

Capítulo 19

Perspectiva de la morbilidad materna extrema en antioquia

Mauricio Arturo Urrego Pachón

Obstetra y Ginecólogo

Magister en Educación Superior en Salud

Docente del departamento de Obstetricia y Ginecología de
la Universidad de Antioquia

Introducción

Antes de iniciar el tema de morbilidad materna extrema es importante mencionar algunos datos de la mortalidad materna. En el mundo cada día se producen aproximadamente 830 muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, casi todas en países en desarrollo, en su mayoría se consideran casos evitables o intervenibles. Como parte del compromiso de los países en su contribución a la reducción de este problema, en la Agenda de Desarrollo Sostenible se pactó el Objetivo (ODS) número tres, **(3)** donde una de las metas es reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos entre 2016 y 2030. **(1)** Para 2015 la razón de mortalidad materna en los países en desarrollo fue de 239 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados fue tan solo de 12 por 100.000 nacidos vivos, **(2)** lo que evidencia las desigualdades e inequidad entre los países.

Según el Análisis de situación en Salud de 2018, en Colombia entre el periodo del 2005 a 2017 la razón de mortalidad materna pasó de 70,1 a 51,01 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Entre 2000 y 2008 se redujo la mortalidad materna en 44,3 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con una razón que pasó de 104,9 a 60,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Posteriormente entre 2011 y 2017 se produjeron 19,6 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos, aunque esta reducción no fue estadísticamente significativa. Durante todo el periodo la reducción fue del 51,3 %, lo que se traduce en 54 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos. **(3)** Sin embargo, al igual que en otras regiones del mundo, la mortalidad materna refleja las disparidades existentes en el país; la razón de mortalidad materna es hasta un 50 % más frecuente en áreas rurales dispersas que en las cabeceras municipales. **(3)**

En Antioquia en el año 2004 la razón de Mortalidad materna era de 60,1 por 100 mil nacidos vivos y para el 2018 fue de 35,1 por 100 mil nacidos vivos, evidenciando un descenso del 58 % para ese periodo, esto demuestra que la región también ha tenido avances en la disminución de la mortalidad materna. **(4)**

El estudio y análisis de la morbilidad materna extrema (MME) es importante dado que son eventos mas frecuentes que los de muerte materna (MM), comparten muchas características con estas y permiten establecer conclusiones importantes acerca de los factores de riesgo y de la calidad de la atención. Las lecciones que nos dejan acerca del manejo de los casos, pueden ser usadas para evitar nuevos casos de muerte materna y mejorar la calidad de la atención, convirtiéndose en una estrategia que contribuye a disminuir la MM.

El término de Morbilidad materna extrema, puede tener sus orígenes en la interpretación de: “near miss” (cercana a la muerte) el cual fue usado por W. Stones en el Reino Unido, quien argumentó que, ante las bajas tasas de mortalidad en su país, la morbilidad materna representaba un indicador con mayor información para la evaluación de la atención materna. En este estudio, Stones identificó un grupo de mujeres que se enfermaban gravemente y que presentaban episodios que amenazaban potencialmente la vida de la mujer en gestación; de ahí, que fue el primero en proponer la inclusión del término “near miss” en el análisis de la salud materna. **(5)**

Conceptualmente existe un espectro de gravedad clínica con dos extremos: en uno se encuentran las mujeres que cursan una gestación sin complicaciones (color verde oscuro de la **figura 1**) y en el otro, la muerte materna. En este continuo, se encuentra la gestación con complicaciones que no amenazan la vida (color verde claro), las complicaciones que potencialmente amenazan la vida (color amarillo) y las condiciones potencialmente peligrosas para la vida o morbilidades maternas extremas, que pueden llegar a generar un desenlace fatal si no se intervienen. **(7)**

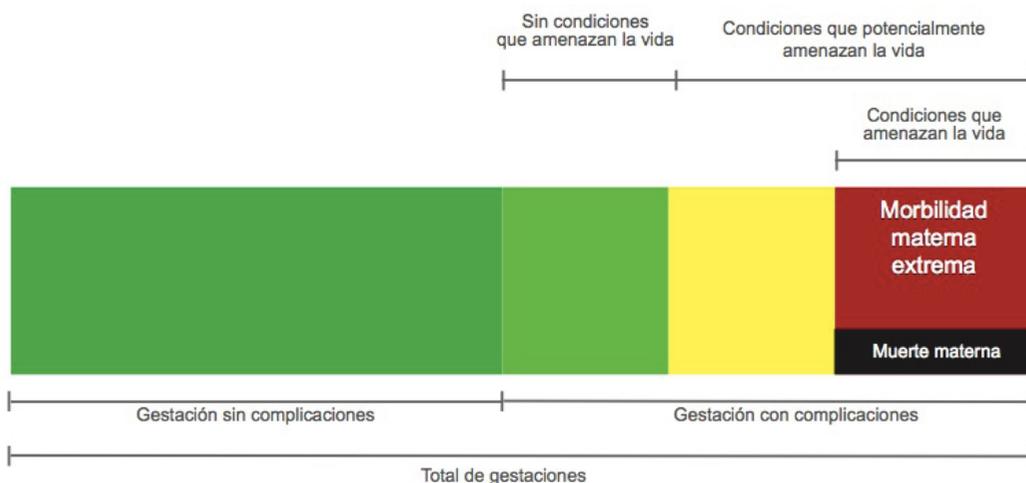


Figura 1. Espectro de la morbilidad: desde gestaciones sin complicación a muertes maternas.
Fuente: Protocolo de vigilancia en salud pública morbilidad materna extrema diciembre de 2017

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), promovió la implementación de la vigilancia de la MME en la Región de las Américas desde el año 2006. En el año 2011, la OMS definió la MME como la complicación cercana a la muerte, experimentada por una mujer durante el embarazo, el parto y hasta 42 días posparto. En Colombia el Instituto Nacional de Salud (INS) inició la vigilancia del evento de MME en el año 2012 y desde entonces se ha fortalecido el proceso con todas las entidades territoriales.

El protocolo de MME propone la definición 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” y propone unos indicadores, entre ellos:

La Razón de morbilidad materna extrema: indica la prevalencia de MME. El numerador son los casos de MME y en el denominador el número de nacidos vivos. El resultado se multiplica por mil. Este indicador representa el número de mujeres que están sufriendo complicaciones graves por cada mil nacidos vivos en un periodo de tiempo. La meta de acuerdo al protocolo del INS es que sea menor a 8 casos de morbilidad materna extrema por mil nacidos vivos. (7)

El índice de mortalidad en mujeres con morbilidad materna extrema: indica la letalidad en las mujeres con MME, se calcula dividiendo las muertes maternas (MM) sobre los casos de MME más MM para el mismo periodo y se multiplica por 100. Este indicador representa el número de casos de muerte que ocurren por cada 100 mujeres que sufren complicaciones graves durante el embarazo, parto y puerperio en un lugar y período definidos. La meta del indicador fue definida por el INS en menos de 4 muertes por 100 casos de morbilidad materna extrema (meta definida en el protocolo inicial, no mencionada en el protocolo vigente al 2019), sin embargo, la OMS recomienda que este indicador no supere el 1 %, y se calcula con la totalidad de las muertes maternas que ocurren en el periodo, independientemente de la evitabilidad. (7)

Desde que se dio inicio a la vigilancia a la morbilidad materna extrema, se han presentado cambios en los criterios de inclusión definidos por el Ministerio de Salud. Si bien siempre se han agrupado en: relacionados con enfermedad específica, disfunción orgánica y con el manejo, en el último protocolo de diciembre del 2017 los criterios se ampliaron y se consideró contemplar dentro de la falla orgánica, los eventos causados por lesiones externas como accidentes, intoxicaciones, intento suicida, víctimas de violencia física y por eventos de interés en salud pública (tabla 1).

Tabla 1. Criterios de inclusión de MME.

| Criterios | Descripción del criterio |
|---------------------------------------|--|
| Relacionado con enfermedad específica | Eclampsia, preeclampsia severa, sepsis, hemorragia obstétrica severa y ruptura uterina. |
| Relacionado con disfunción orgánica | Falla vascular, falla renal, falla hepática, falla metabólica, falla cerebral, falla respiratoria, falla de coagulación. |
| Relacionado con manejo | Necesidad de transfusión, necesidad de UCI, necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia. |

Fuente: Protocolo de vigilancia en Salud Pública, Morbilidad materna extrema, 29 de diciembre de 2017.

Según los lineamientos del protocolo de vigilancia en salud pública, los criterios de inclusión no son excluyentes, se puede ingresar al estudio por criterio de enfermedad específica, de falla orgánica y de manejo del evento simultáneamente. Una mujer puede presentar mínimo un criterio de inclusión y máximo 32 (16 de enfermedad específica, 8 de falla orgánica, 3 de manejo específico, 4 de lesión de causa externa y 1 de otra causa – eventos de interés en salud pública).

En Colombia, según el boletín epidemiológico del INS del 2019, hasta la semana 22, la razón de MME nacional preliminar es de 38,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos, con un comportamiento similar a lo reportado el año anterior. La tendencia del comportamiento de la vigilancia de la morbilidad materna extrema en el país desde el 2012 hasta el 2019, va en aumento (figura 2). (8)

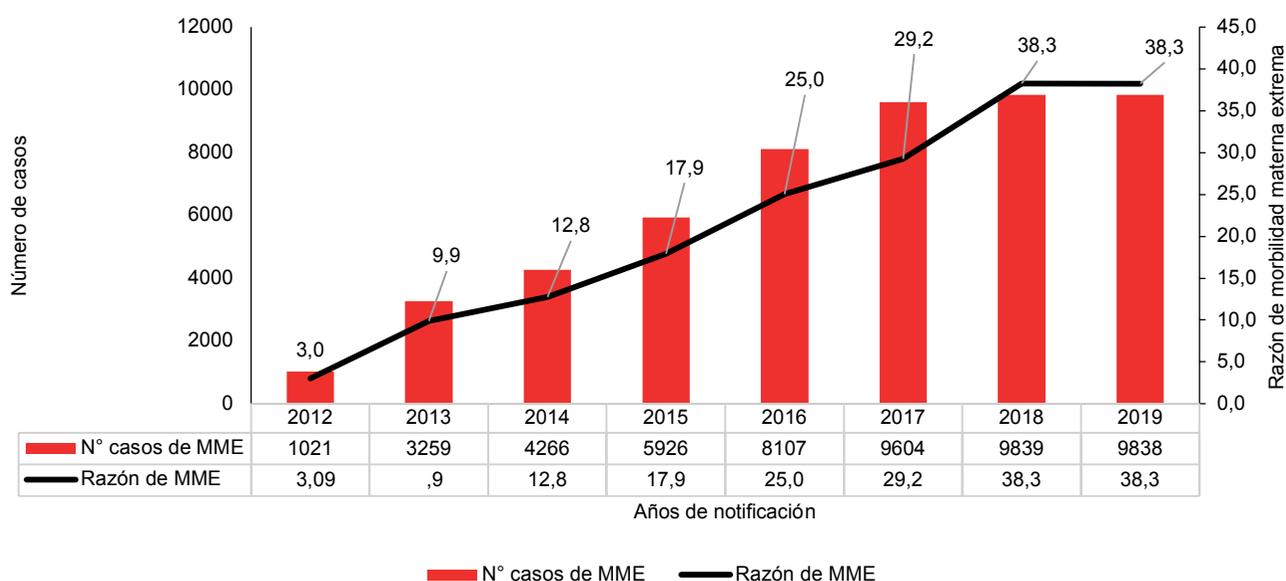


Figura 2. Razón de la morbilidad materna extrema, Colombia, semanas epidemiológicas 01-22, 2012-2019. Fuente: Boletín Epidemiológico semana 23, 2 al 8 de junio de 2019.

XXVIII Actualización en Ginecología y Obstetricia

En Colombia, las principales causas de MME son los trastornos hipertensivos y las complicaciones hemorrágicas. De acuerdo con las causas agrupadas de MME por grupos de edad, se identifica que las mujeres mayores de 35 años concentran la razón más alta para trastornos hipertensivos como la preeclampsia severa (46 casos por cada 1.000 nacidos vivos), seguido por las complicaciones hemorrágicas (6,9 casos por cada 1.000 nacidos vivos). La sepsis de origen obstétrico, no obstétrico y pulmonar son la tercera causa de MME, especialmente en las menores de 19 años (3,3 casos por cada 1000 nacidos vivos). (8)

En el departamento de Antioquia durante el periodo comprendido entre 2013 y 2018 se atendieron 455.818 nacimientos, en 7.877 de los casos (1,7%) la mujer fue diagnosticada con MME. En dicho periodo la razón de MME fue de 20,7 por mil nacidos vivos. Este indicador refleja una tendencia al aumento, ya que, la razón en 2013 fue de 11,9 y ascendió a 26,4 en el año 2018 con un descenso a 21,8 preliminar en el 2019; la razón más baja (10,8) se presentó en 2014 (figura3). (6)

Es llamativo que desde el año 2017 se reportaron casos de migrantes, en el 2017: 22 casos, 2018: 122 y 2019: 313, lo que refleja el proceso migratorio y en algunos casos la complejidad de la situación de salud de estas gestantes. (8)

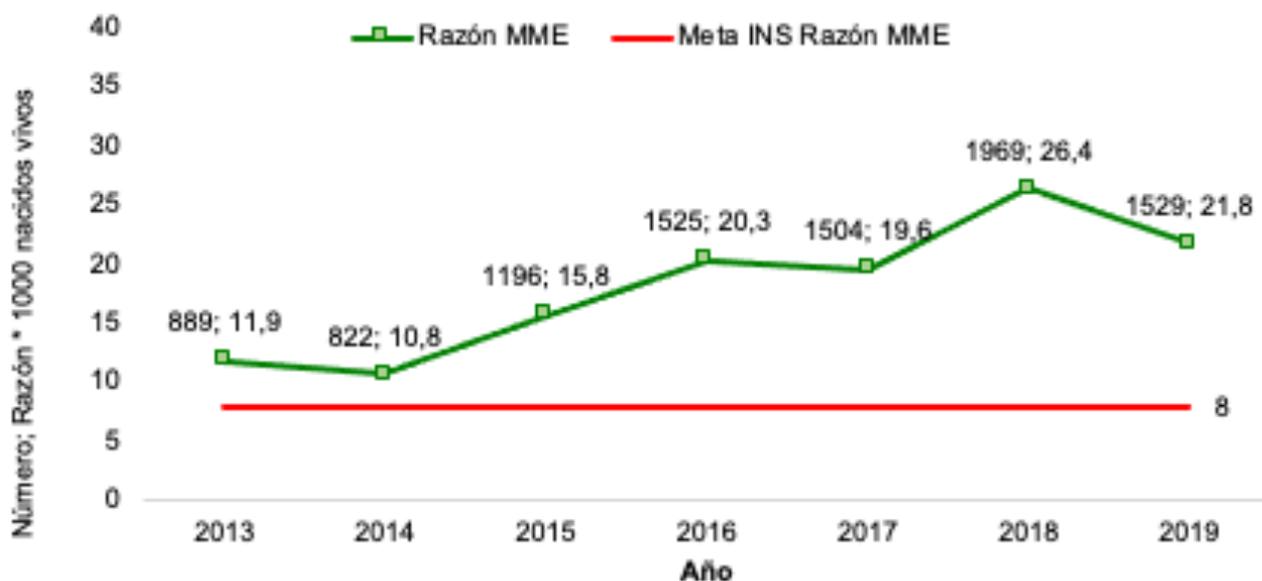


Figura 3. Razón de morbilidad materna extrema. Antioquia, 2013–2019p.

p: Cifras preliminares para el 2019.

Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de morbilidad materna extrema, Antioquia 2013 – 2019 (corte a semana epidemiológica 49 del año 2019).

El índice de mortalidad para el Departamento de Antioquia, durante el periodo observado presentó un descenso, ya que en 2013 se registraron 3,6 muertes maternas por cada 100 casos de MME, mientras que dicho índice fue de 1,4 (el menor de todo el periodo), tanto en 2017 como en 2018, con un aumento a 1,6 en el 2019 de forma preliminar (figura 4) (6)

Índice de mortalidad en mujeres con MME

(Meta no definida en el protocolo)

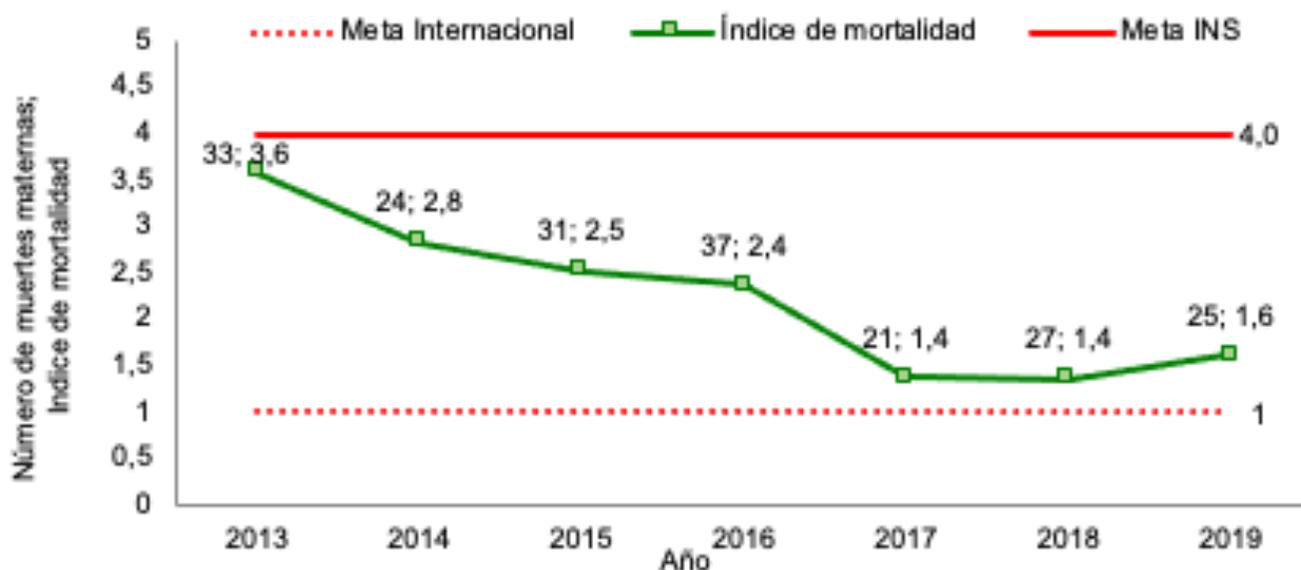


Figura 4. Morbilidad materna extrema. Índice de mortalidad. Antioquia, 2013 - 2019p.

P: Cifras preliminares para el 2019.

Fuente: Proceso de vigilancia epidemiológica de muertes maternas, muertes entre los 43 y 365 días, muertes coincidentes con el embarazo y morbilidad materna extrema, Antioquia 2013 – 2019 (corte a semana epidemiológica 49 del año 2019).

Durante el periodo 2013 a 2019, los trastornos hipertensivos han sido la primera causa de MME seguida de las complicaciones hemorrágicas. Estas dos causas agrupan el 80,4% de los casos notificados, en el 19,6% restante se agrupan en primer lugar las complicaciones del aborto, seguidas por “otras indirectas”, enfermedad preexistente que se complica el embarazo, sepsis de origen obstétrico, de origen no obstétrico y de origen pulmonar. (6)

Por edad, la razón de MME fue más alta en los grupos de mujeres mayores de 39 años, seguido por el grupo de 35 a 39 años y por las menores de 15 años. Esto indica un mayor riesgo de padecer una MME en los extremos de la vida reproductiva. La mayoría de las mujeres vivían en la zona urbana (75,4%), comportamiento similar al del país. Cuando se mira el control prenatal durante el periodo 2013 a 2019, las gestantes iniciaron control prenatal antes de las 14 semanas en más del 75%, y menos de un 3% por encima de las 26 semanas. (6)

XXVIII Actualización en Ginecología y Obstetricia

Según el criterio de inclusión de manejo quirúrgico entre el 2013 a 2019, la laparotomía fue el procedimiento más realizado (25%) seguida de la histerectomía (21,7%) esta última con una tendencia a disminuir a lo largo del periodo revisado. Debido a que la hemorragia fue la segunda causa de MME, se evaluó el manejo quirúrgico para el tratamiento de esta condición. Se evidenció que la histerectomía fue el principal tratamiento empleado durante el 2013 (35,2%), pero dicha intervención disminuyó hasta llegar a un 13,2% en 2019; así mismo, se evidenció un incremento en el uso del taponamiento uterino con balón, que pasó del 2,2% en 2013 al 27,3% en 2019. (6)

En Antioquia la razón de MME por trastornos hipertensivos ha venido en aumento desde el año 2014, siendo el 2018 el año donde se presentó la razón más alta (17,1). La razón de MME por complicaciones hemorrágicas ha permanecido estable, oscilando entre 3,7 y 3,9 (con excepción del año 2015, cuando se presentó una razón de 4,2). De acuerdo con los informes del INS el comportamiento del evento en Colombia fue muy similar, durante el periodo reportado, al del departamento de Antioquia: para el año 2018, Colombia presentó una razón de MME de 36,5, siendo las primeras causas los trastornos hipertensivos (24,7) y las complicaciones hemorrágicas (4,4), sumando estas dos causas dan el 85% de los casos reportados en el país. (6,8)

Una posible explicación para el incremento mencionado, es el afianzamiento de la vigilancia de la MME en el departamento. Otras explicaciones disponibles involucran el efecto de la modificación de los criterios de inclusión, que estableció el protocolo de vigilancia del evento para la notificación de los casos, por una parte y, por otra, la claridad que tenga la persona en la definición y la clasificación de los casos para realizar la correcta notificación en el Sivigila. Son tal vez estas, las explicaciones más factibles que pueden dar cuenta del aumento de los casos, sin embargo, el comportamiento en el país y en la región son similares y si bien puede ser prematuro, el fenómeno migratorio, la disminución en los sitios de atención obstétrica y la creciente demanda de pacientes en estos centros, algunos con la misma capacidad instalada; pueden influir en el incremento de los casos, aunque es prudente esperar el comportamiento del dato en los próximos años.

Es un reto para el departamento y para el país, continuar con todos los esfuerzos para mantener y fortalecer los procesos de vigilancia de la morbilidad materna extrema y el análisis de los casos, con la retroalimentación a las instituciones de atención y aseguradoras con el fin de mejorar cada día en la calidad de la atención a las gestantes y contribuir a la disminución de la MME y la MM.

Si nuestra principal causa de MME son los trastornos hipertensivos, es un motivo para desde la academia y las entidades gubernamentales, crear estrategias que puedan impactar en este grupo de morbilidad y mortalidad, quizá como se ha realizado con la hemorragia obstétrica y el código rojo. Masificar las estrategias de prevención actuales (ácido acetilsalicílico y calcio) e interactuar con el sector educativo para promover estilos de vida saludables desde la alimentación, actividad física, salud mental y emocional que puedan impactar en la salud de nuestras gestantes.

Ampliar la oferta de los programas de consulta preconcepcional, fortalecer los de planificación familiar, entre ellos el uso de métodos en el postevento obstétrico y garantizar la atención integral a las pacientes que solicitan interrupción voluntaria del embarazo, son también estrategias que contribuirán a disminuir la MME y la MM, ya que impactarán en algunos de los grupos poblacionales identificados con las razones de MM y MME más altas.

El Instituto Nacional de Salud y el ministerio de Salud, han iniciado la revisión del protocolo para ajustarlo y disminuir algunas dificultades que se presentan para la clasificación de los casos, en especial en los trastornos hipertensivos como lo es en el criterio de preeclampsia severa, donde si bien por los síntomas se puede clasificar como una preeclampsia severa, puede que el caso no cumpla con la definición de MME, lo que impactará también en la razón de MME.

Promover las buenas prácticas de seguridad del paciente en las instituciones prestadoras de servicios de salud de acuerdo con los lineamientos definidos por el Ministerio. Esto incluye el fortalecimiento de las competencias y habilidades del talento humano en salud, a través de capacitación continua que contribuyan a aplicar el mejor conocimiento científico basado en la mejor evidencia y bajo las premisas de la atención respetuosa y con calidez que permita a las gestantes recibir una atención médica con calidad y calidez, y retomar la confianza en las IPS de los municipios, descongestionando los servicios de alta complejidad.

Conclusión

El proceso de vigilancia de la MME permite identificar entre otros, las principales causas, grupos poblacionales y dar una mirada a los procesos de calidad en la atención clínica lo que ha conllevado a tomar acciones en pro de mejorar de forma continua, con un reto grande no solo para la región, sino para el país de seguir innovando en la creación de estrategias que contribuyan a disminuir la MME y MM. Es de resaltar que ha sido gracias a la participación y el compromiso de todos los actores en Salud, desde el nivel gubernamental, municipal, las instituciones prestadoras de salud, las aseguradoras y en especial, al talento humano que se han alcanzado buenos logros en la disminución de la MM y en mejorar la calidad de la atención a las gestantes del departamento.

Lecturas recomendadas

1. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/> . Consultado el 13 de diciembre del 2019.
2. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> Consultado el 13 de diciembre de 2019
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud, Colombia, 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf> Acceso el 08 de Enero de 2020.
4. Proceso de vigilancia epidemiológica de muertes maternas, muertes entre los 43 y 365 días, coincidentes con el embarazo, Antioquia 2004 - 2018 (corte a semana epidemiológica 52 del año 2018). Nacidos vivos DANE, procesados por la SSSA, 2004 - 2017. La cifra de 2017 es preliminar y 2018 con base en 2017.
5. Stones W, Lim W, Al-Azzawi F, Kelly M. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening 'near miss' episodes. Health Trends. 1991 ;23(1):13-15.
6. Proceso de vigilancia epidemiológica de morbilidad materna extrema, Antioquia - 2019 (corte a semana epidemiológica 49 del año 2019).
7. Ministerio de Salud. Instituto nacional de salud. Protocolo de vigilancia en Salud Pública Morbilidad materna extrema. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Morbilidad%20materna%20extrema.pdf>. Consultado diciembre 13 de 2019.
8. Instituto Nacional de Salud. Informe de Morbilidad Materna Extrema, Colombia, primer semestre de 2019. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORBILIDAD%20MATERNA%20EXTREMA%20SEMESTRE%20I%202019.pdf>. Consultado el 08 de enero del 2020.

XXVIII Actualización en Ginecología y Obstetricia



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

9. Tallapureddy S, Velagaleti R, Palutla H, Satti CV. "Near-Miss" Obstetric events and maternal mortality in a Tertiary Care Hospital. *Indian J Public Health* 2017;61:305-8
10. Bendezú, G., & Bendezú-Quispe, G. (2014). Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital del seguro social del Perú. *Revista peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(4), 291-298.
11. Rojas, J. A., Cogollo, M., Miranda, J. E., Ramos, E. C., Fernández, J. C., & Bello, A. M. (2011). Morbilidad materna extrema en cuidados intensivos obstétricos. Cartagena (Colombia) 2006-2008. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(2), 131-140.
12. 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
13. Morales-Osorno, B., Martínez, D. M., & Cifuentes-Borrero, R. (2016). Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe Uribe en Cali, Colombia, en el período comprendido entre enero del 2003 y mayo del 2006. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 58(3), 184-188.
14. 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 Publica.* 2014;35(1):15–22.