

Morbimortalidad materna en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Manuel Ascunce Domenech, Camagüey, 2016

Yudanny Victoria Viamontes Verdecia¹, Surama Grimont González², Yosdami Martínez Pérez³, Regla Mercedes Torres Martínez⁴, Marbelis García Reina⁵

1. Licenciada en Enfermería. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, Departamento Enfermería. Carretera Central N° 305, entre Ave Hospital y calle 9. Reparto Sánchez Soto, Camagüey, yudani@mad.cmw.sld.cu
2. Licenciada en Enfermería. Profesor Asistente. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Unidad de Cuidados Intensivos. Carretera Central N° 305, entre Ave Hospital y calle 9. Reparto Sánchez Soto, Camagüey, sgrimont@mad.cmw.sld.cu
3. Especialista de 2do Grado en Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Unidad de Cuidados Intensivos. Carretera Central N° 305, entre Ave Hospital y calle 9. Reparto Sánchez Soto, Camagüey,
4. Licenciada en Enfermería. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Departamento Enfermería. Carretera Central N° 305, entre Ave Hospital y calle 9. Reparto Sánchez Soto, Camagüey, reglamercedes@infomed.sld.cu
5. Licenciada en Enfermería. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, Departamento Enfermería, Carretera Central N° 305, entre Ave Hospital y calle 9. Reparto Sánchez Soto, Camagüey, mgarciareina@infomed.sld.cu

Resumen

Introducción: La morbilidad materna extrema es un estado en el cual la embarazada casi muere durante su gestación, parto o puerperio. Es un indicador íntimamente asociado a la muerte materna y refleja la calidad de los cuidados obstétricos. **Objetivo:** Analizar la morbilidad materna extrema en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, de Camagüey. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de las 189 maternas que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos de dicha institución, entre enero y diciembre de 2016. Se aplicó el análisis documental a las historias clínicas. Los datos se tabularon de forma computarizada. **Resultados:** El grupo entre 20 y 34 años fue el

de mayor incidencia para un 72,4%. Predominó el puerperio en el 59,2% de los casos. Las complicaciones más frecuentes fueron los trastornos hemorrágicos e hipertensivos. Las principales causa de muerte fueron la hemorragia obstétrica grado IV, los trastornos de la coagulación y la sepsis puerperal. Sólo 31 pacientes se reportaron críticas para un 16,4%. Dentro de los principales cuidados enfermería se destacaron los encaminados al manejo de la materna crítica aplicando el uso de tecnologías avanzadas asociadas a la observación continua. **Conclusiones:** La morbimortalidad materna extrema es una complicación que puede presentarse en el embarazo, parto y puerperio y que pone en peligro la salud reproductiva y la vida de la madre.

Palabras clave: morbilidad materna extrema; mortalidad materna; complicaciones del embarazo; cuidados obstétricos.

Introducción

La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en mujeres en edad fértil en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2015 murieron 303 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos y cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, de las cuales un 99% corresponde a los países en desarrollo, siendo mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres y entre las adolescentes.^{1,2}

La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015. Uno de los objetivos del milenio la fue la reducción de la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015, por lo que se implementó la vigilancia epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema (MME) como una de las estrategias regionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para mejorar la salud materna y lograr reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes en el 2015, partiendo de la premisa que la mortalidad materna es potencialmente prevenible.^{1,2}

La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.^{1,}

²

La tasa de mortalidad materna de 2015 fue de 41,6 defunciones por 100 000 nacidos vivos. Las tasas de mortalidad materna por causas directas e indirectas aumentan y

decrece la tasa de mortalidad materna tardía. No se reportan muertes por secuelas de causas obstétricas.³

El Ministerio de Salud Pública de Cuba, culminó en 2015, un estudio nacional de mortalidad en mujeres de edad reproductiva (RAMOS, por sus siglas en inglés), para evaluar la calidad del reporte de la muerte materna. En este fueron investigadas la totalidad de las mujeres reportadas fallecidas entre 12 y 49 años en el 2013, 2 731. Ello permitió comprobar que la integridad del reporte de la muerte materna en Cuba es completo y la clasificación de las causas que la provocan, adecuada.³

La mortalidad materna se considera un indicador del desarrollo económico y de la calidad de los cuidados en obstetricia. Es por ello que en los años recientes el concepto de MME ha recibido gran atención como medida para evaluar la morbilidad materna grave.⁴

Las causas de muertes maternas se repiten en las diferentes partes del mundo y entre las principales están la hemorragia, los trastornos hipertensivos, la sepsis y las complicaciones del aborto. Los que se dedican de lleno a la emergencia obstétrica saben, sin equivocación, que la hemorragia ha matado a más mujeres que cualquier otra complicación del embarazo en la historia de la humanidad.⁵

En las últimas décadas, la mortalidad materna ha disminuido, pero muestra diferencias en distintas regiones del mundo. En consonancia con los términos utilizados en los diferentes países, se han planteado distintas definiciones que representan el concepto de paciente obstétrica muy grave.

Con relación a la MME, se destaca la definición brindada por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) en una reunión de expertos en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia en el 2005, en la que se le conceptualizó como: "Complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, y que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte".⁶

La progresión a una muerte materna se relaciona con el tipo de evento, con factores sociales y demográficos, calidad del prestador de servicios de salud y actitud de la paciente hacia el sistema.^{7,8}

La MME es un indicador muy asociado a la muerte materna y es considerada una alternativa válida para utilizarla como indicador de la calidad de la atención materna.

A pesar de los esfuerzos realizados por nuestro sistema nacional de salud, el número de morbilidad materna en Camagüey, es elevado, lo que motivó a realizar la presente investigación, con el objetivo de analizar el comportamiento de la morbimortalidad materna extrema en el Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, de dicha provincia.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, de Camagüey, entre enero y diciembre de 2016.

El universo estuvo constituido por las 189 maternas que ingresaron en la UCI durante el período.

Para la recogida de datos se elaboró un formulario a partir de la información obtenida de los registros estadísticos del hospital y de las historia clínicas de las pacientes, que constituyeron la fuente del dato primario, a los que se aplicó el análisis documental.

La información obtenida se procesó en una base de datos elaborada en Microsoft Excel. Se aplicó el método de distribución de frecuencia relativa y absoluta. Los datos se presentan en tablas para su mejor comprensión.

Resultados y Discusión

Tabla 1. Según grupos de edades y etapa gestacional (embarazo, puerperio). Morbilidad y Mortalidad Materna en la UCI del Hospital Manuel Ascunce Domenech, Camagüey, 2016.

Grupos de edades/ etapa gestacional	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	Puerperio	Total	%
hasta 19 años	2	4	2	11	19	10,2
De 20 a 34 años	13	18	27	79	137	72,4
35 años y más	2	4	5	22	33	17,4
Total/ por ciento	17/ 8,9	26/ 13,7	34/ 17,9	112/ 59,2	189	100

Fuente: Formulario.

La tabla 1 muestra el comportamiento de edades respecto a la etapa gestacional de las pacientes. Predominaron las puérperas entre 20 y 34 años de edad, lo que representó el 41,7% de las gestantes.

Tabla 2. Complicaciones más frecuentes. MMM en la UCI del Hospital Manuel Ascunce Domenech, Camagüey, 2016.

Complicaciones	N°	%
Sepsis puerperal	8	4,2
TVP	21	11,1
TEP	5	2,6
Neumonía	6	3,1
Trastornos hipertensivos	23	12,1
Hemorragia obstétrica	27	14,2
Ventilación Mecánica Artificial	19	10
Total	109	57,6

N=189

Fuente: Formulario.

Del total de pacientes incluidas en el estudio el 57,6%, presentaron complicaciones severas, siendo los trastornos hemorrágicos (14,2%) e hipertensivos (12,1%) los de mayor incidencia. Tabla 2.

Tabla 3. Principales causas de muerte. MMM en la UCI del Hospital Manuel Ascunce Domenech, Camagüey, 2016.

Principales Causas de muerte	N°	%
Sepsis puerperal	8	4,2
Aborto	1	0,5
Neumonía asociada a la VMA	19	10
Trastornos hipertensivos	23	12,1
Trastornos de la coagulación	8	4,2
Hemorragia obstétrica	27	14,2
FMO	1	0,5

Otras causas	102	53,9
--------------	-----	------

N=189

Fuente: Formulario.

De acuerdo con los elementos clínicos presentados, la principal causa de muerte fue la hemorragia obstétrica en el 14,2 % de las pacientes.

Tabla 4. Comportamiento del estado de gravedad respecto del estado al egreso. MMM en la UCI del Hospital Manuel Ascunce Domenech, Camagüey, 2016.

Estado de gravedad / estado al egreso	Vivas	%	Fallecidas	%	total	%
Criticas	26	13,7	5	2,6	31	16,4
Graves	158	83,5			158	83,5

N=189

Fuente: Formulario.

Como se muestra en la tabla, del total de 189 pacientes que presentaron morbilidad materna, solo 31 se clasificaron extremadamente críticas, para un 16,4%. La mortalidad materna se presentó en el 2,6%.

Discusión

La edad constituye un factor determinante para desencadenar la MME. La tabla 1 muestra el comportamiento de edades respecto a la etapa gestacional de las pacientes, predominando las puérperas entre 20 y 34 años de edad, lo que representó el 41,7% de la muestra, coincidiendo con la bibliografía consultada.⁹⁻¹¹

Un estudio realizado en Santiago de Cuba en el año 2015 obtuvo resultados similares.¹² Sin embargo, otros autores plantean como principales edades de riesgo la adolescencia y las edades extremas, mayores de 35 años.¹³ El puerperio inmediato fue el momento crítico en cuanto a la ocurrencia de complicaciones severas, coincidiendo con lo reportado por otros autores.¹⁴

Del total de pacientes incluidas en el estudio el 57,6%, presentaron complicaciones severas, siendo los trastornos hemorrágicos (14,2%) e hipertensivos (12,1%) los de mayor incidencia como se muestra en la tabla 2. Similar a lo referido por la OMS¹ y lo reportado en otros estudios realizados.¹⁵⁻¹⁷

En el mundo, un estimado de 600 000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con la pre eclampsia. Un 99 % de esas muertes ocurren en países en vías de desarrollo. La preeclampsia y eclampsia son probablemente responsables de más de 50 000 muertes maternas al año.¹³

La tabla 3 representa las principales causas de muerte maternas extrema, apareciendo que la hemorragia obstétrica se presentó en el 14,2% de los casos estudiados, asociada a otras complicaciones que llevaron al traste con la vida del 2,6% de nuestras pacientes, como los trastornos de la coagulación y la sepsis puerperal, aspecto al que varios autores se han referido.^{1, 18-20}

La tabla 4 representa el estado del reporte de las pacientes con morbilidad materna, clasificando críticas para aquellas maternas extremadamente graves, en aquellas que el peligro de muerte es inminente, y graves para aquellas con condiciones de un compromiso grave para la paciente. De las 189 pacientes en estudio solo 31 se clasificaron con morbilidad materna extremadamente críticas (16,4%).

La mortalidad materna se comportó en un 2,6%, mientras que el 13,7% egresó viva, para un 97,2%, coincidiendo con los reportes consultados.^{3, 14, 20,21}

El personal de Enfermería juega un papel fundamental en la atención y evolución de la materna extremadamente grave, es el encargado de brindar un cuidado de calidad, humanizado y altamente calificado.²⁰

Conclusiones

- La morbilidad materna extrema es una causa importante de ingreso en nuestra unidad de cuidados intensivos.
- Se presentó con mayor incidencia en mujeres en edad reproductiva.
- El puerperio inmediato fue el momento crítico en la ocurrencia de complicaciones severas, siendo los trastornos hemorrágicos e hipertensivos las principales complicaciones.

Referencias bibliográficas

1. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with

- scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462-74.
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia [Internet] 2009 [citado 12 feb. 2015]: [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.unicef.org/>.
 3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Calidad de las estadísticas de mortalidad materna. Cuba. 2013. Informe de investigación. La Habana: MINSAP; 2015.
 4. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 [citado 12 de octubre de 2015]; (11):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub3/abstract>.
 5. American College of Obstetricians and Gynecologists. District II Patient Safety & Quality Improvement Committee Optimizing Protocols in Obstetrics. Managements in obstetric hemorrhage; New York: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2012.
 6. Águila Setién Sonia I. Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2012Jun [citado 2017 Mar 24]; 38(2): 281-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200015&lng=es.
 7. Pacheco AJ, Katz L, Souza AS, de Amorim MM. Factors associated with severe maternal morbidity and near miss in the São Francisco Valley, Brazil: a retrospective, cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:91-117.
 8. Jabir M, Abdul Salam I, Suheil DM, Al-Hilli W, Abul Hassan S, Al Zuheiri A et al. Maternal near miss and quality of maternal health care in Baghdad, Iraq. *BMC Pregnancy Child birth*. 2013;13:11-27.
 9. Álvarez Toste M, Hinojosa M, Álvarez S, López R, González Rodríguez G, Carbonell I et al. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2011;49(3):420-33
 10. Solorzano Chávez L, Factores de riesgo asociados a la Morbilidad Materna Extrema Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima: Hospital Nacional Cayetano Heredia; 2014.

11. Carrillo Franco J, García Balaguera C. Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta, Colombia, 2014. *Hacia promoc. salud.* 2016; 21(1): 15-25.
12. González Aguilera J, Vázquez Belizón E, Pupo Jiménez J. Morbilidad Materna Extrema en una unidad de cuidados intensivos. *MEDISAN* 2015; 19 (12):15-27.
13. Muñiz-Rizo M, Toledo Oramas D, Vanegas Estrada O, Álvarez Ponce V. Morbilidad Materna Extremadamente Grave en el Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa. La Habana, Cuba (2008-2012). *Rev Cub Obstet Ginecol* [Internet]. 2016 [citado 2017 Mar 24]; 42(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/75>.
14. Águila SS. Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna. *Rev Cub Obstet Ginecol* [Internet] 2012 [citado 16 feb. 2012];38(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200015&lng=es.
15. Douglas Jarquin GJ, Estrada F, Bustillo MC, Ortiz GA, Solórzano Ruiz C, Rosas Estrada H et al. Evaluación de la calidad de atención médica en casos de mortalidad materna por preclampsia, hemorragia post parto y sepsis en los hospitales escuela de la región centroamericana, enero a diciembre 2013. *Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología.* 2014;19(S1):12-29.
16. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. Quito: Editogran S. A.; 2013.
17. Santana Beltrán Y, Gutiérrez Machado M, Benavides Casal M, Pérez Pérez de Prado N. Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. *Rev Cub Obstet Ginecol* [Internet]. 2017 [citado 2017 Mar 24]; 42(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/111>.
18. Amaro HF, Ramos PMY, Mejías ÁNM, Cardoso NO. Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, parto y el puerperio. *Archivo Médico de Camagüey* [Internet]. 2006 [citado 18 de febrero 2015];10(6):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu>.

19. Madeiro AP, Rufino AC, Lacerda ÉZ, Brasil LG. Incidence and determinants of severe maternal morbidity: a transversal study in a referral hospital in Teresina, Piaui, Brazil. *BMC Pregnancy Child birth*. 2015;15:210-231.
20. Reyes Armas I, Villar A. Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2012 [citado 2017 Mar 20]; 58(4): 273-84. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322012000400006&Ing=es&nrm=iso.
21. González Ortiz LD, González Gómez A, Rubén D, Vélez Álvarez GA, Agudelo Londoño SM, Gómez Dávila J, Wylie J. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. *Rev Panam Salud Publica* [Internet] 2014 [citado 2017 Mar 20];35(1): 15-22. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000100003.