

**COMPORTAMIENTO DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN EL
HOSPITAL REGIONAL II NIVEL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES.
COROZAL. 2018**

RODRÍGUEZ GONZÁLEZ KAROLIN DEL CARMEN

TUÑÓN GARRIDO MICHELL PAMELA

**UNIVERSIDAD DE SUCRE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SINCELEJO
2018**

**COMPORTAMIENTO DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN EL
HOSPITAL REGIONAL II NIVEL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES.
COROZAL. 2018**

RODRÍGUEZ GONZÁLEZ KAROLIN DEL CARMEN

TUÑÓN GARRIDO MICHELL PAMELA

Trabajo de grado como requisito parcial para optar al título de Enfermero

**Directora
CARMEN CECILIA ALVIZ TOUS
Licenciada en Enfermería, Especialista en Gerencia de la Educación**

**UNIVERSIDAD DE SUCRE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
SINCELEJO
2018**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

SINCELEJO, _____ de _____ 2018

“Únicamente los autores son responsables del contenido expuesto en el presente trabajo”

A Dios todopoderoso quien nos guió y llenó de fortaleza para culminar este proyecto investigativo.

A nuestras familias por su apoyo y amor incondicional.

A nuestros amigos por sus aportes.

A nuestras docentes por su dedicación para con nosotras.

A la docente Carmen Cecilia Alvíz Tous, quien con su entrega y dedicación nos orientó en este proyecto, sin su apoyo esto no hubiese sido posible.

Al Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes Corozal, por abrirnos las puertas y permitir que se llevara a cabo este proyecto.

A Dios nuestro padre que me permitió llegar hasta aquí, quien ha sido mi guía en todo momento, mi fortaleza para no caer y quien me ha llenado de sabiduría y entendimiento para culminar este proyecto para su Gloria y Honra.

A mis padres Carlos y Astrid a quienes le agradezco profundamente haberme dado la vida, por los valores que me inculcaron, con su amor y dedicación forjaron en mí una persona de bien; a mis tíos Aidel y Paola por brindarme su apoyo cuando más lo necesité, por animarme a continuar y nunca desfallecer gracias porque siempre han estado allí son un ejemplo de vida para mí.

A dos grandes amigos que partieron muy temprano a su encuentro con Dios, mis logros son los suyos.

Nuestro agradecimiento a todas las personas que sin duda alguna hicieron su aporte en este proyecto.

A Dios sobre todas las cosas por brindarme la oportunidad de formarme como profesional y darme la sabiduría para realizar este trabajo de grado.

A mi mamá Luz Marina, a Mathías y a mis abuelos Eustacio Antonio y Presentación María por brindarme siempre su apoyo incondicional y ser mi fortaleza en todo momento.

A toda mi familia y amigos por nunca dejarme desfallecer en esta lucha y llenarme de motivación para seguir.

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN.....	14
INTRODUCCIÓN	18
2. OBJETIVOS.....	22
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3. ESTADO DEL ARTE.....	23
3.1 MARCO DE ANTECEDENTES.....	23
3.1.1 Antecedentes Internacionales.....	23
3.1.2 Antecedentes Nacionales.....	28
3.1.3 Antecedentes Regionales.....	31
3.2 MARCO TEÓRICO.....	32
3.2.1 Caso de Morbilidad Materna Extrema.....	32
3.2.2 Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Morbilidad Materna Extrema en Colombia.....	32
3.2.2.3 Caso confirmado por clínica.....	34
3.2.2.4 Relacionada con enfermedad específica.....	35
3.2.2.5 Relacionada con disfunción orgánica	43
3.2.2.6 Relacionada con el manejo.....	44
3.2.2.7 Relacionada con lesiones de causa externa.....	44
3.2.2.8 Otros eventos de interés en salud pública.....	45
4. MARCO CONCEPTUAL.....	45

5. MARCO LEGAL.....	48
6. METODOLOGIA.....	54
6.1 TIPO DE ESTUDIO.....	54
6.2 AREA DE ESTUDIO.....	54
6.3 POBLACION Y MUESTRA.....	54
6.3.1 Población.....	54
6.3.2 Muestra.....	54
6.3.3 Criterios de inclusión.....	54
6.3.4 Criterios de exclusión.....	55
6.3.5 Cálculo de la muestra.....	55
6.4 ELEMENTOS DEL DISEÑO.....	55
6.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	55
6.6 PLAN DE ANÁLISIS Y TABULACIÓN.....	57
7. ASPECTOS ÉTICOS.....	58
7.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	58
7.2 APOYO ÉTICO.....	58
8. RESULTADOS.....	60
8.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS MUJERES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.....	60
8.2 ASPECTOS OBSTÉTRICOS DEL GRUPO DE MUJERES EN ESTUDIO....	62
8.3 ASPECTOS PRECONCEPCIONALES Y PRENATALES DE LAS PARTICIPANTES.....	63
8.4 ASPECTOS DEL ENTORNO DE LA VIVIENDA DE LAS PARTICIPANTES...64	
8.5 IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD ESPECÍFICA EN EL EMBARAZO	65

8.6 IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER RELACIONADA CON DISFUNCIÓN ORGÁNICA EN EMBARAZO	66
8.7 IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER RELACIONADO CON MANEJO INTRAHOSPITALARIO EN EL EMBARAZO	66
8.8 IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER RELACIONADA CON LESIÓN DE CAUSA EXTERNA EN EMBARAZO	67
9. DISCUSIÓN.....	68
10. CONCLUSIONES.....	72
11. RECOMENDACIONES.....	74
13. BIBLIOGRAFÍA.....	76
14. ANEXOS.....	81

LISTA DE TABLAS

	pág.
TABLA 1. Edad en años de las participantes con criterios de Morbilidad Materna Extrema hospitalizadas en el Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes. Corozal. 2018.....	61
TABLA 2. Identificación de las mujeres con signos y síntomas de enfermedad específica en el embarazo	65
TABLA 3. Identificación de las mujeres relacionado con el manejo intrahospitalario en el embarazo.....	66

LISTADO DE ANEXOS

	pág.
ANEXO A Oficio de solicitud de aval para el desarrollo de la investigación dirigido directivos del Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal	82
ANEXO B Consentimiento informado	83
ANEXO C Encuesta para determinar el comportamiento de la morbilidad materna extrema en mujeres hospitalizadas. Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes. Corozal. 2018	85

RESUMEN

Este estudio descriptivo, transversal determina el comportamiento de la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes. Corozal. 2018. Utiliza el muestreo no probabilístico con la técnica muestreo por conveniencia, participan 24 mujeres con los requisitos de morbilidad materna extrema, la mayor edad se representa por los 17 años (16.66%=4), estrato 1 (91.52%=22), procedente de zona rural (58.24%=(14), nivel escolar secundaria completa (45.76%=11), amas de casa (79.09%=19), en unión libre (83.20%=20), ingreso bajo (79.2%=19) la mayoría con embarazados deseados, asistencia al control prenatal, en condición de vulnerabilidad, con aseguramiento al sistema de salud, y con categoría riesgo muy alto y riesgo imposible de atender en el nivel anterior.

La identificación de signos y síntomas está marcada por preeclampsia severa (37.50%=9), aborto séptico/hemorrágico (16.67%=4), eclampsia (16.67%=4), hemorragia obstétrica severa, preeclampsia severa (8.33%=2), enfermedad hematológica y renal (4,17%=1), hemorragia obstétrica severa (4.17%=1), embarazo ectópico roto (4.17%=1), enfermedad hematológica (4.17%=1) y con (4.17%=1) preeclampsia severa, ruptura uterina, hemorragia obstétrica severa.

El 70.83% (17) de las participantes no presentaron disfunción orgánica durante el embarazo, el 12.50% (3) presentaron enfermedad hepática, el 8.33% (2) enfermedad respiratoria, el 4,17% (1) enfermedad renal, 4,17% (1) enfermedad renal más enfermedad hepática más enfermedad de coagulación.

En el manejo intrahospitalario para las entrevistadas se presenta 45.83% (11) necesidad de ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI), necesidad de transfusión e ingreso a UCI, 16.67% (4), necesidad de procedimientos quirúrgicos de emergencia, necesidad de transfusión y de ingreso a UCI 12.50% (3) y 24,99% (6) requirieron procedimientos quirúrgicos de emergencia y combinación de ambos respectivamente.

Los criterios de inclusión de la morbilidad materna extrema presentes son la preeclampsia severa, el aborto séptico/hemorrágico, eclampsia, enfermedad hematológica, embarazo ectópico roto; en el manejo presentan necesidad de

procedimiento quirúrgico de emergencia, de transfusión y de ingreso a la unidad de cuidados intensivos y sin lesiones de causa externa la mayoría de las participantes.

Palabras claves: morbilidad, materna, embarazo, puerperio.

ABSTRACT

This descriptive, cross-sectional study determines the behavior of maternal morbidity in the Regional Hospital II Level of Our Lady of Mercy. Corozal 2018. Use of the non-probabilistic sample with the convenience test technique, participation of 24 women with maternal morbidity requirements, the highest age is represented by 17 years (16.66% = 4), stratum 1 (91.52% = 22), native of rural area (58.24% = 14), complete secondary school level (45.76% = 11), housewives (79.09% = 19), free union (83.20% = 20), low income (79.2% = 19) Most of the pregnancies, the assistance to the prenatal control, the condition of the function, the assurance in the health system, and the control of the health.

The identification of signs and symptoms is marked by severe preeclampsia (37.50% = 9), septic / hemorrhagic abortion (16.67% = 4), eclampsia (16.67% = 4), severe obstetric hemorrhage, severe preeclampsia (8.33% = 2), hematologic and renal disease (4.17% = 1), severe obstetric hemorrhage (4.17% = 1), broken ectopic pregnancy (4.17% = 1), hematological disease (4.17% = 1) and with (4.17% = 1) severe preeclampsia, uterine rupture, severe obstetric hemorrhage.

The 70.83% (17) of the participants did not present organic dysfunction during pregnancy, 12.50% (3) liver disease, 8.33% (2) respiratory disease, 4.17% (1) kidney disease, 4.17% (1) kidney disease plus liver disease plus coagulation disease.

In intrahospital management for interviews, 45.83% (11) required admission to the intensive care unit (ICU), need for transfusion and admission to the ICU, 16.67% (4), need for emergency surgical procedures, need for transfusion and admission to the ICU 12.50% (3) and 24.99% (6) required emergency surgical procedures and combination of both respectively.

The criteria for the inclusion of morbidity are the most advanced conditions, severe preeclampsia, septic / hemorrhagic abortion, eclampsia, hematological disease,

broken ectopic pregnancy; in the management of emergency energy, transfer and admission to the intensive care unit and external injuries.

Key words: morbidity, maternal, pregnancy, puerperium.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso fisiológico normal que se define por la presencia del complejo útero-placenta-feto, y que a pesar de esperarse una condición o adaptación favorable del organismo de la mujer ante estos cambios, en ocasiones se presentan y pueden dar como resultado un estrés sobre los diferentes sistemas con reserva limitada y llevarlos a un deterioro de las condiciones clínicas preexistentes.¹ Las complicaciones en el embarazo contribuyen al estado de salud materna, su morbilidad y mortalidad. Muchas mujeres son hospitalizadas durante el embarazo y pocos datos se encuentran sobre su epidemiología.²

A través del tiempo, se han logrado avances en la salud materna, sin embargo las complicaciones relacionadas con la gestación siguen siendo un importante problema de salud pública en el mundo. Cada año mueren 585.000 mujeres durante la gestación, el parto o el puerperio. Se presentan cerca de 50 millones de problemas en salud materna anualmente y aproximadamente 300 millones de mujeres sufren, a corto y largo plazo, de enfermedades y lesiones relacionadas embarazo, el parto y el puerperio.³

En el mundo, los Gobiernos han hecho grandes esfuerzos en definir y ejecutar políticas direccionadas a garantizar una maternidad segura implementando los mecanismos de alerta y seguimiento continuo a los casos que se presentan en cada país. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad materna extrema (MME) como un estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo. La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) la definió como “una complicación grave que

¹ NATHALIE JURADO OCAMPO. FACTORES DE RIESGO PARA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN GESTANTES UNIVERSIDAD DEL ROSARIO Bogotá, Abril de 2014

² Caracterización de la mortalidad materna en Villa Clara (2001 – 2015) Mario Gutiérrez Machado, Marien Quincose Rodríguez, Juan Antonio Suárez González, Alexis Corrales Gutiérrez, Gilberto Sevilla Bermúdez, Heydi Lianet Machado Benavides Hospital Docente Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa clara, Villa Clara. Cuba. Vol. 43, Núm. 1 (2017): Enero - Marzo

³ Protocolo de Vigilancia en salud pública. Morbilidad materna Extrema. Instituto Nacional de Salud. 2016. DISPONIBLE EN: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Morbilidad%20Materna%20Extrema.pdf>

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.⁴

Actualmente no existe uniformidad en la definición total de los criterios diagnósticos de MME los cuales cambian de acuerdo a la región geográfica y la disponibilidad de recursos sanitarios de cada país. Sin embargo, en Colombia, para definirla se exige la presencia de al menos una de las tres directrices propuestas por el Instituto Nacional de Salud (INS) y FLASOG.²

Varios estudios indican que la morbilidad materna extrema en este medio está principalmente relacionada con los trastornos hipertensivos (eclampsia, preeclampsia). La MME se especifica por sus criterios de inclusión, que están clasificados en tres categorías: por enfermedad específica (trastornos hipertensivos del embarazo, shock hipovolémico, sepsis), por falla orgánica (vascular, cerebral, renal, hepática, respiratoria, cerebral) o por manejo (ingreso a UCI, cirugía, hospitalización, transfusión sanguínea, entre otros). El número de criterios de inclusión refleja la severidad y el compromiso en la salud materna y la presencia de mayor número de criterios de inclusión en los casos de morbilidad materna extrema, supone la posibilidad de mayores complicaciones en la salud de la gestante y mayor complejidad en el manejo clínico de los mismos. Se considera que reunir tres criterios refleja un trastorno severo.

Debido al número de casos que se presenta de morbilidad materna extrema (MME) en el país, se implementa el sistema de vigilancia de MME en el año 2012. La notificación de MME fue concebida como un complemento a la vigilancia de la Mortalidad Materna que se llevaba a cabo en el país, de tal forma que se puede documentar y auditar este evento severo que es de mayor frecuencia que la mortalidad, identificada mediante criterios clínicos en hospitales de mediana y alta complejidad y evaluando las posibles fallas en el proceso de la atención de la gestante, impactando así la Mortalidad Materna.

Sin embargo, aún se siguen presentando casos desencadenados por las falencias del sistema de salud en nuestro país, existiendo pocas publicaciones en MME, al igual que en América Latina, para efectos de nuestra región específicamente en el

⁴ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, Protocolo de vigilancia en salud pública, Morbilidad materna extrema versión 03 29 2017.

departamento de Sucre, no existe resultados de investigaciones de los casos que se presentan.

Ante esas apreciaciones, se espera que las mujeres asuman el mismo proceso del embarazo sin mayores inconvenientes o alteraciones y que puedan llegar a un parto eutócico con un recién nacido normal, a término y con una adaptación a la vida extrauterina exitosa. Pero en la evidencia del cuidado de enfermería brindado durante las prácticas formativas por la unidad funcional de Ginecoobstetricia, cada día se hallaron gestantes hospitalizadas con alguna concurrencia de alteraciones de su estado de salud y/o del embarazo que pusieron en riesgo su salud, la de su hijo por nacer y la continuación de la gestación hasta el término.

Se busca estudiar el comportamiento de la morbilidad materna extrema teniendo como punto de referencia al Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal contribuyendo así a evidenciar de manera objetiva la morbilidad materna extrema y facilitar la implementación de las políticas y protocolos inherentes a la atención materna.

El estudio de tipo descriptivo transversal apoyado en el muestreo no probabilístico aplicando la técnica muestreo por conveniencia o intencional, puesto que durante sus procesos intervienen opiniones y criterios personales del investigador o no existe norma bien definida o validada.

Entre los hallazgos se evidencia que de los determinantes sociales donde la mujer está más propensa a presentar Morbilidad Materna Extrema, son las que se encuentran en un estrato socioeconómico bajo (91,52% =22), nivel educativo de secundaria completa (45,76% =11), la edad de 17 años, clasificación de categoría muy alta de riesgo (66,67%=16) y procedencia rural (58,24%=14); sumado a esto encuentra también el reconocimiento tardío de signos y síntomas (37,50%=9), siendo estas variables un factor de riesgo que influye notablemente en los casos de Morbilidad Materna Extrema que se presentan en nuestra región.

En los criterios de identificación de enfermedad específica con el embarazo actual, se halló que 37,50%(9) presentaron preeclampsia severa, las entrevistadas tuvieron aborto séptico/hemorrágico (16,67%=4) y eclampsia (16,67%=4).

Los datos obtenidos de identificación relacionada con disfunción orgánica de las participantes evidencian que el 70,83%(17) no la presentaron, mientras que el 12,50%(3) presentaron enfermedad hepática.

En atención al manejo intrahospitalario, 45,83%(11) corresponden a pacientes con necesidad de ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), necesidad de transfusión, necesidad de UCI el 16,67%(4) y necesidad de transfusión de hemoderivados, necesidad de ingresar a la UCI y necesidad de procedimientos quirúrgicos de emergencia el 12,50%(3).

Los signos y síntomas durante el embarazo actual, condujeron a las alteraciones de la salud de causa obstétrica directa. No se encontró disfunción orgánica en la mayoría de las participantes. En el manejo intrahospitalario, la mayoría de las mujeres tuvieron necesidad de ingreso a la UCI, necesidad de transfusión e ingreso a la unidad de cuidado intensivo. No se hallaron casos o eventos en la identificación de lesiones de causas externas.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el comportamiento de la Morbilidad Materna Extrema en mujeres hospitalizadas en Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes. Corozal. 2018.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas del grupo de mujeres en estudio, tales como edad, nivel educativo, ocupación, estado civil, condición de vulnerabilidad, tipo de aseguramiento al sistema general de salud, ingreso mensual y personas a su cargo.
- Identificar los datos ginecoobstétricos relacionados con la morbilidad materna extrema de las mujeres en estudio, tales como clasificación obstétrica, fecha de última menstruación, embarazo deseado, embarazo producto de violación, asistencia al control prenatal y número de citas cumplidas.
- Determinar los antecedentes preconcepcionales y prenatales (problemas de salud antes del embarazo, con el embarazo, información sobre el riesgo obstétrico y anticoncepción previa).
- Identificar factores del entorno de la vivienda, tales como tiempo que demora hasta llegar al centro de salud más cercano, medio de transporte que utiliza, monto que gasta para trasladarse, uso de redes de apoyo en la comunidad, acceso a medios de comunicación durante la complicación.
- Identificar a la gestante o puérpera con signos y síntomas de enfermedad específica, según el protocolo
- Determinar las alteraciones durante el embarazo relacionadas con falla o disfunción orgánica, según el protocolo.
- Identificar los casos de morbilidad relacionados con el manejo instaurado a la paciente, según protocolo.
- Determinar las causas externas que ocasionaron alteración a la mujer, según protocolo.

3. ESTADO DEL ARTE

3.1 MARCO DE ANTECEDENTES

3.1.1 Antecedentes internacionales:

En Cuba, 2017 González Aguilera, JC et al realizaron un estudio denominado “Morbilidad materna extrema en una unidad de cuidados intensivos en Bayamo, provincia de Granma, de 504 pacientes atendidas, 153 (30,3 %) presentaron complicaciones severas. La histerectomía por infección y hemorragia, el choque circulatorio, la saturación de oxígeno menor de 90 % y la frecuencia respiratoria mayor que 40 o menor que 6 por minuto constituyeron los indicadores fundamentales de morbilidad extrema en estas féminas. Las tasas de mortalidad y morbilidad materna fueron de 11,1 por 100 nacidos vivos y 5,6 por 1 000 nacidos vivos, respectivamente. Entre los factores de riesgo de morbilidad extremadamente grave sobresalieron: edad gestacional mayor de 36 semanas, operación cesárea y antecedente de esta operación.⁵

México, 2015, Soni-Trinidad C, Gutiérrez-Mateos A, Santa Rosa Moreno FJ y Reyes Aguilar A. entre los hallazgos de su investigación dan cuenta que las complicaciones de salud durante el embarazo y el parto son responsables de 18% de la carga global de enfermedad de las mujeres entre 15 y 44 años de edad en el mundo entero. Las muertes durante el embarazo, parto y puerperio representan la tercera causa de mortalidad en mujeres de entre 15 y 34 años de edad. El grupo etario de este estudio coincide con lo reportado, porque la mayor cantidad de casos tenía entre 16 y 43 años para la morbilidad materna extrema y entre 22, 26 y 27 años para la mortalidad materna.

Señala el anterior estudio, a las principales causas de morbilidad como la hemorragia del primer trimestre (45%, n=164), trastornos hipertensivos, donde la preeclampsia severa-eclampsia fue responsable de 40% de los casos (n =146), lo que coincide con los resultados de la bibliografía que mencionan a la preeclampsia-

⁵ González Aguilera Julio César, Vázquez Belizón Yoleinis Esperanza, Pupo Jiménez Julia Matilde, Algas Hechavarría Luis Antonio, Cabrera Lavernia Jorge Omar. Morbilidad materna extrema en una unidad de cuidados intensivos. MEDISAN [Internet]. 2015 Dic [citado 2017 Nov 26]; 19(12): 1466-1476. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001200005&lng=es.

eclampsia como la principal causa de morbilidad y mortalidad materna en América Latina. Aquí, ser primegesta representó un factor de riesgo de 1.56.⁶

Rincón Cruz. MDeIC, García Hernández. R, García González MA y Muñoz García G. Realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo denominado “Causas, frecuencia y secuelas de la morbilidad materna extrema en mujeres mexicanas: un análisis de los códigos rojos en el IMSS de Hidalgo- México” (2016) y hallaron registros de 135 casos mujeres con Morbilidad Materna Extrema, la edad promedio encontrada fue de 26 años; el 54.8% de las mujeres presentó múltiples embarazos (mujeres multigestas). La mayoría de los casos, el 83.7%, presentó morbilidades por causas obstétricas directas tales como Preeclampsia 61.9%, Hemorragia obstétrica 37.1% y Sepsis 0.8%; mientras que el 16.2% presentó morbilidades por causas indirectas miomatosis uterina 18.1%, hipertensión arterial crónica 18.1% patología abdominal 13.1% obesidad 9.0%, diabetes mellitus 4.5%, hipotiroidismo 4.5%. De los 135 casos, se encontró que 120 de las mujeres derivaron en secuelas agudas (81.6%) y en crónicas (18.3%).⁷

Dediós Solí HA (Chile) 2016 realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal llamado “Morbilidad materna extrema en un Hospital en la ciudad de Lima”, cuya muestra de 93 pacientes cumplieron con algunos de los criterios de inclusión propuestos por la Organización Mundial de la Salud para la definición del caso de morbilidad materna extrema (MME). Resaltan entre sus resultados que la MME se presentó con mayor frecuencia en el grupo de edad de 15 a 29 años (66.66%), con estado civil conviviente (76%), en primigestas (37%), con deficiente atención prenatal (84%), con periodo intergenésico inadecuado (61%), en embarazos de 36 semanas o más (36%). La mayoría culminó su embarazo por cesárea (43%) Las intervenciones quirúrgicas más frecuentes fueron la laparotomía (46%). La enfermedad específica más frecuente fue el shock hipovolémico (67 %), y la disfunción vascular la falla orgánica más frecuente (45%). La complicación obstétrica directa más frecuente entre las pacientes con MME fueron los trastornos hemorrágicos (45%) seguido de pre-eclampsia severa (29%). De acuerdo a los criterios de manejo de casos de morbilidad materna, a la mayoría se le realizó por lo menos un manejo especializado (69%), el uso de sangre y/o hemoderivados

⁶ Soni-Trinidad C, Gutiérrez-Mateos A, Santa Rosa-Moreno FJ, Reyes Aguilar A. Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex* 2015;83: 96-103. (último acceso 24 mayo 2017)

⁷ Rincón Cruz, María Del Carmen et al., Causas, frecuencia y secuelas de la morbilidad materna extrema en mujeres mexicanas: un análisis de los códigos rojos en el IMSS de Hidalgo. *Revista CONAMED*, [S.I.], v. 21, n. 4, dic. 2016. ISSN 2007-932x. Disponible en: <<http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/515/802>>. Fecha de acceso: 26 nov. 2017

(31%), una intervención quirúrgica de emergencia (18%), o el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.⁸

En el año 2016 (Cuba) Suárez González, JA et al realizaron una investigación titulada “Las buenas prácticas clínicas como elemento fundamental en el manejo de la morbilidad materna extremadamente grave” de las 577 pacientes se seleccionó una muestra de 93 de forma no probabilística. Se revisaron los documentos de archivo del hospital y las historias clínicas individuales y hospitalarias, obteniendo los siguientes resultados, en la atención primaria se registraron 80 casos como riesgo obstétrico, hubo un promedio de consultas de re-evaluación a las 14,1 semanas, 82 mujeres se realizaron los exámenes complementarios iniciales, el control de las curvas de tensión y peso en 88 y la altura uterina en 90 casos. En la atención secundaria se aplicó el código de colores a 92 pacientes, se identificó el riesgo obstétrico en 91 y fueron diagnosticadas al ingreso 85 mujeres. Se aplicaron los protocolos de atención al puerperio y al seguimiento por la comisión de la institución en todos los casos.⁹

En el año 2015 en Lima (Perú), Baltodano García, DC y Burgos Miranda, J, realizaron una investigación llamada “Factores obstétricos asociados a morbilidad materna extrema en el hospital Santa Rosa”, la muestra es de 102 gestantes que cumplían criterios de inclusión y exclusión, por lo que no fue aleatorio, mostrando los siguientes resultados; los factores asociados fueron nuliparidad OR ajustado 8,12 (IC 95% 2.40-27.43), cesárea previa OR ajustado 4,55 (IC95% 1,07-19,3), periodo intergenésico corto OR ajustado 7,60 (IC 95% 2,12- 27,23) y controles prenatales inadecuados OR ajustado 3,23 (IC95% 1,03-10,04).¹⁰

En 2015 (Ecuador) Aguilar Becerra CA, realizó una investigación titulada “Factores Preconcepcionales en gestantes con pre-eclampsia grave atendidas en el Centro

⁸ Hairo André, Dediós Solí. Morbilidad materna extrema en un Hospital en la ciudad de Lima. Universidad Científica del Sur. Lima, Perú. 2016. http://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/UCS/465/TL-Dedi%C3%B3s_Sol%C3%ADs.pdf?sequence=1&isAllowed=y último acceso 27 noviembre de 2017

⁹ Suárez-González J, Gutiérrez-Machado M, Quincose-Rodríguez M, Gómez-Pérez Y. Las buenas prácticas clínicas como elemento fundamental en el manejo de la morbilidad materna extremadamente grave. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Nov 27]; 42(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/107>

¹⁰ Baltodano-García, DC, Burgos-Miranda, J, Factores obstétricos asociados a morbilidad materna extrema en el Hospital Santa Rosa, enero-diciembre 2015. [Artículo Original]. Rev. Fac. Med. Hum. 2017; 17(1):43-47. DOI 10.25176/RFMH.v17.n1.747)

Obstétrico del Hospital “Teófilo Dávila” Machala” en la cual obtuvo los siguientes resultados se determinó que el 29% de mujeres que presentaron preeclampsia eran de 15 a 19 años de edad y el 27% de 30 a 34 años con un 78% de casos en las mujeres de etnia mestiza y el 17% en etnia afro ecuatorianas. Además cabe recalcar que según el perfil obstétrico, el 49% de mujeres que sufrieron preeclampsia han tenido más de dos gestas y el 64% tienen un año de tiempo intergenésico. ¹¹

En 2013 (México), Zarate Flores, E y Avilés Sánchez, ME, realizaron la investigación denominado “Topología familiar en mujeres con embarazo de alto y bajo riesgo derechohabientes de la UMF 220 Toluca” y hallaron una muestra de 58 familias de mujeres con embarazo de alto y bajo riesgo obstétrico, la tipología familiar que prevalece en las mujeres embarazadas con alto riesgo obstétrico es nuclear simple en fase de expansión tradicional con 33.33%, nuclear simple en fase de dispersión moderna en un 14.29 % y extensa en fase de dispersión tradicional con 9.52%; fase de matrimonio tradicional con el 29.73%, nuclear simple en fase de expansión tradicional con el 21.2% y nuclear simple en fase de expansión moderna con el 18.92 %. Del total de las pacientes estudiadas 66 % tienen un riesgo obstétrico bajo y 34 % riesgo obstétrico alto. El grupo etéreo más afectado del total de las mujeres estudiadas es el comprendido entre 30-34 años con un 80% del total de este grupo de edad y esto se asocia a factores como, cesáreas anteriores, abortos, enfermedad hipertensiva 8 inducida por el embarazo entre otros. La escolaridad reportada es: primaria o menos 10%, secundaria o más 90%.

Las mujeres embarazadas estudiadas se desenvuelven en mayor proporción en familias nucleares en fase de expansión tradicionales, el grupo de edad más afectada es 30-34 años, siendo el jefe de familia varón quien aporta el ingreso familiar para la manutención, la escolaridad predominante es secundaria y más, lo cual se describe como un factor protector ya que los conocimientos adquiridos durante la educación nivel secundaria, pudieran favorecer un nivel de pensamiento más adecuado para afrontar el suceso de la maternidad, los antecedentes mayormente asociados a alto riesgo obstétrico son cesárea previa y enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, se concluye que si logra una intervención oportuna tomando en consideración el riesgo obstétrico y la tipología familiar se

¹¹ Aguilar Becerra, C. A. (2015) Factores preconceptionales en gestantes con pre-eclampsia grave atendidas en el centro obstétrico del Hospital Teófilo Dávila Machala, Abril a Septiembre del 2014 (Trabajo de titulación) UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Química y de la Salud, Machala, Ecuador.

diseñan estrategias individualizadas para mejorar los términos de dichos embarazos.¹²

En el 2015, México Tapia Martínez, H, Jiménez Mendoza, A y Pérez Cabrera, I, realizaron un estudio sobre el “Perfil Obstétrico de Adolescentes Embarazadas atendidas en un Hospital Público de la Ciudad de México” la muestra por conveniencia de 100 adolescentes que se encontraban en la segunda mitad del embarazo y se obtuvieron los siguientes resultados 96% tuvo riesgo medio para la edad (15 a 19 años); aunque 9 tuvieron mayor riesgo debido a tenían 15 años o menos; 27% eran solteras, 23% correspondían a un nivel socioeconómico bajo, dos terceras partes reportó una escolaridad de 9 años o menos. Respecto a los factores biológicos cuatro de cada 10 tuvieron riesgo medio o alto en función de su peso (35% entre 41 a 50 kg. y 6.1% con menos de 40 kg); la gran mayoría eran nulíparas; 12% con tabaquismo positivo; 16% tuvo amenaza de aborto; 11% con amenaza de parto pretérmino; el problema de salud más importante fue la infección de vías urinarias 28% la tenía controlada y 10% activa.¹³

En Cuba año 2012 Acevedo Rodríguez, O, Sáez Cantero, V, Pérez Assef, A y Alcina Pereira, S, realizaron un estudio llamado “Caracterización de la morbilidad materna severa en una Unidad de Cuidados Intensivos”, arrojando los siguientes resultados, el 62,7 % de las pacientes ingresaron por causas no obstétricas y el 36,3 % por causas obstétricas. Causas obstétricas: trastornos hipertensivos (16,5 %), hemorragia obstétrica (14,2 %) y sepsis (6,1 %). Causas no obstétricas más frecuentes: trastornos respiratorios (19,8 %), posoperatorio complicado, (9 %) y trastornos cardiovasculares (5,7 %). De las pacientes, el 49,6 % tenía 20-24 años. En los ingresos no obstétricos, predominaron las nulíparas 24,5 % y las gestantes, 40,6 %, en los ingresos obstétricos prevalecieron las púérperas, 33 %, enfermedades crónicas, tenían el 37,3 % de los ingresos no obstétricos. Tuvieron complicaciones 23,1 % de las pacientes, superior en los ingresos no obstétricos, 14,6 %. Llegando a la conclusión de que predominaron los ingresos por causas no

¹² Zarate Flores, E y Avilés Sánchez. TIPOLOGIA FAMILIAR EN MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO Y BAJO RIESGO DERECHOABIENTES DE LA UMF 220 TOLUCA 2011-2012 Tesis para Obtener título de especialización TOLUCA, MEXICO 2013

¹³ Martínez Hugo Tapia, Silva Marta Angélica Iossi, Cabrera Iñiga Pérez, Mendoza Araceli Jiménez. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas en un hospital público: riesgo al inicio del trabajo de parto, parto, posparto y puerperio. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 Oct [cited 2017 Nov 27]; 23(5): 829-836. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500829&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0316.2621>

obstétricas y en el posparto. Los ingresos por causas obstétricas tuvieron el mayor número de complicaciones.¹⁴

3.1.2 Antecedentes nacionales:

En el Meta (2016), Carrillo Franco, J y García Balaguera, C, hallaron en su estudio denominado “Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta” que hubo 353 casos de morbilidad materna extrema durante 2014, frente a 194 del 2013, con una edad promedio de 25.2 años. El 99.43% de las pacientes se hospitalizaron, de las cuales el 38.24% se remitieron inicialmente a mayor nivel de complejidad. Se analizaron los criterios de inclusión, por enfermedad específica, encontrando como primera causa la eclampsia (22.38%), seguida de choque hipovolémico. El 71.67% de las gestantes presentó entre uno y dos criterios de inclusión para Morbilidad Materna Extrema y el 28% restante tres y más. De las pacientes notificadas, el 13.59% tuvo una cirugía adicional (la más frecuente fue la histerectomía), seguida de laparotomía exploratoria. Por causas agrupadas se encuentran en primer lugar los trastornos hipertensivos (55.24% de los casos), seguidos de las complicaciones hemorrágicas (21.25% de los casos)¹⁵

En el año de 2016 (Bogotá-Colombia) Henao, L, Cañón, M y Herrera, M realizaron una investigación titulada “Caracterización de la morbilidad materna extrema en la Clínica Universitaria Colombia: una serie de casos”, obteniendo los siguientes resultados de 4842 partos, 35 pacientes desarrollaron morbilidad materna extrema (0,72 %). La mayoría de las pacientes cursaban con gestación única, eran primigestante y asistieron adecuadamente a los controles prenatales. La comorbilidad más frecuentemente hallada fue la obesidad (30 %). La incidencia de morbilidad materna extrema fue 7,2 por 1000 nacidos vivos con una mortalidad materna de 61,96 casos por 100.000 nacidos vivos (razón de letalidad de 12:1). La

¹⁴ Acevedo Rodríguez Omar, Sáez Cantero Viviana, Pérez Assef Albadío, Alcina Pereira Serafín. Caracterización de la morbilidad materna severa en una Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Jun [citado 2017 Nov 27]; 38(2): 148-160. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200002&lng=es

¹⁵ Carrillo Franco J, García Balaguera C. Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta, Colombia, 2014. Hacia promoc. salud. 2016; 21(1): 15-25. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.2

principal causa asociada fue la hemorragia (42,85 %), seguida de los trastornos hipertensivos severos (37,14 %).¹⁶

En 2015 (Neiva-Huila), Quintero, JC y et al. Realizaron una investigación titulada "Morbilidad Materna Extrema (MME): descripción de una serie de 23 casos y análisis de las "tres demoras" con el objetivo de caracterizar las demoras o retrasos en la atención en salud de pacientes con MME como factores determinantes de la presencia de estos eventos. Obteniendo los siguientes resultados en el periodo descrito se presentaron 23 casos de MME, el 65.2% eran menores de 25 años. La mayoría residían en cabecera municipal (65.2%), tenían una unión estable (65.22%) y contaban con afiliación al régimen de salud (86.96%). Se encontró una razón de 1.1 en cuanto a la gestación deseada versus no deseada, el 75% de las pacientes que no deseaban su embarazo, no utilizaban ningún método de anticoncepción. Ninguna de las pacientes asistió a consulta preconcepcional, la mitad tuvieron adherencia al programa de control prenatal y tan solo el 65.2% tuvieron una captación temprana. Se identificaron principalmente demoras tipo uno (69.6%) y tres (65.2%). En ocho de los 23 casos (34.78%) se presentó algún tipo de evento adverso; de estos, el 50% (cuatro casos) se clasificaron entre leve y moderado y el otro 50% como severos.¹⁷

En 2014 (Medellín-Colombia) González Ortiz, LD, Gómez Arias, RD, Vélez Álvarez, GA, Agudelo Londoño, SM Gómez y Dávila, Wylie, J, realizaron el estudio "Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia". En el estudio El porcentaje de embarazo no planificado en las mujeres estudiadas fue 57,6% y el retraso en la decisión de buscar atención, 32,0%. La etnia (OR = 1,8; IC95%: 1,0-2,9) y el retraso por deficiencias en la calidad de la atención prestada (OR = 8,3; IC95%: 5,0-13,7) fueron las variables que se encontraron asociadas con la MME. Los hallazgos sugieren que mejorar la efectividad y calidad de los programas de planificación familiar, control

¹⁶ Henao Leidy, Cañón Martín, Herrera Mauricio. "CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN LA CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA: UNA SERIE DE CASOS" Volumen 19 No. 2 Abril/Junio de 2016 Disponible en:

http://www.unisanitas.edu.co/Revista/59/CARACTERIZACION_DE_LA_MORBILIDAD_MATERNA_EXTREMA_EN_LA_CLINICA_UNIVERSITARIA_COLOMBIA_UNA_SERIE_DE_CASOS.pdf

¹⁷Quintero J, Olaya S, Peña A, et al. Extreme maternal morbidity (EMM): description of a 23-case series and Analysis of the "three delays". RFS - Revista Facultad de Salud. 2013; 5 (2): 52-60. Disponible en:

<<https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/142>>. Fecha de acceso: 27 nov. 2017
doi:<http://dx.doi.org/10.25054/rfs.v5i2.142>.

prenatal y atención obstétrica hospitalaria pudiera contribuir a reducir los casos evitables de MME.¹⁸

Guerra Gutiérrez, C et al. en Barranquilla (2014) en el estudio “ Morbilidad y mortalidad materna en una institución de salud en el año 2012”, reportaron que del total de criterios de morbilidad materna extrema según los criterios de Manejo, el ingreso a UCI (43 %) fue el que más se realizó, seguido en importancia, un 12 % presentó choque hipovolémico, seguido por eclampsia y choque séptico (6 %) según el criterio de enfermedad específica; cabe resaltar, según el criterio de Falla de Órgano, la causa de MME con mayor prevalencia fue la falla renal (4.4 %), seguida en importancia por la falla cardíaca, respiratoria y hepática (9 %) en 2012.¹⁹

En 2014 Bogotá (Colombia) Villalba-Toquica, CP y Martínez-Silva, PA realizaron el estudio “Morbilidad materna extrema en la Clínica Universitaria Colombia, Bogotá (Colombia)” a prevalencia de MME en la institución fue de 11 por 1.000 nacidos vivos. El 55 % de los eventos se relacionaron con hemorragias del embarazo, seguidos por trastornos hipertensivos del embarazo (30 %), complicaciones de comorbilidades cardíacas (9 %) y choque séptico (6 %). Un 58 % de las pacientes presentaron disfunción orgánica, con una utilización de la Unidades de Cuidado Intensivo en 52 %; la transfusión de hemoderivados se requirió en un 61 % de los eventos y la cirugía adicional en un 36 %. El índice de mortalidad fue del 8 %. La relación MME/MM fue de 11:1. El porcentaje de casos de MME con más de tres criterios fue del 73 %.²⁰

En Cali, Colombia, 2013-2014 Barbosa-Rengifo, Mario Miguel, et al. Realizaron un estudio para describir la Vigilancia de morbilidad materna extrema en una institución de referencia de la ciudad de Cali con el objetivo de describir la razón de prevalencia de la morbilidad materna extrema (MME) y las características de la población en la que se presentó utilizando como método de estudio corte transversal basado en la

¹⁸ González Ortiz LD, Gómez Arias RD, Vélez Álvarez GA, Agudelo Londoño SM, Gómez Dávila J, Wylie J. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2014; 35(1):15–22.

¹⁹ Cecilia E. Guerra Gutiérrez, Paola Andrea Muñoz Paredes, Amanda Michelle Ospino Muñoz, Alcira N. Varela Púa y Laura Vega Hernández. Morbilidad y mortalidad materna en una institución de salud en el año 2012. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2014; 30 (2): 217-226

²⁰ Carolina del Pilar Villalba-Toquica y Pablo Andrés Martínez-Silva. MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN LA CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA, BOGOTÁ (COLOMBIA), 2012-2013. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 65 No. 4 • Octubre-Diciembre 2014 • (290-296) último acceso en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v65n4/v65n4a02.pdf>

vigilancia epidemiológica durante los años 2013 y 2014; se incluyeron las pacientes gestantes atendidas en una institución de referencia ubicada en suroccidente del departamento de Valle, Colombia. Se utilizaron los criterios para vigilancia de morbilidad materna extrema según definición del protocolo de vigilancia del Instituto Nacional de Salud de Colombia. Se midieron las características sociodemográficas; los criterios de inclusión de MME: disfunción orgánica, manejo o causa específica, el número de criterios de severidad y la estancia.

En el análisis se emplearon medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas, y frecuencias absolutas, proporciones para las variables categóricas. Se calculó la razón de prevalencia de MME y la razón caso criterio obteniendo los siguientes resultados de 3985 partos se identificaron 219 casos de MME (55 x 1000 nacidos vivos), el 89 % de las pacientes fueron remitidas de otra institución y un 21,0 % no vivían en la ciudad de Cali. El promedio de edad fue de 26 años, el 64,0 % pertenecían al régimen subsidiado de salud. No hubo casos de mortalidad materna durante el periodo de estudio. El 18,0 % de las pacientes presentaron más de 3 criterios de severidad. La categoría de morbilidad más frecuente fueron los trastornos hipertensivos del embarazo en el 74,4 % de los casos.²¹

3.1.3 Antecedentes regionales:

En el año del 2015 (Sucre) Martínez Royert, J y Pereira Peñate, M realizaron un estudio titulado “Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015”, la muestra la conformaron 123 gestantes ARO obteniendo los siguientes resultados, el 13,18 % de las gestantes eran menores de 18 años; 38,2% procedentes de la capital y 19,5 % de la región del San Jorge; 66 % no manifestaron antecedentes patológicos; 13,8 % presentaron complicaciones de amenaza de aborto o de parto pretérmino; 37 % eran nulípara; 20.3 % tenían cesárea anterior; 22.8 % sufrieron abortos; 54.5 % manifestaron tensión emocional y mal humor; 82.9% no programaron el embarazo; 24 % con

²¹Barbosa-Rengifo Mario Miguel, Morales-Plaza Crithian David, Amézquita-Abello María Claudia, Martínez-Buitrago Diana Milena. Vigilancia de morbilidad en los extremos de una institución de referencia en Cali, Colombia, 2013-2014. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2016 Sep [citado 2018 26 de octubre]; 67 (3): 207-214. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342016000300005&lng=en. <http://dx.doi.org/18.597/rcog>

periodo intergenésico de 1 año; 55.3 % (68 gestantes) se encontraban entre la semana 30 y 40 de gestación al momento de participar en el estudio.

3.2 MARCO TEÓRICO

3.2.1 Caso de morbilidad materna extrema. Se define un caso de morbilidad materna extrema como una mujer con una complicación durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo su vida pero sobrevive y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos.⁴

3.2.2 Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Morbilidad Materna Extrema en Colombia. Código: 549⁴ De acuerdo al Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de MME instaurado en Colombia y publicado el 29 de diciembre de 2017, versión 03, la situación epidemiológica respecto a los casos de MME en el país está de la siguiente manera:²²

Los indicadores de morbilidad materna extrema dependen del método de identificación de los casos y la región geográfica; sin embargo, se encuentran similitudes en la clasificación basados en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el tema. El criterio más comúnmente usado en todas las regiones es la histerectomía de emergencia, excepto en América del Norte; el segundo criterio más común es la admisión a unidad de cuidados intensivos (UCI) usado para todas las regiones, excepto África.

La tasa de morbilidad materna extrema es superior para los países de medianos y bajos ingresos, varió de 4,9 %, en América Latina, a 5,7 %, en Asia y 14,9 %, en África, mientras que los estudios realizados en los países de altos ingresos tenían tasas que van de 0,8 %, en Europa, y un máximo de 1,4 %, en América del Norte.

²² VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. Código: 549.Minsalud. Instituto Nacional de Salud. Diciembre 29 de 2017. Versión 03) DISPONIBLE EN:
http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/vigilancia/protocolos/p2018/pro_morbilidad_materna_extrema_2018.pdf

Un estudio realizado entre marzo y junio de 2013 en 19 hospitales de 12 países de América Latina encontró una incidencia de maternal near miss de 12,9 casos por 1.000 nacidos vivos. La relación morbilidad/mortalidad fue de 19 a 1 con un índice de mortalidad del 5,1 %.

Además, 46 % de las mujeres fueron ingresadas en la UCI, el análisis univariado en cuanto a la capacidad de diagnóstico de condiciones que potencialmente amenazan la vida mostró una alta predicción de resultados positivos (LR + ≥ 20) para los criterios clínicos alteración del estado de conciencia, oliguria y convulsiones. Las pruebas de laboratorio asociadas a un alto LR + incluyeron creatinina $\geq 1,2$ g/dl; recuento de plaquetas < 100.000 y GOT ≤ 70 U/L. Condiciones con una eficacia mayor cuando la prueba predictiva es positiva son placenta adherida, edema pulmonar, síndrome de HELLP, sepsis y eclampsia. En relación con la intervención, también tiene un LR + ≥ 20 admisión en la UCI, la laparotomía y la transfusión de sangre.

Según los datos oficiales para el país, obtenidos a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), desde 2012, año en el cual se implementó el proceso, se ha presentado un incremento en el número de casos y la razón de morbilidad materna extrema debido al fortalecimiento del proceso de vigilancia del evento y cambio en la definición de caso que permite tener una mayor sensibilidad en el proceso de identificación de casos. Durante el proceso de vigilancia se han identificado como causas principales de morbilidad materna extrema los trastornos hipertensivos y las complicaciones hemorrágicas. Igualmente, el grupo de edad con la mayor proporción de casos de morbilidad materna extrema ha sido el de 20 a 24 años pero la mayor razón se ha presentado históricamente en las mujeres con edades extremas (de 35 y más años y las mujeres menores de 15 años).

²³

Durante el año 2016 notificaron 20.600 casos, que representan un incremento de 33,7 % con respecto al año anterior. La razón de morbilidad materna extrema nacional preliminar fue de 31 casos por 1.000 nacidos vivos y 13 entidades territoriales superan esta razón nacional. Las cinco entidades territoriales con la mayor razón de morbilidad materna extrema preliminar son Cartagena (con 58,2),

²³ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. DICIEMBRE 2017, VERSIÓN 03. PP 07. DISPONIBLE EN: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Morbilidad%20Materna%20Extrema.pdf>

Vichada (con 55,7), Huila (con 50,4), La Guajira (con 48,6) y Bogotá, con 46,1 casos por 1.000 nacidos vivos.

Derivado del poco conocimiento del gran número de complicaciones graves del embarazo que amenazan la vida, Stones et al, en el año 1991, describieron por primera vez el término “near miss morbidity” para definir una categoría de morbilidad materna que abarca episodios que potencialmente amenazan la vida de la gestante.

Aunque la morbilidad materna extrema ha sido definida de varias formas, la OMS consolidó una sola definición alineada con la de “muerte materna” de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE) versión 10. En este sentido, un caso de morbilidad materna extrema se define como: “una mujer que casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo’

En concordancia con las definiciones de términos establecidos por la OPS/OMS, el término morbilidad materna extrema es sinónimo de morbilidad materna severa, morbilidad materna grave y morbilidad materna extremadamente grave o “maternal near miss”.

Para el presente estudio se avalarán las definiciones y contenidos de casos de morbilidad materna extrema que están incluidos en el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Morbilidad Materna Extrema en Colombia, a saber:

3.2.2.3 Caso confirmado por clínica. Se define un caso de morbilidad materna extrema como una complicación severa que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de la mujer pero sobrevive y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos.²⁰

Los criterios de inclusión establecidos están relacionados con enfermedad específica, disfunción orgánica y relacionada con el manejo. Es importante resaltar que algunas condiciones relacionadas con el embarazo como aborto séptico o hemorrágico, enfermedad molar o embarazo ectópico roto pueden originar falla orgánica. La falla orgánica también puede ser causada por una enfermedad preexistente o que se genere durante el embarazo, como enfermedades

autoinmunes, hematológicas, oncológicas, endocrino/metabólicas, renales, gastrointestinales, eventos tromboembólicos, eventos cardio-cerebro-vasculares u otras, que han sido causa de muerte materna en los últimos cinco años.

De igual forma, es de considerar que la falla orgánica se puede originar por complicaciones en otros eventos de interés en salud pública (por ejemplo malaria, dengue) o lesiones de causa externa que originen la condición crítica de salud materna durante la gestación, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación. Los eventos de Interés en Salud Pública relacionados deben hacer referencia a las condiciones que afectan la salud materna, no aquellas que afectan al recién nacido o producto de la gestación.

3.2.2.4 Criterios de inclusión relacionados con enfermedad específica:

- **Preeclampsia severa.** Presión arterial sistólica persistente de 160 mmHg o más o presión arterial diastólica de 110 mmHg, más proteinuria de 5 g o más en 24 horas; o en ausencia de proteinuria, hipertensión de aparición reciente con cualquiera de los siguientes criterios: trombocitopenia < 100.000 , oliguria 1,1 mg/dL o el doble de la creatinina sérica en ausencia de otra enfermedad renal, aumento de transaminasas al doble de los valores normales, edema pulmonar, alteraciones visuales o cerebrales.²⁰
- **Eclampsia.** Presencia de convulsiones generalizadas en el contexto de la preeclampsia en pacientes sin historia previa de epilepsia, o en estado de coma y en ausencia de otros trastornos neurológicos.²⁰
- **Sepsis o infección sistémica severa.** Infección documentada o sospecha de infección, que cumple con dos de los siguientes criterios: Temperatura $> 38,3\text{ }^{\circ}\text{C}$ o $< 36\text{ }^{\circ}\text{C}$. Frecuencia cardíaca > 90 Lat/min. Frecuencia respiratoria > 20 /min. Presión arterial sistólica (PAS) < 90 mmHg, PAM < 70 mmHg o una disminución de la PAS > 40 mmHg Y se acompaña de cualquiera de los siguientes criterios: Recuento de glóbulos blancos $> 12.000\text{ }\mu\text{L}$ o $< 4.000\text{ }\mu\text{L}$ o con más del 10% de formas inmaduras. Anomalías en la coagulación (INR $> 1,5$ o PTT > 60 s). Proteína C reactiva en plasma doble de valor normal. Trombocitopenia (recuento de plaquetas $< 100.000\text{ }\mu\text{L}$). Hiperbilirrubinemia (bilirrubina total en plasma $> 4\text{mg/dL}$ o $70\text{ }\mu\text{mol/L}$) Hiperlactatemia ($> 1\text{ mmol/L}$). Reducción en llenado capilar o moteado. Procalcitonina en plasma superior a dos DS (desviaciones estándar) por encima del valor normal. Hipoxemia arterial ($\text{Pao}_2/\text{FIO}_2 < 300$). Oliguria aguda (diuresis $< 0,5\text{ ml/kg/h}$ durante al menos 2 horas) Aumento de creatinina $> 0,5\text{mg/dL}$. Glucosa en

plasma > 140 mg/dL. Estado mental alterado. Edema generalizado. ≤Íleo paralítico.²⁰

- **Hemorragia obstétrica severa.** Pérdida sanguínea de origen obstétrico con pérdida de un 25% de la volemia. Pérdida mayor de 150 mL/ min o 1000 mL o más. Presencia de cambios hemodinámicos (TAS ≤ 90 o TAD ≤ 50) Caída de hematocrito mayor de 10 puntos.²⁰
- **Ruptura uterina.** Es la pérdida de continuidad del músculo uterino. Con base en la presencia de factores de riesgo (cirugía uterina previa, hiperdinamia uterina, hiperestimulación de la actividad uterina con oxitocina, misoprostol y dinoprostona) que ocurran en pacientes en trabajo de parto activo, sangrado cuya intensidad es variable más frecuente sobre útero cicatrizal, dolor intenso al momento de la ruptura el cual cesa la dinámica uterina, partes fetales palpables a través de abdomen.²⁰
- **Aborto séptico/hemorragico.** Aborto séptico, complicación infecciosa que inicia con endometritis y progresa a sepsis asociado a metrorragia, fiebre, leucocitosis, loquios fétidos con signos de peritonitis difusa o tromboflebitis pelviana o signos de septicemia y que cumple con criterios de infección sistémica severa o disfunción orgánica y aborto hemorrágico, expulsión del producto de la gestación que cumple con criterio de hemorragia obstétrica severa o algún criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Enfermedad molar.** Metrorragia abundante y roja, dolor en hipogastrio, hiperémesis gravídica, Hipertensión inducida por el embarazo antes de la semana 24, hipertiroidismo, expulsión de vesículas, tamaño uterino menor que el que corresponde a su edad gestacional, ausencia de pulso y partes fetales y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Embarazo ectópico roto.** Cuadro clínico de inicio súbito de dolor en hipogastrio o fosas iliacas acompañado de palidez mucocutánea, hipotensión, lipotimia, choque hipovolémico y taquicardia en mujer con prueba de embarazo positiva y que cumple con criterio de hemorragia obstétrica severa o por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰

Enfermedades autoinmunes:

- **Lupus eritematoso sistémico (LES).** Mujeres con diagnóstico previo a la gestación o con diagnóstico durante la gestación con base en los siguientes criterios: lesiones cutáneas eritematosas, foto sensibilidad, úlceras orales, artritis, pleuritis o pericarditis, proteinuria, psicosis o convulsiones, anemia o

leucopenia o trombocitopenia. Anticuerpos positivos anti-DNA n anti-Sm o anticuerpos antifosfolipidos, que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰

- **Síndrome antifosfolipidico.** Mujeres con diagnóstico previo a la gestación o con diagnóstico durante la gestación con base en los siguientes criterios: fenómenos tromboticos arteriales o venosos, abortos o muertes fetales recurrentes y trombocitopenia y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Púrpura trombocitopenia idiopática.** Mujeres con diagnóstico previo a la gestación o con diagnóstico durante la gestación con base en los siguientes criterios: sangrado mucocutáneo, hemorragia de vías digestivas y del sistema nervioso central y propensión a la formación de hematomas y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Miastenia gravis.** Mujeres con diagnóstico previo a la gestación o con diagnóstico durante la gestación con base en los siguientes criterios: grados variables de debilidad de los músculos esqueléticos, incluyendo debilidad fluctuante y fatigabilidad fácil de los músculos esqueléticos sin anomalías en los reflejos, sensoriales ni de coordinación, ptosis o diplopía y progresar hasta involucrar los músculos bulbares utilizados para la deglución, articulación y masticación y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰

Enfermedad hematológica:

- **Discrasia sanguínea.** Mujeres con diagnóstico previo a la gestación o con diagnóstico durante la gestación con base en los siguientes criterios: historia personal de hemorragias mucocutáneas, historia familiar de hemorragias excesivas con propensión a moretones, laceraciones con hemorragias prolongadas, epistaxis, hemorragias de las encías, menorragia, hemorragia posterior a intervenciones quirúrgicas, hemorragia post parto, hemartrosis y hematomas musculares y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Anemia.** Mujeres con diagnóstico previo a la gestación o con diagnóstico durante la gestación con base en los siguientes criterios: Se consideran casos de morbilidad materna extrema aquellas gestantes con anemia severa (hemoglobina <7 g/dL) o anemia moderada (hemoglobina 7,1 – 10 g/dL). Acompañado cualquiera de los siguientes signos o síntomas: taquicardia,

disnea del ejercicio, palidez en la piel y en el pliegue palmar, uñas que se dan forma de lomo longitudinalmente y chato (coiloniquia) en lugar de convexo, cianosis (metahemoglobinemia e ictericia (los hemoglobinopatias y los procesos hemolíticos). Glositis y lengua en cuché, agrandada, lisa y dolorosa. Con anemia severa, los labios pueden revelar los crujiados, particularmente a los bordes (queilosis) y neuropatías periféricas y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰

- **Anemia de células falciformes.** Causa anemia y crisis vasoclusivas que afectan a todos los órganos, incluyendo hueso, corazón, pulmón, riñón, sistema digestivo y cerebro. Mujeres con diagnóstico de anemia de células falciformes y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰

Enfermedad oncológica:

- **Tumores cerebrales.** Mujeres con diagnóstico previo a la gestación o con diagnóstico durante la gestación con base en los siguientes criterios: presencia de trastornos neurológicos focales y/o signos de irritación meníngea, presencia de convulsiones de novo en una paciente que no presenta hipertensión arterial, cefaleas, náuseas y vómitos, y otros síntomas no específicos de déficits neurológicos focales tales como hemiparesia y defectos del campo visual y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Leucemia.** Mujeres con diagnóstico previo a la gestación o con diagnóstico durante la gestación con base en los siguientes criterios: historia clínica de fatiga, debilidad, pérdida de peso, disnea, falta de energía palidez, petequias y equimosis, adenopatías y hepatoesplenomegalia, neuropatías craneales e hiperplasia gingival. Sangre periférica: leucocitosis neutrofílica, con precursores mieloides (mielocitos y metamielocitos), Blastos 1-3%, eosinofilia, basofilia. Plaquetas normales o aumentadas (>450.000 x mm³) o trombocitopenia (<100.000). Fosfatasa alcalina leucocitaria (FAL) ausente o disminuida, hiperuricemia, LDH aumentada. Médula ósea: hiper celularidad, disminución de tejido adiposo, hiperplasia de la serie leucopoyética.²⁰

Enfermedad endocrina/metabólica:

- **Diabetes pregestacional y gestacional.** Mujeres con diagnóstico de diabetes (pre gestacional o gestacional) y con asociación de infecciones genitourinarias, preeclampsia, parto pretérmino, polihidramnios, placenta previa, hemorragia mayor de 26 semanas y óbito fetal y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.
- **Hipotiroidismo.** Mujeres con diagnóstico previo a la gestación o con diagnóstico durante la gestación con base en los siguientes criterios: Hipotiroidismo severo (TSH > 5.0 mIU/L) asociado con anemia, arritmia, miopatía falla cardíaca congestiva, preeclampsia, hemorragia post parto, amenaza de parto pretérmino y aborto. Con síntomas clínicos como debilidad muscular y cansancio, piel seca, edema, somnolencia, sobrepeso, estreñimiento y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Hipertiroidismo.** Mujeres con diagnóstico previo a la gestación o con diagnóstico durante la gestación con base en los siguientes criterios: TSH Indetectable, disfunción termorreguladora temperatura y cardiovascular, taquicardia, nerviosismo, temblores y debilidad muscular, aumento de la presión arterial con dolor de cabeza, náusea y visión borrosa, moderado delirio, psicosis, letargia extrema, convulsiones, coma. Insuficiencia cardíaca congestiva, edema pulmonar, fibrilación auricular, disfunción gastrointestinal hepática, diarrea o estreñimiento, vómitos, dolor abdominal severo. Pérdida de peso o no aumentar de peso como se esperaba, aumento de apetito, ritmo cardíaco acelerado y respiración rápida aún mientras está en reposo, aumento de la sudoración e intolerancia al calor, bulto doloroso en el cuello o los ojos saltones, ictericia de causa no definida y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰

Enfermedad Renal:

- **Síndrome hemolítico urémico atípico (SHUA).** Mujeres con diagnóstico previo a la gestación o con diagnóstico durante la gestación con base en los siguientes criterios: entidad clínica definida por la tríada anemia hemolítica no inmune, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda, en la que las lesiones subyacentes están mediadas por un proceso de microangiopatía trombótica (MAT) sistémica. El SHU atípico (SHUa) es un subtipo de SHU en el que los fenómenos de MAT son consecuencia de la pérdida de regulación

de la vía alternativa del complemento sobre las superficies celulares de causa genética.²⁰

Enfermedad gastrointestinal:

- **Pancreatitis aguda.** El principal síntoma es el dolor epigástrico y peri umbilical con hiperglicemia y leucocitosis, la pancreatitis complicada se acompaña de signos clínicos que termina en sepsis, absceso y hemorragia y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Colecistitis aguda complicada.** Infección sobre agregada por flora entérica como E. coli, Klebsiella y Enterococcus con síntomas de náuseas, vómito, dispepsia y dolor en hipocondrio derecho y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Apendicitis peritonitis.** Apendicitis aguda con perforación, formación de absceso y peritonitis asociado a dolor abdominal inicialmente en epigastrio o región periumbilical, irradiado a fosa iliaca derecha o flanco y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Hígado graso agudo del embarazo.** Paciente con signos y síntomas de hígado graso agudo asociado a anorexia, náuseas, vómitos, polidipsia, dolor abdominal en hipocondrio derecho, ictericia (muy frecuente), hipertensión, edema, ascitis y hepatomegalia y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰

Eventos tromboembólicos:

- **Trombo embolismo pulmonar.** Paciente que presenta súbitamente signos y síntomas de: disnea, cianosis, taquipnea, dolor torácico, frote pleural, intranquilidad, tos, taquicardia, hemoptisis y temperatura >37°C. Soportado con estudios de ultrasonido, Doppler en extremidades inferiores, electrocardiograma, rayos x de tórax, gasometría arterial, gammagrafía pulmonar ventilatoria y perfusora, angio TAC.²⁰
- **Enfermedad tromboembólica venosa.** Aparición aguda de eritema, dolor, calor y edema en una extremidad unilateral, dolor abdominal inferior, signos de Homans, espasmo arterial reflejo, extremidad fría y pálida, además de pulsos disminuidos y dificultad para la deambulacion y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰

- **Trombosis venosa cerebral.** Paciente que presenta cefalea, convulsiones focales, paresias, edema de papila, alteración de la conciencia e hipertensión intracraneana aislada, diagnosticado por tomografía de cráneo con contraste o por resonancia magnética. Los factores de riesgo asociados con la trombosis de los senos venosos asociada con el embarazo son la edad materna, la presencia de hiperemesis, parto por cesárea, infección intercurrente e hipertensión materna y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰

Enfermedad cardiocerebro vascular:

- **Epilepsia (neurológico).** Convulsiones recurrentes parciales o generalizadas asociadas a pérdida de la conciencia y del control de los esfínteres, ausencias o pérdidas de conocimiento, y trastornos del movimiento, de los sentidos (en particular la visión, la audición y el gusto), del humor o de otras funciones cognitivas y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Accidente cerebrovascular.** Enfermedad grave cuando se interrumpe el flujo sanguíneo una zona del cerebro, causada por cualquier anomalía en el cerebro por un proceso patológico de los vasos sanguíneos incluyendo la oclusión, trombosis o embolia, ruptura de un vaso, alteración de la permeabilidad de la pared o aumento de la viscosidad u otro cambio en la calidad de la sangre que fluye a través de los vasos cerebrales. Los factores asociados más frecuentes son migraña, trombofilias, lupus, enfermedades cardíacas y anemia, preeclampsia severa que desarrollan un ACV, valor de presión arterial sistólica, que se encontró por encima de 155 mm Hg y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Hemorragia subaracnoidea.** Paciente con cefalea severa y súbita localizada en la región occipital o frontal, se acompaña por náuseas y vómitos, visión borrosa, rigidez de nuca y fotofobia, con rápido deterioro del nivel de conciencia. Es común la presencia de déficits neurológicos focales secundaria incluyen ruptura de un aneurisma cerebral o malformación arteriovenosa, hemorragia intracerebral hipertensiva, eclampsia, efecto de anticoagulantes, trastornos de la hemostasia y rara vez sangrado en un tumor cerebral o intoxicación por cocaína y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰

Otras:

- **Placenta previa.** Implantación anormal de la placenta en el segmento uterino inferior. Se caracteriza por hemorragia indolora con choque hemorrágico y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Abrupcio de placenta.** Separación total o parcial de la placenta normoinserta asociada a choque hemorrágico o coagulopatía de consumo y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Inversión uterina.** Presencia del útero invertido (masa roja) con presencia de dolor intenso y hemorragia con choque hipovolémico y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Embolia del líquido amniótico.** Paciente con dolor torácico, disnea, taquipnea, cianosis, ansiedad, náuseas, vómito y sialorrea asociado a hipoxemia, CID, hipotensión, choque, edema pulmonar, paro cardiorrespiratorio y convulsiones y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Cardiopatía en el embarazo.** Pacientes con historia clínica de disnea, fatiga, disminución de la capacidad física durante el ejercicio, síncope, edema en miembros inferiores, disnea progresiva, ingurgitación yugular, angina de pecho, asociado a complicaciones de arritmia, soplos, aumento de la presión arterial, cambios en el pulso, congestión hepática y cianosis y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Cardiomiopatía.** Miocardiopatías son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la afectación directa del músculo cardiaco, dilatación y disfunción del ventrículo izquierdo o ambos ventrículos (fracción de eyección del ventrículo izquierdo [VI] < 50% o fracción de acortamiento del VI < 25%), aumento del grosor de las paredes (> 15 mm) o la masa del ventrículo izquierdo. Cardiomiopatía peri parto cuando: a) desarrollen falla cardíaca en el último trimestre del embarazo o dentro de los primeros 5 meses posteriores a la finalización del evento obstétrico; b) en ausencia de una causa identificable de falla cardíaca y, c) no hay evidencia de enfermedad cardíaca. Estas irían en cardio cerebro vasculares y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Hematoma hepático roto.** Hematoma subcapsular hepático roto, cuadro clínico que se asocia al síndrome de Hellp, preeclampsia con sintomatología de dolor abdominal, náuseas, vómitos, cefalea hasta el cuadro agudo de choque hipovolémico. Diagnóstico por TAC abdominal o ecografía y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰

- **Crisis o ataque asmático.** Enfermedad crónica que afecta las vías respiratorias que se complica con la aparición de crisis respiratorias con síntomas como tos, sibilancias, sensación de ahogo, dificultad para respirar y presión en el pecho. Que puede afectar un mayor riesgo de sufrir preeclampsia, hiperémesis, hemorragia vaginal y parto prematuro y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Reacciones transfusionales agudas no infecciosas.** Paciente con reacciones alérgicas hemolíticas agudas, hemólisis no inmune, daño pulmonar agudo relacionado con la transfusión, sobrecarga circulatoria, reacciones metabólicas como toxicidad por el citrato, hipotermia severa e hiper o hipocalemia. y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰

3.2.2.5 Relacionada con disfunción orgánica:

Cardiaca. Paro cardiaco. Edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos, soporte inotrópico, vasopresor y/o vasodilatador.²⁰

Vascular. Ausencia de pulsos periféricos o hipotensión por 30 minutos o más asociada a choque de cualquier etiología (séptico o hipovolémico). Presión arterial 3,5 L/min. M2, llenado capilar disminuido >2 segundos, necesidad de soporte vasoactivo. Se considerará también como falla vascular aquellos casos donde la TAS sea >160mmHg o TAD>110 mmHg persistente por más de 20 minutos. ²⁰

Renal. Deterioro agudo de la función renal documentada por incremento de la creatinina basal de un 50% en 24 horas o elevación de la creatinina sérica por encima de 1,2 mg/dL. Oliguria (< 0,5 cc/Kg/hora) que no responde al reemplazo adecuado de líquidos y diuréticos endovenosos, trastorno del equilibrio ácido básico.²⁰

Hepática. Alteración de la función hepática que se documenta con ictericia de piel y escleras, con o sin hepatomegalia o bilirrubina total mayor de 3,0 mg/dL. Transaminasas moderadamente elevadas: AST y ALT mayor de 70 UI/L.²⁰

Metabólica. Corresponde a comorbilidades adjuntas como la cetoacidosis diabética, crisis tiroidea u otras y que se puede manifestar aparte de las alteraciones

propias de la enfermedad de fondo, por hiperlactacidemia >200mmol/L, hiperglucemia >240 mg/dL, sin necesidad de padecer diabetes.²⁰

Cerebral. Coma. Convulsiones. Confusión. Desorientación en persona, espacio y tiempo. Signos de focalización (cualquier déficit motor, sensitivo o cognoscitivo no generalizado como afasia, paresia o plejia en una o múltiples extremidades, anosmia, ceguera, disminución en percepción de color, movimiento o campos visuales, disartria, disimetría, disdiadocinecia o ataxia, alteración asimétrica en reflejos tendinosos profundos o aparición de reflejos patológicos). Lesiones hemorrágicas o isquémicas.²⁰

Respiratoria. Síndrome de dificultad respiratoria del adulto. Necesidad de soporte ventilatorio invasivo o no.²⁰

Coagulación. Criterios de Coagulación Intravascular Diseminada (CID). Trombocitopenia (< 100.000 plaquetas) o evidencia de hemólisis (LDH > 600 UI/L)²⁰

3.3.2.6 Relacionado con el manejo:

- **Necesidad de transfusión.** Administración de tres unidades o más de hemoderivados en paciente con compromiso hemodinámico producido por pérdidas sanguíneas agudas.²⁰
- **Necesidad de UCI.** Paciente que ingresa a unidad de cuidado intensivo excepto al indicado para estabilización hemodinámica electiva. La admisión a la UCI se define como la admisión a una unidad que proporciona supervisión médica las 24 horas y es capaz de proporcionar ventilación mecánica y el apoyo continuo de medicamentos vasoactivos.²⁰
- **Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia.** Procedimientos diferentes al parto o la cesárea, para el manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de la mujer.²⁰

3.2.2.7 Lesiones de causa externa:

- **Accidente.** Cualquier suceso que es provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo involuntario, y que da lugar a

una lesión corporal que pone en riesgo la vida de la mujer y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰

- **Intoxicación accidental.** Mujer gestante que posterior al contacto con una o más sustancias químicas por la vía dérmica (piel y mucosas), respiratoria (inhalación), digestiva, parenteral (intravenosa, subcutánea o intramuscular) u ocular, presenta manifestaciones de un toxidrome o un cuadro clínico de intoxicación compatible o característico con la exposición a la(s) sustancia(s) implicada(s) y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Intento suicida.** Conducta potencialmente lesiva auto-infligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰
- **Víctima de violencia física.** El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra otra persona, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones que ponen en riesgo la vida de la mujer y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰

3.2.2.8 Otros eventos de interés en salud pública. Todo evento de interés en salud pública que origine una condición crítica de salud materna – perinatal, durante la gestación, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación y que cumple con por lo menos un criterio de disfunción orgánica.²⁰

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 EMBARAZO

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la

superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.²⁴

4.2 FACTOR DE RIESGO

Un factor de riesgo es aquella característica o circunstancia identificable que se asocia con un riesgo anormal de poseer, desarrollar o ser especialmente afectado de forma desfavorable por una enfermedad. Cada factor de riesgo tiene un impacto, prevalencia y complicaciones específicos para la madre, el feto o ambos.²⁵

4.3 PERÍODO INTERGENÉSICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera periodo intergenésico aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación (FUM)) del siguiente embarazo. El evento obstétrico puede ser un aborto o parto (vaginal o por cesárea).²⁶

4.4 EDAD GESTACIONAL

La edad gestacional es el tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.²⁷ La duración de la gestación es de 280 días o 40 semanas.²⁸

²⁴ Menéndez Guerrero Gilberto Enrique, Navas Cabrera Inocencia, Hidalgo Rodríguez Yusleidy, Espert Castellanos José. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Sep [citado 2019 Ene 23]; 38(3): 333-342. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es.

²⁵ Embarazo de Alto Riesgo. FECOPEN. Consultado en: 15/04/2017. DISPONIBLE EN: http://www.fecopen.org/images/Embarazo_de_Alto_Riesgo.pdf

²⁶ Artículo de Revisión. Periodo intergenésico: Revisión de la literature Abraham Zavala-García, Heidy Ortiz-Reyes, Julie Salomon-Kuri, Carla PadillaAmigo, Raymundo Preciado Ruiz. REV CHIL OBSTET GINECOL 2018; 83(1) 54 http://www.revistasochog.cl/files/pdf/AR_016.pdf

²⁷ Neil K. Kaneshiro, MD, MHA, Profesor Adjunto de Pediatría Clínica, Universidad de Washington Facultad de Medicina; Susan Storck, MD, FACOG, Jefe, Eastside Departamento de Obstetricia y Ginecología, Group Health Cooperative of Puget Sound, Redmond, Washington

²⁸ Botero A. J, Júbiz y Henao. Obstetricia y Ginecología. Texto Integrado. Octava edición. Worldcolor Colombia. ISBN 978-958-44-3829-4. 2010.

4.5 ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Involucran todos aquellos datos propios de la gestante y su salud sexual y reproductiva. En las mujeres se debe precisar: Edad de la menarquia, Edad de la menopausia, fecha de última menstruación y sus características, presencia de otros flujos vaginales, Información de los embarazos: cuántos ocurrieron; si fueron de término o no; si los partos fueron vaginales o mediante operación; problemas asociados (p.ej.: hipertensión arterial, hiperglicemia, macrosomía); antecedente de abortos (espontáneos o provocados), número de hijos vivos.²⁹

4.6 PATOLOGÍAS DE BASE

Es cualquier enfermedad preexistente, es decir que haya sido adquirida antes del embarazo y que no sea una complicación o consecuencia de este, dentro de estas tenemos a las enfermedades crónicas las cuales son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad.³⁰

4.7 MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Es una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.³¹

4.8 PARTO

El parto, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo, el período de salida del bebé del útero materno.³²

²⁹ Antecedentes Ginecoobstétricos. DISPONIBLE EN: <https://anamnesis17.wikispaces.com/Antecedentes+Ginecoobst%C3%A9tricos>

³⁰ OMS. Enfermedades crónicas. DISPONIBLE EN: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

³¹ Vigilancia de la MME. Consultado en 15/04/2017. DISPONIBLE EN: http://www.who.int/pmnch/events/2010/20100809_colombia.pdf

³² Zapata Mendo. Percy. El parto. DISPONIBLE EN: <https://www.monografias.com/trabajos98/parto-en-humanos/parto-en-humanos.shtml>. Consultado 24/1/2019

4.9 EDAD MATERNA

La edad materna avanzada se asocia con mayor frecuencia a patología gestacional y mayor incidencia de inducciones médicas del parto y tasa de cesáreas, especialmente en nulíparas. Todo ello repercute en la morbilidad materna y fetal, siendo un grupo poblacional de riesgo obstétrico que requiere una atención prenatal adecuada y trasciende el ámbito de la planificación sanitaria, dado el porcentaje de gestantes de edad avanzada en nuestro medio.³³

4.10 SALUD REPRODUCTIVA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el término «salud reproductiva» como «una condición de bienestar físico, mental y social» en los aspectos relativos al sistema reproductivo, esto es con referencia a todas las etapas de la vida; ello implica la libertad de decisión de cada mujer en cuanto a tener hijos, el cuándo y con qué frecuencia. De este modo, es cada vez más frecuente observar gestaciones cada vez a mayor edad, lo que se ha asociado con resultados perinatales adversos.³⁴

5. MARCO LEGAL

Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la Madre y el Recién Nacido, su objetivo es lograr que en el siglo XXI el proceso reproductivo humano tenga lugar en cualquier parte del mundo, en condiciones de bienestar físico, mental y social tanto para la madre como para su hijo, superando los brutales desequilibrios actuales.³⁵

Plan de Acción 2012- 2017 para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna extrema (OPS/OMS), como objetivos generales plantea los siguientes: a) contribuir a acelerar la reducción de la mortalidad materna, b) prevenir

³³ La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada Blanca Heras Pérez, Julio Gobernado Tejedora, , Pablo Mora Cepeda, Ana Almaraz Gómez Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva, Facultad de Medicina de Valladolid, Universidad de Valladolid, Valladolid, España

³⁴ Evid Med Invest Salud 2014; 7 (3): 110-113 • Baranda-Nájera N y cols. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica

³⁵ Asociación Española de Matronas, Derechos de la Madre y del Recién Nacido. DISPONIBLE EN https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/DECLARACION_DE_BARCELONA.pdf

la morbilidad materna grave, y c) fortalecer la vigilancia de la morbilidad y mortalidad maternas.³⁶

Ley 100 de 1993 de Colombia establece la prioridad a la infancia se da a través de la atención de las madres gestantes, la población infantil menor de un año y las mujeres cabeza de familia.³⁷

Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012-2021 en la dimensión Sexualidad y Derechos Sexuales Reproductivos promulga la prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos y en uno de sus objetivos del componente expresa desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio, y la prevención del aborto inseguro, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud.³⁸

Circular 056 DE 2009. Indicadores alerta temprana, establece que las acciones de desarrollo del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud (SOGCS) se orientaran a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de la estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Además establece a el nivel de monitoria del SOGCS; los indicadores trazadores definidos para este nivel y las fichas de los mismos son de obligatoria implementación y reporte por parte de las instituciones como está contenido en el decreto 10111 del 2006 y servirán para la monitoria de la calidad de la atención en salud de todo el territorio nacional y el desempeño de los diferentes actores en la implementación del SOGCS.³⁹

³⁶ Plan de Acción 2012- 2017 para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna extrema (OPS/OMS). DISPONIBLE EN

https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms&alias=1238-plan-accion-reduccion-mortalidad-materna&Itemid=688

³⁷ Congreso de la República de Colombia, Ley 100 de 1993. DISPONIBLE EN http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

³⁸ República de Colombia, Ministerio de Salud y la Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012-2021. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

³⁹ Superintendencia Nacional de Salud, Circular 056 DE 2009. DISPONIBLE EN https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/C_SNS_0056_2009.pdf

Decreto 1011 de **2006** Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.⁴⁰

Ley 1122 de 2007 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.⁴¹

Circular Externa 030 de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud. Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud; los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención de salud (autoevaluación de la red prestadora de servicios de salud y atención del usuario) en las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica y el régimen de salud que administren, incluyendo las empresas de medicina Prepagada, y los requerimientos de información.⁴²

Resolución 1446 de 2006 Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Decreto 3518 de 2006 Crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública-SIVIGILA-, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.⁴³

Decreto 2309 de 2002 Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

⁴⁰ República de Colombia, Ministerio de Salud y protección Social. Decreto 1011 de 2006. DISPONIBLE EN https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

⁴¹ Congreso de la República de Colombia, Ley 1122 de 2007. DISPONIBLE EN <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

⁴² Superintendencia Nacional de Salud, Circular Externa 030 de 2006. DISPONIBLE EN http://cfgce.com/wp-content/uploads/downloads/2011/04/Circular_Externa_30_de_2006.pdf

⁴³ Ministerio de Salud y la Protección Social, Resolución 1446 de 2006. DISPONIBLE EN https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf

Decreto 1280 de 19 junio de 2002 Por el cual se organiza el Sistema de Vigilancia, Inspección y Control del Sector Salud.

Ley 715 de 2001 Por lo cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (acto legislativo 01 del 2001) de la Constitución política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de servicios de educación y salud entre otros.

Resolución 3384 de 2000 Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000. Por lo cual se resuelve Capítulo I: la Responsabilidad en el Cumplimiento de las Normas de Atención, Capítulo II: la Responsabilidad en el Cumplimiento de las Guías de Atención, Capítulo III: las Cuotas Moderadoras, Copagos y Red Prestadora de Servicios, Capítulo IV: De las Metas de Cumplimiento y Capítulo V: De la Gestión de EPS y ARS.

Resolución 3374 de 2000 Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

Resolución 1078 de 2000 Por la cual se modifica la Resolución 412 del 25 de febrero de 2000. Básicamente en los artículos 1 y 2. Art 1. Sujeción a los contenidos del POS. Modifíquense las normas técnicas y guías de atención adoptadas mediante Resolución 412 de 2000 en el sentido que sólo contendrán los procedimientos, actividades, medicamentos e intervenciones contenidas en el POS aplicable al régimen contributivo o en el del régimen 65 subsidiado según las normas vigentes. Art 2. La actualización de las normas y guías de atención. Los contenidos de las normas técnicas y guías de atención serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Y se dictan otras disposiciones.

Resolución 00412 de 2000 Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las

acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Decreto 2759 de 1997 Por medio del cual se organiza y establece el Régimen de Referencia y Contra referencia.

Ley 100 de 1993 Por el cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto 1811 de 1990 Por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 10/90 en lo referente a la prestación de servicios de salud para las Comunidades Indígenas.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Construyó una nueva Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el mes de julio del 2014, para desarrollar una de las dimensiones prioritarias definida en el Plan Decenal de Salud Pública, por ello tiene como vocación concreta y la preocupación constante del Ministerio de Salud y Protección Social de velar por la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva de las personas y su entendimiento como medio para que el bienestar físico mental y social sea posible, para los pueblos, grupos y comunidades de este vasto país, sin ningún distingo propiciado en la diferencia o las condiciones de vulnerabilidad en que puedan encontrarse inmersos y donde el enfoque de derechos, género y diferencial sea realmente materializado, a través de la prestación de servicios de calidad, humanizados, dignos y solidarios.⁴⁴

Se tendrán en cuenta las regulaciones locales del Ministerio de Salud de Colombia dispuestas en la Resolución 8430 de 1993, que establece las disposiciones y normas científicas que tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.

⁴⁴ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. 2014. DISPONIBLE EN:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20S EPT%2010.pdf>

Ministerio de Salud y protección Social. Resolución 603280 del 2 de agosto de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.

El estudio se realizó dentro de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos según la **Declaración de Helsinki** de la Asociación Médica Mundial. Se mantendrá absoluta confidencialidad y se preservara el buen nombre institucional profesional.

6 METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación de tipo descriptivo transversal que pretendió determinar el comportamiento de la morbilidad materna extrema en gestantes y puérperas hospitalizadas en el Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes. Corozal. 2018.

6.2 ÁREA DE ESTUDIO

Se realizó en las diferentes unidades funcionales, donde estuvieron hospitalizadas las gestantes y puérperas con patologías asociadas a MME del Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes. Corozal. Departamento de Sucre. Colombia.2018.

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

6.3.1 Población. La población total de las participantes fue de 24 mujeres pertenecientes a todos los estratos socioeconómicos, afiliados a un régimen subsidiado y/o contributivo hospitalizadas en cualquier unidad funcional del Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes. Corozal, con patologías asociadas a MME en el período comprendido entre mayo a agosto de 2018.

6.3.2 Muestra. Se tomaron todas las pacientes que cumplieron con los criterios de selección en el período comprendido entre mayo a agosto de 2018 y que se encontraron hospitalizadas en cualquier unidad funcional del Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes. Corozal, 2018

6.3.3 Criterios de inclusión

- Pacientes con caso confirmado de MME (relacionado con enfermedad específica, relacionada con disfunción orgánica, relacionada con manejo y lesiones de causa externa).
- Pacientes con caso confirmado de MME que aceptaron participar en el estudio.

- Pacientes con caso confirmado de MME que se encontraban hospitalizadas en cualquier unidad funcional del Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes. Corozal, al momento de ejecutar el estudio.
- Que residían en el área de influencia del Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes. Corozal.

6.3.4 Criterios de exclusión

- Pacientes obstétricas sin caso confirmado de MME.
- Pacientes con caso confirmado de MME que no aceptaron formar parte del estudio.

6.3.5 Cálculo de la muestra. Se realizó un muestreo no probabilístico aplicando la técnica muestreo por conveniencia, se eligió este tipo de técnica dado que los sujetos seleccionados se tiene en cuenta por la conveniencia de accesibilidad, es decir, que la conveniencia la constituyó el criterio principal que era caso confirmado de MME que se encontraban hospitalizadas en cualquier unidad funcional del Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes. Corozal.

6.4 ELEMENTOS DEL DISEÑO

- **Unidad de análisis:** gestantes y puérperas con caso confirmado de MME hospitalizadas en cualquier servicio del Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes. Corozal. 2018
- **Variable principal:** Morbilidad Materna Extrema.

6.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES

- Nivel socioeconómico. Medida económica y sociológica del paciente y su familia.
- Escolaridad. Nivel educativo alcanzado por el paciente.
- Procedencia. Área en la que vive el paciente con su familia.
- Régimen de seguridad social en salud. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia.
- Edad. Años cumplidos de la paciente al momento de la entrevista.
- Estado civil. Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra
- Ingreso mensual. Cantidad de dinero que llega a la familia mensualmente.
- Clasificación obstétrica. Nivel de gravedad de los factores que pueden propiciar una complicación en el embarazo

- Embarazo deseado. Satisfacción con el embarazo actual.
- Control prenatal. Citas periódicas con personal de salud donde se llevan a cabo un conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, en atención a la normatividad de Colombia.
- Embarazo producto de violación. Embarazo producto de una relación consentida o no.
- Comportamiento de la Morbilidad Materna Extrema. MME relacionada con signos y síntomas de enfermedad específica, MME relacionada con falla o disfunción orgánica, MME relacionada con el manejo instaurado a la paciente y MME relacionada con causas externas que ocasionaron alteración a la mujer.

6.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Antes de proceder a la recolección de la información, se realizó una prueba piloto en las diferentes unidades funcionales en donde se hallaron las gestantes y puérperas hospitalizadas en una IPS Privada de la ciudad de Sincelejo con caso confirmado de morbilidad materna extrema, en otro tiempo diferente al propuesto para la recolección de la información; se aplicaron cinco instrumentos, cuyos resultados permitieron mejorar la redacción o el tiempo de la aplicación del instrumento y validar el nivel de comprensión. Previo a este proceso, se solicitó por escrito el permiso institucional en donde se desarrolló la investigación. (Anexo A)

Para abordar a las gestantes se tuvo en cuenta caso confirmado por MME, historias clínicas, bitácoras de la remisión y una entrevista con la paciente. Durante la hospitalización se aplicó una encuesta estructurada (Anexo B) organizada en cinco partes en las que se indagaron las características sociodemográficas, datos obstétricos, antecedentes preconceptionales, prenatales y actuales, factores relacionados con el entorno y la calidad de la atención de salud y la identificación de la gestante o puérpera con signos y síntomas de enfermedad específica. La información recolectada de esas partes del instrumento se presenta de la siguiente manera, los datos relacionados con las características sociodemográficas de las mujeres participantes en el estudio, tales como edad, nivel educativo, ocupación, estado civil, condición de vulnerabilidad, tipo de aseguramiento al sistema general de salud, ingreso mensual y personas a su cargo; los datos ginecoobstétricos relacionados con la morbilidad materna extrema, tales como clasificación obstétrica, fecha de última menstruación, embarazo deseado, embarazo producto de violación, asistencia al control prenatal y número de citas cumplidas; los antecedentes preconceptionales y prenatales (problemas de salud antes del embarazo, con el

embarazo, información sobre el riesgo obstétrico y anticoncepción previa); los factores relacionados con el entorno de la vivienda, tales como tiempo que demoró hasta llegar al centro de salud más cercano, medio de transporte que utiliza, monto que gasta para trasladarse, uso de redes de apoyo en la comunidad, acceso a medios de comunicación durante la complicaciones..

Para obtener la información relacionada con los casos confirmados de morbilidad materna extrema, la unidad investigativa se apoyó en los criterios establecidos en el documento de Protocolo de Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema⁴, de tal manera que se identificó a la gestante o puérpera con signos y síntomas de enfermedad específica, con las alteraciones durante el embarazo relacionadas con falla o disfunción orgánica, relacionados con el manejo instaurado a la paciente y las causas externas que ocasionaron alteración a la mujer durante su gestación.

La aplicación del instrumento fue ejecutado por la unidad investigativa, dos estudiantes del Programa de Enfermería de la Universidad de Sucre, quienes se capacitaron en el manejo del instrumento y demás conocimientos necesarios para la aplicación del mismo, proceso al cual se le dedicaron cinco sesiones de una hora. Se abordó a cada una de ellas en su lugar de hospitalización, explicándoles el objetivo, beneficios y criterios de inclusión a la investigación. Después de 10 minutos aproximadamente, a la mujer que decide su participación se le entregó el Consentimiento Informado (Anexo C) donde garantiza la participación voluntaria, la confidencialidad y el conocimiento del tema respaldado por su firma

A las participantes del estudio se les realizó un seguimiento intrahospitalario durante la etapa del puerperio inmediato y mediato para verificar la evolución del puerperio, adherencia al tratamiento médico y a las recomendaciones hechas en el traslado de un servicio a otro, se realizó un seguimiento intrahospitalario con especial énfasis en la detección de signos de alarma, incluida la valoración del entorno social y familiar para de esta forma evitar reingresos hospitalarios.

6.6 PLAN DE ANÁLISIS Y TABULACIÓN

Una vez recolectada la información se procesó de manera sistemática en, Epi Info 7.2 y se realizó su respectiva tabulación en Excel, el cual arrojó el análisis de la estadística descriptiva, de las variables para el análisis de los resultados, teniendo en cuenta los referentes conceptuales del protocolo de Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema y los antecedentes investigativos que al respecto se encontraron divulgados en diversos medios de comunicación.

Para la presentación de los resultados se realizó la construcción de tablas alusivas a los datos sociodemográficos de las participantes, los datos ginecoobstétricos, los antecedentes preconceptionales, los signos y síntomas de enfermedad específica, las alteraciones durante el embarazo relacionadas con falla o disfunción orgánica, relacionados con el manejo instaurado a la paciente y las causas externas que ocasionaron alteración a la mujer.

7. ASPECTOS ÉTICOS

7.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

La participación de las gestantes y puérperas en el estudio estuvo sujeto a la firma y aval de las mismas, mediante su aceptación con el diligenciamiento del consentimiento informado que se diseñó para este estudio, en atención a los criterios de inclusión.

Para la realización de esta investigación se solicitó la aprobación por parte de los directivos de la institución, mediante un oficio por escrito en donde se dio a conocer el estudio que se pretendía realizar y los objetivos del mismo. (Anexo C)

7.2 APOYO ÉTICO

Así mismo, se tuvo en cuenta los aspectos éticos en los que el ser humano es sujeto de estudio basado en los artículos 5, 6, 8 y 11 contemplados en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, donde prevaleció el criterio de respeto, dignidad y protección de sus derechos y su bienestar. Razón por la cual al momento de entrevistar a la población se les explicó el objetivo general de la investigación, con la elaboración de un consentimiento informado que dejó claro el propósito de la misma, en el que se incluían beneficios y los posibles riesgos que se pudieran presentar a la población sujeto en el momento de aceptar participar.

De igual manera, a la población sujeto del estudio al momento de la aplicación del instrumento, se les explicó sobre sus derechos de la integridad de su persona evidenciado en los derechos de confidencialidad, autonomía, dignidad, beneficencia y no maleficencia, con el fin de que la información sea objeto exclusivo de esta investigación.

Se respetó la decisión de las pacientes que decidieron no participar, y de igual forma se les informo que el hecho de no participar no afectará la calidad de su atención hospitalaria.

8. RESULTADOS

En el estudio participaron 24 mujeres de las cuales dos se hallaban embarazadas y 22 en la etapa del puerperio, procedentes de diferentes municipios del Departamento de Sucre que estuvieron hospitalizadas en el Hospital II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal, en el período comprendido entre el 01 de mayo y el 01 de agosto del 2018, obteniendo los siguientes resultados:

8.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Se halló que el mayor rango de edad de las participantes estuvo dado por los 17 años con un 16,66% (4) y en menor proporción las edades 15, 26, 27, 29, 33, 34 y 35 con un 4,16% (1) para cada una. (Tabla 1) El estrato socioeconómico de las mujeres estudiadas arrojó que el 91,52% (22) pertenecían al estrato 1 y el 8,32% (2), al estrato 2. En atención a la procedencia de las entrevistadas, la zona rural fue mayor con un 58,24% (14) y la urbana con un 41,76% (10).

La secundaria completa reportó el nivel de escolaridad más alto de las participantes representado en un 45,76% (11), seguido por secundaria incompleta con un 33,28% (8) y en menor nivel el técnico (8,32. %=2), la primaria completa e incompleta (4,16%=1) para cada uno de los niveles escolares y el universitario con un 8,32% (2). La ocupación que predominó fue el de ama de casa con un 79,04% (19) seguido de trabajador independiente 12,48%(3) y la ocupación de estudiante y trabajador dependiente en menor número (4,16%=1) respectivamente.

El estado civil estuvo marcado por la unión libre con 83.20%,(20), el 8.32% (2) se encuentran solteras y en menor representación son casadas con 8,32% (2). Con relación al ingreso económico el mayor ingreso encontrado fue menos de un SMMLV con un 79.2% (19) y un SMMLV 20.8% (5). Todas las participantes se hallaron en condición de vulnerabilidad (100%=24), es decir, que sus condiciones sociales, económicas y la edad las exponían a alguna alteración de su condición de salud, el tipo de aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en mayor frecuencia fue el subsidiado (91,52%=22), sin acceso al Sistema un 4,16%(1) y menor rango al contributivo el 4,16%(1).

Tabla 1. Edad en años de las participantes con criterios de Morbilidad Materna Extrema hospitalizadas en el Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes. Corozal. 2018

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15	1	4,16
16	2	8,32
17	4	16,66
20	2	8,32
22	2	8,32
24	3	12,48
25	2	8,32
26	1	4,16
27	1	4,16
29	1	4,16
33	1	4,16
34	1	4,16
35	1	4,16
36	2	8,32
TOTAL	24	100

Fuente: Encuestas aplicada por la unidad investigativa

Al preguntar a las gestantes sobre las personas a su cargo, se encontró que el 58,24% (14) tenían hijos y otras personas a su cargo, mientras que el 41,76% (10) no tenían personas a su cargo.

8.2. ASPECTOS OBSTÉTRICOS DEL GRUPO DE MUJERES DEL ESTUDIO

Dentro de las pacientes entrevistadas de acuerdo a su clasificación obstétrica se hallaron que el 50,0% (12) estaban en su segunda gestación, el 29,2% (7) eran primigestantes y una de ellas (4,16%=1) clasifica como morbilidad materna extrema por presentar un aborto, 12,5%(3) habían tenido cuatro gestaciones y el 8,33% (2) corresponden, una a cinco y la otra, a siete gestaciones.

Al momento de aplicar el instrumento, se indagó acerca de la vía de terminación del embarazo y se halló que el 37,5% (9) pacientes la atención del parto fue a través de cesárea, el 29,2% (7) tuvieron parto y cesárea, el 16,66%(4) habían tenido solo parto, el 8,33%(2) se hallaban embarazadas y el 4,16%(1) su embarazo terminó en aborto.

De las pacientes entrevistadas, el 33.33% (8), tenían dos hijos vivos, el 29.17% (7) tenía un hijo vivo, el 20.83% (5) ningún hijo vivo, el 8.33% (2) tres hijos vivos y el 4.17% (2) de las pacientes, una tenía cuatro y la otra, cinco hijos vivos. Así mismo, en el grupo de pacientes entrevistadas no se presentó ningún mortinato al momento del estudio.

En los datos obstétricos encontrados y al determinar la edad gestacional teniendo en cuenta la fecha de última menstruación y otros medios diagnósticos (ecografías), se ubicaron en el primer trimestre del embarazo un 8.34% (2), en el segundo trimestre el 20.84% (5) de las pacientes y en el tercer trimestre 70.86% (17) y el crecimiento del útero por el embarazo estuvo acorde con los centímetros obtenidos por la valoración de la altura uterina consignada en la historia clínica.

La asistencia al control prenatal, estuvo representado por el 79.17% (19) de las que las pacientes asistieron entre seis y nueve citas, mientras que el 20.83% (5) restante asistieron al control cumpliendo con dos citas (12,48% =3) y no tuvo ningún tipo de control prenatal (8,34%=2) durante su embarazo al momento del estudio.

El 66.67% (16) de los embarazos fueron deseados y el 33.33% (8) no lo fueron. De igual manera se logró establecer mediante la entrevista que ninguno de los embarazos de las pacientes en estudio fue producto de violación.

8.3. ASPECTOS PRECONCEPCIONALES Y PRENATALES DE LAS PARTICIPANTES

El 91.67% (22) de las pacientes no presentó patologías antes de su embarazo, sin embargo, el 8.34% (2) manifestó haber presentado patologías como son alergia a los AINES y nefrolitiasis respectivamente.

En cuanto a las comorbilidades con el embarazo actual, el 87.5% (21) no presentaba ningún tipo de patología; el 4.17% (1) presentó asma, de igual manera, y en igual proporción presentaron anemia severa más sepsis urinaria, y anemia severa más infección del tracto urinario, es decir un 4.17% (1) cada una.

Con relación a las enfermedades asociadas con el embarazo, el 50% (12) de las pacientes presentó preeclampsia severa; el 16.67% (4) eclampsia, y en igual porcentaje y número de pacientes se presentó aborto séptico/hemorrágico; el 4.17% (1) presentó embarazo ectópico roto, un 4.17% (1) hemorragia obstétrica severa; y un 8.34% (2) no presentó patologías asociadas con el embarazo. El 100% (24) de las pacientes recibió tratamiento médico y se logró controlar sus condiciones patológicas.

El 75% (18) expresó no haberse automedicado en su embarazo actual, el 20.83% (5) manifestó haberlo hecho con medicamentos tales como AINES, y el 4.17% (1) manifestó el uso de sustancias psicoactivas durante su embarazo actual.

En cuanto a la Clasificación del Riesgo Obstétrico de la Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN), el 66.67% (16) de las pacientes estaba clasificada en la categoría de Muy Alto, y el 33.33% (8) restante en la categoría de Alto.

Con relación a la Clasificación del Riesgo Obstétrico del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), en la categoría de Con Riesgo se encontraron a 8 pacientes correspondientes al 33.33%, y el 66.67% (16) se encontró en la categoría de Con Riesgo Imposible de Atender en el Nivel Anterior.

El 66.67% (16) de las pacientes no utilizaba ningún método anticonceptivo antes de su embarazo actual, y solo el 33.33%(8) expresó utilizarlo, y de estas pacientes que lo utilizaron, ninguna expresó inconvenientes con el método de su elección.

8.4. ASPECTOS DEL ENTORNO DE LA VIVIENDA DE LAS MUJERES PARTICIPANTES

El 87.50% (21) de las pacientes en el estudio manifestó vivir en una casa, el 8.33% (2) en un apartamento y el 4.17% (1) en un cuarto de inquilinato; de estas pacientes solo el 37.50% (9) expresó residir en un lugar propio, y el 62.50% (15) en un lugar arrendado.

Un 91.67% (22) expresó que el medio de transporte al cual tienen acceso es la motocicleta y el 8.33% (2) se transporta caminando. Para desplazarse hasta el centro de salud, el 75%(18) manifestó hacerlo en motocicleta, el 20.83%(5) caminando y el 4.17%(1) en taxi.

Con relación al tiempo transcurrido entre la presentación de los signos y síntomas y la demora en su reconocimiento, el 37.50% (9) expresó que le tomó más de media hora reconocerlos, el 33.33%(8) menos de 15 minutos, el 20.83%(5) más de 15 minutos y el 8.33%(2) media hora.

En cuanto al tiempo que les tomó a las pacientes en el estudio trasladarse desde su residencia hasta el centro de salud, tenemos que, al 62.50% (15) le tomó menos de 15 minutos, al 16.67%(4) más de 15 minutos, al 16.67%(4) más de media hora, y al 4.17%(1) media hora.

La demora en la atención médica al llegar a la urgencia fue de menos de 15 minutos en el 79.17%(19) de los casos, más de media hora correspondiente a un 12.50%(3), 4.17%(1) más de 15 minutos, y en igual cantidad y porcentaje, media hora.

El 91.67%(22) manifestó gastar menos de \$5000 pesos para trasladarse desde su residencia hasta el centro de salud más cercano, y un 8.33% (2) manifestó gastarse entre más de \$5000 y \$10000 pesos para su traslado.

El 62.50%(15) de las pacientes expresó no contar con el apoyo de alguna persona o grupo de su comunidad, el 37.50%(9) expresó si tenerlo, entre los cuales se pueden destacar a las iglesias, proyectos FAMI, proyecto de Cero a Siempre y el Bienestar Familiar.

8.5 IDENTIFICACIÓN DE LAS MUJERES CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD ESPECÍFICA

Ninguna mujer en período de gestación o puerperio se encuentra exenta de presentar alguna enfermedad asociada con el embarazo, día a día se presenta con frecuencia en nuestros hospitales, tal es el caso de las 24 pacientes entrevistadas que presentaron uno o más criterios de inclusión que las hizo partícipe de este estudio investigativo.

La enfermedad específica en el embarazo actual se vio marcada en su mayoría por preeclampsia severa en un 37.50%(9), también se presentó aborto séptico/hemorrágico, eclampsia, embarazo ectópico roto, enfermedad hematológica, enfermedad hematológica más enfermedad renal, hemorragia obstétrica severa, hemorragia obstétrica severa más preeclampsia severa, preeclampsia severa más ruptura uterina más hemorragia obstétrica severa, entre otras. (Tabla 2)

TABLA 2. Identificación de signos y síntomas de enfermedad específica de las participantes

Relacionado con signos y síntomas de enfermedad específica	Frecuencia	Porcentaje
Aborto séptico/hemorrágico	4	16.67
Eclampsia	4	16.67
Embarazo ectópico roto	1	4.17
Enfermedad hematológica	1	4.17
Enfermedad hematológica, enfermedad renal	1	4.17
Hemorragia obstétrica severa	1	4.17
Hemorragia obstétrica severa, preeclampsia severa	2	8.33
Preeclampsia severa	9	37.50
Preeclampsia severa, ruptura uterina, hemorragia obstétrica severa	1	4.17
Total	24	100,00

Fuente: Encuestas aplicada por la unidad investigativa

8.6 IDENTIFICACIÓN DE LAS MUJERES RELACIONADA CON DISFUNCIÓN ORGÁNICA

El 70.83%(17) no presentó disfunción orgánica con el embarazo, el 12.50%(3) presentó enfermedad hepática, el 8.33%(2) enfermedad respiratoria, el 4.17%(1) enfermedad renal, y el 4.17%(1) enfermedad renal más enfermedad hepática, más enfermedad de coagulación.

8.7 IDENTIFICACIÓN DE LAS MUJERES RELACIONADA CON MANEJO INTRAHOSPITALARIO

El manejo intrahospitalario estuvo marcado por la necesidad de UCI en un 45.83%(11), también se vio requerido necesidad de procedimientos quirúrgicos de emergencia, necesidad de transfusión, necesidad de transfusión más procedimientos quirúrgicos de emergencia, necesidad de transfusión más necesidad de UCI, necesidad de transfusión más procedimientos quirúrgicos de emergencia más necesidad de UCI. (Tabla 3)

TABLA 3. Identificación de las mujeres relacionado con el manejo intrahospitalario

Relacionado con manejo intrahospitalario	Frecuencia	Porcentaje
Necesidad de procedimientos quirúrgicos de emergencia	2	8.33
Necesidad de transfusión	2	8.33
Necesidad de transfusión, necesidad de procedimientos quirúrgicos de emergencia	2	8.33
Necesidad de transfusión, necesidad de UCI	4	16.67
Necesidad de transfusión, necesidad de UCI, necesidad de procedimientos quirúrgicos de emergencia	3	12.50
Necesidad de UCI	11	45.83
Total	24	100,00

Fuente: Encuestas aplicada por la unidad investigativa

8.8 IDENTIFICACIÓN DE LAS MUJERES RELACIONADA CON LESIONES DE CAUSA EXTERNA

El 100% (24) de las pacientes en estudio, no presentó ningún tipo de lesión de causa externa en el embarazo actual.

9. DISCUSIÓN

Los hallazgos de las variables sociodemográficas de la investigación evidencian que la mayor parte de la población, se ubicó en la edad de 17 años, la edad comprendida entre los 20 y los 29 años tuvo una alta representación. La mayor parte de las pacientes pertenecían a un estrato socioeconómico bajo, de igual manera su procedencia fue rural, el nivel educativo predominante fue la secundaria completa, el estado civil estuvo marcado por la unión libre. Estos hallazgos guardan similitud con los presentados por Tapia, Jiménez y Pérez; Barboza, Morales, Amézquita y Martínez. En cuanto a la ocupación, fue mayoritariamente notable el ser ama de casa, el ingreso económico en su mayoría corresponde a menos de un 1SMMLV, la mayoría de las participantes se encontraba en condición de vulnerabilidad y el régimen de salud al cual estaban afiliadas era subsidiado. Estos hallazgos guardan cierta relación con los presentados por Quintero, J, Olaya, S, Peña, A., Gil, Y, & Palencia, Y. (Neiva 2015) cuya edad era menores de 25 años, la mayoría residían en cabecera municipal, tenían una unión estable y estaban afiliadas al régimen subsidiado de salud, se comparan estos datos a los presentados en Cuba (2012) por Acevedo Rodríguez, O, Sáez Cantero, V, Pérez Assef, A y Alcina Pereira, S, donde las pacientes, tenían de 20-24 años¹³.

En los datos indagados acerca de los antecedentes obstétricos se encontró que en la clasificación obstétrica estaban en su segunda gestación, en relación a la vía del parto se encontró que la terminación del embarazo fue a través de la cesárea. En cuanto a la asistencia al control prenatal fue significativa para las participantes cumpliendo en su totalidad con la asistencia, pero de las que asistieron al control al revisar la historia clínica no se halló reporte de la clasificación del riesgo biopsicosocial que se realiza en el control. En su estudio Dediós Solí HA (Chile) 2016 señalan que entre sus resultados que la morbilidad materna extrema (MME) se presentó en primigestas (37%), con deficiente atención prenatal (84%), en embarazos de 36 semanas o más (36%) y la mayoría culminó su embarazo por cesárea (43%)⁷, datos que difieren en los de este estudio de cierta manera. Ya que la estrategia control prenatal es recomendada para detectar tempranamente riesgos del embarazo, instaurar el manejo adecuado, prevenir complicaciones y preparar a la gestante para el parto y la crianza lo que propende por una maternidad segura.

Dentro de los datos obstétricos en relación con la edad gestacional para las participantes se tuvo en cuenta la fecha de última menstruación y otros medios

diagnósticos como las ecografías, corroborando la edad de la misma evidenciado un crecimiento del útero acorde a la edad gestacional presentada. En referencia a los signos y síntomas fisiológicos correspondientes al periodo del puerperio fue presentado en un 100%. De los embarazos deseados 16 de las pacientes entrevistadas expresaron que estos fueron deseados. Estos hallazgos se comparan a los presentados por Quintero, JC y et al, en Neiva en el año 2015 se encontró una razón de 1.1 en cuanto a la gestación deseada versus no deseada, el 75% de las pacientes que no deseaban su embarazo, no utilizaban ningún método de anticoncepción. Ninguna de las pacientes asistió a consulta preconcepcional, la mitad tuvieron adherencia al programa de control prenatal y tan solo el 65.2% tuvieron una captación temprana.¹⁶

Los resultados de esta investigación en los aspectos preconcepcionales y prenatales mostraron que la mayoría de las pacientes entrevistadas no tuvieron patologías antes del embarazo y el 8.34%(2) que si presentó enfermedades antes del embarazo en su mayoría tuvo su control postratamiento. Dentro de estos hallazgos la comorbilidad de patologías en el embarazo no fue frecuente encontrándose solo un 8.34%(2). En las enfermedades asociadas al embarazo se encontró que en las mujeres estudiadas presentaron más los trastornos hipertensivos con un 50.0% todas estas pacientes tenían algún tipo de manejo médico o farmacológico. Para comparar estos resultados se presentó el estudio realizado por Villalba-Toquica, CP y Martínez-Silva en el año 2014 en la ciudad de Bogotá el 55 % de los eventos se relacionaron con hemorragias del embarazo, seguidos por trastornos hipertensivos del embarazo (30 %)¹⁹, esto evidencia el incremento de los trastornos siendo la principal causa de morbilidad materna extrema en nuestra región.

Dentro de la automedicación se halló que la mayoría de las pacientes expreso no haberse automedicado durante el embarazo. En la clasificación del riesgo obstétrico acorde con la Federación Colombiana de Asociaciones de Perinatología-FECOPEN, se presentó el riesgo muy alto 66.67% (16), en relación al Centro Latinoamericano de Atención Perinatal-CLAP se obtuvo que la mayoría de las pacientes se ubicó en riesgo imposible de atender en el nivel anterior con un 66.67% (16). La mayoría de las pacientes entrevistadas no utilizaron anticonceptivos y las pocas que lo usaron manifestaron no haber tenido inconvenientes con el mismo estos datos se asemejan a los resultados presentados por Quintero Jc y et al.

Para los aspectos relacionados con el entorno de la vivienda y la calidad de atención en salud todas las pacientes que se entrevistaron el tipo de vivienda más común fue la casa no de su propiedad, el medio de transporte al que tienen acceso fue la motocicleta siendo este el que más predominó para desplazarse hasta el centro de salud. En el reconocimiento de la presentación de los signos y síntomas en todas las pacientes les tomó más de media hora mostrando una demora en el reconocimiento de estos, el desplazamiento de su vivienda al centro de salud se ubicó en menos de 15 minutos con un 62,50% (15). Con relación al tiempo transcurrido entre la llegada a la urgencia y la atención médica, la mayoría de las pacientes esperó menos de 15 minutos para su atención. Estos datos guardan cierta similitud con los resultados presentados por González Ortiz, LD, Gómez Arias, RD, Vélez Álvarez, GA, Agudelo Londoño, SM Gómez y Dávila, Wylie, J en la ciudad de Medellín para el año 2014 donde el porcentaje de embarazo no planificado en las mujeres estudiadas fue 57,6% y el retraso en la decisión de buscar atención, 32,0% fueron las variables que se encontraron asociadas con la MME.

Todas las pacientes gastaron menos de 5000 mil pesos para su traslado al centro de salud, el 60.50% (15) no cuenta con el apoyo de alguna persona o grupo de su comunidad, contar con el apoyo del padre del bebé, la familia y los amigos contribuye en el estado anímico de la madre que se ve contenida y cuidada por sus seres queridos.

Referente a la identificación de mujeres con signos y síntomas de enfermedad específica, se vieron marcados en su mayoría por preeclampsia severa 37.50% (9) los hallazgos se corresponden con los presentados por González et al; Dedios Solís; Aguilar; Zarate y Avilés; Acevedo, Cantero, Pérez y Alcina; Carrillo y García; Henao, Cañón y Herrera; Guerra et al; Villalba y Martínez; los que condujeron a alteraciones de la salud de causa obstétrica directa.

Los hallazgos del presente estudio relacionados con disfunción orgánica difieren por lo presentado por Rincón, García, García y Muñoz; Guerra et al.

Referente al manejo intrahospitalario que se les dio a los pacientes participantes del estudio se correlacionan estos datos a los encontrados por Dediós Solí HA quien reportó que de acuerdo a los criterios de manejo de casos de morbilidad materna extrema, a la mayoría se le realizó por lo menos un manejo especializado (69%), el uso de sangre y/o hemoderivados (31%), una intervención quirúrgica de emergencia

(18%), o el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, de igual manera los resultados arrojados por Henao, Cañón y Herrera; Villalba y Martínez; Barboza, Morales, Amézquita y Martínez se corresponden con los del presente estudio y expresa que es posible que la severidad de la morbilidad de nuestras pacientes explique el elevado porcentaje de pacientes que ingresaron a UCI y que necesitaron procedimientos quirúrgicos de emergencia, requiriendo cuidados especiales por parte de todos los profesionales de salud.

En la identificación de las mujeres con lesiones de causas externas no se encontraron referencias bibliográficas que se puedan comparar con los hallazgos del presente estudio.

10. CONCLUSIONES

Las variables sociodemográficas estudiadas evidencian que la mayor parte de la población se halla en la etapa de la adolescencia y adultez joven, con condición socioeconómica baja, ocupación ama de casa, de procedencia rural, en unión libre, con nivel educativo de secundaria completa, la mayoría de las participantes se encontraba en condición de vulnerabilidad y el régimen de salud al cual estaban afiliadas era el subsidiado.

Entre los antecedentes obstétricos indagados, se encontró que en la clasificación obstétrica estaban en su segunda gestación, la vía del parto presentada en mayor proporción fue la cesárea. La edad gestacional corroborada por la fecha de la última menstruación y por ecografías, evidenciaron que el crecimiento del útero estuvo acorde con la misma y con la altura uterina. En cuanto a la asistencia al control prenatal fue significativa cumpliendo en su totalidad con la asistencia, pero de las que asistieron al control al revisar la historia clínica no se halló reporte de la clasificación del riesgo biopsicosocial que se realiza en el control. La mayoría de los embarazos fueron deseados y el período del puerperio transcurrió dentro de los parámetros fisiológicos esperados.

En la etapa preconcepcional, las participantes negaron tener patología antes del embarazo y durante el embarazo, se halló que las mujeres estudiadas presentaron trastornos hipertensivos bajo tratamiento médico o farmacológico y el riesgo obstétrico estuvo calificado como muy alto.

En el reconocimiento de la presentación de los signos y síntomas les tomo más de media hora mostrando una demora en el reconocimiento de estos y el desplazamiento de su vivienda al centro de salud con menos de 15 minutos. Con relación al tiempo transcurrido entre la llegada a la urgencia y la atención médica, la mayoría de las pacientes esperaron menos de 15 minutos para su atención.

Al indagar los signos y síntomas de enfermedad específica de las participantes, los hallazgos se condujeron a las alteraciones de la salud de causa obstétrica directa. Referente a la disfunción orgánica de las pacientes se reflejó en enfermedad respiratoria, metabólica, hepática, renal y cardíaca. En el manejo intrahospitalario, la mayoría de las participantes tuvieron necesidad de procedimientos quirúrgicos

de emergencia, de transfusión e ingreso a la unidad de cuidado intensivo. En las lesiones de causas externas no se halló ninguna paciente. .

11. RECOMENDACIONES

- **A LAS INSTITUCIONES DE SALUD QUE OFRECEN EL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO**

Continuar con la promoción del control prenatal y la búsqueda de las pacientes inasistentes al mismo, de tal manera que cumplan con las citas requeridas y se puedan identificar los factores de riesgo que comprometan la vida y la salud materna perinatal.

Utilizar los diferentes medios de comunicación y estrategias educativas dirigidas a los adolescentes para sensibilizarlos en la postergación de los embarazos a esa edad y que opten por otras decisiones para el desarrollo de su proyecto de vida.

Consignar en los registros que las embarazadas, la clasificación del riesgo obstétrico obtenido durante la valoración biopsicosocial en el control prenatal.

Seguir con la educación dirigida a las embarazadas que asisten al control prenatal sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma y la asistencia oportuna a la consulta de urgencia.

- **AL HOSPITAL REGIONAL II NIVEL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES COROZAL**

Fortalecer la investigación con los Programas académicos adscritos a la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Sucre, a través de la relación Docencia Servicio con la finalidad de obtener hallazgos objetivos de la condición de salud de sus usuarios y trazar acciones direccionadas al trabajo en equipo que redunden en la recuperación de la salud de los pacientes.

Implementar la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Protección Materno Perinatal a la población de gestantes, como estrategia para el desarrollo de las intervenciones y acciones definidas en los lineamientos técnicos y operativos de las RIAS.

Capacitar al talento humano en salud para la operación de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Protección Materno Perinatal para garantizar la idoneidad en la implementación de las intervenciones y acciones y contribuir de manera positiva al impacto de la morbilidad materna extrema evitable.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. NATHALIE JURADO OCAMPO. FACTORES DE RIESGO PARA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN GESTANTES UNIVERSIDAD DEL ROSARIO Bogotá, Abril de 2014.
2. Caracterización de la mortalidad materna en Villa Clara (2001 – 2015) Mario Gutiérrez Machado, Marien Quincose Rodríguez, Juan Antonio Suárez González, Alexis Corrales Gutiérrez, Gilberto Sevilla Bermúdez, Heydi Lianet Machado Benavides Hospital Docente Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa clara, Villa Clara. Cuba. Vol. 43, Núm. 1 (2017): Enero – Marzo.
3. Protocolo de Vigilancia en salud pública. Morbilidad materna Extrema. Instituto Nacional de Salud. 2016. DISPONIBLE EN: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Morbilidad%20Materna%20Extrema.pdf>
4. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, Protocolo de vigilancia en salud pública, Morbilidad materna extrema versión 03 29 2017.
5. González Aguilera Julio César, Vázquez Belizón Yoleinis Esperanza, Pupo Jiménez Julia Matilde, Algas Hechavarría Luis Antonio, Cabrera Lavernia Jorge Omar. Morbilidad materna extrema en una unidad de cuidados intensivos. MEDISAN [Internet]. 2015 Dic [citado 2017 Nov 26]; 19(12): 1466-1476. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001200005&lng=es.)
6. Soni-Trinidad C, Gutiérrez-Mateos A, Santa Rosa-Moreno FJ, Reyes Aguilar A. Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica. Ginecol Obstet Mex 2015;83: 96-103.) (último acceso 24 mayo 2017)
7. Rincón Cruz, María Del Carmen et al., Causas, frecuencia y secuelas de la morbilidad materna extrema en mujeres mexicanas: un análisis de los códigos rojos en el IMSS de Hidalgo. Revista CONAMED, [S.l.], v. 21, n. 4, dic. 2016. ISSN 2007-932x. Disponible en: <<http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/515/802>>. Fecha de acceso: 26 nov. 2017
8. Hairo André, Dediós Solí. Morbilidad materna extrema en un Hospital en la ciudad de Lima. Universidad Científica del Sur. Lima, Perú. 2016. http://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/UCS/465/TL-Dedi%C3%B3s_Solí%C3%ADs.pdf?sequence=1&isAllowed=y último acceso 27 noviembre de 2017

9. Suárez-González J, Gutiérrez-Machado M, Quincose-Rodríguez M, Gómez-Pérez Y. Las buenas prácticas clínicas como elemento fundamental en el manejo de la morbilidad materna extremadamente grave. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Nov 27]; 42(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/107>
10. Baltodano-García, DC, Burgos-Miranda, J, Factores obstétricos asociados a morbilidad materna extrema en el Hospital Santa Rosa, enero-diciembre 2015. [Artículo Original]. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2017; 17(1):43-47. DOI 10.25176/RFMH.v17.n1.747)
11. Aguilar Becerra, C. A. (2015) Factores preconceptionales en gestantes con pre-eclampsia grave atendidas en el centro obstétrico del Hospital Teófilo Dávila Machala, Abril a Septiembre del 2014 (Trabajo de titulación) UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Química y de la Salud, Machala, Ecuador.
12. Zarate Flores, E y Avilés Sánchez. TIPOLOGIA FAMILIAR EN MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO Y BAJO RIESGO DERECHOHABIENTES DE LA UMF 220 TOLUCA 2011-2012 Tesis para Obtener título de especialización TOLUCA, MEXICO 2013
13. Martínez Hugo Tapia, Silva Marta Angélica Iossi, Cabrera Iñiga Pérez, Mendoza Araceli Jiménez. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas en un hospital público: riesgo al inicio del trabajo de parto, parto, posparto y puerperio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 Oct [cited 2017 Nov 27]; 23(5): 829-836. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500829&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0316.2621>)
14. Acevedo Rodríguez Omar, Sáez Cantero Viviana, Pérez Assef Albadio, Alcina Pereira Serafín. Caracterización de la morbilidad materna severa en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2012 Jun [citado 2017 Nov 27] ; 38(2): 148-160. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200002&lng=es
15. Carrillo Franco J, García Balaguera C. Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta, Colombia, 2014. *Hacia promoc. salud.* 2016; 21(1): 15-25. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.2
16. Henao Leidy, Cañón Martín, Herrera Mauricio. "CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN LA CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA: UNA SERIE DE CASOS" Volumen 19 No. 2 Abril/Junio de 2016 Disponible en: http://www.unisanitas.edu.co/Revista/59/CARACTERIZACION_DE_LA_MO

RBILIDAD MATERNA EXTREMA EN LA CLINICA UNIVERSITARIA_C
LOMBIA_UNA_SERIE_DE_CASOS.pdf

17. Quintero J, Olaya S, Peña A, et al. Extreme maternal morbidity (EMM): description of a 23-case series and Analysis of the "three delays". RFS - Revista Facultad de Salud. 2013; 5 (2): 52-60. Disponible en: <<https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/142>>. Fecha de acceso: 27 nov. 2017 doi:<http://dx.doi.org/10.25054/rfs.v5i2.142>.
18. González Ortiz LD, Gómez Arias RD, Vélez Álvarez GA, Agudelo Londoño SM, Gómez Dávila J, Wylie J. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2014; 35(1):15–22.
19. Cecilia E. Guerra Gutiérrez, Paola Andrea Muñoz Paredes, Amanda Michelle Ospino Muñoz, Alcira N. Varela Púa y Laura Vega Hernández. Morbilidad y mortalidad materna en una institución de salud en el año 2012. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2014; 30 (2): 217-226
20. Carolina del Pilar Villalba-Toquica y Pablo Andrés Martínez-Silva. MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN LA CLÍNICA UNIVERSITARIA COLOMBIA, BOGOTÁ (COLOMBIA), 2012-2013. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 65 No. 4 • Octubre-Diciembre 2014 • (290-296) último acceso en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v65n4/v65n4a02.pdf>
21. Barbosa-Rengifo Mario Miguel, Morales-Plaza Cristhian David, Amézquita-Abello María Claudia, Martínez-Buitrago Diana Milena. Vigilancia de morbilidad en los extremos de una institución de referencia en Cali, Colombia, 2013-2014. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2016 Sep [citado 2018 26 de octubre]; 67 (3): 207-214. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342016000300005&lng=en. <http://dx.doi.org/18.597/rcog>
22. VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. Código: 549.Minsalud. Instituto Nacional de Salud. Diciembre 29 de 2017. Versión 03) DISPONIBLE EN: http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/vigilancia/protocolos/p2018/pro_morbilidad_materna_extrema_2018.pdf
23. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. DICIEMBRE 2017, VERSIÓN 03. PP 07. DISPONIBLE EN: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Morbilidad%20Materna%20Extrema.pdf>
24. Menéndez Guerrero Gilberto Enrique, Navas Cabrera Inocencia, Hidalgo Rodríguez Yusleidy, Espert Castellanos José. El embarazo y sus

- complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Sep [citado 2019 Ene 23]; 38(3): 333-342. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es.
25. Embarazo de Alto Riesgo. FECOPEN. Consultado en: 15/04/2017. DISPONIBLE EN: http://www.fecopen.org/images/Embarazo_de_Alto_Riesgo.pdf
 26. Artículo de Revisión. Periodo intergenésico: Revisión de la literature Abraham Zavala-García, Heidy Ortiz-Reyes, Julie Salomon-Kuri, Carla PadillaAmigo, Raymundo Preciado Ruiz. REV CHIL OBSTET GINECOL 2018; 83(1) 54 http://www.revistasochog.cl/files/pdf/AR_016.pdf
 27. Neil K. Kaneshiro, MD, MHA, Profesor Adjunto de Pediatría Clínica, Universidad de Washington Facultad de Medicina; Susan Storck, MD, FACOG, Jefe, Eastside Departamento de Obstetricia y Ginecología, Group Health Cooperative of Puget Sound, Redmond, Washington
 28. Botero A. J, Júbiz y Henao. Obstetricia y Ginecología. Texto Integrado. Octava edición. Worldcolor Colombia. ISBN 978-958-44-3829-4. 2010.
 29. Antecedentes Ginecoobstétricos. DISPONIBLE EN: <https://anamnesis17.wikispaces.com/Antecedentes+Ginecoobst%C3%A9tricos>
 30. OMS. Enfermedades crónicas. DISPONIBLE EN: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
 31. Vigilancia de la MME. Consultado en 15/04/2017. DISPONIBLE EN: http://www.who.int/pmnch/events/2010/20100809_colombia.pdf
 32. Zapata Mendo. Percy. El parto. DISPONIBLE EN: <https://www.monografias.com/trabajos98/parto-en-humanos/parto-en-humanos.shtml>. Consultado 24/1/2019
 33. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada Blanca Heras Pérez, Julio Gobernado Tejedora, , Pablo Mora Cepeda, Ana Almaraz Gómez Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva, Facultad de Medicina de Valladolid, Universidad de Valladolid, Valladolid, España
 34. Evid Med Invest Salud 2014; 7 (3): 110-113 • Baranda-Nájera N y cols. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica
 35. Asociación Española de Matronas, Derechos de la Madre y del Recién Nacido. DISPONIBLE EN https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/DECLARACION_DE_BARCELONA.pdf
 36. Plan de Acción 2012- 2017 para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna extrema (OPS/OMS). DISPONIBLE EN https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&

category_slug=publicaciones-ops-oms&alias=1238-plan-accion-reduccion-mortalidad-materna&Itemid=688

37. Congreso de la República de Colombia, Ley 100 de 1993. DISPONIBLE EN http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
38. República de Colombia, Ministerio de Salud y la Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública de Colombia 2012-2021. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
39. Superintendencia Nacional de Salud, Circular 056 DE 2009. DISPONIBLE EN https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/C_SNS_0056_2009.pdf
40. República de Colombia, Ministerio de Salud y protección Social. Decreto 1011 de 2006. DISPONIBLE EN https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
41. Congreso de la República de Colombia, Ley 1122 de 2007. DISPONIBLE EN <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
42. Superintendencia Nacional de Salud, Circular Externa 030 de 2006. DISPONIBLE EN http://cfgce.com/wp-content/uploads/downloads/2011/04/Circular_Externa_30_de_2006.pdf
43. Ministerio de Salud y la Protección Social, Resolución 1446 de 2006. DISPONIBLE EN https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf
44. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. 2014. DISPONIBLE EN: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>

ANEXOS

ANEXO A. Oficio dirigido a Directivos del Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal, solicitando aval para el desarrollo de la investigación

Sincelejo, 9 de abril de 2018

Doctor
FERNANDO VERGARA ORTEGA
Subdirector Científico
Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes
Corozal

Reciba un cordial saludo:

En atención a la Relación Docencia Servicio entre esa entidad y la Universidad de Sucre, muy cordialmente solicito a usted el aval para recoger la información del trabajo de investigación denominado: "COMPORTAMIENTO DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN GESTANTES Y PUÉRPERAS HOSPITALIZADAS. HOSPITAL REGIONAL II NIVEL. COROZAL. 2018". Como directora del trabajo está la docente Carmen Cecilia Alviz Tous.

El instrumento de recolección de la información es un instrumento cerrado basado en los criterios establecidos en el protocolo de la Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema que incluye los Criterios para la identificación de caso, relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica, relacionados con falla o disfunción orgánica y relacionada con el manejo instaurado a la paciente.

La recolección de la información está prevista iniciarse en el mes de abril hasta el mes de julio de 2018 los casos que se presenten, es decir, la muestra es por conveniencia. Los estudiantes de VII semestre del Programa de Enfermería que realizarán la recolección de la información de la investigación son Karolin Rodríguez González y Michel Pamela Tuñón Garrido.

Es preciso señalar, que este trabajo de investigación es formativo como requisito parcial para optar el título de Enfermera de las estudiantes.

Agradezco de antemano su gentil atención y en espera de su respuesta.

Atentamente,

CLARYBEL MIRANDA MELLADO
Jefe Dpto. Enfermería
c.c Comité Docencia Servicio

CARMEN CECILIA ALVIZ TOUS
Directora

ANEXO B. Consentimiento Informado

A continuación se le dará a conocer como se realizará la investigación, de modo que si posee alguna duda en el transcurso de la lectura de este documento estará en todo su derecho de preguntar y obtener más información con respecto a la investigación, hasta que usted sienta que ha entendido de manera clara lo explicado por el grupo investigativo y acceda a participar en el estudio.

Se les realizará una encuesta a las madres que acepten, libre y voluntariamente hacer parte del proyecto y que cumplan con los criterios de inclusión implementados en base al Protocolo de Morbilidad Materna Extrema (MME) del Instituto Nacional de Salud de Colombia, que incluye aspectos relacionados con la enfermedad específica, con el manejo y con falla orgánica.

La MME se define un caso de morbilidad materna extrema como una mujer con una complicación durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo su vida pero sobrevive y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos

Se les garantizará a las participantes la confidencialidad de los datos obtenidos y de la cual solo tendrán acceso el grupo de investigación ya que su fin es solo de uso académico. Sus respuestas a la encuesta se codificarán usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Además no deberá cancelar ningún monto y de igual manera no recibirá ningún monto. El objetivo del proyecto es Caracterizar el comportamiento de la Morbilidad Materna Extrema en mujeres hospitalizadas en el Hospital regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes. Corozal. 2018.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente entre 10 a 15 minutos de su tiempo.

BENEFICIOS: Si usted está de acuerdo en participar en esta investigación, estará contribuyendo a la obtención de información objetiva acerca de la Morbilidad Materna Extrema, de tal manera que desde el aspecto preventivo se puedan implementar acciones en la búsqueda de corregir los factores de riesgo que agravan la enfermedad en el embarazo.

DECLARACIÓN/ ACEPTACIÓN:

Me han indicado que tendré que responder preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente entre 10 a 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es confidencial y no será usada sin mi consentimiento para ningún otro propósito fuera de los investigativos. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a los investigadores.

Acepto participación voluntaria en esta investigación.

De igual manera se me ha dado a conocer que no existe ningún riesgo físico, ni mental que pueda atentar contra mi integridad, así mismo no interfiere en los servicios prestados por la entidad hospitalaria.

Dejo constancia que mi participación es voluntaria y que puede dejar de participar en el momento que decida.

NOMBRE DE LA PACIENTE _____

FIRMA _____

Tipo y número del documento de identidad: _____

ANEXO C. Encuesta para determinar el comportamiento de la morbilidad materna extrema. Hospital Regional II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal. 2018

Lee con atención antes de tomar una decisión.

1. Antes de diligenciar la encuesta lea el consentimiento informado y en caso de aceptar llene todos los datos.
2. Lea las preguntas atentamente y elija la respuesta según sea su caso marcando con una x.
3. En caso de tener más de una opción de respuesta, marcar todas las que apliquen.
4. Para llenar el cuestionario utilice un lapicero de color negro.
5. En caso de ser la paciente menor de edad, el consentimiento debe darlo y firmarlo el cuidador.
6. Se diligencia con letra legible, sin tachones, enmendaduras, ni borrones.
7. Anote la información de manera exacta y clara.
8. Responda todos los ítems, según apliquen a su situación.
9. En los ítems que haya que especificar o ampliar el dato solicitado, se anotará exactamente como lo exprese la paciente.
10. Para proteger la identidad de la persona encuestada, se le asignará un código a cada encuesta, que facilite rectificar de manera objetiva cualquier dato.

I PARTE. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL GRUPO DE MUJERES DEL ESTUDIO

Edad: ____ años; Estrato: 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____; Procedencia:
Urbana ____ Rural ____

Nivel de escolaridad: Primaria incompleta ____ Primaria completa ____ Secundaria
incompleta ____ Secundaria completa ____ Técnico ____ Universitario ____ Otro ____

Ocupación: Ama de casa ____ Trabajador Independiente ____ Trabajador
dependiente ____ Otro _____; Condición de vulnerabilidad: Sí ____ No ____

Estado civil: Soltera ____ Casada ____ Separada ____ Unión Libre ____ Viuda ____

Tipo de aseguramiento al sistema general de seguridad en salud: Contributivo ____
Subsidiado ____ Vinculado: ____ Sin acceso al sistema ____ Prepagada ____ Otro _____

Ingreso económico: < 1SMLV ____ 1SMLV ____ 2SMLV ____ 3SMLV ____ >3SMLV ____

Personas a su cargo: Sí _No _ Especificar quienes son (hijos, madre, compañero)

II PARTE. DATOS OBSTÉTRICOS DE LA MUJER

Clasificación obstétrica: Gravidez ___ Partos ___ Cesáreas ___ Abortos ___
Mortinatos ___ Vivos ___

Fecha de última menstruación consignada en la historia clínica: _____

Edad gestacional _____ semanas; Altura uterina _____ cm; Asistencia al control prenatal: Sí ___ No ___ Número de citas cumplidas: _____;

Embarazo deseado ____, no deseado ____; Embarazo producto de violación: Sí ___ No ___

Puérpera ____, Globo de seguridad de Pinard presente Sí ___ No ___; Tipo de loquios: Rojo o rubra _____ Serosos _____ Alba ___

III PARTE. ANTECEDENTES PRECONCEPCIONALES, PRENATALES Y ACTUALES

Existencia de enfermedad antes del embarazo: Sí ___ No ___ Especificar cuál ___

Tratamiento recibido _____

Control médico pos tratamiento: Sí ___ No ___; Enfermedad controlada: Sí ___ No ___

Existencia de enfermedades con el embarazo actual: Sí ___ No ___ Especificar cuál _____

Existencia actual de enfermedades asociadas con el embarazo: Sí ___ No ___ Especificar cuál _____

Tratamiento médico recibido: Sí ___ No ___ Especificar cuál _____

Control de la enfermedad actual: Sí ___ No ___ Ampliar la información en caso necesario _____

Automedicación durante el embarazo actual: Sí ___ No ___ Especificar el tipo de medicamento _____

Clasificación del riesgo obstétrico (Federación Colombiana de Asociaciones de Perinatología-FECOPEN): Sí ___ No ___ Marcar el correspondiente: Bajo ___ Medio ___ Alto ___ Muy alto _____

Clasificación del riesgo obstétrico (Centro Latinoamericano de Perinatología CLAP) Sin riesgo ___ Con riesgo ___ Con riesgo imposible de atender en el nivel anterior _____

Uso de anticonceptivos antes del embarazo: Sí ___ No ___ Especificar cuál _____

Inconvenientes con el método anticonceptivo usado: Sí ___ No ___

Especificar _____

IV PARTE. FACTORES RELACIONADOS CON EL ENTORNO Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Tipo de vivienda: Casa___ Propia: Sí___ No___ Apartamento___ Propio: Sí___ No___ Cuarto de inquilinato___

Medio de transporte al que tiene acceso: Bus___ Automóvil___ Moto___ Otro_____

Medio que utiliza para desplazarse hasta el centro de salud: Bus___ Automóvil___ Moto___ Otro_____

Cuánto tiempo transcurrió desde que se presentaron los signos y síntomas de la complicación hasta su reconocimiento: Menos de 15 minutos___ Más de 15 minutos___ Media hora___ Más de media hora___ Especificar: _____

Tiempo que demora en desplazarse desde su residencia hasta el centro de salud más cercano:

Menos de 15 minutos___ Más de 15 minutos___ Media hora___ Más de media hora___ Especificar: _____

Cuánto tiempo transcurrió desde la llegada a la urgencia del centro de salud hasta la atención médica: Menos de 15 minutos___ Más de 15 minutos___ Media hora___ Más de media hora___ Especificar: _____

Monto que gasta para trasladarse: Menos de \$5.000___ Más de \$5.000___ \$10.000___ más de \$10.000

Especificar_____

¿Cuenta usted con el apoyo de alguna persona o grupo de su comunidad? Si___ No___ Especificar_____

¿Tiene usted acceso a medios de comunicación? Si___ No___ ¿Cuál? Teléfono fijo___ Teléfono móvil___ Computador___ Tableta___ Otro___

Especificar_____

V PARTE. IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD ESPECÍFICA

Marque con una X la complicación o complicaciones presentadas con el embarazo

RELACIONADAS CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD ESPECÍFICA

Eclampsia___ Sepsis___ Hemorragia obstétrica severa___ Preeclampsia severa___ Ruptura uterina___ Aborto séptico/hemorrágico___ Enfermedad molar___ Embarazo ectópico roto___ Enfermedad autoinmune___

Enfermedad hematológica____ Enfermedad oncológica____ Enfermedad endocrino/metabólica____ Enfermedad renal____ Enfermedad gastrointestinal__ Eventos tromboembólicos_ Eventos cardio cerebrovasculares __

RELACIONADA CON DISFUNCIÓN ORGÁNICA

Enfermedad cardíaca____ Enfermedad vascular____ Enfermedad renal____ Enfermedad hepática____ Enfermedad metabólica____ Enfermedad cerebral____ Enfermedad respiratoria____ Enfermedad de coagulación____

RELACIONADA CON MANEJO INTRAHOSPITALARIO

Necesidad de transfusión____ Necesidad de UCI____ Necesidad de procedimientos quirúrgicos de emergencia____

RELACIONADA CON LESIONES DE CAUSA EXTERNA

Accidente____ Intoxicación____ Intento de suicidio____ Violencia física____

OBSERVACIONES:

Nombre del encuestador: _____

Fecha: _____