

Determinación social de la morbilidad materna en pacientes diagnosticadas en la atención hospitalaria, 2015-2020

Social determination of maternal morbidity in patients diagnosed during hospital care, 2015-2020

Daimarelis Guerra del Valle^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-8439-4996>

Mireya Álvarez Toste² <https://orcid.org/0000-0001-5531-2720>

Yanet Olivares Giraudy¹ <https://orcid.org/0000-0003-4292-8248>

Indira López Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0002-4480-3492>

Gisselle Brito Alvarez¹ <https://orcid.org/0000-0003-2059-5366>

Amarilys Jiménez Chiquet³ <https://orcid.org/0000-0001-5768-7913>

¹Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

²Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. Cuba

³Ministerio de Salud Pública, Departamento de Enfermedades No Transmisibles. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: daimarelisg@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La morbilidad materna extremadamente grave pone en riesgo la vida de la mujer, requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.

Objetivo: Identificar los determinantes sociales de la salud que repercuten en la morbilidad materna extremadamente grave en pacientes diagnosticadas en la atención hospitalaria en la Habana

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal realizado entre 2015 y diciembre 2020. El universo de estudio estuvo constituido por 151 gestantes o puérperas



diagnosticadas con morbilidad materna extremadamente grave en la atención hospitalaria, en la provincia La Habana, en el periodo comprendido entre enero de 2015 a diciembre 2020.

Resultados: Pertenecieron al municipio La Lisa 45,7 % del universo de estudio, 56,9 % fueron histerectomizadas y hoy sufren secuelas. Predominó la sepsis puerperal como causa básica de la morbilidad materna extremadamente grave (30,5 %) y la infección vaginal (23,8 %) como enfermedad presente durante la gestación. Pertenecía al grupo de edad óptimo para el embarazo 47,7 %, el nivel de escolaridad, 29,1 % eran técnico medio y 53,0 % eran trabajadoras. **Conclusiones:** Dentro de los determinantes sociales de la salud identificados predominan los relacionadas con los servicios de salud, que pudieron haber contribuido a la aparición de la morbilidad materna extremadamente grave en las pacientes estudiadas.

Palabras clave: morbilidad materna extremadamente grave; mortalidad materna; determinantes sociales de la salud; atención hospitalaria.

ABSTRACT

Introduction: Extremely severe maternal morbidity poses a risk to women's lives, requiring immediate care to prevent death.

Objective: Identify the social determinants of health affecting extremely severe maternal morbidity in patients diagnosed during hospital care in Havana.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted from January 2015 to December 2020. The study universe was 151 pregnant or puerperal women diagnosed with extremely severe maternal morbidity during hospital care in the province of Havana from January 2015 to December 2020.

Results: Of the study universe, 45.7% were from the municipality of La Lisa, whereas 56.9% were hysterectomized and have sequels at present. A predominance was found of puerperal sepsis as the leading cause of extremely severe maternal morbidity (30.5%) and vaginal infection (23.8%) as a condition present during pregnancy. Of the sample studied, 47.7% were of an optimal age for pregnancy, 29.1% had completed intermediate technical education, and 53.0% were workers.

Conclusions: Among these social determinants a predominance was found of those related to healthcare services, which may have contributed to extremely severe maternal morbidity in the patients studied.

Key words: extremely severe maternal morbidity, maternal mortality, social determinants of health, hospital care.

Recibido: 20/4/2021

Aprobado: 23/6/2021

Introducción

La determinación social es un esfuerzo latinoamericano por construir una corriente de pensamiento que aborda la salud como un proceso.⁽¹⁾

Son representativos de estas visiones *Leavell* y *Clark*, quienes consideran la salud-enfermedad como equilibrio biológico en los individuos; lo social se entiende como la sumatoria de individuos, la enfermedad o la salud dependen de grupos de factores de riesgo aislados que se articulan de cierta manera en cada enfermedad.⁽¹⁾

El enfoque desde la determinación social considera que el estado individual de la salud, equilibrio/desequilibrio, es una construcción compleja y multidimensional, determinada por tres escalas o dominios de la realidad: *la realidad general* que comprende los contextos históricos-territoriales, *la realidad particular* definida por los modos de vida de las comunidades y *la realidad singular* que se puede describir por los 'estilos de vida'.⁽²⁾

En la Carta de Ottawa se destacan determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.

El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud.⁽³⁾

Los determinantes del estado de salud de la población abarcan los factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y por supuesto, los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud.⁽³⁾

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, en el año 2008 definió a los determinantes sociales de la salud como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud".⁽³⁾

El análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la OMS y de los ministerios

de Salud de varios países. Es, además, un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología.⁽³⁾

La investigación sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) renació con fuerza a inicios del año 2001 para llamar la atención a los gobiernos sobre las causas de las desigualdades de la salud.⁽⁴⁾

Desde este punto de vista, la salud como objeto complejo no puede entenderse al margen de las fuerzas históricas que actúan en las sociedades y sobre los conjuntos sociales, que estructuran determinados modos de vida (colectivos) en los que se oponen procesos protectores y procesos destructores o malsanos.⁽⁵⁾

Para estudiar y explicar la determinación social de la salud en Cuba, hay que partir de la premisa de que la salud es una política de Estado. Tanto en la Constitución de la República, como en la Ley de la Salud Pública vigente, se refrenda que todos los ciudadanos gozan de iguales derechos y que el Estado cubano consagra el derecho conquistado por la Revolución de que todos los ciudadanos reciban asistencia en todas las instituciones de salud.⁽⁶⁾

La mortalidad materna (MM) es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres, prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.⁽⁷⁾

El comportamiento epidemiológico en cuanto a MM es elevado en países en desarrollo, con una razón de 290 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 14 por cada 100 000 nacimientos. Existen grandes diferencias entre los países, algunos tienen razones de mortalidad materna extremadamente altas, incluso superiores a 1 000 por cada 100 000 nacidos vivos; en cambio, otras regiones poseen cifras bajas de 70 por cada 100 000.⁽⁸⁾

Las muertes maternas se producen por complicaciones obstétricas, como la hipertensión durante el embarazo e infecciones y hemorragias graves durante el parto o el posparto, y cada vez con más frecuencia se deben a una enfermedad o trastorno preexistente que se agrava por los efectos del embarazo.⁽⁹⁾

Existe un interés creciente en el análisis de la morbilidad materna extrema como indicador de calidad del cuidado materno. La vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema, es una de las estrategias propuestas dentro de las acciones regionales

de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) para lograr reducir la tasa de mortalidad materna. ⁽¹⁰⁾

El análisis del contexto en el que las mujeres viven constituye una pieza fundamental en la caracterización del problema. Se sabe que el contexto, expresado a través de sus múltiples facetas (políticas, socioeconómicas, culturales, territoriales e institucionales, entre otras), es un potente determinante que explica la variación de los indicadores de salud. ⁽¹¹⁾

Se ha definido como morbilidad materna extremadamente grave (MMEG), toda complicación que ponga en riesgo la vida de la mujer durante la gestación, parto o dentro de los 42 días posteriores al nacimiento, debido a cualquier etiología relacionada o agravada por el embarazo o como consecuencia de su atención, con exclusión de las causas incidentales o accidentales, de la que sobrevive por el tratamiento instituido o por el azar. ⁽¹²⁾

Cuba ha alcanzado importantes logros en materia de mortalidad materna. Sin embargo, este indicador aún se encuentra dentro de los tres grandes grupos de causa de mortalidad en el país; dado por causas perinatales y nutricionales, con un incremento por trastornos hipertensivos y trastornos placentarios, que son causas de MMEG.

Las investigaciones realizadas desde el nivel nacional y hasta el nivel local han estado encaminadas a develar los factores de riesgo que inciden en la MMEG y sus consecuencias.

A pesar de las numerosas investigaciones que han sido generadas, dentro y fuera del país, en materia de determinantes sociales de la salud, no se encuentran evidencias del uso de este enfoque en el análisis de la MMEG, con vistas a lograr intervenciones en aras de su prevención y disminución de la MM.

Por tanto, se hace necesario profundizar en aquellos determinantes del proceso de determinación social que pudieran contribuir a la aparición del estado mórbido de la mujer gestante.

La MMEG en pacientes diagnosticadas en la atención hospitalaria en La Habana, no se encuentra documentada desde el enfoque del proceso de determinación social de la salud, lo que motivó a realizar la siguiente investigación con el objetivo de identificar los determinantes sociales de la salud que repercuten en la morbilidad materna extremadamente grave en pacientes diagnosticadas en la atención hospitalaria en la Habana

Métodos

Estudio descriptivo transversal realizado entre enero 2015 a diciembre de 2020. El universo de estudio estuvo constituido por 151 gestantes o puérperas diagnosticadas con morbilidad materna extremadamente grave en la atención hospitalaria, en La Habana, según los criterios de clasificación definidos por la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) y la OMS.⁽¹³⁾

Criterios

Presencia durante el embarazo, parto o puerperio inmediato de una o más de las condiciones descritas a continuación:

Grupo I: los relacionados con síntomas y signos clínicos de la enfermedad específica (eclampsia, choque hipovolémico, choque séptico).

Grupo II: los relacionados con la falla o disfunción orgánica (trastornos de la coagulación, disfunción cardiaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria).

Grupo III: los relacionados con la atención médica del caso: ingreso en UCI (excepto para estabilización hemodinámica electiva), cualquier intervención quirúrgica de emergencia en el posparto, poscesárea o posaborto (histerectomía), transfusiones de tres o más unidades de sangre o plasma relacionadas con el evento agudo.

Se revisó y estudió el modelo propuesto por investigadores del Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología (INHEM), que fue utilizado para identificar los determinantes intermedios y estructurales que pudieron contribuir a la aparición de la MMEG en pacientes diagnosticadas.^(6,8)

Se revisaron los principios, conceptos y supuestos metodológicos, propuestos por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS. Estos aspectos fueron enriquecidos con los documentos discutidos en la conferencia mundial celebrada en Rio de Janeiro y en la Declaración política de dicha conferencia.^(8,12)

Se estudiaron en el proceso de determinación social de la MMEG, las siguientes variables:

Determinante daño en salud: se estudiaron según criterios de inclusión de la OMS las enfermedades presentes durante la gestación actual, causa básica de la MMEG, secuelas provocadas por la histerectomía total o parcial y la tasa de letalidad.

Determinantes intermedios: factores biológicos, conductuales y del comportamiento: edad y consumo lícito e ilícito y variables relacionadas con los servicios de salud: trimestre de la captación del embarazo, número de controles prenatales, vía del parto, edad gestacional en el momento del diagnóstico de la MMEG y momento de la complicación.

Determinantes estructurales: área de residencia, nivel de escolaridad, tipo de ocupación, estado civil y salud reproductiva, esta última medida a través de la paridad.

Se aplicó como técnica de búsqueda y recolección de la información, la revisión documental; mediante una amplia y profunda revisión bibliográfica acorde al tema objeto de estudio en base de datos como Medline, LILACS y Pubmed.

Las fuentes para la obtención de la información fueron:

- Formulario de recogida de datos, validado por expertos y utilizado en la obtención de la información en el desarrollo del proyecto nacional de vigilancia de la MMEG.
- Registros de ingresos de las unidades de cuidados intensivos (UCI), salas de cuidados perinatales, registros estadísticos de servicios de banco de sangre y registros de los comités de morbilidad de las instituciones donde fueron hospitalizadas las pacientes objeto de estudio.
- Historias clínicas y carnet obstétrico de las gestantes o puérperas que por su condición fueron diagnosticadas con MMEG.

Todos los datos obtenidos correspondientes a las variables de interés fueron procesados desde la base de datos confeccionada en Excel. Se calcularon índices y porcentajes como indicadores necesarios para darle salida a las variables de estudio.

Resultados

Daño en salud: morbilidad, mortalidad, letalidad y discapacidad

La figura muestra el comportamiento de la MMEG en La Habana en el período de estudio (2015-2020). Se observa una tendencia al incremento, con mayores tasas de incidencia en los años 2017 y 2020, donde este último supera a la de todo el período (7,1 por 10 000 nacidos vivos).

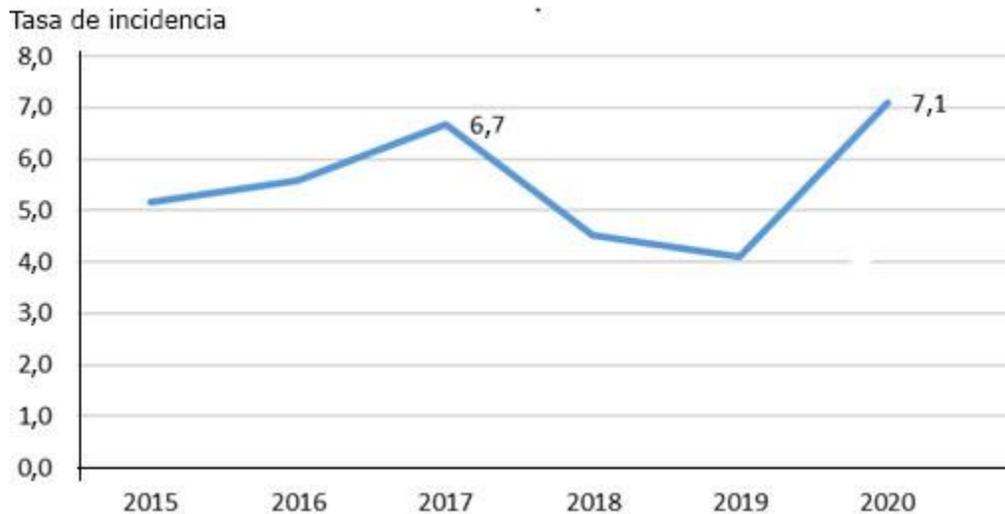


Fig. - Comportamiento de la morbilidad materna extremadamente grave.

La tabla 1 muestra que predominaron las pacientes que requirieron manejo instaurado con predominio de la cirugía en 86 pacientes (56,9 %), que fueron histerectomizadas ya sea de forma parcial o total. El segundo criterio que predominó fue el ingreso en UCI (41, 7 %) en 63 pacientes. Según enfermedad específica predominó el choque séptico en 25 pacientes (16,5 %), seguido de la eclampsia en 21 (13,9 %).

Tabla 1 - Pacientes con morbilidad materna extremadamente grave según criterios de clasificación

| Grupos según criterios | No. | % |
|------------------------------------|-----|------|
| Enfermedad específica | | |
| Eclampsia | 21 | 13,9 |
| Choque séptico | 25 | 16,5 |
| Choque hipovolémico | 19 | 12,6 |
| Fallo o disfunción orgánica | | |
| Cardíaca | 6 | 4,0 |
| Renal | 7 | 4,6 |
| Hepática | 2 | 1,3 |
| Respiratoria | 4 | 2,6 |
| Cerebral | 2 | 1,3 |
| Coagulación | 3 | 2,0 |
| Manejo instaurado | | |
| Unidad de cuidados intensivos | 63 | 41,7 |
| Transfusión | 59 | 39,1 |
| Cirugía | 86 | 56,9 |

En la tabla 2 se aprecia que, entre las causas básicas de la MMEG, predominó la sepsis puerperal en 46 (30,5 %), seguido de la atonía uterina en 41 (27,1 %) de los casos estudiados.

Sin embargo, la eclampsia, causa fundamental para la MMEG, según refiere la literatura, aquí solamente representó el 13,9 % de las pacientes estudiadas.

Tabla 2 - Causa básica de la morbilidad materna extremadamente grave

| Causa básica de la MMEG | No. | % |
|---|-----|------|
| Atonía uterina | 41 | 27,1 |
| Acretismo placentario | 37 | 24,5 |
| Embarazo ectópico | 7 | 4,6 |
| Hematoma de la pared | 8 | 5,3 |
| Dehiscencia y hematoma de histerorrafia | 12 | 7,9 |
| Deslizamiento de la ligadura quirúrgica | 4 | 2,6 |
| Sepsis puerperal | 46 | 30,5 |
| Infección respiratoria | 1 | 0,6 |
| Complicaciones posaborto | 9 | 5,7 |
| Eclampsia | 21 | 13,9 |

*%: paciente causa básica de MMEG / Total de pacientes del estudio.

Las principales enfermedades que estuvieron presentes durante la gestación se muestran en la tabla 3, estas categorías no son excluyentes. De las pacientes estudiadas, 18 tuvieron comorbilidad de enfermedades como: hipertensión arterial, anemia, infección vaginal, asma bronquial y diabetes *mellitus*.

La enfermedad que se presentó con mayor frecuencia fue la sepsis vaginal en 36 pacientes (23,8 %) seguido de, la hipertensión arterial en 26 (17,2 %) de los casos y el asma bronquial en el 12,3 % de las pacientes.

Tabla 3 - Enfermedades presentes durante la gestación en pacientes con morbilidad materna extremadamente grave

| Enfermedades presentes durante la gestación | No. | % |
|---|-----|------|
| Hipertensión arterial crónica | 26 | 17,2 |
| Asma bronquial | 19 | 12,3 |
| Diabetes <i>mellitus</i> | 12 | 7,9 |
| Anemia | 7 | 4,6 |
| Cardiopatías | 2 | 1,3 |
| Epilepsia | 2 | 1,3 |
| Infección vaginal | 36 | 23,8 |
| Infección urinaria | 17 | 11,3 |

*%: pacientes con enfermedades gestacionales / Total de pacientes del estudio.

La tasa de letalidad fue de 2,0 por cada 100 pacientes con MMEG (3 fallecidas) y 86 (56,9 %) de las pacientes fueron histerectomizadas con secuelas, a consecuencia del trabajo con las pacientes durante el proceder quirúrgico (cesárea).

Determinantes intermedias. Factores biológicos y conductuales

La edad materna como factor biológico, es una de las determinantes intermedias que guarda estrecha relación con algunas de las complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Para el estudio de la variable edad, se tuvieron en cuenta los grupos de edades de riesgo para la gestación: las adolescentes, las añosas y el grupo de edad óptimo para el embarazo.

Hubo un predominio de las pacientes con MMEG en el grupo de edad comprendido entre los 20 y 34 años de edad (47,7 %), edad óptima para la gestación seguido del grupo de edad de 35-45 años (36,4 %), madres añosas con riesgo para la gestación.

Otras determinantes intermedias que puede influir son los factores conductuales y del comportamiento. Se estudiaron: el consumo de tabaco, alcohol y psicofármaco.

Del total de pacientes estudiadas, 82 (54,3 %) consumían como droga lícita el tabaco, 18 (27,1 %) eran consumidoras de alcohol y 21 (13,9 %) pacientes consumieron algún psicofármaco durante la gestación.

Determinantes intermedias. Servicios de salud

En la tabla 4 muestra las determinantes intermedias de la salud relacionadas con los servicios de salud

Del total de pacientes con MMEG en el período de estudio 70 (46,3 %) tuvieron una captación tardía del embarazo (después de las trece semanas) y 17 (11,3 %) no fueron captadas durante toda la gestación. Por tanto, no se actuó oportunamente en la atención a las gestantes en las dos escalas de medición.

Tabla 4 - Factores relacionados con servicios de salud en pacientes con morbilidad materna extremadamente grave

| Factores relacionados con servicios de salud | | No. | % |
|--|-------------------|-----|-------|
| Captación del embarazo | Captación precoz | 64 | 42,4 |
| | Captación tardía | 70 | 46,3 |
| | No captada | 17 | 11,3 |
| Número de controles prenatales | menos de 8 | 93 | 61,6 |
| | 8 controles y más | 58 | 38,4 |
| *Vía del Parto | Parto vaginal | 41 | 35,0 |
| | Cesárea | 76 | 65,0 |
| | Total | 117 | 100,0 |
| Edad gestacional en el momento del diagnóstico | < de 37 semanas | 97 | 64,2 |
| | 37 semanas y más | 54 | 35,8 |
| Momento de la complicación | Antes del parto | 42 | 27,8 |
| | Durante el parto | 11 | 7,3 |
| | Después del parto | 98 | 64,9 |

*Se excluyeron las pacientes que presentaron abortos y embarazos ectópicos.

En cuanto al número de controles recibidos durante la gestación, 93 de los casos (61,6 %) recibieron menos de 8 controles, por lo que el seguimiento no fue adecuado, lo que demuestra que fueron ineficientes las acciones de salud en aras de identificar precozmente los factores de determinación social.

Según la vía del parto, de 117 pacientes que llegaron al final del embarazo (excluyendo aquellas con embarazos ectópicos y abortos), a 76 (65,0 %) se les realizó cesárea, con un incremento en las pacientes de riesgo de sepsis, lo que pudo tener relación con la causa básica fundamental de la MMEG, específicamente la sepsis puerperal.

Antes de las 37 semanas de gestación 97 pacientes (64,4 %) se diagnosticaron con MMEG y 54 (76,2 %) presentaron alguna complicación después del parto. A 98 (64,9 %) se les realizó el diagnóstico después del parto.

Determinantes estructurales

En la tabla 5 se aprecia que del total de pacientes estudiadas 104 (68,9 %) residen en área urbana y 47 (31,1%) pertenecen al área de residencia suburbana del municipio La Lisa, municipio heterogéneo, con dos zonas bien definidas en cuanto a urbanización.

Por tanto, dentro de ese mismo territorio, pueden existir comportamientos diferentes en los factores de determinación social.

En las determinantes estructurales predominaron las mujeres sin unión estable 106 (70,2 %), las multíparas 88 (58,3 %), las trabajadoras 80 (53,0 %) y en el nivel de escolaridad el técnico medio terminado 44 (29,1 %).

Tabla 5 - Pacientes con morbilidad materna extremadamente grave según determinantes estructurales de la salud

| Determinantes estructurales | | No. | % |
|-----------------------------|----------------------------|-----|------|
| Área de residencia | Suburbana | 47 | 31,1 |
| | Urbana | 104 | 68,9 |
| Nivel de escolaridad | Primaria terminada | 0 | 0,0 |
| | Secundaria terminada | 28 | 18,6 |
| | Técnico medio terminado | 44 | 29,1 |
| | Preuniversitario terminado | 36 | 28,5 |
| | Universitario terminado | 43 | 23,8 |
| Ocupación | Estudiante | 8 | 5,3 |
| | Ama de casa | 63 | 41,7 |
| | Trabajadora | 80 | 53,0 |
| Estado civil | Sin unión estable | 106 | 70,2 |
| | Con unión estable | 45 | 29,8 |
| Salud reproductiva | Nulípara | 63 | 41,7 |
| | Múltipara | 88 | 58,3 |

Discusión

El estudio del proceso de determinación social de la MMEG en las pacientes diagnosticadas en la atención hospitalaria durante el período enero 2015 a diciembre 2020, permitió identificar los determinantes estructurales e intermedias que estuvieron presentes y que pudieron contribuir a la aparición del evento

Al igual que en esta investigación, otras artículos revisados han permitido explicar las variables que contribuyen, directa o indirectamente, a una muerte materna a punto de partida de la MMEG, identificadas como en este estudio en función de una serie de determinantes sociales que incrementan la probabilidad de malos resultados en los procesos reproductivos, aun cuando exista una importante carga biológica.⁽¹⁴⁾

Con resultados similares a los de esta investigación *Azansa* y otros,⁽¹⁵⁾ plantean que, en cuanto a determinantes socioculturales, las investigaciones han develado mayor riesgo para aquellas mujeres de origen urbano, mayor frecuencia de ingreso en UCI, mayor número de gestantes con diagnóstico de MMEG al término de la gestación y egresos vivos de la institución. El criterio de inclusión en MMEG más frecuente fue la falla en la coagulación, diferente a la investigación realizada aquí presentada-

En una investigación realizada en el Hospital del Occidente de Kennedy, en Bogotá, Colombia plantean que para la MMEG se han revelado como riesgos obstétricos la edad avanzada y la multigestación,^(16,17) sin embargo, como resultado de esta investigación las de mayor riesgo fueron las gestantes en edad óptima para la gestación y predominaron las múltiparas con presencia de más de una morbilidad en el diagnóstico de MMEG.

La investigadora *Graciela Enciso*, en México, plantea que existen brechas dadas por las características de las personas. Añade que un nivel que está determinado por los ámbitos estructural e institucional son las formas de vida que modelan las conductas en salud.⁽¹⁸⁾

Los autores de esta investigación poseen criterios similares y añaden, que los estilos de vida de un grupo general comprenden una serie de conductas determinadas socialmente y de interpretaciones de situaciones sociales que, desde una perspectiva integral, no pueden ser aislados en el análisis del proceso de determinación social como causa de MMEG.

La investigación reflejó el predominio de consumo de drogas lícitas o ilícitas desde tabaco hasta psicofármacos y debería ser un aspecto relevante en el interrogatorio desde la captación de la paciente, para evitar la MMEG en algún momento durante la gestación o el parto.

Plantean investigadores del tema que, aunque la morbilidad materna afecta a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, aqueja a un número desproporcionadamente elevado de mujeres que residen en zonas rurales, donde falta la tecnología y existe un déficit de atención obstétrica básica con mayor riesgo de morir en el parto.^(18,19,20) En esta investigación la inadecuada atención obstétrica ya sea por captación tardía o seguimiento inadecuado durante la gestación, fueron fundamentalmente algunas de las determinantes que influyeron en la aparición del estado mórbido de las gestantes del estudio,

El Protocolo de Vigilancia de la MMEG, de la República de Colombia, refleja que investigadores cubanos han descrito que predominan como determinantes sociales de

la MMEG las condiciones de las gestantes adolescentes críticamente enfermas atendidas en UCI y los hallazgos en madres con riesgos pregestacionales: edades extremas, malnutrición, hábitos tóxicos, en los riesgos maternos se ha encontrado la hipertensión, diabetes, asma, sepsis urinaria y anemia ⁽²¹⁾, resultados no encontrados en esta investigación.

Cuba es un país en vías de desarrollo con voluntad política, cuya premisa fundamental es la salud pública. Sin embargo, los resultados de la investigación muestran captación tardía de las gestantes e insuficiente número de controles.

En la literatura revisada se detalla que, el control prenatal es sin lugar a dudas el proceso pertinente para la detección temprana de alteraciones en el embarazo, ya que es el momento de mayor vulnerabilidad de la mujer. La inasistencia al control prenatal impide según investigaciones realizadas detectar tempranamente la morbilidad materna extrema. ⁽²²⁾

El estado conyugal es una determinante intermedia de salud que influye en el riesgo de morir en las pacientes con MMEG. Tienen mayor riesgo de morir las viudas, separadas y divorciadas que las solteras, las que viven en unión libre o las casadas. ⁽¹⁸⁾ El resultado de esta investigación devela que la mayoría de las pacientes no tenían unión estable, a criterio de los investigadores, puede afectar la salud de la gestante por falta de apoyo familiar, lo que puede influir desde la adecuada alimentación hasta el estímulo de muchas para asistir a las consultas de seguimiento, entre otras.

Plantean investigadores cubanos en revisiones bibliográficas realizadas que hoy en día, la cesárea constituye la operación obstétrica más comúnmente efectuada. El aumento del indicador de cesáreas es un problema a escala mundial y ha generado un aumento en la morbilidad y mortalidad maternas. ⁽²³⁾

Esta investigación muestra que predominó el número de pacientes con cesáreas realizadas, resultados similares a los de Rincón Cruz y otros en su investigación. ⁽²⁴⁾

La infección vaginal también constituye un riesgo para presentar MMEG, teniendo en cuenta que es un factor muy relacionado con la rotura prematura de membrana en la práctica clínica. Constituye además uno de los riesgos mayores de sepsis puerperal si no es tratada adecuadamente en la atención primaria de salud y precisamente en las gestantes estudiadas predominó como enfermedad básica de la MMEG, la sepsis puerperal. ⁽²⁵⁾

Los resultados muestran similitud con lo descrito en las referencias, pues predominaron en esta investigación la infección vaginal, sepsis vaginal y choque séptico.

Como limitantes de la investigación se identificaron los carnets obstétricos adjuntos a las historias clínicas, que aportaron datos insuficientes e incompletos acerca de las determinantes intermedias y estructurales de la salud tales como: entorno residencial, pércapita familiar y otros por lo que, no fueron estudiados en esta investigación.

Podemos concluir que dentro de las determinantes sociales de la salud identificadas predominan las relacionadas con los servicios de salud, los que pudieron haber contribuido a la aparición de la morbilidad materna extremadamente grave en las pacientes estudiadas.

Se necesita realizar las investigaciones sobre morbilidad materna extremadamente grave desde el punto de vista de determinación social para trazar estrategias para lograr intervenciones en aras de su prevención y contribuir a la disminución de este problema de salud en la mujer embarazada.

Referencias bibliográficas

1. Carmona Moreno LD. La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. Rev Cienc Salud 2020 [acceso 28/12/2021];18(supl esp):1-17. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/9135>
2. Soliz-Torres F. La determinación social de la salud: la comprensión de la complejidad de la vida. Rev Cienc Salud. 2020 [acceso 28/02/2021];18(supl.esp):1-3. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732020000400001&lng=en.
3. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR 2020 [acceso 22/12/2020];5(1):81-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es
4. Berenguer Gouarnaluses MC, Pérez Rodríguez A, Dávila Fernández M, Sánchez Jacas I. Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. Medisan. 2017 [acceso 12/12/2020];21(1):61-73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000100008&lng=es
5. Pisanty-Alatorre J. Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. Salud pública Méx. 2017 [acceso

- 20/02/2021];59(6):639-49. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2017.v59n6/639-649/>
6. Portal Miranda JA. Palabras de clausura de la Convención Internacional de Salud Pública: "Cuba Salud 2015". Rev Cubana Salud Pública. 2015 [acceso 11/02 2021];41(3):566-70. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300013&lng=es
7. Organización Panamericana de la Salud. Salud Materna. Washington: OPS; 2015 [acceso 10/12/2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
8. Muñiz Rizo ME, Toledo Oramas D, Vanegas Estrada OR, Álvarez Ponce VA. Morbilidad Materna Extremadamente Grave en el Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa. La Habana, Cuba (2008-2012). Rev Cubana Obstet Ginecol. 2016 [citado 12 Nov 2018];42(3):321-29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000300007
9. Organización Mundial de la Salud. Según un informe de las Naciones Unidas, las cifras de supervivencia materno infantil son más elevadas que nunca. Ginebra: OMS; 2019 [acceso 11/01/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>
10. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Quincose Rodríguez M, Gómez Pérez Y. Las buenas prácticas clínicas como elemento fundamental en el manejo de la morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2016 [acceso 9/12/2020];42(4):434-42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000400002&lng=es
11. Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C, Salgado P, Szulik D, *et al.* Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Rev Panam Salud Pública. 2015. [acceso 13/12/2020];37(4/5):351-9. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/351-359>
12. Sanabria Arias AM, Barbosa Jiménez F, Sánchez Ramírez NM, Pino Rivera G. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en el Hospital Ramón González Coro 2014-2017. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2019 [acceso 22/12/2020];45(3):e483. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000300008&lng=es
13. Pupo Jiménez JMP. Morbilidad materna extrema según causas de admisión en cuidados intensivos. Rev Cubana Med Int Emerg. 2017 [acceso 12/11/2020];16(3). Disponible en: <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/49-60>

14. Rangel-Flores Y, Martínez-Ledezma A. La investigación en morbilidad materna extrema “near miss” en américa latina. Rev Peruana Med Exp Salud Pública. 2017 [acceso 28/01/2021];34(3):505-11.Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2017.v34n3/505-511/>
15. Asanza KC, Sánchez CEP, Meneses CA. Morbilidad materna extremadamente grave y mortalidad, indicadores de calidad de la atención obstétrica. Multimed 2017 [acceso 10/01/2021];21(3):289-310. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/544>
16. Carrillo Franco J, García Balaguera C. Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta, Colombia, 2014. Hacia promoc. Salud. 2016 [acceso 28/01/2021];21(1):15-25.Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a02.pdf>
17. Narvaez Díaz NS, Riaño Romero E. Determinantes sociales de la morbilidad materna extrema, Hospital Occidente de Kennedy, junio de 2012 - noviembre 2014 [tesis]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2016 [acceso 12/11/2020]; Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/18504>
18. Enciso GF. Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. Rev Conamed.2016 [acceso 12/02/2021];21(1):25-32 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/con161e.pdf>
19. Salazar Barrientos M. Factores asociados a la morbilidad materna extrema a nivel individual y entre las comunas y corregimientos de Medellín, 2013-2015 [tesis]. Colombia: Universidad de Antioquia; 2017[acceso 28/01/2021].Disponible en: http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/8800/1/SalazarMary_2017_FactoresMorbilidadMaterna.pdf
20. Yepes FJ, Gómez JG, Zuleta JJ, Londoño JL, Acosta Reyes JL, Sánchez Gómez LH, *et al.* Atención a la salud y morbi-mortalidad materna: un estudio de casos y controles de base hospitalaria en dos regiones de Colombia (Bogotá y Antioquia), 2009-2011. Cad Saúde Pública. 2016 [acceso 12/06/2020];32(11):e00080215. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/csp/2016.v32n11/e00080215/es>
21. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Protocolo de vigilancia en salud pública morbilidad materna extrema. Colombia: MINSALUD; 2014 [acceso 19/02/2021]. Disponible en: <http://www.saludpereira.gov.co/attachments/article/352/PRO%20Morbilidad%20Materna%20Extrema.pdf>
22. Hoyos Vertel LM, Muñoz De Rodríguez L. Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. Rev Salud Pública. 2019 [acceso 12/01/2021];21(1):17-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v21n1/0124-0064-rsap-21-01-17.pdf>

23. Semper González AI, Álvarez Escobar MC, Balceiro Batista L, Torres Álvarez A, Lezcano Cabrera Y, Alfonso SI. Morbilidad materna extremadamente grave. Un problema obstétrico en la salud pública y la atención al paciente grave. Rev Med Electrón. 2017 [acceso 26/01/2021];39(5):1117-25. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000500011&lng=es.
24. Rincón Cruz MC, García Hernández R, García González MA, Muñoz García G. Causas, frecuencia y secuelas de la morbilidad materna extrema en mujeres mexicanas: un análisis de los códigos rojos. Rev Hidalgo. 2016 [acceso 5/08/2020];21(4):171-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79391>
25. Corona Miranda B, Pérez Jiménez D, Espinosa Díaz R, Álvarez Toste M, Álvarez S. Caracterización de los procesos de atención prenatal a las gestantes con morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2015 [acceso 28/03/2021];53(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032015000100002&lng=es.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses entre los autores de la investigación.

Contribución de los autores

Daimarelis Guerra del Valle: conceptualización, idea original, elaboración del artículo, procesamiento de la información, revisión y aprobación de la versión final.

Mireya Álvarez Toste: Conceptualización, supervisión, revisión crítica de la versión final y aprobación

Yanet Olivares Giraudy: Revisión bibliográfica, curación de datos, redacción del borrador final y aprobación.

Indira López Rodríguez: Revisión bibliográfica, procesamientos de datos, revisión del borrador final y aprobación.

Gisselle Brito Álvarez: Procesamiento de datos, revisión crítica de la versión final y aprobación

Amarilys Jiménez Chiquet: curación de datos, Procesamiento de datos, revisión crítica de la versión final y aprobación.

