



Causas, frecuencia y secuelas de la morbilidad materna extrema en mujeres mexicanas: un análisis de los códigos rojos en el IMSS de Hidalgo

Causes, frequency and consequences of Severe Maternal Morbidity in Mexican women: Analyzing the Red Codes at the IMSS Hospital in Hidalgo

María del Carmen Rincón Cruz,^{1,2} R García Hernández², MA García González², Graciela Muñoz García³

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La Morbilidad Materna Extrema (MME) es una complicación obstétrica severa que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere una intervención médica urgente para prevenir la muerte de la madre. **Objetivo.** Visibilizar las causas, la frecuencia y las secuelas de la Morbilidad Materna Extrema en mujeres atendidas en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No.1 del IMSS en el Estado de Hidalgo 2012-2013. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo revisando la base de datos de los expedientes de mujeres que ingresaron con Morbilidad materna extrema y fueron clasificadas como Códigos Rojos, se tabuló la información mediante una cédula creada con el programa SPSS v.18. **RESULTADOS:** Se registraron 135 casos mujeres con Morbilidad Materna Extrema, la edad promedio encontrada fue de 26 años; el 54.8% de las mujeres presentó múltiples embarazos (mujeres multigestas). La mayoría de los casos, el 83.7%, presentó morbilidades por causas obstétricas directas tales como Preeclampsia, Hemorragia y Sepsis; mientras que el 16.2% presentó morbilidades por causas indirectas. De los 135 casos, se encontró que 120 de las mujeres derivaron en secuelas agudas (81.6%) y en crónicas (18.3%). **CONCLUSIÓN:** Se recomienda mejorar la calidad de atención materna desde el primer nivel de atención, a través de un control prenatal adecuado que permita prevenir, detectar así como controlar oportunamente las complicaciones del embarazo y sus secuelas.

PALABRAS CLAVE: Morbilidad Materna Extrema, código-rojo, secuelas.

ABSTRACT. INTRODUCTION: The Severe Maternal Morbidity is an obstetric complication that puts in risk mothers life, that requires a medical urgent interventions in order to avoid maternal death. **Objective.** High light causes, frequency and consequences of Sever maternal morbidity in women attended in the General Hospital and Family Attention No. 1 IMSS, Hidalgo 2012-2013. **METHODOLOGY:** This is a descriptive and retrospective study that reviews the database records of women catalog as Red Code in the General Hospital of Pachuca, the information was download in SPSS v.18 program. **RESULTS:** 135 women with maternal morbidity cases were recorded as severed, the average age was 26 years old; 54.8% of women had multiple pregnancies (multiparous women). Most cases 83.7% presented morbidities by direct causes such as preeclampsia, hemorrhage and sepsis; while 16.2% presented morbidities by indirect causes. We found that 120 women resulted in acute consequences (81.6%) and chronic diseases (18.3%). **CONCLUSION:** We recommend a better attention during pregnancy, birth and puerperal period, to avoid severed consequences and efficient detection of obstetric complications.

KEYWORDS: Severe Maternal Morbidity (near miss), Red Code, consequences.

¹ Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Hidalgo, México.

² Delegación Hidalgo, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Hidalgo, México.

³ Programa de Doctorado en Ciencias Sociomédicas, Antropología en Salud. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ciudad de México, México.

Correspondencia: Dra. María del Carmen Rincón Cruz, Delegación Hidalgo, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Hidalgo, México. Correo Electrónico: carmenc278@hotmail.com .

Folio 379/2016 Artículo recibido: 12/07/2016 reenviado: 24/07/2016 aceptado: 29/07/2016

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define a la Morbilidad Materna Extrema (MME) como aquellas complicaciones de salud (lesión o incapacidad) que se presentan no solo durante el embarazo y el parto, sino que también pueden ocurrir dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo. Las complicaciones pueden estar relacionadas con o agravadas por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.¹

Según Pattinson, estas morbilidades se refieren a aquellas complicaciones obstétricas severas que ponen en riesgo la vida de la mujer y que requieren una intervención médica urgente para prevenir la muerte de la madre.¹

Al menos 300 millones de mujeres alrededor del mundo sufren de morbilidades que se relacionan a la reproducción y, en específico durante el embarazo, parto y puerperio. En nuestro país, encontramos estudios que nos permiten visibilizar algunos datos al respecto: un estudio realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México, reportó una frecuencia de la morbilidad materna extrema de 221 casos por año. Datos similares se reportaron en estudio en el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz (CEMEV), en donde de 6,960 mujeres atendidas por eventos obstétricos 252 presentaron morbilidad materna leve o moderada.^{2,3}

Para poder determinar la prevalencia de mujeres que han presentado Morbilidad Materna Extrema (MME) es necesario homogenizar, en medida de lo posible, los criterios usados para definir la MME, de forma que se permitan alinear los criterios que se deben utilizar para identificar y atender oportunamente a las mujeres que deben de ingresar a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para ser atendidas ante una complicación obstétrica.

Al estudiar las morbilidades maternas es necesario considerar las dimensiones en las que se presenta: la gravedad, duración, el momento en que aparecen y sus secuelas, además de considerar que es un fenómeno multifactorial, en el que intervienen tanto factores biológicos como socioeconómicos y culturales.^{4,5}

Langer, Lozano y Hernández (1994) proponen que la definición de la Morbilidad Materna debería de incluir al menos tres de los siguientes aspectos:

- “Las complicaciones agudas, denominadas también causas obstétricas directas que ocurren en el embarazo, trabajo de parto, nacimiento y postparto inmediato... entre las más comunes se registran: hemorragia, infección, hipertensión inducida por el

embarazo, aborto séptico y las secuelas de la violencia sexual.

- Las enfermedades [preexistentes al embarazo]... que se complican con éste; causas obstétricas indirectas: anemia, hepatitis, malaria, diabetes, hipertensión y algunas ETS.
- Las causas crónicas que se presentan algún tiempo después del embarazo pero que se originaron en alguna de las etapas de la gestación: lumbalgia, prolapso vesicovaginal, prolapso recovaginal, dispareunia (coito doloroso), hemorroides, incontinencia urinaria, esterilidad quirúrgica e insuficiencia renal”.^{6,7}

En México, no existen fuentes que aporten datos nacionales y estatales expresamente elaborados para conocer la prevalencia, incidencia y secuelas de las Morbilidades asociadas al embarazo y su manejo; algunas publicaciones recientes analizan y los datos que ofrece la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, Pérez y Sánchez describen y analizan la incidencia de síntomas asociados a la morbilidad materna en mujeres mexicanas embarazadas durante el periodo de 2004-2009.^{5,8}

Pérez y Sánchez Bringas encuentran que las mujeres de entre 15 a 49 años de edad, que presentaron su último embarazo en el periodo de 2004 a 2009 tuvieron las siguientes complicaciones: -Durante el embarazo: pies y cara hinchadas (34.4%), dolor de cabeza, visión borrosa o zumbidos en los oídos (26.8%) y sangrado vaginal (20.2 %). -Durante el parto y posparto: el sangrado abundante o grave (15.9%), presión alta (13.7%) y ruptura de fuente antes de tiempo (11.9%), siendo estos signos de especial atención, ya que están relacionados con complicaciones prevenibles.^{9,10}

Las aportaciones de investigaciones y datos epidemiológicos que pueden ayudarnos a identificar la dimensión de las Morbilidades Maternas Extremas son los que se enfocan en explorar las causas que provocaron la muerte de las mujeres durante sus procesos reproductivos, denominadas causas de Muerte Materna.¹¹

En el estado de Morelos en estudio epidemiológico transversal efectuado por Ordaz y colaboradores, en los servicios de salud de Morelos, entre 2000 y 2004, reportan que las principales causas de muerte de mujeres durante el embarazo, parto y postparto fueron los trastornos hipertensivos y la hemorragia obstétrica: de 77 defunciones de mujeres el 81.9% fue por causas directas y el 18.1% por causas indirectas.¹²

En el estudio llevado a cabo por el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo Lafaurie en Tamaulipas, México, se indica que las principales causas de

materna son prevenibles; de 30 mujeres que fallecieron por causas obstétricas del 1 de enero de 1998 al 31 de diciembre del 2007, se encontró que el 60% fue por causas directas y 40% por causas indirectas.¹³

En el ámbito de la política internacional, las morbilidades maternas han sido un tema de reflexión, iniciando en la década de los setentas, cuando surgen en varios países programas de salud materno-infantiles; en las décadas siguientes, los compromisos y acuerdos fueron haciéndose más específicos e incluso algunos dieron como resultado acciones concretas para vigilar la salud materna en el mundo.

En el año 2000, en el marco de la cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, se fijó como uno de los Objetivos del Milenio: reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre el 2000 y el 2015.¹⁴ A partir de ese año, ha ido creciendo el interés por estudiar no solo la Muerte Materna MM, sino las Morbilidad Materna Extrema MME, la cual es considerada un indicador de calidad del cuidado materno. Una de las estrategias que propone la Organización Panamericana de la Salud – OPS¹⁵, para reducir en términos regionales la tasa de mortalidad materna y cumplir la meta es: vigilar la epidemiología de la Morbilidad Materna Extrema MME.

En 2015, México acuerda cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OD5) entre los cuales se estipula reducir la tasa mundial de mortalidad materna para el año 2030 a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos; además de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. Lo que implica que es importante se visibilicen los eventos previos a la muerte materna para llevar a cabo programas de salud que coadyuven a cumplir con estos objetivos*

Con la publicación del presente artículo buscamos aportar elementos para identificar el problema de la MME en mujeres mexicanas. En este orden de ideas, analizamos casos de mujeres atendidas durante 2012 a 2013, en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social; en la ciudad de Pachuca, Hidalgo. Todos los casos de las mujeres del estudio, fueron clasificados como Códigos Rojos.

METODOLOGÍA

Se efectuó un estudio transversal y retrospectivo, recolectando la información a partir de la base de datos de los Códigos Rojos de 135 mujeres atendidas por embarazo complicado en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1, IMSS, Hidalgo. El periodo revisado fue desde octubre 2012 a octubre 2013. Las pacientes fueron clasificadas como emergencia obstétrica identificando las causas directas e indirectas

* www.un.org/health/

que pudieron ocasionarla. Se elaboró una cédula conformada por 23 reactivos divididos en cuatro apartados: datos socio-demográficos; antecedentes gineco-obstétricos; datos relacionados con la causa obstétrica y secuelas derivadas de la misma. Para el análisis de la información se realizó estadística descriptiva de las variables, empleando el programa SPSS v.18.

Los resultados encontrados fueron clasificados en cinco puntos:

RESULTADOS

a) Características Sociodemográficas: uno de los objetivos de la investigación era identificar las características sociodemográficas de las mujeres atendidas durante el periodo de octubre de 2012 a octubre de 2013: edad promedio, tipo de afiliación al servicio, lugar de adscripción al servicio y lugar de origen. Cuadro 1.

Edad de las mujeres	> de 26 años 54%	< de 26 años 46%
Tipo de afiliación	Beneficiarias ¹ 58.1%	Trabajadoras 41.5%
Lugar de adscripción	HGZ y MF No.1 40.7%	Unidades foráneas 59.2%
Lugar de origen	Pachuca 56.3%	Otras localidades del estado de Hidalgo ² 43.7%
		Otros estados ³ 2.2%

Cuadro 1. Datos sociodemográficos relevantes.^A

¹ Son beneficiarias del servicio, porque sus parejas son trabajadores formales con seguridad social.

² 8.1% de las mujeres provenían de Ciudad Sahagún; 5.9% de Tulancingo y 5.2% de Zacuapán.

³ Del total de las mujeres 2.2% provenían del Estado de México y de Puebla.

La edad promedio fue de 26 años de edad. La mayoría eran originarias de la capital del estado, aunque un importante número era de otras localidades del estado de Hidalgo.

b) Características Gineco-obstétricas:

1. Número de gestas: De los 135 casos de mujeres del estudio, encontramos que las Morbilidades Maternas Extremas se presentaron tanto en mujeres que cursaban su primer embarazo, como en aquellas que han tenido varios eventos reproductivos: 45.2% eran primigestas y 54.8% multigestas. Figura 1.
2. Número de Hijos(as) Nacidos Vivos: Las mujeres que presentaron mayores complicaciones, morbilidades y secuelas fueron aquellas que tenían más de 3 hijos(as) nacidos vivos (71.9%); es decir, 97 de las pacientes (54 de ellas provenientes de la Ciudad de Pachuca y 43 de otras localidades). Las mujeres con menos de 3 hijos representan el

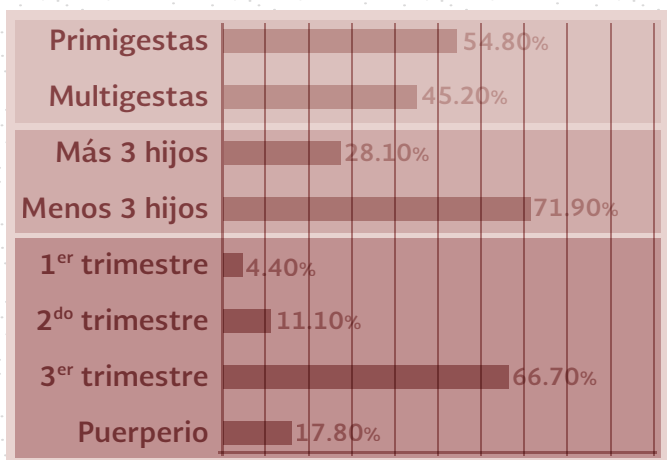


Figura 1. Características Gineco obstétricas de las mujeres del estudio.^Δ

28.1% de la muestra, que se traduce en 38 pacientes (22 de Pachuca y 16 foráneas).

3. Periodo en que se presenta la complicación: encontramos que durante el 3er Trimestre del embarazo se ubican la mayoría de los casos de complicaciones, representados por el 66.7% de la muestra; mientras que en el 1er trimestre fue del 4.4%, el 2do trimestre el 11.1% y el 17.8% de los casos se presentaron durante el puerperio.
4. Diagnóstico de ingreso: Las principales causas de ingreso fueron los trastornos hipertensivos con el 59.3% de los casos, seguidos por alteraciones placentarias con el 14.7%; embarazo ectópico 6.7%, abortos 2.2% y complicaciones después del nacimiento (puerperio) 17.8%. Es decir, las dos causas principales se presentan en dos momentos distintos, los trastornos hipertensivos durante el último periodo del embarazo y las complicaciones post-parto.
5. Intervención Quirúrgica y resolución del nacimiento: La mayoría de las mujeres fueron intervenidas quirúrgicamente, ya que 61.5% fueron sometidas a una cesárea de emergencia, mientras que a 10.4% de las mujeres se les hizo una laparotomía exploradora; a 9.4% se les realizó una ligadura hipogástrica; Figura 2.
6. Unidad de Cuidados Intensivos: El 39.3% de las mujeres ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos: 43.3% de ellas eran originarias de la Cd. Pachuca y 56.6% de otras localidades. Siendo las más afectadas las menores de 26 años de edad. Figura 3.

c) Causas obstétricas: De los 135 casos en el 83.7% el principal motivo de la MME fue por causas directas,

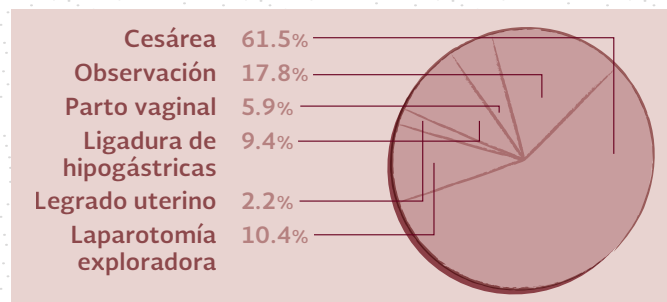


Figura 2. Resolución del embarazo en los casos del estudio.^Δ



Figura 3. Origen de las mujeres en relación a su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.^Δ

por causas indirectas el 16.2%. Las causas obstétricas directas fueron: preeclampsia 61.9%, hemorragia obstétrica 37.1% y sepsis 0.8%. Dentro de las causas obstétricas indirectas se encontró: miomatosis uterina 18.1%, hipertensión arterial crónica 18.1%, patología abdominal 13.6%, obesidad 9.0%, diabetes mellitus 4.5%, hipotiroidismo 4.5% principalmente. Figura 4.

En las causas obstétricas indirectas encontramos que la principal fue la hipertensión arterial crónica, miomatosis uterina, diabetes mellitus principalmente. Nuevamente las más afectadas por estas causas, fueron las que provenían de localidades fuera de la ciudad: 17 foráneas y 5 de Pachuca.

d) Secuelas de la MME: De las 135 mujeres, 120 (89%), presentaron secuelas y solo 15 (11%), no tuvieron secuelas. El 95% de los casos presentaron secuelas por causas obstétricas directas, mientras que el 5% por causas obstétricas indirectas.

Se clasificaron dos tipos de secuelas las agudas y las crónicas. Figura 5 y 6.

De las 120 mujeres que presentaron secuelas agudas 22 representando el 81.80%, quedaron afectadas por un padecimiento crónico y de estas 18 mujeres tuvieron que ser sometidas a la extirpación total o parcial del útero mediante una histerectomía obstétrica.

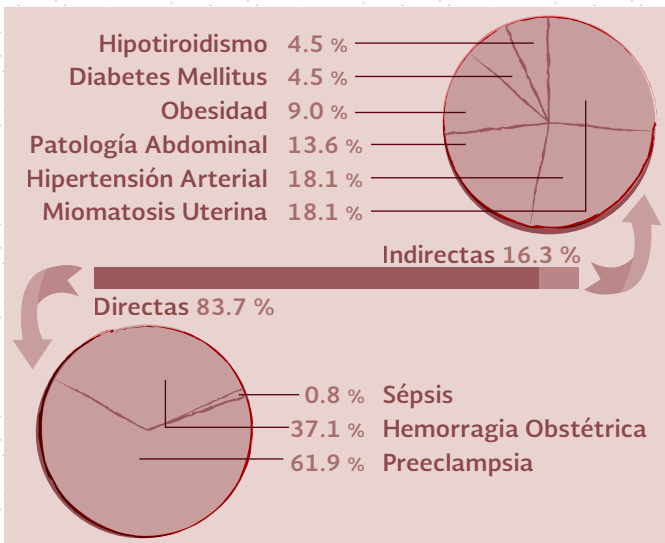


Figura 4. Causas obstétricas de la MME: Directas e Indirectas.^A

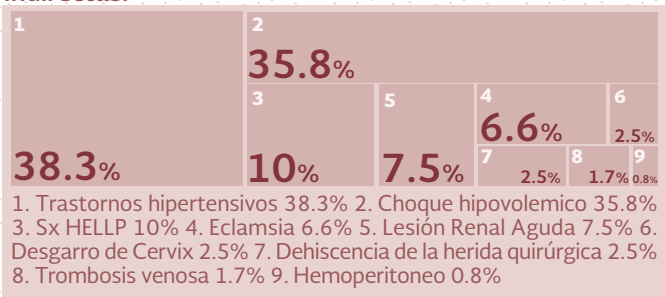


Figura 5. Secuelas Agudas de los casos del estudio.^A

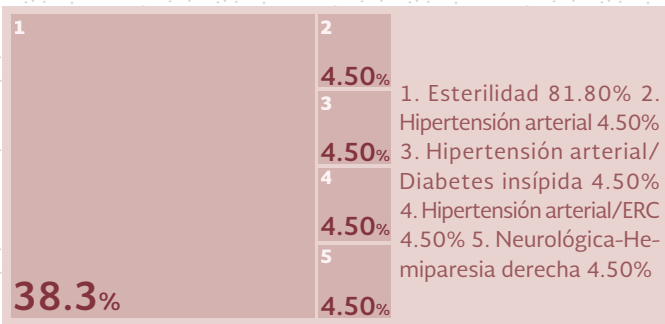


Figura 6. Secuelas crónicas de los casos del estudio.^A

DISCUSIÓN

El presente estudio fue realizado en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No 1, IMSS en Pachuca Hidalgo, del cual se seleccionaron los casos de MME, es decir, aquellos que fueron registrados como “embarazo complicado o emergencia obstétrica” y fueron clasificadas como Códigos Rojos del servicio de Toco-Cirugía del Servicio de Ginecología y Obstetricia de la unidad médica; durante el periodo de octubre 2012 a octubre 2013.

^AElaboración propia a partir de los datos recabados en la investigación, 2015.

El objetivo fue visibilizar y analizar la frecuencia, las causas que provocaron la morbilidad materna extrema, así como las principales secuelas derivadas de esta.

Los frecuencia de morbilidad materna extrema de 135 casos hallados en nuestra investigación; coinciden con los resultados de Ordaz-Martínez y colaboradores, en el estudio realizado en el año 2000 al 2004 en los Servicios de Salud del Estado de Morelos; donde la frecuencia de morbilidad materna extrema fue de 94 casos y con el de Mejía Monroy y col. en su trabajo realizado en 2010, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México donde se reportaron 221 casos.^{2,3}

Algunos estudios señalan que la edad de las mujeres es un factor de riesgo para la incidencia de las Morbidades Maternas; en nuestra investigación la variable “edad” mostró que el grupo más afectado fue el de mayor de 26 años, (54%) con una frecuencia de 76 casos. Estos resultados coinciden con un estudio similar realizado por Calvo-Aguilar y colaboradores, el cual, a partir de la revisión de expedientes clínicos de mujeres atendidas por embarazo en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso de los Servicios de Salud de Oaxaca entre enero y diciembre de 2009 en Oaxaca, fueron evaluados 9,178 expedientes de embarazadas, reportando una edad media 26.6 años de las pacientes con morbilidad materna extrema.¹²

Este indicador nos lleva a proponer que existe un mayor riesgo de presentar MME en mujeres en edad productiva; a diferencia de que algunos estudios biomédicos, como los de Velasco-Murillo y colaboradores,¹⁶ que sugiere, a partir de la revisión de 3553 defunciones maternas hospitalarias registradas en las unidades médicas del IMSS entre 1991 y 2005. Este análisis muestra que el riesgo más elevado de derivar en muerte materna por edad se presentó en mujeres de edad de 35 años y más, en tanto que el menor riesgo se observó en las adolescentes.¹³

Desde la perspectiva de la Antropología Médica,^{17,18} encontramos aportaciones que proponen que entre los factores que inciden en el riesgo de fallecer durante el proceso reproductivo (embarazo, parto, posparto) son permeados por desigualdades e inequidades en diferentes niveles, tanto estructurales, como locales e incluso comunitarias y familiares; es decir, las mujeres que fallecen al procrear son víctimas de las desigualdades de género, edad, generación y etnia, todas éstas influyen en el acceso a los servicios de salud y en la calidad de los mismos, lo que las coloca en condiciones de vulnerabilidad ante cualquier riesgo obstétrico y las lleva a la muerte por causas que podrían haberse prevenido.

En esta investigación, analizamos la procedencia de las mujeres que fueron atendidas en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 del IMSS en la capital

del Estado de Hidalgo; encontrando que la mayoría de mujeres que presentaron embarazos complicados o emergencias obstétricas y con ello MME, provenían de la zona urbana (Pachuca), es decir, tenían mayores posibilidades de acceder a los servicios médicos, tanto durante el embarazo (controles prenatales) como en la atención y resolución del parto y puerperio.

Sin embargo, encontramos que un importante número de casos atendidos en dicha unidad, eran mujeres que provenían de zonas rurales como Ciudad Sahagún, Tulancingo y Zacualtípán; fueron éstas últimas quienes presentaron mayores morbilidades crónicas, lo que puede estar indicando que no tuvieron acceso a los controles médicos durante el embarazo, o estos fueron superficiales y no lograron detectar los síntomas de una posible complicación, y que ante la complicación tuvieron que trasladarse a la capital del estado, para recibir una atención de emergencia.

Respecto al tipo de adscripción al servicio de seguridad social, encontramos que la mayoría de los casos, estaba formado por mujeres que eran beneficiarias del servicio, es decir, que recibían el servicio como prestación de sus parejas o familiares (58.1%), en este grupo encontramos que se presentaron mayores complicaciones y Morbilidades Maternas; mientras que el 41.5% eran mujeres trabajadoras; estas últimas, pudieron haber asistido a un mayor número de controles prenatales con el objetivo de recibir la incapacidad laboral. Sin embargo, no encontramos información respecto a esta variable que nos ayude a analizar los datos obtenidos, lo cual muestra algunos de los vacíos en el registro de la morbilidad materna extrema.

Algunas publicaciones antes referidas^{2,12}, realizadas en los estados de México y Oaxaca, reportan que las mujeres multigestas presentan mayor riesgo de complicaciones y morbilidades, considerando el tercer trimestre del embarazo como aquel en el que existe mayor riesgo de complicaciones. En nuestra investigación encontramos que el principal diagnóstico de ingreso de las mujeres fue por trastornos hipertensivos en un 59.3% (76 casos), este diagnóstico coincide con las aportaciones de la investigación de Ordaz-Martínez, realizados en el 2010 en Morelos en el cual explica que la principal causa al ingreso de mujeres embarazadas fue el conjunto clínico de: edema, proteinuria y trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio con 31.5%.¹²

Las principales causas de ingreso de las mujeres del estudio al Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 fueron los trastornos hipertensivos, mismos que se encuentran en las causas que provocaron la morbilidad materna extrema, llevándolas casi a la muerte: el 83.7% de la muestra (113 casos) presentaron causas obstétricas directas: pre-eclampsia 61.9% (70 casos),

hemorragia obstétrica 37.1% (42 casos) y sepsis 0.8% (1 caso). Estas causas, son consideradas prevenibles mediante la detección oportuna en los controles prenatales. Mientras que las causas indirectas encontradas fueron la hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, enfermedad cardíaca y enfermedad respiratoria las cuales son padecimientos que se relacionan a las diferentes condiciones de vida, las desigualdades sociales y económicas, entre ellas las actividades laborales, la alimentación, la pobreza y nuevamente la falta de acceso a los servicios de prevención y atención de la salud.

Las recomendaciones y referencias mencionadas en la introducción nos ayudan a vincular las políticas en salud y el panorama internacional de la salud materna, con el contexto nacional y local. El analizar la epidemiología de las Morbilidades Maternas Extremas nos indica la calidad de los cuidados maternos y nos dan indicadores para reducir la razón de muerte materna, además visibilizan las discapacidades y enfermedades



crónicas que son consecuencia de las complicaciones obstétricas. Las mujeres que han presentado Morbidades Maternas Extremas son sobrevivientes, ya que muchas de ellas son dadas de alta de las unidades médicas, con secuelas relevantes tanto agudas y crónicas.

En nuestra investigación encontramos que las secuelas agudas más comunes que presentaron estas mujeres, fueron: choque hipovolémico, síndrome de HELLP, eclampsia y lesión renal aguda. Las secuelas crónicas fueron la esterilidad quirúrgica (18 casos de mujeres con histerectomía obstétrica total o parcial), afectando a las mujeres mayores de 26 años, foráneas, beneficiarias, y multigestas; seguida de hipertensión arterial crónica y enfermedad renal crónica.

En estudios realizados en el HGZ y MF No1 Pachuca, Hidalgo encontramos que se analizan casos de mujeres que presentaron pre-eclampsia severa, eclampsia y síndrome de HELLP en alguno de sus embarazos y que tiempo después fueron atendidas por insuficiencia renal, es decir, el hecho de haber presentado falla renal aguda al final del embarazo aumenta cuatro veces el riesgo de presentar daño renal crónico; enfermedad que les impedía realizar sus actividades laborales, así como el cuidado de los hijos(as), y la formación de hogares y familias; se convirtieron en madres enfermas.¹⁹

La relevancia de realizar estudios sobre las Morbidades Maternas Extremas, radica no únicamente en identificar las causas y la frecuencia de las complicaciones que llevaron a las mujeres a estar al borde de morir, sino que es importante visibilizar las discapacidades y secuelas en la salud y la vida de las mujeres sobrevivientes.

Conclusiones

La morbilidad materna extrema afecta a un importante número de mujeres en nuestro país, mujeres en edad productiva y reproductiva; por ello la relevancia de la calidad y el acceso a los servicios de salud materna en el primer nivel de atención, encargado de la promoción a la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades.

El control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos que vigilan la salud materno-infantil, mediante este procedimiento es posible identificar la evolución del embarazo, prevenir las posibles complicaciones y en consecuencia reducir la incidencia de la morbi-mortalidad materna.

Uno de los aspectos a destacar, a partir de los resultados encontrados en este estudio, es el acceso a los servicios de salud, el cual es permeado por las diferentes desigualdades e inequidades que viven las mujeres. Los servicios de detección, prevención y atención oportuna de las complicaciones obstétricas

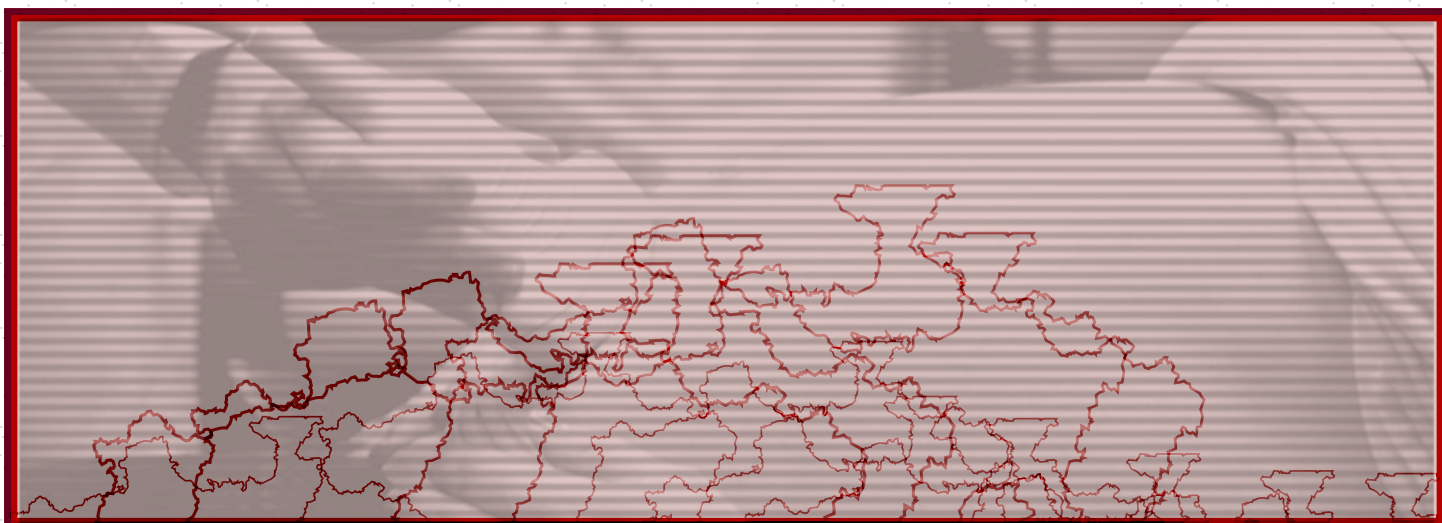
durante el control prenatal son primordiales para reducir los riesgos de las Morbidades Maternas Extremas. Al respecto encontramos estudios, como los de Rincón Cruz y Gachuz, en el 2012 en el Hospital General de Zona del IMSS en Pachuca Hidalgo, en el que se describe que a menor apego al control prenatal se incremento la frecuencia de presentar o exacerbar una complicación en el embarazo.²⁰

El control prenatal, no solo debe de ser promovido por las políticas en salud y por las instituciones, sino que debe de ser un servicio accesible y de calidad, que permita el apego al cuidado de la salud materna. En el ámbito de las instituciones de salud, sugerimos que el área de Orientación de Consejería, proporcione a las mujeres y sus parejas información clara, didáctica y accesible sobre los programas de planificación familiar, nutrición materna, orientación sexual, detección y atención de violencia en el embarazo, siendo éste uno de los factores de riesgo para la MME.

Al respecto, encontramos importantes estudios en México, realizados por el Instituto de Salud Pública, que muestran el incremento de diferentes tipos de violencia hacia las mujeres durante sus embarazos.²¹ Los resultados obtenidos en nuestra investigación sugieren por un lado, realizar campañas de concientización e información dirigidos a mujeres y hombres, que expliquen los posibles riesgos que implica un embarazo, con el objetivo de incentivarlos a asistir a los servicios de salud materna de manera oportuna (durante el embarazo, parto y postparto) y con ello coadyuvar a la reducción de la morbi-mortalidad materna; por otro lado, pensamos que es urgente establecer estrategias específicas y el desarrollo de programas para el control del embarazo complicado con un enfoque de riesgo; y en el caso de mujeres que presentaron complicaciones obstétricas (tales como hemorragias), acompañarlas de manera puntual, antes de su egreso, a acceder a un método de anticoncepción, ya que el presentar otro embarazo, podría significar un riesgo mayor de muerte materna. Es importante que las mujeres tengan, al ser dadas de alta, información y acceso a un buen seguimiento en la consulta de medicina familiar.

Es recomendable contar con una base de datos de "códigos rojos" que incluya información completa de los casos, ya que es una herramienta fundamental para identificar los factores de riesgo, y con ello aportar datos que permitan la ejecución de programas que ayuden a la reducción de la tasa de morbilidad materna mediante la atención prenatal oportuna y regular.

Esta investigación busca contribuir al debate en torno a las morbilidades maternas extremas y con ello, aportar elementos que ayuden a reducir su incidencia, frecuencia y secuelas; las MME afectan los cuerpos y las vidas de estas mujeres, sus parejas y familias.



REFERENCIAS

1. Say L, Pattinson RC, Gulmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: The prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reprod Health* 2004;1(1):3-4. [acceso 2016-01-27] Disponible en: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/1/1/3>
2. Calvo Aguilar O, Morales García V E, Fabián Fabián J. Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(12): 660-668.
3. Mejía A, Téllez G, González A. Morbilidad materna extrema (near miss) y muertes maternas. *Arch Invest Materno Infant* 2012; IV (3):146-53.
4. Quiroz-Huerta G, Tepetla CS, Cortés-Salazar C, Rojo-Contreras W, Morales-Andrade E. Morbilidad Materna extremadamente grave en el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz, 2012. *Rev CONAMED* 2015;20 (4): 160-73.
5. Fortney JA, Smith JB. Measuring maternal morbidity. En: Berer M, Ravindran TKS. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Oxford: Blackwell Science; 1999. p. 43-50.
6. Langer, Lozano y Hernández. Mortalidad materna, niveles y causas. En: Elú MC, Langer A. [coords.] *Maternidad sin riesgo en México*. México: CPMSR/ Instituto Mexicano de Estudios Sociales; 1994. p.23-30.
7. Sánchez Bringas A, Pérez-Baleón F. ¿Qué sabemos de la incidencia de la morbilidad materna en México? *Género y Salud en Cifras* [internet] 2014 (1) [acceso 2016-05-01]. Disponible en: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen12_1/que_sabemos_de_la_incidencia.pdf
8. Rincón C, Sánchez-Bringas A. Morbilidad materna y sus secuelas en un hospital de seguridad social de Pachuca, Estado de Hidalgo. En: Sánchez-Bringas A. [coord.] *Desigualdades en la procreación*. México: Xochimilco/Itaca; 2014. p.197-209.
9. Sánchez-Bringas A, Pérez-Baleón F. La morbilidad asociada al embarazo y su manejo en México. En: Sánchez-Bringas A. [coord.] *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*. México: UAM Xochimilco/Itaca; 2014. p. 71-103
10. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 (ENADID). México: INEGI; 2009.
11. Observatorio de Mortalidad Materna en México. [acceso 2015-05-01] Disponible en: <http://www.omm.org.mx/>
12. Ordaz-Martínez KY, Rangel R, Hernández Girón C. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el Estado de Morelos, México. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(7):357-64.
13. González-Rosales R, Ayala-Leal I, Cerda-López JA, Cerón-Saldaña MA. Mortalidad materna en el Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo Lafaurie durante un periodo de 10 años. *Ginecol Obstet Mex* 2010; 78(4):219-225.
14. Naciones Unidas. Noticias sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Internet] 2016; [acceso 2016-01-27] Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
15. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Internet] 2016; [acceso 2016-01-27] Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/
16. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E. Mortalidad materna en el IMSS, 1991-2005. Un periodo de cambios. *Rev Med Inst Mex Seguro Social* 2016; 44 (Supl 1), S121-S128.
17. Freyermuth EG. Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas. Un análisis desde la inequidad. Informe de desarrollo Humano en Chiapas, Documentos de trabajo. México: PNUD: 2010.
18. Freyermuth EG. Mortalidad Materna en México. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres. En: Sánchez-Bringas A. [coord.] *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*. México: UAM Xochimilco/Itaca; 2014.
19. Rincón-Cruz MC. De la preeclampsia a la insuficiencia renal: morbilidades post parto en mujeres derechohabientes del IMSS, Delegación Hidalgo, México. [Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, Mujer y estudios de género]. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco; 2013.
20. Rincón-Cruz MC, Gachuz T. Parto o cesárea y su relación con el apego al control prenatal. [mimeo] México: Hospital General de Zona No 1, IMSS, Pachuca Hidalgo; 2012.
21. Castro R, Ruíz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Saúde Pública* 2004; 38(1), 62-70.