



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA "DR. WITREMUNDO TORREALBA"
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
MARACAY ESTADO ARAGUA



**CARACTERIZACIÓN DE LAS MATERNAS CRÍTICAS QUE INGRESAN
AL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, EN EL PERIODO
ENERO – DICIEMBRE 2013**

Tutora: Dra. Mercedes Herrera

Autora: Dra. Lisbeth M. Rivas D.

Maracay, Noviembre de 2014



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA "DR. WITREMUNDO TORREALBA"
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
MARACAY ESTADO ARAGUA



**CARACTERIZACIÓN DE LAS MATERNAS CRÍTICAS QUE INGRESAN
AL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, EN EL PERIODO
ENERO – DICIEMBRE 2013**

Trabajo especial de grado para optar al título de especialista en
Obstetricia y Ginecología

Tutora: Dra. Mercedes Herrera

Autora: Dra. Lisbeth M. Rivas D.

Maracay, Noviembre de 2014



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
SEDE ARAGUA



ACTA DE DISCUSIÓN
TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 29 literal "N" del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Especialización titulado:

"CARACTERIZACIÓN DE LAS MATERNAS CRÍTICAS QUE INGRESAN AL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2013"

Presentado para optar al grado de **ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA** por el aspirante:

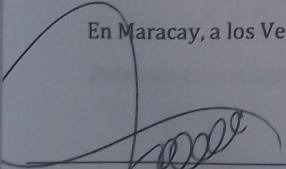
LISBETH MARGARITA RIVAS D' AMATO
C.I. 18.554.164

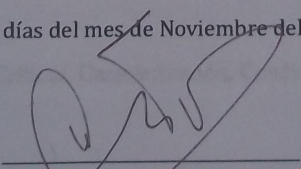
Habiendo examinado el Trabajo de Especialización presentado, decidimos que el mismo está

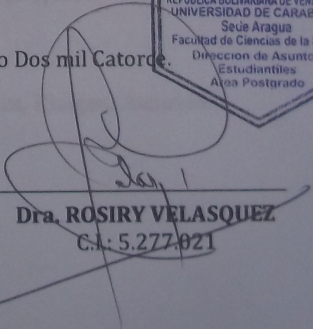
APROBADO

En Maracay, a los Veintidós días del mes de Noviembre del año Dos mil Catorce.




Dra. LIGIA CASTRO
C.I.: 3.937.488


Dr. JAIME GUERRA
C.I.: 6.422.931


Dra. ROSIRY VELASQUEZ
C.I.: 5.277.021

**CARACTERIZACIÓN DE LAS MATERNAS CRÍTICAS QUE INGRESAN
AL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, EN EL PERIODO
ENERO – DICIEMBRE 2013**

Autor: Lisbeth Rivas D'Amato

Tutor: Mercedes Herrera Michelena

RESUMEN

Introducción: La morbilidad obstétrica severa constituye en nuestro país un grave problema de salud pública en el cual la población de embarazadas que acude al Hospital Central de Maracay está inmersa. **Objetivo:** Caracterizar a las maternas críticas que ingresan al Hospital Central de Maracay en periodo Enero – Diciembre de 2013. **Metodología:** Estudio no experimental, epidemiológico, descriptivo, de corte transversal y prospectivo, cuya población estuvo conformada por 159 gestantes críticas, los datos sociodemográficos y clínicos fueron obtenidos de fuentes mixtas: interrogatorio a las pacientes, familiares y de la historia clínica, a través de una encuesta estructurada. La descripción de la muestra se realizó a través de estadística descriptiva de las variables, se analizaron con paquete estadístico SPSS v15.0 y se estructuraron en tablas. **Resultados:** La incidencia fue de 1,8 maternas críticas por cada 100 partos atendidos. El promedio de edad fue 26 años, el 87,42% provenían del estado Aragua. La condición general de ingreso se estableció como regular en 54,72%. La multiparidad fue la condición obstétrica predominante con 64,15%. Los embarazos fueron mal controlados en 64,15%. Las patologías predominantes son los trastornos hipertensivos. **Conclusión:** La mayoría de las pacientes son jóvenes, multíparas con embarazos mal controlados, sin antecedentes patológicos conocidos la mayoría. Las complicaciones médicas la desarrollan con el embarazo, siendo los trastornos hipertensivos: Síndrome de Hellp, Eclampsia, las más frecuentes. La causa de retardo predominante es la tercera demora. La causa de egreso más frecuente la mejoría. La mortalidad materna en la población fue de 9,43%.

Palabras Clave: Maternas Críticas, Caracterización, Condiciones, Riesgos, Atención.

**CHARACTERIZATION OF ENTERING THE MATERNAL REVIEWS
MARACAY AL CENTRAL HOSPITAL IN THE PERIOD
JANUARY - DECEMBER 2013**

Author: Lisbeth Rivas D'Amato
Tutor: Mercedes Herrera Michelena

ABSTRACT

Introduction: Severe obstetric morbidity in our country constitutes a serious public health problem in which the population of pregnant women who come to the Central Hospital of Maracay is immersed. **Objective:** To characterize maternal criticism entering the Central Hospital of Maracay in period from January to December 2013. **Methodology:** not experimental, epidemiological, descriptive, cross-sectional and prospective study, the population consisted of 159 pregnant criticisms, sociodemographic and clinical data were obtained from mixed sources: questioning the patients, family and medical history, through a structured survey. The description of the sample was performed using descriptive statistics of the variables were analyzed with SPSS 15.0 and were structured tables. **Results:** The incidence was 1.8 per 100 maternal criticism births attended. The mean age was 26 years, 87.42% were from the state of Aragua. The general condition was established as a regular income in 54.72%. Multiparity was the predominant obstetric condition 64.15%. Pregnancies were poorly controlled 64.15%. The prevailing conditions are hypertensive disorders. **Conclusion:** Most patients are young, poorly controlled multiparous pregnancies with no known medical history most. Medical complications develop over the pregnancy with hypertensive disorders: HELLP syndrome, eclampsia, frequently. The predominant cause of delay is the third delay. The most common cause of discharge improvement. Maternal mortality in the population was 9.43%.

Keywords: Maternal Reviews, Characterization, Conditions, Risk Warning.

INTRODUCCIÓN

El embarazo constituye una etapa fisiológica en la vida de la mujer, pero no por ello está exento de patologías que puedan alterar su evolución normal, siendo necesario comprender que durante este, el proceso salud-enfermedad está representado por una secuencia de eventos que oscilan entre los extremos de salud y muerte. Dentro de esta secuencia un embarazo puede ser considerado como no complicado, complicado (morbilidad), severamente complicado (morbilidad severa) o como una complicación que amenaza la vida de la gestante (morbilidad extrema). De esta manera las gestantes que sobreviven a esta última condición son consideradas como sobrevivientes.⁽¹⁾

Por ello se han planteado distintas definiciones que representan el concepto de paciente obstétrica muy grave. En referencia esto; se realiza una reunión el 6 de abril de 2007 en Bolivia, en la cual la federación latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología (FLASOG) adopta el termino Morbilidad Materna Extrema y la define como una; "Complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte".⁽²⁾

En el mundo cada año de un estimado de 120 millones de embarazos que ocurren: más de 50 millones de mujeres sufren enfermedades o discapacidades serias relacionadas con el embarazo; más de 1/2 millón de mujeres mueren como consecuencia de complicaciones durante el embarazo o el parto; y por lo menos 1.2 millones de recién nacidos mueren por complicaciones durante el parto.⁽³⁾

Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 15% de maternas pueden presentar morbilidades que de no ser atendidas adecuadamente llevarían a la muerte.⁽⁴⁾ Así mismo define la muerte materna como: "La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas

accidentales o incidentales”.⁽⁵⁾ En este mismo sentido es importante resaltar que la muerte materna representa la 4ª causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva.⁽⁶⁾

Es aquí donde la magnitud de la mortalidad materna es un reflejo del riesgo promedio de morir que corre una mujer cada vez que queda embarazada constituyendo así un indicador fidedigno del estado de salud de la población, así como del grado y calidad de la atención que se brinda.⁽⁷⁾ Sin embargo aunque por muchos años ha sido estudiada como principal indicador para mejorar la calidad de atención a la paciente embarazada sus progresos aun son limitados. Ahora bien, se ha propuesto más recientemente otra forma de analizar la problemática de mortalidad materna, se trata de la revisión de casos de severidad y el espectro de la morbilidad materna.⁽⁸⁾ Por lo tanto no se exagera al decir que el tema de la morbilidad y mortalidad materna es la tragedia mas discutida en la actualidad.⁽⁷⁾ Constituyendo en conjunto uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial.⁽⁶⁾ En razón a este problema, los Objetivos del Desarrollo del Milenio presentan un 5to objetivo dedicado a la mejora de la salud materna, en el cual los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% para el 2015 y hasta el 2013 solo ha disminuido en un 2,6% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesaria para alcanzar la meta.⁽⁹⁾

Es evidente entonces que la muerte materna representa la parte visible de un iceberg ya que la parte oculta está formada por pacientes con morbilidad obstétrica severa cuya evolución podría ser hacia la recuperación, pero también a la discapacidad temporal, permanente o muerte.⁽²⁾ En tal sentido la morbilidad comprende un conjunto de complicaciones cuyo grado de severidad oscilan entre leves y severas con riesgo inminente de vida.⁽¹⁰⁾ Es importante destacar que entre las complicaciones a largo plazo se encuentran el dolor crónico, la movilidad limitada, y el deterioro del sistema reproductivo e infertilidad.⁽⁸⁾

En el mundo la prevalencia de pacientes con morbilidad obstétrica severa se estima que varía entre 0,04 y 10,61%. No obstante, la prevalencia real de estas pacientes es difícil de determinar, pues esta varía en dependencia de los criterios que hayan sido usados para la definición de caso y de las características de las poblaciones estudiadas.⁽¹¹⁾ Debido a esto;

la OMS y más recientemente la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definieron tres criterios para la identificación de estos casos, el primero relacionado con signos y síntomas de enfermedad específica; preeclampsia grave, síndrome hellp, eclampsia, hemorragia y sepsis, el segundo relacionado con falla o disfunción de órganos y sistemas, y el tercero relacionado con el manejo realizado a la paciente; admisión a UCI, transfusión de 3 o más unidades de sangre o plasma, y cualquier intervención quirúrgica en el puerperio.^{(4),(11)}

Existen factores de riesgo para morbilidad obstétrica severa que son importantes mencionar debido a que por cada caso de muerte materna puede haber 30 casos de morbilidad.¹² Siendo estos las edades extremas de la vida como son menores de 19 o mayores de 35 años, pobreza, baja escolaridad, exclusión social, multiparidad, anemia, enfermedades crónicas, trabajo de parto prolongado y cesárea de emergencia.^{(13),(14),(15)}

A nivel mundial las principales causas de morbilidad obstétrica severa están relacionadas con complicaciones obstétricas, tales como las hemorragias postparto, embarazo ectópico, embolismo de líquido amniótico, eclampsia, sepsis, tromboembolismo pulmonar, rotura uterina y la coagulación intravascular diseminada, relacionadas con el manejo obstétrico fundamentalmente en el momento del trabajo de parto y el parto.⁽¹¹⁾ En este mismo orden de ideas, es necesario destacar un estudio de la OMS sobre las causas de más de 60 000 defunciones maternas en 115 países, en donde el 28% de las muertes fue provocado por afecciones preexistentes agravadas por la gestación, seguido de la hemorragia especialmente durante y después del parto, hipertensión gestacional, e infecciones; De esta manera afirma que estas pacientes deben recibir atención especializada antes durante y después del parto para salvarles la vida al binomio madre feto, ya que alguna de estas causas son prevenibles.^{(16),(17)}

Llama la atención la falta de consenso a nivel mundial para definir los criterios de ingreso a la Unidad de cuidados especiales (Intermedio o Intensivo), pero si coinciden con la necesidad de optimizar la atención de las pacientes obstétricas críticas. Algunos toman en cuenta toda mujer en estado de embarazo o puerperio que presente falla de 1 órgano, a

excepción de las que requieran con esta falla ventilación mecánica y/o medicamentos inotrópicos o vasotrópicos parenterales. La pacientes que presenten falla de 2 o más órganos ingresaran a la UCI independiente del uso de soportes adicionales.⁽⁴⁾

Resulta oportuno describir el modelo de los 3 retrasos vinculado a la mortalidad materna propuesto por Thaddeus y Maine ya que puede aplicarse a los casos de morbilidad obstétrica severa en vista que sean identificado las dificultades a las que toda mujer se enfrenta para lograr la atención obstétrica oportuna y de calidad las cuales constituyen un conjunto de factores que al enlazarse forman una cadena fatal de “Demoras” que impiden prevenir riesgos durante el embarazo y que las mujeres accedan a servicios de salud de calidad. Cada demora incide en que transcurran horas, días y hasta semanas, entre el inicio de los primeros síntomas y el momento de la atención, lo que ocasiona que las complicaciones se agraven y se reduzcan drásticamente las posibilidades de que las mujeres salven sus vidas, siendo la primera el retraso en decidir buscar la atención, la segunda el retraso en la llegada a un servicio de salud, y la tercera el retraso en obtener el tratamiento adecuado y oportuno.^{(18),(19)}

Cabe agregar que Venezuela no está entre los países desarrollados, que exhiben tasas baja de mortalidad materna, así como a pesar de todos los avances en la atención obstétrica la morbilidad y mortalidad materna siguen siendo un problema de salud pública que se corrobora al evidenciar el boletín epidemiológico emitido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), en el cual indican cifras tanto para el año 2012 y 2013 de 370 muertes maternas, manteniéndose una tendencia estable y registrándose en los siguientes 5 estados la mayor incidencia: Zulia, Distrito Capital, Bolívar, Aragua y Carabobo.⁽²⁰⁾ Por lo que él MPPS ha establecido como estrategia la creación del comité de atención a la paciente materna crítica, el cual se ejecutara en la red hospitalaria, conformado por un equipo multidisciplinario, con el fin de reimpulsar la atención de esta para garantizar el bienestar y mejoramiento de la atención materna en los servicios de salud y así consecuentemente disminuir y minimizar el riesgo de morbimortalidad materna y perinatal.⁽²¹⁾

De igual manera en el estado Aragua al revisar la literatura e intentar analizar los diferentes estados patológicos relacionados con la morbilidad obstétrica severa; se encontró que solo incluyen las causas que han originado las muertes, mas no se reflejan estadísticas relativas a las causas de morbilidad que agrupan a las maternas que acuden a los distintos centros de salud, siendo estas un alto porcentaje de pacientes que presentan algún tipo de comorbilidad y complicaciones graves que requieren atención e ingresos en las unidades de cuidados especiales. Sin embargo, para el año 2012 según estudio realizado en el hospital en estudio se encontró que el mayor porcentaje de pacientes que ameritaron cuidados intermedios e intensivos correspondían a pacientes con diagnósticos de eclampsia, síndrome de hellp y hemorragias.⁽²²⁾ En base a esto es importante la incorporación de la morbilidad obstétrica severa a los reportes epidemiológicos y a la auditoría médica de los servicios obstétricos ya que es un indicador de gran relevancia que aportará mucha más información que la que hasta ahora reciben los registros oficiales de mortalidad materna, lo cual facilitará un diseño más racional de las estrategias para atención futura.⁽²³⁾

Siendo el Hospital Central de Maracay (HCM) un centro de atención medica de IV nivel, que recibe pacientes provenientes de otros centros de salud del estado y estados adyacentes; también considerado como un centro de salud de alta dependencia debido a que diariamente se reciben pacientes obstétricas en malas condiciones generales que ameritan cuidados especiales, aunado a esta situación se evidencia que para la atención a estas solo se cuenta con una sala en la cual existen 11 camas, donde las primeras 3 están dispuestas para ellas; compartiendo el área con pacientes en trabajo de parto, así como también embarazadas normales, postoperatorios y postpartos con patologías asociadas. Donde por la complejidad de los cuadros clínicos y la comorbilidad de las pacientes gestantes y postparto es necesario que los cuidados se continúen en las unidades de cuidados especiales.

Tomando en cuenta todo lo expuesto y observando que la morbilidad obstétrica severa constituye en nuestro país un grave problema en el cual la población de embarazadas que acude al HCM está inmersa y al evidenciar una numerosa cantidad de casos de complicaciones obstétricas agudas que pudieran poner en riesgo no solo la salud del binomio madre/feto sino también su futuro obstétrico; ante esta problemática se plantea:

caracterizar las maternas críticas que ingresan al Hospital Central de Maracay, en el periodo enero – diciembre 2013, y para ello, se propone: identificar los factores epidemiológicos presentes en las maternas críticas, valorar la condición obstétrica, determinar los antecedentes personales patológicos y diagnóstico de ingreso, establecer las complicaciones obstétricas y medicas, conocer las condiciones generales al ingreso y causa de egreso, describir el manejo médico – quirúrgico, y por ultimo especificar los tipos y causas que determinan las demoras en la atención de las maternas. Asimismo establecer recomendaciones en las cuales el espectro de la morbilidad materna se convierte en un nuevo elemento útil para el estudio de la salud obstétrica y que permite de algún modo contribuir a mejorar la calidad de atención.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico, descriptivo de corte transversal y prospectivo, cuya población estuvo conformada por todas las maternas con criterios o condiciones que las catalogan como maternas críticas, que ingresaron al Hospital Central de Maracay, en el periodo Enero - Diciembre 2013. Se registraron un total de 159 gestantes bajo este criterio, durante el periodo estimado, durante su hospitalización se aplicó un instrumento de seguimiento pre elaborado y aprobado por expertos, con ítems enfocados a analizar varios ejes temáticos tales como: Características sociodemográficas de la embarazada (edad, estado civil, grado de instrucción, procedencia), Condición obstétrica (número de gestas, trimestre del embarazo, número de control prenatal), Patologías presentes (según diagnóstico de ingreso, de base, complicaciones medicas), Descripción de la ruta crítica de atención a la embarazada (vía de resolución, reintervenciones, uso de hemoderivados, ingreso a UCI, condición de egreso), el cual fue aplicado al momento de su ingreso, en tiempo libre, al culminar la jornada laboral, y durante las guardias del autor, siendo actualizado durante su evolución hasta su egreso. Como parte de la metodología empleada en el estudio, se contó con tres formas distintas para la obtención de la información a analizar, siendo estas complementarias entre sí, la cual se realizo previo consentimiento informado. La fuente primaria generadora de datos fue el interrogatorio realizado a las pacientes, la secundaria fue el interrogatorio realizado a los familiares, la tercera y última fuente de información fue

la historia clínica de las pacientes, a fin de no dejar ningún dato sin recoger o completar, este instrumento de registro dio soporte de la información la cual se podrá almacenar en el tiempo.

Estos datos se vaciaron en una matriz de Excel 2007, donde se asentaron los datos de las diferentes variables y analizaron con paquete estadístico SPSS v15.0, aplicando cálculos estadísticos como frecuencias absolutas, porcentajes, promedios y desviación estándar; Una vez obtenidos los resultados se estructuraron en forma de tablas para mayor comprensión; Dichos datos fueron complementados en base a la descripción y análisis de los mismos, tomando en cuenta y cumpliendo con los parámetros establecidos en los objetivos de estudio y fundamentado en las bases teóricas, dando esto lugar a conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS

Durante el periodo en estudio se reportaron 159 casos de maternas críticas y según el movimiento hospitalario igualmente se reportaron 8812 nacidos vivos registrados, dando una incidencia de 1,8 maternas críticas por cada 100.000 nacidos vivos registrados, lo que equivale a una tasa específica de 1,8 maternas críticas por cada 100 partos atendidos al año.

Tabla 1: Características Epidemiológicas de las Maternas Críticas que ingresan al Hospital Central de Maracay. Enero – Diciembre 2013.

Edad	n=(159)	100%	Procedencia	n=(159)	100%
15-19	33	20,75	Aragua	139	87,42
20-25	42	26,42	Carabobo	13	8,18
26-30	32	20,13	Guárico	4	2,52
31-35	29	18,24	Otros	3	1,89
36-40	17	10,69			
>41	6	3,77			
Estado civil			Grado de instrucción		
Soltera	74	46,54	Primaria Incompleta	6	3,77
Concubinato	72	45,28	Primaria Completa	15	9,43
Casada	11	6,92	Secundaria Incompleta	54	33,96
Divorciada	2	1,26	Secundaria Completa	69	43,4
			Universitaria	15	9,43

La Tabla 1 muestra la distribución de las maternas críticas de acuerdo a los factores epidemiológicos presentes, en este estudio se evidencio que las edades oscilaron entre los 15 a 44 años, con una edad promedio de 26,70 años y una desviación estándar de 7,4 presentándose el mayor porcentaje en el grupo de 20 a 25 años con 26,42% seguido del grupo de 15 a 19 años de edad con 20,75%. En cuanto al grado de instrucción el mayor porcentaje estuvo representado por pacientes con estudios de básica secundaria completa que alcanzaron el título de bachiller con 43,40%, cursando con estudios de básica secundaria incompleta un 33,96%, y solo un 9,43% de las pacientes tenia estudios universitarios. El estado civil predominante es el de las solteras representados por un 46,54%, seguido por la unión estable con un 45,28%. Las pacientes procedían principalmente del estado Aragua (87,42%), los municipios con mayor proporción son Girardot, Francisco Linares alcántara, y Santiago Mariño.

Tabla 2: Prevalencia de las Condiciones Obstétricas de las Maternas Críticas que ingresan al servicio de Obstetricia y Ginecología del SAHCM. Enero – Diciembre 2013.

Gestas	n=(159)	100%	Condición gestacional	n=(159)	100%
Primigesta	57	35,85	Embarazo	144	90,57
II – III	67	42,14	Puerperio	15	9,43
IV – V	30	18,87			
> V	5	3,14			
Control prenatal			Edad gestacional	n=(144)	100%
No controlado	35	22,01	I Trimestre	6	4,17
< 5	67	42,14	II Trimestre	29	20,14
> 5	57	35,85	III Trimestre	109	75,69

En la tabla 2 se muestra la distribución de la población de Maternas críticas según las condiciones obstétricas, se pudo observar que el número de gestaciones que predominó fue II y III embarazos con 42,14%, seguida de pacientes primigestas con 35,85% y con más de III Gestas 22%. Los embarazos no controlados representados por aquellos con menos de < 5 controles (42,14%) y los que no iniciaron control prenatal al momento de registrarse el evento adverso (22,01%) fueron los más frecuentes, solo el 35,85% mostraron > 5 controles. En relación a la condición gestacional al ingreso predomina el embarazo con 90,57% y el puerperio con 9,43%. La edad gestacional predominante se distribuyó en el III trimestre con 75,69%

Tabla 3: Antecedentes personales patológicos en las Maternas Críticas que ingresan al servicio de Obstetricia y Ginecología del SAHCM.. Enero – Diciembre 2013.

Antecedentes personales patológicos	n=(73)	100%
Cardio Vasculares (HTA crónica, cardiopatías)	34	46,58
Endocrino Metabólico (obesidad, DM, hipotiroidismo)	19	26,03
Respiratorio (Asma, EPOC)	11	15,07
Otras (Hemato-inmunológicas, renales, neurológicas)	9	12,33

En la población estudiada, 48 (30,19%) maternas críticas refirieron tener antecedentes patológicos conocidos. En la tabla 3 los antecedentes se agrupan por patologías médicas, la mayor distribución corresponde a patologías cardiovasculares con 46,58% representada principalmente por hipertensión arterial crónica con 42.47% y cardiopatías con 4.11% seguido de enfermedades endocrino metabólicas con 26,03% y respiratorias con 15,07%.

Tabla 4 Prevalencia de los Diagnósticos de ingreso de las Maternas Críticas en las salas de hospitalización del servicio de Obstetricia y Ginecología del SAHCM. Enero – Diciembre 2013.

Diagnósticos de ingreso	n=(207)	100%
Hipertensión Arterial inducida por el embarazo (Preeclampsia grave, Síndrome Hellp, Eclampsia)	79	38,16
Cardiovascular (Hipertensión arterial crónica, Cardiopatías)	37	17,87
Endocrino Metabólico (DM, obesidad)	21	10,14
Hemorragia (Shock hipovolémico, DPP, Placenta Previa)	17	8,21
Respiratorio (Bronquitis, Asma, Neumonía)	15	7,25
Renales (ITU)	13	6,28
Hemato Inmunológicos (Síndrome icterico, HIV, Anemia Drepanocítica)	7	3,38
Gastro Intestinales (Pancreatitis, Cirrosis, Hepatopatía crónica)	7	3,38
Otras Causas (Trabajos de parto, Amenaza de parto pretérmino)	7	3,38
Sepsis	4	1,93

La tabla N 4 muestra la distribución de los diagnósticos de ingreso de las maternas críticas a las salas de hospitalización del Servicio de Obstetricia. La hipertensión Arterial Sistémica inducida por el embarazo representada a su vez por la Preeclampsia Grave, Eclampsia, Síndrome de Hellp y la Hipertensión Arterial Crónica mostraron ser las principales causas de ingreso 116 (56,04%). La Diabetes Mellitus y la Obesidad (10,44%) representan las patologías médicas endocrinas más frecuentes y representan la segunda causa de ingreso de la población en estudio. Las Infecciones Urinarias y la Sepsis como patologías médicas de etiología infecciosas representan con las hemorragias la tercera causa de ingreso 17 (8,45%).

Tabla 5: Distribución de las Complicaciones obstétricas y médicas en las Maternas Críticas durante su Hospitalización en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del SAHCM. Enero – Diciembre 2013.

Complicaciones	n=(174)	100%
<i>Obstétricas</i>	<i>n=(132)</i>	<i>75,86%</i>
Síndrome Hellp	65	37,36
Preeclampsia Grave	38	21,84
Hemorragia	22	12,64
Sepsis	7	4,02
<i>Médicas</i>	<i>n=(42)</i>	<i>24,14%</i>
Neumonía	22	12,64
Falla Renal	19	10,92
Cetoacidosis	1	0,58

Durante la hospitalización de las pacientes las complicaciones Obstétricas (75,86%) fueron más frecuentes que las complicaciones por patologías médicas del embarazo. El Síndrome Hellp constituye la primera causa de complicación obstétrica seguida por la preeclampsia grave representando ambas el 78,03% (103) de ellas. La Neumonía es la patología infecciosa de mayor prevalencia durante la hospitalización de las pacientes (12,64) y la complicación medica más frecuente. (52,38%)

Tabla 6: Condiciones generales al ingreso y causa de egreso de las pacientes Maternas Críticas al Servicio de Obstetricia y Ginecología del SAHCM. Enero – Diciembre 2013.

Condición de Ingreso	n=159	100%	Causa de Egreso	n=(159)	100%
Buenas	15	9,43	Mejoría Clínica	126	79,25
Regulares	87	54,72	Contra Opinión Médica	18	11,32
Malas	57	35,85	Muerte (Materna)	15	9,43

La tabla N 6 muestra que el mayor porcentaje de pacientes ingreso en regulares condiciones generales (54,72%), seguidas por 57 maternas criticas (35,85%) que ingresan en malas condiciones generales. 15 pacientes ingresaron al Hospital en buenas condiciones generales (9,43).

La mayoría de las pacientes de esta población de alto riesgo de morbimortalidad egreso por mejoría (79,25%), el 11,32% egresa bajo su propio riesgo por contra opinión médica y 15 fallecen durante la hospitalización (9,43%).

Tabla N 7: Manejo médico quirúrgico realizado en las Maternas Críticas que en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del SAHCM. Enero – Diciembre 2013.

Vía de resolución del embarazo	n=(125)	100%
Cesárea	115	92
Parto	10	8
Criterio de ingreso a uci	n=(159)	100%
Sin criterios	89	55,97
Con criterios y no ingresaron	38	23,90
Con criterios y si ingresaron	32	20,13
Transfusiones	n=(159)	100%
No	64	40,25
Si	95	59,75
Reintervenciones	n=(25)	100%
Laparotomías	12	48
Revisión uterina bajo anestesia	10	40
Histerectomías	2	8
Legrado Uterino	1	4

La tabla N 7 muestra la distribución de las conductas terapéuticas realizadas a las maternas críticas para la resolución de las complicaciones durante la hospitalización. Se evidencia que el 92% de la población en estudio requirió llegar al término del embarazo por Vía Quirúrgica es decir a través de la Cesárea segmentaria, el 14,47% de las maternas recibieron solamente tratamiento médico y 10 (8%) el término del embarazo fue por vía vaginal. 89 pacientes (55,97%) no presentaron criterios para ingresar a UCI y 70 pacientes si los tuvieron, 38 de ellas (54,28%) no pudieron ingresar. En referencia a la transfusión de hemoderivados el 59,75% recibieron transfusiones y el 40,25% no. Se reintervinieron a 25 pacientes de las cuales 48% fueron laparotomías, 40% revisiones uterinas bajo anestesia, y el 8% se les realizo histerectomía.

Tabla N 8: Distribución de los Tipos de Demoras en la atención de las Maternas Críticas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología en el SAHCM. Enero – Diciembre 2013.

Tipos de demoras	n=207	100%
1era Demora	63	30,43
2da Demora	67	32,37
3era Demora	77	37,2

La tabla N 8 muestra que en 77 maternas críticas (37,2%) fueron las causas contempladas en la Tercera demora las que retardaron la atención médica obstétrica, seguida por la segunda con 32,37% y la primera demora con 30,43% respectivamente.

Tabla N 9: Causas que determinan los tipos de demoras en la atención de las Maternas Críticas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología en el SAHCM. Enero – Diciembre 2013.

1era demora	n=(63)	%
No Reconoció los Síntomas	46	73,02
Reconoció los Síntomas y no Acudió	17	26,98
2da demora	n=(67)	%
Difícil acceso al transporte	25	37,31
Factores económicos	17	25,37
Vive Lejos	15	22,39
Ambulancia No Eficaz	10	14,93

3era demora	n=(77)	%
No ingreso a UCI	38	49,35
Pabellón ocupado y/o déficit de recursos	25	32,47
Diagnostico Tardío	12	15,58
Tiempo de espera para el ingreso	2	2,60

Al analizar las causas que determinaron la primera demora, se evidencio que el mayor número de casos fue que las pacientes no reconocieron los signos y síntomas en el 73,02% de los casos, asimismo en cuanto a la segunda demora lo que prevaleció fue el difícil acceso al transporte con 37,31% seguido de factores económicos o viven lejos, no obstante aparte de ello y no menos importante el servicio de ambulancia se considero ineficiente en el 14,93% de los casos. Así pues, en la tercera demora la prevalencia fue no ingreso a UCI con 49,35%, seguido de pabellón ocupado y/o deficiencia en recursos tales como; insumos, medicamentos, laboratorios y hemoderivados con 32,47% y por último las dificultades administrativas para acceder al servicio solo alcanza el 2,60%.

Tabla N 10: Distribución de las Maternas Criticas por estancia hospitalaria, según los Días de hospitalización total en el servicio de Obstetricia y Ginecología en el SAHCM. Enero – Diciembre 2013.

Días de hospitalización total	n=(159)	%
< 7 Días	89	55,98
> 7 Días	70	44,02

La distribución de las maternas críticas en relación al tiempo de estancia hospitalaria muestra que la mayoría de la población en estudio, 89 (55,89%) permanecen hospitalizadas por menos de 7 días. Siendo que el 44,02 % se mantiene por más de 7 días en el hospital.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos; en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central de Maracay, Edo. Aragua, se registraron 159 casos de maternas críticas en el periodo del año 2013, lo que equivale a una tasa especifica de incidencia de 1,8 maternas criticas por cada 100 partos atendidos, lo cual llama poderosamente la atención ya que a

nivel mundial la prevalencia de maternas críticas oscila entre 0.04 y 10.61%, Álvarez.⁽¹¹⁾ evidenciándose así que se ubica esta hacia el límite inferior de esta tasa de referencia.

Con respecto a los factores epidemiológicos de la población en estudio, al comparar los resultados obtenidos en la presente investigación, con los resultados obtenidos por otros investigadores se encuentran similares con los estudios de Mariño y Pinedo. De este modo, al hablar de la edad, la mayor proporción de las gestantes tenían entre 20 y 25 años (26,42%), no obstante se evidencio igualmente que el 20,75% eran adolescentes con edades entre 15 y 19 años coincidiendo estos datos con las cifras mostradas por Mariño.⁽¹⁴⁾ en Bogotá; mas no así con los de Herrera.⁽²²⁾; en donde el mayor porcentaje es en adolescentes, lo que refleja otro grave problema de salud pública que aqueja a la población, como lo es el embarazo en adolescentes. De igual manera es importante destacar que la población cuenta con un grado de instrucción adecuado para recibir información acerca de los signos de alarma que le permitirían acudir a tiempo a los centros médicos, mas sin embargo, se evidencio que el 64,15% no acudió y no fueron consecuentes en el control prenatal. Por otra parte, cabe considerar, que el estado civil predominante es el de soltera, concordando con Pinedo.⁽¹⁵⁾; quien afirma que entre los factores de riesgo se encuentra la condición socioeconómica expresada a través del estado civil soltera, lo que indica una pobre red de apoyo social, con todas las desventajas económicas, sociales y emocionales que ello implica. En relación a la procedencia el mayor porcentaje estuvo representado por pacientes procedentes del estado Aragua con 87,42% seguido de otros estados como Carabobo y Guárico, dentro del estado Aragua, los municipios con mayor proporción en orden son Girardot, Francisco Linares alcántara, y Santiago Mariño lo que refleja que son los municipios con mayor población y más cercano a este centro hospitalario cifras que coinciden con Herrera.⁽²²⁾

Asimismo el número de embarazos que presentaron las pacientes al momento del ingreso estuvo representado por pacientes con II y III embarazos con 42,14% resultados opuestos a los obtenidos por Amato.⁽¹¹⁾; quien afirma que la mayor frecuencia fue en primigestas. Al evaluar lo correspondiente al control prenatal el número de controles que predomino es < 5 controles con 42,14% coincidiendo con Mariño.⁽¹⁴⁾; que en su mayoría es un embarazo mal

controlado, dado que sumado al grupo de embarazos no controlados (22,01%) supera más de la mitad de estas gestantes, a pesar de ello, del grupo de embarazos que fueron controlados hay que evaluar si fue optima la calidad del control prenatal. En cuanto a la condición obstétrica predomino el embarazo con edad gestacional del III trimestre coincidiendo con Suarez.⁽¹³⁾; quien refiere una relación estrecha entre la multiparidad y los procesos morbosos del embarazo.

En relación a los antecedentes personales patológicos se observa que el mayor porcentaje de pacientes no los presentan, desarrollando la complicación durante la gestación; sin embargo, no menos importante, el 30,19% presentan alguna comorbilidad, coincidiendo con lo emanado por la OMS quien afirma que las patologías preexistentes son agravadas por la gestación.⁽¹⁴⁾; En este mismo orden de ideas en cuanto a los diagnósticos de ingreso se observo que predominan las causas obstétricas seguida de las médicas. De igual manera las complicaciones obstétricas siguen siendo las mas frecuentes, seguidas de las médicas coincidiendo con Quédraogo.⁽¹⁷⁾; quien afirma en su investigación que las complicaciones obstétricas directas son responsables del 75 % de las defunciones maternas y estima que en cada grupo de mujeres embarazadas el 15 % sufrirá alguna de estas complicaciones.

En lo que refiere a la condición general se evidencio que el mayor porcentaje de pacientes ingresan en regular y muy malas condiciones, coincidiendo los resultados con Herrera.⁽²²⁾ recalcando que como Hospital de nivel IV es aquí donde deben ser referidas este tipo de pacientes. A pesar de lo antes expuesto y a la labor del servicio de Ginecología y Obstetricia del HCM y su mística logra egresar el 90,57% por mejoría clínica y solo un 9,43% fallece, siendo esto cónsono con la capacidad resolutive del centro en estudio.

Por otra parte, de las 144 pacientes que ingresaron en condición de embarazo el 72,33% se resolvió por cesárea segmentaria cifras que no coinciden con lo recomendado por la OMS que oscilan entre 10 y 15% recomendando el parto vaginal, en vista de que se ha demostrado que es menos frecuente la morbilidad materna y perinatal, mas sin embargo, es necesario destacar que el mayor porcentaje de pacientes que ingresan son referidas en

condiciones muy comprometidas lo que pudiera justificar la vía de resolución del embarazo tomada en el centro.

En cuanto a los criterios de ingreso a UCI del 23,90% que amerito ingreso solo el 20,13% pudo ser manejado en este servicio, lo que conlleva a que el resto sea manejado en el área de emergencia, quirófano, recuperación y resto de los servicios (medicina interna o cirugía). De esta manera se evidencia que la admisión a UCI de gestantes esta condicionada por la limitada disponibilidad, debido a que en la actualidad la terapia del HCM se encuentra en remodelación y solo cuenta con 2 camas. En otro orden de ideas, se encontró que el 59,75% recibieron transfusiones sanguíneas como parte de su manejo, a estas pacientes en promedio se les administro más de 3 unidades de hemoderivados, de las cuales un 16% fueron tardías debido al déficit en el recurso. Por otra parte, como parte del manejo se realizo reintervenciones a 25 pacientes de las cuales 48% fueron laparotomías, 40% revisiones uterinas, y el 8% histerectomías que aunque por ser menor no deja de ser un número importante.

De las 159 pacientes que ingresaron; 136 sufre algún tipo de demora en la atención. Dentro de las cuales la tercera demora representa el tipo de demora más frecuente ocupando el 48,42% de la población en estudio, resultado que coincide con Mazza.⁽¹⁵⁾ De esta manera se evidencia que las causas que determinaron la primera demora es el no reconocieron de los signos y síntomas de las complicaciones del embarazo o puerperio, siendo la falta de información el principal obstáculo para solicitar la ayuda. Así mismo en la segunda lo más relevante es el difícil acceso al transporte seguido de factores económicos, residencias lejanas, y servicio de ambulancia ineficiente evidenciando que la accesibilidad por circunstancias geográficas y al transporte son las condiciones que predominaron. Por lo antes expuesto, es importante destacar, que en la tercera demora la prevalencia es el no ingreso a UCI con 49,35%, por carecer de cupo en el área, seguido de pabellón ocupado y/o deficiencia en recursos tales como; insumos, medicamentos, laboratorios y hemoderivados con 32,47% lo que condiciona la proporción de este retardo a este nivel y por ultimo dificultades administrativas para acceder al servicio con 2,60% no coincidiendo con Fioretti.⁽¹⁹⁾ y si coincidiendo con Mazza.⁽¹⁸⁾; quien afirma que es la demora más

frecuente; lo que permite observar que la ocurrencia de estas demoras revela deficiencia relacionada con la cobertura y calidad de los servicios de salud.

CONCLUSIONES

Con la presente investigación se pudo dar a conocer aspectos relativos sobre los factores clínico - epidemiológicos y del sistema de salud que conducen al mayor riesgo de vida materna, presentes en las pacientes objeto de estudio, revelando un alto porcentaje de gestantes con edades comprendidas entre 20 y 25 años, procedentes del estado Aragua, solteras, bachilleres, multíparas, quienes al ingreso presentaron embarazos del tercer trimestre, siendo estos en más de la mitad de los casos mal controlados. Por otra parte, se observó que la mayoría de las gestantes que ingresan no tienen antecedentes personales patológicos, evidenciando que las complicaciones se desarrollan con el embarazo ya sea previo a su ingreso o durante su hospitalización; siendo las complicaciones obstétricas las más frecuentes, representadas a su vez por las patologías hipertensivas, seguida de los trastornos hemorrágicos y la sepsis. Los resultados muestran que el mayor porcentaje de gestantes ingreso en regulares y malas condiciones generales y que dentro del manejo médico – quirúrgico se evidencio que solo ingreso a UCI el 20,13%, ameritando transfusión de hemoderivados mas de la mitad de las gestantes, igualmente se evidencio que la vía de resolución del embarazo más utilizada fue la cesárea segmentaria y generalmente se requirió de cirugías adicionales como laparotomías, revisiones uterinas e histerectomías. Asimismo, debe señalarse, que las causas mas frecuentes de retardo están dadas por las causas que determinan la tercera demora y dentro de ellas la falta de ingreso a UCI. Sin embargo; a pesar de la situación antes descrita y de que el 9,43% de las maternas fallecen, en la mayoría de los casos la causa de egreso es mejoría con el 90,57% expresándose así una buena capacidad resolutive.

En este sentido, es de vital importancia, mejorar la atención primaria en salud de manera tal que se realice detección precoz en el control prenatal de factores de riesgo que conlleven a aumentar la morbimortalidad y así la paciente pueda ser referida en forma oportuna para obtener una atención de calidad. Asimismo es necesario la creación del sistema de

vigilancia de las maternas críticas, que incluye en forma normativa el reporte diario de los casos de pacientes con morbilidad obstétrica severa para identificar factores de riesgo y determinantes en este tipo de pacientes y en forma conjunta con jefe de servicios y adjuntos realizar discusión en forma multidisciplinaria, y así plantear acuerdos y estrategias preventivas que conlleven a la recuperación de las mismas, con el reforzamiento del comité de atención a la paciente materna crítica para garantizar el bienestar y mejoramiento de la atención materna. Por otro lado, dado a que se ha demostrado que aun en los países desarrollados el 10% de las gestante desarrollan complicaciones que ameritan una unidad de cuidados intensivo y aunado al crecimiento poblacional, lo que implica que el riesgo es latente y el numero incrementa debido a estos fenómenos demográficos, como Hospital de IV nivel inflexiblemente tarde o temprano esto conlleva a crear a mediano o largo plazo una unidad de cuidados obstétricos especial, anexo al área de sala de parto con asignación de personal calificado y equipo multidisciplinario, para atender a este tipo de paciente, que al final se traduce en una disminución en la tasa de mortalidad materna contribuyendo a lograr el 5to objetivo del milenio de la OMS (ODM para 2015), que es mejorar la salud materna y reducir su mortalidad, ubicando a Venezuela en un peldaño más alto del Desarrollo como país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz, E., Quintero, C., Mejía, J., Romero, E., Ospino, L., (2010). Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema.
2. Águila, S. Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.38 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2012.
3. Family Care Internacional, (2003). La atención calificada durante el parto.
4. Navas, F., Triboni, M., Meza, R., 2010. Revisión de la literatura y definición de los criterios de admisión a la unidad de cuidado crítico obstétrico (intermedios - intensivos).
5. Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF, UNFPA, Banco Mundial. Mortalidad materna 2005.
6. Alcántara, J. (2010). Calidad en la atención de la mujer embarazada en segundo nivel de atención del IMSS puebla.
7. Basulto, M., Pérez, R., Díaz, H., Machado, J., Materna Crítica. Circunstancias especiales.
8. Amato, R., Faneite, P., Rivera, C., Faneite, J., Morbilidad Materna Extrema. Rev Obstet Ginecol Venez v.71 n.2 Caracas jun. 2011.
9. Organización Mundial de la Salud, (2014). Nota descriptiva N°348 Mayo de 2014.
10. Malvino, E., (2009). Obstetricia crítica. Recopilaciones. Morbilidad Materna Aguda Severa (*near miss*).
11. Álvarez, M., Hinojosa, M., Morbilidad Materna Extremadamente Grave. Un problema actual. Rev Cubana Hig Epidemiol vol.49 no.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2011.
12. Aristizábal, J., Gómez, G., Lopera, J., Paciente Obstétrica de alto riesgo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.56 No.2. 2005.

13. Suárez, J., Machado M., Gutiérrez, A., Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave. Rev Cubana Obstet Ginecol v.36 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2010.
14. Mariño, A., Vargas, D., (2010). Caracterización de la morbilidad materna en el instituto materno infantil – hospital la victoria, bogotá.
15. Pinedo, A., Távora, L., (1995). Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna. Ginecol Obstet. (Perú) 1995; 41 (3): 52-4.
16. Organismos de las Naciones Unidas informan del firme avance en los esfuerzos por salvar vidas maternas. *6 de mayo de 2014 / GINEBRA / NUEVA YORK. Comunicado de prensa.*
17. Quédraogo, I., (2010). El Tratamiento oportuno de las complicaciones obstétricas como estrategia de reducción de la mortalidad materna.
18. Mazza, M., Vallejo, C., González, M., Mortalidad Materna: Análisis de las tres demoras. Rev Obstet Ginecol Venez 2012; 72(4):233-248.
19. Fioretti, J., (2009). La Incidencia de los Tipos de Demora en la Mortalidad Materna del Hospital Central de Maracay 2009-2010. No publicado.
20. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletín Epidemiológico. Semana epidemiológica N°52.
21. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Activado comité de atención a pacientes maternas críticas en Hospital Razetti de Barinas. Viernes, 20 Julio 2012.
22. Herrera, M., (2012). Vigilancia Epidemiológica de Pacientes Obstétricas que Ameritaron Cuidados Intermedios e Intensivos. HCM. Informe del régimen de año sabático. No publicado.
23. Molina, R., García, J., Morbilidad materna aguda severa. Rev Obstet Ginecol Venez v.62 n.1 Caracas mar. 2002.