



Morbilidad materna en la policlínica Omar Ranedo

Niursy Bravo Hernández,¹ Reinaldo Elias Sierra,² Melany Noa Pelegrin³

1. Policlínica Comunitaria Docente Omar Ranedo Pubillones. Guantánamo. Cuba. E-mail: niursy@infomed.sld.cu Teléfono: 21 38 1470
2. Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto. Guantánamo Cuba. e-mail: relias@infomed.sld.cu Teléfono: 21 38 1470
3. Facultad de Medicina de Guantánamo. Cuba. e-mail: mariselal@infomed.sld.cu Teléfono: 21 38 1470

RESUMEN

Introducción: Se desconoce cómo influyen las pacientes maternas adscritas a la policlínica Omar Ranedo Pubillones en la morbilidad materna en Guantánamo. Objetivo: Precisar la influencia de las pacientes maternas adscritas a esta policlínica en la morbilidad materna en la provincia Guantánamo durante el trienio 2017-2019. Método: Durante octubre y noviembre de 2022 se realizó un estudio descriptivo, transversal, y retrospectivo de todas las pacientes maternas ingresadas en el hospital Dr. Agostinho Neto que pertenecían a la policlínica (n=71). Se precisaron la edad biológica y gestacional, situación obstétrica, relación de la morbilidad con el embarazo, parto o puerperio, modo de terminar el embarazo, tratamiento quirúrgico y criterio de morbilidad materna extrema. Resultados: ingresaron 71 pacientes adscritas a dicha policlínica (9.7 %). El 66.2 % tenía 19 a 34 años; el 70.4 % eran puérperas, el 47.6 % era gestantes en el tercer trimestre del embarazo (47.6 %). El 56.0 % se cesarearon, el 52.1 % ingresó por enfermedades no obstétricas. La principal causa fue la hemorragia postparto (28.2 %). El 57.7 % de las enfermedades que determinaron el criterio de morbilidad materna extrema se clasificaron como difícilmente evitables en la atención primaria de salud. Conclusiones: Fue baja la influencia de pacientes adscritas a mencionada policlínica en el perfil de morbilidad materna en la provincia de Guantánamo durante el periodo 2017 - 2019, y las causas determinantes de esta morbilidad se agruparon sobre todo como difícilmente evitables con el desarrollo de acciones en el nivel primario de atención a la salud.

Palabras clave: near miss; morbilidad materna extrema; paciente materna

Introducción

Cerca de un 10.6 % de las mujeres presentan complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio que determinan riesgo vital. Si sobrevive, es una situación reconocida como morbilidad materna extrema (MME),¹⁻³ La significación social de su estudio se advierte por diferentes investigadores³⁻⁶, lo que adquiere significados en Cuba, donde se aspira al logro



de una tasa de mortalidad materna inferior a 15 x 100 000 nacidos vivos,⁷ a fin de dar satisfacción a las reclamaciones de organizaciones internacionales.⁸

Respecto al estudio de la MME, en Guantánamo se encuentran diferentes aportes^{9,10}, pero no se hallan estudios que revelen en qué medida el nivel primario de atención a la salud (APS) contribuye a la MME, y de manera particular, como inciden las pacientes adscritas a la policlínica docente comunitaria Omar Ranedo Pubillones. Para dar solución a esta incertidumbre el objetivo de este artículo fue precisar la influencia de las pacientes maternas adscritas a la policlínica docente comunitaria Omar Ranedo Pubillones de Guantánamo en el perfil de MME en el trienio 2017-2019.

Métodos

Durante los meses de septiembre a diciembre de 2023, se realizó un estudio descriptivo, transversal, y retrospectivo. Se asumió como MME a la presentación de una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención médica urgente y oportuna el fin de evitar la muerte.^{11, 12}

Los criterios para clasificar la MME se basaron basan en la identificación de al menos una de las tres directrices siguientes:^{11, 12} a) criterios relacionados con la condición o una enfermedad específica: ej. Eclampsia, choque hemorrágico, choque; b) criterios específicos relacionados con el manejo dado a la paciente: ej. una intervención como la admisión a una unidad de terapia intensiva (UTI) o c) criterios basados en disfunción orgánica: ej. disfunción de la coagulación, disfunción respiratoria o cerebral, etc.

El universo se conformó por todas las pacientes gestantes o púerperas (paciente materna PM) ingresadas en la UTI del hospital durante el periodo de estudio (n=733). Posteriormente se identificaron aquellas adscritas a la citada policlínica (n=71), en las que se precisaron las siguientes variables: edad biológica, edad gestacional, situación obstétrica, relación o no de la MME con el embarazo, parto o puerperio, modo de terminar el embarazo, realización de tratamiento quirúrgico, tipo de operación realizada, criterios de MME, complicaciones identificadas.

Para argumentar los resultados del estudio se realizó un estudio documental, a partir de una estrategia de búsqueda en las bases de datos electrónicas, con la inclusión en los diferentes motores de búsqueda de las palabras clave *maternal near miss*, *maternal mortality*, *maternal morbidity* y MME, y se recurrió al uso de los operadores booleanos AND y OR. Para el análisis matemático-estadístico se utilizó la frecuencia absoluta (número = n) y la



frecuencia relativa (porcentaje = %) para el resumen de las variables cualitativas (nominales y ordinales). Los datos recopilados se procesaron con el programa SPSS versión 21.0.

El estudio se aprobó por el consejo científico y el comité de ética de la Investigación de la citada policlínica; se cumplieron las exigencias de la declaración de Helsinki. No se solicitó consentimiento informado a las pacientes pues la información se obtuvo de los expedientes clínicos.

Resultados

La tabla 1 revela la MME en pacientes adscritas a la policlínica Omar Ranedo Pubillones según la edad biológica, la situación obstétrica, la edad gestacional y modo de terminación del embarazo y en la tabla 2 se revelan las enfermedades diagnosticadas y su relación con el embarazo, el parto o el puerperio,

Tabla 1: Morbilidad materna extrema en la policlínica Omar Ranedo Pubillones según la edad biológica y gestacional, situación obstétrica, y modo de terminación del embarazo

Variable	n	%
Grupo edad (años)		
18 o menos	12	16.9
19 - 34	47	66.2
35 y mas	12	16.9
Situación obstétrica		
Gestante	21	29.6
Puérpera	50	70.4
Edad gestacional (trimestre)		
Primer trimestre	5	23.8
Segundo trimestre	6	28.6
Tercer trimestre	10	47.6

Variable	n	%
Modo de terminación		
Cesárea	28	56.0
Parto vaginal	16	32.0
Rotura embarazo ectópico	5	10.0
Tipo de enfermedad		
No terminaron el embarazo	21	42.0
Obstétrica	34	47.9
No obstétrica	37	52.1

Desde el análisis de la tabla 2 se plantea que las enfermedades que de modo más común determinaron el criterio de MME en las pacientes estudiadas fueron la preeclampsia agravada (14.1 %), y la hemorragia obstétrica precoz por atonía uterina (12.7 %).

En la tabla 3 se observa que al 64.8 % de las pacientes se les realizó algún tipo de tratamiento quirúrgico y se re-intervino al 7.0 %. La operación más frecuente fue la cesárea (39.4 %).

La tabla 4 muestra que el 100.0 % se clasificó caso de MME por la necesidad del manejo en una Uti, y la hemorragia obstétrica (28.2 %) fue la enfermedad específica que de modo más común determinó el criterio de MME.



Discusión

Los autores no encontraron estudios sobre la contribución de la población de una policlínica al perfil de MME. El que se presenta suplió la privación de información sobre la influencia de las pacientes adscritas a la policlínica Omar Ranedo en el perfil de MME. El porcentaje de estas pacientes fue bajo, lo que en cierta medida indica el resultado favorable de la labor del médico y la enfermera de la familia.

Tabla 2: Enfermedades diagnosticadas en las pacientes estudiadas

Enfermedades diagnosticadas		n	%
Enfermedades relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio	Hemorragia postparto precoz (n = 20 28.2 %)	Atonía uterina	9 12.7
		Embarazo ectópico	5 7.0
		Acretismo placentario	4 5.6
		Hematoma retroplacentario	2 2.8
	Hipertensión arterial sistémica inducida por el embarazo (n = 18 25.4%)	Preeclampsia agravada	12 16.9
		Eclampsia	4 5.6
		Síndrome de HELLP	2 2.8
	Sepsis puerperal (n = 10 14.1 %)	Endomiometritis puerperal	7 9.9
		Endometritis puerperal	3 4.2
	Diabetes Mellitus gestacional de difícil control	2 2.8	
Miocardopatía puerperal descompensada	1 1.4		
Enfermedades no relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio	Neumonía adquirida en la comunidad	10 12.7	
	Crisis aguda de asma bronquial	5 7.0	
	Trombosis venosa profunda	4 5.6	
	Pielonefritis aguda	4 5.6	
	Postoperada por apendicitis aguda	4 5.6	
	Dengue grave	3 4.2	
	Colecistis aguda litiásica	3 4.2	
	Crisis vasoclusiva de Sicklemia	2 2.8	
	Cetoacidosis diabética	2 2.8	

Tabla 3: Caracterización de las pacientes según la realización de tratamientos quirúrgicos

Indicador	Total	
	n	%
Realización de tratamiento quirúrgico (% n = 71)*	56	64.8
Demanda de reintervención quirúrgica (% n = 71)	5	7.0
Tipo de operación realizada (% n = 71) *		
Cesárea	28	39.4
Histerectomía obstétrica	22	31.0
Salpingectomía y oforectomía	5	7.0
Apendicectomía	4	5.6

Leyenda: (*): en una paciente pudo realizarse más de una intervención quirúrgica



Tabla 4: Criterio de morbilidad materna extrema en las pacientes estudiadas

Criterio de morbilidad materna extrema relacionado con:*		n	%	
Enfermedad específica n= 32 45.1%	Hemorragia obstétrica	20	28.2	
	Eclampsia/Preeclampsia severa	18	25.4	
	Sepsis puerperal	10	14.1	
Disfunción n = 24	Cardiovascular	Choque-cualquier etiología	18	25.4
		Presión arterial elevada persistente	14	19.7
		Enfermedad tromboembólica	4	5.6
		Miocardopatía puerperal	1	1.4
Orgánica n=1	Respiratorio	Ventilación mecánica invasiva o no invasiva	1	1.4
		Síndrome de dificultad respiratoria del adulto	1	1.4
n = 30 42.3 %	Renal n = 18	Trastorno severo/equilibrio ácido-básico	15	21.1
		Trastorno severo/equilibrio hidroelectrolítico	18	25.4
		Insuficiencia renal aguda	3	4.2
	Hematológico n=4	Síndrome de HELLP Coagulopatía dilucional	6	8.4
		Síndrome de HELLP	2	2.8
	Hepático n=3	Íctero, enzima hepáticas elevadas	3	4.2
Metabólica n=1	Cetoacidosis diabética	1	1.4	
Manejo de paciente n = 71 100.0%	Necesidad/cirugía emergente	30	42.3	
	Necesidad de ingreso en la UCI	71	100.0	
	Necesidad de hemoterapia	29	40.8	

Leyenda: (*): una paciente pudo ser clasificada en más de un criterio; % respecto a n = 71

Las características demográficas y obstétricas de las pacientes estudiadas fueron similares a las que revelan otros autores que han estudiado la MME, ^{2, 9, 13, 14} que coinciden al referir que la edad biológica no constituye un factor de riesgo independiente de esta. La mayor proporción fueron puérperas, motivado por enfermedades que se manifiestan durante esta etapa, y se observa relación entre la MME y la edad gestacional, pues existe un mayor riesgo en mujeres en el tercer trimestre del embarazo. ^{13, 14, 15}.

Fue elevada la proporción de mujeres cesareadas y re-intervenidas para realizar una histerectomía obstétrica, lo que estuvo en relación con la condición materna extrema, que requiere una vía rápida para evitar un resultado letal, si bien podrá ser expresión de la necesidad de reforzar la prevención de la sepsis puerperal y el tratamiento conservador de la



hemorragia en obstetricia siempre que sea posible, aspecto sobre el cual se trabaja actualmente en la provincia.

Se señala que la proporción real de pacientes con MME es difícil de determinar, pues no existe uniformidad en la definición de los criterios diagnósticos de MME, ¹² se estima que esta proporción puede llegar hasta un 37,1%⁴, pues varía según la influencia de los criterios que se utilicen para la definición de MME; los motivos de ingreso de estas pacientes y los protocolos de tratamiento que se establezcan en cada hospital; las exigencias del sistema de salud, el acceso a los servicios médicos, y las condiciones socioculturales y económicas de cada país.

El mayor porcentaje de las pacientes se agrupó como caso de MME en relación con la necesidad del manejo en una UTI. Los resultados obtenidos en este trabajo están basados en los criterios estandarizados para la identificación de casos seguidos por la FLASOG y la OMS. ¹¹ Sobre la base de los criterios de inclusión utilizados, se encontraron similares resultados que los hallados en otros estudios. ^{11, 12}

Respecto al criterio de falla orgánica, la más frecuente fue la cardiovascular. Ello es indicativo de una necesidad tangible: potenciar a atención multidisciplinaria de las pacientes maternas con MME. Estos resultados apoyan los revelados por otros autores ¹²⁻¹⁵. Las enfermedades relacionadas directamente con los embarazos más comunes fueron la preeclampsia-eclampsia, el post operatorio por endometritis y por atonía uterina; se ha señalado que hasta un 60 % se deben a preeclampsia-eclampsia y sus complicaciones. ^{12, 15}

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 socio-económico, 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, más por shock 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 a disfunción de órganos con una elevada letalidad. ^{12, 15}

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.³

El hecho de que la mayor parte de las situaciones problemáticas que determinan la MME se agruparan en la categoría: indicadores de manejo del caso en la Uci, se relaciona con el



nivel de flexibilidad en el criterio de ingreso de la paciente materna en la Uci donde se realizó este estudio, pues en esta se admite a cualquier paciente a independientemente del nivel de gravedad.

Fue más común que las causas de MME se agruparan como difícilmente evitables con el desarrollo de acciones en la APS. El análisis de los criterios de evitabilidad de la MME es sesgado por la subjetividad del evaluador y determinado por el desarrollo tecnológico del contexto sociocultural y el desarrollo de acciones en la APS donde se realice el análisis, lo que hace difícil establecer comparaciones objetivas.

Conclusiones

Fue baja la influencia de pacientes adscritas a mencionada policlínica en el perfil de morbilidad materna en la provincia de Guantánamo durante el periodo 2020 – 2023.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. La mortalidad materna en el mundo. Mundo. [en línea], 2016 [citado 31/08/2024]; [aprox. 3 pp.] Disponible en: <http://diariocorreo.pe/mundo/2> de mayo del 2016- 03:11
2. Valencia DME, Toro OJ, Herrera OO. Prevalencia de morbilidad materna extrema en un hospital de segundo nivel de San Luis Potosí, México. Rev Cub Salud Púb [en línea], 2018 [citado 31/08/2024]; 86(5):[aprox. 5 pp.] Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-9041201800304
3. Sanabria AAM, Barbosa JF, Sánchez RNM, Pino RG. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en el Hospital Ramón González Coro 2014 – 2017. Rev Cub Obst Ginecol. [en línea]; 2019 [citado 31/08/2024];45(3):e483. Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/483/443>
4. Mestre CVA. Clima organizacional en la atención a pacientes con morbilidad materna extremadamente grave, Rev Cub Salud Pub. [en línea]; 2019 [citado 31/08/2024]; 45(1):[aprox. 9p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org/article/rcsp/2019.v45.n1/e988/es/>
5. Nava ML, Urdaneta M JR, González I ME, Labarca L, Silva BÁ, Contreras B A, et al. Caracterización de la paciente obstétrica críticamente enferma, experiencia de la maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", Maracaibo, Venezuela: 2011-2014. Rev. chil.



- obstet. Ginecol. [en línea], 2016, ago. [citado 31/08/2024]; 81 (4): 288-296. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400004>.
6. Pérez CAA, Carrillo ER, Briones GJC, Díaz de León PMA, Moreno SA. Los procesos hospitalarios son adecuados o son incidentes adversos por omisión y provocan la no disminución de la mortalidad materna Rev Mex Anestesiol [en línea], 2016 [citado 31/08/2024]; 39 (4): 308-310. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/rma>
 7. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Objetivos de trabajo y criterios de medida para el año 2019. La Habana. [en línea], 2019 [citado 31/08/2024]; [aprox. 11 pp.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/editorhome/files/2020/01/objetivos-Minsap-2020.pdf>
 8. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). [en línea], 2016 [citado 31/08/2024]; [aprox. 6 pp.]. Disponible en: http://www.who.int/entity/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/index.html
 9. Bordelois AM, Elías SR, Choo UT, Estevan SJA, Díaz TE. Morbilidad y mortalidad materna en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Dr. Agostinho Neto. MEDISAN [en línea]. 2018 [citado 31/08/2024];22(6):627. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2170>
 10. Ferreiro HLB, Diaz JMM, López MRE, Vient RLC. Factores de riesgo de infección puerperal en el Hospital Dr. Agostinho Neto. Rev Inf Cient. [en línea]. 2016 [citado 31/08/2024];95(3):425-436. Disponible: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2433/4038>
 11. Localiza G. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. FLASOG [en línea]. Flasog.org. 2017 [citado 31/08/2024]. Disponible en: <http://www.flasog.org/>
 12. Say L, Chou D, Gemmill A., Tunçalp Ö, Moller AB, & Daniels J. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. Lancet Global Health [en línea]; 2014 [citado 31/08/2024]; 2(6): 323-33. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(14\)70227-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(14)70227-X.pdf).
 13. Alkema L. 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. [en línea]. 2016 [citado 31/08/2024]; 387(10017):462-74. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0123-2>



14. Suárez GJA, Gutiérrez MM, Quincose RM, Gómez PY, Gómez MB. Adherencia a las buenas prácticas clínicas del manejo de la morbilidad materna extrema grave. Rev Cub Obst Ginecol. [en línea] 2019; [citado 09/04/2020]; 45(3):e481. Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/481/422>
15. Chávez Z, Carolina S. Satisfacción sobre la infraestructura y la calidad de atención en la consulta de Gineco-Obstetricia de un establecimiento de atención primaria. Horiz Med [en línea]; 2016 [citado 31/08/2024]; 16 (1): 38-47. Disponible en: 2016; <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371644760005>