

Morbimortalidad materna

JOSUÉ DAVID VACA KAHUT¹, ALIOSMY CORDERO GONZÁLEZ².

¹Universidad de Ciencias Médicas "Ernesto Che Guevara de la Serna", Pinar del Río, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: abordar la morbilidad materna teniendo en cuenta las causas y las consecuencias que trae para el recién nacido y para la madre.

Métodos: se realizó una revisión bibliográfica, se utilizaron 34 referencias bibliográficas.

Resultados: la mortalidad materna como indicador expresa el riesgo de morir durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes, por complicaciones obstétricas de la gestación, antes del embarazo o durante la gestación que no es producto de causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos del embarazo, la actualización, la capacitación del personal vinculado a la atención materna, la auditoría médica de los servicios obstétricos y el análisis de la morbilidad materna extremadamente grave, permiten analizar los casos obstétricos complicados para encontrar los factores relacionados y buscar soluciones que minimicen el riesgo para brindar una mejor atención a estas pacientes.

Conclusiones: la actualización y la capacitación continua del personal vinculado a la atención materna, la auditoría médica de los servicios obstétricos y el análisis de la morbilidad materna extremadamente grave en cada institución, permiten analizar los casos obstétricos complicados para encontrar los factores relacionados y buscar soluciones que minimicen el riesgo y conduzcan a brindar una mejor atención a estas pacientes.

Palabras clave: mortalidad materna; factores de riesgo; prevención.

INTRODUCCIÓN

Los indicadores de salud materno-infantil son considerados un reflejo del resultado de toda la situación de salud de un país. Representan el resultado de una sumatoria de factores económicos, educacionales, nutricionales y de acceso a redes de protección social. Existe actualmente la voluntad política de las naciones por considerar la mortalidad materna y del niño como una emergencia global (OPS, 1991). Esto ha sido expresado por diversas organizaciones internacionales como las Naciones Unidas (NU), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), UNICEF, Banco Mundial, como también por entidades creadas propiamente para estos fines, como la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño (1).

La situación materno-infantil adquiere por lo tanto características de emergencia epidemiológica, con necesidad de intervenciones urgentes a nivel mundial (WHO, 2015).

En la actualidad existe consenso mundial sobre: el valor social y humano del embarazo, parto y puerperio, tanto para la madre y el recién nacido; la prioridad de alcanzar una atención profesional del parto para cada nacimiento; el reforzamiento del acceso y del funcionamiento de los sistemas de salud; el fortalecimiento de alianzas con la sociedad civil para el logro de una cobertura universal de la atención profesional para la madre y del recién nacido.

La superación de las llamadas tres "demoras": decisión de consultar, acceso a instalaciones de salud adecuadas y la obtención de una atención adecuada, incluyendo la derivación a niveles de mayor complejidad, siguen siendo etapas a superar, para alcanzar niveles óptimos de salud para la madre y el niño (2-3).

Por cada mujer que muere por causas relacionadas con el embarazo, 30 sufren lesiones, infecciones y discapacidades, lo que supone aproximadamente 10 millones de mujeres cada año en el mundo. Se conoce que los casos de morbilidad materna extremadamente grave (MMEG) son de 5 a 10 veces más frecuentes que los de muerte materna en países desarrollados, mientras que, en los países subdesarrollados, esta relación puede ser tan alta como 117 casos por cada muerte materna (4).

En la última década, la identificación de casos con morbilidad materna extrema emerge como un prometedor complemento o una alternativa a la investigación de muertes maternas, especialmente en aquellos casos con mayor compromiso del estado de salud de la gestante. En los países industrializados la tasa de morbilidad materna varía de 3,8 a 12 por cada 1,000 nacimientos. En Latinoamérica existen pocos reportes al respecto, por eso se desconoce la magnitud real del problema, sólo se han encontrado estudios en Brasil y Cuba. 8-10. El 25% de las muertes maternas en el mundo suceden en mujeres adolescentes. En América Latina, el embarazo en la adolescente es un

factor que se asocia de forma independiente con mayor riesgo de adversidades durante el embarazo (2-3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la muerte materna constituye la mayor inequidad en salud que enfrenta la mujer de los países en desarrollo. La probabilidad de que una mujer muera por causas relativas al embarazo y parto a lo largo de su vida es más elevada en países de África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria. Según la OMS, la muerte materna constituye la mayor inequidad en salud que enfrenta la mujer de los países en desarrollo (1).

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria (2). La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países, pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana (3).

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes menores de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo (4).

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida (4).

Se estima que un 40% de las mujeres padecen alguna complicación durante el embarazo, parto y puerperio y que en un 15%, de dichas mujeres esas complicaciones ponen en riesgo su vida. Durante el 2015 se considera que ocurrieron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos en el mundo. Además, por cada mujer que muere al dar a luz, docenas sufren lesiones, infecciones o enfermedades (5-6).

Por países, se estima que más de un tercio de las muertes maternas mundiales de 2015 se produjeron en Nigeria y la India: 58 000 (19%) y 45 000 (15%), respectivamente. Sierra Leona tiene la mayor RMM estimada: 1360 (II80: 999 a 1980). Otros 18 países, todos ellos del África subsahariana, tuvieron RMM muy elevadas en 2015, con cifras estimadas que van de 999 a 500 muertes por 100 000 nacidos vivos. Los dos países con mayor riesgo estimado de muerte materna a lo largo de la vida son Sierra Leona, con un riesgo aproximado de 1 por 17, y el Chad, con un riesgo aproximado de 1 por 18. El riesgo estimado de muerte materna a lo largo de la vida en países con ingresos elevados es de 1 por 3 300, en comparación con 1 por 41 en los países de ingresos bajos (7-8).

En el África subsahariana la cifra estimada asciende al 2,0%, lo cual significa que la RMM indirecta relacionada con el sida es de 11 muertes por 100 000 nacidos vivos. En 2015 son cinco los países en los que las muertes maternas indirectas relacionadas con el sida son iguales o superiores al 10%: Sudáfrica (32%), Swazilandia (19%), Botswana (18%), Lesotho (13%) y Mozambique (11%) (9).

La consecución de la meta de los objetivos del desarrollo sostenible consistente en lograr una razón de mortalidad materna (RMM) mundial inferior a 70 necesitará una reducción media de la RMM mundial del orden del 7,5 % anual entre 2016 y 2030. Para ello será necesario que la tasa anual de reducción observada entre 1990 y 2015, del 2,3%, se multiplique por más de tres. La medición exacta de la mortalidad materna sigue constituyendo un reto inmenso, pero el mensaje general está claro: cada año siguen muriendo cientos de miles de mujeres debido a complicaciones del embarazo o el parto. Muchas de esas muertes no se contabilizan. (10) La labor para alcanzar la meta 3,1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y, en última instancia, acabar con la mortalidad materna prevenible requiere una ampliación de los esfuerzos y los progresos hechos en el contexto del objetivo del milenio. En los países que siguen teniendo numerosas muertes maternas habrá que acelerar los esfuerzos por salvar vidas y acoplarlos con los esfuerzos de los países por registrar con exactitud los nacimientos y las muertes, y las causas de estas. El fortalecimiento de los registros civiles y las estadísticas vitales contribuirán a los esfuerzos por obtener mediciones válidas y ayudarán a seguir los progresos hacia la consecución de la meta 3,1 de los ODS. En los países con una baja mortalidad materna general, el próximo reto consiste en medir y corregir las inequidades entre diferentes grupos de población. La nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente encabezará una mejor respuesta colaborativa mundial destinada a acabar con todas las muertes maternas prevenibles (11).

En Cuba la tasa de mortalidad materna (MM) del año 2015 fue de 41,6, para reducir los indicadores de muerte materna, se prioriza la superación continuada de carácter nacional sobre las principales causas de morbilidad y mortalidad materna. Como una de las estrategias para continuar disminuyendo este indicador, se reimpulsó el programa de reducción de morbilidad y mortalidad materna que se encuentra implementado y se vela por su cumplimiento en todo el país, este programa abarca desde la etapa preconcepcional, asegurando la educación en materia de salud sexual y reproductiva en todas las etapas de la vida, pero con un gran énfasis en los adolescentes. Enfatiza además en el acceso universal a los métodos anticonceptivos, garantizando que estos sean cada día más modernos con el objetivo de evitar embarazos no deseados, que llevan a las interrupciones voluntarias de embarazo y así mantener un aparato ginecológico sano y por tanto una fertilidad segura (12).

Durante el periodo del embarazo, parto y puerperio se le brinda una cobertura completa y calificada a la gestante. En la atención primaria de salud, mediante el programa del médico y la enfermera de la familia, se ha enfatizado en la identificación y seguimiento al riesgo reproductivo preconcepcional, y se está realizando una fuerte labor educativa para ganar en la responsabilidad individual ante el cuidado de la salud sexual y reproductiva. Sobre la cobertura de atención prenatal en Cuba, incluye 10 controles como mínimo, de ellos 4 realizados por el especialista de Ginecología y obstetricia. En el control que se realiza al programa se vela porque estos sean realizados con la periodicidad que están efectuados y que tengan la calidad requerida para la identificación oportuna de riesgos o desviaciones de la normalidad, las cuales puedan ser modificadas o corregidas (13).

De igual modo, teniendo en cuenta las principales causas de morbilidad y mortalidad materna se vienen realizando y controlando de manera sistemática una serie de medidas con el objetivo de continuar disminuyendo los indicadores. En ese sentido, se vigila y monitorea diariamente la morbilidad materna extremadamente grave y la mortalidad del país; y se discute técnicamente con participación de expertos, semanalmente, la morbilidad y la mortalidad reportada en el país, mediante el sistema de audioteleconferencias. Se realiza la discusión científica por una comisión de expertos nombrada por resolución ministerial de toda muerte materna, con todos los profesionales y directivos en la institución donde ocurra el hecho (14-15). Además, se realizan con frecuencia actividades de control, supervisión y auditorías por parte del Departamento Materno Infantil del MINSAP a aquellas provincias cuyos indicadores no cumplen el propósito del programa. Con el objetivo de reducir los indicadores de muerte materna, se prioriza además la superación continuada de carácter nacional sobre las principales causas de morbilidad y mortalidad materna, así como la actualización de todos los protocolos de actuación de Obstetricia y Perinatología (16).

El sistema de salud pública prioriza como una de las estrategias esenciales la promoción, educación y prevención de salud, que en este caso se enfoca en temas como el embarazo en la adolescencia, el riesgo preconcepcional, el embarazo ectópico y la infección puerperal, entre otros, concluyó el entrevistado (17).

La provincia de Pinar del Río, muestra una disminución de 5,9% en 1998 a 5,4% en el 2015 (Departamento Provincial de Estadística), y el municipio de Pinar del Río no ha quedado exento de este descenso, de ahí la importancia de la realización de este estudio, para profundizar en el tema y trazar estrategias encaminadas a lograr beneficios para la madre y el bebé.

La muerte materna (MM) como indicador expresa el riesgo de la mujer de morir durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la culminación del mismo. La tasa se entiende como la relación entre el número de defunciones maternas por las causas directas e indirectas, y la cantidad

de nacidos vivos por 100 000 en un área geográfica y en determinado período de tiempo. En su discurso ante la 67 Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza el 19 de mayo del 2014, Roberto Morales Ojeda Ministro de Salud Pública de Cuba, como presidente de la misma, plantea: La salud materna e infantil, en especial la MM, continúa como un tema pendiente de solución (18,19).

Se plantea que la única y principal intervención para tener una maternidad segura es garantizar que en cada parto haya un profesional competente con habilidades suficientes, y que en caso de que se presente una emergencia obstétrica se cuente con condiciones y transporte para el traslado a un centro de atención obstétrica de mayor capacidad resolutive en un corto periodo de tiempo (17). Por todo lo antes planteado los autores se proponen como objetivo abordar la morbilidad materna teniendo en cuenta las causas y las consecuencias que trae para el recién nacido y para la madre.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica, se utilizaron 34 referencias bibliográficas.

RESULTADOS

El análisis de la salud materna a nivel global evidencia la existencia de desigualdad social, falta de cobertura y acceso a los servicios sanitarios, lo que provoca anualmente la muerte de más de medio millón de mujeres por causas relacionadas con la maternidad y que 10 millones más de mujeres padezcan algún tipo de discapacidad reproductiva. La mayoría de las muertes y discapacidades son evitables si se cuenta con estrategias sociales de protección al proceso de la maternidad que incluye las condiciones de acceso al parto seguro, la atención prenatal y la cobertura ante emergencias obstétricas (16-17).

Causas principales de la mortalidad materna

A nivel internacional las muertes maternas se deben aproximadamente en 8% de los casos a causas directas; de ellas las cuatro causas principales son las hemorragias intensas habitualmente puerperales, las infecciones, que son por lo común septicemias, los trastornos hipertensivos del embarazo, generalmente eclampsia, y el parto obstruido, causado por complicaciones del aborto fallido en 13% de los casos (20).

Entre las causas indirectas, que representan 20%, se encuentran enfermedades que complican el embarazo, como anemia, paludismo, VIH/SIDA, enfermedades cardiovasculares y cuadros de abdomen agudo, que abarcan la apendicitis aguda complicada, la colecistitis aguda y la pancreatitis aguda, que empeoran el pronóstico.

Por otro lado, las causas por las que mujeres embarazadas en zonas rurales no acuden a la atención médica son el costo, el temor, el maltrato recibido por personal de salud, el tiempo de espera, la vergüenza y la distancia al centro asistencial más cercano, así como la importancia de reconocer la inoportunidad o el retraso en el diagnóstico y la instalación del tratamiento (19).

Las principales complicaciones causantes del 75% de las muertes maternas son:

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto).
- Las infecciones (generalmente tras el parto).
- La hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia).
- Complicaciones en el parto.
- Los abortos peligrosos.

Las hemorragias graves tras el parto pueden matar a una mujer sana en 2h si no recibe la atención adecuada (20). Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros y a una atención de calidad tras el aborto. El embarazo en la adolescencia constituye un factor de riesgo de muerte materna porque la madre tiene mayor riesgo de presentar parto obstruido, parto prolongado, preeclampsia y eclampsia, además de la inmadurez en la esfera reproductiva y en la atención al niño que presentan (21,22).

Las principales causas de morbilidad materna en Cuba son las hemorragias posparto, los trastornos hipertensivos, la enfermedad tromboembólica y la sepsis (23).

Hoy en día, la cesárea constituye la operación obstétrica más comúnmente efectuada. Es la más antigua y moderna de las operaciones y ha llegado a un grado de perfeccionamiento que motiva una confiabilidad excesiva y un uso irracional. El aumento del indicador de cesáreas es un problema a escala mundial y genera un aumento en la morbilidad y mortalidad maternas (24,25). La tradición médica occidental nace por cesárea y la evolución histórica de la operación cesárea ha cambiado sus indicaciones y esta transformación ha involucrado tanto al binomio madre-hijo como a la familia, a la profesión médica, y en opinión de los autores a las instituciones y a los sistemas de salud con la esperada repercusión social. En los últimos años en Cuba más del 40 % de las mujeres que dan a luz lo hacen mediante cesárea (26,27).

Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto

- La pobreza; la distancia; la falta de información; la inexistencia de servicios adecuados; las prácticas culturales.

Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario (28).

Factores de riesgo de la morbimortalidad

Los factores de riesgo son múltiples dentro de ellos se mencionan: multiparidad, embarazos no deseados, intervalo intergenésico corto, embarazo en la adolescencia, ausencia de control prenatal, desconocimiento de los signos de alarma del embarazo, parto y puerperio, demora en acudir al establecimiento de salud en busca de ayuda, la edad, entre otros. Sin embargo, también podemos

clasificarlos en factores de riesgo sociales, económicos, ambientales, educacionales, culturales, biológicos y otros. A continuación, se presentan los factores agrupados en (29).

Biomédicos: Hemorragia, complicaciones del aborto, hipertensión del embarazo, infección y complicaciones del parto.

Obstétricos indirectos: Malaria, hepatitis, anemia o enfermedad cardíaca postreumática, tuberculosis, diabetes, anemia y desnutrición, entre otros.

Económicos: Una población sin empleo -o subempleada- carece de los ingresos necesarios para acceder a un mínimo de bienestar en salud y satisfacer otras necesidades como educación y alimentación.

Vivienda y servicios básicos: Las malas condiciones del piso, techo, iluminación y ventilación; el escaso número de habitaciones, escasa disponibilidad de agua potable y alcantarillado, favorecen la aparición de riesgos asociados a patologías comunes.

Educación: Las tradiciones, creencias, hábitos y costumbres de los habitantes ejercen gran influencia sobre el estado de salud de las personas.

Sociales: La condición social, la educación, el estilo y la calidad de vida de las familias influyen en el proceso salud-enfermedad de las mujeres embarazadas. Los factores sociales que condicionan la salud de los habitantes son:

- Ambiente. Tiene una gran influencia sobre nuestro bienestar y es de dos tipos: el ambiente asociado a la pobreza extrema y el ligado al desarrollo e industrialización.
- Estado de salud. Dado por la conducta y los cuidados de la salud, por ejemplo, la anemia puede ser el resultado de falta de dinero (estado socioeconómico) o de hábitos alimentarios deficientes.
- Accesibilidad y calidad de la atención de salud. El acceso deficiente a una atención de salud de calidad, por razones de transporte, costo o por las características de los servicios disponibles, tiene gran impacto sobre la salud materna.
- Comportamiento en materia de procreación. Son las relaciones entre la muerte materna y condiciones como la edad, paridad, intervalo intergenésico y deseo del embarazo, entre otros.
- Mujeres que viven solas o que no reciben Ayuda.

Uno de los factores que incide en un mayor riesgo de muerte durante el embarazo, parto o puerperio es la edad, que sumada a ciertas condiciones nutricionales y de estado físico en general potencializan dicho riesgo, la edad materna avanzada se asocia en nuestro medio a más patología gestacional, mayor tasa de resolución del embarazo vía cesárea, sobre todo en mujeres primíparas.

Los estados hipertensivos del embarazo, la diabetes gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, nacimiento por cesárea, puntuación baja de APGAR, muerte perinatal y el peso bajo al nacer son

ejemplos de eventos adversos que son asociados con la edad avanzada, por lo que las mujeres mayores de 30 años tienen un mayor riesgo de experimentar una muerte materna, a pesar de que este grupo tiene un menor aporte en el total de nacimientos (2-3).

Indicadores para medir la muerte materna

El indicador más común en la descripción del riesgo de muerte por embarazo es la razón de mortalidad materna (RMM), ésta requiere información sobre el número de muertes maternas (el numerador) y el número de nacidos vivos (el denominador) para cada grupo y período que se comparan.

Razón de mortalidad materna:

$RMM = \frac{MM \text{ (directas o indirectas)}}{\text{no de nacidos vivos}} \times 100 \text{ 000 habitantes}$

Tasa de mortalidad materna:

$TMM = \frac{\text{Muertes maternas (directas o indirectas/no de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años)}}{\text{no de mujeres en edad fértil}} \times 100 \text{ 000 habitantes}$

El uso de la mortalidad como indicador para evaluar la calidad de la atención médica no es algo nuevo.

Lemberck, en 1952, propuso estudiar algunas causas de muerte que podrían reflejar la acción de los servicios de salud. En 1960 surgió la idea de que algunas muertes podían evitarse debido a que sus causas eran tratables de manera efectiva; también se documentó que estas defunciones estaban relacionadas con la calidad de los servicios, ya fuera terapéuticos o preventivos, y que, por lo tanto, no debieron ocurrir (29).

Los autores sugieren considerar diversos elementos, entre los cuales destacan observar las variaciones geográficas a través del tiempo.

A nivel internacional existe el consenso de utilizar tres indicadores para cuantificar la MM de un país o región: la tasa de mortalidad materna (TMM), el riesgo de defunción materna (RDM) a lo largo de la vida adulta y la RMM. Esta última se utiliza más para evaluar las políticas públicas en torno al tema y la evolución de la MM, ya que el denominador con el cual se construye (nacidos vivos) es el indicador más próximo de la población en riesgo (6).

Acciones preventivas para evitar la muerte materna

La OMS, la UNICEF y la FNUAP recomiendan que los principales tipos de asistencia

para hacer efectiva la atención materno infantil deban incluir:

- Control prenatal oportuno y programado a cargo de personal entrenado.
- Evitar el embarazo no deseado entre niñas y adolescentes jóvenes, desde los 10 a los 19 años de edad, que tengan medidas de prevención tales como el uso adecuado del preservativo para prevenir enfermedades transmisibles, venéreas y embarazos no deseados.
- Tratamiento médico de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el aborto, tales como hemorragia,

septicemia, complicaciones del aborto, preeclampsia y eclampsia.

- En comparación con las mujeres de más edad, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.
- Mantener una dieta sana y equilibrada durante el embarazo con una cantidad adecuada de energía, proteínas, vitaminas y minerales obtenidos mediante el consumo de diversos alimentos, entre ellos verduras, hortalizas, carne, pescado, legumbres, frutos secos, cereales integrales y fruta.
- Obtener cuidados prenatales regulares desde temprano. Factor importante de prevención de la morbi mortalidad materna.
- Aumentar de peso suficientemente. Los profesionales de la salud recomiendan que una mujer de peso normal aumente entre 25 y 35 Libras.
- No fumar. Las mujeres que fuman tienen bebés más pequeños que las que no lo hacen. La exposición al humo de otros fumadores también puede reducir el peso de nacimiento del bebé.
- Evitar las bebidas alcohólicas y las drogas ilícitas, como también todo tipo de droga que no haya sido recomendada por un médico que sepa que está embarazada.

Al aplicar sistemáticamente intervenciones en mujeres fértiles y embarazadas se mejoran sus conocimientos y se logra que sean capaces de identificar los factores que influyen en la mortalidad materna. Se deben realizar actividades educativas con toda embarazada, adaptado a las características propias de cada una de ellas, para mejorar los conocimientos de los riesgos y la calidad de vida de ellas y de sus futuros hijos (11-12).

CONCLUSIONES

La muerte materna constituye un importante problema de derechos humanos, de equidad de género y de justicia social, aunque el embarazo y el parto son procesos considerados fisiológicos, en ocasiones se presentan complicaciones que pueden incluso, comprometer la vida. La interpretación de estos procesos sigue siendo un objetivo importante para todo personal de salud que brinda atención a una paciente obstétrica, por lo que perfeccionar los servicios que salvan vidas, brindar una atención integral, oportuna y de calidad a la gestante, se hace imprescindible.

La actualización y la capacitación continua del personal vinculado a la atención materna, la auditoría médica de los servicios obstétricos y el análisis de la morbilidad materna extremadamente grave en cada institución, permiten analizar los casos obstétricos complicados para encontrar los factores relacionados y buscar soluciones que minimicen el riesgo y conduzcan a brindar una mejor atención a estas pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brown HL, Small M, Taylor YJ, et al. Near miss maternal mortality in a multiethnic population. *Annals of epidemiology*. 2014;21(2): 73-7. Citado en PubMed; PMID: 21184949.
2. Galvao LP, Alvim-Pereira F, De Mendonca CM, et al. The prevalence of severe maternal morbidity and near miss and associated factors in Sergipe, Northeast Brazil. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14(1):25. Citado en PubMed; PMID: 24433516.
3. Grobman WA, Bailit JL, Rice MM, et al. Frequency of and Factors Associated with Severe Maternal Morbidity. *Obstetrics & Gynecology*. 2014;123(4):804-810. Citado en PubMed; PMID: 24785608.
4. Organización Mundial de la Salud ¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto [Internet]? Ginebra: OMS [citado 18 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/12/es/index.html>
5. Corona Miranda B, Pérez Jiménez D, Espinosa Díaz R, Álvarez Toste M, Álvarez Sergio S. Caracterización de los procesos de atención prenatal a las gestantes con morbilidad materna extremadamente grave. *Rev cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2015 Abr [citado 2018 Feb 02]; 53(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032015000100002&lng=es.
6. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico 2015 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2016 [citado 16 May 2016]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf
7. OPS. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación [Internet]. EE UU: ÑOPS; 2014 [citado 16 May 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=267-plan-de-accion-para-acelerar-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-grave-cd51-12&Itemid=219&lang=es
8. Acevedo Rodríguez O, Sáez Cantero V, Pérez Assef A, et al. Caracterización de la morbilidad materna severa en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2014 abr.-jun [citado 19 Mayo 2016];38(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200002
9. Álvarez Tosté M. Morbilidad materna extremadamente grave. Generalidades. En: *La morbilidad materna extremadamente grave, un reto actual para la reducción de la mortalidad materna*. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. p. 13-23.
10. Sempér González AÍ, Segredo Pérez AM, Hernández Nariño A. Calidad de la atención a la morbilidad materna extremadamente grave. Estudio preliminar. Hospital Ginecobstétrico Provincial. Matanzas 2016. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2017 [citado 29 Ene 2017];39(1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1928>
11. Ronsmans C, Gram WJ. Maternal Mortality: who, when, where and why. *The Lancet* [Internet]. 2015 [citado 6 Jun 2016];368(9542):1193. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2806%2969380-X/abstract>
12. Maine D, Rosenfiel A. The AMDD program: history, focus and structure. *Internat J Obstet Gynecol*. 2014;74(2):99-103. Citado en PubMed; PMID: 11502285.
13. Morales Ojeda R. Discurso ante la 67ª Asamblea Mundial de la Salud. Actas de 67ª Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS;2014 [citado 9 May 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9603%3A2014-roberto-morales-ojeda-president-of-the-67th-world-health-assembly&catid=6901%3A-67-wha-speeches&Itemid=1926&lang=es
14. Ministerio de Salud Pública. Calidad de las estadísticas de mortalidad materna. 2013 Informe de investigación. La Habana: MINSAP; 2015.
15. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados. Cuba, 2014. Informe Final. La Habana: MINSAP; 2015.
16. Segredo Pérez AM. Clima organizacional en la gestión del cambio para el desarrollo de la organización. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado 23 Jun 2016];39(2): 385-93. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200017&lng=es
17. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. En: 26 Conferencia sanitaria panamericana. 54ta. sesión del Comité Regional. 2014 Sept 23-27 [Internet]. Washington DC: OPS/OMS; 2014 [citado 9 May 2016]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-inf5-s.pdf>
18. Águila Setién SI. Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2014 Jun [citado 19 May 2016];38(2):281-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200015&lng=es
19. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna Nota descriptiva N°348 [Internet]. Ginebra: OMS [citado 15 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
20. Machado Quiala Y, Jardines Acosta J, Díaz García I, et al. Morbilidad materna por pérdida masiva de sangre en el Hospital Ginecobstétrico "Tamara Bunke Bider". *MEDISAN* [Internet]. 2013 Mayo [citado 19 May 2016];17(5):792-801. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-192013000500007&lng=e
21. Cabezas Cruz E. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. *Rev cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2014 [citado 5 May 2016];28(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000100001&lng=es&nrm=iso&tling=es
22. Gómez Jiménez CA, Hernández Díaz M, Jiménez Cardoso J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Revisión bibliográfica. *Gaceta Médica Espirituana* [Internet]. 2014 [citado 5 May 2016];9(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(1\)_18/resumen.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(1)_18/resumen.html)
23. Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. *Rev cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2015 [citado 5 May 2016];26(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2000000200006&lng=es
24. Nápoles Méndez D, Piloto Padrón M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. *MEDISAN* [Internet]. 2014 [citado 16 Abr 2016];16(10):1579. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_10_12/sansu%201012.html
25. Piloto Padrón M, Nápoles Méndez D. Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva. *Rev Cubana de Ginecol Obste* [Internet]. 2014 [citado 28 abril 2016];40(1):35-47. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40_1_14/gin05114.html

26. Hiralda Martínez JL, Pérez Pupo AS, Velázquez González VA. Comportamiento de la cesárea en pacientes del Hospital Vladimir Ilich Lenin de Holguín. CCM [Internet]. 2015 [citado 6 Jun 2016];19(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000400003
27. Suárez López L, Campero L, Vara-Salazar E, et al. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. Salud Pública de México [Internet]. 2013 [citado 2 Jul 2014];55(Sppl2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000800020&script=sci_arttext
28. Vázquez Cabrera J. Cesárea Análisis crítico y recomendaciones para disminuir su morbilidad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
29. Frenk J, Gómez-Dantés O. ¿Atención a la salud o la enfermedad? Restableciendo el equilibrio. Salud Pública Mex [Internet]. 2016 Ene [citado 22 Mar 2016];58(1). Disponible en: <http://saludpublica.mx/insp/index.php/spm/article/view/7673/10500>

Maternal morbimortalidad

ABSTRACT

Objective: to address maternal morbidity and mortality taking into account the causes and consequences it brings to the newborn and to the mother.

Methods: a bibliographic review was carried out; 34 bibliographic references were used.

Results: maternal mortality as an indicator expresses the risk of dying during pregnancy or within 42 days, due to obstetric complications of pregnancy, before pregnancy or during pregnancy that is not the product of direct obstetric causes, but is aggravated by the effects of pregnancy, updating, the training of personnel linked to maternal care, the medical audit of obstetric services and the analysis of extremely severe maternal morbidity, allow us to analyze complicated obstetric cases to find the related factors and look for solutions that Minimize the risk to provide better care to these patients.

Conclusions: the updating and continuous training of personnel linked to maternal care, the medical audit of obstetric services and the analysis of extremely serious maternal morbidity in each institution, allow us to analyze complicated obstetric cases to find the related factors and find solutions that minimize the risk and lead to provide better care to these patients.

Keywords: maternal mortality; risk factor's; prevention.