,000 nacidos vivos en el 2017.^{10,12}

Con el propósito de estandarizar los criterios de morbilidad materna extrema Says y sus coautores propusieron: 1) la identificación de una enfermedad específica (preeclampsia severa, hemorragia obstétrica, ruptura uterina, eclampsia y sepsis); 2) la disfunción orgánica y 3) la necesidad de intervenciones adicionales requeridas para salvarle la vida a la paciente; la coexistencia de uno o más establece el diagnóstico. A partir de entonces, diferentes grupos

de trabajo se han dado a la tarea de unificar los criterios de identificación de este grupo de pacientes; por esto en 2011 la OMS actualizó esta definición.¹²

En el contexto de la morbilidad materna extrema, en la actualidad se describen factores de riesgo previos al embarazo o que pueden aparecer durante la evolución de éste: personales, sociales, económicos y ambientales e influir de forma categórica en el estado de salud de los individuos y la investigación de la muerte materna.¹²

La morbilidad y mortalidad materna, como tema de política, ponen de manifiesto los problemas de acceso a los servicios de salud, calidad de la atención, capacidad de los administradores y la infraestructura disponible en la población, tal es el caso de colombiana, donde un factor de riesgo de mortalidad materna extrema es el grado de escolaridad de la paciente; por eso sugieren actividades de mejoramiento en el control prenatal con el fin de educar a la paciente y a su entorno familiar acerca de los posibles signos de alarma en el inicio de un caso de morbilidad materna extrema.^{11,12}

En México, no se mencionaba el concepto de morbilidad materna; en los reportes nacionales fue hasta el año 2013 que se tiene en cuenta, pero no se estableció el compromiso de darle seguimiento y no es hasta el 2015, en que, de nuevo, volvió a mencionarse de manera superficial, enfocándose casi exclusivamente en la mortalidad materna.¹²

Por otra parte, en Perú, destacan la importancia de la formación del personal de enfermería y parteras profesionales para fortalecer el equipo de trabajo multidisciplinario dirigido a mejorar el bienestar materno en América Latina, como lo recomienda la OMS. La vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave contribuye a identificar y analizar los problemas tanto individuales como en la población, así como a planificar la acción preventiva estableciendo las prioridades de actuación y las acciones a realizar.¹³

Se estima que la prevalencia de pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema varía entre 0,04 % y 10,61 %. La unidad de cuidados intensivos (UCI) es el servicio clínico donde ingresan pacientes de todas las especialidades, incluyendo las gestantes que requieren observación permanente, tratamiento agresivo y continuo, o monitoreo cardiopulmonar invasivo, además de otras indicaciones de soporte ventilatorio como fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) mayor de 50 %, ventilación no invasiva, y requerimiento de soporte de dos o más órganos.^{14,15}

En diferentes publicaciones, se confirma que el momento de ocurrencia de la MME se produce durante los períodos de parto y puerperio, motivados por enfermedades determinantes primarias que se manifiestan fundamentalmente durante estas etapas, y por complicaciones en obstetricia o en otra área, que con frecuencia aparecen asociadas a ellas. Asimismo, se ha hecho notar una diferencia significativa entre la aparición de MME, el embarazo normal y la morbilidad materna aguda en cuanto a la edad gestacional, por cuanto se demuestra que existe una mayor proporción de mujeres con MME con edad gestacional al momento del parto de 38 semanas o más.¹⁶

En el mundo las principales causas de morbilidad materna extrema están relacionadas con complicaciones obstétricas tales como “las hemorragias postparto, el embarazo ectópico, el embolismo de líquido amniótico, trastornos hipertensivos, la sepsis, el tromboembolismo pulmonar, la rotura uterina, síndrome de hellp y la coagulación intravascular diseminada”. Es necesario comprender que, durante el embarazo, el proceso salud-enfermedad está representado por una secuencia de eventos entre los extremos de salud y muerte.¹⁷

Entre 0,1 % y 0,8 % de todas las pacientes obstétricas son admitidas a las unidades de cuidados intensivos; necesitando tratamiento y evaluación previa por el grupo de trabajo multidisciplinario, representando 1-2 % de los ingresos en la UCI en países desarrollados; pudiendo aumentar hasta 10 % en países en vía de desarrollo debido a condiciones socioculturales y económicas.¹⁶⁻¹⁸

Establecer los factores relacionados con el ingreso y supervivencia de las mujeres en las Unidades de Cuidados Intensivos se convierte en una fortaleza en salud permitiendo orientar el desarrollo de políticas públicas, la implementación de programas en salud, que conlleven a la reducción significativa de la morbimortalidad logrando intervenir oportunamente los factores que la predisponen.¹⁹

Según la UNICEF quince de cada cien mujeres que se embarazan desarrollan complicaciones con riesgo vital, un 40% de las mujeres del mundo tienen su parto sin ayuda de personal capacitado, y más de 500 mil mujeres mueren anualmente por causa de embarazo y parto. Anualmente en el mundo 20 millones de mujeres presentan complicaciones agudas durante la gestación, de las cuales 529.000 terminan en muertes maternas. Un 99% de la mortalidad materna que ocurre, corresponde a los países en desarrollo. La morbimortalidad materna se

considera un problema de salud pública complejo, determinado no sólo por las condiciones individuales de la mujer, sino también por la calidad de los servicios médicos y los contextos culturales y sociales donde éstos se prestan.²⁰

Respecto a la mortalidad materna se estima que la mayor parte de la carga de muertes maternas se distribuye entre diez países: Diez países explican alrededor del 60% de las defunciones maternas de todo el mundo: India (50 000), Nigeria (40 000), República Democrática del Congo (21.000), Etiopía (13.000), Indonesia (8.800), Pakistán (7.900), República Unida de Tanzania (7.900), Kenya (6.300), China (5.900) y Uganda (5.900). En las Américas, los cinco países con razón de mortalidad materna más baja de la región son Canadá (11 por 100.000), Uruguay (14), Chile (22), los Estados Unidos (28) y Bahamas (37), y aquellos con la razón más alta, Haití (380), Guyana (250), Bolivia (200), Guatemala (140) y Surinam (130).^{19,20}

En Europa según estudio realizado durante 2016, se observó un aumento de la edad materna de las pacientes que ingresaron a UCI, que estuvo 30.6 ± 6.3 años, morbilidades preexistentes como trastornos hipertensivos (6,3%), diabetes (5%), asma bronquial en (1,7%), cardiopatía congénita 15 (6,3%). Se identificó una tasa de ingreso a UCI de 6.4 por 1000 partos. La mediana de la duración de la estancia en la UCI fue de 3 días, mientras que la mediana de la duración total de la hospitalización fue de 13 días. Referenciando que mujeres de mayor edad padecen con frecuencia de trastornos hipertensivos y diversas enfermedades que podrían estar relacionadas con la admisión en la UCI.²¹

En España, en el Hospital General y Universitario de Caste, la incidencia total de admisión a cuidados intensivos fue de 3.20 por cada 1,000 nacidos vivos, la edad media fue de 33.2 años, el 38% de las mujeres fueron primíparas; el (82.3%) casos tuvieron seguimiento adecuado del embarazo, la edad gestacional media al momento del ingreso fue de 32 semanas. También demostró que los trastornos hipertensivos del embarazo y el choque hemorrágico con un (62%) representan las principales enfermedades por las que requieren cuidados intensivos.²²

En México, las complicaciones de salud durante el embarazo y el parto son responsables de 18% de la carga global de enfermedad en el mundo entero, de mujeres en edad reproductiva. Las muertes durante el embarazo, parto y puerperio representan la tercera causa de mortalidad. Siendo las causas de morbilidad la hemorragia del primer trimestre (45%, n=164), trastornos hipertensivos, donde la Preeclampsia severa-eclampsia fue responsable de 40% de los casos (n =146), lo que coincide con resultados de la bibliografía que mencionan a la

Preeclampsia- eclampsia como la principal causa de morbilidad y mortalidad materna en América Latina.²³

La MME se especifica por sus criterios de inclusión, que están clasificados en tres categorías: por enfermedad específica (trastornos hipertensivos del embarazo, shock hipovolémico, sepsis), por falla orgánica (vascular, cerebral, renal, hepática, respiratoria, cerebral) o por manejo (ingreso a UCI, cirugía, hospitalización, transfusión sanguínea, entre otros). El número de criterios de inclusión refleja la severidad y el compromiso en la salud materna y la presencia de mayor número de criterios de inclusión en los casos de morbilidad materna extrema, supone la posibilidad de mayores complicaciones en la salud de la gestante y mayor complejidad en el manejo clínico de los mismos. Se considera que reunir tres criterios refleja un trastorno severo.²⁴

En el 2015 (Neiva-Huila), Quintero, JC y et al. Realizaron una investigación de una serie de 23 casos y análisis de las “tres demoras” o retrasos en la atención en salud de pacientes con MME. Se presentaron 23 casos de MME, la mayoría residían en cabecera municipal (65.2%), tenían una unión estable (65.22%) y contaban con afiliación al régimen de salud (86.96%). Se encontró una razón de 1.1 en cuanto a la gestación deseada versus no deseada, el 75% que no deseaban su embarazo, no utilizaban ningún método de anticoncepción. Ninguna de las pacientes asistió a consulta preconcepcional, y tan solo 65.2% tuvo captación temprana. Se identificaron demoras tipo uno (69.6%) y tres (65.2%). En (34.78%) se presentó algún tipo de evento adverso; de estos, el 50% se clasificaron entre leve y moderado y el otro 50% como severos.²⁵

En Cuba en el año 2016 Suárez González, JA et, realizaron investigación “Las buenas prácticas clínicas como elemento fundamental en el manejo de la morbilidad materna extremadamente grave”, de 577 pacientes se seleccionaron una muestra de 93. Obteniéndose que, en la atención primaria se registraron 80 casos como riesgo obstétrico, solo 82 mujeres se realizaron los exámenes complementarios iniciales, el control de las curvas de tensión y peso en 88 y la altura uterina en 90 casos. En la atención secundaria se aplicó el código de colores a 92 pacientes, se identificó el riesgo obstétrico en 91 y fueron diagnosticadas al ingreso 85 mujeres. Se aplicaron los protocolos de atención al puerperio y al seguimiento por la comisión de la institución en todos los casos.²⁶

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Provincial Docente Dr. Antonio Luaces Iraola, de Ciego de Ávila en el período comprendido de marzo 2016 a junio 2018, con el propósito de describir algunas variables clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave.

El universo de estudio constituido por todas 125 maternas ingresadas en dicha unidad diagnosticadas con morbilidad materna extremadamente grave que ingresen en el Hospital Provincial de Ciego de Ávila en el periodo de estudio antes referido, analizándose la totalidad, ya que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

1. Gestantes que presenten signos y síntomas de enfermedad específica: eclampsia, choque séptico, choque hipovolémico;
2. Falla o disfunción orgánica: disfunción cardíaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral respiratoria o de coagulación.
3. Ingreso a unidades de cuidados intensivos (UCI), para estabilización hemodinámica electiva, cualquier intervención quirúrgica de emergencia en el posparto, postcesárea,

o postaborto, transfusión de tres o más unidades de sangre o plasma relacionada con evento agudo.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes maternas que no han sido ingresadas en la sala de UCI.

Para efectuar la investigación fue imprescindible la cooperación de los especialistas en ginecobstetricia e intensiva, así como especialistas asociados como cardiólogos, urólogos, hematólogos y de medicina interna, que brindan su asistencia médica a este tipo de pacientes. Cada uno de estos especialistas aportó la relación que posee de sus pacientes con diagnóstico de morbilidad materna extremadamente grave (MMEG); se revisó la historia clínica de cada paciente que cumplieron con los criterios de inclusión, obtenida del centro en cuestión. Las variables de interés e explorar fueron vaciados hacia una planilla de recolección de datos (fuente de información primaria), la cual se confeccionó según los objetivos propuestos.

La información se obtuvo una vez realizado el diagnóstico a través de la historia clínica de cada paciente en la atención hospitalaria y durante su atención prenatal. Se consideraron criterios de clasificación de la MMEG los criterios de inclusión antes señalados.

Definición operacional de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad materna	Cuantitativa continua	15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35 años y más	Según años cumplidos	Número y porcentaje según grupos de edades
Factores de riesgo	Cualitativa nominal politómica	Anemia Malnutrición Socioeconómicos Periodo intergenésico cortos	Según datos reflejados en la historia clínica	Número y porcentaje según categoría de pertenencia.

		Trastornos Hipertensivos en el embarazo. Asma bronquial. Diabetes mellitus. Sepsis urinaria. Hemoglobinopatías CIUR Placenta previa. Fibroma. Sepsis vaginal.		
Modo del parto	Cualitativa nominal politómica	Cesárea Fisiológico. Instrumentado.	Según datos reflejados en la historia clínica	Número y porcentaje según categoría de pertenencia.
Momento de la complicación	Cualitativa Nominal dicotómica	Embarazo puerperio	Según datos reflejados en la historia clínica	Número y porcentaje según categoría de pertenencia.
Morbilidad, enfermedad específica.	Cualitativa nominal politómica	Eclampsia. Preeclamsia grave. Shock séptico. Shock hipovolémico. Síndrome de HELLP.	Según datos reflejados en la historia clínica	Número y porcentaje según categoría de pertenencia.
Morbilidad, disfunción orgánica.	Cualitativa nominal politómica	Cardiovascular Respiratoria Renal Hematológica Hepática Neurológica Uterina.	Según datos reflejados en la historia clínica	Número y porcentaje según categoría de pertenencia.
Secuelas	Cualitativa nominal	Salpingectomía	Según datos reflejados en la	Número y porcentaje

	politómica	Histerectomía total. Anexectomias. Ligadura de las hipogástricas	historia clínica	según categoría de pertenencia.
Estado al egreso	Cualitativa nominal dicotómica.	Viva. Fallecida.	Según datos reflejados en la historia clínica	Número y porcentaje según categoría de pertenencia.

Procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información luego de obtenida de las Historias clínicas y los registros de parto fueron recolectados en la planilla de datos, luego se creó una base con los mismos en el sistema Microsoft Excel, los resultados se presentaron en tablas de contingencia; utilizando como medidas de resumen para variables cuantitativas la frecuencia absoluta y el porcentaje, donde fueron analizados y comparados con los resultados de otras investigaciones en cumplimiento de los objetivos trazados. Se elaboró un informe final de la investigación mediante el procesador de textos Microsoft Word 2007 para su presentación y discusión.

Aspectos éticos y procedimiento de campo

La investigación se realizó conforme a los principios éticos para las investigaciones biomédicas en seres humanos establecidas en la declaración de Helsinki. La información se obtendrá a través de la revisión de las historias clínicas de cada paciente. Del mismo modo, se sostendrá una interacción justa y benéfica con los pacientes, pues en los protocolos del tratamiento médico están implícitas las acciones de educación para la salud, la promoción de estilos de vida saludables y la protección específica. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Tabla:1 Distribución de la muestra según edad de las pacientes con morbilidad materna extremadamente grave ingresadas en UCI. Hospital Provincial Docente de Ciego de Ávila período comprendido enero 2016 a diciembre 2018.

Edad	n.	%
15-19	22	17.6
20-24	32	25.6
25-29	30	24.0
30-34	28	22.40
35 y más	13	10.4
Total	125	100

Fuente Historias Clínicas

En esta tabla se analizó la edad de las pacientes que fueron ingresadas en unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Ciego de Ávila Dr. “Antonio Luaces Iraola” enero 2016 a diciembre 2018. En este periodo ocurrieron un total de 125 ingresos. Donde predominó el rango de edad entre 20-24 años con 32 casos (25.6%); seguido por las de 25-29 años de edad, 30(24.0%). De 30- 34 años, 28 (22.40%), menores de 20 años, 22 (17.6%); encontrándose solo 13 (10.4%) pacientes con 35 y más años de edad.

Según Mamani Aquino teniendo en cuenta la clasificación de la OPS, el grupo etario de 18 a 35 años fue quien representa el mayor porcentaje (59%), seguido del grupo etario mayores a 35 años (29%) y en menor porcentaje aquellas gestantes menores de 18 años (13%) de un total de 56 pacientes seleccionadas.⁹

Díaz Santana-Bustamante, et al. En estudio realizado en el 2017 con 128 pacientes con Morbilidad Materna Severa, del Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica de la Dirección General de Epidemiología; en México obtuvo como resultados que las pacientes tuvieron una edad promedio de 22 años.¹¹

Por otra parte, un estudio de casos y controles en mujeres ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital “Carlos Manuel de Céspedes” de Bayamo, Granma, la edad media (desviación estándar) para las mujeres con MME fue de 25,6 años (+ 7,0); mientras que

para las pacientes sin MME se estimó en 26,0 años (+5,0), alegando que la edad promedio de las pacientes obstétricas ingresadas en UCI, corresponde con el periodo fértil de la mujer, debido a que el mayor número de casos se encontró en este rango de edad.²⁴

En estudio realizado en Guantánamo con el objetivo de caracterizar la morbilidad materna grave en el servicio de cuidados intensivos del Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, se encontró predominio del grupo de 25 a 29 años en el 29.5% de las pacientes ingresadas seguido del grupo de 20 a 24 años con 12 de ellas para un 27.2 %. ²⁷

Así mismo Fong-Pantoja en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente “Orlando Pantoja Tamayo”, Santiago de Cuba describe que la edad promedio fue 26,4 años de edad (con una desviación típica de 6,4 y coeficiente de variación 0,2) que hace referencia a una muestra no homogénea con respecto a la edad. ²⁸

Tabla:2 Factores de riesgos

Variable	n.125	%
Preconcepcional		
Anemia	34	27.2
Malnutrición	22	17.6

Socioeconómicos	8	6.4
Periodo intergenésico Corto	11	8.8
Materno		
Trastornos Hipertensivos del embarazo	13	10.4
Diabetes Gestacional	3	2.4
Infecciones del tracto urinario	5	4.0
Perinatal		
Restricción del Crecimiento fetal intraútero	4	3.2
Placentaprevia	1	0.8

Fuente Historias Clínicas

En esta tabla se describen algunos factores de riesgos encontrándose predominio de los preconcepcionales siendo la anemia 34 pacientes (27.2%) la de mayor número porcentual, seguido de la malnutrición donde 22 casos (17.6%) de ellas 16 (10.42%) eran obesas y 6 (7.18%) desnutridas; con periodo intergenésico corto 11 (8.8%), y solo nivel socioeconómico bajo tenían 8 (6.4%) pacientes. En cuanto al riesgo materno 13 (10.45%) presentaron trastornos hipertensivos en el embarazo, y 3 (4.0%) diabetes gestacional. En el riesgo perinatal se encontró 4 (3.2%) pacientes con restricción del crecimiento fetal intraútero y solo 1 (0.8%) caso tuvo placenta previa.

En estudio realizado en Colombia el 91.67% (22) de las pacientes no presentó patologías antes de su embarazo, sin embargo, el 8.34% (2) manifestó haber presentado patologías como son alergia a los AINES y nefrolitiasis respectivamente. En cuanto a las comorbilidades con el embarazo actual, el 87.5% no presentaba ningún tipo de patología; el 4.17% presentó asma, de igual manera, y en igual proporción presentaron anemia severa más sepsis urinaria, y anemia severa más infección del tracto urinario, es decir un 4.17% cada una. ¹⁰

Por otra parte, con relación a las enfermedades asociadas con el embarazo, el 50% de las pacientes presentó preeclampsia severa; el 16.67% eclampsia. En cuanto a la Clasificación

del Riesgo Obstétrico el 66.67% de las pacientes estaba clasificada en la categoría de Muy Alto, y el 33.33% restante en la categoría de Alto. ¹⁰

También hacen referencia con respecto a las variables sociodemográficas estudiadas que la mayor parte de la población se halla en la etapa de la adolescencia y adultez joven, con condición socioeconómica baja. En la etapa preconcepcional, las participantes negaron tener patología antes del embarazo y durante el embarazo, se halló que las mujeres estudiadas presentaron trastornos hipertensivos bajo tratamiento médico o farmacológico y el riesgo obstétrico estuvo calificado como muy alto. ¹⁰

Bejarano Villamrín, D. M. (2018). Factores asociados a la supervivencia de mujeres con morbilidad materna extrema (MME) que ingresaron a unidad de cuidado intensivo, en el hospital El Tunal, Bogotá la mayoría de las participantes en su estudio eran de estrato socioeconómico bajo. ¹⁹

Dediós Solí HA (Chile) 2016 realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal llamado “Morbilidad materna extrema en un Hospital en la ciudad de Lima”, cuya muestra de 93 pacientes cumplieron con algunos de los criterios de inclusión propuestos por la Organización Mundial de la Salud para la definición del caso de morbilidad materna extrema (MME). En el resalta entre sus resultados que la MME se presentó con mayor frecuencia en pacientes de 15 a 29 años con periodo intergenésico inadecuado (61%). ³⁰

Tabla: 3 Modo de parto de las puérperas que ingresaron en Terapia Intensiva

Variable	n	%
Eutócico	18	14.4
Instrumentado	2	1.6
Cesárea	50	40.0

Fuente Historias Clínicas

Los resultados reflejados en esta tabla en cuanto a la modalidad del parto en las de puérperas ingresadas en la unidad de cuidados intensivos, la operación cesárea reporta un total de 50

casos (40.0%), seguido del parto eutócico con 18 pacientes (14.4%) y siendo solo 2 (1.6%) las que tuvieron un parto instrumentado.

Según Mamani Aquino en su estudio la distribución porcentual de las vías de culminación de la gestación de pacientes con Morbilidad Materna Extrema en el Hospital regional Manuel Núñez Butrón en el año 2018. la cesárea (54%) tuvo el mayor porcentaje, seguido de parto vaginal (30%), legrado uterino (16%).⁹

Rodríguez González Karolin al momento de aplicar el instrumento en su investigación, se indagó acerca de la vía de terminación del embarazo y se halló que el 37,5% pacientes la atención del parto fue a través de cesárea.¹⁰

Por otra parte, un estudio de casos y controles en mujeres ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital “Carlos Manuel de Céspedes” de Bayamo, Granma, (2019) la operación cesárea se realizó al 52,1 % de las enfermas con MME. Y por la vía del parto 35 (47.9%).²⁴

Dediós Solí HA (Chile) 2016 realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal llamado “Morbilidad materna extrema en un Hospital en la ciudad de Lima”, cuya muestra de 93 pacientes describe entre sus resultados que la mayoría culmino su embarazo por cesárea (43%).³⁰

Tabla: 4 Momento de la complicación

Variable	n	%
Embarazo	55	44
Puerperio	70	56
Total	125	100

Fuente Historias Clínicas

En el estudio realizado se observa que, del total de pacientes ingresadas en UCI, el momento de ocurrida la complicación fue en el puerperio 70 pacientes (56.0%) seguido de 55 gestantes (44.0%).

Al revisar la literatura escasos estudios hacen referencia al momento de la complicación ya que generalmente lo que exponen son las causa de ingreso a la unidad de cuidados intensivos. Sin embargo en hospital “Carlos Manuel de Céspedes” de Bayamo, Granma, se realizó en el año 2019 estudio de casos y controles donde; el 84,9 % de las enfermas con MME se encontraban en la etapa del puerperio, y solo 15,1 eran embarazadas. Coinsidiendo con estudio anterior realizado por los mismos autores en el 2017 donde también durante el puerperio ocurrió el mayor porcentaje de complicaciones (87,0 %) e ingresos por operación cesárea, 38 (82,6 %). ^{24,29}

Rincón Cruz. MDeIC, García Hernández. R, García González (2016). La mayoría de los casos, el 83.7%, presentó morbilidades por causas obstétricas ³¹

Tabla: 5 Morbilidad, enfermedad específica.

Variable	n	%
Preeclampsia - Eclampsia	53	42.4
Hematoma retro placentario	5	4
Hemorragia postparto	13	10.4
Infección puerperal	9	7.2
Embarazo Ectópico	3	2.4
Infecciones del tracto urinario	5	4
Diabetes Gestacional	3	2.4
Cardiopatías	3	2.4
Neuropatía inflamatoria	8	6.4
Apendicitis	8	6.4
Postoperatorio complicado	6	4.8
Otros	9	7.2

Fuente Historias Clínicas

En esta tabla se analiza la morbilidad por enfermedades específicas que fueron causas de ingreso a la unidad de cuidados intensivos. Dentro de ellas generó mayor morbilidad la Preeclampsia-Eclampsia con 53 casos (42.4%), seguida por la hemorragia postparto, 13 (10.4%) y la infección puerperal, 9 (7.2%), en igual orden estuvieron las Infecciones del tracto urinario, el hematoma retro placentario 5 (4.0%) respectivamente. Siendo el embarazo ectópico 4 (3.2%) y la Diabetes gestacional 3 (2.4%) el menor número en aparición.

Según Mamani Aquino encontró a las enfermedades hipertensivas del embarazo como causa principal de MME (46%), seguido de hemorragia post parto (29%), en otros se agrupó patología no obstétrica que fueron causa principal de MME, como pancreatitis aguda, peritonitis, hemoperitoneo, síndrome linfoproliferativo, falla cardíaca descompensada. De un total de 10

pacientes (100%), 50% fueron casos de shock hipovolémico, seguido de 40% casos de eclampsia, y solo (10%) caso de shock séptico.⁹

Rodríguez González Karolin, en Colombia encontró que la morbilidad por la enfermedad específica en el embarazo actual en las pacientes estudiadas se vio marcada en su mayoría por preeclampsia severa en un 37.50%(9), también se presentó aborto séptico/hemorrágico, eclampsia, embarazo ectópico roto, enfermedad hematológica, enfermedad hematológica más enfermedad renal, hemorragia obstétrica severa, hemorragia obstétrica severa más preeclampsia severa, preeclampsia severa más ruptura uterina más hemorragia obstétrica severa, entre otras.¹⁰

En el 2017 González Aguilera, JC et al., realizaron un estudio denominado “Morbilidad materna extrema en una unidad de cuidados intensivos en Bayamo, provincia de Granma, de 504 pacientes atendidas, 153 (30,3 %) presentaron morbilidad severa por infección y hemorragia, el choque séptico.¹⁶

Bejarano Villamrín, D. M. (2018). En su estudio Factores asociados a la supervivencia de mujeres con morbilidad materna extrema (MME) que ingresaron a unidad de cuidado intensivo, en el hospital El Tunal, Bogotá, las principales complicaciones registradas en los 465 casos de morbilidad materna extrema entre los años 2015 y 2015 en el hospital El Tunal de la ciudad de Bogotá, fueron: preeclampsia severa 49%(228), preeclampsia 9.2% (43) hemorragia 14.6% (68), infección urinaria 4.3 % (20), Aborto espontáneo 3.0 % (14) y Sepsis puerperal 1.9%.¹⁹

Por otra parte, Fong-Pantoja en su estudio La Morbilidad materna en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente “Orlando Pantoja Tamayo”, Santiago de Cuba 2014-2019. Hace referencia en cuanto a enfermedad específica se tiene que los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo (preeclampsia agravada con 53,3 % y eclampsia con 12,1 % y la hemorragia obstétrica para un 22,0 %, fueron las enfermedades que prevalecieron.

28

Pupo-Jiménez J. en su estudio, Morbilidad materna extrema según causas de admisión en cuidados intensivos las entidades obstétricas fueron la principal causa de ingreso, seguida de las clínicas y quirúrgicas; Siendo la atonía uterina, la preeclampsia grave y la endometritis, quienes constituyeron las causas más importantes relacionadas con el embarazo en cuanto a

morbilidad por enfermedad específica. De las enfermedades clínicas se destacó la neumonía, y de las quirúrgicas la apendicitis aguda. Sin embargo, esta autora en estudio más reciente (2019) destaca en frecuencia la eclampsia en 17 pacientes, para un 23,3 % del total de pacientes con esta condición, seguida de la atonía uterina con 12 (16,4 %) y la endometritis 9 (12,3 %).^{24,29}

Dediós Solí HA (Chile) 2016 realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal llamado “Morbilidad materna extrema en un Hospital en la ciudad de Lima”, La enfermedad específica más frecuente fue el shock hipovolémico (67 %), y la disfunción vascular la falla orgánica más frecuente (45%). La complicación obstétrica directa más frecuente entre las pacientes con MME fueron los trastornos hemorrágicos (45%) seguido de pre-eclampsia severa (29%).³⁰

Rincón Cruz. MDeIC, García Hernández. R, García González (2016) y hallaron registros de 135 casos mujeres con Morbilidad Materna Extrema, la edad promedio encontrada fue de 26 años; el 54.8% de las mujeres presentó múltiples embarazos (mujeres multigestas). La mayoría de los casos, el 83.7%, presentó morbilidades por causas obstétricas directas tales como Preeclampsia 61.9%, Hemorragia obstétrica 37.1% y Sepsis 0.8%; mientras que el 16.2% presentó morbilidades por causas indirectas miomatosis uterina 18.1%, hipertensión arterial crónica 18.1% patología abdominal 13.1% obesidad 9.0%, diabetes mellitus 4.5%, hipotiroidismo 4.5%. De los 135 casos, se encontró que 120 de las mujeres derivaron en secuelas agudas (81.6%) y en crónicas (18.3%).³¹

En el 2016, Carrillo Franco, J y García Balaguera, C, hallaron en su estudio denominado “Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta” que hubo 353 casos de morbilidad materna extrema, por enfermedad específica, encontrando como primera causa la eclampsia (22.38%), seguida de choque hipovolémico.³²

Tabla: 6 Morbilidad, disfunción orgánica.

Variable	n	%
Respiratoria.	39	31.2
uterina	18	14.4
Multiorgánica	2	1.6

Fuente Historias Clínicas

Al analizar la morbilidad por disfunción orgánica se describen 39 pacientes (31.2%) por causa respiratoria, 18 (14.4%) uterinas y con fallo multiorgánico 2 (1.6%); no coincidiendo con la literatura debido a que en las historias clínicas no se especifica la clasificación según SOFA y OMS que incluyen en la primera la disfunción cardíaca, renal, hepática, hematológica, neurológica, mientras en la segunda todas más las de causas respiratoria uterinas. Como los resultados encontrados en el hospital regional Manuel Núñez Butrón, en el periodo comprendido enero a diciembre del 2018; donde de un total 30 pacientes (100%) que cumplen el criterio de falla orgánica de morbilidad materna extrema, la más frecuente fue multiorganica 40%, seguida de falla hematológica (17%), y falla respiratoria, cerebral, cardíaca en la misma proporción. ⁹

Por otra parte, en Colombia aparecen en investigaciones que el 70.83% de los casos no presentó disfunción orgánica con el embarazo, el 12.50% presentó enfermedad hepática, el 8.33% enfermedad respiratoria, el 4.17% enfermedad renal, y en igual proporción enfermedad renal más enfermedad hepática, más falla hematológica. ¹⁰

Sin embargo, Bejarano Villamrín:(2018) encontró en 21.5% la disfunción se limitó a un solo órgano y su frecuencia fue la siguiente: vascular 69%, metabólica 11%, cardíaca 9%, hepática (4%); renal o hepática 3%, respectivamente, y respiratoria 1%. Dos embarazadas padecieron siete disfunciones y 33,5% ingresaron en una unidad de cuidados intensivos.¹⁹

Tabla 7: Secuelas

variable	n	%
Histerectomía	13	10.4
Histerectomía más ligadura de hipogástricas	5	4.0
Ligadura de hipogástricas	2	1.6
Salpingectomía total por Embarazo Ectópico	3	2.4
Sin secuelas	102	81.6
Total	125	100

Fuente Historias Clínicas

En cuanto a las secuelas presentes en este grupo de pacientes no se reportaron en 102 (81.6%) de las mismas. Histerectomía se le realizaron a 13 (10.4%); histerectomía más ligaduras de las arterias hipogástricas, 5 (4.0%) de los casos. Solo en 2 (1.6%) pacientes existió la necesidad de practicar ligadura de hipogástricas y Salpingectomía total por Embarazo Ectópico 3 (2.4%).

Con respecto a este tema en estudio realizados en Cuba se realizó la histerectomía por infección o hemorragia en 33 pacientes para un 71,7%.¹⁷

Rincón Cruz. M Del C, García Hernández. R, García González MA y Muñoz García G. Realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo denominado “Causas, frecuencia y secuelas de la morbilidad materna extrema en mujeres mexicanas: un análisis de los códigos rojos en el IMSS de Hidalgo- México “donde en 135 casos, encontró que 120 de las mujeres derivaron en secuelas agudas (81.6%) y en crónicas (18.3%); no especificando las mismas. ³¹

Por otra parte, Carrillo Franco, J y García Balaguera, (2016), hallaron en su estudio denominado “Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta” que hubo 353 casos de morbilidad materna extrema durante 2014, frente a 194 del 2013, De las pacientes notificadas, el 13.59% tuvo una cirugía adicional siendo la más frecuente fue la histerectomía.³²

Tabla: 8 Estado al egreso

Variable	n	%
fallecida	2	1.6
viva	123	98.4
Total	125	100

Fuente: Historias Clínicas

En esta tabla se muestra el estado al egreso de las pacientes donde predominó el estado de la paciente viva 123 (98.4%) solamente ocurrieron 2 muertes maternas (1.6%). Una fallecida en la UCI con Fallo múltiple de órganos, Peritonitis secundaria, Miometritis séptica y Síndrome de HELL y la otra puérpera remitida hacia la Habana también por Fallo múltiple de órganos e Hígado graso agudo del embarazo.

Según Pupo Jiménez JM, et al., en su estudio sobre Morbilidad materna extrema según causas de admisión en cuidados intensivos. Durante el periodo de estudio se produjeron tres muertes maternas, una de cada causa de ingreso, obstétrica, clínica y quirúrgica; pero con representaciones porcentuales diferentes a las de la actual investigación. Sin embargo, en otro más reciente encontró que al estado del egreso vivas 72 (98,6%) y fallecidas una (1,4%).^{17,24}

Otro estudio (2018): sobre factores asociados a la supervivencia de mujeres con morbilidad materna extrema (MME) que ingresaron a unidad de cuidado intensivo, en el hospital El Tunal, Bogotá encontró que el 6.4% de las pacientes que ingresaron a UCI fallecieron.¹⁹

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos reafirman que continúan siendo los factores preconceptionales y dentro de ellos la anemia, la malnutrición y el periodo intergenésico corto los que prevalecen en los antecedentes de las pacientes con morbilidad extremadamente grave. La edad entre 20-24 años; de las pacientes obstétricas ingresadas en UCI, corresponde con el periodo fértil de la mujer, la modalidad del parto continua siendo la cesárea 40.0%, donde mayormente ocurren las complicaciones es en el puerperio 56.0%; La Preeclampsia-Eclampsia generó mayor morbilidad 42.4%, y la morbilidad por disfunción orgánica fue la causa respiratoria 31.2% la más presentada. No se reportaron secuelas en un número importante de las pacientes 81.6%, siendo la Histerectomía el 10.4%; el estado de la paciente al egreso fue viva, solamente ocurrieron 2 muertes maternas (1.6%). Una fallecida en la UCI con Fallo múltiple de órganos, Peritonitis secundaria, Miometritis séptica y Síndrome de Hellp y la otra puérpera remitida hacia la Habana también por Fallo múltiple de órganos e Hígado graso agudo del embarazo.

BILBLOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna [Internet]. Ginebra: OMS; 2020. [citado 21oct.2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. De Mucio B, Abalos E, Cuesta C, Carroli G, Serruya S, Giordano D et al. Maternal near miss and predictive ability of potentially life-threatening conditions at selected maternity hospitals in Latin America. Reprod Health. 2016; 13(1): 1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0250-9>
3. Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe. [Internet] 2017. [citado 21oct.2020]; [aprox. 5p.].Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/panorama-de-la-situaci%C3%B3n-de-la-morbilidad-y-mortalidad-maternas-am%C3%A9rica-latina-y-el>

4. Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública protocolo de vigilancia en salud pública Morbilidad materna extrema versión 03 Capitulo1 PRO-R02.0000-59V02 22-12-2017
Pág. 4 Disponible en:
https://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/vigilancia/protocolos/p2018/pro_morbilidad_materna_extrema_2018.pdf
5. Fong-Pantoja Luis. Morbilidad materna en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente “Orlando Pantoja Tamayo”, Contramaestre 2014-2019. Rev. inf. cient. [Internet]. 2020 Feb [citado 2020 Nov 14] ; 99(1): 20-29. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332020000100020&lng=es. Epub 30-Ene-2020.
6. Anuario Estadístico de Salud en Cuba 2019. Disponible en:
<https://temas.sld.cu/estadisticassalud/> o <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
7. Peña Marrón MG. Historia de la Anestesiología, Mortalidad Materna [Internet] 2018. [citado 21oct.2020]; [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://medigraphic.com/rma>
8. Albizu-Campos Espiñeira, Juan Carlos, Pérez, Patricia La mortalidad materna en Cuba. El color cuenta DOI: 10.13140/RG.2.2.13675.77604/1 [Internet] 2020. [citado 21oct.2020]; [aprox. 5p.]. Disponible en
https://www.researchgate.net/publication/342534712_La_mortalidad_materna_en_Cuba_El_color_cuenta
9. Mamani Aquino, Lyz Bianca Caracterización de la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el periodo comprendido entre enero a diciembre del año 2018 : [tesis en Internet]. 2019 [citado 2020 oct 20]. Disponible en:
<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/9753>
10. Rodríguez González, Karolin del Carmen; Tuñón Garrido, Michell Pamela; Universidad de Sucre; Carmen Cecilia Alviz Tous Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional II nivel Nuestra Señora de la Mercedes. Corozal. 2018 Rodríguez González, Karolin del Carmen; Tuñón Garrido, Michell Pamela; Universidad de Sucre; Carmen Cecilia Alviz Tous [Tesis en Internet]. 2019 [citado 21oct.2020]

<https://repositorio.unisucre.edu.co/handle/001/683> Disponible en:
<https://repositorio.unisucre.edu.co/bitstream/001/683/1/T618.3%20R696.pdf>

11. Díaz Santana-Bustamante D. E. , Delgado-Rizo M. G., Benavides-García Y. B. , Rivas-Moreno J. R., Morbilidad Materna Severa periodo Enero a Diciembre 2017. RevSalJal. [Internet]. sep-dic 2018 [citado 21oct.2020]; 5(5): 155-161. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2018/sj183g.pdf>
12. Esparza-Valencia DM, Toro-Ortiz JC, Herrera-Ortega O, Fernández-Lara JA. Prevalencia de morbilidad materna extrema en un hospital de segundo nivel de San Luis Potosí, México. Ginecol Obstet Mex. 2018 mayo;86(5):304-312. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i5.1931>
13. Gil F. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú, 2018. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico del Perú. Dirección General de Epidemiología 2018; 27 (52): 1285-1290. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/44.pdf>
14. Rangel-Flores Yesica, Martínez-Ledezma Alexia. La investigación en morbilidad materna extrema "near miss" en América Latina. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2017 Jul [citado 2019 Sep 19]; 34(3): 505-511. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000300018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.2792>
15. Nair M, Kurinczuk JJ, Knight M. Establishing a National Maternal Morbidity Outcome Indicator in England: A Population-Based Study Using Routine Hospital Data. (2016) PLoS ONE 11(4): e0153370 doi: [10.1371/journal.pone.0153370](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153370). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27054>
16. González Aguilera Julio César, Vázquez Belizón Yoleinis Esperanza, Pupo Jiménez Julia Matilde, Algas Hechavarría Luis Antonio, Cabrera Lavernia Jorge Omar. Morbilidad materna extrema en una unidad de cuidados intensivos. MEDISAN [Internet]. 2015 Dic [citado 21oct.2020]; 19(12): 1466-1476. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001200005&lng=es

17. Gálvez ME, Arreaza M, Rodríguez, JA. Mortalidad materna de pacientes atendidas en la UCI del hospital Simón Bolívar, Bogotá (Colombia) 2008 – 2010. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, [S.l.], v. 60, n. 2, p. 152-158, jan. 2016. ISSN 24630225. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/340>.
18. Oliveira Leonam Costa, Costa Aurélio Antônio Ribeiro da. Maternal near miss in the intensive care unit: clinical and epidemiological aspects. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2015 Sep [citado 21oct.2020]; 27(3): 220-227. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2015000300220&lng=en. Epub Aug 11, 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20150033>.
19. Bejarano Villamrín, D. M. (2018). Factores asociados a la supervivencia de mujeres con morbilidad materna extrema (MME) que ingresaron a unidad de cuidado intensivo, en el hospital El Tunal, Bogotá D.C. 2014-2015: Un estudio de casos y controles. [Tesis en Internet]. 2019 [citado 21oct.2020] 2018 <http://hdl.handle.net/11634/10378> Disponible en <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10378/Bejaranodiana2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Naciones Unidas (2018), La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago. Disponible en : https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
21. Farr, A., Lenz-Gebhart, A., Einig, S., Ortnier, C., Holzer, I., Elhenicky, M., Lehner, R. (2017). Outcomes and trends of peripartum maternal admission to the intensive care unit. Wiener Klinische Wochenschrift, 129(17), 605–611. [citado 21oct.2020] Disponible en <http://doi.org/10.1007/s00508-016-1161-z>
22. Franco-Sansaloni A, Vizcaíno-Torres J, Estelles-Morant D, Villar-Graullera E, Serrano Fernández J. Morbilidad y mortalidad de pacientes obstétricas en una unidad de cuidados intensivos. Ginecol Obstet Mex. 2017 ene; 85(1):7-12. [citado 21oct.2020] Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n1/0300-9041-gom-85-01-00007.pdf>

23. Soni-Trinidad C, Gutiérrez-Mateos A, Santa Rosa-Moreno FJ, Reyes-Aguilar A. Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica. *Ginecol Obs Mex.* 2015; 83:96-103. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56701>
24. Pupo-Jiménez J, González-Aguilera J, Cabrera-Lavernia J. Factores de riesgo de morbilidad materna extrema en la unidad de cuidados intensivos. *MULTIMED [revista en Internet]*. 2019 [citado 21oct.2020]; 23(2): [aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1163>
25. Quintero J, Olaya S, Peña A, et al. Extreme maternal morbidity (EMM): description of a 23-case series and Analysis of the "three delays". *RFS - Revista Facultad de Salud.* 2013; 5 (2): 52-60. Disponible en: <https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/142>
26. Suárez-González J, Gutiérrez-Machado M, Quincose-Rodríguez M, Gómez-Pérez Y. Las buenas prácticas clínicas como elemento fundamental en el manejo de la morbilidad materna extremadamente grave. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [revista en Internet]*. 2017 [citado 21oct.2020]; 42(4): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/107>
27. Alicia Verdecia Charadán, Eddy Fernández Charon, Nadya Antuche Medina, Solveing Rousseaux Lamothe. Morbilidad materna grave en unidad de cuidados intensivos. *Revista de Información Científica*, ISSN-e 1028-9933, Vol. 96, Nº. 3, 2017, págs. 435-444. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=4267671>
28. Fong-Pantoja L. Morbilidad materna en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Orlando Pantoja Tamayo", Santiago de Cuba 2014-2019. *Rev Inf Cient [en línea]*. 2020 [citado 21oct.2020]; 99(1):20-29. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2737>
29. Pupo-Jiménez J. Morbilidad materna extrema según causas de admisión en cuidados intensivos / Critical ill maternal patient according to causes of admission to the intensive care unit. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias [revista en Internet]*. 2017 [citado 2020 Nov 13]; 16(3): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/259>

30. Hairo André, Dediós Solí. Morbilidad materna extrema en un Hospital en la ciudad de Lima. Universidad Científica del Sur. Lima, Perú. 2016. Disponible en: http://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/UCS/465/TL-Dedi%C3%B3s_Sol%C3%ADs.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Rincón Cruz, María Del Carmen et al., Causas, frecuencia y secuelas de la morbilidad materna extrema en mujeres mexicanas: un análisis de los códigos rojos en el IMSS de Hidalgo. Revista CONAMED, [S.l.], v. 21, n. 4, dic. 2016. ISSN 2007-932x. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/515/802>
32. Carrillo Franco J, García Balaguera C. Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta, Colombia, 2014. Hacia promoci. salud. 2016; 21(1): 15-25. DOI: [10.17151/hpsal.2016.21.1.2](https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.2) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a02.pdf>