

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA-MANAGUA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE**



**TESIS**  
**Para optar al título de Medico**  
**Especialista en Ginecología y Obstetricia**

**Caracterizacion de las pacientes con morbilidad materna extrema en cuidados intensivos del Hospital Bertha Calderón Roque, del 1 de enero al 31 de diciembre del 2015.**

**Autora: Dra. Daysi Chávez Moraga**  
**Residente de IV año Ginecoobstetricia HBCR**

**Tutora: Dra. Rosibel Juárez**  
**Especialista en Ginecología y Obstetricia**

**Asesor Metodologico:**

**Dr. Francisco Tercero Msc.Licmed.**

**Managua, febrero de 2016**

**INDICE**

1. Introducción	1	
2. Antecedentes		3
3. Justificación	5	
4. Planteamiento del problema		7
5. Objetivos	8	
6. Marco Teórico	9	
7. Material y Métodos	25	
8. Resultados	29	
9. Discusion de los resultados		
46		
10. Conclusiones		
50		
11. Recomendaciones	51	
12. Bibliografía	52	
13. Anexos	56	

## **AGRADECIMIENTOS**

Dios el todo poderoso

Por su protección, por estar en los momentos difíciles, por darme sabiduría en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas de mis pacientes.

A mis padres

Por su apoyo incondicional en mi formación.

A mi tutora

Por su dedicación, paciencia en mi formación al transmitirme conocimientos teóricos y prácticos los cuales ayudarán en mi desarrollo profesional, gracias por su apoyo incondicional.

A los docentes

Por compartir sus conocimientos y habilidades quirúrgicas.

A las pacientes

Por que gracias a ella logramos adquirir habilidades y destrezas en nuestra formación.

## **DEDICATORIA**

A mi padre celestial mi mejor amigo.

Con todo mi amor dedico esta tesis a mis padres Candido Chavez y Cristina moraga, por hacer realidad mi sueño de ser medico especialista y a mis hermanos por dar su granito de arena para lograr esta meta.

A mis adoradas y preciosas hijas Mayra Campos Chavez y Sofia Campos Chavez quienes son el pilar más importante de mi vida.

A Bonnie Gordon por su apoyo incondicional.

## **RESUMEN**

El objetivo de este estudio fue caracterizar la Morbilidad Materna Extrema de las pacientes ingresadas a Cuidados Intensivos del HBCR durante el 2015.

El estudio fue descriptivo de corte transversal, el universo fue 262 pacientes ingresadas en la sala de cuidados intensivos del Hospital de Referencia Nacional "Bertha Calderón Roque", con patologías del embarazo, parto y puerperio durante el 2015, de las cuales 108 cumplieron con los criterios de disfunción orgánica diagnosticados por clínica y paraclínicos. La fuente de información fueron los expedientes clínicos. Se usó el software SPSS versión 22.8.

Donde los resultados obtenidos fueron mujeres en edades entre 15-19 años 56 casos para 51.9%, <15 años 1 caso para 0.9%, siendo las adolescentes el grupo predominante, con procedencia rural 60 casos para 55.6%, con referente a la escolaridad primaria completa con 29%. La mayoría de pacientes eran primigestas (50.9%), realizándose 2-4 controles prenatales (45.4%), fueron captadas durante el I y II trimestre en 38.9%, respectivamente

Los principales diagnósticos de ingreso a UCI fueron: Síndrome hipertensivo gestacional (56.4%), hemorragia postparto (19.4%), sepsis grave (15.7%) Las principales disfunciones orgánicas que presentaron las pacientes con MME ingresadas en UCI por síndrome fueron: SHG 61 casos de los cuales presentaron falla multiorgánica (60.6%), Sd HELLP (16.3%), IRA (14.7%) y en menor porcentaje edema cerebral (3.2%), CID (4.9%), 35 casos presentaron Choque hipovolémico siendo las disfunciones orgánicas en orden de frecuencia Anemia severa (45.7%), falla multiorgánica (34.2%), IRA (14.2%), CID (5.7%), con respecto a choque séptico falla multiorgánica (83.3%), CID (18.1%), Los principales estudios imagenológicos fueron: ultrasonido (81.5%) y rayos X (78.7%). En menor porcentaje fueron TAC de cráneo y abdomen con 27.8% y 5.6%. Los principales procedimientos quirúrgicos realizados fueron: empaquetamiento (15.7%), lavado/drenaje (14.8%), cateterismo central (11.1%), ligadura de arterias (9.2%), histerectomía (8.3%), laparotomía y ligadura (8.3%), cesárea (3.7%) y traqueotomía (1.9%). En el 75% no se realizaron procedimientos quirúrgicos, recibieron

## **Caracterización de las pacientes con morbilidad materna extrema Hospital Bertha Calderón Roque.**

---

transfusiones sanguíneas (43.5%), otros procedimientos médicos fueron la ventilación mecánica y el uso de aminas vasoactivas en un 13.9% y 7.4%. lo que fue determinante para un índice de mortalidad de 6.4 y la relación entre near miss y mortalidad materna fue de 6.3:1.

**Palabras claves:** morbilidad materna extrema, near miss, unidad cuidados intensivos, indicadores morbilidad materna.

## **OPINIÓN DEL TUTOR**

El estudio de la Morbilidad Materna Extrema es una estrategia en Salud que tiene gran importancia ya que a través de su análisis permite evaluar la calidad de atención brindada a las pacientes embarazadas con complicaciones potencialmente graves; contribuyendo a la elaboración de estrategias que permitan salvar más vidas y disminuir las secuelas en las mujeres que estuvieron cerca de morir así como disminuir la Mortalidad Materna siendo este último un indicador de daño.

En Nicaragua han sido pocos los estudios realizados sobre los indicadores de Morbilidad Materna Extrema, por ende este estudio adquiere importancia al servir de antecedente para futuros análisis en la evaluación de la calidad de atención prestada a mujeres con Morbilidad Materna Extrema, mayor relevancia presenta al estarse llevando a cabo en nuestro país una prueba piloto sobre la Mortalidad Materna Extrema en las diferentes unidades prestadoras de servicio a la mujer durante los diferentes periodos de la gestación impulsada por el CLAP.

El monitoreo sistemático de la calidad de atención de los servicios de salud permitirá elaborar estrategias diagnósticas y terapéuticas para lograr salvar más vidas y mejorar los indicadores de Salud.

Dra. Rosibel Juárez

Gineco Obstetra.UCI

Hospital de la Mujer "Bertha Calderón Roque" Managua, Nicaragua.





## INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) Actualmente la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio. Para finales de 2015 se registraron unas 303,000 muertes maternas. Prácticamente todas estas muertes (99%) se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.<sup>1, 2</sup>

En la región de las Américas, la mayoría de muertes maternas son debidas a hemorragia ante parto y postparto, complicaciones de aborto, trastornos hipertensivos asociados al embarazo, sepsis, parto prolongado u obstruido, ruptura uterina y embarazo ectópico. La mayoría de estas complicaciones no pueden ser prevenidas y se desarrollan en forma aguda, aún en pacientes sin factores de riesgo.<sup>3</sup>

Las complicaciones obstétricas directas son responsables del 75% de defunciones maternas y se estima que 15% de mujeres embarazadas una complicación.<sup>2</sup> Se estima que el tiempo promedio para que se produzca la muerte es de 2 y 12 horas para la hemorragia post- y pre-parto, respectivamente; de 2 días para eclampsia; y de 2 y 6 días para el parto obstruido (distocia) y la infección, respectivamente. Se han definido 7 categorías de complicaciones obstétricas directas que abarcan cerca del 85% de las muertes obstétricas directas, las cuales pueden ser tratadas con éxito y evitadas en la gran mayoría de los casos mediante servicios obstétricos adecuados.<sup>4</sup>

Las complicaciones obstétricas no solamente producen las muertes maternas, sino que cuando no se realiza un abordaje adecuado o se realiza de manera tardía las mujeres llegan a sufrir complicaciones muy graves que permite clasificarlas como **“morbilidad materna severa”** y como consecuencia de éstas pueden quedar secuelas que afecten el desarrollo de vida cotidiano de las mujeres de manera permanente. Se estima que en

la región de las Américas ocurren 20 casos de morbilidad severa por cada muerte materna registrada, de estos casos, hasta una cuarta parte podrían sufrir secuelas graves y permanentes. Las muertes maternas y las complicaciones obstétricas muchas veces se asocian también a muertes perinatales.<sup>5</sup>

La morbilidad materna extrema (MME) es considerada como uno de los principales indicadores de la atención otorgada a la embarazada, a partir del año 2006 se promovió su vigilancia y análisis por considerar que presenta mayores beneficios que el estudio aislado de la mortalidad materna, basándose en el principio de que los casos de MME son mayores en número que los casos de muerte materna, lo que permite realizar un mejor análisis y llegar a conclusiones de mayor validez, considerándose entonces como el mejor complemento al estudio de la muerte materna, además contar con otras ventajas tales como el aprendizaje del manejo de caso que se puede utilizar para evitar eventos similares, o el análisis de fallas en el sistema de salud, de manera que estas bondades hacen de este indicador un evento trazador de calidad.<sup>6-10</sup>

## ANTECEDENTES

En Nicaragua, a pesar que en las últimas décadas la mortalidad materna y perinatal han sido identificados como uno de los principales problemas de salud pública, las acciones realizadas por el Ministerio de Salud no fueron muy eficaces para obtener un impacto que permitieran marcar una tendencia sostenida de disminución de estos indicadores para cumplir con los ODM 4 y 5.<sup>11</sup> A continuación se presentan algunos resultados de estudios similares realizados en Nicaragua e internacionalmente.

Úbeda realizó un estudio de corte transversal en UCI del Hospital Bertha Calderón Roque, en todas las pacientes con MME secundaria a complicaciones obstétricas durante el 2010-2011 (n=451). La población más afectada tenía entre 19 a 35 años. Las principales causas de ingreso frecuente preeclampsia grave y eclampsia, seguida por el shock séptico y shock hipovolémico. Las pacientes buscaron atención en su mayoría antes de 72 horas de haber iniciado el evento y fueron referidas o demandaron atención de forma espontánea en las primeras 24 horas; a estas pacientes en un mayor porcentaje se les aplicó las normas y protocolos de emergencia obstétricas, establecidas por el Ministerio de Salud, de forma correcta. Del total de pacientes ingresados a UCI el 96.2% egresó como near miss, en base a los criterios utilizados en el estudio y el 3.8% de las pacientes fallecieron. La relación de near miss fue de 9.8 por cada muerte materna.<sup>12</sup>

Hernández realizó un estudio de corte transversal en UCI del Hospital Bertha Calderón Roque, en todas las pacientes con morbilidad materna extrema durante el 2012 (n=272). La mayoría de casos eran adolescentes (34.5%), primigestas, con baja escolaridad y urbanas. La mediana de estancia en UCI fue de 3.6 días. Las principales causas de ingreso a UCI fueron: síndrome hipertensivo gestacional 55.3%, shock hipovolémico 10.2%, shock séptico 9.1%, enfermedad cardiovascular 8.8% y pancreatitis aguda 6.2%. Las principales complicaciones que las pacientes presentaron a su ingreso a UCI fueron síndrome de HELLP, insuficiencia renal aguda, coagulopatía intravascular diseminada, edema cerebral, edema agudo de pulmón y falla de Órganos

Múltiples en 8 casos. Los principales procedimientos quirúrgicos fueron histerectomía abdominales, laparotomía con ligaduras de vasos, empaquetamiento hemostático. El 52.5% no recibieron ningún procedimiento quirúrgico. El Índice de Mortalidad Materna fue de 6.3.<sup>13</sup>

Castillo, realizó un estudio descriptivo de cohorte transversal, cuyo universo lo constituyeron 267 pacientes embarazadas o puérpera, que ingresaron a UCI del HBCR durante 2013, el grupo etario de mayor incidencia fue de 15 -19 años con 88 casos (35.91%), el nivel de escolaridad representativo fue secundaria incompleta con 72 casos (29.38%), las pacientes procedentes de áreas rural representaron el 152 casos (62%), las primigestas aportaron el mayor números de casos de MME con 73 casos (29.79%), la estancia en UCI en el 56.73% (139 casos) de las pacientes ameritaron de 2 a 4 días de estancia y el 26% (64 casos) requirió más de 5 días para mejorar su condición clínica. Los principales síndromes que motivaron ingreso a UCI orden de frecuencia fueron: Síndrome Hipertensivo gestacional con 132 pacientes (53.87%), Shock Séptico 24 casos (9.79%), Shock Hipovolémico 16 casos (6.53%), enfermedad cardiovascular 15 casos (6.12%), dengue grave y Enfermedad Inmunológicas 12 casos respectivamente (4.89%).<sup>23</sup>

Rojas et al, realizaron un estudio de cohorte, retrospectivo de pacientes obstétricas con MME que ingresaron a la UCI de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena durante el 2006 al 2008. La incidencia de MME fue de 12.1 por 1000 nacimientos. El 27.2% eran adolescentes y 61,6% multigestantes. El principal diagnóstico asociado a la MME fue el trastorno hipertensivo del embarazo 49.5%, seguido por las hemorragias del embarazo 22.6%. Las principales disfunciones orgánicas fueron respiratorias 38.1%, hepáticas 15.2% e inmunológicas 14.6%. La transfusión fue la intervención más común 22.6%.<sup>14</sup>

Mejía et realizó un estudio transversal para determinar la MME y mortalidad materna en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México durante el 2010. La frecuencia de la MME y mortalidad materna fue de 221 y 2 casos por año, respectivamente. Las causas principales de MME fueron los trastornos hipertensivos 77.2%, hemorragia postparto 11.7% y sepsis 3.6%. La sepsis ocupó el

50.0% de mortalidad (n = 1). El índice de mortalidad fue de 0.0009% y la relación morbilidad materna extrema/mortalidad materna fue de 110, lo que expresa la buena calidad de atención recibida en el hospital de estudio.<sup>15</sup>

Oladapo et al, estudiaron la frecuencia de MME y muertes maternas durante 2002-2004 en un centro terciario de Nigeria. Hubieron 1501 partos, 211 MME y 44 muertes maternas. Los trastornos hipertensivos en el embarazo y hemorragia fueron responsables de 61.1% de MME y 50,0% de las muertes maternas. Tasa de mortalidad materna para el periodo fue de 2.931,4 por cada 100.000 partos. La razón total de muerte materna y MME fue de 1: 4,8 y se mantuvo relativamente constante durante el período de 3 años.<sup>16</sup>

## JUSTIFICACIÓN

La Morbilidad Materna Extrema comprende un conjunto de afecciones cuyo grado de severidad pueden ir desde leves a severa con riesgo inminente de perder la vida. La identificación de estas patologías es un pilar importante para el equipo de salud. Los criterios para definir a la paciente con Morbilidad Materna Extrema se basan en la presencia de al menos una de las tres directrices propuestas: la identificación de una enfermedad específica, el desarrollo de disfunción orgánica y la necesidad de intervenciones adicionales requeridas para salvarle la vida a la paciente.

La falta del conocimiento de estos factores de riesgo por parte del personal de salud y de la paciente, así como la deficiencia en la atención oportuna de las principales complicaciones del embarazo propician a que esta entidad este latente en nuestra población.

Con los resultados de este estudio pretendemos medir no solamente la frecuencia de la morbilidad materna extremas, sino también determinar sus causas para poder realizar sugerencias que permitan mejorar la calidad de atención brindada en el Hospital Bertha Calderón Roque y responder a las demandas del gobierno en términos de reducción de la mortalidad materna.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál son las características de las pacientes ingresadas con Morbilidad Materna Extrema (MME) a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Bertha Calderón entre 1° de enero al 31 de Diciembre del 2015?

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la Morbilidad Materna Extrema de las pacientes ingresadas a Cuidados Intensivos del HBCR en el periodo comprendido entre el 1 ° de enero al 31 de diciembre del 2015

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características Socio Demográficas de las pacientes en estudio.
2. Identificar las principales patologías causantes de la morbilidad extrema.
3. Determinar las medidas diagnósticas y terapéuticas indicadas a la pacientes.
4. Describir los indicadores de Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Extrema en la unidad de Cuidados intensivos del HBCR.



## MARCO TEORICO

### Evolución y concepto de Near Miss

El conocimiento de las circunstancias que llevan a una muerte materna permite identificar los factores relacionados con aspectos clínicos, comunitarios y de salud pública, sin embargo, en la última década la identificación y el análisis de casos de **Near Miss** ha emergido como un prometedor complemento, esto es, una alternativa de investigación de muertes maternas que será empleada en la evaluación y el mejoramiento de los servicios de salud materna.<sup>17</sup>

Con base en estos desarrollos se definió una metodología que fue implementada a nivel Centroamericano por la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG), aplicada en 16 hospitales de seis países de Centroamérica y a nivel Latinoamericano, aplicada en 19 hospitales de 9 países del área. Estas experiencias han generado una línea de base, que permite caracterizar el evento e identificar las causas asociadas al mismo, reconociendo las patologías que comprometen de manera importante la salud materna de las gestantes Latinoamericanas.

A partir del año 2006 la FLASOG con el apoyo de OMS/OPS, ha venido promoviendo la iniciativa de la vigilancia de los eventos que amenazan potencialmente la vida de la mujer gestante en la región de las Américas para lo cual estimuló reuniones de consenso en octubre del 2012, que permitieron establecer la denominación del evento **“Morbilidad Materna Extrema”**, definiéndolo **“Near Miss”** y concertar los criterios para para calificarla como potenciales y la identificación de casos.

La OMS adoptó la definición de Near Miss para aquellos casos en los que una mujer casi muere pero sobrevive a una complicación que ocurrió durante el embarazo, el parto o dentro de 42 días de la terminación del embarazo.<sup>17</sup>

La FLASOG define la Near Miss como “una complicación severa que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte”.

El uso de términos como “**complicaciones que amenazan la vida**”, “**potencialmente Near Miss**” y “**Near Miss**”, los cuales son a menudo intercambiados, ha generado confusión. Por lo que por consenso se llamará “**Near Miss**”.

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 (potencialmente Near Miss) o como con una complicación que amenaza la vida de la gestante. En esta última condición las mujeres se pueden recuperar, presentar incapacidad temporal o permanente o morir. Aquellas pacientes que durante el evento obstétrico sobreviven a una complicación que amenazaba la vida, son consideradas como casos de Near Miss.<sup>17</sup>

Las ventajas del uso de la Near Miss para la auditoria o revisión de casos, se fundamenta que estas ocurren con mayor frecuencia que las muertes maternas lo que permite un análisis sobre un número mayor de casos, favoreciendo una cuantificación más detallada de factores de riesgo y determinantes, además que los resultados de estudios de investigación realizados en estas pacientes pueden ser utilizados para tratar de identificar determinantes de mortalidad y morbilidad materna y plantear de acuerdo a ello estrategias preventivas y de intervención.<sup>17</sup>

La sistematización de éstos registros servirán para la monitorización de la calidad de los servicios de atención y como una fuente de aprendizaje para los profesionales de la salud. No obstante, no hay una definición universalmente aplicable y esta dependerá de las características de la atención que puede variar de una región a otra, dependiendo de su nivel de desarrollo. La presencia de eventos mórbidos y la posible muerte de una mujer embarazada son de forma dinámica y continua, iniciando con una gestante sana

y se desplaza hacia eventos de morbilidad cada vez más grave hasta la muerte, si no se interviene.<sup>17</sup>

**Embarazada sana → Morbilidad → Potencialmente Near Miss → Near Miss → Muerte Materna**

El seguimiento de la Near Miss como complemento a la vigilancia de la mortalidad materna permite la elaboración de nuevos indicadores para evaluar la calidad del cuidado que reciben las mujeres en período gestacional o puerperio. Además, el hecho que algunas de las complicaciones pueden generarse durante la hospitalización, da la oportunidad de evaluar la calidad de la atención intrahospitalaria. Adicionalmente, el contexto en que ocurre la Near Miss tiene elementos positivos asociados al sentimiento de satisfacción por “haberse salvado la vida de la mujer”, lo que facilita la entrevista, además de realizarse a la fuente primaria de información, sea mucho más productiva en lo referente a lo relacionado con la calidad de cuidado recibido.<sup>17</sup>

Para definir la identificación de casos potenciales hay criterios que permiten identificar dentro de la evolución de la complicación como son la clínica, laboratorios e intervenciones y para clasificar los casos como “Near Miss” se contemplan tres categorías, de acuerdo al criterio usado para clasificar a las pacientes:

**I. RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO (ENFERMEDAD ESPECIFICA):**

**ECLAMPSIA:** presencia de una o más convulsiones en el contexto de una paciente con pre eclampsia y ausencia de otros trastornos neurológicos; que tienen en su causa desencadenante un vaso espasmo cerebral con isquemia local, encefalopatía hipertensiva con hipo perfusión, edema vasógeno y daño endotelial.

**CHOQUE HEMORRAGICO:** cuadro clínico de hipotensión (TAS < 90 mmHg o TAM < 60 mmHg), taquicardia (frecuencia cardiaca > 100 x min), alteración del estado de conciencia, ausencia de pulsos periféricos en relación con una pérdida de volumen secundario a sangrado.

**CHOQUE SÉPTICO:** corresponde a hipotensión (TAS <90 mmHg o TAM < 60 mmHg) inducida por la sepsis a pesar de la adecuada administración de líquidos, asociada a signos de disfunción orgánica.

## II. RELACIONADO CON LA FALLA O DISFUCIÓN ORGANICA :

**CARDIACA:** paro cardiorrespiratorio o requerimiento de diuréticos endovenosos.

**VASCULAR:** hipotensión (TAS < 90 mmHg, TAM < 60 mmHg) por más de 30 minutos o asociado a sangrado; taquicardia (FC > 100 latidos por minuto) por más de 30 minutos asociado a sangrado o requerimiento de vasodilatadores en infusión.

**RENAL:** creatinina mayor de 1.2 mg/dl, oliguria que no responde a la administración de diuréticos o trastorno hidroelectrolítico severo.

**HEPÁTICA:** ictericia, hepatomegalia, bilirrubina total > o igual a 3mg/dl; transaminasas > o igual a 70 UI/L, LDH > o igual a 600 UI/L.

**METABÓLICA:** glicemia > o igual a 140 mg/dl con o sin presencia de diabetes; hiperlactacidemia > o igual a 1 mmol/l, exceso de base < o igual a -5.5; crisis tiroidea o cetoacidosis diabética.

**CEREBRAL:** coma, convulsión, desorientación o signos de focalización neurológica.

## III. RELACIONADO CON EL MANEJO

**INGRESO A UCI:** paciente que ingresa a UCI excepto para monitoreo de secundario a cirugía electiva.

**CIRUGÍA:** se refiere a procedimientos diferente al parto y la cesárea, practicado como parte del manejo de una complicación obstétrica.

**TRANFUSIÓN:** administración de tres o más unidades de hemoderivados en una paciente con compromiso hemodinámico secundario a las pérdidas hemáticas agudas (17)

Tabla 1 Prevalencia de near miss, según varios estudios.

<b>Criterios</b>	<b>Porcentaje</b>
Cínicos de una enfermedad específica	0.80-8.23
Fallo o disfunción de órganos y sistemas	0.38-1.09
Manejo instaurado a la paciente	0.01-2.99

La principal ventaja del uso de la Near Miss para la auditoria o revisión de casos, es que estas ocurren con mayor frecuencia que las muertes maternas lo que permite un análisis sobre un mayor número de casos, favoreciendo una cuantificación más detallada de factores de riesgo y determinantes, que la que se obtiene al analizar un número relativamente pequeño de muertes maternas.<sup>17</sup>

En hospitales de Benín y África del Sur, los casos de Near Miss fueron 5 a 10 veces más frecuentes que los de muerte materna, mientras que en los países desarrollados dependiendo de la definición usada, esta relación puede ser tan alta como 118 casos por muerte materna.

Para evaluar la calidad de cuidado que reciben las gestantes con Near Miss se han propuesto varios indicadores:<sup>17</sup>

- a. **El primero denominado: índice de mortalidad (IM)** el cual expresa la relación entre el número de muertes maternas en la población con Near Miss:

$$\text{[(Muerte Materna) / (\# de Near Miss) x 100 = Índice de Mortalidad}$$

Representa el número de decesos en la población con Near Miss. Un bajo IM revela una mejor calidad de atención y un alto IM una peor calidad de atención, sin existir un punto de corte específico.

**b. Relación entre Near Miss y Mortalidad Materna**

$$\text{(\# de casos Near Miss) / (\# de casos Mortalidad Materna) = Relación Near Miss/Mortalidad}$$

Resulta evidente, que antes de calcular la mortalidad deberán identificarse los casos con Near Miss.

**c. Razón de Near Miss**

$$\text{[(\# de casos Near Miss) / (\# de nacidos vivos en el mismo período)] x 1000 = Razón de Near Miss}$$

**d. Índice de Mortalidad por causa básica de Near Miss:**

$$\text{[(\# de casos de MM asociados a una causa) / (\# de casos de MM asociados a una causa) + (\# de casos de Near Miss asociado a la misma causa)] x 100}$$

Además de los múltiples cruces de variables que se describen posteriormente, estos resultados del estudio de investigación con Near Miss pueden ser empleados para identificar determinantes de mortalidad y morbilidad materna, y plantear de acuerdo con ello estrategias preventivas y de intervención en el resto de los servicios de salud de país.<sup>17</sup>

### **Causas médicas de mortalidad materna en países en desarrollo**

Las condiciones médicas que llevan a una muerte materna son clasificadas como causas directas e indirectas, las directas representa casi el 80% y las indirectas el 20%. Las estimaciones de esta distribución parecen estar cambiando, con un aumento de muertes por causas indirectas. Esto puede deberse en parte a un mejor registro de muertes indirectas y a un cambio en las tendencias epidemiológicas. Entre las causas directas, la hemorragia grave es la causa más frecuente, lo que representa

aproximadamente el 25% del total de muertes, seguido por la infección (15%), el aborto inseguro (13%), eclampsia (12%), trabajo de parto obstruido con o sin rotura del útero (8%) y otras causas directas (8%). Las causas indirectas que parecen explicar una proporción creciente de las muertes maternas son la anemia, las enfermedades cardiovasculares, la malaria, la tuberculosis, la hepatitis y otras infecciones. En algunas zonas, las condiciones relacionadas con el VIH/SIDA están aumentando como una causa indirecta importante. En la tabla 2 se presentan definiciones operativas de las principales complicaciones obstétricas directas.<sup>18</sup>

Tabla 2 Definiciones operativas de las principales complicaciones obstétricas directas.<sup>19</sup>

<b>Hemorragia</b>
<b>Anteparto</b>
• Sangrado severo antes y durante el parto: placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta.
<b>Postparto (cualquiera de los siguientes)</b>
• Sangrado que requiere tratamiento (por ejemplo, suministro de fluidos intravenosos, fármacos uterotónicos o sangre).
• Retención de placenta.
• Sangrado severo de laceraciones (vaginales o cervicales).
• Sangrado vaginal superior a 500 ml después del parto.
• Más de una toalla empapada en sangre en 5 minutos.
<b>Parto prolongado u obstruido (distocia, anormal laboral) (cualquiera de los siguientes)</b>
• Etapa prolongada de la primera etapa del trabajo de parto (> 12 h)
• Etapa prolongada de la segunda etapa del trabajo de parto (> 1 h)
• Desproporción céfalo-pélvica, incluyendo el útero con cicatrices
• Mala presentación: frente transversal o presentación de cara
<b>Sepsis puerperal</b>
• Una temperatura de $\geq 38^{\circ}\text{C}$ a más de 24 horas después del parto (con al menos dos lecturas, dado que el trabajo de parto puede causar algo de fiebre) y cualquiera de los siguientes signos y síntomas: dolor abdominal inferior, purulenta, descarga ofensiva vaginal (loquios), sensibilidad en el útero, útero no bien contraído, la historia de sangrado vaginal fuerte (Descartar malaria).
<b>Complicaciones del aborto (espontáneo o inducido)</b>
• Hemorragia debida al aborto que requiere resucitación con líquidos intravenosos, transfusión de sangre o uterotónicos.
• Sepsis por aborto (incluyendo perforación y absceso pélvico)
<b>Preeclampsia grave y eclampsia</b>
• La preeclampsia grave: presión arterial diastólica $\geq 110$ mm Hg o proteinuria $\geq 3$ después de 20 semanas de gestación. Varios signos y síntomas: dolor de cabeza, visión borrosa, hyperflexia, oliguria, dolor epigástrico, edema pulmonar.
• Eclampsia
• Convulsiones, presión arterial diastólica $\geq 90$ mm Hg después de 20 semanas de gestación o proteinuria $\geq 2$ . Los signos y síntomas de la preeclampsia grave puede estar presente.
<b>El embarazo ectópico</b>
• Hemorragia interna de un embarazo fuera del útero, dolor abdominal y shock posible de hemorragia interna; menstruaciones retrasadas o la prueba de embarazo positiva
<b>Ruptura del útero</b>
• La rotura uterina con antecedentes de trabajo de parto prolongado u obstruido cuando de pronto las contracciones uterinas detuvo. Abdomen dolorosa (dolor puede disminuir después de la rotura de útero). El paciente puede estar en shock interno de o sangrado vaginal.



**Hemorragias graves:** La hemorragia es la principal causa de mortalidad materna a nivel mundial. En los países del África subsahariana, donde los datos de más de un estudio están disponibles, la proporción de las muertes maternas por hemorragia posparto oscila entre 10% a 37%. La hemorragia posparto puede ser rápidamente fatal a menos que el tratamiento sea instituido sin demora, y las tasas de mortalidad se incrementan en zonas donde la anemia en el embarazo es muy alta. Las causas más frecuentes de hemorragia posparto son retención de placenta y atonía uterina. Las lesiones del tracto genital que ocurren durante el parto pueden exacerbar la hemorragia, pero no dan lugar a la muerte si no están presentes otras causas de sangrado.<sup>14</sup> La hemorragia prenatal es menos común como causa de muerte materna, pero la incidencia es difícil de evaluar, especialmente en los países en desarrollo. Las causas más comunes son el desprendimiento de placenta o placenta previa. Mientras que la hemorragia posparto puede ser fatal muy rápidamente (intervalo promedio desde el inicio hasta muerte: 2 horas), hemorragia antes del parto es menos agudo (intervalo promedio desde el inicio hasta la muerte: 12 horas).<sup>18</sup>

**Infección:** La sepsis puerperal sigue siendo una condición común. Conforme los informes de los estudios de África subsahariana donde hay datos disponibles, representa desde el 7.6% (datos de dos estudios realizados en Ghana) a 32.7% (datos de tres estudios en los Costa de Marfil) de las muertes maternas totales. Los factores predisponentes incluyen la cesárea y otros partos quirúrgicos, exámenes vaginales frecuentes, infecciones de transmisión sexual concurrentes, prolongada ruptura de las membranas, retención de productos de la concepción y hemorragia posparto.<sup>18</sup>

**Aborto inseguro:** El aborto inseguro es definido por la OMS como un procedimiento para terminar un embarazo no deseado ya sea por una persona que carece de las habilidades necesarias o en un ambiente que carece de las mínimas normas médicas o ambos. Aproximadamente una de cada ocho muertes maternas se estima que el resultado de un aborto inseguro. Una estimación global de la incidencia del aborto inseguro sugiere que aproximadamente 20 millones de abortos inseguros tienen lugar todos los años, casi el 90% tienen lugar en los países en desarrollo. Entre 10% y 50%

de éstos necesitan médica atención. Las complicaciones típicas de abortos inseguros son sepsis, hemorragia, perforación uterina y las lesiones del tracto genital inferior.<sup>18</sup>

**Pre-eclampsia y eclampsia:** La preeclampsia se define como el desarrollo de hipertensión durante la gestación y proteinuria significativa después de 20 semanas de gestación, durante el parto o en las 48 horas después. La eclampsia comprende convulsiones que complican la hipertensión inducida por el embarazo antes del parto, durante el parto o después del parto, en ausencia de otras explicaciones neurológicas de las convulsiones. A nivel mundial, se estima que el 12% de todas las muertes maternas están relacionadas a trastornos hipertensivos del embarazo. En África subsahariana esta proporción varía del 3% en Uganda y el 23% en Mozambique.<sup>18</sup>

**Parto obstruido:** El parto obstruido puede ser causado por desproporción céfalo pélvica, paro transverso profundo, presentaciones anormales y en los casos más raros, anomalías fetales, gemelos y tumores pélvicos. En algunas partes del mundo donde la desnutrición, las enfermedades y el matrimonio precoz son comunes, el trabajo de parto obstruido se debe principalmente a desproporción cefalopélvica, y las mujeres de baja estatura y muy jóvenes están en mayor riesgo. En países de África subsahariana, la proporción de muertes maternas causada por la obstrucción del parto y / o ruptura del útero varía de 7.0% en África del Sur a 35.1% en Nigeria. La complicación más grave de obstrucción y el trabajo de parto prolongado son las fístulas vesico-vaginal o rectovaginal. Se ha estimado que entre el 1.5 y 2 millones de mujeres en el África subsahariana viven con tales fístulas y entre 50,000 y 100,000 nuevos casos de fístulas se desarrollan cada año con grave sufrimiento físico y psicológico como consecuencia.<sup>18</sup>

### **Prevención a través de mejoras el sistema de salud<sup>18, 20</sup>**

Reducción del número de muertes maternas en relación con el embarazo y el parto puede ser logrado a través del mejoramiento de la atención de urgencia y la reducción en la demora en la búsqueda de atención, a través de la mejora de la atención prenatal, y a través de la promoción de la salud en general y las actividades de prevención de

enfermedades. Las causas de la muerte materna se han clasificado en tres fases de retardo:

- 1) Fase 1, el fallo de un paciente en buscar atención médica apropiado a tiempo;
- 2) Fase 2, demora en llegar a un centro de atención sanitaria adecuada;
- 3) Fase 3, demora en recibir atención médica adecuada en el centro de salud, incluido retraso en la referencia.

Hoestermann et al. encontraron que el 51% de las muertes maternas en la unidad de maternidad de los principales hospitales de nivel terciario en Gambia estaban relacionados con la retrasos de la Fase 3. Del mismo modo, en Dar es Salaam, 72 de 93 muertes maternas en un hospital de referencia se relacionaron con la atención médica subóptima.

El retraso de fase 3 influirá en el retraso de las otras dos fases. Si no está disponible la atención adecuada, los pacientes no se molestarán en usar el tiempo y dinero para llegar a las instalaciones de salud que sabe que no serán capaces de ayudarles con su problema. La gente en general sabe muy bien que si un centro de salud cuenta con personal interesado y competente y con servicios clave disponibles. Incluso es poco ético para fomentar en las mujeres el buscar tratamiento para problemas relacionados con el embarazo si los servicios obstétricos no existen o no funcionan. En Tanzania, un estudio reciente encontró que el principal obstáculo para el uso de la atención obstétrica de calidad no era la ignorancia o la capacidad para llegar a las instalaciones de la madre. La calidad real de la atención y los servicios críticos provistos y la distribución desigual de personal cualificado entre las zonas urbanas y rurales fueron de mayor importancia.

El retraso de fase 2 es a menudo debido a la falta de transporte o mala calidad de las carreteras, que es un problema común en muchas áreas, especialmente en la temporada de lluvias. El desarrollo de un sistema de referencia y un sistema de transporte y de comunicación entre las zonas periféricas y las instalaciones en donde el tratamiento de emergencia se puede dar puede reducir significativamente la mortalidad

materna. La demora de la Fase 1 se puede reducir a través de la educación comunitaria con información, dirigidos a las mujeres, así como a los hombres, sobre la importancia de la atención del embarazo y la necesidad de búsqueda de atención oportuna en casos de trabajo de parto prolongado.

Los datos históricos apoyan la afirmación de que la mejora en el cuidado de la salud es más importante en general que el desarrollo socioeconómico en la mortalidad materna. Por lo tanto, los datos de países como Sri Lanka, Cuba y China muestran que las intervenciones de salud incluida la mejora del acceso a la atención obstétrica de urgencia, fueron seguidas por un descenso de la mortalidad materna incluso sin grandes cambios socioeconómicos.

Además, en un grupo de mujeres en los Estados Unidos que, por motivos religiosos rechazaron toda la atención médica durante el embarazo y el parto, se observó una tasa de mortalidad materna de 870 por 100,000 nacidos vivos. Por lo tanto, la falta de una buena atención médica es la principal causa de la persistencia de altas cifras de mortalidad materna en muchos países.

### **Enfoques en la reducción de la mortalidad materna**<sup>21</sup>

#### **Enfoque de riesgo:**

Bajo la premisa de que era posible reducir y detectar con oportunidad los embarazos susceptibles de presentar complicaciones obstétricas, durante muchos años, los programas de reducción de la mortalidad materna se centraron en dos componentes principales: la atención prenatal y la capacitación de las parteras tradicionales y miembros de la comunidad para reconocer las complicaciones que se produjeran durante el parto. El propósito de esos programas era que las mujeres que padecieran complicaciones potencialmente mortales fueran transferidas oportunamente a un nivel más elevado de atención. Las deficiencias de este enfoque son:

- Se pasaba por alto la disponibilidad de atención a niveles más elevados del sistema. Los países con tasas elevadas de mortalidad materna casi siempre carecen de instalaciones y servicios de atención obstétrica de urgencia.
- Las parteras tradicionales, aunque hayan recibido capacitación, no tienen conocimientos para reconocer complicaciones porque, en general, son relativamente pocos los partos complicados que atienden durante su “carrera” y pueden carecer de autoridad para convencer a la familia de transferir a una parturienta a un hospital.<sup>21</sup>

**La atención oportuna y con calidad de la urgencia obstétrica:**

El 50% de las complicaciones obstétricas no pueden prevenirse debido a que no presentan signos o síntomas de alarma.

- **Atención del parto por personal calificado:** La mayoría de las complicaciones obstétricas se producen durante el trabajo de parto y el propio parto. Es necesario que el personal sanitario calificado reconozca rápidamente las complicaciones que amenazan la vida e intervenga a tiempo para salvar la vida de la madre. El término “personal de salud calificado” se refiere exclusivamente a las personas capacitadas en obstetricia (por ejemplo, médicos, parteras, enfermeras), con formación en las técnicas necesarias para atender partos normales y diagnosticar las complicaciones obstétricas remitir a las pacientes a servicios de mayor capacidad.<sup>21</sup>

- **Atención obstétrica de urgencia (AOU):** abarca varias funciones fundamentales para salvar las vidas realizadas idealmente en un centro de atención médica, cuando está comenzando las complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio. Es una respuesta médica a una situación potencialmente mortal y no es la normal para todos los partos. Esas funciones se dividen en 2 categorías: 1) la AOU básica (AOU-B) que puede prestarse en un centro de salud, por una enfermera, una comadrona o un médico, y 2) la AOU integral (AOU-I), que por lo general requiere las instalaciones de un hospital departamental o distrito con sala de operaciones.<sup>21</sup>

El enfoque basado en la atención oportuna y con calidad de las urgencias obstétricas, funciona basándose en la suposición de que todas las mujeres embarazadas corren riesgo de sufrir complicaciones graves y, por consiguiente, centra la atención en mejorar el acceso, la utilización y la calidad de la atención obstétrica de urgencia. El programa prioriza la preparación y la disponibilidad de establecimientos básicos e integrales de AOU, o reduce la "tercera demora" del "modelo de 3 demoras". Este enfoque es aplicado por el Programa de Prevención de la Mortalidad y la Discapacidad Maternas (AMDD) en asociación con organizaciones que ya realizan actividades sobre el terreno: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Población de las

Naciones Unidas (FNUAP), Red Regional para la Prevención de la Mortalidad Materna (RPMM), CARE, Save the Children, Consorcio para la Salud Reproductiva de los Refugiados (RHR).<sup>21</sup>

### **Razones para priorizar las complicaciones obstétricas**

Las complicaciones obstétricas directas son responsables del 75% de defunciones maternas y se estima que en cada grupo de mujeres embarazadas, 15% sufrirá una complicación. Estas complicaciones ocurren en su mayor parte de forma súbita, sin que se pueda prevenir ni predecir, por lo que se preconiza la existencia de servicios de atención obstétrica de urgencia para salvar la vida de las mujeres. Se estima que el tiempo promedio para que se produzca la muerte es de dos y doce horas respectivamente para la hemorragia post-parto y pre-parto, de dos días para la eclampsia, y de dos y seis días respectivamente para el parto obstruido (distocia) y la infección. Se han definido siete categorías de complicaciones obstétricas directas de muerte materna, que abarcan cerca del 85% de las muertes obstétricas directas, las cuales pueden ser tratadas con éxito sin pérdida de la vida en la gran mayoría de los casos mediante servicios obstétricos adecuados.<sup>22</sup>

**Descripción de los indicadores de AOU<sup>21</sup>**

Tabla 3 Indicadores de atención obstétrica de urgencia, con modificaciones.  
(Los 6 primeros son originales y los 2 últimos son nuevos).<sup>21</sup>

<b>Indicador</b>	<b>Nivel aceptable</b>
1. La disponibilidad de atención obstétrica de urgencia: básico e integral.	Hay por lo menos cinco instalaciones de atención obstétrica de urgencia (incluyendo por lo menos una instalación completa) por cada 500 000 habitantes.
2. Distribución geográfica de los centros de atención obstétrica de urgencia.	Todas las áreas subnacionales tienen por lo menos cinco de instalaciones de atención obstétrica de urgencia (incluyendo al menos un centro integral) por cada 500 000 habitantes
3. Proporción de todos los nacimientos en centros de atención obstétrica de urgencia.	(Nivel mínimo aceptable para establecer a nivel local)
4. Necesidad satisfecha de atención obstétrica de urgencia: proporción de las mujeres con mayores complicaciones obstétricas directas que se tratan en esos centros.	100% de las mujeres estimadas a tener complicaciones obstétricas directas tratadas en centros de atención de obstétrica de emergencia.
5. Cesáreas como porcentaje de todos los nacimientos.	La proporción estimada de nacimientos por cesárea en la población no es menor de 5% o mayor de 15%.
6. Tasa de letalidad obstétricas directas.	La tasa de letalidad entre mujeres con complicaciones obstétricas directas en centros de atención obstétrica de urgencia es menor de 1%.
7. Tasa de mortalidad intraparto y neonatal muy temprana.*	Estándar por determinar.
8. Proporción de muertes maternas debidas a causas indirectas en los centros de atención obstétrica de urgencia.*	Ninguna norma puede establecerse.



## MATERIAL Y MÉTODO

**Tipo de estudio:** Descriptivo de corte transversal

**Universo:** Fue conformado por pacientes con patologías de embarazo, parto y puerperio ingresadas en la sala de cuidados intensivos en el Hospital de Referencia Nacional, Hospital de la Mujer “Bertha Calderón Roque”, Managua, en el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre del 2015”

**Muestra:** conformada por 108 pacientes con complicaciones diagnosticadas por clínica o estudios paraclínico como pacientes con morbilidad materna extrema aguda.

**Criterios de inclusión:** Paciente con morbilidad extrema aguda definida por:

1. Manifestaciones de enfermedad específica
2. Disfunción orgánica: cardíaca, vascular, renal, hepática, cerebral, hematológica.
3. Relacionado con manejo: que requiere atención inmediata, transfusión de hemoderivados o cirugía de emergencia para salvar su vida.

**Criterios de exclusión:** Pacientes fallecidas en la unidad de cuidados intensivos.

**Fuente de información:** Fue recabada de expedientes clínicos de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio, revisión de estadísticas del departamento de estadísticas del Hospital Bertha Calderón Roque.

**Recolección de Datos:** se realizó revisión de archivos de ingresos de pacientes a UCI así como dichos expedientes, la información se recolectó en una ficha que fue procesada en SPSS versión 22.0 donde se analizaron de forma absoluta y relativa.

**Variables:** Edad.

Procedencia.

Unidad de salud de procedencia.

Número de gestaciones.

Días de estancia en UCI.

Antecedentes patológicos – obstétricos.

Patologías potencialmente graves.

Disfunción orgánica.

Indicadores de morbilidad materna extrema.

**Operacionalización de variables**

<b>VARIABLE</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VALOR</b>
<b>Edad</b>	Tiempo de vida en años contados desde su nacimiento hasta su ingreso.	Años	Menor de 14 años 15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años Mayor de 40 años
<b>Escolaridad</b>	Nivel de educación cursado por paciente.	Escolaridad	Iletrada Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Estudios Superiores Alfabetizada
<b>Procedencia</b>	Lugar de donde procede la paciente	Lugar	Rural Urbano
<b>Antecedentes Patológicos</b>	Patologías crónicas diagnosticadas en las mujeres previas al embarazo.	Patologías	HTA Crónica Diabetes Mellitus Cardiopatías Enfermedades Inmunológicas Tiroidopatías
<b>Gestación</b>	Número de embarazos anteriores a la gestación actual	Número	0, 1, 2, 3, 4 o mas
<b>Atención Prenatal</b>	Número de controles prenatales recibidos por paciente en el embarazo	Número	0, 1, 2, 3, 4 o mas
<b>Estancia en Unidad de Cuidados Intensivos</b>	Días de estancia que cursó la mujer en UCI.	Días	Menor de 1 1-2 Días Más de 3 días

<b>Objetivo No 2 y 3 Momento en el que ocurrió el evento</b>	Periodo en el cual la paciente presento el evento	Momento	Embarazo, parto y puerperio
<b>Morbilidad Materna Extrema</b>	Complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere una atención inmediata con el fin de evitar la muerte	Criterios de OMS	Patología: SHG, Shock Hipovolémico, Shock Séptico y Manejo : Medico – Quirúrgico.
<b>Disfunción Orgánica</b>	Diminución potencialmente reversible en la función de uno o más órganos, incapaces de mantener la homeostasis sin sostén terapéutico.	Criterio de OMS	Renal (, hematológica, cardiaca, vascular, cerebral, metabólica, pulmonar, hepática y del sistema de coagulación.
<b>Objetivo No 4 Indicadores de Near Miss</b>	Indicadores que evalúan atención de servicios donde se atienden mujeres Near Miss.	Indicador	Índice de Morbilidad Materna Extrema. Índice de mortalidad

## RESULTADOS

Durante el año 2015 ingresaron a UCI 262 mujeres embarazadas, de las cuales fallecieron 17 para una letalidad de 6.5%. De las 262 embarazadas, solamente 108 cumplieron con los criterios de inclusión (41.2%). De lo anterior se puede decir que por cada muerte materna registrada en UCI hay 6 casos near miss que ingresan a UCI y 15 embarazadas que ingresan a UCI. Por otro lado, el índice de mortalidad fue de 13.6% (17/108+17), la relación entre near miss y mortalidad materna fue de 6.3:1.

### Objetivo No.1

Tabla 1 Características sociodemográficas de pacientes ingresadas con MME en UCI, Hospital Bertha Calderón, 2015.

Características Sociodemográficas	No.	%
<b>Edad:</b>		
<15	1	0.9
15-19	56	51.8
20-24	16	14.8
25-29	19	17.5
30-34	8	7.4
35-39	7	6.4
≥ 40	1	0.9
<b>Procedencia:</b>		
Urbano	48	44.4
Rural	60	55.6
<b>Escolaridad:</b>		
Analfabeta	4	3.7
Alfabetizada	0	0.0
Primaria incompleta	28	25.9
Primaria completa	32	29.6
Secundaria incompleta	27	25.0
Secundaria completa	17	15.7

Fuente: Expediente Clínico

Las principales características sociodemográficas de las pacientes estudiadas fueron las siguientes: adolescentes 57 casos para un 52.8%, procedencia rural (55.6%) y baja escolaridad (59.2) (Tabla 1).

Tabla 2 Características Gineco-Obstétricas de pacientes con MME Ingresadas a UCI, Hospital Bertha Calderón, 2015.

Características Gineco obstétricas	No.	%
<b><u>Gesta:</u></b>		
0	55	50.9
1	20	18.5
2	17	15.7
3	7	6.5
≥ 4	11	8.3
<b><u>Para:</u></b>		
0	67	62.0
1	14	13.0
2	14	13.0
3	4	3.7
≥ 4	9	8.3
<b><u>Aborto:</u></b>		
Si	10	9.3
No	98	90.7
<b><u>Cesárea:</u></b>		
Si	9	8.3
No	99	91.7

Fuente: Expediente Clínico

La mayoría de pacientes eran primigestas (50.9%) y nulíparas (62%). Sin embargo, 9.3% tenían antecedente de aborto y 8.3% de cesáreas previas (Tabla 2).

Tabla 3

**Características Gineco-Obstétricas de pacientes con MME Ingresadas a UCI, Hospital Bertha Calderón, 2015.**

<b>Características Gineco-obstétricas</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b><u>Período intergenésico:</u></b>		
< 18	19	17.6
≥ 18	34	31.5
No aplica	55	50.9
<b><u>CPN:</u></b>		
0-1	32	29.6
2-4	49	45.4
≥ 5	27	25.0
<b><u>Trimestre de captación:</u></b>		
I	30	27.7
II	55	50.9
III	14	22.9
SD	9	8.3
<b><u>Nivel de atención:</u></b>		
Urbano	51	47.2
Rural	46	42.6
Sin dato	11	10.2

Fuente: Expediente Clínico

El 17.6% habían tenido un periodo intergenésico menor de 18 meses, la mayoría se había realizado 2-4 controles prenatales (45.4%), habían sido captadas durante el I y II trimestre en 38.9%, respectivamente. El nivel de atención urbano y rural fue de 47.2% y 42.6%, respectivamente (Tabla 3).

Tabla 4 Datos de la hospitalización de pacientes ingresadas con MME en UCI, Hospital Bertha Calderón, 2015.

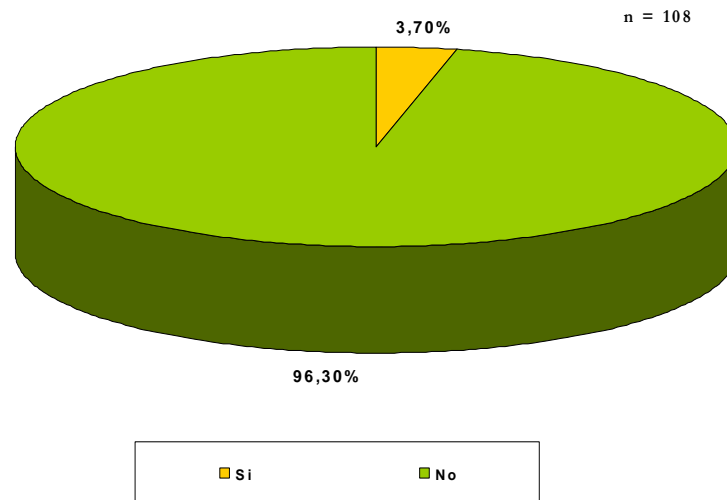
<b>Datos de la hospitalización</b>		
	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b><u>Ingreso:</u></b>		
Referida	85	78.7
Espontánea	23	21.3
<b><u>Acompañante:</u></b>		
Enfermera	23	23.1
Médico en formación	4	3.7
Médico general	3	2.8
Especialista	55	50.9
Nadie	23	23.1
<b><u>Centro de referencia:</u></b>		
Centro de salud	24	22.2
Hospital departamental	56	51.9
Hospital de Managua	6	5.6
Sin dato	22	20.4
<b><u>Estancia en emergencia</u></b>		
<b><u>(horas):</u></b>	5	4.6
<1	66	61.1
1-2	37	34.3
>2		

Fuente: Expediente Clínico.

La mayoría de pacientes ingresaron referidas por otra unidad de salud (78.7%) y solamente 21.3% fue espontáneo. El 51.9% de las pacientes fueron referidas de los hospitales departamentales y el 22.2% de centros de salud, solamente el 5.6% fue referido de un hospital de Managua. Los principales acompañantes de las unidades de salud fueron: médico especialista 50.9%, seguido por enfermera con 23.1%. Casi dos tercios de las pacientes esperaron menos de 3 horas en emergencia (Tabla 4).

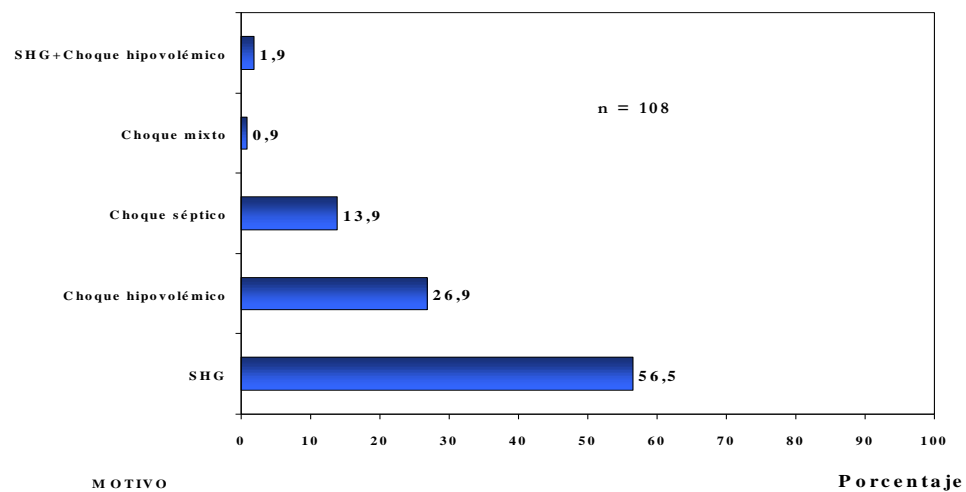


Fig. 1 Antecedentes patológicos personales de pacientes ingresadas a UCI, Hospital Bertha Calderón, 2015.



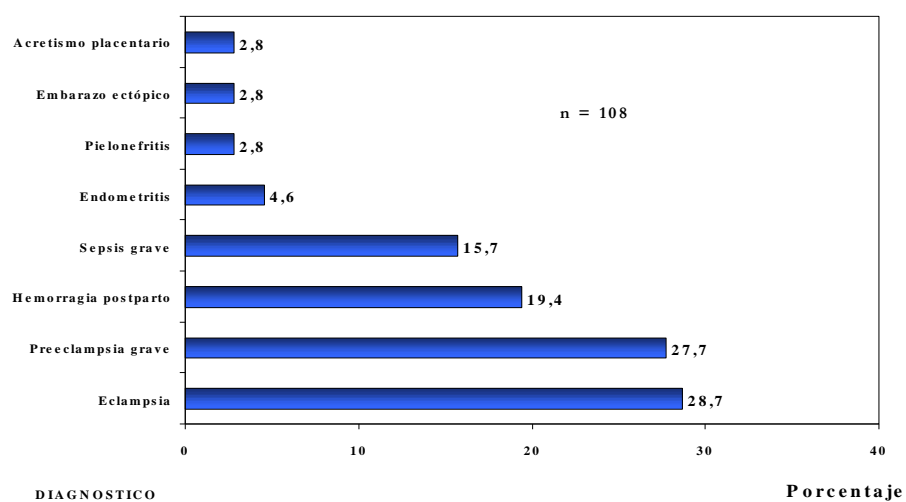
Solamente el 3.7% tenían antecedentes patológicos (Fig. 1). Los principales motivos de ingreso a UCI fueron: síndrome hipertensivo gestacional (56.5%), choque hipovolémico (26.9%) y choque séptico (13.9%) (Fig. 1).

Fig. 2 Motivo de ingreso a UCI, Hospital Bertha Calderón, 2015.



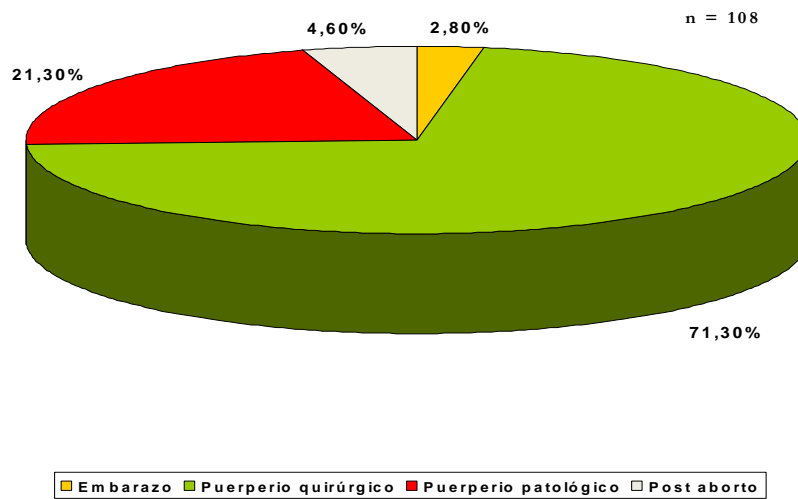
Los principales diagnósticos de ingreso a UCI fueron: Síndrome hipertensivo gestacional (56.4%), hemorragia postparto (19.4%), sepsis grave (15.7%) . Otros diagnósticos menos frecuentes fueron endometritis (4.6%), pielonefritis, embarazo ectópico y acretismo placentario con 2.8% cada uno (fig 2)

Fig. 3 Principales diagnósticos de ingreso a UCI, Hospital Bertha Calderón, 2015.



Los principales motivos de ingreso a UCI fueron: síndrome hipertensivo gestacional (56.5%), choque hipovolémico (26.9%) y choque séptico (13.9%) (Fig. 3).

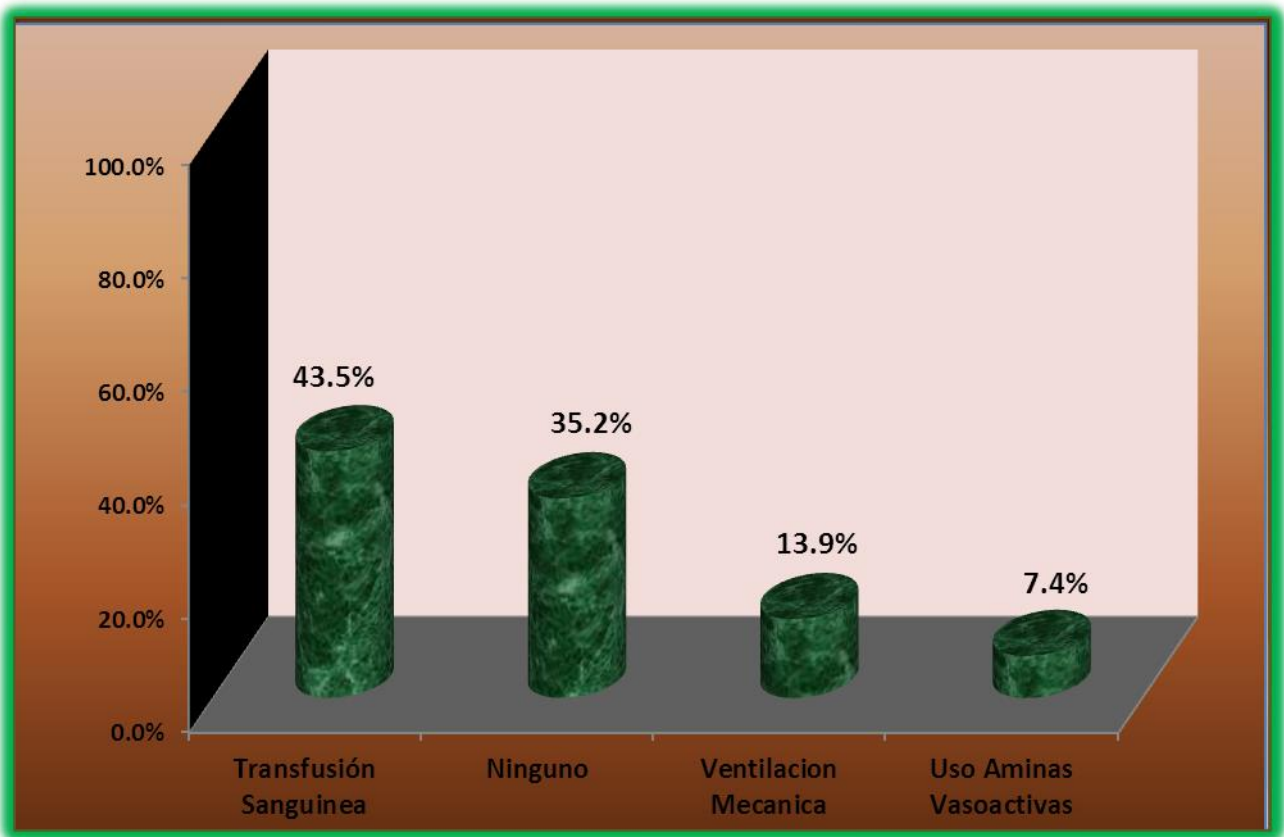
Fig. 4 Momento de la gestación al ingreso a UCI, Hospital Bertha Calderón, 2015.



Al momento del ingreso a UCI, la mayoría de pacientes estaban en puerperio quirúrgico (71.3%), seguido por puerperio patológico (21.3%), post aborto (4.6%) y embarazo en 2.8% (Fig.4).

Fig 5.

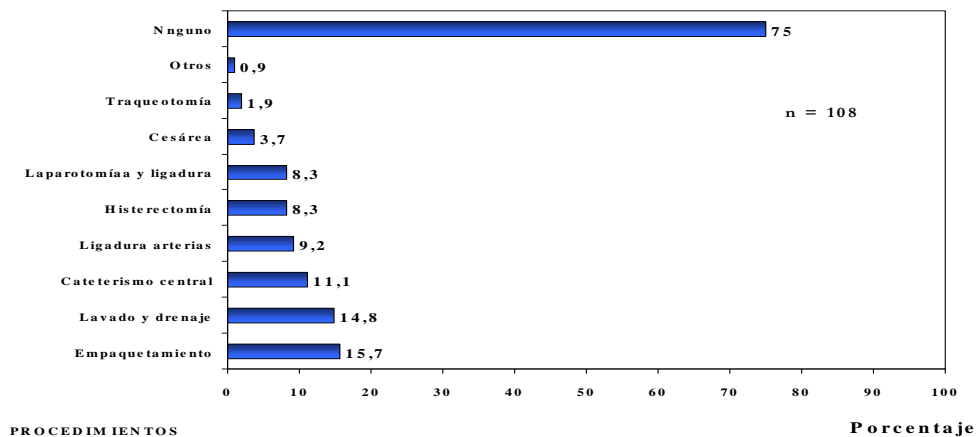
Procedimientos médicos realizados a pacientes con MME Ingresadas en UCI Hospital Bertha Calderon Roque 2015.



Fuente: Expediente Clínico

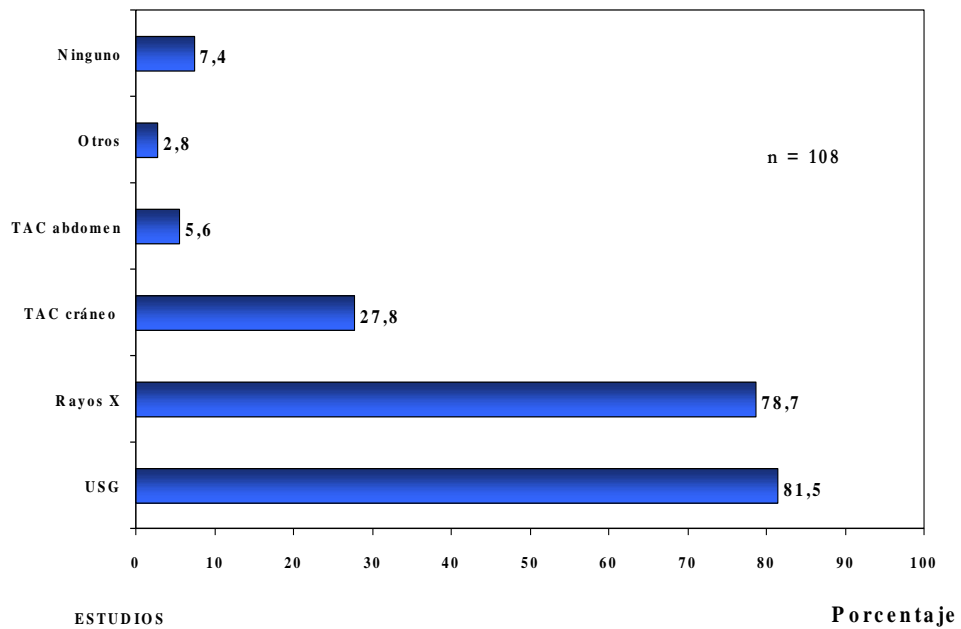
Un elevado porcentaje de pacientes requirió de transfusiones sanguíneas (43.5%), otros procedimientos médicos fueron la ventilación mecánica y el uso de aminas vasoactivas en un 13.9% y 7.4%. El 50.9% no requirió ninguno de estos procedimientos (Fig. 5).

Fig. 6 Procedimientos quirúrgicos realizados en UCI, Hospital Bertha Calderón, 2015.



Por otro lado, los principales procedimientos quirúrgicos realizados fueron: empaquetamiento (15.7%), lavado/drenaje (14.8%), cateterismo central (11.1%), ligadura de arterias (9.2%), histerectomía (8.3%), laparotomía y ligadura (8.3%), cesárea (3.7%) y traqueotomía (1.9%). En el 75% no se realizaron procedimientos quirúrgicos (Fig. 6).

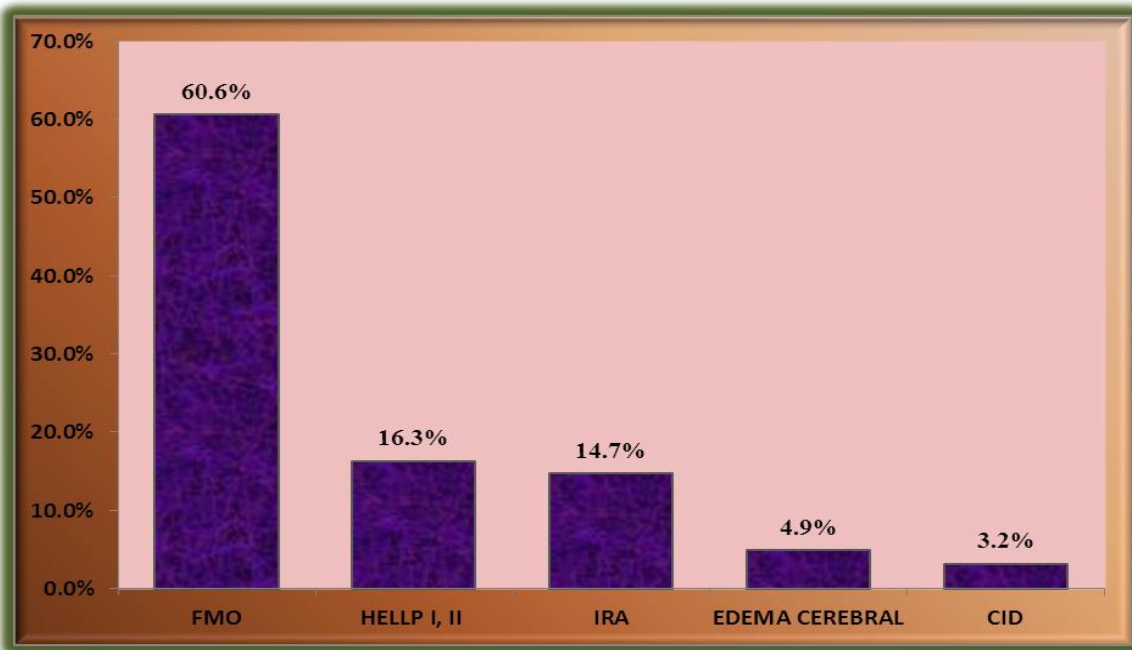
Fig. 7 Principales estudios imagenológicos en pacientes ingresadas en UCI, Hospital Bertha Calderón, 2015.



Los principales estudios imagenológicos fueron: ultrasonido (81.5%) y rayos X (78.7%). En menor porcentaje fueron TAC de cráneo y abdomen con 27.8% y 5.6%. Solamente al 7.4% no se le realizó ningún estudio imagenológico (Fig. 7).

Figura 8

**Disfunciones Organicas de SHG en pacientes con MME ingresadas en UCI, Hospital Bertha Calderón Roque, 2015**



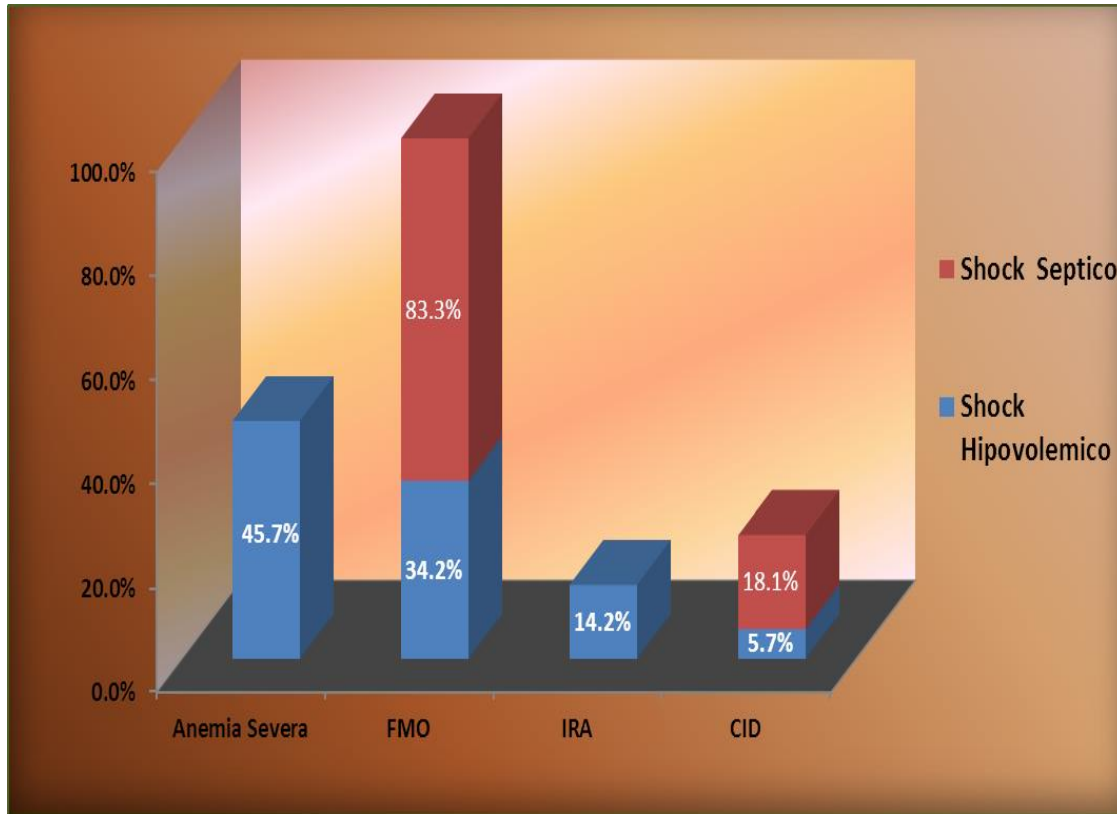
Fuente :Expediente Clínico

Las principales disfunciones orgánicas que presentaron las pacientes con MME ingresadas en uci por síndrome fueron: SHG 61 casos de los cuales presentaron falla multiorganica (60.6%), Sd HELLP (16.3%), IRA (14.7%) y en menor porcentaje edema cerebral(3.2%) , CID(4.9%)



Figura 9

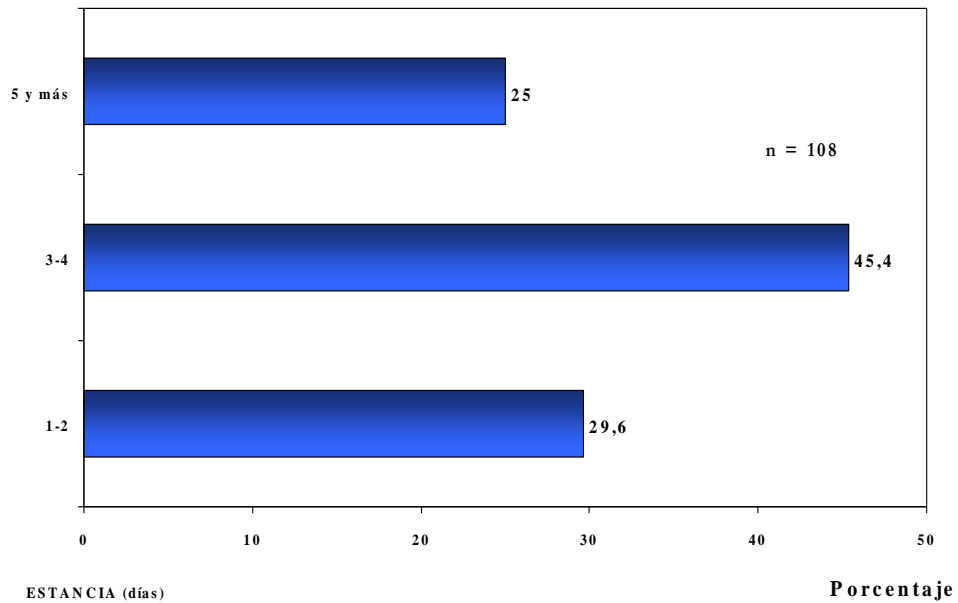
**Disfunciones Orgánicas de Shock Hipovolémico - Séptico en pacientes con MME ingresadas en UCI, Hospital Bertha Calderón Roque, 2015**



Fuente: Expediente Clínico

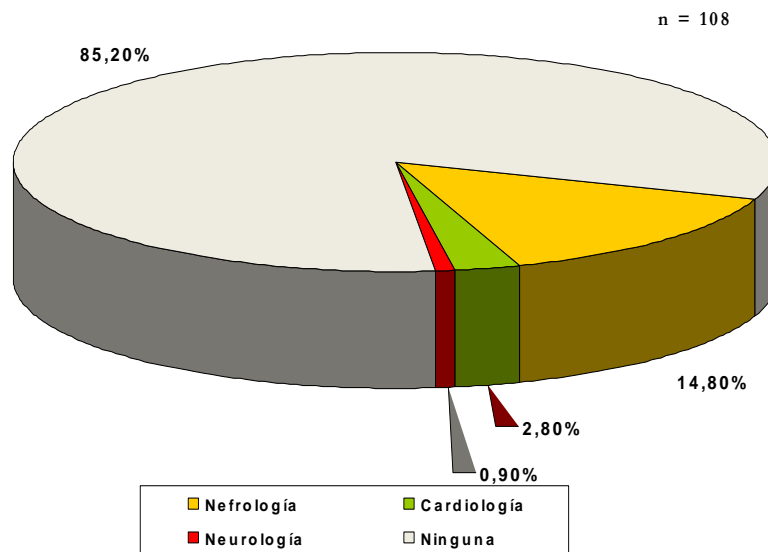
Del total de paciente que forman parte del estudio 35 casos presentaron Choque hipovolémico siendo las disfunciones orgánicas en orden de frecuencia Anemia severa (45.7%), falla multiorganica (34.2%), IRA (14.2%), CID (5.7%), con respecto a choque séptico falla multiorganica (83.3%), CID(18.1%),

Fig. 9 Estancia hospitalaria de pacientes ingresadas en UCI, Hospital Bertha Calderón, 2015.



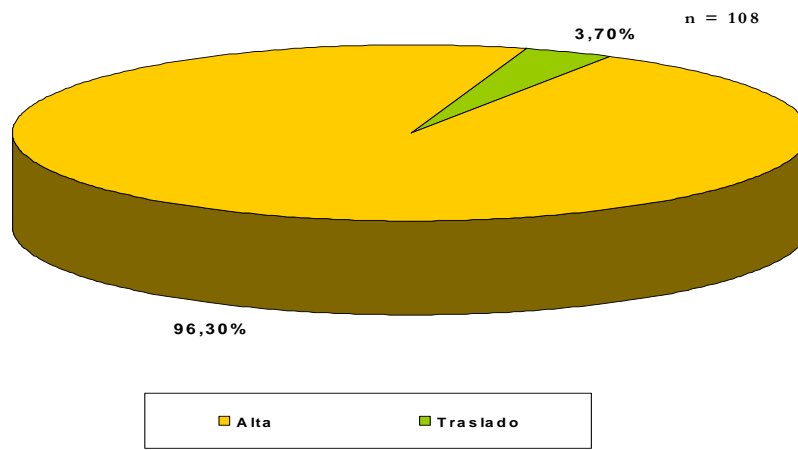
El 45.4% de las pacientes estuvieron ingresadas en UCI de 3-4 días, el 29.6% tuvo una estancia de 1-2 días y el 25% tuvo una estancia de 5 días o más (Fig. 9)

Fig. 10 Interconsulta a otras especialidad en pacientes ingresadas a UCI, Hospital Bertha Calderón, 2015.



El 85.2% de las pacientes no fue referida a ninguna especialidad, pero el 14.8% fue referida a nefrología, y en menor porcentaje a cardiología y neurología (Fig. 10).

Fig. 11 Egreso de pacientes ingresadas a UCI, Hospital Bertha Calderón, 2015.



El 96.3% de las pacientes estudiadas fueron dadas de alta y solamente 3.7% fueron trasladadas a otra unidad. (Fig. 11)

Tabla No 5

**Indicadores de MME**

Indicador	
INGRESOS DEL HBCR AÑO 2015	<b>18567</b>
NACIDOS VIVOS	<b>11073</b>
PACIENTES CON MME	<b>108</b>
MUERTES MATERNAS	<b>15</b>
ÍNDICE DE MME POR CADA 1000 NACIDOS VIVOS	<b>97.53%</b>
ÍNDICE DE MORTALIDAD	<b>6.4%</b>
RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR 10,000 NACIDOS VIVOS	<b>15.35%</b>
RELACIÓN MME:MM	<b>6.3</b>

Fuente: Expediente Clínico.

Respecto a los indicadores de MME, el total de mujeres con enfermedad potencialmente fatal fue 108, el índice de MME fue de 97.53% por cada 1000 nacidos vivos, el índice de mortalidad es de 6.4%, con una razón de mortalidad materna 97.53% por cada 10000 nacidos vivos, por cada 6 pacientes que sobrevive ocurre una muerte materna ( tabla 5)

## DISCUSION

Al analizar el comportamiento de los grupos etarios se observó que la mayoría de las pacientes captadas en este estudio estaban en edad reproductiva y en su mayoría eran adolescentes menores de 19 años sumadas a las adultas jóvenes menores de 29 años representaron el (70.2%), siendo el grupo más frecuente el de 15 – 19 años con 56 casos (51.8%), este comportamiento coincide con un estudio similar de MME realizado en el HBCR, Managua en el año 2013 por el Dra. Castillo donde este grupo aportó el 35.9% (23). [Cuadro 1]

Las mujeres procedentes del área rural representaron el mayor número de casos con MME con 60 casos (55.6%) esto se asoció a la inaccesibilidad geográfica de los servicios de salud lo que conlleva un retraso en la atención de salud en los niveles correspondientes, incrementando las complicaciones y/o secuelas orgánicas. Lo que se relaciona, los resultados reportados por un estudio multicéntrico realizados en los hospitales Quetzaltenango, Huehuetenango, San Marcos, Quiché y Alta Verapaz, Durante los meses de septiembre a diciembre 2013, donde reportan la procedencia de las pacientes MME era área rural (59.1%) y Urbana (40.9%) (24) (Cuadro 1)

Respecto al nivel educacional, la mayoría de las pacientes tenían un nivel de primaria completa con 32 casos (29.6%), seguido de primaria incompleta 28 casos (25.9%) lo cual además de denotar falta de acceso a los servicios educativos también están directamente relacionados con un bajo nivel en educación sexual y reproductiva, siendo esta población de pacientes las que tienen menos posibilidades de reconocer las señales de alarma durante la gestación. [Tabla 1]

Las primigestas aportaron el mayor número de casos de MME con 55 casos (50.9%) a diferencia de lo reportado en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena por Rojas et al, 61,6% multigestas (14). Al correlacionar la edad con el primer embarazo que se encuentra entre los 15 -19 años es el Síndrome Hipertensivo Gestacional en su más grave expresión, el que suele tener mayor incidencia. (Tabla 2)

La atención prenatal es una herramienta fundamental en la identificación de factores de riesgo, patologías crónicas y agudas lográndose una importante reducción de la mortalidad materna, del total de pacientes en estudio un 45.4% recibieron de 2-4 controles, 29.6% de 0-1 y 25% mayor de 4, dando resultados donde la captación en Atención Primaria para el Control Prenatal fuera tardía en el 78% de los casos (Tabla3).

Los hospitales departamentales aportaron 56 casos de mujeres con MME (51.9%), la cual guarda relación a que dichas pacientes son del rural, los centro de salud 24 casos (22.2%) ; los hospitales de Managua representaron el 5.6% de casos de pacientes con MME [cuadro 3].

EL Síndrome Hipertensivo Gestacional ocupa el primer lugar como causa de morbilidad materna extrema con 56.5%, seguido hemorragia postparto 26.9%, y sepsis grave 13.9% lo que se correlaciona con lo reportado literatura nacional e internacional. (Fig. 2)

El 71.3% de las pacientes se ingresaron a UCI en estado de puerperio quirúrgico ya que se decidió la terminación del embarazo por vía abdominal antes de pasar a UCI o bien se recibieron ya en ese estado desde sus unidades de salud de origen, siendo el Síndrome Hipertensivo Gestacional y sus complicaciones el principal motivo de indicación de cesárea. (Fig. 4)

Del total de paciente paciente con MME el 43.5% ameritó transfusiones sanguínea , Ventilación Mecánica un 13.9%, uso de de amins vasoactivas 7.4%, , para un total de 64.8% tratamientos médicos,). El 48% de las pacientes necesitaron transfusión de más de dos unidades de hemoderivados, siendo la principal indicación la Hemorragia Posparto por las diferentes causas [Grafico 5 ]. Estos resultados son semejantes al estudio realizado en HBCR en el año 2013(23).

Los principales procedimientos quirúrgicos realizados fueron: empaquetamiento (15.7%), lavado/drenaje (14.8%), ligadura de arterias (9.2%), histerectomía (8.3%),

laparotomía y ligadura (8.3%), cesárea (3.7%) y traqueotomía (1.9%). En el 75% no se realizaron procedimientos quirúrgicos (Fig. 6), el cual se relaciona con estudio realizado castillo en hospital Bertha Calderón 2013 que reporta , 52.5% no recibieron ningún procedimiento quirúrgico en relación a los procedimientos hay una diferencia significativa donde los principales procedimientos quirúrgicos fueron histerectomía abdominales, laparotomía con ligaduras de vasos, empaquetamiento hemostático.23)

Dentro de los estudios Imagenologicos, los más utilizados fueron: Ultrasonidos en 81.5%, Rayos "X" en 78.7% y TAC de cráneo y abdomen con 27.8% y 5.6% respectivamente, el cual guarda relación con el estudio de castillo realizado en el hospital Bertha Calderón Roque 2013(23)

Sobre la disfunción orgánica agrupadas por síndrome se encontró: SHG 61 casos de los cuales presentaron falla multiorgánica (60.6%), Sd HELLP (16.3%), IRA (14.7%) y en menor porcentaje edema cerebral(3.2%) , CID(4.9%) , 35 casos presentaron Choque hipovolémico siendo las disfunciones orgánicas en orden de frecuencia Anemia severa (45.7%), falla multiorgánica (34.2%), IRA (14.2%), CID (5.7%) el cual se relaciona con un estudio realizado en lima Perú 2007- 2009 (24)

Las pacientes tuvieron manejo multidisciplinario por las especialidades del HBCR (Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna e Intensiva, Cirugía General) y además se realizaron interconsultas con otras especialidades de diferentes centros asistenciales de Managua, Nefrología el 14.8% y en menor porcentaje a cardiología y neurología . Esto implica organización interinstitucional, con un personal altamente capacitado para atenciones oportunas con la finalidad de reducir la Mortalidad Materna en Nicaragua (Figura 10)

. Respecto a los Indicadores de MME, hubo 262 mujeres con enfermedades potencialmente fatales, 108 pacientes con MME y 17 Muertes Maternas por cada 10 mil Nacidos Vivos. El índice de MME fue 97.53% de por cada 1000 nacidos vivos; El índice de Mortalidad fue de 6.4%, la Relación MME: MM es de 6.3, esto significa que 6



mujeres sobreviven a la Morbilidad Maternas Extrema por cada Muerte Materna que ocurre [Tabla 5].

Del total de pacientes embarazadas que ingresaron a UCI EL 41.2% eran MM, el índice de mortalidad fue de 13.6% y la relación entre near miss y mortalidad materna fue de 6.3:1, lográndose una tasa similar a lo publicado por Hernández en el 2012 en el mismo hospital, este obtuvo un índice de mortalidad materna de 6.3:1, similar al reportado en este estudio. Por otro lado, la letalidad obtenida en este estudio fue de 6.5%, mientras que en el estudio de Hernández, la tasa de letalidad fue de 11% observando una considerable reducción gracias al abordaje adecuado y oportuno de un equipo multidisciplinario.

Un hallazgo relevante, es que a pesar de la severidad de los casos estudiados no se reportaron casos fatales. Las autoridades de salud deben considerar estos hallazgos y continuar el proceso de monitoreo de la MME y evaluación de la calidad de atención brindada en este hospital de referencia nacional para continuar mejorando el pronóstico y sobrevida relacionada a la atención del embarazo, parto y puerperio.

## CONCLUSIONES

1. La mayoría de las pacientes eran adolescentes, primigestas, quienes recibieron 2-4 controles prenatales ,fueron captadas en II trimestres , procedencia rural con escolaridad primaria completa y primaria incompleta, encontrando .
2. Las principales patologías relacionadas a la morbilidad materna extrema fueron síndrome hipertensivo gestacional, hemorragia postparto y sepsis grave, siendo la disfunción orgánica fueron falla multiorganica , Sd HELLP , anemia severa, IRA.
3. La mayoría de la pacientes con MME se les realizo estudios Imagenologicos, los más utilizados fueron: Ultrasonidos, Rayos "X", TAC cráneo y abdomen , siendo el tratamiento medico mas usado la transfusión sanguínea , con respecto al manejo quirúrgico empaquetamiento , lavado y drenaje de cavidad y ligadura de arterias hipogástricas.
4. Se lograron salvar 108 vidas después de una complicación potencialmente mortal, , se logran salvar 6 mujeres con MME por cada mujer que fallece el índice de mortalidad fue de 6.4%

## RECOMENDACIONES

Ministerio de salud realizar propaganda a nivel nacional a través de radio, televisión sobre los signos de alarma durante el embarazo, lo que llevaría a un reconocimiento precoz por parte de la paciente y acudir a unidad de salud oportunamente.

Educación continua al personal Médico – Enfermería para la detección precoz de signos de alarma.

A los Médicos que brindan atención en los diferentes departamentos, al tener pacientes con estas patologías que necesiten atención en segundo nivel, enviarlas precoz y oportunamente para mejor pronóstico de dichos pacientes.

Fomentar como parte de la educación secundaria un módulo de salud sexual y reproductiva, logrando de esta manera reducir el embarazo en adolescentes ya que es un grupo de riesgo, por su alta tasa de mortalidad.

## REFERENCIAS

1. WHO. World health report 2005. Make every mother and child count. Geneva: WHO, 2005.
2. WHO. Mortalidad maternal. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
3. ONU/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management for Pregnancy and Childbirth (MCPC). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2000, WHO/RHR/00.
4. Mother-baby package: implementing safe motherhood in countries - practical guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento WHO/FHE/MSM/94.11).
5. World Health Organization. Beyond the Numbers: Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer. Geneva, Switzerland: WHO, 2004.
6. Borghi J, Hanson K, Acquah CA, Ekanmian G, Filippi V, Ronsmans C, et al. Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. Health Policy Plan 2003;18:383–90.
7. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. Br Med Bull 2003;67:231–43.
8. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2009;23:287–96.
9. Cecatti JG, Souza JP, Oliveira Neto AF, Parpinelli MA, Sousa MH, Say L, et al. Pre validation of the WHO organ dysfunction based criteria for identification of maternal near miss. Reprod Health 2011;8:22.
10. 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 2004;1:3.

11. Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud./ Normativa 109: Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. Managua: MINSA, 2013.
12. Úbeda VF. Sobrevida (Near miss) de las pacientes que ingresaron a la sala de Unidad Cuidados Intensivos del Hospital Bertha Calderón Roque, con morbilidad extrema secundaria a complicaciones obstétricas en el período comprendido de Enero 2010 – Diciembre 2011. Managua: UNAN-Managua. Tesis (Especialista en Ginecología y Obstetricia). 2012.
13. Hernández LM. Morbilidad materna extrema en unidad de cuidados intensivos del Hospital Bertha Calderón en el periodo 1º de enero al 31 de diciembre del 2012. Managua: UNAN-Managua. Tesis (Especialista en Ginecología y Obstetricia). 2013.
14. Rojas JA, et al. Morbilidad materna extrema en cuidados intensivos obstétricos. Cartagena (Colombia) 2006 – 2008. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2011; 62 (2); 131-140.
15. Mejía A, et al. Morbilidad materna extrema (near miss) y muertes maternas. Arch Inv Mat Inf 2012;IV(3):146-153 147.
16. Oladapo OT. Near-miss" obstetric events and maternal deaths in Sagamu, Nigeria: a retrospective study. Reprod Health. 2005: 1;2:9
17. Calvo O. Morbilidad materna extrema: predictor de la calidad de la atención obstétrica. Comision Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca. 2014: 24-41.
18. Kvåle G, et al. Maternal deaths in developing countries: A preventable tragedy. Norsk Epidemiologi 2005; 15 (2): 141-149 141.
19. Ali M, et al. Emergency obstetric care in Pakistan: Potential for reduced maternal mortality through improved basic EmOC facilities, services, and access. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2005) 91, 105—112
20. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med 1994; 38: 1091-110.
21. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund(UNFPA), United Nations Children's Fund (UNICEF), Averting Maternal Death and Disability Program

(AMDD): Monitoring Emergency Obstetric Care: A Handbook Geneva; World Health Organization, UNFPA, UNICEF and AMDD;2009.

22. ONU/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management for Pregnancy and Childbirth (MCPC). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2000, WHO/RHR/00.7
23. Castillo “Caracterización de las pacientes con morbilidad materna extrema en cuidados intensivos del hospital de referencia nacional “Bertha Calderón Roque” 1° de enero al 31 de diciembre del 2013”

## ANEXOS

### Ficha de recolección de datos

➤ Edad : expediente : procedencia:

Menor 14Años__		escolaridad:
15 -19 Años__		analfabeta__
20-20Años__		alfabetizada__
25- 29años__		primaria
incompleta__		
30_34 años__		primaria
completa__		
35- 39anos		secundaria incompleta__
Mayor 40años__		secundaria completa__

➤ **Antecedentes patológicos personales:**

- Antecedentes Obstétricos: G\_\_ P\_\_ A\_\_ C\_\_
- ✓ Periodo intergenésico: > 18 meses\_\_ < 18 meses\_\_
- ✓ Numero de CPN: 0-1\_\_ 2- 4\_\_ Mas de 4\_\_
- ✓ Trimestre de la captación: I TMT\_\_ IITMT\_\_ IIITMT\_\_
- ✓ Nivel de atención: Urbano\_\_ Rural\_\_

➤ **Datos de hospitalización :**

- ✓ Fecha de ingreso: Referida\_\_ Espontanea\_\_
- ✓ Acompañada por : Enfermera\_\_ Medico en formación \_\_ Medico general\_\_ Especialista\_\_
- ✓ Centro de Referencia: Centro de Salud\_\_ Hospital departamental\_\_ Hospital Managua\_\_
- ✓ Estancia en Emergencia: 0-1Hr\_\_ 1\_2Hrs\_\_ Mas de 2Hrs\_\_

➤ **Datos de Estancia en la UCI:**

- ✓ **Diagnóstico de ingreso:**

- ✓ Motivo de ingreso a UCI: SHG\_\_ Shock Hipovolémico:\_\_ Shock Séptico\_\_  
Schok Mixto\_\_
- ✓ Momento de la gestación al momento de ingreso a la uci: Embarazo\_\_  
Puerperio Quirúrgico\_\_ Puerperio Patológico\_\_ Post Aborto\_\_
  
- ✓ Procedimientos Realizados en UCI:  
Médicos: Ventilación Mecánica\_\_ Transfusión Sanguínea\_\_ Uso de Aminas Vaso  
activas\_\_  
Quirúrgicos: Cateterismo central\_\_ HTA\_\_ Lavado y Drenaje de Cavidad\_\_  
Ligaduras de Arterias Hipogástricas\_\_ Traqueotomía\_\_ Cesárea\_\_  
Empaquetamiento\_\_ laparotomía y ligadura de vasos sangrantes\_\_ Otro\_\_  
Ninguno\_\_
- ✓ Estudios Imagenológicos: TAC de Cráneo\_\_ TAC de Abdomen\_\_ TAC de  
Tórax\_\_ Resonancia Magnética\_\_ Ultrasonido\_\_ Ecocardiograma\_\_  
AngioTAC\_\_ Laparoscopia\_\_
- ✓ Principales Disfunciones durante la estancia en UCI: IRA\_\_ CID\_\_ Edema  
Cerebral\_\_ Insuficiencia Hepática\_\_ Anemia Severa\_\_ SDRA\_\_ Síndrome  
helly\_\_  
Insuficiencia cardiaca\_\_ Flebitis\_\_
  
- Estancia en UCI: 1-2días\_\_ 2-4 días\_\_ Más de 5días\_\_
- Interconsulta con otras Especialidades : Neurología\_\_ Nefrología\_\_  
Hematología\_\_  
Cardiología\_\_ Urología\_\_ Dermatología\_\_ Psiquiatría\_\_ Ortopedia\_\_
- Datos del Egreso: Alta \_\_ Traslado\_\_