

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMADAMENTE GRAVE, EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, ESMERALDAS, ECUADOR DESDE ENERO A JUNIO 2019.

Dr. Edgar Fernando Chiliquinga Calderón¹, MSc. MPH. Francisco José Mayorga
Marín (tutor) ²

Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud. CIES UNAN Managua.

Correos electrónicos:

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociado a la morbilidad materna extremadamente grave, en el Hospital Delfina Torres de Concha, Esmeraldas, Ecuador desde enero a junio 2019. **Diseño metodológico:** El estudio se realizó en el Hospital Delfina Torres de Concha, Esmeraldas-Ecuador, perteneciente a la Coordinación Zonal 1 Salud. Se recogió de manera retrospectiva los datos de los pacientes mediante la elaboración de formulario de recolección de datos, comprendido en el periodo de estudio. **Resultados:** Se obtuvo 103 casos de morbilidad materna extremadamente grave cuyas causas fueron las obstétricas: preeclampsia severa con 32 (31.1%), seguido de Síndrome de Hellp con 21 (20,39%) y choque hipovolémico por hemorragia postparto 15 (14,56%). El comportamiento de los casos en relación a edad, comprende entre los 14 y 43 años con un rango de 29, con desviación estándar de 7.38, media de 25.86 y una moda de 18, con predominio en gestantes con educación secundaria con el 36 (35%). El grupo de múltipara presentó mayor cantidad de casos, pero no es un factor de riesgo para presentar MMEG severo (OR=0,781 p=0,560). Correspondiente a la finalización del embarazo por cesárea, presentaron MME severo OR=0,781 y valor p=0,408. Las intervenciones realizadas fueron ingreso a UCI > 24 horas con el 103 (67,76%), seguido de administración de componentes hemoderivados 40 (26,32%). La zona con más incidencia fueron el cantón de Esmeraldas con 43 (41.7%), seguido del cantón Quinde con 20 (19.4%). La razón de MMEG en el primer semestre fue de 4.64 %, severidad de MME del 36.89 %, correspondiente a los casos con más de 3 criterios de inclusión de Near Miss y con una tasa de letalidad obstétrica del 0%. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos indican que la gestación a edad temprana, acompañados de niveles socio económico como: nivel de educación, ocupación informal y educación no completa, son

condicionantes desfavorable para el riesgo de presentar MMEG, además de los riesgos identificados durante la gestación.

Palabras claves: morbilidad materna extremadamente grave, letalidad materna, valorar near miss.

INTRODUCCIÓN

La morbilidad materna extremadamente grave (MMEG) es un evento que ha permitido explicar variables que contribuye de manera directa e indirectamente a la muerte materna, suceso de interés en salud pública.

Dichas variables se determinan en función a determinantes sociales y culturales en el entorno de las mujeres y no solo factores fisiológicos durante su estado de gestación. Por lo que no sólo las acciones en salud intervienen en el contexto de la aparición de la morbilidad materna extrema.

La morbilidad materna extrema se define 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.

La tasa de morbilidad materna extrema es superior para los países de medianos y bajos ingresos, varió de 4,9 %, en América Latina, a 5,1 %, en Asia y 14,9 %,

en África, mientras que los estudios realizados en los países de altos ingresos tenían tasas que van de 0,8 %, en Europa, y un máximo de 1,4 %, en América del norte. (Hernández, & Fonseca, 2019). En el Ecuador, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en el año 2017 fue de 42.8 (Registro estadístico de nacidos vivos y defunciones 2017).

En el año 2018 ocurrieron 221 muertes maternas, las cuales 137 fueron maternas hasta 42 días y 84 muertes maternas tardías, después de 42 días, con una RMM de 41,10. (Cierre de proceso de homologación del dato de muertes maternas 2018). El análisis de la RMM desde el año 2010 al 2018, señala que en el país se han realizado avances importantes en reducción de la mortalidad materna.

El presente estudio tiene finalidad de identificar los factores de riesgo presentes en los casos de MMEG, indicador que mide la calidad de los servicios de salud, en relación a la atención pre-natal, abordaje correcto de emergencia obstétrica y la ruptura de la barrera socio cultural medico/paciente, con el propósito

de reducir la Mortalidad Materna y Neonatal en Ecuador.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de estudio fue transversal analítico. Se realizó en Hospital Delfina Torres de Concha, Ecuador Enero a junio 2019. El universo del estudio estuvo constituido por 2218 gestantes atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha, siendo la unidad de análisis las pacientes con criterio de morbilidad materna extremadamente grave

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: Pacientes que cumplen criterio de definición de caso de morbilidad materna extremadamente grave notificado y registrado en el Hospital Delfina Torres de Concha entre el período Enero a junio 2019. Se excluyeron los expedientes que no cumplieron definición de casos en el periodo de estudio.

La fuente de información fue secundaria, ya que se recolectó a través de los datos registrados en la Matriz de morbilidad materna extremadamente grave del Departamento de Vigilancia de la Salud Pública del Hospital Delfina Torres de Concha utilizando como instrumento una ficha de recolección de datos en base a los criterios de definición de morbilidad

materna extremadamente grave, con los datos de interés del objetivo 1, 2 y 3 del estudio, tomando de referencia la matriz elaborada y establecida por la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud.

La información fue manejada confidencialmente y solo para efecto del estudio. Se obtuvo autorización por parte de las autoridades del Hospital Delfina Torres de Concha, mediante documento oficial vía Quipux.

Para la descripción de datos se utilizó la estadística descriptiva para las variables continuas: Medidas de Tendencia Central, Medida Aritmética, Mediana. B.- Medidas de dispersión, desviación Standard. Las variables continuas fueron comparadas utilizando la estadística descriptiva, además de utilizar el Odds Ratio (OR) como medida de asociación a un evento o riesgo y valor p para determinar una asociación estadísticamente significativa. Para la tabulación de la información se usó el programa de Microsoft Excel de Office 2010 y IBM SPSS Statistics versión 23.

RESULTADOS:

De acuerdo con la etnia, el mayor caso de MMEG pertenecen a los mestizos con 64

(62,1 %) seguido de la raza negra 20 (19,4%). La relación entre la etnia y la severidad de MMEG no es estadísticamente significativa (p 0.509).

En relación a la edad se observa que el primer grupo de 20 a 30 años representa con 51 pacientes el 49,51%, el segundo grupo que comprende de 15 a 19 años con 24 pacientes representa el 23,30%. Las edades oscilan en un rango que va de 14 a 43 años con un rango de 29 años. Siendo 18 la edad más frecuente y con una media de 25.86 años, siendo la edad adulta joven con mayor incidencia de MMEG. La relación entre la edad y la severidad de MMEG no es estadísticamente significativa (p 0.462).

Sobre la procedencia, 57 pertenece a área urbana, de las cuales 18 padecieron MMEG severa (31,6%) y 39 sin criterio de severidad (68,4%). 46 pacientes del área rural, 18 padecieron MMEG severa (39,1%) y 28 sin criterio de severidad (60,9%). El OR calculado fue de 0.718 (p 0.424) por lo tanto no existe asociación estadísticamente significativa entre la procedencia de las pacientes con la aparición de severidad de MMEG.

Correspondiente a formación académica, 36 pacientes cursaron primaria que equivale al 35%, de las cuales 11

(10,68%) padecieron MMEG severa y 25 (24,27%) no. Seguido de 59 pacientes que cursaron la secundaria, que representan el 57% de la población, padeciendo 19 (18,45%) MMEG severa y 40 (38,83%) no. A diferencia con el grupo con mayor grado de educación que tiene una menor incidencia de MMEG. La relación entre la escolaridad y la severidad de MMEG no es estadísticamente significativa (p 0.098).

En estado civil, las solteras constituyeron 63 pacientes (61%) siendo 23 (22,33%) las que presentaron MMEG severa y 40 (38,83%) no. Seguido del grupo perteneciente a unión libre con 31 pacientes (30%), 8 (7,77%) padecieron MMEG y 23 (22,33%) no. El OR calculado fue de 0.788 (p 0.583) por lo tanto no existe asociación estadísticamente significativa entre el estado civil de las pacientes con la aparición de severidad de MMEG.

Sobre la ocupación, el trabajo informal constituyó 53 pacientes (51%) siendo 13 (13%) las que presentaron MMEG severa y 40 (39%) no. Acompañado del grupo de ama de casa con 45 pacientes (44%) de las cuales 17 (16,5%) presentaron MMEG severa y 28 (27,18%) no. La relación entre la profesión y la severidad de MMEG es estadísticamente significativa (p 0.005).

En antecedente gineco-obstétrica, el 34,95% fueron MMEG severas de las cuales 15 (14,56%) fueron nulípara y 21 (20,39%) multípara. El 65,05% MMEG sin criterio de severidad, pertenecieron a nulípara 24 (23,30%) y 43 (41,75%) multípara. El grupo de multípara presentó mayor cantidad de casos, el OR calculado fue de 1.218 (p 0.560) con IC 0.558-2.934 por lo cual el OR no es significativo.

El 72% de los expedientes evaluados (75) indican que estas llevaron más de 5 controles, de las cuales 25 (24,27%) presentaron MMEG severa y 50 (48,54%) no, en segundo lugar, las que llevaron menos 5 controles fueron 23, presentando 8 (7,77%) MMEG severa y 15 (14,56%) no. El OR calculado fue de 1.294 (p 0.573) con IC 0.527-3.175 por lo cual el OR no es significativo.

En antecedentes patológicos personales, el 85 (83,53%) pacientes no presentaron antecedentes, de los cuales 29 (34,1%) presentaron MMEG severa y 56 (65,9%) no. 6 que padecen de hipertensión arterial el 3 (33,3%) presentaron MMEG severa y 3 (33,33%) no. 4 que padecieron preeclampsia el 2 (50%) presentaron MMEG severa y 2 (50%). El OR calculado fue de 1.229 (p 0.700) con IC 0.431-3.51 por lo cual el OR no es significativo.

Con respecto a la finalización de la gestación, 69 pacientes (66,99%) por cesárea, el 26 (25,24%) presentaron MMEG severa y 43 (41,75%) no. El grupo de parto normal fueron 34 pacientes 33% de las cuales 10 (9,71%) presentaron MMEG severa y 24 (23,30%) no. El OR calculado fue de 0.689 (p 0.408) con IC 0.285-1.668 por lo cual el OR no es significativo.

En relación a condiciones obstétricas en los casos de MMEG se destaca en frecuencia la preeclampsia severa con 43 (41.7%), del total de pacientes con esta condición, seguido de Síndrome de Hellp con 21 (20,39%) y choque hipovolémico por hemorragia postparto 15 (14,56%). El OR calculado fue de 0.600 (p 0.276) con IC 0.239-1.509 por lo cual el OR no es significativo.

En referencia a los indicadores de morbilidad materna extremadamente grave, observamos, que la razón de MMEG es de 4.64 %, con un % de severidad de MMEG del 36.89 % correspondiente a los casos con más de 3 criterios de inclusión de Near Miss y con una tasa de letalidad obstétrica del 0%.

Las intervenciones realizadas a los pacientes con MMEG, más frecuente es el

ingreso a UCI > 24 horas con el 103 (67,76%), seguido de administración de componentes hemoderivados 40 (26,32%). El OR calculado fue de 1.043 (p 0.980) con IC 0.197-5.531 por lo cual el OR no es significativo.

DISCUSIÓN:

Los datos obtenidos sobre la etnia concuerdan con los datos mencionados por Solarte M en el año 2017 en Colombia, encontrando que la etnia predominante en esta investigación fue la mixta, en edad existe una relación con el grupo etario de 21 a 35 años donde se agrupa mayores casos de MMEG, obtenido por Bendezú, Guido, & Bendezú-Quispe, en el año 2014 en Perú.

En relación a la procedencia de casos concuerda con lo obtenidos por Martínez Olmedo, en el año 2019 en Paraguay, donde se encontró una relación con mayor incidencia de casos de MMEG en la zona urbana.

La mayoría de las gestantes con formación secundaria presentaron MMEG, pero difirieron con estado de civil con conviviente por Bendezú, Guido, & Bendezú-Quispe, en el año 2014 en Perú.

Sobre su ocupación o grado profesional la mayoría de casos fueron informal, este no se correlaciona con los obtenidos por Bendezú, Guido, & Bendezú-Quispe, en el año 2014 donde la mayoría eran ama de casa.

El mayor riesgo de presentar MMEG correspondieron a la múltipara este no coincide con el estudio realizado por Villalobos Robles, en el año 2017 en Perú, donde encontró significancia estadística en las nulíparas.

Los casos de MMEG se presentaron en gestantes con más de 5 controles prenatales, difiriendo del estudio por Baltodano & Burgos, en el año 2017 en Perú, donde se encontró casos en controles prenatales menores a seis (CPN<6).

La mayoría de los casos no presentaron antecedentes de enfermedades de base, a diferencia del estudio realizado Gort, Fidel Seguí, et al, en el año 2013 en Cuba donde las afecciones más frecuentes fueron, asma bronquial, enfermedad drepanocítica e hipertensión arterial.

Los casos ocurrieron en gestante con finalización por cesárea este coincide con el estudio por Baltodano & Burgos, en el año 2017 en Perú, y la mayoría fueron por

condición obstétrica como los identificado por Cruz, M. D. C. R., Hernández, R. G., González, M. G., & García, G. M, en el año 2018 en México donde los diagnósticos fueron: trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo y la hemorragia obstétrica.

Las decisiones medica coincide con el estudio de Bendezú, Guido, & Bendezú-Quispe, en el año 2014 en Perú, donde la intervención terapéutica más frecuente fue la cirugía más transfusión y el ingreso a UCI para su manejo.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos nos indican que los casos de MMEG se presentaron en el rango de 14 y 43 años de edad, siendo frecuente la edad 18 años que se relaciona a la formación académica secundaria, siendo un factor de riesgo el embarazo en adolescentes. La etnia que predomino fue la mestiza, y en su mayoría de las gestantes son provenientes en zona urbana siendo esta la de mayor accesibilidad a los servicios de salud para garantizar un seguimiento y reducción de complicaciones obstétricas, a diferencia las de zonas rurales por dificultad de acceso, pero con la fortaleza del seguimiento y mapeo para un control en

territorio por el equipo de salud de primer nivel de atención.

Los casos de MMEG presentaron más de 5 controles prenatales de los cuales nos abre una interrogante del nivel de calidad en la atención e identificación de riesgo por parte del personal de salud, cuales debería ser un factor de protección para no presentar este evento.

Entre las condiciones que conllevaron a formar parte de criterio de MMEG estuvieron la pre eclampsia y hemorragia posparto, de los cuales con llevaron a realizar por lo mínimo 2 intervenciones médica, entre ella el ingreso de UCI para el manejo, seguido en la administración de hemocomponentes para evitar un shock hipovolémico, indicando que la gestante con una patología ginecobstétrica es un factor para recibir 2 intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA:

Acelas-Granados, D. F., Orostegui, A., & Alarcón-Nivia, M. Á. (2016). Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia. *Revista chilena*

- de obstetricia y ginecología, 81(3), 181-188.
- Álvarez Toste, M., Salvador Álvarez, S., González Rodríguez, G., & Pérez, D. R. (2010). Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. *Revista cubana de higiene y epidemiología*, 48(3), 310-320.
- Baltodano-García, D. C., & Burgos-Miranda, J. (2017). Factores obstétricos asociados a morbilidad materna extrema en el Hospital Santa Rosa, enero–diciembre 2015. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 17(1), 43-47.
- Bendezú, G., & Bendezú-Quispe, G. (2014). Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital del seguro social del Perú. *Revista peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(4), 291-298.
- Correa Asanza, K., Paz Sánchez, C., & Albán Meneses, C. (2017). Morbilidad materna extremadamente grave y mortalidad, indicadores de calidad de la atención obstétrica. *MULTIMED*, 21(3), 289-310.
- Fong-Pantoja, Luis. (2020). Morbilidad materna en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente “Orlando Pantoja Tamayo”, Contramaestre 2014-2019. *Revista Información Científica*, 99(1), 20-29.
- González Aguilera, J. C., Vázquez Belizón, Y. E., Pupo Jiménez, J. M., Algas Hechavarría, L. A., & Cabrera Lavernia, J. O. (2015). Morbilidad materna extrema en una unidad de cuidados intensivos. *Medisan*, 19(12), 1466-1476.
- IGUARO, C., & RUTH, E. (2019). Factores asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en gineco obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.
- Karolinski, A., Mercer, R., Micone, P., Ocampo, C., Salgado, P., Szulik, D., ... & Balladelli, P. P. (2015). Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37, 351-359.
- Knight, M., Acosta, C., Brocklehurst, P., Cheshire, A., Fitzpatrick, K., Hinton, L., ... & Lindquist, A. (2016). Beyond maternal death: improving the quality of maternal

- care through national studies of 'near-miss' maternal morbidity.
- Martínez Olmedo, L. M. (2019). Características clinico-epidemiológicas de la morbilidad materna extremadamente grave en el Hospital Regional de Coronel Oviedo periodo 2017 a 2018 (Doctoral dissertation, FCM-UNCA).
- Mazza, María Margarita, Vallejo, Carla María, & González Blanco, Mireya. (2012). Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72(4), 233-248.
- Ministerio de Salud Publica Ecuador (2019). Gaceta de datos basicos de salud.
- Ministerio de Salud Publica Colombia (2017). Morbilidada materna extrema.
- Payajo Villar, J. (2016). Caracterización sociodemográfica de la morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el año 2014.
- Pupo Jiménez, J. M., González Aguilera, J. C., Cabrera Lavernia, J. O., & Martí Garcés, G. M. (2017). Morbilidad materna extrema según causas de admisión en cuidados intensivos. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 16(3), 49-60.
- Pupo Jiménez, Julia Matilde, González Aguilera, Julio César, Cabrera Lavernia, Jorge Omar, & Cedeño Tarancón, Oscar. (2019). Factores de riesgo de morbilidad materna extrema en la unidad de cuidados intensivos. *Multimed*, 23(2), 280-296.
- Semper González, A. I., Alvarez Escobar, M. D. C., Balceiro Batista, L., Torres Alvarez, A., Lezcano Cabrera, Y., & Alfonso Salabert, I. (2017). Morbilidad materna extremadamente grave. Un problema obstétrico en la salud pública y la atención al paciente grave. *Revista Médica Electrónica*, 39(5), 1117-1125.
- Soni-Trinidad, C., Gutiérrez-Mateos, A., Santa Rosa-Moreno, F. J., & Reyes-Aguilar, A. (2015). Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83(02), 96-103.
- Vertel, L. M. H., & de Rodriguez, L. M. (2019). Prácticas de cuidado cultural de mujeres con morbilidad materna

extrema. *Cultura de los cuidados*, 23(54), 273-282.

Villalobos Robles, I. R. (2017). Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en

pacientes, admitidas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2011–2015.