



Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca*

Omar Calvo-Aguilar,* Víctor Edilberto Morales-García,** Jaime Fabián-Fabián***

Nivel de evidencia: II-1

RESUMEN

Antecedentes: la morbilidad obstétrica extrema es un prometedor complemento a la investigación de muertes maternas que se utiliza para evaluar y mejorar los servicios de salud materna. Se trata de una complicación obstétrica severa que pone en riesgo la vida de la mujer embarazada y que requiere una intervención médica urgente para prevenir la muerte de la madre.

Objetivo: identificar las principales determinantes de la morbilidad obstétrica extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca.

Material y método: estudio observacional, transversal, de revisión de expedientes de tipo analítico. Se buscaron los códigos relacionados con los padecimientos que pudieron originar la morbilidad obstétrica extrema y las causas indirectas que pudieron ocasionarla.

Resultados: la prevalencia de morbilidad obstétrica extrema fue de 2.1%. Las comorbilidades más frecuentes fueron: eclampsia, insuficiencia hepática y preeclampsia que dieron la razón de momios y la significación estadística más altas. La asociación de morbilidad obstétrica extrema derivada de la intervención quirúrgica, a pesar de tener una prevalencia alta, se mostró como un factor protector. Hubo otras variables asociadas pero no tuvieron significación y sus intervalos de confianza estuvieron por debajo de la unidad, como sucedió con la insuficiencia renal y metabólica y la transfusión sanguínea.

Conclusiones: la morbilidad obstétrica extrema tuvo una prevalencia similar a la reportada en otros países. Casi siempre la originan enfermedades específicas (FLASOG): preeclampsia, eclampsia y hemorragia obstétrica. Las enfermedades del grupo de insuficiencia orgánica fueron menos frecuentes pero su asociación con la morbilidad obstétrica extrema fue más significativa. Las agrupadas en el rubro de intervención no tuvieron significación estadística.

Palabras clave: morbilidad obstétrica extrema, embarazo complicado, complicaciones del embarazo.

ABSTRACT

Background: Obstetric Morbidity Extreme (OME) is a promising addition to the investigation of maternal deaths and is used for the evaluation and improvement of maternal health services is defined as a severe obstetric complication that threatens the life of the pregnant woman and requires urgent medical intervention to prevent death of the mother.

Objective: To identify association between diseases and obstetric morbidity Extreme.

Material and method: Transversal review analytical records. We searched for codes related to conditions that could cause extreme obstetric morbidity and the indirect causes that might cause it.

Results: The prevalence of OME 21 per 1000 newborns, diseases with greater association were eclampsia, liver failure and preeclampsia yielded the highest OR and statistical significance, the association of OME derived from surgery despite having a high prevalence in the analysis showed no association, in the same way if other variables showed association but had no significance and confidence intervals are below the unit that is the case of renal failure, metabolic failure and blood transfusion.

Conclusions: The OME is caused by group entities specific disease (FLASOG) in most cases such as preeclampsia, eclampsia and obstetric hemorrhage.

Key words: obstetric morbidity extreme, complicated pregnancy, complications of pregnancy.

RÉSUMÉ

Antécédents: la morbidité obstétrique extrême est un complément prometteur à la recherche de morts maternelles qui est employé pour évaluer et améliorer les services de santé maternelle. Il s'agit d'une complication obstétrique sévère qui met en risque la vie de la femme enceinte et qui a besoin d'une intervention chirurgicale d'urgence afin de prévenir la mort de la mère.

Objetivo: identificar los principales determinantes de la morbilidad obstétrica extrema a l'Hôpital Général Dr. Aurelio Valdivieso, Services de Santé d'Oaxaca.

Matériel et méthode: étude observationnelle, transversale, de révision de dossiers de type analytique. Nous avons cherché des codes relatifs aux conditions extrêmes qui pourraient entraîner la morbilidad obstétrica et les causes indirectes qui pourraient lui faire.

Résultats: la prévalence de morbilidad obstétrica extrema a été de 2.1%. Les comorbidités les plus fréquentes ont été: éclampsie, insuffisance hépatique et pré-éclampsie qui ont donné la raison de possibilités et la signification statistique les plus hautes. L'association de morbilidad obstétrica extrema dérivée de l'intervention chirurgicale, malgré le fait d'avoir une haute prévalence, s'est montrée comme un facteur protecteur. Il y a eu d'autres variables associées, mais elles n'ont pas eu de signification et leurs intervalles de confiance ont été au-dessous de l'unité, comme s'est passé avec l'insuffisance rénale et métabolique et la transfusion sanguine.

Conclusions: la morbilidad obstétrica extrema a eu une prévalence semblable à celle rapportée dans d'autres pays. Des maladies spécifiques (FLASOG) sont presque toujours à son origine: pré-éclampsie, éclampsie et hémorragie obstétrica. Les maladies du groupe d'insuffisance organique ont été moins fréquentes, mais leur association avec la morbilidad obstétrica extrema a été plus significative. Celles qui sont groupées dans la rubrique d'intervention n'ont pas eu de signification statistique.

Mots-clés: morbilidad obstétrica extrema, grossesse compliquée, complications de la grossesse.

RESUMO

Antecedentes: A morbilidad obstétrica extrema é um prometedora complemento aos estudos de morte materna que se utiliza para avaliar e melhorar os serviços de saúde materna. Trata-se de uma complicação obstétrica severa que põe em risco a vida da mulher grávida e que requer uma intervenção médica urgente para prevenir a morte da mãe.

Objetivo: Identificar as principais determinantes da morbilidad obstétrica extrema no Hospital Geral Dr. Aurélio Valdivieso, Serviços de Saúde de Oaxaca (México).

Material e método: Estudo observacional, transversal, de revisão de expedientes do tipo analítico. Foram pesquisados os códigos relativos às condições que podem causar morbilidad obstétrica extrema e as causas indiretas que podem causá-la.

Resultados: A prevalência de morbilidad obstétrica extrema foi de 2,1%. As correlações mais frequentes foram: eclampsia, insuficiência hepática e pré-eclampsia que deram a razão de múmias e as estatísticas mais altas. A associação de morbilidad obstétrica extrema derivada da intervenção cirúrgica apesar de ter uma prevalência alta, foi mostrada um fator protetor. Houve outras variáveis associadas, mas não tiveram significância e seus intervalos de confiança estiveram por debaixo da unidade, como sucedeu com insuficiência renal e metabólica e a transfusão sanguínea.

Conclusões: A morbilidad obstétrica extrema teve uma prevalência similar a da comunicada em outros países. Quase sempre se originam doenças específicas (FLASOG): pré-eclampsia, eclampsia e hemorragia obstétrica. As doenças do grupo de insuficiência orgânica foram menos frequentes, mas sua associação com a morbilidad obstétrica extrema foi mais significativa. As agrupadas no rubro de intervenção não tiveram significâncias estatísticas.

Palavras-chave: morbilidad obstétrica extrema, gravidez complicada, complicações da gestação.

* Médico ginecoobstetra, subespecialista en Medicina Materno Fetal, adscrito a la División de Ginecología y Obstetricia.

** Médico ginecoobstetra, jefe del servicio de Ginecología.

*** Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca.

Correspondencia: Dr. Omar Calvo Aguilar. García Vigil 317, colonia Centro, Oaxaca de Juárez 68000, Oax. Correo electrónico: omarcalvoaguilar@hotmail.com

Recibido: agosto, 2010. Aprobado: octubre, 2010.

* Artículo premiado con el tercer lugar al trabajo científico Dr. Luis Castelazo Ayala presentado en el LXI Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia 2010, que se celebró en la ciudad de Chihuahua los pasados 26 al 30 de octubre.

Este artículo debe citarse como: Calvo-Aguilar O, Morales-García VE, Fabián-Fabián J. Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca. Ginecol Obstet Mex 2010;78(12):660-668.

Los eventos adversos durante el embarazo, el parto o el puerperio desencadenan una serie de consecuencias económicas, sociales y psicológicas, por eso se consideran una situación de catástrofe. La mayoría de las mujeres afectadas son de un medio socioeconómico bajo. En el caso de México, los 100 municipios de menor índice de desarrollo humano se encuentran en los estados de Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Nayarit y Oaxaca. Según datos oficiales, estos lugares tienen altas tasas de mortalidad materna,¹ que es solo "la punta de un iceberg"; es decir, que la morbilidad materna equivale a la base amplia y que aún no se ha descrito porque los estudios hospitalarios son limitados, y porque su diseño, ejecución y análisis son difíciles.²

La prevalencia de morbilidad difiere en los países en vías de desarrollo con respecto a los países industrializados. En el Reino Unido es de 12.0 por cada 1000 nacimientos.³ En

los países en desarrollo la cifra es cuatro veces mayor y aún puede incrementarse debido al subregistro. Las complicaciones se relacionan directamente con la falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad. Además, con frecuencia los servicios no pueden responder a las situaciones de urgencia y la calidad en la atención es deficiente.

La identificación de casos con morbilidad obstétrica extrema o morbilidad materna extrema es un prometedor complemento a la investigación de muertes maternas y se usa para evaluar y mejorar los servicios de salud materna porque son más que los casos de mortalidad, lo que permite mejores conclusiones acerca de los factores de riesgo y de la calidad de la atención. El aprendizaje en la atención de las pacientes que superviven puede utilizarse para evitar nuevos casos de muerte materna, identificar factores de riesgo o situaciones similares, y mejorar la conducta y atención de las pacientes. Los elementos derivados del análisis de la morbilidad obstétrica extrema son de mejor comprensión para el personal de salud (“atención exitosa de la paciente”) que los de muerte materna. También pueden utilizarse como punto de partida para evaluar los servicios de salud. En los países industrializados se utiliza para valorar la calidad de los programas de maternidad segura en la población o para el estudio de casos.^{4,5}

En los estados que tienen los primeros lugares, a nivel nacional, en muerte materna es importante analizar los factores que contribuyen a esa situación. Durante el último decenio, el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, de los servicios de Salud de Oaxaca, tuvo tasas, comparadas con otros países, muy altas de mortalidad materna. Por eso la revisión de los casos de morbilidad obstétrica extrema sirve como punto de partida para evaluar el fenómeno de mortalidad materna en la Institución.

La definición de la morbilidad obstétrica es decisiva para establecer los parámetros de evaluación de la morbilidad obstétrica extrema. La Organización Mundial de la Salud define la morbilidad obstétrica directa como resultado de complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos que resulta de cualquiera de los anteriores. La definición de morbilidad obstétrica extrema, según RC Pattinson, es una complicación obstétrica severa que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere una intervención médica urgente para prevenir la muerte de la madre.³ La definición está claramente vinculada con la atención de la salud

por el sistema e implica que toda la morbilidad puede prevenirse. Este enfoque incluye las definiciones basadas en la atención, clínica, órganos y sistemas; sin embargo, no hay un patrón de referencia para definir la morbilidad obstétrica extrema, por eso depende del contexto local.^{4,5}

La prevalencia de morbilidad obstétrica extrema va en paralelo con las tasas de mortalidad materna. En los países industrializados, la prevalencia va de 0.05 a 1.7%. En los países en vías de industrialización, la prevalencia va de 0.6 a 8.5%.⁹ En una revisión sistemática de 30 estudios realizada en el año 2004 se encontró que entre las diferentes definiciones de morbilidad, la prevalencia estuvo entre 0.8 y 8.2% para la enfermedad de criterios específicos, 0.4 y 1.1% para órganos de acuerdo con el sistema de criterios y 0.1 y 3% para los estudios con criterios basados en la resolución.^{6,7,8}

OBJETIVO

Identificar las patologías obstétricas más estrechamente vinculadas con la morbilidad obstétrica extrema durante el periodo de estudio (1 de enero al 31 de diciembre de 2009).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, transversal y de revisión de los expedientes clínicos de mujeres atendidas por embarazo en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso de los Servicios de Salud de Oaxaca entre enero y diciembre de 2009. Se identificaron los casos de morbilidad obstétrica extrema de acuerdo con los criterios de la FLASOG (enfermedad específica, insuficiencia orgánica e intervención). Se realizó estadística descriptiva de las variables poblacionales con análisis en búsqueda de asociación de las patologías con morbilidad obstétrica extrema. Cuando hubieron más de dos variables independientes se decidió, con base en la variable dependiente de tipo binario, realizar regresión logística para identificar cuál de las determinantes tiene mayor asociación y significación estadística con morbilidad obstétrica extrema. Este análisis se realizó con el programa SPSS 10, por modelo de regresión logística. Se buscaron los códigos relacionados con los padecimientos que pueden originar la morbilidad obstétrica extrema (preeclampsia severa, eclampsia, síndrome Hellp, preeclampsia leve, rotura uterina, hemorragia posparto, sepsis puerperal, histerectomía posparto, histerectomía poscesárea, etc.), y

las causas indirectas que pueden ocasionarla. En la décima revisión del CIE10, el sistema de clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud se identifican las que cursaron con algún tipo de morbilidad relacionada con el embarazo parto y puerperio. Las que tuvieron morbilidad obstétrica extrema se agruparon y se obtuvieron los datos para estadística descriptiva en un formulario diseñado para este fin con base de datos de SPSS-10. Se clasificaron como sigue:

Grupo I: enfermedad específica. Se refiere a los signos y síntomas de un padecimiento descrito, incluye las morbilidades: preeclampsia severa (incluido HELLP), eclampsia, choque séptico y choque hipovolémico.

Grupo II: insuficiencia orgánica. Disfunción de un sistema orgánico no relacionado directamente con el que sufrió la lesión inicial. Incluye las siguientes afecciones: disfunción cardíaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria y de la coagulación.

Grupo III: intervención. Se refiere al tratamiento indicado a la paciente o a la intervención diferente de los procedimientos habituales que se requirió como terapéutica para resolver una complicación. Se incluyen las intervenciones quirúrgicas de urgencia en el postparto, postcesárea, o postaborto, transfusión de tres o más unidades de sangre o plasma relacionadas con un evento agudo que no sean originadas por los dos grupos anteriores.

RESULTADOS

Se evaluaron 9,178 expedientes de embarazadas que concluyeron con el nacimiento de un recién nacido vivo en 85.4% de los casos (7,845 pacientes). El restante 14.6% correspondió a 1,233 casos en los que el embarazo concluyó por pérdida gestacional temprana (mola, embarazo anembrionico, aborto espontáneo, etc.) o finalizado con óbito. Del total de nacidos vivos, 66% nació por parto y 34% por cesárea. De los nacidos por vía vaginal, 1.4% fueron distócicos por presentación pélvica, mala presentación o posición fetal o gemelar, que requirieron aplicación de fórceps o maniobras para el nacimiento. Se identificaron 3,596 expedientes en los que se documentó algún tipo de morbilidad, con prevalencia de 450 por cada 1,000 embarazos (45%). De ellos, 164 reunieron criterios para morbilidad obstétrica extrema con prevalencia de 2.1%. La probabilidad de complicación obstétrica extrema es de 21 por cada 1000 mujeres embarazadas que ingresaron al

Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso en el año 2009. Al realizar la clasificación de acuerdo con los criterios de la FLASOG, 60.37% de los casos de morbilidad obstétrica extrema correspondieron al grupo de enfermedad específica, con prevalencia de 1.26%; 25% de los casos a cuidados, con prevalencia de 0.52% y 14.63% de los casos a insuficiencia orgánica, con prevalencia de 0.3% (Cuadro 1).

La relación que guarda la morbilidad obstétrica extrema con respecto a los 11 casos de mortalidad materna ocurridos en el hospital durante ese mismo año, da una razón de 14.9 casos de morbilidad obstétrica extrema por cada muerte relacionada con el embarazo, parto y puerperio.

La media de edad de las pacientes con morbilidad obstétrica extrema fue de 26.6 años con límites de 15 y 44 años. El grupo de edad más afectado fue el de menores de 20 años, con 28%, seguido del grupo de 21 a 25 años, con 24%. El grupo etario con menor afectación fue el de 41 a 45 años con 3%, seguido del grupo de 26 a 30 años con 11%. Más de la mitad de las mujeres afectadas correspondió a menores de 25 años. En relación con el número de embarazos la mediana fue de 2, con límite máximo de 11. El 46% de las pacientes cursaba con el primer embarazo cuando ocurrió el evento adverso, con el segundo embarazo 20% de las pacientes, con el tercer embarazo 10% de las pacientes y 24% de los pacientes estaba en el cuarto o más embarazos, las grandes multíparas (15%) tuvieron menos complicaciones.

La escolaridad de las pacientes con morbilidad obstétrica extrema mostró que 44% habían terminado la primaria o habían cursado algún grado, 29% cursaron secundaria o algún grado de ésta y sólo 15% de las pacientes tenía un nivel medio superior o más (preparatoria o carrera técnica con 21 casos y 6 casos con escolaridad de profesional o universitaria) y 11% no tenía ningún grado de escolaridad. Así, 84% de las pacientes cursaron estudios menores al tercer grado de secundaria.

El control prenatal que llevaron las pacientes del grupo de morbilidad obstétrica extrema fue deficiente en la mayoría de los casos. Más de la mitad de ellas (55%) acudió a una consulta de control prenatal durante el primer trimestre, con dos consultas 12% y sólo 1% con tres consultas. El restante 32% de las pacientes no visitaron algún médico durante el primer trimestre. El 87% de las pacientes tuvieron una o menos consultas de control prenatal en el primer trimestre. El control prenatal posterior al primer trimestre mostró que 20 pacientes (12%) no acudieron

Cuadro 1.

	n	%	Edad gestacional		Núm. de consultas totales		Núm. de consultas. Primer Trimestre		Días en UCI		Núm. de transfusiones	
			Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Enfermedad específica	99	60.37	36.19	3.92	4.49	2.38	0.8	0.65	0.58	1.9	0.73	2.18
Insuficiencia orgánica	24	14.63	33.25	6.23	3.83	2.63	0.71	0.55	1.04	2.96	1.08	2.32
Manejo	41	25.00	36.05	5.5	4.85	2.66	0.98	0.79	0.56	1.38	2.49	3.16
Total de casos	164		35.73	4.81	4.52	2.48	1.21	0.45	0.64	1.97	1.22	2.57

a consulta prenatal, mientras que la media de consultas recibidas fue 4.5 consultas por paciente. El 45% tuvieron control prenatal irregular (cuatro o menos consultas); el restante 55% tuvo control prenatal regular con cinco o más consultas durante el embarazo.

La media de la edad gestacional al momento de la finalización del embarazo fue de 35.70 semanas con desviación estándar de 4.81. En la mayoría de las pacientes las complicaciones ocurrieron entre las 37 y 40 semanas (52%), seguido por embarazos de 33 a 36 semanas (30%), mientras que en el grupo de 40 semanas y más sólo se concentró el 2% de los casos. La media de la edad gestacional en la que se presentó la complicación fue de 35.7 semanas. En total, más de 90% de los casos ocurrieron en la etapa de viabilidad fetal entre las 29 y 40 semanas.

Por lo que se refiere a la etapa de trabajo de parto en que sobrevino la complicación, 55% de los casos fueron anteparto, 12% durante el trabajo de parto, en 31% la complicación sobrevino durante postparto y 2% no se contabilizó porque se trató de embarazo molar, embarazo ectópico o no finalizó el embarazo en el momento en que ocurrió la complicación. De los casos de morbilidad obstétrica extrema que sí finalizaron, la vía más utilizada fue la abdominal (cesárea) con 80% de las pacientes. La terminación por parto se dio en 13% de las pacientes. El 6% (10 pacientes) se finalizó por legrado o no se concluyó el embarazo en el momento en que sobrevino la morbilidad. El 29% de las pacientes con morbilidad obstétrica extrema requirieron cirugía adicional. La más frecuente fue la histerectomía por complicaciones, luego de la cesárea con 22 pacientes. A ocho pacientes se les realizó legrado instrumentado y en otras cirugías nueve pacientes a las que se realizó aspirado manual endouterino, debido principalmente a retención de fragmentos placentarios.

La Unidad de Cuidados Intensivos reportó que sólo se admitieron 26 pacientes (16%) con morbilidad obstétrica

extrema y 138 (84%) se atendieron fuera de ella. El promedio de estancia fue 4.0 días. La estancia en días totales de hospitalización fue, en promedio, de 7.3 días, mientras que la estancia promedio en el servicio de Obstetricia fue de 1.8 a 2 días.

El resultado perinatal de los casos de morbilidad obstétrica extrema fue aceptable, 89% de los recién nacidos fueron vivos (146). Se obtuvieron ocho recién nacidos muertos (5%), el resto (6%) no se contabilizó porque se trató de casos de mola hidatiforme, embarazo ectópico o no fue concluida la gestación en el momento de la complicación.

El Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso es de alta concentración y es el medio resolutorio del Estado, por lo que la mayoría de las pacientes llega de otras unidades de segundo nivel. De los 164 casos identificados, 65% (106 casos) fueron enviados de otras unidades, 35% (58 casos) llegaron espontáneamente para finalizar el embarazo o llevaron control prenatal en esa misma unidad. Como se atiende población abierta, la mayoría de los casos son mujeres sin protección social. Los datos obtenidos indican que de los 164 casos, a su ingreso sólo 17 pacientes (10%) tenía Seguro Popular, una paciente Régimen Especial y 146 pacientes (89%) no contaban con algún régimen de seguridad social.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se buscaron los padecimientos relacionados con el embarazo, parto y puerperio, 136 casos fueron morbilidad relacionada con el embarazo y 28 no se relacionaron con el mismo. Por lo que se refiere a las directamente relacionadas, las principales fueron estados hipertensivos con 79 casos que corresponden a 47.7%, en segundo lugar los trastornos relacionados con hemorragias obstétricas, con 17.64% y en tercer lugar sepsis puerperal, con 11.09% (Figura 1).

De los casos de morbilidad obstétrica extrema de causa indirecta extraídos de CIE-10 fueron 28 casos. Los

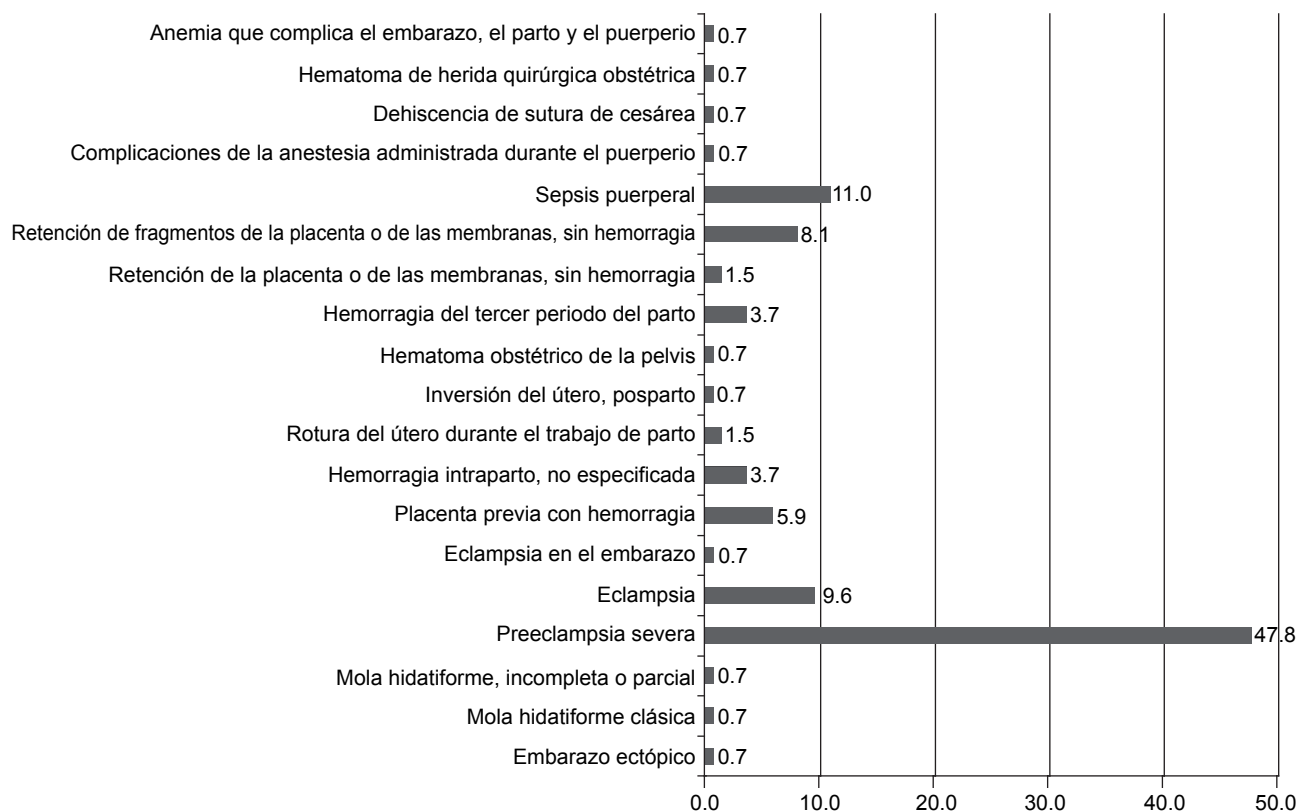


Figura 1. Causas directas para morbilidad obstétrica extrema.

más frecuentes fueron los padecimientos hematológicos, y la púrpura trombocitopénica idiopática la más citada (14.29%) (cuatro casos) y la trombocitopenia no especificada (10.71%) con tres casos (Figura 2).

Para el análisis, se conformaron tres grupos de determinantes: *a*) causa específica, *b*) insuficiencia orgánica y *c*) por manejo iniciado o realizado en la paciente. Para efectuar el análisis del estudio se tomaron en cuenta las morbilidades relacionadas con el embarazo de acuerdo con el CIE 10.

La prevalencia más alta fue para preeclampsia, englobada en enfermedad específica, fue de 39.63%, seguida de la morbilidad asociada con intervención quirúrgica (23.17%), como tercera causa el choque séptico, englobado en enfermedad específica (9.76%), como cuarta el choque hipovolémico (8.54%), englobado en enfermedad específica y como quinta causa los trastornos de la coagulación (6.71%) englobados en insuficiencia orgánica. Todas las enfermedades y sus porcentajes se muestran en la Figura 3.

Para evaluar la probabilidad de morbilidad obstétrica extrema se realizó un análisis de regresión logística para cada una de las determinantes. La mayor asociación fue con eclampsia e insuficiencia hepática, que obtuvieron la razón de momios y significación estadística más altas.

La asociación de morbilidad obstétrica extrema derivada de la intervención quirúrgica, a pesar de tener una prevalencia alta en el análisis, se mostró como un factor de protección. Otras variables sí mostraron asociación, pero no tuvieron significación y sus intervalos de confianza están por debajo de la unidad, como fue el caso de la insuficiencia renal, insuficiencia metabólica y transfusión sanguínea; el Cuadro 2 muestra los resultados.

DISCUSIÓN

La morbilidad obstétrica extrema es una forma de evaluar la calidad de la atención que se otorga, por eso se considera un indicador de salud en la población obstétrica. De

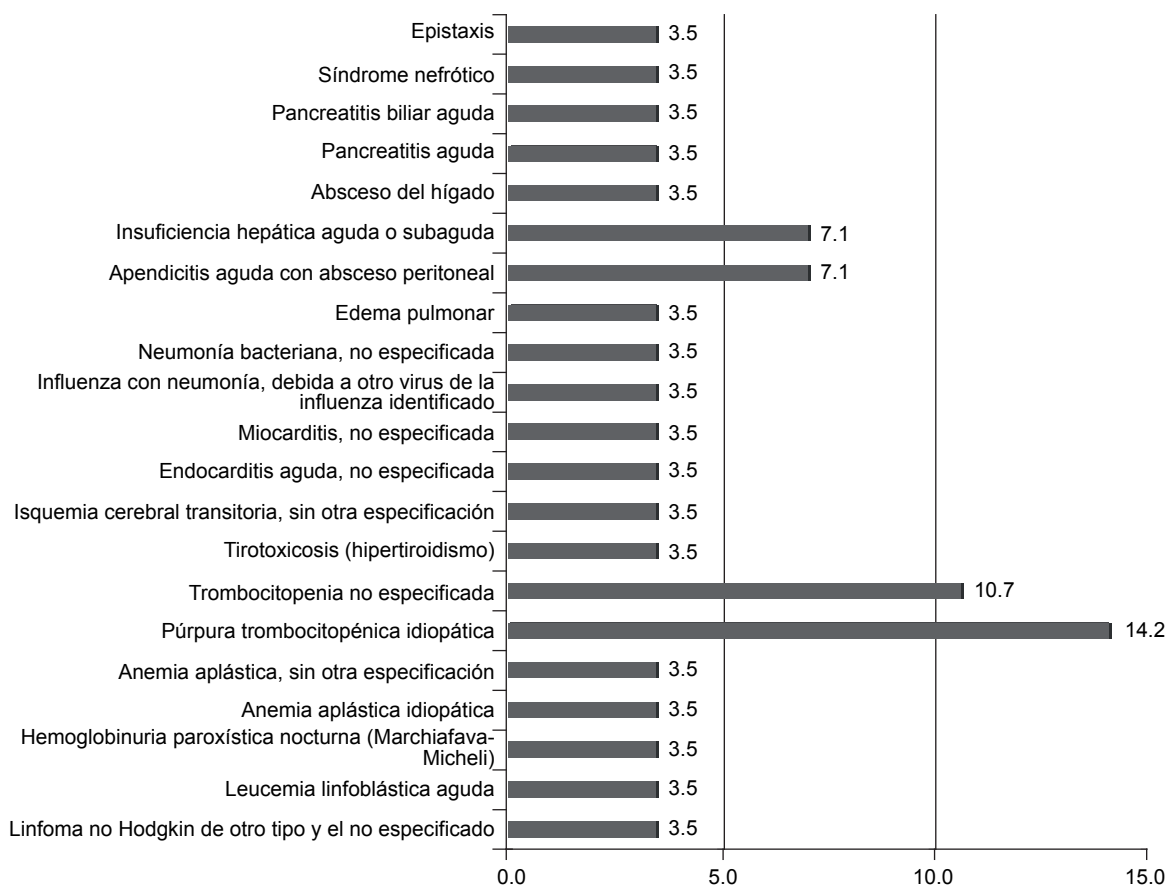


Figura 2. Causas indirectas de morbilidad obstétrica extrema.

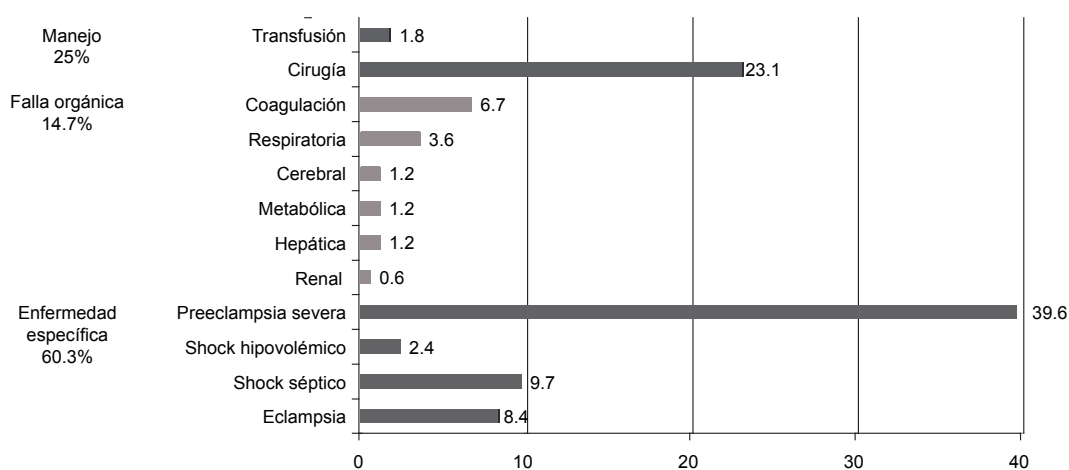


Figura 3. Enfermedades y sus porcentajes.

Cuadro 2. Variables asociadas con la morbilidad obstétrica

Variable	Significancia	OR	IC 95%	
			Bajo	Alto
Morbilidad				
Eclampsia	0.000	36.667	8.395	160.156
Choque séptico	0.492	1.560	0.439	5.551
Choque hipovolémico	0.731	0.764	0.165	3.539
Preeclampsia	0.009	4.864	1.474	16.049
Insuficiencia renal	0.103	9.167	0.637	131.961
Insuficiencia hepática	0.012	18.333	1.878	178.979
Insuficiencia metabólica	0.573	0.591	0.095	3.671
Insuficiencia cerebral	0.021	12.222	1.447	103.202
Insuficiencia respiratoria	0.002	11.000	2.356	51.362
Coagulación	0.003	8.067	2.068	31.471
Quirúrgica	0.030	0.264	0.079	0.882
Transfusión	0.113	2.584	0.800	8.345
CONST	0.000	0.055		

acuerdo con estimaciones de la ONU, las complicaciones maternas durante el embarazo, parto y puerperio aparecen incluso en 15% de todos los embarazos. En esta revisión, la morbilidad general fue de 45%, tres veces mayor que los reportes en otros estudios, debido a que el hospital es un centro de referencia de todos los hospitales de segundo nivel y básicos comunitarios con que cuenta el Estado. Las unidades de primer nivel lo utilizan para referencia de pacientes en las que se detectan complicaciones o factores de riesgo. La prevalencia de morbilidad obstétrica extrema en los países industrializados se encuentra entre 0.05 y 1.7%, en los países en vías de desarrollo es de entre 0.6 y 8.5%. En el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso de los Servicios de Salud de Oaxaca, durante el año 2009, la prevalencia fue de 2.1%. Este valor es el reportado en otros países en vías de industrialización e incluso se considera bajo de acuerdo con los datos de países en África o Bolivia.⁹ La prevalencia de acuerdo con los criterios de la FLASOG (enfermedad específica, insuficiencia orgánica y manejo) mostró en esta revisión datos similares a los reportados en la bibliografía, excepto del grupo de insuficiencia orgánica en el que la prevalencia fue menor a la reportada en el mundo.

El grupo más afectado fue el de jóvenes (menores de 25 años), en oposición a los reportes que indican que las mujeres mayores de 35 son las más afectadas por las complicaciones, esto debido a que en nuestro medio las mujeres inician la reproducción en edades más tempranas, de ahí derivan más embarazos y, por lo tanto, mayor probabilidad de complicaciones.

El 84% de las pacientes tenía educación secundaria o algún grado menor a la misma, y 11% no recibió algún tipo de escolaridad, lo que refleja lo reportado en 1990 cuando el riesgo de morir era ocho veces mayor para las mujeres sin escolaridad que para quienes cursaron la preparatoria.

También llama la atención que 89% de las pacientes no tenía algún tipo seguridad social, eso determinó que la morbilidad obstétrica extrema también se relacionara con los grupos más desprotegidos, íntimamente ligados al grado de desarrollo humano.

De acuerdo con los datos obtenidos, el grupo de enfermedad específica fue el que más contribuyó a la morbilidad obstétrica extrema, seguido por el de intervención, ambos similares a lo reportado en la bibliografía. Muchas de las complicaciones se relacionan con la vigilancia prenatal y la búsqueda intencionada de complicaciones del embarazo, estas mismas enfermedades son las que se encuentran como causa principal de mortalidad materna en el hospital y en el Estado.

También se observó que el intervencionismo origina más complicaciones que, en su mayor parte, son resueltas y no tuvieron asociación relevante. Sin embargo, la cadena de morbilidad que consume: personal, tiempo, espacios y material ya se inició, en ocasiones por procedimientos innecesarios, como las cesáreas sin indicación.

En el análisis de los padecimientos con mayor asociación con morbilidad obstétrica extrema se concluyó que la eclampsia y preeclampsia son dos de las de mayor vínculo con la enfermedad específica, mientras que las del grupo de

insuficiencia orgánica, aunque en menor frecuencia, tienen altas razones de momios. Por el contrario, la prevalencia de casos de complicaciones derivadas de intervenciones quirúrgicas no tuvo asociación significativa. En los países en vías de industrialización la principal complicación del embarazo sigue siendo la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo y sus complicaciones. Así como se encontró en este estudio, esas enfermedades contribuyen con 60% de los casos de muerte materna en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, según el reporte del comité, a diferencia de los países industrializados, donde la primera causa de muerte materna es la hemorragia o la trombosis (OMS). La púrpura trombocitopénica idiopática fue la más importante de las causas de insuficiencia orgánica, con cuatro casos, seguida de la trombocitopenia no especificada con tres casos. En el estudio realizado en Jamaica, la primera causa no obstétrica fue la enfermedad de células falciformes.⁹

CONCLUSIÓN

La morbilidad obstétrica extrema afecta a un importante grupo de pacientes que acuden a solicitar atención al Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso. El principal problema, como en muchos lugares del mundo, son las complicaciones derivadas de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo englobada en enfermedad específica, de acuerdo con criterios de la FLASOG y que se asocia significativamente con la morbilidad obstétrica extrema.

El grupo de enfermedad específica es el de la prevalencia más alta y todos los padecimientos que incluye se derivan del embarazo y pueden ser susceptibles de identificación en el control prenatal. Éste, es un factor de gran importancia porque la mitad de las pacientes no acudió a los servicios médicos para vigilancia del embarazo, circunstancia decisiva para poder identificar tempranamente las complicaciones e intervenir en la historia natural de la enfermedad. La mayoría de los casos se relacionaron con complicaciones del embarazo, parto y puerperio según el CIE 10. Por eso pudieron identificarse en etapas tempranas, lo que refleja deficiencias en esa consulta.

La edad es un factor no modificable. Se identificó que la mayoría de las pacientes con morbilidad obstétrica extrema eran jóvenes menores de 25 años. La única forma en la que puede incidirse es retrasando el momento del embarazo;

para esto, la mejor herramienta es la planificación familiar. La multiparidad se registró en menor proporción en los casos con complicaciones.

Los factores modificables se relacionan con el medio sociocultural propio de cada Estado, que pueden alterarse para mejorar algunas condiciones, como la escolaridad y el acceso a la asistencia social, ambas situaciones íntimamente ligadas al grado de desarrollo humano del Estado.

Es necesario que las pacientes con morbilidad obstétrica extrema se hospitalicen para atenderlas en unidades de terapia intensiva e intermedia. La falta de unidad de cuidados intensivos exclusiva para las áreas de Obstetricia puede incrementar las tasas de mortalidad materna. Solo 16% de las pacientes tuvieron acceso a este servicio, el resto se atendió en áreas inadecuadas, sin personal capacitado para controlar la eventualidad, como las salas de recuperación, cuartos para aislados y, a veces, salas comunes por falta de espacio físico en áreas críticas. Es necesario que todas las unidades hospitalarias que atienden pacientes obstétricas tengan la infraestructura física, tecnológica y de recursos humanos específicos para la atención de eventos de morbilidad obstétrica extrema.

REFERENCIAS

1. La Estrategia Nacional para Disminuir la Mortalidad Materna es un avance significativo para garantizar una maternidad segura. México: UNICEF, 28 de mayo de 2009.
2. XVI Conferencia Sanitaria Panamericana y LIV Sesión del Comité Regional. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, 2003.
3. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. *British Medical Bulletin* 2003;67:231-247.
4. Oliveira Neto AF, et al. Factors associated with maternal death in women admitted to an intensive care unit with severe maternal morbidity. *Int J Gyn Obst* 2009;105:252-256.
5. Prual A, et al. Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates. *Bull of the WHO* 2000;78:593-602.
6. Burchett HE, Mayhew SH. Maternal mortality in low-income countries: What interventions have been evaluated and how should the evidence base be developed further? *Int J Gyn Obst* 2009;105:78-81.
7. Lale S, et al. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the Prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reproductive Health* 2004;1:3.
8. Cecatti C, et al. Research on severe maternal morbidities and near-misses in Brazil: what we have. *Learned Reproductive Health Matters* 2007;15(30):125-133.
9. Scarlett M, et al. Maternal mortality in patients admitted to an intensive care unit in Jamaica. *Int J Gyn Obst* 2009;105:169-179.