

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE
ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ MORÓN

Título: Comportamiento de la morbilidad de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos del municipio de Morón.

TESIS EN OPCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN GINECOBSTETRICIA

Autor: Dr. Leduard Téllez Santos.

Morón, 2022

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE
ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ MORÓN

Título: Comportamiento de la morbilidad de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos del municipio de Morón.

TESIS EN OPCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER
GRADO EN GINECOBSTETRICIA

Autor: Dr. Leduard Téllez Santos. Residente de 4to año de Ginecobstetricia.

Tutor: MSc. Dr. Julio César López Suárez. Especialista de Primer y Segundo Grados en Ginecobstetricia. Máster en atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar.
Hospital General Docente "Roberto Rodríguez Fernández".

Morón, 2022

P E N S A M I E N T O

“Trabajemos juntos para asegurar que la mortalidad materna sea un problema del pasado y no del futuro de nuestros hijos.”

Gordon Brown.

DEDICATORIA

A mi familia.

A mis compañeros y profesores.

A todas las pacientes incluidas en este proyecto investigativo.

A G R A D E C I M I E N T O S

Hoy quiero brindar mi agradecimiento sincero a todos los que estuvieron a mi lado durante mi formación como Ginecobstetra, a aquellos que me brindaron con amor sus conocimientos y me exigieron al máximo logrando que ame al 100% esta especialidad

Especialmente a mis padres y hermano, ustedes con su inmenso e incondicional amor han hecho de mi quien soy, me han moldeado, han dejado a un lado sus gustos y prioridades para ayudarme y han permitido que hoy sea como y quien soy.

Al Dr. Julio César por escogerme para ser parte de su proyecto investigativo y por ayudarme en mi formación como profesional, gracias por ser mi tutor y por ser un gran educador.

A la Dr. Nelson que ha sido mi ejemplo a seguir desde el primer día.

Al resto del colectivo de profesores que de una forma u otra fueron claves en mi formación muchas gracias por su ayuda, confianza y dedicación.

RESUMEN

La mortalidad materna ha sido utilizada como un indicador del desarrollo socioeconómico de un país y de la calidad de los servicios médicos en la Salud Pública. La morbilidad materna extremadamente grave (near miss) constituye el escenario necesario para entender las condiciones y hechos prevenibles que determinan la muerte materna. Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo con el objetivo de describir el comportamiento de la morbilidad de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente del municipio de Morón, en el período comprendido entre septiembre de 2018 a septiembre de 2022. El universo estuvo constituido por 183 pacientes maternas graves atendidas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General del municipio de Morón, utilizando para su selección el muestreo no probabilístico de tipo intencional. Se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. En el estudio predominaron las pacientes pertenecientes al grupo etáreo entre 20 y 24 años y fueron los municipios de Morón y Primero de Enero los que con mayor frecuencia aportaron pacientes maternas graves. Fueron las pacientes en la etapa del puerperio, nulíparas y con edad gestacional de 37 o más semanas las que sobresalieron en el estudio. Existió predominio del parto distócico por cesárea por indicación médica, de la Preeclampsia/Eclampsia y el COVID 19 como diagnóstico al ingreso. En el menor por ciento de los casos no fue necesario el uso hemoterapia y no requirieron ventilación mecánica artificial. La terapia farmacológica más utilizada fue el Ceftriaxone y el Metronidazol, la estadía en UCI entre 24 a 48 horas y en los recién nacidos se presentó una buena condición.

Palabras clave: morbilidad materna extremadamente grave; trastornos hipertensivos; hemorragia; fallo múltiple de órganos

INDICE

Contenidos	Páginas
Introducción	1 - 9
Marco Teórico	9 - 24
Materiales y Métodos	25 - 30
Resultados y Discusión	31 - 51
Conclusiones	52
Recomendaciones	53
Referencias Bibliográficas	54 - 60
Anexos	

INTRODUCCIÓN

Prevenir para disminuir la morbilidad para evitar la mortalidad materna, es tarea que los médicos asistenciales deben llevar a cabo dentro del ámbito hospitalario, más allá de las políticas sanitarias conducidas por organismos gubernamentales y no gubernamentales con el objetivo de contribuir a solucionar un problema de mayor complejidad.

De acuerdo con los datos brindados por la Organización Mundial de la Salud se estima que, en todo el mundo, entre 120 y 130 millones de mujeres se embarazan cada año. De ellas entre 500.000 y 600.000 fallecen, representando, aproximadamente, una muerte por cada minuto transcurrido, con una razón de mortalidad materna global de 400/100.000 nacimientos. Ese número permanece estable desde fines de la década de 1980 cuando por primera vez se efectuó la estimación, y es un promedio que incluye la mortalidad registrada en países desarrollados como EEUU y Canadá.¹

El 98-99% de las muertes maternas ocurren en países en vías de desarrollo, donde 60 millones de partos anuales no reciben atención profesional. Más del 50% de todas las muertes maternas ocurren en solo seis países: India, Pakistán, Afganistán, Nigeria, Etiopía y Congo.²

La tasa de mortalidad materna en de 11/100.000 nacimientos en EEUU, 28/100.000 en Europa, 260/100.000 en Oceanía, excluyendo Australia, 280/100.000 en Asia, excluyendo Japón y 1.000/100.000 en África.³

En América, con una tasa de 190/100.000, mueren anualmente 22.000 mujeres por afecciones relacionadas con la gestación. En la región, la expectativa de morir durante el embarazo o el puerperio es de 1/160, mientras que ese valor desciende a 1/3.500 en EEUU y 1/7.700 en Canadá. En este último país, la tasa de mortalidad se incrementó de 4,5 hasta 7,2/100.000 en el periodo 2005-2007.⁴

La denominada tasa de mortalidad materna presenta valores muy disímiles entre los países latinoamericanos. En el año 2009 la tasa osciló entre 523/100.000 nacidos vivos en Haití, hasta 17/100.000 en Uruguay y 12/100.000 en Chile. Algunos países, como Cuba, lograron mejoras significativas en sus valores a los que se sumó Costa Rica, Ecuador y Bolivia con destacables avances. Por otra parte, en países desarrollados se observa con preocupación el estancamiento de las tasas de mortalidad materna o un leve incremento en las mismas que se adjudica a varios factores como el aumento del número de mujeres con enfermedades crónicas estables bajo tratamiento, que desean ser madres, incremento del número de primíparas añosas y técnicas de fertilización asistida que posibilitan el embarazo más allá del periodo de fertilidad natural.⁵

Muchos de los tratados y convenciones sobre el tema de la morbilidad materna tienen su origen en la Declaración de los Derechos Humanos emitida en 1948 y, entre una mayoría de naciones, fueron suscriptos por Argentina. Según lo expresado por las Naciones Unidas, "Los derechos humanos son derechos inherentes a todas las personas, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición diferencial. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna".

"Los derechos humanos, como el derecho a la vida, los derechos sociales y culturales, como la seguridad social y la educación entre otros, son derechos indivisibles, interrelacionados e interdependientes. El avance de uno de ellos facilita el avance de los demás. De la misma manera, la privación de un derecho afecta negativamente a los demás".

"Los derechos humanos universales están a menudo contemplados en las leyes de cada nación y garantizados por ellas, a través de los tratados, los principios generales y otras fuentes del derecho internacional. El derecho internacional de los derechos humanos establece las obligaciones que

tienen los gobiernos de tomar medidas en determinadas situaciones, a fin de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos”.

“Los Estados asumen las obligaciones y los deberes, en virtud del derecho internacional, de respetar, proteger y realizar los derechos humanos. La obligación de realizarlos significa que los Estados deben adoptar medidas positivas para facilitar el disfrute de los derechos humanos básicos”.

Políticas de Estado discriminatorias incluyen, por ejemplo, aquellas leyes que criminalizan algunos procedimientos médicos que solo las mujeres necesitan. La violencia de género ejercida sobre embarazadas, el contagio de enfermedades de transmisión sexual a gestantes y el aborto inseguro son temas de particular interés.

En consecuencia, los derechos humanos para las mujeres incluyen el libre acceso a los servicios de salud para una maternidad segura. La muerte de una mujer durante el embarazo o el parto no es solo un problema de salud pública sino, además, un tema de injusticia social.⁶

La mortalidad materna es uno de los indicadores directos que refleja el estado de salud de la población y que indirectamente describe las condiciones sociales, económicas y culturales que actúan en la comunidad. Constituye un buen indicador socio-económico, de la misma manera que expresa la extensión de la cobertura médica y la calidad de los servicios de atención a la mujer en edad fértil.⁷

Se entiende por muerte materna la defunción de una mujer mientras permanece embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, independientemente de la duración o el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo, agravada por el mismo o como resultado de su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. La definición comprende a todas las defunciones maternas cualquiera fuera la forma de terminación de la

gestación: vivo o mortinato, aborto inducido o espontáneo y al embarazo ectópico.⁸

El CIE-10 - Código Internacional de Enfermedades, versión 10 mantiene esta definición y propone la consideración de una nueva categoría: la muerte materna tardía. Se define como tal a la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, ocurrida después de los 42 días, pero antes de transcurrido el año de finalizado el embarazo por cualquier vía que fuere interrumpido.

El origen de fijar el límite máximo del periodo puerperal en 42 días responde a causas históricas vinculadas con la religión y con las prácticas culturales, careciendo de sustento en estudios estadísticos sobre la salud. Supone el ritual de purificación de la mujer luego del nacimiento, contribuyendo el hecho que la primera menstruación cuando no se amamanta ocurre 6 a 8 semanas después del parto.⁹

El desarrollo incesante de la ciencia y la técnica hoy en día incorporan nuevos adelantos al quehacer diario del ejercicio médico y constituye un reto, que obliga a recibir un nivel mínimo de información para poder dar respuestas a las exigencias de la medicina moderna, y esta necesidad es tanto más impostergable cuando se trata de la atención de la paciente obstétrica grave.¹⁰

Las pacientes embarazadas o puérperas críticamente enfermas representan un reto para cualquier equipo de salud debido a diferentes cambios fisiológicos propios de este estado, ya que se trata de dos pacientes (madre y feto) con fisiología distinta, a los cambios anatómicos en la madre y por último, a la presencia de enfermedades exclusivas del embarazo.¹¹

La morbilidad materna extrema (MME), conocida en la literatura inglesa como "near miss", se define como el caso de una mujer que casi fallece,

pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto, o en los 42 días siguientes de puerperio.

La mortalidad materna es uno de los indicadores, más sensibles de las condiciones de salud de un segmento importante de la población femenina. Es considerada como un indicador de desarrollo social debido a que su causalidad tiene mucho que ver, con el grado de educación y acceso a los servicios de salud. ¹²

Millones de mujeres en el mundo padecen actualmente enfermedades de corta o larga duración, atribuibles al embarazo, al parto o al puerperio.

El interés creciente de integrar al estudio de la mortalidad materna, el análisis de la morbilidad materna extremadamente grave, permite identificar los factores de riesgos presentes en las gestantes, desde un embarazo sin complicaciones hasta la muerte, pues se presenta en un mayor número de casos y con el manejo de aquellos que evolucionaron favorablemente después de la gravedad extrema, se pueden evitar nuevos casos de muerte.

Algunos reportes han descrito que alrededor de las 40-50% de las muertes maternas y 30-40% de los casos de pacientes obstétricas casi-muertas pueden ser prevenibles. Considerando estas cifras de prevención es que podemos afirmar que la identificación y estudio de las pacientes obstétricas casi-muertas es vital para elaborar un análisis crítico de la situación del servicio obstétrico de una unidad de salud para establecer intervenciones de cambios en las deficiencias encontradas en el manejo de dichos casos. En el mundo cada minuto que pasa ocurre una muerte materna, siendo alrededor de 500,000 a 600,000 muertes al año relacionadas al embarazo, parto y puerperio. El 99% de estas muertes se reportan en países en vías de desarrollo. La tasa de muerte materna es un indicador de la calidad de los servicios de salud disponibles. El 80% de las

m u e r t e s m a t e r n a s p u e d e n s e r p o t e n c i a l m e n t e e v i t a d a s , p o r i n t e r v e n c i o n e s f a c t i b l e s e n l a m a y o r í a d e p a í s e s . ¹³

L a v i g i l a n c i a e p i d e m i o l ó g i c a d e l a m o r b i l i d a d m a t e r n a e x t r e m a , e s u n a d e l a s e s t r a t e g i a s p r o p u e s t a s d e n t r o d e l a s a c c i o n e s r e g i o n a l e s d e O P S / O M S p a r a m e j o r a r l a s a l u d m a t e r n a y l o g r a r r e d u c i r l a t a s a d e m o r t a l i d a d m a t e r n a e n t r e s c u a r t a s p a r t e s e n e l a ñ o 2 0 1 5 c o m o u n o s d e l o s O b j e t i v o s d e D e s a r r o l l o d e l M i l e n i o (O D M)

S e c o n s i d e r a q u e u n e v e n t o e s p r e v e n i b l e c u a n d o e s t e p u e d e e v i t a r s e m e d i a n t e l a a c c i ó n e s p e c í f i c a o p o r l a i n a c c i ó n d e l e q u i p o d e s a l u d . E s t e ú l t i m o c o n c e p t o a d q u i e r e p a r t i c u l a r i m p o r t a n c i a e n l a a t e n c i ó n d e u r g e n c i a , d o n d e i m p o r t a s a b e r q u é h a c e r y q u é n o h a c e r . O t r o a s p e c t o a c o n s i d e r a r e s e l c o n c e p t o a m p l i o c o n e l q u e d e b e i n t e r p r e t a r s e l a p r e v e n c i ó n ; n o r e f e r i d a e x c l u s i v a m e n t e a e v i t a r l a e n f e r m e d a d s i n o a d e m á s a i m p e d i r s u p r o g r e s i ó n . L a p r e e c l a m p s i a , p o r e j e m p l o , n o e s p r e v e n i b l e p e r o p o d r á e v i t a r s e s u p r o g r e s i ó n c o n e l t r a t a m i e n t o y l a i n t e r r u p c i ó n o p o r t u n a d e l e m b a r a z o c u a n d o c o r r e s p o n d a (p r e v e n c i ó n s e c u n d a r i a) . E l m a n e j o a c t i v o d e l t e r c e r p e r i o d o d e l p a r t o r e d u j o s i g n i f i c a t i v a m e n t e l a i n c i d e n c i a d e c o m p l i c a c i o n e s h e m o r r á g i c a s (p r e v e n c i ó n p r i m a r i a) . A f e c c i o n e s n o p r e v i s i b l e s n i p r e v e n i b l e s c a u s a n f u e r t e i m p a c t o s o b r e l a m o r b i m o r t a l i d a d m a t e r n a , c o m o l a e m b o l i a d e l í q u i d o a m n i ó t i c o . L a M M E s e s o s t i e n e e n t r e s p a t o l o g í a s p r i n c i p a l e s : h e m o r r a g i a s e n e l p e r i o d o p e r i p a r t o , h i p e r t e n s i ó n v i n c u l a d a c o n e l e m b a r a z o e i n f e c c i o n e s (a b o r t o s é p t i c o y e n d o m e t r i t i s p u e r p e r a l) . E n e s t o s c a s o s , l a p l a n i f i c a c i ó n d e u n a m e t o d o l o g í a d e d i a g n ó s t i c o y t r a t a m i e n t o d e u r g e n c i a b r i n d a r á , d e n t r o d e l o p o s i b l e , l a m a y o r p o s i b i l i d a d d e s o b r e v i v e n c i a m a t e r n a . R e s u l t a i n d u d a b l e q u e c a d a c e n t r o a s i s t e n c i a l d e b e r í a c o n t a r c o n t o d o s l o s e l e m e n t o s n e c e s a r i o s p a r a a t e n d e r u n a c o m p l i c a c i ó n o b s t é t r i c a , p e r o d i s p o n e r d e e s t o s r e c u r s o s n o r e s u e l v e e l p r o b l e m a s i n o

se generan los cambios asistenciales necesarios que aseguren los resultados deseados. ¹⁴

Durante el 2012 se registró en Cuba la segunda más baja tasa de mortalidad materna de la historia: 21,5 por cada 100 mil nacidos vivos, lo que representa 15 muertes maternas menos que en el 2011. En los 125 mil 661 nacimientos computados se produjeron 27 decesos de mujeres por causas directamente relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, un 50 % de las cuales tenían más de 30 años. A ese descenso ha contribuido el proceso de fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, sustentado en esta esfera en la implementación del nuevo Programa de Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna. ¹⁵

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo y las hemorragias post parto, continúan siendo las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal afectando al 10 al 20% de todas las gestaciones. La preeclampsia complica al 5 al 14% de los embarazos en todo el mundo. En los países en desarrollo, la preeclampsia-eclampsia puede producir hasta el 30% de las muertes maternas. En Cuba se estima que el 40% de las muertes fetales y el 34% de las muertes neonatales están relacionadas con trastornos hipertensivos durante el embarazo. ¹⁶

En la provincia de Ciego de Ávila existe una tendencia marcada y mantenida a la disminución de la mortalidad materna, sin embargo, esta ha mostrado una tendencia descendente, pero con oscilaciones, debido a algunos factores epidemiológicos asociados a la morbilidad y mortalidad de las pacientes obstétricas graves. La introducción de protocolos de manejo de la paciente obstétrica extremadamente grave en el Hospital de Morón ha contribuido a una disminución considerable de la mortalidad por esta causa sin embargo la estimación habitual es que hasta un 15% de las embarazadas experimentará alto riesgo de complicaciones del embarazo o

del parto suficientemente grave como para requerir atención obstétrica en un establecimiento de salud, según indicadores de la OMS.

En el año 2017 se rediseñaron los protocolos de tratamiento de las maternas graves con el objetivo de disminuir la existencia de ellas en UCI, en la actualidad en el Hospital General Docente de Morón se hace necesario buscar alternativas, desde la ginecobstetricia hasta la UCI, para prevenir y manejar, adecuadamente a este tipo de pacientes, ante esta problemática se precisa el siguiente **problema científico**: ¿Cuál es el comportamiento de la morbilidad de las pacientes maternas graves?

Objetivo General:

Describir el comportamiento de la morbilidad de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente del municipio de Morón.

Objetivos específicos.

1. Argumentar los sustentos teóricos relacionados con la morbilidad materna extremadamente grave.
2. Distribuir las pacientes según grupos de edades, municipio de procedencia, estado obstétrico, paridad, edad gestacional y tipo de parto.
3. Identificar las causas de ingresos en la UCI según diagnóstico obstétrico o no obstétrico.
4. Determinar complicaciones maternas como necesidad de utilizar hemoterapia, grado de mutilación, anemia post parto, reintervención quirúrgica, muerte, secuelas y otras complicaciones.
5. Identificar necesidad de ventilación mecánica artificial, el tipo de terapia farmacológica utilizada y tiempo de estadía en Unidad de Cuidados Intensivos.
6. Determinar estado del neonato.

MARCO TEÓRICO

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.

La pequeña disminución de la razón de mortalidad materna mundial refleja principalmente la reducción que ha tenido lugar en países con una mortalidad materna relativamente baja. En los países con las mayores cifras iniciales apenas ha habido progresos en los últimos 15 años.¹⁷

En todo el mundo, alrededor de cinco millones de mujeres padecen enfermedades críticas asociadas a la maternidad, de las cuales aproximadamente el 10 % fallecen.

Las muertes maternas pueden ser evitables en el 80 % de los casos, pero sin lugar a dudas se necesita de un entorno propicio para una maternidad segura.

La falta de progresos en salud materna tiene implicaciones mundiales para el desarrollo humano. La defunción materna tiene 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 sobre los niños. Los datos indican que 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. Adicionalmente, por cada mujer que muere durante el embarazo o el parto, 20 sufren lesiones, infecciones, enfermedades o discapacidades.¹⁸

Las enfermedades durante el embarazo, el parto y el puerperio constituyen las principales causas de discapacidad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo. El comportamiento epidemiológico en cuanto a mortalidad materna es elevado en países en desarrollo con una razón de 290 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 14 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países. Algunos tienen razones de mortalidad materna extremadamente altas, superiores incluso a 1 000 por 100 000 nacidos vivos. También hay grandes disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y entre la población rural y urbana.¹⁹

La situación social de las mujeres limita su acceso a los recursos económicos y a la educación básica y en consecuencia todo eso da paso a la incapacidad para adoptar decisiones con respecto a su salud. A algunas mujeres se les niega el acceso a la asistencia sanitaria cuando la necesitan, lo que responde, en ocasiones, a prácticas culturales. En otros casos es producto de la falta de acceso y utilización de servicios obstétricos. Además, la falta de poder de decisión de la mujer incide negativamente y lleva a muchas mujeres a una vida de embarazos repetidos. La pobreza, las barreras en la educación, la inestabilidad sociopolítica como expresión de la persistencia de inequidad entre los géneros y de la desigualdad

económica y social, son factores trascendentales que contribuyen a una elevada mortalidad materna en estas poblaciones.

La mayoría de esas muertes se pueden evitar. La necesidad de una atención continuada con la presencia de profesionales debidamente capacitados a lo largo del embarazo, durante el parto y el posparto; el acceso a los servicios de salud y a una nutrición adecuada; la disponibilidad de servicios básicos, como el agua y el saneamiento; la práctica de hábitos saludables y el control de las enfermedades, disminuyen sin lugar a dudas el riesgo de una muerte materna.²⁰

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.

Después de la iniciativa para una maternidad sin riesgo, que se introdujo en Nairobi en 1987, la Organización Panamericana de la Salud lanzó el Plan de Acción Regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas, que se aprobó en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana del año 1990. El objetivo principal de este plan fue reducir las tasas de mortalidad materna en un 50 % o más para el año 2000, mediante el mejoramiento de la atención de la salud reproductiva. También requirió el compromiso político explícito de los sectores social y económico para crear legislación, ejecutar políticas y emprender programas de acción. El alcance del plan fue demasiado amplio y por consiguiente demasiado difícil de realizar en los países. No se insistió en las intervenciones más eficaces que abarcarían casi el 80 % de las causas principales de defunciones maternas durante el parto y el posparto.

Los recursos se concentraron en la atención prenatal; sin embargo, está demostrado que la atención prenatal, por sí sola, no es suficiente para reducir la mortalidad materna, porque no siempre pueden predecirse ciertas complicaciones durante el parto y el puerperio, tales como la atonía

uterina, que es la incapacidad del útero para contraerse adecuadamente después del parto o la retención de la placenta.

A partir de este plan, se inician diferentes acciones para la región de las Américas a través de la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).

Una de las estrategias propuestas consiste en la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema a través de la promoción de la vigilancia y del análisis de la morbilidad materna extrema a nivel institucional y poblacional, como un complemento adicional a la vigilancia de la mortalidad materna.²¹

Nuevos estudios sugieren que se están registrando algunos progresos en la reducción de la mortalidad materna, pero a escala global, y en la mayoría de los países los progresos no son suficientes para el logro del ODM. Estudios consultados muestran que desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna, y en otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Sin embargo, entre 1990 y 2008 la razón de mortalidad materna mundial solo ha disminuido en 2,3 % al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5 % anual necesario para alcanzar el ODM.

Cumplir el objetivo 5 de desarrollo del milenio constituirá un enorme desafío; pero es posible acelerar el progreso y lograr mejoras importantes en materia de salud y supervivencia de las madres y de los recién nacidos, reuniendo un conjunto de intervenciones de eficacia comprobada mediante un esquema de prestación continua de los servicios de salud que cuente con el respaldo de un entorno propicio para la realización de los derechos de las mujeres y los niños.

Todo esto se resume en una serie de medidas prácticas que permitirán afianzar los sistemas de salud en apoyo a la prestación continua de servicios. Una de estas medidas está encaminada a mejorar la calidad de la

atención materna y neonatal, que toma en consideración los derechos y la satisfacción de los pacientes, las normas, la equidad en la prestación de los servicios y las responsabilidades y derechos de las instituciones médicas y de los trabajadores del sector de la salud.

Una atención de buena calidad proporciona un mínimo nivel de cuidados a todas las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, al tiempo que brinda atención médica de urgencia y servicios más especializados a quienes lo requieren.

El propósito de esta atención debe ser lograr los mejores resultados médicos posibles, satisfacer a los pacientes y a las familias.²²

Las muertes maternas ocurren en su mayor parte entre el tercer trimestre y la primera semana después del nacimiento (a excepción de las muertes por complicaciones derivadas de la práctica de abortos). Los estudios revelan que el riesgo de mortalidad de las madres es particularmente alto durante los dos primeros días después del alumbramiento. Las causas médicas de las defunciones maternas son similares en todo el mundo. Dentro de las más frecuentes se citan las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), que es imprevisible, de aparición repentina y más peligrosa cuando una mujer es anémica, las infecciones (generalmente tras el parto), que suelen ser consecuencia de una mala higiene durante el parto o de una enfermedad de transmisión sexual no tratada, la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), los partos prolongados y las complicaciones de un aborto en condiciones de peligro.

Es necesario entender que durante el embarazo, el proceso salud-enfermedad está representado por una secuencia de eventos entre los extremos de salud y muerte.

Dentro de esta secuencia un embarazo puede ser considerado como no complicado, complicado (morbilidad), severamente complicado (morbilidad severa) o como con una complicación que amenaza la vida de la gestante

(morbilidad materna extrema). En esta última condición las mujeres se pueden recuperar, presentar incapacidad temporal o permanente o morir.²³

La literatura ofrece diferentes términos utilizados para nominar la morbilidad materna extrema: Stones, en 1991, fue el primero en usar el término de «morbilidad materna extrema» para definir una reducida categoría de morbilidad que abarca aquellos casos en los cuales se presentan episodios que potencialmente amenazan la vida de la gestante, y en proponer su estudio para la evaluación de la calidad de cuidado obstétrico a nivel hospitalario o a nivel poblacional en áreas de baja mortalidad materna del Reino Unido.²⁴

En el año 1998, la denominación near miss, asignada por autores angloparlantes a las sobrevivientes de patologías obstétricas, significa algo así como cercanía a la fatalidad. En Benin es definida 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 oeste de África la definen para "aquella embarazada en quien su sobrevivencia es amenazada y quien sobrevive por azar o por el cuidado que ella recibe". También fue definida como "una disfunción aguda de un órgano o sistema, la cual si no es tratada apropiadamente puede causar una muerte", y en países desarrollados "aquellas gestantes que por alguna condición ingresan a un servicio de cuidados intensivos".²⁵

Estudios realizados en el 2000 definen la morbilidad obstétrica severa 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 si esta no recibe una intervención médica adecuada. En el 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.²⁶

En general las definiciones utilizadas dependerán de las características de la atención, las cuales pueden variar de una región a otra, según su nivel de desarrollo. Lo importante es que la definición utilizada sea apropiada a las circunstancias locales, de tal manera que permita implementar acciones orientadas a mejorar el cuidado materno acorde con sus posibilidades.

Cuba se adhiere a la definición de morbilidad materna extremadamente grave o severa (MMEG), utilizada por la FLASOG, en la reunión de Santa Cruz de la Sierra, realizada en abril de 2007, donde 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".²⁷

En el período de 2007 a 2008 se realizó una investigación en instituciones seleccionadas de América Latina, que contribuyó a elevar el nivel de conocimientos sobre la vigilancia de la morbilidad materna y permitió hacer comparaciones entre países e instituciones al contar con los mismos criterios para la definición de caso.

Cuba fue uno de los países seleccionados para este estudio. Las instituciones participantes fueron: Los hospitales "Eusebio Hernández" y "América Arias", en La Habana, el hospital "Ana Betancourt" (Camagüey) y el hospital "Tamara Bunke" (Santiago de Cuba). Los resultados mostraron que las principales causas de morbilidad materna grave fueron la hemorragia posparto (33 %), los trastornos hipertensivos (27,8 %) el aborto (22,6 %) la hemorragia del 2do. y 3er. Trimestres (10,4 %), sepsis de origen obstétrico (2,6 %), la sepsis de origen no obstétrico (1,7 %) y otras (1,7 %).

Para la identificación de estos casos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió tres categorías, de acuerdo con los criterios usados para clasificar a los pacientes, que pueden estar relacionados, en un primer grupo, con signos y síntomas de enfermedad específica: eclampsia, choque séptico

y choque hipovolémico; un segundo grupo relacionados con falla o disfunción orgánica: disfunción cardíaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral respiratoria o decoagulación y un tercer grupo relacionados con el manejo realizado a la paciente: ingreso a unidad de cuidados intensivos (excepto para estabilización hemodinámica electiva), cualquier intervención quirúrgica de emergencia en el posparto, poscesárea, o posaborto, transfusión de tres o más unidades de sangre o plasma relacionadas con evento agudo.²⁸

La prevalencia de pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema se estima que varía entre 0,04 y 10,61 por ciento. No obstante, la prevalencia real de pacientes es difícil de determinar, pues esta varía en dependencia de los criterios que hayan sido usados para la definición de caso y de las características de las poblaciones estudiadas.

La experiencia alrededor del tema es muy poca y los resultados no son comparables por la ausencia de estandarización e identificación de casos. La admisión en unidades de cuidados intensivos es el criterio más comúnmente usado en los países desarrollados como estándar para la identificación de estos casos y este varía de región a región en dependencia de los protocolos de manejo que hayan sido utilizados y de la oferta del servicio.^{2,3,5}

Un ejemplo de esta afirmación lo da Say en una revisión sobre estudios de madres que fueron admitidas en unidades de cuidados intensivos, donde la prevalencia osciló entre 0,80 y 8,23 % entre aquellas cuyo criterio estaba relacionado con una enfermedad específica.^{8,10-12} Por otra parte, encontró que si el criterio estaba relacionado con una falla orgánica su prevalencia estaba entre 0,38 y 1,09 %¹³⁻¹⁶ y, por último, si el criterio estaba relacionado con el manejo médico, la prevalencia fue entre 0,01 y 2,99 %.¹⁸²⁹

Las principales causas de morbilidad materna extrema o severa descritas a nivel mundial están relacionadas con complicaciones obstétricas, tales como las hemorragias posparto, el embarazo ectópico, el embolismo de líquido amniótico, la eclampsia, la sepsis, el tromboembolismo pulmonar, la rotura uterina, el síndrome de Hellp y la coagulación intravascular diseminada, las cuales tienen relación con el manejo obstétrico de estas pacientes, fundamentalmente en el momento del trabajo de parto y el parto.³⁰

En Canadá las causas que producen morbilidad materna severa son el tromboembolismo venoso, la rotura uterina, el edema pulmonar, el infarto del miocardio, la hemorragia posparto que requiere histerectomía o transfusiones o ventilación asistida y problemas anestésicos acompañados de desórdenes cerebrovasculares. Si la morbilidad materna extrema se acompaña de patología preexistente es casi seis veces mayor que en los casos de que no existe patología previa.

Otra publicación del año 2005 en Canadá, tras 15 años de estudio (1988-2002), identificó algunos marcadores de morbilidad materna severa, como las transfusiones de sangre de cinco unidades o más, histerectomía de urgencia, ruptura uterina, eclampsia y admisión en unidades de cuidado intensivo. Hubo una asociación estadísticamente significativa entre la multiparidad ≥ 1 y la histerectomía de emergencia y la ruptura uterina entre la edad > 35 años, y la histerectomía de emergencia, la admisión en unidades de cuidado intensivo (UCI) y la ruptura uterina, y entre cesárea y transfusión de sangre > 5 unidades, la histerectomía de emergencia, la ruptura uterina, la eclampsia y la admisión en unidades de cuidado intensivo. Las complicaciones obstétricas contribuyentes principales fueron la hemorragia (64,7 %) y las complicaciones de desórdenes hipertensivos (16,8 %).

En América Latina la información localizada en la Base de Datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) por lo general se refiere a la mortalidad materna. La referida a morbilidad materna extrema es escasa, aun con la diversidad de criterios existentes para su definición. Se reporta una experiencia llevada a efecto por la Universidad de Sao Paulo (Brasil), en la cual se incluyeron todas las mujeres que fueron admitidas en la UCI durante el embarazo, el parto y el puerperio en el Estado de Brasilia en el año 2002. Las causas más frecuentes de morbilidad materna severa, según los criterios de near miss, fueron la infección, la preeclampsia y la hemorragia. Según el análisis de regresión logística resultaron con significación estadística las variables admisión para la UCI por infección y hemorragia severa, preeclampsia severa con hemorragia severa e histerectomía de emergencia con hemorragia severa.³¹

En una clínica en Cali, Colombia, se realizó un estudio para caracterizar las pacientes con morbilidad materna extrema (32 casos), cuyas patologías fueron: preeclampsia severa (24), hemorragia severa (11), síndrome Hellp (10), requerimiento de histerectomía (6), eclampsia (1), ruptura uterina (1), sepsis (1), edema pulmonar (1) y ruptura hepática (1). El 96,8 % de las pacientes no tenía antecedentes de riesgo.³²

En México se recolectó información de 832 muertes maternas (29 por 100 000 nacidos vivos) y se obtuvo como resultado que las principales causas de morbilidad y letalidad fueron por diagnóstico de preeclampsia leve y severa, eclampsia, placenta previa, hemorragia posparto, corioamnionitis y sepsis puerperal.³³

En Cuba se reportan muy pocos estudios que aborden este tema. Se recoge la experiencia de 12 años de trabajo (1987-1999) en la atención de adolescentes críticamente enfermas en UCI, realizada por el Instituto Superior de Medicina Militar "Luis Díaz Soto", de La Habana (Cuba). El

23,07 % (52) de las pacientes ingresadas en cuidados intensivos eran adolescentes. Su diagnóstico al ingreso, por orden de frecuencia, fue: sepsis puerperal postcesárea (33,3 %), hemorragia (33,3 %), sepsis puerperal (16,6 %), sepsis posaborto (8,3 %) y eclampsia convulsiva (8,3 %).³⁴

En Santiago de Cuba fue realizado un estudio para analizar el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad en las maternas críticas durante el período de 2004 al 2008. Basado en los criterios de inclusión que definen los tres grupos se diagnosticaron 206 casos de maternas críticas a partir del ingreso en la unidad de cuidados intensivos, procedentes de los servicios de obstetricia, Cuerpo de Guardia y aborto, cuidados perinatales y la Unidad Obstétrica. Las principales causas de ingresos fueron: enfermedad hipertensiva (21,8 %), cardiopatía (19,0 %) y hemorragias masivas (17,5 %).³⁵

Otro trabajo de Cuba identificado durante el proceso de revisión de la literatura sobre el tema fue el realizado en el Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales", de Santa Clara, en el período de enero de 2007 a diciembre de 2008, en el cual se estudiaron los principales factores relacionados con la morbilidad obstétrica grave. Presentaron morbilidad obstétrica grave 93 pacientes. Las principales causas estuvieron relacionadas con la hemorragia con 39,8 % y la preeclampsia con 37,6 %; la sepsis solo apareció relacionada en 4,3 %.²⁴

Un estudio más reciente se realizó en tres hospitales de Santiago de Cuba durante el primer semestre del año 2009, en el que fueron reportadas 17 pacientes como maternas extremadamente grave. Las principales causas fueron la atonía uterina (23,5 %), eclampsia puerperal, embarazo ectópico y la placenta previa oclusiva (11,8 % respectivamente).

Aunque el embarazo y el parto son procesos considerados fisiológicos, en ocasiones se presentan complicaciones que pueden, incluso, comprometer

la sobrevivencia, tanto de la madre como del hijo. La interpretación de estos procesos sigue siendo un objetivo importante para todo médico que brinda atención a una grávida, pues sin los conocimientos que emanan de dicha interpretación es difícil o imposible comprender los procesos patológicos que pueden amenazar a la mujer durante el embarazo, parto y el puerperio, con sus patologías intercurrentes y sus complicaciones.

No resulta fácil predecir cuál embarazo puede complicarse. Hay grupos de mujeres que presentan un alto riesgo de desarrollar complicaciones serias durante el embarazo, el parto o el puerperio. El problema es que, aun en los grupos de alto riesgo, la mayoría de las mujeres paren sin complicaciones de importancia; y, por otra parte, en los grupos considerados de bajo riesgo, algunas mujeres desarrollan complicaciones serias.

Existe una secuencia entre los extremos de salud y muerte durante el embarazo. Aquellas pacientes sanas o con ausencia de algún factor de riesgo deben llegar felizmente al término de su embarazo, con un parto y un puerperio sin complicaciones. Sin embargo, aquellas que presenten alguna afección que con comite con la gestación tienen un factor elevado para que ocurra un evento principalmente de tipo grave que puede incluso alcanzar algún peligro para la vida de la gestante, algunas se recuperan, otras fallecen, lo que constituye un problema de salud, de consecuencias negativas.

Son múltiples los factores de riesgos relacionados con la morbilidad materna y que son importantes de destacar. Entre los más frecuentes y conocidos aparecen la edad, las múltiparas, la anemia, los antecedentes de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, el trabajo de parto prolongado y la cesárea.

El embarazo en edades extremas de la vida es un riesgo innegable, pues no dejen de existir situaciones y problemas que ponen en peligro la vida de

la madre y el feto. Sean menores de 19 o mayores de 35 años, se trata de una paciente de alto riesgo obstétrico y clasifican como grupo de riesgo en la edad extrema de la vida.³⁶

La adolescencia acarrea importantes riesgos para el embarazo y el parto. Alrededor de 15 millones de niños nacen cada año en el mundo de madres con edades entre 15 a 19 años. La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad. La joven madre tiene mayor riesgo de presentar parto obstruido, parto prolongado, preeclampsia y eclampsia, anemia y malnutrición en el momento de la concepción y se acompañan con frecuencia de un retardo en el crecimiento intrauterino. Tienen además el doble de probabilidad de morir en relación con el parto, riesgo que aumenta en cinco veces por debajo de los 15 años de edad, además de exponer a su descendencia a un alto riesgo de morir. Los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen 1½ más riesgo de morir antes de su primer año de vida que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años.

Aunque las consecuencias físicas y sobre la salud en general de la adolescente y sobre su niño son universalmente reconocidas como problemáticas, nadie discute que el mayor o menor daño estaría en relación directa con las particularidades culturales, sociales, económicas y de atención médica de un sitio determinado.

El retraso de la maternidad se ha convertido en un fenómeno común en el mundo desarrollado, como resultado de factores sociales, educativos y económicos.

Por otra parte, si tenemos en cuenta los factores de riesgos que pueden estar presentes en la mujer durante su etapa fértil, las posibilidades de que una mujer quede embarazada disminuyen, a medida que avanza la edad.³⁷

El incremento actual del embarazo en edad avanzada conlleva un mayor riesgo para la mujer durante la gestación provocado, entre otros factores,

por una incidencia superior de enfermedades crónicas preexistentes, a lo que se añaden los cambios fisiológicos propios del embarazo en todos los sistemas del organismo que ponen a prueba sus reservas corporales y que empeoran el pronóstico y los resultados de la gestación. En la literatura se reporta con frecuencia la morbilidad obstétrica y perinatal que se presenta en pacientes con hipertensión crónica leve y que guarda relación fundamentalmente con la inserción de una preeclampsia. Por otra parte, la obesidad que se observa con mayor frecuencia en esta edad extrema para el embarazo, también se relaciona con un incremento en las complicaciones durante el embarazo, particularmente con desórdenes hipertensivos y con la diabetes mellitus pregestacional o gestacional. Otro de los factores de riesgos conocidos para la morbilidad materna es la cesárea, cuyo aumento ha sido notable en los últimos tiempos. Se considera la intervención quirúrgica más frecuente en el mundo actual, con grandes riesgos para la salud de la madre y del niño y grandes costos a los sistemas nacionales de salud, en relación con el parto normal. En Cuba, alrededor del 40 % de los nacimientos se producen por parto transabdominal. Múltiples causas han contribuido a que la tasa haya aumentado el doble en los últimos quince años. La indicación de la cesárea lleva aparejada un aumento de riesgo de infecciones más frecuentes y graves, como resultado de la agresión que se le hace al organismo materno por causa externa como consecuencia de una mayor manipulación intrauterina, presencia de necrosis, hematomas y material de sutura.

No caben dudas de que este proceder trae aparejado un incremento de la morbimortalidad materna, pero indicada de forma correcta y oportuna, puede disminuir las complicaciones que se derivan de esto.

La morbilidad y la mortalidad materna de causa obstétrica se consideran potencialmente previsibles. La calidad de la atención a la

materna extremadamente grave es responsabilidad de todos. En Cuba, la atención primaria de salud cuenta con un programa materno infantil y de atención integral a la mujer que brinda la posibilidad de desarrollar acciones específicas encaminadas a prevenir y/o diagnosticar precozmente muchas complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio.

La vigilancia prenatal óptima se inicia a partir de una captación precoz del embarazo, con el objetivo de modificar los factores de riesgo susceptibles de ser modificables.³⁸

A juicio de los autores es necesario suministrar a toda gestante una atención preventiva y continua a su salud e incrementar la capacidad de autocuidado para mejorar su propia imagen antes, durante y después del embarazo. La atención prenatal reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

El nivel secundario de atención cuenta con protocolos bien establecidos para la atención del embarazo, el parto y el puerperio, pero aún su cumplimiento es una de las problemáticas relacionadas con la calidad en la atención obstétrica. Fortalecer los sistemas de vigilancia de la salud materna, la actualización y la capacitación continua del personal vinculado a la atención materna, la auditoría médica de los servicios obstétricos y los comités de análisis de la morbilidad materna extremadamente grave, en cada institución, permite analizar los casos obstétricos complicados para encontrar los factores relacionados y buscar soluciones que minimicen el riesgo y lleven a una mejor atención de estas pacientes.

Perfeccionar los servicios que salvan vidas, brindar una atención integral, oportuna y de calidad a la gestante y al recién nacido, se hace imprescindible. Establecer una línea de acción para fortalecer los sistemas de vigilancia de la salud materna e implementar la vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave, logrará reducir en alguna medida la morbilidad y la mortalidad materna. Es necesario trabajar unidos

para incrementar los esfuerzos y los recursos. El camino a recorrer es difícil, pero aún queda tiempo.

Aunque el embarazo y el parto son procesos considerados fisiológicos, en ocasiones se presentan complicaciones que pueden incluso, comprometer la vida. La interpretación de estos procesos sigue siendo un objetivo importante para todo personal de salud que brinda atención a una paciente obstétrica, pues sin los conocimientos que emanan de dicha interpretación es difícil o imposible comprender los procesos patológicos que pueden amenazar a la mujer durante el embarazo, parto y el puerperio, con sus patologías intercurrentes y sus complicaciones, por lo que perfeccionar los servicios que salvan vidas, brindar una atención integral, oportuna y de calidad a la gestante, se hace imprescindible.

M A T E R I A L E S Y M É T O D O S

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo con el objetivo de describir el comportamiento de la morbilidad de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente del municipio de Morón, en el período comprendido entre septiembre de 2018 a septiembre de 2022.

Para el desarrollo de la investigación primeramente se realizó la revisión exhaustiva de la bibliografía actualizada sobre el tema para la elaboración del marco teórico, posteriormente se coordinó con los jefes del servicio de Ginecología y Obstetricia y estadística para que se facilitara la revisión de las historias clínicas para extraer la información requerida para el estudio.

Se recolectaron los datos a través de una Planilla de Recolección de la Información diseñada por los autores, validada por especialistas sobre las diversas variables tanto cualitativa como cuantitativa que se desean obtener y que estén relacionadas con los objetivos trazados en la investigación.

Se procedió con el ingreso de datos al programa para el análisis de los resultados para con posterioridad elaborar el informe de investigación.

Universo de estudio: El universo estuvo constituido por 183

pacientes maternas graves atendidas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General del municipio de Morón, utilizando para su selección el muestreo no probabilístico de tipo intencional. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

1-Todas las pacientes maternas graves atendidas en la Unidad de Cuidados Intensivos del municipio de Morón por más de 24 horas durante el período de estudio.

Criterios de exclusión:

1-Pacientes maternas graves que fueron trasladadas a otro centro hospitalario.

Principales Dimensiones e Indicadores utilizadas en el estudio.

1-Grupo de Edades: Es el tiempo en años al momento del diagnóstico.(Cuantitativa continua)

Categoría de clasificación:

1.1- Menor de 20 años

1.2- Entre 20 y 24 años

1.3- Entre 25 y 29 años

1.4- Entre 30 y 34 años

1.5- 35 años o más

2-Municipio de procedencia: Lugar donde reside la paciente al momento del diagnóstico. (Cualitativa nominal politémica)

Categoría de clasificación:

2.1- Morón

2.2- Primero de enero

2.3- Chambas

2.4- Ciro Redondo

2.5- Bolivia

2.6- Florencia

2.7- Ciego de Ávila

2.8- Baraguá

2.9- Majagua

2.10- Venezuela

3- Estado obstétrico: Momento en cual ocurre el ingreso de la paciente.

Categoría de clasificación: (Cualitativa ordinal dicotómica)

3.1- Embarazo

3.2- Puerperio

4- Paridad: La paridad de una mujer es la denominación que se utiliza para diferenciar a la mujer que ha tenido partos a la que nunca ha parido. (Cualitativa nominal dicotómica)

Categoría de clasificación:

4.1- Nulípara

4.2- Multípara

5- Edad gestacional: Es el tiempo de un embarazo, que puede ser informado en meses lunares o como más comúnmente se utiliza, en semanas cronológicas.

Categoría de clasificación: (Cuantitativa continua)

5.1- Menos de 34 semanas.

5.2- Entre 34 y 36,6 semanas.

5.3- 37 semanas o más.

6- Tipo de parto: Se refiere al modo en que ocurre el parto de determinada paciente. (Cualitativa ordinal politómica)

Categoría de clasificación:

6.1- Parto eutócico de inicio espontáneo.

6.2- Parto eutócico de forma inducida.

6.3- Parto distócico por cesárea de inicio espontáneo.

6.4- Parto distócico por cesárea de inicio inducido.

6.5 -Parto distócico por cesárea por indicación médica.

6.6 -Parto distócico por fórceps o espátulas.

7 -Diagnóstico al ingreso: Se refiere al diagnóstico por el cual la paciente ha sido trasladada a UCI. (Cualitativa nominal politómica)

Categoría de clasificación:

7.1 - Diagnóstico Obstétrico.

7.1.1 - Preeclampsia/Eclampsia

7.1.2 - Hemorragia

7.1.3 - Embolismo de líquido amniótico

7.1.4 - Sepsis

7.1.5 - Enfermedad tromboembólica

7.1.6 - Otras causas

7.2 - Diagnóstico No obstétrico

7.2.1 -Crisis aguda de asma bronquial

7.2.2 -COVID 19

7.2.3 -Neumonías

7.2.4 -Tromboembolismo pulmonar

7.2.5 -Cardiopatías

7.2.6 -Otras causas

8 -Complicaciones maternas: Se refiere a las complicaciones que pueden sobrevenir en las pacientes y en su evolución posterior, se incluye la necesidad de ser transfundida que constituye uno de los criterios de la morbilidad extremadamente grave. (Cualitativa nominal politómica)

Categoría de clasificación:

8.1 -Necesidad de hemoterapia

8.2 -Grado de mutilación

8.2.1 -Histerectomía total con doble anexectomía

8.2.2 -Histerectomía total sin anexectomía

8.2.3-Histerectomía subtotal

8.2.4-Histerectomía total con doble anexectomía y ligadura de las hipogástricas

8.2.5-Ligadura de las hipogástricas con conservación del útero

8.2.6-Sin mutilación

8.3-Anemia post parto.

8.4-Reintervención quirúrgica.

8.5-Muerte materna.

8.6-Secuelas.

8.7-Otras complicaciones

9-Necesidad de ventilación mecánica artificial: Se refiere a la necesidad de utilizar el equipo de ventilación artificial. . (Cualitativa dicotómica)

Categoría de clasificación:

9.1- Sí

9.2- No

10-Terapia farmacológica utilizada: se refiere al uso de antimicrobianos utilizados. (Cualitativa nominal politómica)

Categoría de clasificación:

10.1- Ceftriaxone

10.2- Cefotaxima

10.3- Amikacina

10.4- Metronidazol

10.5- Meropenem

10.6- Clindamicina

10.7- Vancomicina

10.8- Ciprofloxacino

10.9- Cefepime

10.10- Otros

11 -Estadía en Unidad de Cuidados Intensivos: Se refiere al tiempo de ingreso en la sala. (Cuantitativa discreta)

Categoría de clasificación:

11.1- De 24 a 48 horas

11.2- De 49 a 72 horas

11.3- De 73 horas a 5 días

11.4- Más de 5 días

12-Estado del neonato: Es la calidad de vida con que nace un feto, esto es evaluado mediante el uso del Test de Virginia Apgar, utilizado a través de los años de forma mundial para la evaluación integral de un recién nacido al primer y quinto minuto de vida; así como el test de Silverman a lo diez minutos. (Cualitativa ordinal politómica)

Categoría de clasificación:

12.1-Buena condición.

12.2-Severamente deprimido.

12.3-Fallecido.

Métodos e instrumentos de recolección de los datos.

Métodos teóricos:

Histórico-lógico: permitió estudiar el surgimiento del fenómeno de estudio desde su surgimiento en la ciencia hasta la actualidad.

Análisis-síntesis: se empleó en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo, de analizar minuciosamente y extraer de forma sintética los postulados teóricos necesarios para la solución del problema científico.

Métodos empíricos:

Análisis documental: se revisaron las historias clínicas de las pacientes y el registro de morbilidad materna para describir el estado de las pacientes maternas graves. Las variables de interés fueron recogidas y vaciadas a una Planilla de Recolección de la Información confeccionada al efecto (Anexos 1 y 2).

Técnicas y procedimientos estadísticos.

Los datos recogidos se volcaron en una hoja de cálculo Excel que fue gestionada por todos los autores del estudio. Los casos incluidos en el mismo fueron recogidos de forma consecutiva durante cuatro años.

Se utilizó la estadística descriptiva, los resultados se expresaron en porcentajes y la comunicación de los resultados del estudio se realizó a través de tablas.

Parámetros éticos.

El estudio se clasifica como un estudio sin riesgo por lo que no requiere de consentimiento informado; sin embargo se respetó y cumplió con los principios de la bioética, en los que se asegura la confidencialidad de los resultados. Durante el estudio, no se obtuvo nunca el nombre o ningún dato de identificación que pueda vincular a las pacientes con los datos utilizados de tal forma que la identidad de las pacientes y sus hijos involucrados se mantuvieron anónimos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución según grupo de edades de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente del municipio de Morón, en el período comprendido entre septiembre de 2018 a septiembre de 2022.

Grupo de edades	No.	%
Menor de 20 años	24	13.1
Entre 20 y 24 años	51	27.8
Entre 25 a 29 años	43	23.4
Entre 30 y 34 años	39	21.3
35 años o más	26	14.4
Total	183	100

Fuente: Historia Clínica.

En la tabla 1 se muestra la distribución según grupo de edades de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos, predominando el grupo etáreo entre 20 y 24 años para un 27.8 %, seguido por el grupo etáreo entre 25 a 29 años, para un 23.4 % .

La edad materna es uno de los factores de riesgos identificados que guarda estrecha relación con algunas de las complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo-parto-puerperio, siendo la inmadurez física en la madre joven y el incremento de la probabilidades de incidencias de complicaciones en las pacientes mayores de 35 años de edad. En el estudio realizado la mayoría de las pacientes ingresadas estuvieron dentro del rango de edad reproductiva óptima, lo cual no guarda relación con lo descrito en la literatura a nivel internacional, donde la madre joven tiene riesgo de presentar parto prolongado, preeclampsia y eclampsia, y la madre mayor a 35 años de edad tiene riesgo de diabetes, trastornos hipertensivos asociados al embarazo y sangrado durante el parto. ^{39,40}

Tabla 2. Distribución según municipio de procedencia de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Municipio de procedencia	No.	%
Morón	60	32.7
Primero de enero	25	13.6
Chambas	23	12.5
Ciro Redondo	22	12.1
Bolivia	16	8.7
Florencia	19	10.3
Ciego de Ávila	12	6.5
Baraguá	1	0.9
Majagua	3	1.6
Venezuela	2	1.1

Total	183	100
--------------	------------	------------

Fuente: Historia Clínica

Los municipios que con mayor frecuencia aportaron pacientes maternas graves que fueron atendidas en la Unidad de Cuidados Intensivos (tabla 2) fueron Morón 60 para un 32.7 % , Primero de enero 25 para un 13.6 % y Chambas 23 para un 12.5 % .

Al estudiar los diferentes factores de riesgo para la aparición de complicaciones en el embarazo y puerperio, el nivel sociocultural y económico juega un rol importante, a pesar de ello según los resultados obtenidos la mayor frecuencia fue aportada por un área urbana, pero al revisar exhaustivamente nos percatamos que a pesar de ser de áreas urbanas, su situación económica, social y cultural, con bajo nivel escolar tanto de la paciente como de la familia, jugaba un papel importante. En esta investigación al sumar de forma general y a pesar de que la mayor incidencia fue del municipio Morón, las zonas rurales aportaron mayor número de pacientes. Esta investigación se asemeja con otras realizadas en Lima, Perú y Colombia donde se estudiaron los factores socioeconómicos de las embarazadas, según la clasificación de Amat y León.^{32,41}

Tabla 3. Distribución según estado obstétrico de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Estado obstétrico	No.	%
Embarazo	72	39.3
Puerperio	111	60.7
Total	183	100

Fuente: Historia Clínica

La tabla 3 hace referencia a la distribución según estado obstétrico de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos predominando el puerperio en 111 paciente para un 60.7 % .

El puerperio es el período de ajuste posterior al parto, durante el cual los cambios anatómicos y funcionales retornan a su estado normal, o sea, no gestacional. Durante esta etapa pueden ocurrir complicaciones que en ocasiones evolucionan hacia un desenlace fatal y originan consecuencias negativas a la población y al país. Numerosas muertes maternas ocurren

dependiendo de estas complicaciones, que en ocasiones serían prevenibles o al establecer diagnóstico temprano con manejo oportuno.

La asistencia del parto en hospitales debe ser segura, garantizando a cada mujer, los beneficios de los avances tecnológicos y científicos, su autonomía, para que determine aquello que es mejor para ella y su hijo. Existe la necesidad de buscar calidad en la asistencia y ofrecer a la población un servicio con menor riesgo y mayor eficacia.⁴²

El manejo ideal para una puérpera sería el alta precoz, o sea, entre 24 y 48 horas posparto y entre 3 y 5 días poscesárea, por lo tanto si la paciente exhibe alguna complicación como las afecciones de la mama o la subinvolución uterina, representaría además de la observación un estudio por complementarios y si la complicación es de mayor envergadura como la mastitis, el absceso mamario, la endometritis, entre otras, además de las consecuencias en la salud de la mujer lleva a una elevación de los costos del sistema de salud.⁴³

Tabla 4. Distribución según paridad de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Paridad	No.	%
Nulípara	116	63.3
Múltipara	67	36.7
Total	183	100

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 4 se muestra la distribución según paridad de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos predominando en 116 pacientes la Nuliparidad para un 63.3% .

Desde el punto de vista obstétrico, los resultados de esta investigación concuerdan con numerosos trabajos anteriores realizados en Cuba, Colombia y Argentina con respecto a la Nuliparidad como factor de riesgo de morbilidad y mortalidad materna .

Según los autores de estas investigaciones la mujer nulípara por no haber sometido previamente el útero a la distensión de un embarazo, tiene durante toda su evolución un mayor tono del miometrio que, por

compresión, disminuye el calibre de las arteriolas espirales y limita la perfusión sanguínea a esta zona. No está claro por qué se aumenta el riesgo de manera significativa. Una teoría postula que estas pacientes han tenido una exposición limitada a los antígenos paternos, los cuales han mostrado tener un papel en la patogénesis de la enfermedad. Un estudio prospectivo llevado a cabo entre 1987 y 2004 con 750.000 pacientes suecas describió riesgo de complicaciones en el primer embarazo de 4.1% , mientras que en los siguientes embarazos el riesgo se redujo a 1.7% . El riesgo precoz (<34 semanas en el momento del parto) también fue tres veces mayor en nulíparas (0.42%) que en multíparas (0.14%).^{28,10,16}

Tabla 5. Distribución según edad gestacional de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Edad gestacional	No.	%
Menos de 34 semanas	49	26.7
Entre 34 y 36,6 semanas	40	24.2
37 semanas o más	94	49.1
Total	183	100

Fuente: Historia Clínica

La distribución según edad gestacional de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos se observa en la tabla 5 predominando en 94 pacientes la edad gestacional entre 37 semanas y más para un 49.1% .

La bibliografía consultada hace poca referencia a este aspecto, no se halla relación entre las semanas de gestación y la morbimortalidad materna, algunos autores hacen referencia a la placenta envejecida como principal factor, elemento con el que no estamos absolutamente de acuerdo los autores de esta investigación. En el estudio predominó la etapa del puerperio, se considera que este elemento si es atribuible a los resultados obtenidos resaltando además que la muestra seleccionada tuvo un carácter intencional y no fue homogénea. ³⁰

Tabla 6. Distribución según tipo de parto de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Tipo de parto	No.	%
Parto eutócico de inicio espontáneo	24	21.6
Parto eutócico de forma inducida	8	7.2
Parto distócico por cesárea de inicio	21	18.9

espontáneo		
Parto distócico por cesárea de inicio inducido	16	14.4
Parto distócico por cesárea por indicación médica	40	36.1
Parto distócico por fórceps o espátulas	2	1.8
Total	111	100

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 6 se realiza la distribución según tipo de parto de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos, obteniéndose un resultado de 40 pacientes con parto distócico por cesárea por indicación médica para un 36.1%.

Hoy en día, la cesárea constituye la operación obstétrica más comúnmente efectuada. Es la más antigua y moderna de las operaciones y ha llegado a un grado de perfeccionamiento que motiva una confiabilidad excesiva y un uso irracional. El aumento del indicador de cesáreas es un problema a escala mundial y genera un aumento en la morbilidad y mortalidad maternas. La tradición médica occidental nace por cesárea y la evolución histórica de la operación cesárea ha cambiado sus indicaciones y esta transformación ha involucrado tanto al binomio madre-hijo como a la familia, a la profesión médica, y en opinión de los autores a las instituciones y a los sistemas de salud con la esperada repercusión social.

En los últimos años en Cuba más del 40% de las mujeres que dan a luz lo hacen mediante cesárea. En estudios realizados en las provincias de Camagüey, Villa Clara y Guantánamo sobre la calidad de la atención a la MMEG se pudo determinar que dentro de los elementos que la influyen, se evalúan como los más relevantes, los relacionados con los protocolos de actuación médica y con la operación cesárea.^{36,39,40}

Tabla 7. Distribución según diagnóstico al ingreso de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Diagnóstico al ingreso	No.	%
Preeclampsia/Eclampsia	55	30.0
Hemorragias	32	17.4
Embolismo de líquido amniótico	0	0

Sepsis	16	9.7
Enfermedad tromboembólica	8	4.3
Otras causas	1	0.1
Crisis aguda de asma bronquial	3	1.6
COVID 19	34	18.5
Neumonías	9	4.9
Tromboembolismo pulmonar	0	0
Cardiopatías	4	2.1
Otras causas	21	11.4
Total	183	100

Fuente: Registro de Morbilidad

La distribución según diagnóstico al ingreso de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos se muestra en la tabla 7 predominando la Preeclampsia/Eclampsia en 55 pacientes para un 30 % seguido de 34 pacientes con COVID 19 para un 18.5 % .

Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con varios estudios realizados en Cuba y otros países del orbe donde las enfermedades relacionadas directamente con los embarazos más comunes fueron la preeclampsia-eclampsia, el posoperatorio por endometritis y por atonía uterina. Estas se reconocen como las entidades que más frecuentemente llevan al ingreso de las pacientes maternas en la UCI; se ha señalado que hasta un 60 % se deben a preeclampsia-eclampsia y sus complicaciones.
15, 22

Los criterios de ingreso obstétricos en unidades especializadas de cuidados críticos varían según la prevalencia de determinadas enfermedades, áreas geográficas, definiciones operativas de morbilidad, criterios de ingreso, y protocolos de tratamiento, desarrollo socioeconómico, accesibilidad a los servicios de salud, entre otros aspectos relevantes, aunque se estima una utilización de cuidados intensivos obstétricos entre el 1-3 % de los partos,

especialmente por choque hemorrágico, el embarazo ectópico, el embolismo de líquido amniótico, los trastornos hipertensivos del embarazo, la sepsis, el tromboembolismo venoso y pulmonar, la rotura uterina, el síndrome de HELLP y la coagulación intravascular diseminada, todas ellas pueden llevar al síndrome de disfunción múltiple de órganos con una elevada mortalidad.^{19,23}

Estudios realizados en Cuba conducen a reconocer que los principales diagnósticos son la sepsis puerperal, la hemorragia sobre todo por la atonía uterina, la preeclampsia-eclampsia, el embarazo ectópico, la neumonía, y cardiopatías agudizadas.^{28,33}

La preeclampsia eclampsia es una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad perinatal. Ha meritado, además, numerosos estudios en el mundo por su alta incidencia y complicaciones para el binomio materno infantil. García Mirás y otros señalan que en Cuba se ha encontrado una incidencia entre 5 y 10 % y constituye una de las primeras causas de morbilidad materna y perinatal por lo que la incidencia encontrada por los autores es muy superior a la media nacional. Esto denota un serio problema de salud en el territorio.⁴⁴

La preeclampsia es un desorden multisistémico del embarazo y puerperio con una incidencia aproximada entre el 6 % y 8 % del total de los embarazos y forma parte de la morbilidad materna extrema, la cual se define como una complicación obstétrica severa que amerita intervención médica urgente, para prevenir la muerte materna. Los trastornos hipertensivos del embarazo es uno de los elementos que conforman la devastadora triada junto con la hemorragia y la infección responsable de gran parte de mortalidad materna a nivel mundial.

La eclampsia se define como la presencia de convulsiones en gestantes con hipertensión en el embarazo con o sin proteinuria, en ausencia de otras causas conocidas de convulsiones. Sin embargo, en el 16 % de los

casos la hipertensión puede estar ausente. El diagnóstico de eclampsia no es dependiente de cualquier signo clínico o hallazgo neurológico. La eclampsia es la manifestación más severa de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo con una incidencia entre 0,5 y 2 por 1 000 partos, siendo en los países en vías de desarrollo mucho más elevada llegando hasta el 15 % .^{45,46}

La mortalidad materna constituye un problema de salud pública a nivel mundial, y es considerada un importante indicador de desarrollo social al evaluar la calidad del control prenatal, atención del parto y acceso a centros de salud, se estima que cada año ocurren aproximadamente 600 000 muertes maternas en el mundo entero. La hipertensión inducida por el embarazo es la principal causa de muerte materna en los países en vías de desarrollo; siendo responsable de 63 000 muertes anuales a nivel mundial. La mortalidad materna por eclampsia fluctúa entre 0 % y 13,2 % y constituye un factor de riesgo que incrementa hasta en un 10 % las muertes maternas en los países desarrollados.

Al comparar la tasa de letalidad con la de otros países evidenciamos que la preeclampsia, en el Perú, es la segunda causa de muerte materna, representando 17 % a 21 % de muertes maternas, en los países bajos el índice de letalidad es similar a la nuestra representando el 1,3 % de las pacientes eclámpicas y es responsable del 60 % de la mortalidad materna directa, al igual que en Colombia la tasa de mortalidad es de un 2,2 % . En Estados Unidos presentan una mortalidad mucho menor a la evidenciada por nosotros representando el 0,5 % , en contraste con la mortalidad evidenciada en México la cual es de un 14 % ; en 1997 establecieron un protocolo de diagnóstico y tratamiento, llamado TOLUCA: Tratamiento Organizado con Lineamientos Utilizando Criterios Adecuados evaluaron la tasa de mortalidad por preeclampsia antes y después de su implantación evidenciando una reducción de la mortalidad relativa 13,4 % a 4,3 %

demostrando que la aplicación de protocolos es una herramienta fundamental en la disminución de la mortalidad materna.^{41,21,42,27}

La enfermedad conocida como COVID-19 es causada por el virus SARS-CoV-2 y constituye una emergencia de la salud pública a escala global. Desde el informe sobre el primer caso en diciembre de 2019, en Whuan, provincia china de Hubei, la enfermedad se ha expandido rápidamente por el mundo y fue calificada como pandemia en marzo del presente año. El embarazo es un estado fisiológico que predispone a las mujeres a la infección viral. Más allá del impacto de la infección por la COVID-19 en una embarazada, existen preocupaciones relacionadas con el posible efecto sobre el resultado fetal y neonatal; por tanto, las gestantes constituyen un grupo que requiere atención especial en cuanto a prevención, diagnóstico y atención.

A pesar de que existen pocas investigaciones publicadas en relación con la COVID-19 y el embarazo. Los datos clínicos revelan que las características clínicas en las embarazadas no difieren de las adultas no gestantes. Actualmente no existen evidencias suficientes de que las embarazadas sean más susceptibles a la infección por SARS-CoV-2 y que aquellas con la enfermedad sean más propensas a desarrollar neumonía grave. Tampoco hay demostraciones suficientes de transmisión vertical de madre a hijo. Estas pacientes deben ser atendidas por un equipo multidisciplinario, acorde con el protocolo establecido.⁴⁷⁻⁴⁹

Tabla 8. Distribución según complicaciones maternas de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Complicaciones maternas	No.	%
Necesidad de hemoterapia	52	28.4
Grado de mutilación		

Histerectomía total con doble anexectomía	8	4.3
Histerectomía total sin anexectomía	12	6.5
Histerectomía subtotal	6	3.2
Histerectomía total con doble anexectomía y ligadura de las hipogástricas	5	2.7
Ligadura de las hipogástricas con conservación del útero	0	0
Sin mutilación	152	83.0
Anemia post parto	31	16.9
Reintervención quirúrgica	3	1.6
Muerte materna	6	3.2
Secuelas	31	16.9
Otras complicaciones	0	0

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 8 se expone la distribución según complicaciones maternas de las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos predominando en 52 de los casos la necesidad de hemoterapia para un 28.4% , 152 pacientes no requirieron mutilación para un 83% y de las 6 fallecidas 5 fueron con diagnóstico de COVID 19.

Las pacientes obstétricas presentan numerosas complicaciones que ponen en peligro sus vidas, siendo causas de ingresos, así como estas complicaciones aparecen durante su estancia en la UCI. Dentro de las principales complicaciones obstétricas identificadas en la bibliografía están: la necesidad y de hemoterapia y de mutilación, coincidiendo con la muestra objeto de estudio.

La OMS reporta que se mueren aproximadamente en el mundo 1600 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, siendo los

primeros días después del parto el momento en el cual ocurre la mayor proporción de las complicaciones.²⁰

La histerectomía obstétrica es frecuentemente realizada como un proceder de emergencia para salvar la vida de la mujer; esta puede ser efectuada durante el embarazo, el parto o el puerperio. Su indicación obedece a procesos graves que de no solucionarse oportunamente llevarían al traste con la vida de la paciente. Entre sus causas más frecuentes se señala la atonía uterina, la rotura uterina, la hemorragia poscesárea y las infecciones. La frecuencia de realización es muy variable en diferentes contextos.

Este proceder trae aparejado un incremento de la morbimortalidad materna y se observa con cierta frecuencia en pacientes cesareadas previamente; pero indicada de forma correcta y oportuna, y realizada por manos hábiles y expertas, apoyadas en el uso de sangre, hemoderivados y potentes antimicrobianos, se logra disminuir notablemente la mortalidad materna.¹⁶

La mortalidad materna está relacionada de manera directa con la probabilidad de desarrollo de la disfunción/fallo orgánico simple o múltiple dentro de las maternas extremadamente graves, siendo el fallo múltiple de órganos el estadio final de la misma. En la investigación realizada una sola paciente desarrolló fallo múltiple de órganos.¹⁸

Sobre las fallecidas por COVID 19 se cumplieron con los protocolos establecidos para su manejo y se tomó en consideración las recomendaciones ofrecidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) quien alertó de que las mujeres embarazadas tienen un mayor riesgo de presentar formas graves de la COVID-19 y de ser hospitalizadas en cuidados intensivos que las no embarazadas. Además, tienen un mayor riesgo de precisar ventilación mecánica y de sufrir efectos adversos

relacionados con la enfermedad por los cambios cardiovasculares producidos durante el embarazo.⁴⁸

Tabla 9. Distribución según necesidad de ventilación mecánica artificial en las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Necesidad de ventilación mecánica artificial	No.	%
Si	27	14.8
No	156	85.2
Total	183	100

Fuente: Registro de Morbilidad

La tabla 9 muestra la distribución según necesidad de ventilación mecánica artificial en las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos, 156 no requirieron ventilación para un 85.2% .

Con las discusiones colectivas y la intervención multidisciplinaria a las maternas la necesidad de ventilación mecánica artificial ha disminuido, dado que la terapéutica adecuada se hace precoz lo que evita que aparezcan las complicaciones que favorecen la necesidad de dicho proceder.¹⁷

Tabla 10. Distribución según terapia farmacológica utilizada en las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Terapia farmacológica utilizada	No.	%
Ceftriaxone	84	45.9
Cefotaxima	18	9.8
Amikacina	52	28.4
Metronidazol	69	37.7
Meropenem	22	12.0
Clindamicina	11	0.6
Vancomicina	3	1.6
Ciprofloxacino	9	4.9
Cefepime	6	3.2
Otros	39	21.3

Fuente: Historia Clínica

La terapia farmacológica utilizada en las pacientes maternas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos se expone en la tabla 10 siendo el Ceftriaxone utilizado en 84 pacientes para un 45.9% seguido del Metronidazol en 69 pacientes para un 37.7%.

Uno de los grupos de medicamentos más utilizados son los antimicrobianos, los cuales cambiaron el mundo contemporáneo. Enfermedades que antes causaban mortalidad y morbilidad en gran escala fueron puestas bajo control y varias generaciones han crecido sin el temor de una muerte cercana causada por infecciones comunes. Sin embargo, el lustre de la era antimicrobiana pronto comenzó a empañarse en la medida en que primero las bacterias, luego los hongos y posteriormente los virus, comenzaron a desarrollar resistencia a los antimicrobianos.

Tabla 11. Distribución según estadía en unidad de cuidados Intensivos de las pacientes maternas graves.

Estadía en Unidad de Cuidados Intensivos	No.	%
De 24 a 48 horas	55	30.0
De 49 a 72 horas	30	16.3
De 73 horas a 5 días	50	27.3
Más de 5 días	48	26.2
Total	183	100

Fuente: Registro de Morbilidad

Según las guías actuales un índice de calidad en la atención hospitalaria es lograr disminuir la estadía a menos de cinco días y en la tabla número 11 se muestra la distribución según estadía en unidad de cuidados Intensivos de las pacientes maternas graves, donde predominó en 55 pacientes la estadía entre 24 a 48 horas para un 30%, seguida en 50 pacientes por la estadía entre 73 horas a 5 días para un 27.3%.

El tiempo de estadía hospitalaria y, específicamente, el tiempo de estadía en la UCI, está relacionado con el diagnóstico de admisión, la presencia o no de complicaciones y la calidad de atención a la materna extremadamente grave. La totalidad de trabajos revisados hacen referencia a la estadía de los pacientes en unidades de atención a la paciente obstétrica grave, sin relación con los cuidados intensivos. En estos estudios se encuentran promedios de estadías que van desde 3,1 días (con desviación típica de 1,4) hasta 16,7 días (con desviación típica de 2,9).

A pesar de que predominó la estadía más corta aún existe un gran número de pacientes con estadía alrededor de los 5 días por lo que se debe continuar los esfuerzos por aumentar el porcentaje de pacientes con menos de 5 días, indicador de calidad hospitalaria.

El análisis multivariante de las complicaciones maternas tan solo identifica la estancia prolongada en UCI como predictor, si bien esta pudo ser la

consecuencia de la presencia de complicaciones. Sí que parece razonable pensar que estancias medias más prolongadas son sinónimo de peor evolución y mayor tasa de complicaciones, como así se pudo comprobar. Los días de estancia intrahospitalaria media en la Unidad de Cuidados Intensivos fueron de 3.6 días con un límite máximo de 9 días y un mínimo de 1 día.^{32,34}

Tabla 12. Distribución según estado del neonato.

Estado del neonato	No.	%
Buena condición	98	53.5
Severamente deprimido	13	46.5
Fallecido	0	0
Total	111	100

Fuente: Historia Clínica

En relación con el estado del neonato en la tabla 12 se muestra que 98 neonatos presentaron buena condición para un 53.5%, lo cual habla del estado favorable de estos niños al nacer.

En la literatura revisada se plantean resultados muy diversos, pero la mayoría

insiste en el seguimiento periparto adecuado para la obtención de buenos resultados al nacimiento.

Resultados similares al nuestro fueron publicados por la Unicef, OPS y Camagüey.^{19,21,36}

No se presentó en ningún caso asfixia grave y no hubo fallecidos.

CONCLUSIONES

1. En el estudio predominaron las pacientes pertenecientes al grupo etáreo entre 20 y 24 años y fueron los municipios de Morón y Primero de Enero los que con mayor frecuencia aportaron pacientes maternas graves.
2. Fueron las pacientes en la etapa del puerperio, nulíparas y con edad gestacional de 37 o más semanas las que sobresalieron en el estudio.
3. Existió predominio del parto distócico por cesárea por indicación médica, de la Preeclampsia/Eclampsia y el COVID 19 como diagnóstico al ingreso.
4. En el menor por ciento de los casos no fue necesario el uso hemoterapia y no requirieron ventilación mecánica artificial.
5. La terapia farmacológica más utilizada fue el Ceftriaxone y el Metronidazol, la estadía en UCI entre 24 a 48 horas y en los recién nacidos se presentó una buena condición.

RECOMENDACIONES

1. Brindar actualización y capacitación continua del personal vinculado a la atención de la materna extremadamente grave.
2. Desarrollar la auditoría médica de los servicios obstétricos y análisis de la morbilidad materna extremadamente grave en cada institución, lo cual permitirá el análisis de los casos obstétricos complicados para encontrar los factores relacionados y buscar soluciones que minimicen el riesgo y conduzcan a brindar una mejor atención a estas pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Oliveira Neto A, Parpinelli M, Cecatti J, Souza J, Souza M. Factors associated with maternal death in women admitted to an intensive care unit with severe maternal mortality. *Int J Gynecol Obstet* 2009;105:252-256
- 2-Rojas J, Miranda J, Ramos E, Fernández J. Cuidado crítico en la paciente obstétrica. Complicaciones, intervenciones y desenlace materno-fetal. *Clin Invest G in Obstet* 2011;38(2):44-49
- 3-Suarez J, Badariotti G, Lamot S, Kirsznner G, Hernandez M, De Diego B. Características clínicas y evolución de las pacientes obstétricas ingresadas en una unidad de cuidados intensivos. 19º Congreso Argentino de Terapia Intensiva, 2009.
- 4-Vasquez D, Das Neves A, Zakalik G, Intile D, Cicora F et al. Características clínicoobstétricas y evolución de embarazadas o puérperas con enfermedad hipertensiva que requirieron admisión en terapia intensiva en el sector público versus el sector privado de salud (abstract) *Medicina Intensiva* 2011;28(2):83
- 5-Vinzio M, Nieto W, Daldin J, Domeniconi G, Yunk O. Patología obstétrica crítica: descripción de las características en una unidad de cuidados intensivos sanatorial. 22º Congreso Argentino de Terapia Intensiva, 2012.
- 6-Geller SE, Rosenberg D, Cox S, Brown M, Simonson L, Kilpatrick S. A scoring system identified near miss maternal morbidity during pregnancy. *J Clin Epidemiol* 2004; 7: 16-20.
- 7-Caballero A, Hernández A. *Terapia Intensiva TI*. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1998. Pp. 1.

8-Cortes H. Algunos aspectos en el Cuidado Critico de la Paciente Obstétrica. Gineco Obstet Mex 2005; 76 (1): 15 - 29.

9-OMS ¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto? [pagina Web en Internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2010 [citado mayo 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/12/es/index.html>

10-Ministerio de la Protección Social. Capacitación e implementación en la metodología de la vigilancia de la mortalidad materna extrema externa en diez direcciones territoriales de salud. Bogota.gov.co.

11-Rodríguez-Iglesias G, Calzado JD, Riveiro LP: Experiencia de 12 años de trabajo la atención de adolescentes obstétricas críticamente enferma en la unidad de cuidados intensivos. Rev Cubana Obstet Ginecol 1999, 25:141-14

12-Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología Vol. 16, número 4, Octubre-Diciembre 2011. Artículo original 2. JoseD.Jorquin y Col.

13-Sahel A et al. Des catastrophes obstétricales évitées de justesse : les near miss dans les hôpitaux marocains [Obstetric catastrophes barely avoided: near misses in Moroccan hospitals]. Cahiers d'Etudes et de Recherches Francophones / Santé 2001; 11:229-235.

14-Berg C, MacKay A, Qin C, Callaghan W. Overview of maternal morbidity during hospitalization for labor and delivery in the United States. Obstet Gynecol 2009;113(5):1075-1081.

15-Revista Ciencia y tecnología. 5 de enero de 2013. Nuevo programa para reducir más la mortalidad materna.

16-Zakalik R, Fernandez A, Chena F, Marengo J. Complicaciones obstétricas severas que necesitaron cuidados intensivos: experiencia de cuatro años. 14º Congreso Argentino de Terapia Intensiva, 2003.

17-Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Mortalidad materna disminuye demasiado lentamente [Internet] Ginebra:

Organización Mundial de la Salud; octubre 2007 [citado 9 mayo 2021].

Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr56/es/index.html>

18-Zuleta J. La Morbilidad materna extrema: una oportunidad para aprender de experiencias exitosas en el manejo de la complicación obstétrica. Rev Colombiana Obstet Ginecol 2017;58: 180-1.

19-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2009 [Internet]. Nueva York: UNICEF; diciembre de 2018 [citado 9 mayo 2021].

Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-ESP.pdf>

20-Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la salud materna [Internet].2021 [consultado 9 oct 2021]. Disponible en:

http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/es/index.htm

21- Organización panamericana de la salud. Organización mundial de la salud. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna [Internet]. XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana y LIV sesión del Comité Regional. Washington, DC, EUA, 23-27 de septiembre de 2002. Disponible en:

<http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-inf5-s.pdf>

22-Organización Mundial de la Salud. Cuenta regresiva 2015. Informe del Decenio [Internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Diciembre 2010. Disponible en:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB128/B128_35Add1-sp.pdf

23-Sousa HM, Cecatti JG, Hardy EE, SerruyaSJ. Severe maternal morbidity (near miss) as a sentinel event of maternal death. An attempt to use routine data for surveillance. Reproductive Health [Internet].2018 [cited 9 may 2021]; [about 5 p.].

Available from : <http://www.reproductive-health-journal.com/content/5/1/6>

24-Stone W , Lan W , Al-Azawi F, Kelly M . An investigation of maternal morbidity with identification of life threatening "near miss" episodes. *Health Trends*. 1991;23:13-15.

25-Molina VR, García IJ. La morbilidad materna aguda y severa. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2002;62(1):1-3.

26-Waterstone M, Bewley S, Wolfe C: Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *BMJ [Internet]*. 2001 [cited 2022 Aug 12]; 322:[about 5 p.]. Available from : <http://www.bmj.com/content/322/7294/1089.full>

27-Ministerio de la Protección Social de Colombia. Capacitación e implementación en la metodología de la vigilancia de la mortalidad materna extrema externa en diez direcciones territoriales de salud [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia; 2018 [citado 9 mayo 2021]. Disponible en :

[http://www.saludcapital.gov.co/ListasVsp/CapacitacionesTalleres/Taller% 20MMEG % 20oct-07-2008/MME% 20TALLER.ppt](http://www.saludcapital.gov.co/ListasVsp/CapacitacionesTalleres/Taller%20MMEG%20oct-07-2008/MME%20TALLER.ppt)

28-Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Corrales Gutiérrez A, Benavides Casal ME, Tempo Dalberto C. Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]*. 2010 [citado 9 mayo 2021];36(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en : [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_ revista=72&id_seccion=717&id_ejemplar=6371&id_articulo=63467](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=72&id_seccion=717&id_ejemplar=6371&id_articulo=63467)

29-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 [Internet]*. 2019 [cited 2021 may 3];1(1): [about 6 p.].

Available from : <http://www.reproductive-health-journal.com/content>

30-Vázquez Cabrera J. Embarazo, parto y puerperio. Principales complicaciones. La Habana. Editorial Ciencias Médicas [Internet]. 2009 [citado 9 mayo 2021]. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/libros/embarazo_parto_puerperio/indice_p.htm

31-García IA, Alemán Mederos MM. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 [citado 9 mayo 2010];36(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138>

32-Zuleta J. La Morbilidad materna extrema: una oportunidad para aprender de experiencias exitosas en el manejo de la complicación obstétrica. Rev Colombiana Obstet Ginecol 2017; 58: 180-1.

33- Vázquez Cabrera J. Embarazo, parto y puerperio. Principales complicaciones. La Habana. Editorial Ciencias Médicas [Internet]. 2009 [citado 9 mayo 2021]. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/libros/embarazo_parto_puerperio/indice_p.htm

34-Fayad Saeta Y, López Barroso R, San Pedro López MI, Márquez Capote E. Materna crítica durante el período 2004-2008. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2009 [citado 9 mayo 2021];35(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_4_09/gin03409.htm

35-Carbonell IC, López Barroso R, Arias YA, Gómez Padró T, Smith Salazar L, Álvarez Toste M, et al. Caracterización clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave en Santiago de Cuba, 2009. Rev Cubana HigEpidemiol [Internet]. 2009 [citado 9 mayo 2021];47(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol47_3_09/hiesu309.htm

36-Amaro Hernández F, Ramos Pérez MY, Mejías Álvarez NM, Cardoso Núñez O. Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, parto y el puerperio. Archivo Médico de Camagüey. [Internet] 2006 [citado

9 mayo 2021];10(6): [aprox. 6 p.]. Disponible en:
<http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n6-2006/index.htm>

37-Cabezas Cruz E: Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2002 [citado 9 mayo 2021];28(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2002000100001&script=sci_arttext

38-García IA, Alemán Mederos MM. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 [citado 9 mayo 2010];36(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138>

39-Gil González I, Díaz Sánchez Y, Rodríguez López JF, Quincoces Pérez M, Álvarez Toste M. Caracterización clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave en Villa Clara. Rev Cubana HigEpidemiol [en línea]. 2014 [citado 24 Ago 2021]; 52(3):290-300. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubhigepi/chi-2014/chi143b.pdf>

40-Elias Sierra R, Bordelois Abdo MS, Díaz Trujillo E, Estevan Soto JA, González Hechevarría JA. Calidad de la atención a la materna grave en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo. RevInfCient [en línea]. 2018 [citado 24 Ago 2021]; 97(3): 508-517. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revinfcie/ric-2018/ric183a.pdf>

41-Salviz Salhuana M, Cordero Muñoz L, Saona Ugarte P. 2016. Materna grave: Factores de riesgo en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Revista Médica Heredia. 7, N°.1. 24-31 Lima. Disponible en:
<http://www.scielo.org>. [Marzo, 2021].

42-Colectivo de autores. Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la infección puerperal. 1ra. edición. México D.F: Secretaría de Salud; 2021.

43-Resende Guimarães EE, Machado Chianca TC, de Oliveira AC. Infección puerperal del punto de vista de la atención humanizada al parto en una

maternidad pública en Goiânia, Estado de Goiás, Brasil. Rev Latinoam Enfermagem. 2017;15(4).

44-García Mirás R, Llera Valdés A, Pacheco Bermúdez AL, Delgado González MJ, González Sánchez A. Resultados maternos-perinatales de pacientes con preeclampsia. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2015 Oct 2021];38(4):467-77. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400004&lng=es

45-Barreto S. Preeclampsia severa, eclampsia y síndrome HELLP. Características maternas y resultado neonatal. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 2002;21:17-23.

46-Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia.ACOG Practice Bulletin No. 33 American College of Obstetricians and Gynecologist.Obstet Gynecol. 2012;99:159-167.

47-España. Ministerio de Sanidad. Manejo clínico de pacientes con enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19). Documento técnico. España: Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias; 2020 [citado 20/04/2020]. Disponible en: <http://bvsa.lis.ciisi.es/lis-profesionales/lis-search/resource/?id=47023>

48-Cuba. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Coronavirus en Cuba. Información Oficial del Minsap. Cuba: Minsap; 2020 [citado 29/06/2020]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/>

49-Armenta Martínez OA, Espinosa Villaseñor N, Arroyo Kuribreña JC, Soto Vega E. Modulación de la respuesta inmunológica durante el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011 [citado 21/04/2020]; 37 (2): 277-87. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262622326_Modulacion_de_la_respuesta_inmunologica_durante_el_embarazo

A N E X O S

A n e x o 1 . I n s t r u m e n t o d e r e v i s i ó n d e H i s t o r i a s c l í n i c a s .

1 - G r u p o d e E d a d e s

Menor de 20

De 20 a 24

De 25 a 29

De 30 a 34

35 o más

2 - M u n i c i p i o d e p r o c e d e n c i a

Morón

Primero de enero

Chambas

Ciro Redondo

Bolivia

Florenia

Ciego de Ávila

Baraguá

Majagua

Venezuela

3 - E s t a d o o b s t é t r i c o

Embarazo

Puerperio

4 - P a r i d a d

Nulípara

Múltipara

5 - E d a d g e s t a c i o n a l

Menos de 34 semanas.

Entre 34 y 36,6 semanas.

37 semanas o más.

6 - Tipo de parto

Parto eutócico de inicio espontáneo.

Parto eutócico de forma inducida.

Parto distócico por cesárea de inicio espontáneo.

Parto distócico por cesárea de inicio inducido.

Parto distócico por cesárea por indicación médica.

Parto distócico por fórceps o espátulas.

7 - Complicaciones maternas

Necesidad de hemoterapia

Si

No

Grado de mutilación

Histerectomía total con doble anexectomía

Histerectomía total sin anexectomía

Histerectomía subtotal

Histerectomía total con doble anexectomía y ligadura de las hipogástricas

Ligadura de las hipogástricas con conservación del útero

Sin mutilación

Anemia post parto.

Si

No

Reintervención quirúrgica.

Si

No

Muerte materna.

Secuelas.

Otras complicaciones

8 - Terapia farmacológica utilizada

Ceftriaxone

Cefotaxima

Amikacina

Metronidazol

Meropenem

Clindamicina

Vancomicina

Ciprofloxacino

9 - Estado del neonato

Buena condición.

Severamente deprimido.

Fallecido.

Anexo 2. Instrumento para la revisión del Registro de Morbilidad.

1-Diagnóstico al ingreso

Diagnóstico Obstétrico.

Preeclampsia/Eclampsia

Hemorragias

Embolismo de líquido amniótico

Sepsis

Enfermedad tromboembólica

Otras causas

Diagnóstico No obstétrico

Crisis aguda de asma bronquial

COVID 19

Neumonías

Tromboembolismo pulmonar

Cardiopatías

Otras causas

2-Necesidad de ventilación mecánica artificial

Sí

No

3-Estadía en Unidad de Cuidados Intensivos

De 24 a 48 horas

De 49 a 72 horas

De 73 horas a 5 días

Más de 5 días