



MORBILIDAD MATERNA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Autores: Karla Sucet Elias Armas¹, Niursy Bravo Hernández², Reinaldo Elias Sierra³, Rodolfo Rolando Frómeta Tamayo⁴.

1. Médico General. Residente de Medicina General Integral. Policlínica Omar Ranedo Pubillones. Guantánamo. Cuba. e-mail: mariselal@infomed.sld.cu ORCID: <https://www.orcid.org/0000-0002-7159-3072>
2. Especialista de Medicina General Integral. Máster en Longevidad satisfactoria. s. Especialista de Segundo Grado. Profesor Auxiliar, Investigador Agregado. Policlínica Comunitaria Docente Omar Ranedo Pubillones. Guantánamo. Cuba. E-mail: niursy@infomed.sld.cu. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7660-8309>.
3. Especialista en Medicina Intensiva y Emergencias Médicas. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular. Investigador Auxiliar. Hospital Dr. Agostinho Neto. Guantánamo Cuba. e-mail: relias@infomed.sld.cu ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4909-168X>
4. Médico General. Residente de Medicina General Integral. Policlínica Omar Ranedo Pubillones. Guantánamo. Cuba. e-mail: rodolfoft@nauta.cu <https://orcid.org/0000-0002-7159-3072>

RESUMEN

Introducción: El análisis de la morbilidad materna es una exigencia social. **Objetivo:** Precisar la influencia de las pacientes maternas adscritas a la policlínica Omar Ranedo Pubillones en la morbilidad materna en la provincia Guantánamo durante el trienio 2017-2019. **Método:** Durante octubre y noviembre de 2020 se realizó un estudio descriptivo, transversal, y retrospectivo de todas las pacientes maternas ingresadas en el hospital Dr. Agostinho Neto que pertenecían a la policlínica (n = 71). Se precisaron la edad biológica y gestacional, situación obstétrica, relación de la morbilidad con el embarazo, parto o puerperio, modo de terminar el embarazo y criterio de morbilidad materna extrema. **Resultados:** El grupo se caracterizó por: tenían 19 a 34 años (66.2%); puérperas (el 70.4 %), tercer trimestre del embarazo (47.6 %), cesareadas (56.0 %), ingreso por hemorragia postparto (28.2 %). El 57.7 % de las enfermedades que determinaron la morbilidad materna extrema se clasificaron como difícilmente evitables en la atención primaria de



salud. **Conclusiones:** Fue baja la influencia de pacientes adscritas a mencionada policlínica en el perfil de morbilidad materna.

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

INTRODUCCIÓN

Para las familias el nacimiento de un ser humano es una satisfacción, sin embargo, cerca de 500 000 mujeres presentan complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio que determinan riesgo vital. En tal caso, si sobrevive, la situación se reconoce como pacientes con morbilidad materna extrema (MME), ⁽¹⁾ condición que se registra hasta en el 10.6 % de las gestantes. ⁽²⁾

La pertinencia social del estudio de la MME se revela por los numerosos artículos publicados en Cuba ^(3, 4) y en el extranjero ^(5, 6), pues su investigación es una de las estrategias destinadas a la mejora de la atención médica a la paciente materna (PM), lo que adquiere significados en Cuba, donde se aspira al logro de una tasa de mortalidad materna inferior a 15 x 100 000 nacidos vivos, ⁽⁷⁾ a fin de dar satisfacción a las reclamaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de Organización Panamericana de la Salud (OPS), de hasta el 2030 se reduzca la tasa mundial de muerte materna a menos de 70 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, y al menos, que la tasa de ningún país supere el doble de la media mundial. ⁽⁸⁾

Respecto al estudio de la MME, diferentes investigadores guantanameros han hecho aportes significativos, ^(9, 10), pero no se encuentran estudios que revelen de manera general la contribución del nivel primario de atención a la salud a la MME en el territorio, y de manera particular, en qué medida las pacientes adscritas a la policlínica docente comunitaria Omar Ranedo Pubillones conforman el grupo de pacientes con esta condición.

OBJETIVO

Precisar la influencia de las pacientes maternas adscritas a la policlínica docente comunitaria Omar Ranedo Pubillones de Guantánamo en el perfil de morbilidad materna extrema en la provincia Guantánamo durante el trienio 2017-2019.



MATERIALES Y MÉTODOS

Durante los meses de septiembre a diciembre de 2020, se realizó un estudio descriptivo, transversal, y retrospectivo, que se aprobó por el consejo científico y el comité de ética de la Investigación de la citada policlínica. En su desarrollo se contemplaron las exigencias éticas de la declaración de Helsinki. No se solicitó consentimiento informado a las pacientes pues no hubo contacto con ellas, pues la información se obtuvo los expedientes clínicos.

Se asumió como MME a la presentación de una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención médica urgente y oportuna el fin de evitar la muerte. ^(11, 12). Los criterios para clasificar la MME se basaron basan en la identificación de al menos una de las tres directrices siguientes:

(11, 12)

- Criterios relacionados con la condición o una enfermedad específica: ej. eclampsia, choque hemorrágico, choque.
- Criterios específicos relacionados con el manejo dado a la paciente: ej. una intervención como la admisión a una UCI.
- Criterios basados en disfunción orgánica: ej. disfunción de la coagulación, disfunción respiratoria o cerebral, etc.

El universo se conformó por todas las PM ingresadas en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del mencionado hospital durante el periodo de estudio (n = 733). Posteriormente se seleccionó como muestra, al total de pacientes adscritas a la policlínica docente comunitaria Omar Ranedo Pubillones (n = 71), en las que se precisaron las siguientes variables: edad biológica, edad gestacional, situación obstétrica, relación o no de la MME con el embarazo, parto o puerperio, modo de terminar el embarazo, realización de tratamiento quirúrgico, tipo de operación realizada, criterios de MME, complicaciones identificadas.

Para argumentar los resultados del estudio se realizó un estudio documental, a partir de una estrategia de búsqueda en las bases de datos electrónicas, con la inclusión en los diferentes motores de búsqueda de las palabras clave *maternal near miss*, *maternal mortality*, *maternal morbidity* y MME, y se recurrió al uso de los operadores booleanos AND y OR.

Para el análisis matemático-estadístico se utilizó la frecuencia absoluta (número = n)



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

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el periodo de estudio, en el Hospital Dr. Agostinho Neto de Guantánamo, ingresaron 71 pacientes adscritas a la policlínica Omar Ranedo Pubillones con criterios de MME, lo que representa una tasa de MME de 9.7 %, en esta etapa no se reportaron fallecidas por esta causa.

La tabla 1 revela que el mayor porcentaje de las pacientes tenían edad biológica entre 19 y 34 años (66.2 %); el 70.4 % eran puérperas, y el mayor porcentaje de las gestantes estaban en el tercer trimestre del embarazo (47.6 %). Además, se observa que el 56.0 % fueron cesareadas, y que la mayor proporción ingresaron por enfermedades no obstétricas (52.1 %).

La tabla 2 revela que las principales causas de MME fueron la hemorragia postparto precoz (28.2 %), la hipertensión arterial sistémica inducida por el embarazo (HTA-E 22.5 %) y la sepsis puerperal (14.1 %). La atonía uterina (12.7 % fue la principal determinante de la hemorragia postparto, la preeclampsia agravada fue la forma clínica más común de la HTA-E y la endomiometritis fue la forma más frecuente de sepsis puerperal (9.9 %). Además se expresa que la neumonía adquirida en la comunidad (9.9 %), la crisis aguda de asma bronquial (7.0 %) y la enfermedad tromboembólica en su forma clínica de trombosis venosa profunda (5.6 %). De modo más común, las enfermedades no relacionadas con el embarazo determinaron el criterio de MME.

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

En la tabla 3 se observa que al 64.8 % de las pacientes se les realizó algún tipo de tratamiento quirúrgico y se re-intervino al 7.0 %. La operación más frecuente fue la cesárea (39.4 %) y la histerectomía obstétrica (31.0 %).

La tabla 4 muestra que el 100.0 % de las pacientes estudiadas se clasificó como caso de MME por la necesidad del manejo en una UCI, el 45.1 % por presentar síntomas y signos de enfermedad específica y el 42.3 % por presentar falla orgánica. Se observa que la Hemorragia obstétrica (28.2 %) fue la enfermedad específica que de modo más



común determinó el criterio de MME; la falla cardiovascular ($n = 24$) fue por la que más se estableció el criterio de MME por falla orgánica; y la necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia ($n = 71$) dispuso el criterio de MME por manejo de la paciente en la UCI.

La tabla 5 muestra que el mayor número de las enfermedades que determinaron el criterio de MME se clasificaron como difícilmente evitables en la APS ($n = 41$ 57.7 %), pero fue elevado el porcentaje que se clasificó como potencialmente evitables en la APS ($n = 30$ 42.3 %).

Los autores no encontraron estudio en los que de modo particular se analice la contribución de la población de una policlínica en el perfil de MME, pues los consultados se refieren al estudio de población de un institución de salud o de un país, lo que muestra la pertinencia científica del estudio que se realizó.

El estudio que se presenta suplió la privación de información sobre la influencia de las pacientes adscritas a la policlínica docente comunitaria Omar Ranedo Pubillones en el perfil de MME en la provincia de Guantánamo durante el quinquenio 2017 – 2019, la que es de interés científico, pues sustenta la elaboración de acciones para la reducción de la mortalidad materna atribuible a esta policlínica. El porcentaje de pacientes maternas ingresadas que presentaron criterio de MME adscritas a la citada policlínica fue bajo, aunque lo deseable es que no ingresen pacientes por esta causa, lo que en cierta medida indica el resultado favorable de la labor del médico y la enfermera de la familia en el proceso de atención a la paciente gestante.

Las características demográficas y obstétricas de las pacientes estudiadas fueron similares a las que revelan otros autores que han estudiado la MME, ^(2, 9, 13, 14) que coinciden al referir que la edad biológica no constituye un factor de riesgo independiente de esta, aunque se ha documentado que las jóvenes entre 15 y 19 años tienen dos veces más probabilidades de fallecer durante el embarazo y parto que aquellas mayores de 20, y las menores de 15 tienen cinco veces más probabilidad de morir que las mujeres adultas. Se afirma que están expresan mayor riesgo de morir, en parte, porque tardan más en identificar las complicaciones, tienen menos confianza para acercarse a los centros de salud, o muestran una mayor dificultad para adherirse al manejo terapéutico. ^(15, 16) Lo anterior presupone que las condiciones biológicas llegan a supeditarse a las sociales y culturales.

La mayor proporción de las pacientes estudiadas fueron puérperas, motivado por



enfermedades que se manifiestan fundamentalmente durante estas etapas. ^(15, 16) Asimismo, se ha hecho notar una diferencia significativa entre la aparición de MME y la edad gestacional, por cuanto se demuestra que existe un mayor riesgo en mujeres en el tercer trimestre del embarazo. ^(19, 20) Los comentarios hechos apuntan a la necesaria atención prenatal de calidad para la identificación de condiciones que tienen la potencialidad de conducir a resultados maternos adversos, y también puede asegurarse su prevención o diagnóstico precoz.

En este estudio fue elevada la proporción de mujeres cesareadas y re-intervenidas para realizar una histerectomía obstétrica, lo que estuvo en relación con la condición materna extrema, que requiere una vía rápida para evitar un resultado letal, si bien podrá ser expresión de la necesidad de reforzar la prevención de la sepsis puerperal y el tratamiento conservador de la hemorragia en obstetricia siempre que sea posible, aspecto sobre el cual se trabaja actualmente en la provincia.

Se señala que la proporción real de pacientes con MME es difícil de determinar, pues no existe uniformidad en la definición de los criterios diagnósticos de MME, ^(12, 17) se estima que esta proporción puede llegar hasta un 37,1%, ^(4, 5) pues varía según la influencia de los criterios que se utilicen para la definición de MME; los motivos de ingreso de estas pacientes y los protocolos de tratamiento que se establezcan en cada hospital; las exigencias del sistema de salud, el acceso a los servicios médicos, y las condiciones socioculturales y económicas de cada país.

En este estudio el mayor porcentaje de las pacientes se agrupó como caso de MME en relación con la necesidad del manejo en una UCI. Los resultados obtenidos en este trabajo están basados en los criterios estandarizados para la identificación de casos seguidos por la FLASOG y la OMS. ⁽¹¹⁾ Sobre la base de los criterios de inclusión utilizados, se encontraron similares resultados que los hallados en otros estudios. ^(18, 19)

En lo que respecta al criterio de falla orgánica, la falla reportada como más prevalente fue la cardiovascular y la hematológica, el manejo reportado como más frecuente fue el ingreso a la UCI y la hemotransfusión, se observó una congruencia entre esta y el manejo instaurado. Se observó que las enfermedades no obstétricas primaron sobre las obstétricas, resultado similar a otros estudios. Ello es indicativo de una necesidad tangible: potenciar la atención multidisciplinaria de las pacientes maternas con MME. Estos resultados apoyan los revelados por otros autores ^(17, 18, 19).



Las enfermedades relacionadas directamente con los embarazos más comunes fueron la preclampsia-eclampsia, el post operatorio por endometritis y por atonía uterina. Estas se reconocen como las entidades que más frecuentemente llevan al ingreso de las pacientes maternas en la UCI; se ha señalado que hasta un 60 % se deben a preeclampsia-eclampsia y sus complicaciones. (17, 19)

Los criterios de ingreso obstétricos en unidades especializadas de cuidados críticos varían según la prevalencia de determinadas enfermedades, áreas geográficas, definiciones operativas de morbilidad, criterios de ingreso, y protocolos de tratamiento, desarrollo socio-económico, accesibilidad a los servicios de salud, entre otros aspectos relevantes, aunque se estima una utilización de cuidados intensivos obstétricos entre el 1 – 3 % de los partos, especialmente por shock hemorrágico, el embarazo ectópico, el embolismo de líquido amniótico, los trastornos hipertensivos del embarazo, la sepsis, el tromboembolismo venoso y pulmonar, la rotura uterina, el síndrome de HELLP y la coagulación intravascular diseminada, todas ellas pueden llevar al síndrome de disfunción múltiple de órganos con una elevada mortalidad. (16, 18)

Estudios realizados en Cuba conducen a reconocer que los principales diagnósticos son la sepsis puerperal, la hemorragia sobre todo por la atonía uterina, la preeclampsia-eclampsia, el embarazo ectópico, la neumonía, y cardiopatías agudizadas. (3, 20)

El hecho de que la mayor parte de las situaciones problemáticas que determinan la MME en las pacientes maternas estudiadas se agruparan en la categoría: indicadores de manejo del caso en la UCI, se relaciona con el nivel de flexibilidad en el criterio de ingreso de la paciente materna en la UCI donde se realizó este estudio, pues en esta se admite a cualquier paciente materna independientemente del nivel de gravedad, siempre que la comisión de atención a la materna crítica considere la necesidad de su vigilancia intensiva.

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

No fue objetivo de este estudio determinar los factores determinantes de la calidad de la atención médica integral a la paciente materna, si bien se reconoce que se hace



necesario emprender una investigación dirigida a esta finalidad y reflexionar sobre los factores que podrían modificarse para que el total de las pacientes con MME sean consideradas como inevitables con el desarrollo de acciones en la APS.

Resulta notable no haber identificado producción científica sobre MME en la que se analice de modo concreto el rol de la APS en su perfil epidemiológico, la que representa una limitación en la posibilidad de comparar los resultados de este estudio.

CONCLUSION

Fue baja la influencia de pacientes adscritas a mencionada policlínica en el perfil de morbilidad materna en la provincia de Guantánamo durante el periodo 2017 – 2019, y las causas determinantes de esta morbilidad se agruparon sobre todo como difícilmente evitables con el desarrollo de acciones en el nivel primario de atención a la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. La mortalidad materna en el mundo. Mundo. [en línea], 2016, may. [citado 11/02/2021]; [aprox. 3 pp.] Disponible en: [http://diariocorreo.pe/mundo/2 de mayo del 2016- 03:11](http://diariocorreo.pe/mundo/2%20de%20mayo%20del%202016-03:11)
2. Valencia DME, Toro OJ, Herrera OO. Prevalencia de morbilidad materna extrema en un hospital de segundo nivel de San Luis Potosí, México. Rev Cub Salud Púb [en línea], 2018, jan. [citado 11/02/2021]; 86(5):[aprox. 5 pp.] Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-9041201800304
3. Sanabria AAM, Barbosa JF, Sánchez RNM, Pino RG. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en el Hospital Ramón González Coro 2014 – 2017. Rev Cub Obst Ginecol. [en línea]; 2019 [citado 11/02/2021];45(3):e483. Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/483/443>
4. Mestre CVA. Clima organizacional en la atención a pacientes con morbilidad materna extremadamente grave, Rev Cub Salud Pub. [en línea]; 2019 [citado 11/02/2021]; 45(1):[aprox. 9p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org/article/rcsp/2019.v45.n1/e988/es/>



5. Nava ML, Urdaneta M JR, González I ME, Labarca L, Silva BÁ, Contreras B A, et al. Caracterización de la paciente obstétrica críticamente enferma, experiencia de la maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", Maracaibo, Venezuela: 2011-2014. Rev. chil. obstet. Ginecol. [en línea], 2016, ago. [citado 11/02/2021]; 81 (4): 288-296. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400004>.
6. Pérez CAA, Carrillo ER, Briones GJC, Díaz de León PMA, Moreno SA. Los procesos hospitalarios son adecuados o son incidentes adversos por omisión y provocan la no disminución de la mortalidad materna Rev Mex Anesthesiol [en línea], 2016, dic. [citado 11/02/2021]; 39 (4): 308-310. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/rma>
7. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Objetivos de trabajo y criterios de medida para el año 2019. La Habana. [en línea], 2019, abr. [citado 11/02/2021]; [aprox. 11 pp.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/editorhome/files/2020/01/objetivos-Minsap-2020.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). [en línea], 2016, mar [citado 11/02/2021]; [aprox. 6 pp.]. Disponible en: http://www.who.int/entity/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/index.html
9. Bordelois AM, Elías SR, Choo UT, Estevan SJA, Díaz TE. Morbilidad y mortalidad materna en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Dr. Agostinho Neto. MEDISAN [en línea]. 2018 [citado 11/02/2021];22(6):627. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2170>
10. Ferreiro HLB, Diaz JMM, López MRE, Vient RLC. Factores de riesgo de infección puerperal en el Hospital Dr. Agostinho Neto. Rev Inf Cient. [en línea]. 2016 [citado 11/02/2021];95(3):425-436. Disponible: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2433/4038>
11. Localiza G. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. FLASOG [en línea]. Flasog.org. 2017 [citado 11/02/2021]. Disponible en: <http://www.flasog.org/>
12. Say L, Chou D, Gemmill A., Tunçalp Ö, Moller AB, & Daniels J. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. Lancet Global Health [en línea]; 2014



- [citado 11/02/2021]; 2(6): 323-33. Disponible en:
[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(14\)70227-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(14)70227-X.pdf).
13. Alkema L. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. [en línea]. 2016 [citado 11/02/2021]; 387(10017):462-74. Disponible en:
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0123-2>
14. Suárez GJA, Gutiérrez MM, Quincose RM, Gómez PY, Gómez MB. Adherencia a las buenas prácticas clínicas del manejo de la morbilidad materna extrema grave. *Rev Cub Obst Ginecol*. [en línea] 2019; [citado 09/04/2020]; 45(3):e481. Disponible en: <http://www.revGINECOBSTERICIA.sld.cu/index.php/gin/article/view/481/422>
15. Chávez Z, Carolina S. Satisfacción sobre la infraestructura y la calidad de atención en la consulta de Gineco-Obstetricia de un establecimiento de atención primaria. *Horiz Med* [en línea]; 2016 [citado 11/02/2021]; 16 (1): 38-47. Disponible en: 2016; <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371644760005>
16. Atienzo E, Suarez L, Meneses M, Campero L. Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú. *Rev Med Hered* [en línea]. 2016 [citado 11/02/2021];27(3):131-138. Disponible:
<http://dx.doi.org/10.15446/revmedhered.v27n3.3206780>
17. Prick BW, Duvekot JJ, Van Rhenen DJ, Jansen AJG. Transfusion triggers in patients with postpartum haemorrhage. *ISBT Science Series* [en línea]. 2016 [citado 11/02/2021]; 11(Suppl-1):220-7. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/voxs.12211/full>
18. Carrillo FJ, García BC. Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta, Colombia. *Hacia promoc salud* [en línea]. 2016; [citado 11/02/2021]; 21(1):15-25. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.2>
19. Puerta PA. Identificación de la sepsis obstétrica. *Rev Latin Perinat* [en línea]; 2017 [citado 11/02/2021]; 20(2):72-9. Disponible en:
http://revperinatologia.com/images/Identificacion_precoz_la_sepsis_obstetrica.pdf
20. Muñoz RM, Toledo OD, Vanegas EO, Álvarez PV. Morbilidad materna extremadamente grave en el Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa. *Rev Cub*



Obstet Ginecol [en línea]; 2016 jun[citado 11/02/2021]; 42(3): [aprox. 10 p.].
Disponble en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/75>

Anexos

Tabla 1: Caracterización de la morbilidad materna extrema según la edad biológica, la situación obstétrica, la edad gestacional y modo de terminación del embarazo

Indicador		Total	
		n	%
Grupo de edades (años) (n = 71)	18 o menos	12	16.9
	19 - 34	47	66.2
	35 y mas	12	16.9
Situación obstétrica (n = 71)	Gestante	21	29.6
	Puérpera	50	70.4
Edad gestacional (trimestre) (n = 21)	Primer trimestre	5	23.8
	Segundo trimestre	6	28.6
	Tercer trimestre	10	47.6
Modo de terminación del embarazo (n = 50)	Cesárea	28	56.0
	Parto vaginal	16	32.0
	Rotura embarazo ectópico	5	10.0
	No terminaron el embarazo	21	42.0
Tipo de enfermedad (n = 71)	Obstétrica	34	47.9
	No obstétrica	37	52.1



Tabla 2: Distribución de las pacientes maternas según enfermedades diagnosticadas y su relación con el embarazo, el parto o el puerperio

Enfermedades diagnosticadas		n	%	
Enfermedades relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio	Hemorragia postparto precoz (n = 20 28.2 %)	Atonía uterina	9	12.7
		Embarazo ectópico	5	7.0
		Acretismo placentario	4	5.6
		Hematoma retroplacentario	2	2.8
	Hipertensión arterial sistémica inducida por el embarazo (n = 18 25.4 %)	Preclampsia agravada	12	16.9
		Eclampsia	4	5.6
		Síndrome de HELLP	2	2.8
	Sepsis puerperal (n = 10 14.1 %)	Endomiometritis puerperal	7	9.9
		Endometritis puerperal	3	4.2
	Coolestásis del embarazo		1	1.4
	Diabetes Mellitus gestacional de difícil control		1	1.4
	Miocardiopatía puerperal descompensada		1	1.4
Enfermedades no relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio	Neumonía adquirida en la comunidad		7	9.9
	Crisis aguda de asma bronquial		5	7.0
	Trombosis venosa profunda		4	5.6
	Dengue grave		2	2.8
	Postoperada por mioma uterino		2	2.8
	Pielonefritis aguda		2	2.8
	Colecistitis aguda litiásica		2	2.8
	Postoperada por apendicitis aguda		2	2.8
	Postoperada por rafia de vejiga y cistostomía		1	1.4
	Conmoción cerebral		1	1.4
	Pericarditis aguda con derrame		1	1.4
	Postoperada por hemoperitoneo por trauma esplénico		1	1.4
	Hiperaldosteronismo primario		1	1.4
	Infarto isquémico cerebeloso		1	1.4
	Postoperada por oclusión intestinal por bridas		1	1.4
	Crisis vasoclusiva/secuestro de Sicklemia		1	1.4
	Síndrome de Marfan		1	1.4
	Cetoacidosis diabética		1	1.4



Tabla 3: Caracterización de las pacientes de acuerdo con tratamientos quirúrgicos

Indicador		n	%
Realización de tratamiento quirúrgico (% n = 71)	Si*	56	64.8
	No	25	35.2
Demanda de reintervención quirúrgica (% n = 71)	Si	5	7.0
	No	66	93.0
Tipo de operación realizada (% n = 71) *			
Cesárea		28	39.4
Histerectomía obstétrica		22	31.0
Salpingectomía y ooforectomía		5	7.0
Apendicectomía		2	2.8
Sutura/perforación intestinal, resección intestinal, anastomosis termino-terminal, colostomía		2	2.8
Miomectomía		2	2.8
Esplenectomía postrauma abdominal		1	1.4

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

Tabla 4: Distribución de las pacientes maternas estudiadas según criterio de morbilidad materna extrema

Criterio de morbilidad materna extrema relacionado con:*		n	%	
Enfermedad específica n= 32 45.1%	Hemorragia obstétrica	20	28.2	
	Eclampsia/Preeclampsia severa	18	25.4	
	Sepsis puerperal	10	14.1	
	Shock	16	22.5	
Disfunción orgánica n = 30 42.3 %	Cardiovascular n = 24	Choque-cualquier etiología	18	25.4
		Pa sistólica/diastólica elevada persistente	14	19.7
		TVP/embolismo pulmonar	4	5.6
		Edema pulmonar agudo	1	1.4
		Paro cardíaco	1	1.4
		Miocardopatía puerperal/riparto	1	1.4
		Respiratorio n= 2	Ventilación invasiva o no invasiva	1
	SDRA	1	1.4	
	Renal n = 18	Trastorno severo/equilibrio ácido-básico	15	21.1
		Trastorno severo hidroelectrolítico	18	25.4
		Insuficiencia renal aguda	3	4.2
	Hematológico n=4	Síndrome de HELLP	2	2.8
		Coagulopatía dilucional	3	4.2
	Hepático n=3	Íctero, enzima hepáticas elevadas	3	4.2
Metabólica n=1	Cetoacidosis diabética	1	1.4	
Neurológico n= 2	Convulsión epiléptica	1	1.4	
	Enfermedad cerebrovascular	1	1.4	
Manejo de paciente n = 71 100.0%	Necesidad/cirugía emergente	30	42.3	
	Necesidad de ingreso en la UCI	71	100.0	
	Necesidad de hemoterapia	29	40.8	



Leyenda: Leyenda: (*): una paciente pudo ser clasificada en más de un criterio;
TVP: Trombosis venosa profunda; SDRA: Síndrome de dificultad respiratoria del
adulto; Pa: Presión arterial; % calculados respecto a n = 71

Tabla 5: Caracterización de la morbilidad materna extrema en pacientes adscritas a la policlínica Omar Ranedo según criterios de evitabilidad en la atención primaria de salud

Criterio de evaluación*		n	%
Evitabilidad	Morbilidad materna extrema en pacientes		
Potencialmente evitable (n = 30 42.3 %)	Preclampsia agravada	12	16.9
	Neumonía adquirida en la comunidad	7	9.9
	Crisis aguda de asma bronquial	5	7.0
	Embarazo ectópico	5	7.0
	Eclampsia	4	5.6
	Dengue grave	2	2.8
	Pielonefritis aguda	2	2.8
	Colesistis aguda litiásica	2	2.8
	Diabetes Mellitus gestacional de difícil control	1	1.4
	Crisis vasocúlica/secuestro de Sicklemia	1	1.4
	Cetoacidosis diabética	1	1.4
Difícilmente evitable (n = 41 57.7 %)	Trombosis venosa profunda	4	5.6
	Postoperada por mioma uterino	2	2.8
	Pericarditis aguda con derrame	1	1.4
	Hiperaldosteronismo primario	1	1.4
	Colestásis del embarazo	1	1.4
	Infarto isquémico cerebeloso	1	1.4
	Oclusión intestinal por bridas	1	1.4
	Atonía Uterina	9	12.7
	Endometriitis puerperal	7	9.9
	Acretismo placentario	4	5.6
	Endometritis puerperal	3	4.2
	Hematoma retroplacentario	2	2.8
	Síndrome de HELLP	2	2.8
	Apendicitis aguda	2	2.8
	Postoperada por rafia de vejiga y cistostomía	1	1.4
Convulsión cerebral	1	1.4	
Hemoperitoneo por trauma esplénico	1	1.4	
Miocardopatía puerperal descompensada	1	1.4	
Síndrome de Marfan	1	1.4	

Leyenda: (*): una paciente pudo tener más de un criterio