

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

**ANDREA MARCELA GALLARDO CORTEZ
JOSÉ CARLOS FUNES RODAS**

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Marzo 2018



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.057.2018

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Andrea Marcela Gallardo Cortez

Carné Universitario No.: 200614329

El (la) Doctor(a): José Carlos Funes Rodas

Carné Universitario No.: 100021334

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA**

Que fue asesorado: Dr. Edwin Francisco Papadopolo Vásquez MSc.

Y revisado por: Dr. Héctor Ricardo Fong Veliz MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **marzo 2018**.

Guatemala, 06 de marzo de 2018



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala, 6 de junio de 2017

Doctor

Hector Ricardo Fong Veliz MSc.

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital General San Juan de Dios

Presente

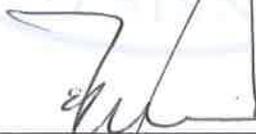
Respetable Dr.:

Por este medio, informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presentan los doctores **ANDREA MARCELA GALLARDO CORTEZ** Carné 200614329 y **JOSE CARLOS FUNES RODAS**, Carné 100021334 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia el cual se titula: **"CARACTERIZACION DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA"**.

Luego de la asesoría, hago constar que los doctores **Gallardo y Funes** han incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Edwin Francisco Papadopolo Vásquez MSc.

Asesor de Tesis

Guatemala 28 de agosto de 2017

Doctor

Hèctor Ricardo Fong Veliz Msc.

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital General San Juan de Dios

Presente.

Respetable Dr.:

Por este medio, informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presentan los doctores **ANDREA MARCELA GALLARDO CORTEZ** Carnè No. 200614329 y **JOSE CARLOS FUNES RODAS** Carnè No. 100021334 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia el cual se titula: **"CARACTERIZACION DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA"**.

Luego de la revisión, hago constar que los Dres. **Gallardo y Funes**, han incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Héctor Ricardo Fong Veliz MSc.
Revisor de Tesis



A: Dr. Héctor Ricardo Fong Veliz, MSc.
Docente responsable.

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 14 de septiembre 2017

Fecha de dictamen: 22 de Septiembre de 2017

Asunto: Revisión de Informe final de:

ANDREA MARCELA GALLARDO CORTEZ

JOSE CARLOS FUNES RÓDAS

Titulo

CARACTERIZACION DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Sugerencias de la revisión:

- Agregar las recomendaciones.
- Autorizar examen privado al realizar las sugerencias.

Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado



INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
2.1 Mortalidad materna extrema.....	3
2.2 Criterios para la identificación de casos.....	5
2.2.1 Hemorragia obstétrica:	6
2.2.2 Trastornos hipertensivos, preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP.	7
2.2.3 Sepsis.....	9
2.2.4 Criterios relacionados a disfunción orgánica	10
2.2.4.1 Cardiopatías	10
2.2.4.2 Trastornos Hematológicos	10
2.2.4.5 Coagulación extravascular diseminada de origen obstétrico	10
2.2.4.6 Hepatopatías	10
III. OBJETIVO	11
IV. MATERIALES Y MÉTODO	12
4.1 Naturaleza del estudio	12
4.2 Tipo de estudio.....	12
4.3 Universo	12
4.4. Muestra	12
4.5 Criterios de inclusión.....	12
4.6 Criterios de exclusión	13
4.7 Variables:.....	13
4.7.1 VARIABLES INDEPENDIENTES	13
4.7.2 VARIABLES DEPENDIENTES:	13
4.8 Recolección de datos.....	14
4.9 Consideraciones éticas	14
4.10 Operacionalización de Variables:	15
4.11 Procedimiento de recolección de datos.....	17
V. RESULTADOS	18
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	24

6.1. CONCLUSIONES	28
6.2. RECOMENDACIONES	29
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
VIII. ANEXOS	33

RESUMEN

El embarazo constituye un estado fisiológico que en determinado momento se puede complicar, comprometiendo la vida misma manifestada en estados graves o el fallecimiento. Las pacientes con morbilidad materna extrema es un grupo que comprende de un 2 a un 5 %, por lo que su caracterización nos permitiría determinar el tipo de paciente y las patologías subyacentes que nos permitiría un abordaje más adecuado

El estudio persiguió la Caracterización de pacientes en el Hospital San Juan de Dios, de enero a diciembre del año 2015. La evaluación inicial se realizó en el servicio de emergencia, y para su clasificación se utilizó los criterios de Geller, detallados en ficha de recolección de datos, se dio seguimiento en los servicios a los que fueron ingresadas o trasladadas, hasta su alta en condición de estar vivas.

Se documentó un total de 46 pacientes, el 29% fueron adolescentes, el 78 % casadas, el 44% multíparas, el 63 % con poca o nula escolaridad, el 54% con control prenatal, el 56% procedentes del interior del país. Es importante hacer constar que varios eventos mórbidos se presentaron de manera simultánea, sin embargo el evento predominante fue trastornos hipertensivos 25 (54%) y hemorragia obstétrica 30 (65%) y, haber requerido ingreso a la unidad de cuidados intensivos 34 (76%) requiriendo transfusiones 34 (76%)

CONCLUSIONES: la mayoría fueron adolescentes, de estado civil casadas, multíparas, analfabetas, con control prenatal, procedentes del interior del país, presentando trastornos hipertensivos y hemorragia obstétrica, y que requirieron ingreso a cuidado crítico y transfusiones.

PALABRAS CLAVES: Caracterización, morbilidad materna extrema, Hospital General San Juan de Dios.

tema, análisis de factores determinantes y crear un impacto en la reducción de casos, el estudio incluyó 254 pacientes potencialmente “Near Miss” utilizaron un instrumento para calificarlas el cual fue efectivo para clasificarlas en el 65.7% de todos los casos.

Por lo anterior se formularon las siguientes preguntas de investigación: ¿qué características tienen en común las pacientes que presentan morbilidad materna extrema? ¿Qué edad es la más afectada? ¿Cual es la escolaridad que presentan las mujeres afectadas? ¿De dónde provienen las pacientes afectadas? ¿Cuál es el evento mórbido que predomina?

El objetivo de realizar este estudio fue caracterizar la morbilidad materna extrema en el Hospital San Juan de Dios, durante el periodo de tiempo de enero a diciembre del año 2015 , documentando y caracterizando los casos de todas las pacientes que cumplieron criterios de “Near Miss” utilizando como criterio de inclusión la escala de criterios de Geller, basados en cinco factores en donde un score de 3 o más tienen una sensibilidad del 100% de esta manera se aportan datos que apoyen a la mejora del servicio de salud, la detección de pacientes potenciales near miss, y la caracterización epidemiológica para la identificación de casos de riesgo. Se documentó un total de 46 pacientes en el presente estudio.

II. ANTECEDENTES

2.1 Mortalidad materna extrema

Mortalidad materna extrema se define como una complicación obstétrica severa, en la cual se requiere una intervención médica urgente, que va orientada a la prevención de la muerte materna. La morbilidad materna extremadamente grave es uno de los indicadores de la calidad de los servicios de atención a la mujer en su estado de gravidez y antesala de la razón de muerte materna, es un indicador de salud de elevada sensibilidad social⁶.

Fue Stones W. en 1991, en el Reino Unido el primero en usar el término de “Near Miss” para definir una categoría de morbilidad que abarca aquellos casos en los cuales se presentan eventos que potencialmente amenazan la vida de la gestante.⁹

La OMS utiliza la definición de Near Miss para aquellos casos en los que una mujer casi muere pero sobrevive a una complicación que ocurrió durante el embarazo, el parto o dentro de 42 días de la terminación del embarazo. La FLASOG define la Near Miss como “una complicación severa 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”.⁹

Desde mediados del siglo XX, las muertes maternas en los países desarrollados han sido eventos cada vez menos frecuentes, en los países en vías del desarrollo lamentablemente, la disminución de la tasa no ha ido a la misma velocidad. A finales de los 80`, las primeras estimaciones para el mundo arrojaron una cifra de 500,000 muertes maternas por año. Dieciséis años más tarde una revisión de estas cifras señaló que el problema era aun más serio que lo que inicialmente se había pensado. Las nuevas estimaciones mostraron que anualmente ocurren 600,000 defunciones maternas y casi todas ellas suceden en los países en vías de desarrollo, lo cual crea un problema grave de salud pública que afecta a la sociedad, familia y el individuo.¹⁰

La mortalidad materna es considerada como un indicador de desarrollo social, debido a que su causalidad tiene mucho que ver con la estabilidad familiar, grado de educación, acceso a servicios de salud, y acciones de prevención. ¹¹

Según el último estudio comparativo de la mortalidad maternal extrema en Países Americanos realizado por la OMS 2005 Cuba ocupa el mayor porcentaje de pacientes reportadas como mortalidad materna extrema, seguido de Brasil y México, siendo Nicaragua y Paraguay los menos frecuentes, siendo el requerimiento de transfusión sanguínea, el mayor indicador de mortalidad materna, y México y Cuba los países que presentan un mayor índice.⁶

Las complicaciones cardíacas y renales presentan un mayor índice de ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos. Las pacientes mayores de 35 años de edad y la primiparidad o multiparidad también se encuentran íntimamente relacionadas a mayor mortalidad extrema. ¹² En las pacientes que presentan antecedente de cesárea previa aumento el riesgo un 3% de mortalidad materna extrema. ⁶

La identificación y el análisis de casos de Near Miss ha surgido como un prometedor complemento, una alternativa de investigación de muertes maternas, que se empleará en la evaluación y el mejoramiento de los servicios de salud materna; con base en estos desarrollos se definió una metodología que fue utilizada a nivel Centroamericano por la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG), y a nivel Latinoamericano por FLASOG. Estas experiencias han generado una línea de base, que permite caracterizar el evento e identificar las causas asociadas al mismo, identificando las patologías que comprometen de manera importante la salud materna de las gestantes Latinoamericanas; fue a partir del año 2006 que la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) con el apoyo de Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha venido promoviendo la iniciativa de la vigilancia de los eventos que amenazan potencialmente la vida de la mujer gestante en la región de las Américas para lo cual estimuló reuniones de consenso en octubre del 2012, que permitieron establecer la denominación del evento “Morbilidad Materna Extrema”, definiéndolo “Near Miss” y concertar los criterios para calificarla como potenciales y la identificación de casos.⁹

2.2 Criterios para la identificación de casos

El embarazo y el parto son procesos naturales, fisiológicos que deberían desarrollarse sin problemas para la madre. Sin embargo, tanto uno como el otro pueden ser causantes de complicaciones graves que pueden guiar a la muerte de la mujer, según diversos factores tales como la disponibilidad y calidad de la atención obstétrica, la distancia y los tiempos de transportación y de espera como obstáculos para obtener la atención requerida; y también aquellos relacionados con las condiciones de la mujer, como las edades extremas, paridad, estado nutricional deficiente, baja escolaridad y tradiciones. La edad es un factor que influye en la muerte materna, ya que en estudios recientes se reportan de uno de cada cinco o seis embarazos suceden en menores de 18 años, incrementando así el riesgo de desarrollar complicaciones obstétricas. Adolescentes embarazadas menores de 15 años son definidas como un grupo de “Alto Riesgo” para representar complicaciones.¹³

El otro extremo de la vida, las mujeres mayores de 35 años también constituyen un grupo de alto riesgo en este grupo se presentan varias complicaciones como: hemorragias, atonías y otros trastornos. La educación y las tradiciones son factores que también influyen, debido a la omisión de la libertad de decisión de la mujer sobre la reproducción humana, la falta de educación y orientación sexual y la falta de acceso a la salud son algunas de las consecuencias de la marginación de género.¹³

En Latinoamérica y el Caribe, aproximadamente una de cada cinco gestaciones experimentan complicaciones, como: trastornos hipertensivos, hemorragias, obstrucción del parto o infecciones uterinas. Y dentro de estas, las causas más importantes de la región de las Américas son: hemorragia inducida por la gestación, infección secundaria a un embarazo, aborto practicado en malas condiciones, partos distócicos y otros.¹³

Dentro de la definición y la identificación de casos potenciales, existen criterios que permiten identificar dentro de la evolución de la complicación como son la clínica, laboratorios e intervenciones y para clasificar los casos como “Near Miss” se contemplan tres categorías, de acuerdo al criterio usado para clasificar a las pacientes:

1. Criterios clínicos relacionados con enfermedad específica (desórdenes hipertensivos, hemorragia, sepsis).
2. Criterios relacionados con falla o disfunción de órgano y sistemas (vascular, coagulación, renal, hepático, respiratoria, cerebral).
3. Criterios relacionados con el manejo instaurado a la paciente (admisión a Unidad de Cuidados Intensivos, o procedimiento quirúrgicos realizados como histerectomía pos-parto o post cesárea, transfusiones).¹⁴

La principal ventaja del uso de la Near Miss para la auditoria o revisión de casos, es que estas ocurren en mayor número en comparación con las muertes maternas, lo que da pauta para un análisis sobre un mayor número de casos, favoreciendo una cuantificación más detallada de factores de riesgo y determinantes, que la que se obtiene al analizar un número relativamente pequeño de muertes maternas.¹⁴

2.2.1 Hemorragia obstétrica:

No hay un parámetro que describa con exactitud la hemorragia obstétrica, en múltiples revisiones, se refiere a una pérdida estimada de sangre de 500ml después de un parto vaginal y de 1000 ml después de una cesárea, pero también se ha utilizado ocasionalmente, para determinar la hemorragia post parto en el segundo o tercer trimestre.

Entre los motivos de hemorragia obstétrica en el primer trimestre de la gestación están el aborto, la enfermedad trofoblástica y el embarazo ectópico sin embargo las dos primeras se pueden presentar en el segundo trimestre. Las causas hemorragias del segundo y tercer trimestre son producidas por la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, y la ruptura uterina. Dependiendo de la etapa en la que ocurra el sangrado grave puede dividirse en hemorragias preparto, durante el parto (dentro de los trastornos adherenciales de la placenta en uno de los principales) o post parto; estas últimas se subdividen hemorragia obstétrica primaria o precoz, que se presenta en las primeras 24 horas, (las principales etiologías son la atonía uterina, y el traumatismo cervico-vaginal) y las hemorragias secundarias o tardías que ocurren después de las 24 horas, pero antes de

las 12 semanas post parto (retención de restos placentarios, infección , y trastornos de la coagulación) .

Durante el periodo de (1997-2007) en países de África y Asia, la hemorragia obstétrica, (35%) fue la primera causa de mortalidad materna²⁰ Las estadísticas oficiales más recientes, que corresponden a 2009, revelan que en países americanos como Argentina, murieron 410 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y/o puerperio²¹

En Guatemala, la razón de mortalidad materna en el año 2007 fue de 139.7 x 100000 nacidos vivos, la hemorragia obstétrica ocupó el 41% de los casos.²²

2.2.2 Trastornos hipertensivos, preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP.

En los países en desarrollo la principal causa de muerte materna es la hipertensión inducida por el embarazo; siendo responsable de 63, 000 muertes anuales a nivel mundial. La mortalidad materna por eclampsia fluctúa entre 0 % y 13,2 % y constituye un factor de riesgo que incrementa hasta en un 10 % las muertes maternas en los países desarrollados. La evolución de la enfermedad materna dependerá de varios factores, dentro de los cuales los más importantes son la instauración del tratamiento, la respuesta clínica a éste, el momento y forma de finalización del embarazo. La progresión clínica del cuadro puede producir complicaciones con graves repercusiones maternas y fetales; como la necrosis corticorrenal, y el desprendimiento placentario, el cual es responsable del mayor número de muertes fetales, del desarrollo de coagulopatía de consumo con la consecuente hemorragia que lleva al choque hipovolemico.

La morbilidad materna asociadas a la eclampsia se presentan por la bronco aspiración, el edema agudo de pulmón, y la actividad convulsiva recurrente. Generalmente se considera que el 5 %-8% de las mujeres eclámpicas desarrollarán secuelas neurológicas, que incluyen, hemiparesia, afasia, ceguera cortical, psicosis, y coma con estado vegetativo persistente.¹⁵

Las tasas de morbimortalidad perinatal secundarias a eclampsia, son en gran parte debidas a la edad gestacional y la condición materna; los riesgos primarios del feto son: la hipoxia por insuficiencia placentaria y secundaria, a las convulsiones maternas, el desprendimiento

placentario, y las complicaciones de la prematuridad debidas a la interrupción en edades gestacionales precoces. La eclampsia produce el 22 % de las muertes perinatales.¹⁶

La hipertensión en el embarazo comprende varias formas clínico-evolutivas con diferentes pronósticos, variados índices de complicaciones y enfoques terapéuticos disímiles. Entre el 25% y 50% de las hipertensiones gestacionales podrán progresar a la preeclampsia, y la frecuencia es cercana al 50% cuando la hipertensión se desarrolló antes de la 32ª semana (Sibai 2009) exhibiendo registros tensionales más elevados que los observados en quienes persistieron con hipertensión gestacional (Davis 2007). Si la paciente padece hipertensión arterial previa al embarazo o antes de la 20ª semana de gestación, se trata de una hipertensión arterial crónica. Estas enfermas tienen riesgo de padecer preeclampsia sobreimpuesta y, tanto estas últimas como las formas graves de hipertensión crónica cursan con mayor morbi-mortalidad materno-fetal. Por el contrario las formas leves sin lesiones de órganos blancos, presentan una evolución similar a las embarazadas no hipertensas, y esta situación se presenta en la mayor parte de las hipertensas crónicas con menos de 40 años de edad (Sibai 1996). Los valores tensionales persistirán elevados transcurridas 6 semanas del puerperio. En la embarazada con hipertensión crónica que experimente, luego de la 20ª semana de gestación, un incremento sistólico superior a 30 mmHg y diastólico mayor de 15 mmHg con respecto a los valores registrados en la primera mitad del embarazo, y/o se asocie con proteinuria de reciente aparición, o cualquiera de los signos consignados de gravedad para la enfermedad, se considera que padece preeclampsia sobreimpuesta. En general, implica un elevado riesgo para el feto y mayor número de complicaciones maternas (Heard 2004). Aquellas series con un elevado porcentaje de mujeres multíparas, con edad gestacional superior a 35 años y antecedentes de obesidad y diabetes, presentan mayor número de casos con hipertensión crónica y preeclampsia sobreimpuesta, resultando estos últimos infrecuentes en primíparas jóvenes (Hussein 1999).

2.2.3 Sepsis

El concepto de infección abarca a todo proceso patológico causado por la invasión de tejidos, líquidos o cavidades normalmente estériles por microorganismos patógenos o potencialmente patógenos, (Levy 2003). Entre 0,4 y 0,9% de las gestantes requieren ingreso en unidades de cuidados intensivos por infecciones graves vinculadas con el embarazo y el puerperio. En países desarrollados, la mortalidad materna por sepsis posee una prevalencia de 6,4 casos por cada millón de nacimientos.¹⁸

La mortalidad por infección ocupa un 15% en los países sub desarrollados como Guatemala y algunos países latinoamericanos, la gravedad de la infección y el compromiso orgánico, de las secuelas y el manejo terapéutico dependen del estado de salud de la gestante, de la severidad del germen, o gérmenes infectantes y del manejo terapéutico que se realiza con la finalidad de solucionar el proceso infeccioso.

Para el año 1999 en el mundo hubo, 46 millones de abortos inducidos, y de estos 20 millones fueron ilegales; hubo 78000 muertes maternas por aborto. En la década de los 90' ha habido un aumento del 5% (30- 35%) en aborto.¹⁹

La presencia de shock séptico durante la gestación es relativamente infrecuente y la mortalidad resulta menor cuando se la compara con pacientes no obstétricas: 0-28% contra 20, 50% respectivamente.¹⁸

Causas de shock séptico en embarazo: ¹⁸

Endometritis post-cesárea	70-85%
Pielonefritis aguda	14%
Aborto séptico	1-2%
Endometritis post-parto vaginal	14%

La mortalidad por sepsis oscila entre 5-10%; en casos de sepsis severa se eleva a 20-40%; y en presencia de shock séptico alcanza 30-80%. ¹⁸

2.2.4 Criterios relacionados a disfunción orgánica

2.2.4.1 Cardiopatías

Las cardiopatías pueden ser tanto de origen miocárdico con valvulopatias que evolucionan a edema agudo de pulmón y choque cardiogenico. Otra de las causas puede ser la endocarditis bacteriana. Pueden presentarse casos con hipertensión sistémica de larga evolución y mal controlada.²³

2.2.4.2 Trastornos Hematológicos

Entre estos trastornos se pueden presentar casos de anemia aplasica, purpura trombocitopenica idiopática, estos casos pueden evolucionar a síndromes hemorrágicos agudos, desarrollar sepsis y pulmón de choque con hemorragia alveolar.²³

2.2.4.5 Coagulación extravascular diseminada de origen obstétrico

La hemorragia por coagulopatía de consumo es una complicación de un proceso patológico subyacente identificable, cuyo tratamiento debe revertir la defibrinación, por lo que la identificación de la etiología y la rápida eliminación de la causa es la prioridad número uno del tratamiento.²⁴

2.2.4.6 Hepatopatías

En estos casos puede presentarse la paciente con una hepatitis que inicie con síndrome icterico en las últimas semanas de gestación.²

III. OBJETIVO

Caracterizar la morbilidad materna extrema en el Hospital General San Juan de Dios.

IV. MATERIALES Y MÉTODO

4.1 Naturaleza del estudio

Cualitativa porque se caracterizó e investigó las patologías más frecuente que causa morbilidad materna extrema.

4.2 Tipo de estudio

Descriptivo prospectivo, transversal, se realizó en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2015, en el Hospital General San Juan De Dios en el departamento de Ginecología y Obstetricia.

4.3 Universo

Todas las pacientes que presentaron alguna complicación obstétrica que ingresaron al hospital en el periodo del estudio y que se clasificaron según los criterios de Geller como morbilidad materna extrema.

4.4. Muestra

Todas las pacientes con complicaciones maternas que cumplieron los criterios de Geller para clasificarla como morbilidad materna severa

4.5 Criterios de inclusión

- Relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica: Trastornos hipertensivos, choque séptico, choque hipovolémico.
- Relacionados con falla o disfunción orgánica: disfunción cardiaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria o de coagulación.
- Relacionados con el manejo instaurado a la paciente: ingreso a UCI excepto para estabilización hemodinámica electiva, cualquier intervención quirúrgica de emergencia

en el postparto, post cesárea, o post aborto, transfusión de tres o más unidades de sangre o plasma relacionada con evento agudo.

- Clasificación de morbilidad según criterios de GELLER.⁸

4.6 Criterios de exclusión:

Pacientes que egresaron del Hospital en malas condiciones y no se tenga información sobre su desenlace.

4.7 Variables:

4.7.1 VARIABLES INDEPENDIENTES

1. Edad materna
2. Nivel de educación
3. Estado civil
4. Procedencia de la paciente
5. Área rural o urbana
6. Paridad
7. control prenatal
8. Lugar de referencia.
9. Diagnósticos de Ingreso.
10. Clasificación de morbilidad según criterios de Geller
11. Condiciones obstétricas, eventos o procedimientos entre las mujeres clasificadas como near miss o morbilidad materna extrema por Geller.

4.7.2 VARIABLES DEPENDIENTES:

1. Morbilidad materna
2. Morbilidad materna severa.

4.8 Recolección de datos

La evaluación inicial se realizó en el servicio de emergencia, dándole seguimiento a los servicios que fueron ingresadas o trasladadas hasta su egreso médico o contraindicado. Se utilizó para la recolección de datos un instrumento conteniendo los criterios de GELLER y las variables que se utilizaron para la caracterización.

Los datos se obtuvieron del expediente médico. Los datos relacionados con el diagnóstico que aparecen en el formato de recolección solo fueron utilizados por los realizadores de esta investigación. Los datos de las boletas se introdujeron en el programa EPI-INFO y Excell para realización de cuadros y graficas.

4.9 Consideraciones éticas.

En todos los casos se mantuvo la confidencialidad de la información recolectada; para tal efecto solo se documento el número de historia clínica de cada caso.

4.10 Operacionalización de Variables:

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CRITERIOS DE CLASIFICACION
VARIABLES INDEPENDIENTES	EDAD MATERNA	Edad de una persona expresada como el periodo de tiempo que ha pasado desde su nacimiento hasta su defunción ⁸	Dato de la edad en años anotado en el expediente clínico	Cuantitativa discreta	De razón	Medida en años
	NIVEL DE EDUCACION	Conjunto de cursos adquiridos en un establecimiento docente ⁹	Dato de la escolaridad anotado en el expediente clínico.	Cualitativa politómica	Ordinal	Medida en ninguno primaria básico diversificado universitario
	ESTADO CIVIL	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Clasificación según estado referido.	Cualitativa politómica	Ordinal	Casada Unida Soltera
	PROCEDENCIA	Origen o lugar de nacimiento de una persona	Dato anotado en el DPI	Cualitativa politómica	Nominal	Cualquier departamento de Guatemala
	PARIDAD	Número de hijos que ha parido una mujer .	Clasificación según el número de hijos paridos.		Nominal	Nulípara Multípara
	CONTROL PRENATAL	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar	Dato anotado en el historial clínico	Cualitativa politómica	Nominal	Si , No II

		morbimortalidad materna y perinatal				
	DIAGNOSTICO	Identificación de la enfermedad, afección o lesión que sufre un paciente, de su localización y su naturaleza,	Impresión clínica anotada en el expediente clínico.	Cualitativa politómica	Nominal	Morbilidad por la que ingreso la paciente o por la que continúa en el servicio.
	HOSPITAL DE REFERENCIA	Parte integrante de una asociación médica y social que brinda a la población asistencia médica, tanto curativa como preventiva	Dato anotado en la referencia.	Cualitativa politómica	Nominal	Cualquier departamento de Guatemala.
	INDICADOR OBSTETRICO DE GELLER.	Indicadores de morbilidades que son predictores de "morbilidad materna extrema"	Ranking según el peso de indicador de morbilidad	Cualitativa politómica	Nominal.	Resucitación- falla multisistémica Intubación asistida -Admisión a UCIA- Intervención quirúrgica Transfusión –Eclampsia- Pérdida sanguínea >1500
VARIABLES DEPENDIENTES	MORBILIDAD MATERNA	Enfermedad que pone en riesgo la vida de una madre.	Clasificación según diagnóstico y escala.	Cualitativa politómica	Nominal	
	MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	Complicación obstétrica severa, que requiere una intervención médica urgente, encaminada a prevenir la muerte materna.	Clasificación según diagnóstico y escala.	Cualitativa politómica	Nominal	

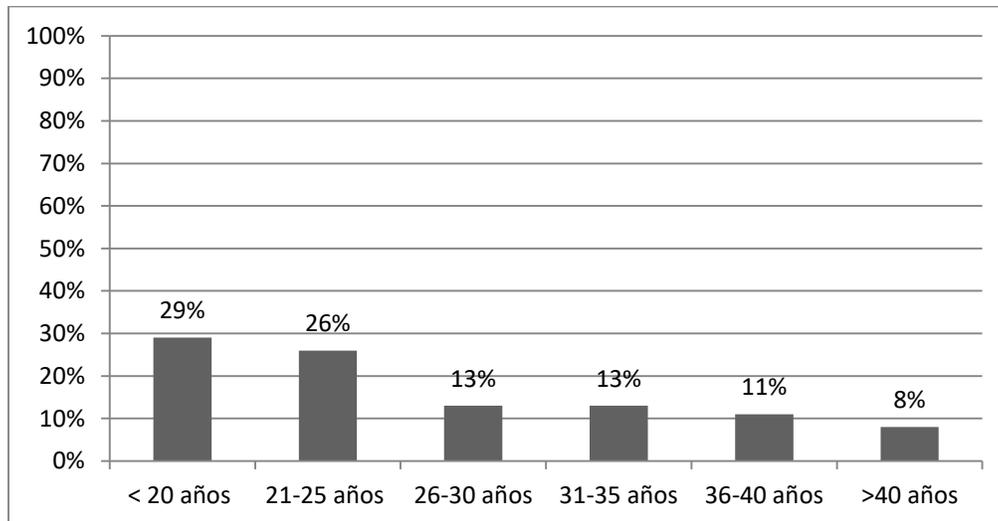
4.11 Procedimiento de recolección de datos

Se realizó la detección diaria de casos de near miss, búsqueda de pacientes en servicio de ginecología y obstetricia, labor y partos, y emergencia de obstetricia, así como pacientes que ingresaron directamente al servicio de cuidado crítico y otras emergencias, posteriormente se realizó revisión de expedientes médicos, llenando los datos solicitados en el documento de recolección de datos, se tabularon los datos utilizando una hoja de datos en EPI-INFO. Se realizó la tabulación y gráficas en el programa EXCEL.

V. RESULTADOS

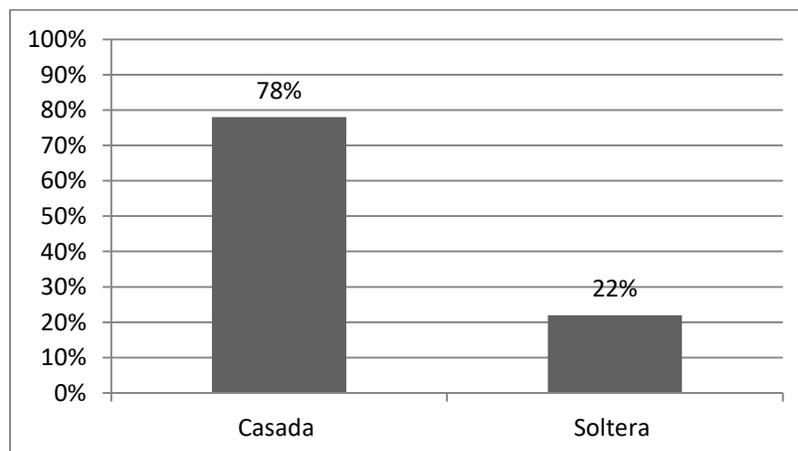
GRÁFICA 1

Distribución por grupo de edad
Caracterización de la Mortalidad Morbilidad Materna Extrema
En el Hospital General San Juan de Dios.
Año 2015



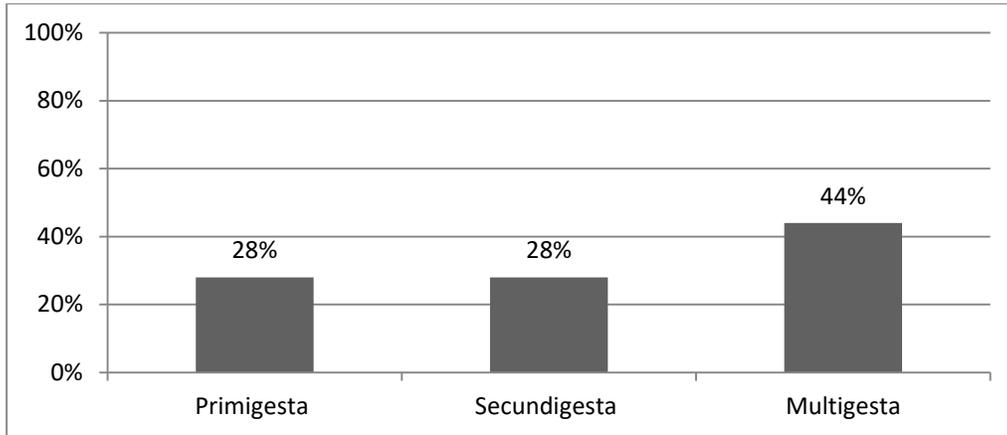
GRÁFICA 2

Distribución por Estado Civil
Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema
en el Hospital General San Juan de Dios.
Año 2015



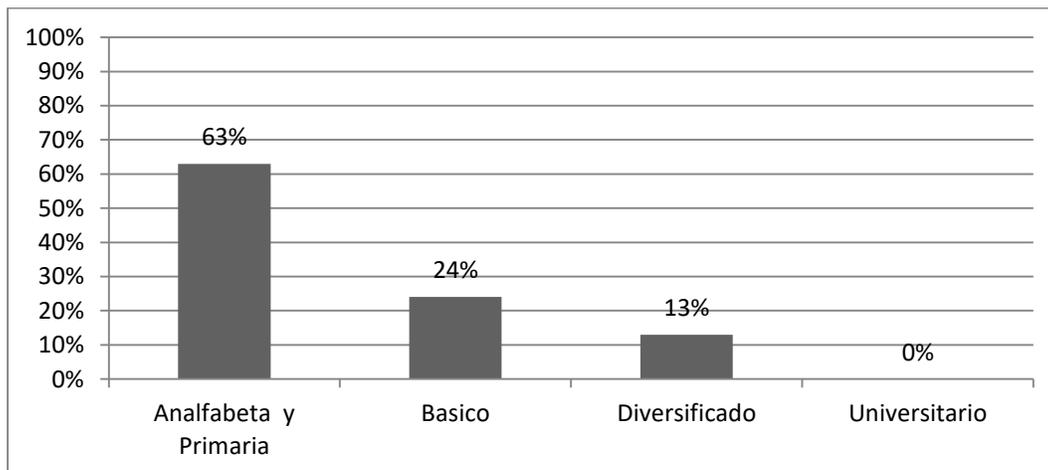
GRÁFICA 3

Distribución por paridad
Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema
En el Hospital General San Juan de Dios.
Año 2015



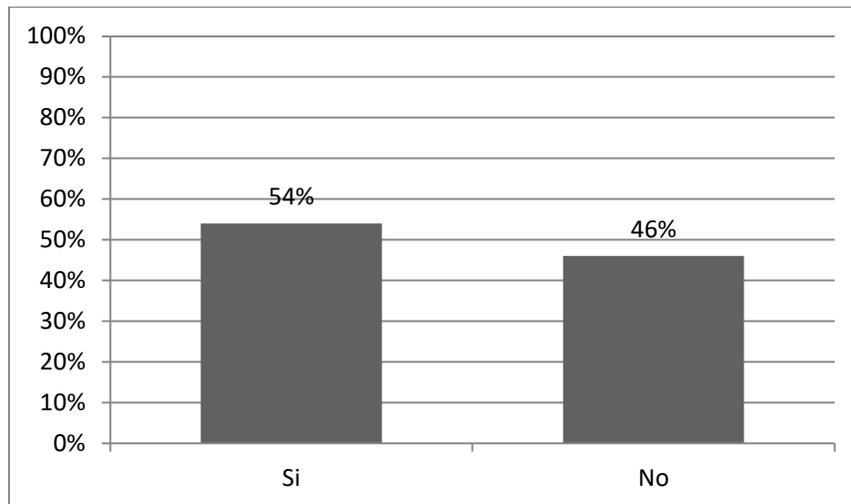
GRÁFICA 4

Distribución por Nivel de Escolaridad
Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema
en el Hospital General San Juan de Dios.
Año 2015



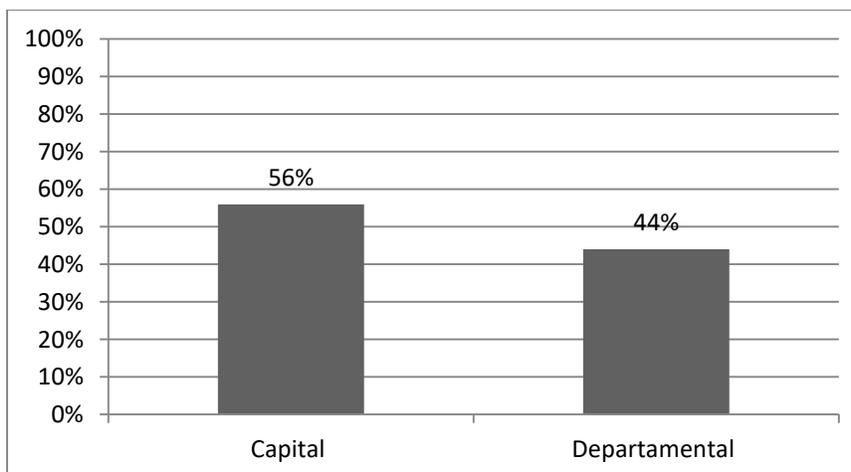
GRÁFICA 5

Distribución Asistencia Control Prenatal
Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema
en el Hospital General San Juan de Dios.
Año 2015



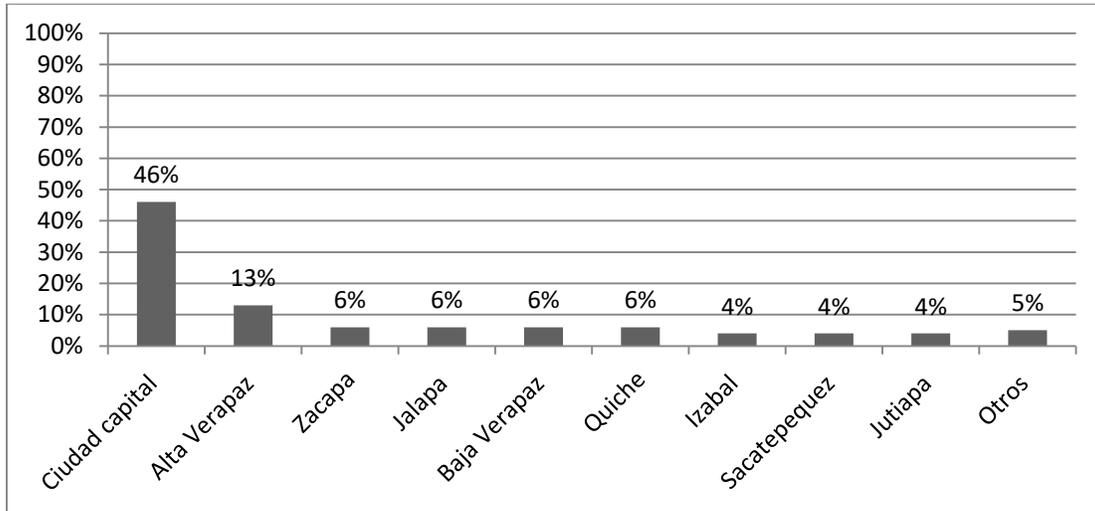
GRÁFICA 6

Distribución según Lugar de Referencia
Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema
En el Hospital General San Juan de Dios.
Año 2015



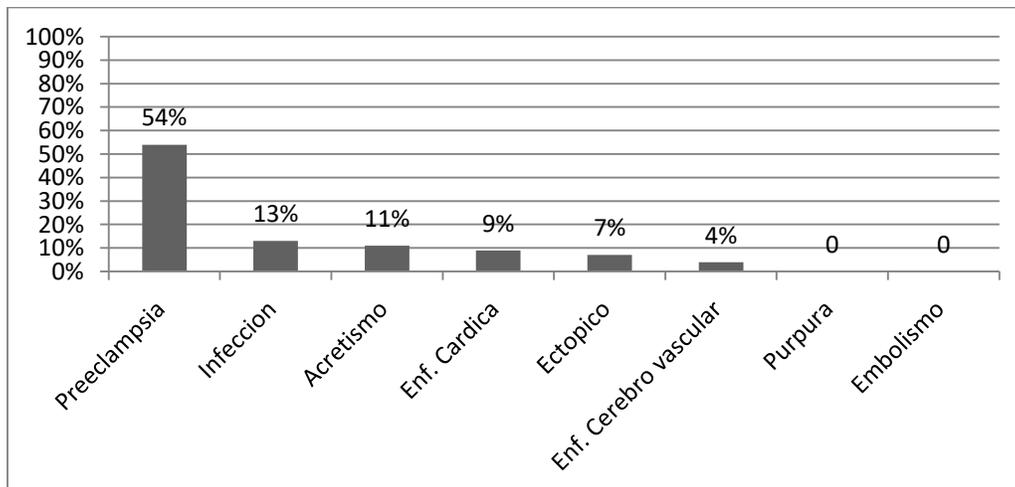
GRÁFICA 7

Distribución según Procedencia
Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema
En el Hospital General San Juan de Dios.
Año 2015



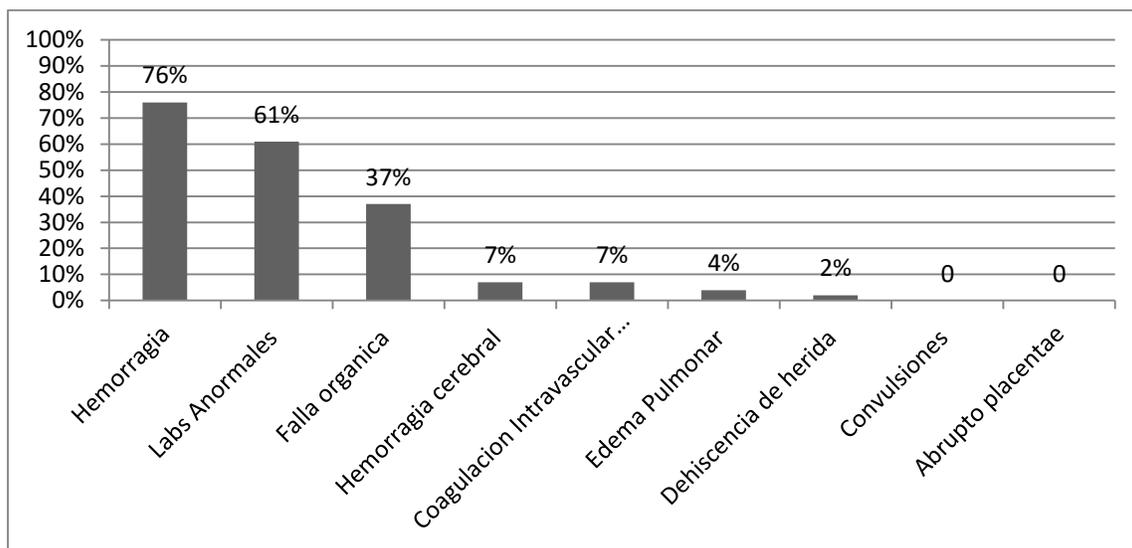
GRÁFICA 8

Presentación Criterios de Geller
Enfermedades/Condiciones
Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema
En el Hospital General San Juan de Dios.
Año 2015



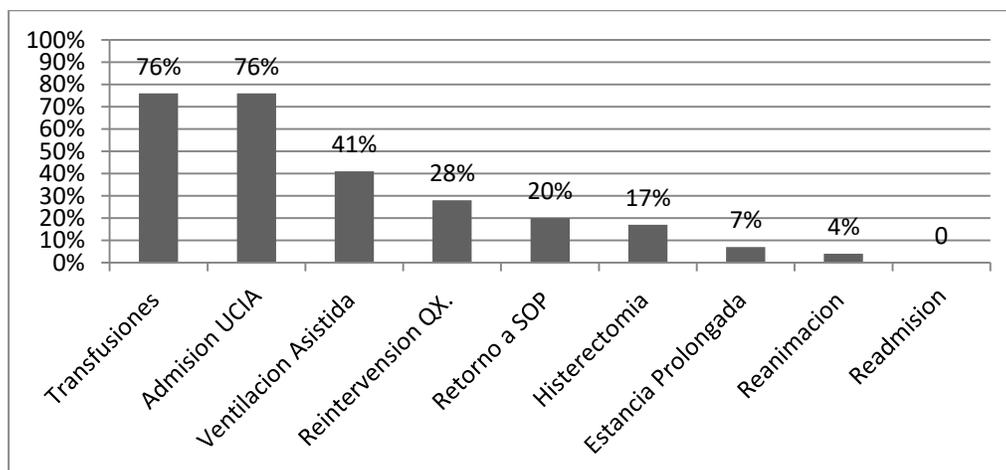
GRÁFICA 9

Presentación Criterios de Geller
Eventos Mórbidos
Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema
En el Hospital General San Juan de Dios.
Año 2015



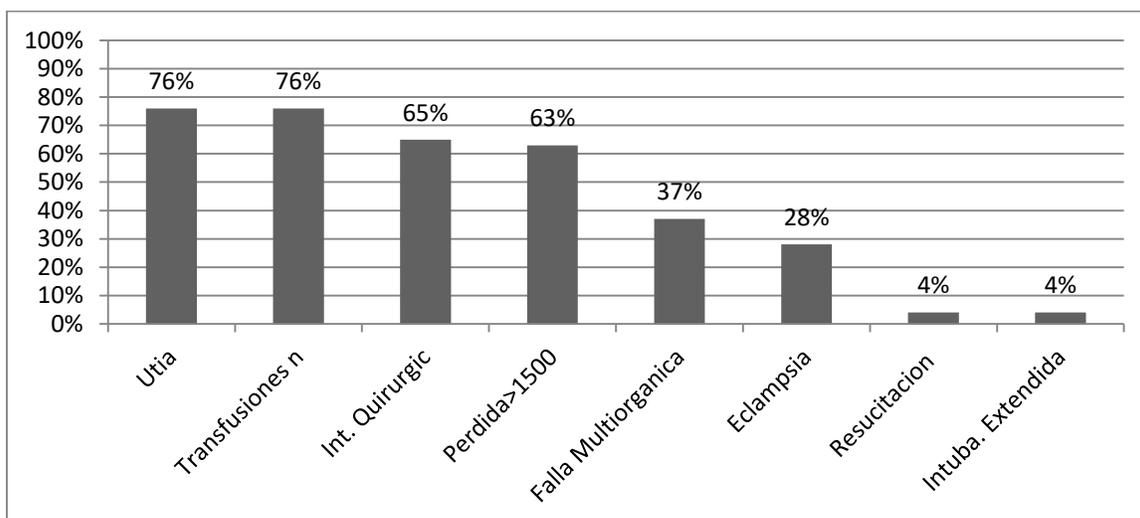
GRÁFICA 10

Presentación Criterios de Geller
Procedimiento/ Intervenciones
Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema
En el Hospital General San Juan de Dios.
Año 2015



GRÁFICA 11

Distribución según indicadores Obstétricos de Geller
Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema
En el Hospital General San Juan de Dios.
Año 2015



VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

La razón de mortalidad materna ha sido tradicionalmente el indicador empleado para evaluar la salud materna y la calidad de los servicios de salud, además refleja de manera directa las condiciones de desarrollo del país.²⁵

El estudio de la morbilidad obstétrica y de la Mortalidad Materna incrementa la oportunidad de identificar los factores que influyen desde el embarazo sin complicaciones hasta la muerte y, permite tomar acciones de una manera más oportuna.

La paciente obstétrica críticamente enferma presenta un grupo de características únicas de difícil manejo, debido a la fisiología materna y las enfermedades específicas del embarazo.²⁶ La paciente embarazada representa 1 a 2% de las admisiones a la Unidad de Cuidado Intensivo en países desarrollados, porcentaje que puede aumentar hasta 10% en países como Guatemala, debido a condiciones socioculturales, físicas y económicas.

El Hospital General San Juan de Dios, es un hospital de tercer nivel, en donde se reciben pacientes referidas de todo el país, principalmente la zona Nororiental; en este estudio se documentó un total de 46 pacientes que presentaron Morbilidad Materna Extrema durante el año 2015.

Entre las características generales de las pacientes estudiadas se encontró que el 29 % fueron adolescentes, representando un factor de alto riesgo de complicaciones, las cuales están relacionadas con el embarazo y, entre las cuales se reportan hipertensión arterial, embarazos prolongados, hemorragia obstétrica e infecciones; entre las principales causas de muerte en casi todas las regiones de América Latina y el Caribe. Las complicaciones del embarazo son la segunda causa de muerte en adolescentes de 15 años a 19 años en todo el mundo. (OMS 2014)

En el año 2005 el hospital Ginecoobstétrico “Clodomira Acosta en Cuba” realizó un estudio específico de gestación en adolescencia, con 184 pacientes en donde el 47.9% tuvieron una condición patológica, entre estas infecciones vaginales, anemia, trastornos hipertensivos, desgarros cervicales, hemorragia post parto.³⁰ Constituyendo las edades extremas un factor de riesgo conocido.

La multiparidad de las pacientes se documenta como un factor de riesgo para morbilidad materna extrema, siendo las pacientes con más de 4 gestas el 44% de la población estudiada, con mayor riesgo de hemorragia post parto hasta 39.2% (INHEM) ³¹.

Observamos también que del total de los casos; las pacientes analfabetas o con poca educación fueron el grupo más frecuente 63 %. Guatemala es un país con el 17.4% de analfabetismo (USAID). Probablemente con la poca educación se acompaña la falta de atención prenatal, la falta de asistencia a los servicios de salud antes que se presenten las complicaciones maternas, la falta de acción por parte de familiares. El informe del país sobre la situación de la mortalidad materna en Guatemala en el año 2013 reporta la mortalidad materna 42% en mujeres sin nivel de escolaridad y el 41% con algún o todos los grados de primaria aprobados.

El control prenatal lo llevaron el 54% de las pacientes. Para el año 2013 el 60% de las muertes maternas estaba relacionado a la IV demora, la oportunidad y calidad de atención de los servicios de salud ³¹. Analizando esta situación uno de los problemas para la falta de atención prenatal se da en el área rural en donde es deficiente la existencia de servicios de salud, así como la falta de personal capacitado para esta tarea, ya que normalmente se manda a personal de enfermería auxiliar a captar a las pacientes embarazadas en estos casos probablemente no se dio un adecuado plan educacional sobre los signos de alarma o no se llevó a cabo la hoja de vigilancia de la mujer embarazada.

En cuanto al lugar de procedencia fue un 56% procedente de la capital y el 44% de los departamentos. Siendo la mayor afluencia de pacientes provenientes de Alta Verapaz 13%, un estudio realizado en el 2010 en el hospital regional de Alta Verapaz reportó 266 casos que cumplían criterios de inclusión para morbilidad materna extrema ²⁷, y se sitúa entre los departamentos con la razón de mortalidad materna más altos a nivel país.

Todos los casos analizados fueron calificados como potenciales Near Miss a través de presentar al menos uno de los criterios según Geller (tabla 1) bien por enfermedad/condición, evento mórbido o procedimientos/intervenciones.

Sin embargo Geller reclasifica todos estos eventos, condiciones, enfermedades o procedimientos en INDICADORES OBSTETRICOS, asignando un puntaje o valor numérico el cual no tiene aplicación para clasificar la morbilidad materna extrema como severa, moderada o leve. Entre los indicadores obstétricos anteriormente señalados, el ingreso a cuidado crítico y hemorragia obstétrica se presentaron en el 76% de los casos; datos recientes sugieren que entre 0,1% y 0,8% de todas las pacientes obstétricas en latino América son admitidas a las unidades de cuidados intensivos.²⁹ este es el criterio más comúnmente usado en los países desarrollados como estándar para la identificación de casos. Say reportó en una revisión sobre estudios de madres que fueron admitidas en unidades de cuidado crítico una prevalencia que osciló de 0.80% a 8.23 %, de entre aquellas cuyo criterio estaba relacionado con una enfermedad específica; por otra parte encontró que si el criterio estaba vinculado a una falla orgánica su prevalencia estaba entre 0.38% a 1.09% y por último, si el criterio estaba relacionado con el manejo médico, la prevalencia fue de 0.01% a 2.99%.

La hemorragia representa el 50% de casos de mortalidad materna a nivel nacional para el año 2013, (MSPAS)³¹ y sin disminución significativa desde el 2007, según el Ministerio de Salud Pública. Las hemorragias estuvieron relacionadas principalmente al tercer periodo del parto 73%. En otro estudio Realizado en El Hospital de Gineco-obstetrico Mariana Grajales de Santa Clara (Cuba) con 93 pacientes se encontró un 39.8% de morbilidad materna extrema por hemorragia. Otra publicación del año 2005 en Canadá, tras 15 años (1988-2002) de estudio, se encontró la hemorragia como primera causa de morbilidad materna extrema 64.7%.

El siguiente indicador de importancia fueron las intervenciones quirúrgicas con un 65% (30 pacientes), que constituyeron pacientes intervenidas primariamente 52 % (16) y reintervenidas en un 48 % (14) para control de daños, complicaciones obstétricas que requirieron histerectomía 17% (5), y por embarazo ectópico. La mayoría de pacientes reintervenidas fueron pacientes trasladadas de hospitales nacionales del interior de la república. En un estudio realizado en Cali, Colombia, de 32 pacientes con morbilidad materna extrema se encontró una incidencia del 11% de pacientes requirieron histerectomía de urgencia.³²

Las pacientes con pre eclampsia se presentaron en un 54% (25) de las cuales un 50 % (13) se convirtió en eclampsia. Los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo constituyen la principal causa de morbilidad materna - fetal a nivel mundial, estimada en 50,000 a 60,000 muertes al año a nivel mundial según ACOG (2016)²⁶. Los trastornos hipertensivos ocuparon el 30% de las muertes maternas reportadas para el año 2013 en Guatemala.³³

6.1. CONCLUSIONES

6.1.1. Las pacientes con Morbilidad Materna Extrema presentaron las siguientes características: principalmente al grupo de adolescentes con un 29 %, con más de 3 gestas, con nula o poca escolaridad, de estado civil casado o en unión, con control prenatal, procedentes en su mayoría de la ciudad capital, y de las referidas de los departamentos predominaron de Alta Verapaz, Zacapa, Jalapa y Quiche.

6.1.2. Los principales indicadores obstétricos de Geller que determinaron la morbilidad materna extrema fueron: Ingreso a la Unidad de Cuidado Crítico, la Necesidad de Requerir Transfusiones, las intervenciones quirúrgicas realizadas, y las pérdidas hemáticas mayores de 1500cc, por lo que se hace necesario continuar la implementación de dichos criterios para una mejor clasificación para su detección y abordaje.

6.1.3. Siendo las transfusiones el procedimiento o intervención que más se realizó, la hemorragia el evento mórbido más común y la Preeclampsia la enfermedad o condición que prevaleció. Por lo anterior es imprescindible que las unidades asistenciales tengan los recursos necesarios para resolver dichos problemas y contar con bancos de sangre.

6.2. RECOMENDACIONES

6.2.1. Incorporar los resultados del presente estudio a la elaboración del Manual de búsqueda de las Near Miss en la red de servicios de salud.

6.2.2. Se deberá continuar documentando las complicaciones obstétricas en el Hospital General San Juan de Dios y realizar la comparación de pacientes que sobreviven y las que fallecen.

6.2.3. Se debe de prestar especial atención a los embarazos de alto riesgo de pacientes juveniles, años y multíparas.

6.2.4. Se deberá de clasificar a las pacientes como “Potenciales Near Miss” y prestar mayor atención a los criterios clínicos que presenten, para un mejor manejo.

6.2.5. Continuar con la implementación y realización de protocolos de manejo de pacientes con riesgo, como el “Código Rojo” en hemorragia obstétrica, el cual es la intervención que más aporta para reducir casos de muerte materna.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. *Br Med Bull.* 2003;67(1):231-243. doi:10.1093/bmb/ldg007.
2. Mundial E, Infancia DELA. *Salud Materna.*; 2009.
3. Meliza A, Monroy M, Efraín G, Becerril T. y muertes maternas. 2012;IV(3):146-153.
4. No Title. *OMS ¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto? [pagina Web en Internet] Ginebra Organ Mund la Salud; c2010 [citado mayo 2010].* 2010. <http://www.who.int/features/qa/12/es/index.html>.
5. Minkauskiene M, Nadisauskiene R, Padaiga Z, Makari S. Systematic review on the incidence and prevalence of severe maternal morbidity. *Medicina (Kaunas).* 2004;40(4):299-309.
6. TOLIMA G DEL, SALUD S DE, PÚBLICA DDS, REPRODUCTIVA PDSSY. Vigilancia de la Morbilidad Materna extrema. 2009:18. http://www.saludtolima.gov.co/portal/website/publicaciones/direcciones/download.php?id_doc=436&ei=7X2GU_P3LsPLsASn3YCYBA&usg=AFQjCNFvmxg0oA6en0df5-nox_BgjbY_A&sig2=vU4zmPvEQF8ICT-wEJtmhA&bvm=bv.67720277,d.cWc.
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Plan estratégico para reducir la Mortal Matern 2004-2008 Guatemala Programa Nac Salud Reprod 2004 - 2008.*
8. Enrique C, Flores Z, Alejos C, et al. Revista Centroamericana Obstetricia y Ginecologia. *Vol 17, Numer 3, julio-septiembre.* 2012;17:36.
9. Jarquin D et al. " Near Miss Obstétrica en la Red Hospitalaria de Guatemala ." 2014:42.
10. Zuleta JJ, Morbilidad LA, Extrema M, et al. Redalyc.LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA: UNA OPORTUNIDAD PARA APRENDER DE EXPERIENCIAS EXITOSAS EN EL MANEJO DE LA COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA. 2007.
11. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS) - Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia

(SEGEPLAN). Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007 Guatemala. Guatemala: Serviprensa; noviembre de 2011.

12. Bouvier-Colle MH. Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999;106(11):1234. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10549984>.
13. Aida B, Ortiz R. Factores de riesgo asociados a mortalidad materna realizado en los municipios de Cobán, San Cristobal y Santa Cruz del departamento de Alta Verapaz. 74.
14. Jarquin D et al. Vidas Salvadas y Muertes Maternas en Morbilidad Materna Extrema Hospital Regional de Cobán, A.V. Guatemala. *Rev Centroam Ginecol y Obstet.* 2011;16(December 2010):1-9.
15. Goffman D, Madden RC, Harrison E a, Merkatz IR, Chazotte C. Predictors of maternal mortality and near-miss maternal morbidity. *J Perinatol.* 2007;27(10):597-601. doi:10.1038/sj.jp.7211810.
16. Souza JP, Cecatti JG, Faundes A, et al. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. *Bull World Health Organ.* 2010;88(2):113-119. doi:10.2471/BLT.08.057828.
17. Malvino E. Preeclampsia Grave y Eclampsia Preeclampsia Grave y Eclampsia. 2011:1-279.
18. Malvino E. Obstetricia Crítica. Sepsis Severa y Shock Séptico en obstetricia. 2008: Pag. 1-11.
19. Maradiegue EE. Borto como causa de muerte materna. 2006:149-152.
20. Ruiz-rosas RA, Federal D. causa de muerte. 2012;50(6):659-664.
21. Garabello F. Hemorragia obstétrica, una emergencia para los bancos de sangre. 2013. <http://www.docsalud.com/articulo/2859/hemorragia-obstetrica-una-emergencia-para-los-bancos-de-sangre->.
22. Mario C, Serna M. Manejo de la Hemorragia Obstétrica "Codigo Rojo." 2013:1-30. <http://www.sogiba.org.ar/novedades/HemorragiaObst.pdf>.
23. Organización mundial de la salud . Clasificación estadística de enfermedades y problemas relacionados con la salud ICD-10. Ginebra: OMS; 1992.
24. Schwarcz, R. Obstetricia 6ed. Buenos aires, el ateneo; 2005.

25. Línea basal de mortalidad materna para el año 2000 MSPAS. Estudio de mortalidad materna 2007, MSPAS/Segeplan y situación de la mortalidad materna, Informe de país 2013, MSPAS.
26. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214325001>
27. Revista peruana de ginecología y obstetricia, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428200004>
28. VIDAS SALVADAS Y MUERTES MATERNAS EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA . HOSPITAL REGIONAL DE COBÁN, ALTA VERAPAZ GUATEMALA, ENERO A DICIEMBRE DEL 2010 Dr. José Douglas Jarquín G.1, Dr. Egeberto Arturo Sagastume H. 2
29. Yentis SM. Maternal morbidity an mortality-obstetric intensive care. Obstetrics Gynecology. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. London: RCOG Press; 2002.
30. Revista Cubana de Obstetricia y ginecología, 2005;31(2) hospital Ginecoobstetrico "Clodomira Acosta Ferrales" Morbilidad de la Madre Adolescente. Dra. Viviana Saez.
31. La morbilidad Materna Extremadamente Grave, UNICEF, Sistema nacional de salud CUBA. Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología INHEM 2012. Segunda impresión 2013.
32. Ministerio de salud pública y Asistencia Social, Situación de la mortalidad Materna , INFORME DE PAIS 2013.

VIII. ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA.

Caracterización de mortalidad materna extrema.

Nombre: _____ Registro Clínico: _____

Estado Civil: Casadas Unida:

Soltera:

Edad: _____

Procedencia: _____

Fecha de Ingreso: _____

Rural: Urbano:

Nivel de Educación:

Analfabeta: Primaria: Básico: Diversificado

Universitario:

Numero de Gestas: _____ Partos: _____ Cesárea: _____

Abortos _____

Control Prenatal: Si: _____ No: _____

Lugar de Referencia: _____

Diagnósticos de Ingreso:

Clasificación Según Geller:

Enfermedades/ Condiciones	Eventos Mórbidos	Procedimientos / intervenciones
Preeclampsia severa/ Eclampsia. Si___ No___	Hemorragia > 1500 Si___ No___	Transfusiones Si___ No___
Embolismo Si___ No___	Dehiscencia de herida Si___ No___	Admisión a UCI Si___ No___
Infección Si___ No___	Falla orgánica múltiple Si___ No___	Ventilación asistida Si___ No___
Embarazo ectópico/ mola Si___ No___	Labs. / signos vitales anormales Si___ No___	Intervención Quirúrgica/ post Cesárea. Si___ No___
Enfermedad Cardíaca Si___ No___	Abruptio placentario Si___ No___	Retorno a sala de operaciones. Si___ No___
Enfermedad cerebro vascular Si___ No___	Convulsiones Si___ No___	Readmisión al hospital Si___ No___
Placenta Acreta, increta, percreta Si___ No___	Hemorragia Cerebral. Si___ No___	Intervenciones médicas múltiples Si___ No___
Purpura trombocitopenica idiopática / Trombotica Si___ No___	Edema pulmonar Si___ No___	Histerectomía Si___ No___
	Coagulación intravascular diseminada Síndrome de dificultar respiratorio del adulto. Si___ No___	Estancia hospitalaria prolongada. Si___ No___

Indicadores Obstétricos	Ranking/ Peso.
Resucitación	7 si __ no__
Falla Multisistémica	6 si __ no__
Intubación extendida	5 si __ no__
Admisión a Unidad de Cuidados Intensivos	4 si __ no__
Intervenciones quirúrgicas	3 si __ no__
Transfusiones	2 si __ no__
Pérdida de sangre mayor de 1500 cc	1 si __ no__
Eclampsia	1 si __ no__

PERMISO DEL AUTOR

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **“Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema”**, para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos del autor que confiere la ley cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.