Factores de Riesgo Asociados a Morbilidad Materna Extrema en Población Vulnerable del HUEM durante el Periodo del 2022: Estudio de Casos y Controles

Villamizar D., Olarte R., Bautista S., Galvis P., Pertuz M.A., Canchica J.R., Galvis M.

RESUMEN

Introducción: La Morbilidad Materna Extrema (MME) se define como una gestante con una complicación durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo pero sobrevivió gracias a una atención oportuna y adecuada, se evalúa por medio de identificación de retrasos o demoras en la atención de la gestante definidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los cuales permiten detectar fallas de la paciente o el sistema de salud en su atención, permitiendo mejorar y evitar el aumento de la mortalidad materna. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo asociados a morbilidad materna extrema, por medio de variables sociodemográficas en población vulnerable en el Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el año 2022. Para lograr un mejor abordaje de las complicaciones medicas y disminuir su incidencia. **Método:** Estudio de casos y controles, para elegir los casos se eligieron todos las pacientes que fueron notificadas por morbilidad materna extrema y que cumplieron con los lineamientos del instituto nacional de salud; los controles se eligieron pacientes embarazadas que ingresaron al hospital y que como evento obstétrico tuvieron un embarazo a término con producto vivo y sin complicaciones. **Resultados:** 5547 nacidos vivos y 321 notificaciones de MME, 204 casos y 2041 controles. **Conclusión:** En análisis multivariado logramos encontrar una fuerte asociación en tres Factores de Riesgo (dos de ellos descritos por la literatura) sobre la prevalencia de la MME. El no aseguramiento es el principal determinante social de la salud y debe ser foco de atención.

PALABRAS CLAVE: Morbilidad materna extrema, complicaciones del embarazo, gestante.

INTRODUCCIÓN

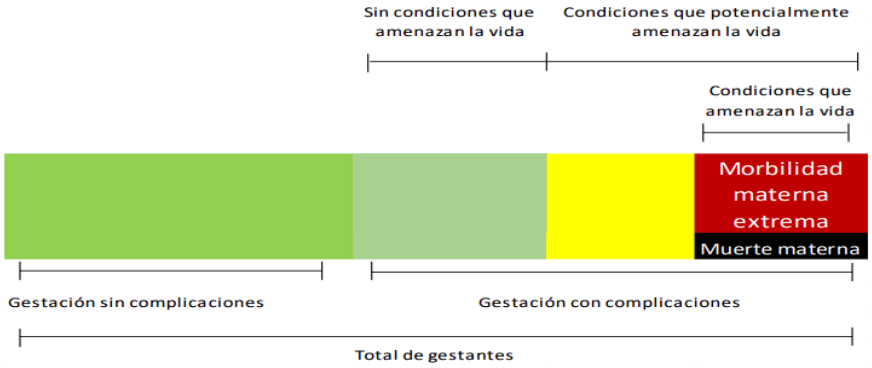
Para la mayoría de las mujeres el periodo de gestación y parto se traduce en una experiencia positiva y satisfactoria sin complicaciones; sin embargo, la muerte materna es un desenlace probable si un factor de riesgo no es intervenido oportuna y eficazmente. Dentro de estos extremos se encuentran las condiciones potencialmente peligrosas para la vida o morbilidad materna extrema (MME) la cual puede generar una muerte materna si no es intervenida a tiempo (1,2,3). Se ha calculado que anualmente mueren en el mundo más de 500.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo; de estas muertes, el 99% se da en países en vías de desarrollo y solo 1 % en países desarrollados (4).

La progresión a una muerte materna se relaciona con el tipo de evento, con factores sociales y demográficos, calidad del prestador de servicios de salud y actitud de la paciente hacia el sistema (5,6,7).La Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecobstetricia (FLASOG) y la organización mundial de la salud (OMS) definen la MME como "una complicación severa que ocurre durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, pero sobrevive gracias a una intervención médica urgente y oportuna"(8,9,10). 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 por el Instituto Nacional de Salud (INS) y FLASOG (Fig. 1) (2,11).

Figura 1. Criterios diagnósticos de Morbilidad Materna Extrema.

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 . Conceptualmente existe un espectro de gravedad clínica con dos extremos: en uno se encuentran las mujeres que cursan una gestación sin complicaciones y en el otro, la muerte materna. (Fig. 2). En este continuo, se encuentra la gestación con complicaciones que no amenazan la vida), las complicaciones que potencialmente amenazan la vida y las condiciones potencialmente peligrosas para la vida o morbilidades maternas extremas, que pueden llegar a generar un desenlace fatal si no se intervienen La progresión de normalidad a morbilidad en sus grados de severidad hacia la mortalidad se relaciona con el tipo de evento, los factores sociales y demográficos, las características del prestador de servicios y la actitud de la paciente hacia el sistema

Espectro de la morbilidad: desde gestaciones sin complicación a muertes maternas



Fuente: Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal healthcare. 2009

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo asociados a morbilidad materna extrema, por medio de variables sociodemográficas en población vulnerable en el Hospital Universitario Erasmo Meoz durante el año 2022. Para lograr un mejor abordaje de las complicaciones medicas

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar qué factores de riesgo son aquellos que predominan en la morbilidad materna extrema en el HUEM determinado por su importancia

Analizar cuál de estos factores tiene mayor incidencia en los casos de morbilidad materna extrema, según los hallazgos sociodemográficos.

Reconocer que acciones pueden ayudar a disminuir los factores de riesgo de presentar una morbilidad materna extrema.

MATERIALES Y METODOS

El HUEM (Hospital Universitario Erasmo Meoz) es un hospital público de Cuarto nivel con manejo de pacientes de alta complejidad, centro de referencia del departamento de Norte de Santander con atención a población obstétrica de alto riesgo, predominantemente afiliada al régimen subsidiado de seguridad social o no asegurada. Se realizó un estudio de casos y controles con una muestra de mujeres gestantes atendidas en el servicio de urgencias de ginecología y obstetricia del HUEM durante el año 2022.

Se eligieron todos las pacientes que fueron notificadas por morbilidad materna extrema y que cumplieron con los lineamientos del instituto nacional de salud, estos fueron considerados casos. Para los controles se eligieron pacientes embarazadas que ingresaron al hospital y que como evento obstétrico tuvieron un embarazo a término con producto vivo y sin complicaciones.

Las variables sociodemográficas exploradas fueron: edad, edad gestacional, número de embarazos previos, controles prenatales, aseguramiento, estatus migratorio y estancia hospitalaria.

Para el análisis se tomaron las variables categóricas y continuas que tuvieron diferencia en el análisis univariado. Las categóricas se analizaron mediante prueba exacta de Fisher, para las continuas usamos t test student y ANOVA. Las variables que mostraron diferencia fueron llevadas a análisis multivariado por regresión logística y mediante metodología un paso adelante y un paso atrás se corrieron doce modelos hasta hallar el que mejor se ajustó.

RESULTADOS

Durante el Periodo del año 2022 en el HUEM se notificaron 5547 nacidos vivos; de los cuales 321 fueron notificaciones de MME, por ende, se seleccionaron 204 casos excluidos de mortalidad perinatal; y 2041 controles de forma aleatoria, excluidos nacidos con un peso menor a 2500 gr.

Variables, mediana (RIQ)	Casos (n=204)	Controles (n=2041)
Edad Madre (años)	23 (19 – 30)	22 (19-28)
Edad Gestacional	37 (36 – 39)	39 (38-40)
Número de Embarazos	2 (1-3)	2 (1-3)
Número de consultas prenatales	4 (2-5)	4 (2-5)
Peso, (gramos)	2705 (2199 – 2662)	3190 (2945-3440)
Talla (cms)	48 (46 – 50)	50 (49-51)

Tabla 1 MEDIDA DE TENDENCIA CENTRAL

Variables, n (%)	Casos (n=204)	Controles (n=2041)
Embarazo Gemelar	10 (5)	12 (0.6)
Embarazo Simple	194 (95)	2028 (99)
Femenino	103 (51)	961 (47)
Cesárea	165 (81)	807 (40)
Nulipariedad	77 (38)	783 (38)
No Asegurado	203 (99)	1369 (67)
Sin control prenatal	27 (13)	240 (12)
Intergenésico < 1año	5(3)	17 (0.8)

Tabla 2 VALORES ABSOLUTOS Y PORCENTAJES

Variable	OR	IC 95%
Embarazo Gemelar	7.16	(2.85 – 17.9)
Edad ≥ 35 años	2.09	(1.3 – 3.34)
No Asegurado	102	(14.3 – 729)

Tabla 3 ANALISIS MULTIVARIADO

Los representamos mediante valores absolutos y porcentajes para las variables categóricas y mediante medidas de tendencia central para las continuas. La asociación fue expresada a través de razón de odds con intervalos de confianza del 95%.

CONCLUSIONES

En análisis multivariado logramos encontrar una fuerte asociación en tres Factores de Riesgo (dos de ellos descritos por la literatura) y un 3 factor que es acorde a las condiciones sociales propias del gran porcentaje de las gestantes que se atienden en el HUEM, Siendo el no aseguramiento el principal determinante social de la salud y debe ser foco de atención no solo a nivel municipal o local también a nivel nacional

La caracterización del riesgo a través de estudios primarios permite entender la problemática social objetivamente la morbimortalidad materna extrema es un grave problema de salud pública que requiere atención urgente.

La capacitación de profesionales de la salud en la atención adecuada a mujeres en situaciones de riesgo es fundamental para reducir la morbimortalidad materna. Es importante también mejorar el acceso a servicios de salud reproductiva y obstétrica de calidad para prevenir complicaciones graves.

El monitoreo y registro de los casos de morbimortalidad materna es esencial para identificar las causas y diseñar estrategias efectivas de prevención. De igual manera es necesario abordar las desigualdades sociales y económicas que afectan negativamente a la salud materna, como la pobreza, la falta de educación y el acceso limitado a servicios de salud.

REFERENCIAS

1. Geller SE, Rosenberg D, Cox SM, Brown ML, Simonson L, Driscoll CA, et al. The continuum of maternal morbidity and mortality: Factors associated with severity. Am J Obstet Gynecol. 2004;191:939-44.

2. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss - towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2009;23:287-96.

3. Cecatti JG, Souza JP, Neto AFO, Parpinelli MA, Sousa MH, Say L, et al. Prevalidation of the WHO organ dysfunction based criteria for identification of maternal near miss. Reprod Health [Internet]. BioMed Central Ltd 2011;8(1):22.

4. Instituto Nacional de Salud, Minsalud. República de Colombia. Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Morbilidad Materna Extrema. PRO-R02.052 Versión 02, 29 de marzo 2016.

5. Geller SE, Rosenberg D, Cox SM, Brown ML, Simonson L, Driscoll CA, et al. The continuum of maternal morbidity and mortality: Factors associated with severity. Am J Obstet Gynecol. 2004;191:939-44.

6. Pacheco AJ, Katz L, Souza AS, de Amorim MM. Factors associated with severe maternal morbidity and near miss in the São Francisco Valley, Brazil: a retrospective, cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:91.

7. Jabir M, Abdul-Salam I, Suheil DM, Al-Hilli W, Abul-Hassan S, Al-Zuheiri A, et al. Maternal near miss and quality of maternal health care in Baghdad, Iraq. BMC Pregnancy Childbirth. 2013;13:11.

8. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá, 2003.

9 Kayem G, Kurinczuk J, Lewis G, Golightly S, Brockle-hurst P, Knight M. Risk factors for progression from severe maternal morbidity to death: a national cohort study. PLoS One. 2011;6:e290-77.

10. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema. Una nueva estrategia para la reducción de la mortalidad materna en América Latina. Fondo Población las Naciones Unidas (UN-FPA), 2013.

11. Ps R, Verma S, Rai L, Kumar P, Pai M V., Shetty J. "Near miss" obstetric events and maternal deaths in a tertiary care hospital: An audit. J Pregnancy. 2013;2013:393-758.