ASESORIA ANTICONCEPTIVA EN MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN DOS REGIONES DE COLOMBIA DURANTE EN 2016

ESTUDIANTE AUTOR: JAIRO E GUERRERO

PROFESOR ASESOR: EDGAR IVAN ORTIZ

INTRODUCCION

Durante el 2007, en Santa Cruz de la Sierra Bolivia, el comité de mortalidad materna de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología "FLASOG determinó el uso del término "morbilidad materna extrema" (MME), para definir "una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte". (1)

Por su parte, en Colombia la vigilancia en salud pública es de carácter obligatorio y el seguimiento de la morbilidad materna extrema (MME) es un proceso que se ha implementádo dentro del modelo de seguridad clínica a partir 2010 y de manera obligatoria a partir del año 2012 dentro de la Vigilancia rutinaria del SIVIGILA, para la totalidad de las Instituciones de salud del pais, en el marco del decreto 3518 de 2006. (2)

Entre los criterios de inclusión que conforman la definición de MME , están los relacionados con los signos y síntomas de la enfermedad específica que incluyen condiciones como eclampsia, choque séptico, choque hipovolémico, también están los criterios relacionados con falla o disfunción orgánica, estos pueden ser de origen cardíaco, compromiso vascular, renal, hepático, metabólica, cerebral, respiratorio o de coagulación y por ultimo los criterios relacionados con el manejo instaurado a la paciente en este punto se incluyen el Ingreso a las unidades de cuidado intensivo, requerimiento de cirugía de emergencia adicional y transfusión sanguínea aguda con mas de tres unidades de hemo componentes. (3)

La identificación y análisis de los casos MME, es una herramienta necesaria y útil para mejorar la calidad de atención en los servicios de maternidad como un evento que permite

encontrar oportunidades de mejora cuando se presenta. En un estudio del analisis agregado de casos de MME en Colombia realizado por la Corporacion Cientifica Pediatrica en el año 2012, se logro identificar las causas de MME, que resultaron siendo similares a las asociaron a la mortalidad materna. En este analisis de la MME los principales y más frecuentes criterios de identificación de la MME estuvieron asociados al choque hipovolémico (70%), al choque séptico (62%) y la eclampsia (45%), condiciones que resultan en las últimas etapas de la evolución natural de las enfermedades de base (4). A diferencia del informe del Instituto nacional de salud en su reporte del 2014 (SIVIGILA), donde se identifico que según la ocurrencia de las causas agrupadas, los trastornos hipertensivos (60.3%), las complicaciones hemorrágicas (21.2%) y los cuadros de sepsis (5.5%) son las más frecuentes, (5) En términos generales , la mortalidad materna (MM) y la morbilidad materna extrema (MME) en nuestro país , tienen un comportamiento muy similar desde la perspectiva de las causas , con la diferencia que la MME es más frecuente que la MM, ambas están relacionadas con determinantes como la riqueza y su distribución, nivel educativo, la organización social y política, la organización de los servicios de salud y su distribución geográfica.

A nivel mundial son varios los estudios publicados a partir del 2014, que sugieren que el análisis de la MME permite en las instituciones favorecer el mejoramiento de la calidad en los servicios obstétricos (6). La literatura actual , indica que unos de los problema significativos para los directores de las unidades de maternidad es que deben ser capaces de hacer cambios en la dirección con el fin de mejorar la calidad de los procesos de atención y con la organización del servicio (7) . Para el análisis de los casos de muerte materna o MME, se recomienda la metodología descrita en el modelo organizacional de errores y eventos adversos para la identificación de las condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras con el fin de implementar acciones que busquen minimizar las fallas de atención que determinaron la ocurrencia del evento. (8)

Las mujeres que han cursado con una MME, tienen un alto riesgo reproductivo en sus proxima gestacion, y mas aún, cuando se asocia a embarazos no planeados con periodos intergeneiscos cortos y cuando se tienen condicones maternas no estabilizadas. Las mujeres inician tempranamente su vida sexual en el puerperio, el 45% de las mujeres inician vida sexual sin protección antes de las 6 semanas posparto (9). Entre el año 2006-2010 en USA el 35% de todos los embarazos fueron concebidos con un periodo

intergenesico menor a los 18 meses , con el agravante que el 75% de estos embarazos, no fueron deseados., El riesgo de tener un resultado perinatal adverso como bajo peso al nacer , parto pretérmino o pequeño para edad gestacional es mayor cuando el periodo intergenesico es menor de 3 meses.

Se plantea que los métodos de larga duración y reversible (LARCs) son métodos con alta eficacia que deben ser considerados en paciente con MME, Tienen varias competitivas por su larga continuidad, eficacia, satisfacción y reversibilidad. Su efectividad es independiente de la motivación y de la adherencia de la usuaria, no requieren visitas de reabastecimiento , son altamente costo efectivos y tienen rápido retorno a la fertilidad después de la remoción con pocas contraindicaciones. Las mujeres que utilizan LARC tienen casi 4 veces mas probabilidad de alcanzar un optimo intervalo intergenesico entre los nacimientos comparados con aquellas mujeres que usan otros métodos de planificación menos efectivos (10,11, 12)

Adaptando los criterios médicos de elegibilidad elaborados por la organización mundial de la salud OMS y CDC, a las principales causas agrupadas de las morbilidad materna extrema, se reconocen como elegibles para la mayoria de las codiciones clinicas, entre otras , hipertension , diabetes, hemorragias, anemia , sepsis, pacientes con antecedente de tombosis y lactancia. (13,14)

OBJETIVO GENERAL

Describir los métodos anticonceptivos mas usados en mujeres con Morbilidad Materna Extrema afiliadas a una empresa promotora de salud , en dos regiones de Colombia durante el periodo de enero – diciembre del 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer la Razón de la MME en las dos regiones de Colombia durante el 2016.

2. Determinar los métodos anticonceptivos mas usados en pacientes que presentaron MME en dos regiones de Colombia, durante el 2016.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio apartir de la base de datos relectada por una Entidad promotora de salud y orientado a describir el perfil de la morbilidad materna extrema en dos regiones de Colombia , a partir del análisis de casos registrados durante el 2016. Para tal fin, se evalua los resultados de a región 1 al norte del país, densamente poblada y la región 2 al oriente con menos densidad poblacional.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo retrospectivo tipo serie de casos**.**

POBLACIÓN

Mujeres afiliadas al programa de atención materna en el período entre enero a diciembre del 2016, perteneciente a una empresa promotora de salud durante el periodo de enero – diciembre 2016.

MUESTRA

Gestantes con criterios de inclusión para MME, reportadas para análisis en el comité de vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema durante en el periodo de enero a diciembre 2016, que recibieron asesoría contraceptiva, durante su puerperio.

DEFINICIÓN DE CASO

Gestante viva al momento del alta de la institución que presento durante la gestación, parto o puerperio inmediato una o más de las condiciones descritas como MME y que recibieron asesoría contraceptiva en puerperio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE MME

Relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica:

- **Eclampsia:** Presencia de una o más convulsiones generalizadas, estado de coma o ambos, en el contexto de la preeclampsia y en ausencia de otros trastornos neurológicos, que tienen su causa desencadenante en un vasoespasmo cerebral con isquemia local, encefalopatía hipertensiva con hiperperfusión, edema vasógeno y daño endotelial.

- **Choque séptico:** corresponde a la hipotensión inducida por la sepsis a pesar de la adecuada administración de líquidos, asociada a los signos de disfunción multiorgánica. Se define hipotensión a la disminución de la presión sistólica por debajo de 90 mmHg o como una presión arterial media menor de 60 mmHg que no tenga otra causa
- **Choque hipovolémico:** Es un estado fisiopatológico disparado por una falla en la entrega adecuada de oxigeno a las células y perpetuado por la respuesta celular a la hipoxia, con presencia de un cuadro clínico asociado a hipotensión severa, taquicardia, alteración de la conciencia, ausencia de pulsos periféricos, secundario a sangrado.

Relacionados con falla o disfunción orgánica:

- **Cardíaca:** Paro cardiaco; edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos.
- **Vascular:** Ausencia de pulsos periféricos o hipotensión por 30 minutos o más asociada a choque séptico o de cualquier etiología; hipovolemia secundaria a hemorragia. Se manifiesta en general, por presión arterial <90 mmHg, presión arterial media <60 mmHg, disminución de la presión arterial sistólica por debajo de de 40 mmHg, índice cardíaco >3,5 $l/min.m^2$, llenado capilar disminuido >2 segundos.
- **Renal:** Corresponde a un deterioro agudo de la función renal medular que se correlaciona con incremento de la creatinina basal de un 50% en 24 horas o elevación de la creatinina sérica por encima de 1,2 mg/dl, oliguria que no responde al reemplazo de líquidos y a diuréticos endovenosos, trastorno del equilibrio acido básico y electrolitos.
- **Hepática:** Corresponde a una alteración importante de la función hepática, que se manifiesta por ictericia en piel y escleras, pudiendo existir o no hepatomegalia, asociada a transaminasas en niveles moderadamente elevados: AST y ALT mayor de 70 UI/l, bilirrubina total mayor de 4 mg/dl y LDH ≥600 UI/l.
- **Metabólica:** Aquella que corresponde a co-morbilidades adjuntas como la cetoacidosis diabética; crisis tiroidea, entre otras y que se puede manifestar aparte de las alteraciones propias de la enfermedad de fondo por hiperlactacidemia >1 mmol/l, hiperglicemia glicemia plasmática >120 mg/dl, ó 7,7 mmol/l, sin necesidad de padecer diabetes.
- **Cerebral:** Coma, convulsiones, confusión, desorientación en persona, espacio y tiempo, signos de focalización.

- **Respiratoria:** Síndrome de dificultad respiratoria del adulto, necesidad de soporte ventilatorio.
- **Coagulación:** CID, trombocitopenia (<100,000 plaquetas) o hemólisis (LDH >600).

Relacionados con el manejo instaurado a la paciente

- **Ingreso a UCI:** Paciente que ingresa a unidad de cuidado intensivo excepto, para monitoria hemodinámica secundaria a cirugía electiva
- **Cirugía:** Se refiere a procedimientos diferentes al parto o la cesárea, practicados para la manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de la gestante. El ítem otros, se refiere a procedimientos practicados de urgencia, como toracotomía, craneotomía etc.
- **Transfusión sanguínea aguda:** Administración de tres unidades o más de hemoderivados en una paciente con compromiso hemodinámico producido por pérdidas sanguíneas agudas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Gestante con MME sin compromiso de calidad y/o gestante muerta al momento del alta de la institución.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Se seleccionaran variables relacionadas con el manejo recibido por parte de la paciente, con el diagnóstico de la o las causas de la morbilidad y con los criterios de inclusión que permitieron la identificación del caso. Adicionalmente se incluyeron variables relacionadas con los métodos de planificación recomendados en la consulta de control medica .

RESULTADOS

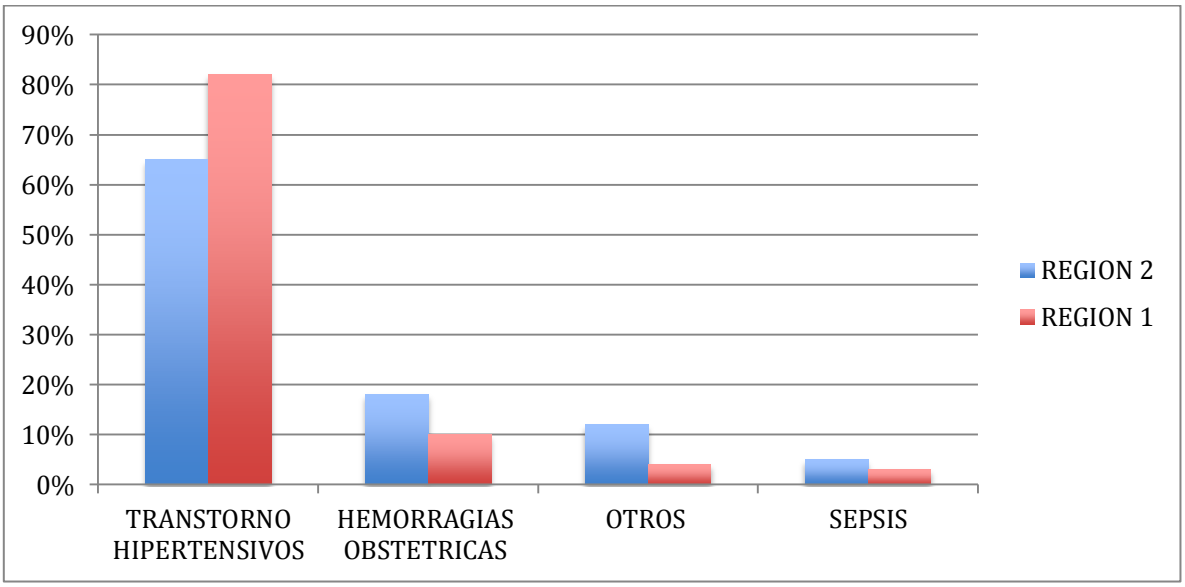
Se presentaron 400 casos clasificados como morbilidad materna extrema en las dos regiones de Colombia durante el 2016, con una distribución de 289 en la región 1 y 111 casos en la región 2 .

La región 1 presento el mayor número de nacimientos y una razón de morbilidad materna extrema más alta, con un 50% más, que la región 2 , lo que representa una RMME 31.9*1000 nacidos vivos . La tabla 1, complementa los indicadores relacionados a la MME de severidad y de impacto.

INDICADORES DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA 2016		
	REGION 2	REGION 1
NUMERO DE MME	111	289
NUMERO DE NACIMIENTOS	5351	9048
RAZON DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	20*1000 NV	31.9*1000 NV
INDICE DE MORALIDAD	1.7	1.7
% DE MME CON MAS DE 3 CRITERIOS	40.5%	35.3%
RELACION CRITERIO CASO	2.1	2.5
RELACION MME-MM	55.5	57.8

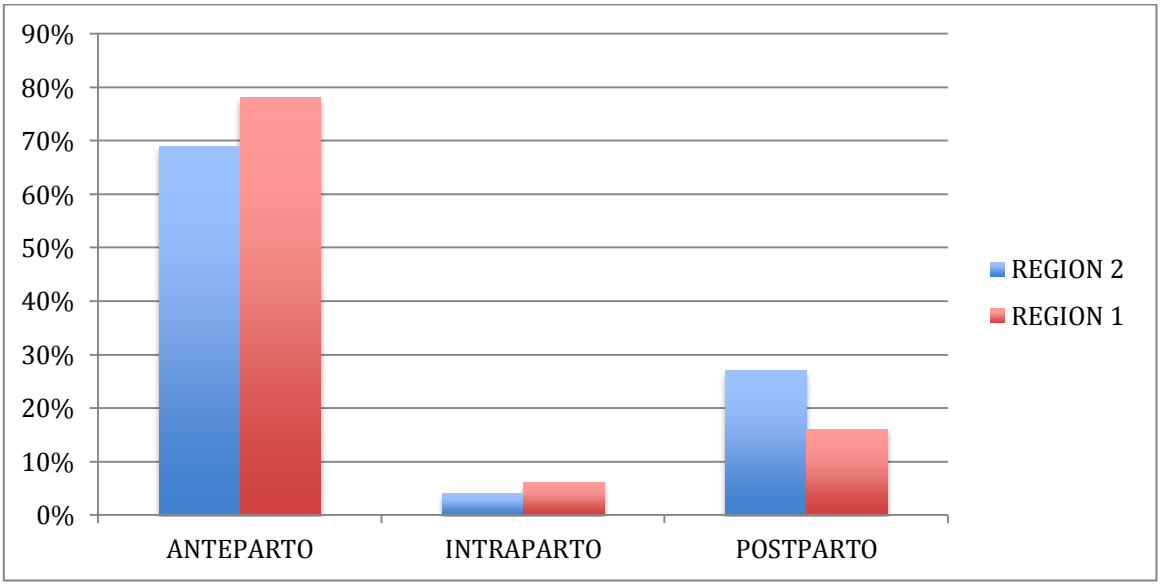
En el grafico 1. Se resume las principales causas agrupadas de la MME. Se logra visualizar que los trastornos hipertensivos son la principal causa, seguido de los cuadros clínicos de hemorragias obstétricas y sepsis están mas asociados con la ocurrencia fe la morbilidad materna extrema . En la región 2 el trastorno hipertensivo se encontró mas frecuentemente como efecto causal comparado con la región 1 , y en esta , a su vez , se presentó mas episodios de hemorragia obstétrica que llevaron a una morbilidad materna extrema.

Grafico 1. **CAUSA PRINCIPAL AGRUPADA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA**



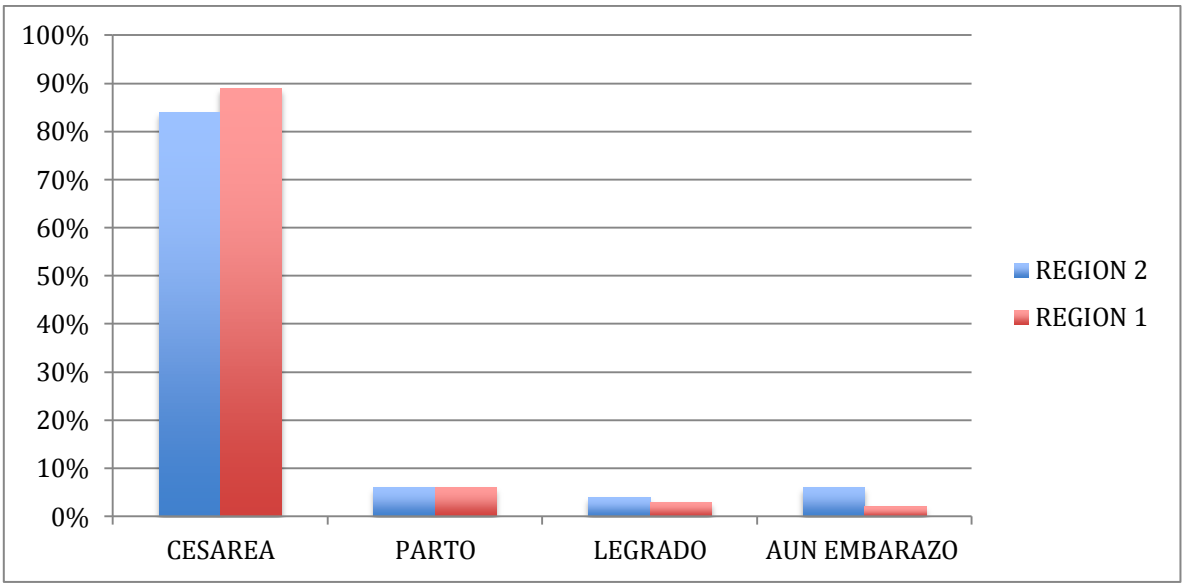
En el grafico 2. Con relación al momento en que se presento la Morbilidad materna extrema y el nacimiento , en ambas regiones, la ocurrencia fue mayor anteparto cerca del del 70% y en menor proporción postparto, seguido de intraparto

GRAFICA 2. MOMENTO DE OCURRENCIA DE LA MME CON RELACION AL NACIMEINTO



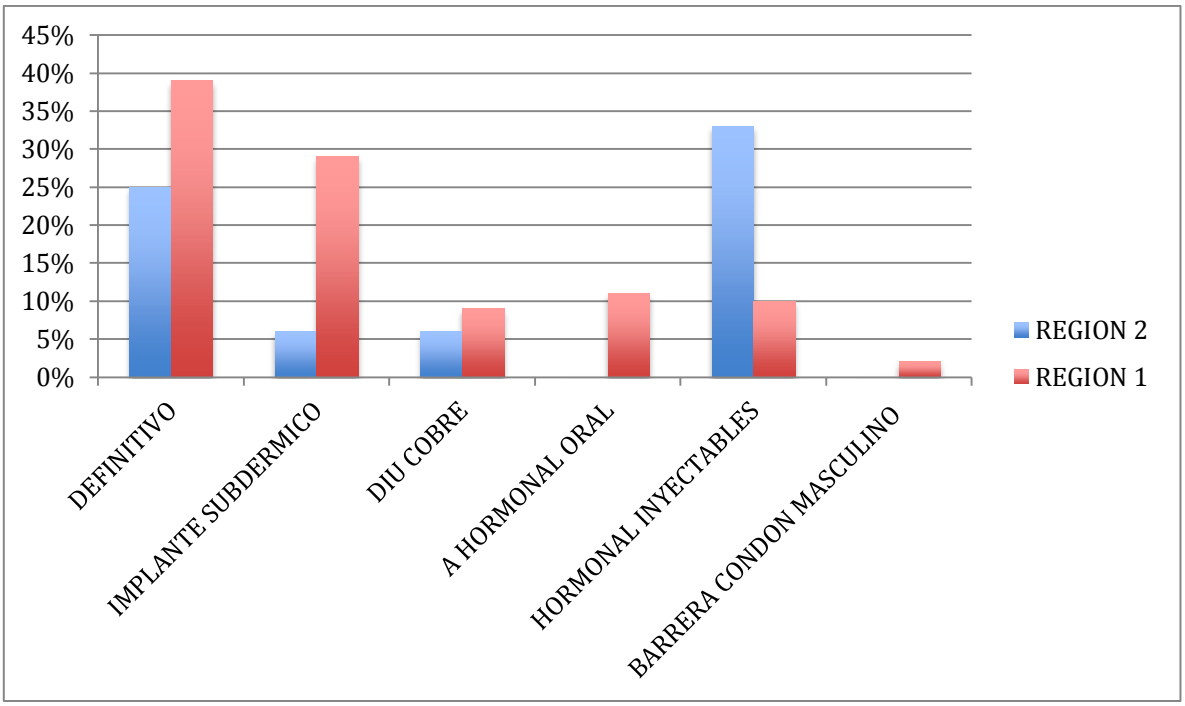
La grafica 3 , Con relación a la vía de finalización del embarazo en ambas regiones, la vía que predomino fue la cesárea con más del 80% y muy por debajo el parto vía vaginal.

GRAFICO 3, VIA DE FIALIZACION DEL EMBARAO



Por último , en el grafico 4. se resume la frecuencia de uso de los métodos contraceptivos recomendados para las pacientes con MME en ambas regiones. Se evidencia la falta de uniformidad en el método recomendado entre las regiones , en la región 1 se utiliza más el método definitivo como la esterilización tubárica con un 39% vs el 25% de la región 2 y también en la región 1 usan mas los LARCs como los implantes subdermicos y el DIU de cobre, no medicados con un 38% vs 12 % en la región 2. En la región 2 el método más usado fueron los hormonales inyectables con un 33%. En esta región el uso de los LARCs es muy baja. Adicionalmente muy poco uso para métodos de barrea como el condón , y no identificado el uso del doble método en ambas regiones.

GRAFICO 4. METODOS DE PLANIFICACION RECOMENDADOS



DISCUSION

En Colombia , el perfil de morbilidad materna extrema es conocido por el sistema de vigilancia epidemiológica, esto ha permitido establecer que la MME, se presenta con mayor frecuencia en gestantes con factores de riesgo asociados a embarazos en edades extremas de la vida reproductiva, primíparas o multíparas, con periodos intergenesicos cortos, con un deficiente control prenatal tanto por el número de controles como por el momento de inicio del mismo, similar a lo encontrado en otros estudios realizados en América Latina. Tambien se conocen que las causas principales agrupadas para MME son compartidas en terminos generales con las causas de mortalidad materna y permanecen como las mas prevalentes los trastornos hipertensivos, las hemorragias obstétricas y los procesos sépticos. Los hallazgos del estudio fueron congruentes con esta información conocida de la MME para ambas regiones evaluadas . (4)

En el estudio se identificó que el momento de la ocurrencia del evento que desencadenoó la MME, fue prioritariamente anteparto, seguido de postparto e intraparto. Estos mismos hallazgos se observaron en la caracterización de la MME en nuestro país, sin embargo llama la atención que con relación a la vía de finalización del nacimiento, la preferida fuera la cesárea como método predominante en mujeres con diagnóstico de MME , a

pesar se conocer que esta vía tiene más riesgos y complicaciones materno fetales que el parto vía vaginal. A nivel mundial hay una preocupación generaliizada por el aumento de la tendencia de la cesárea (15) . En Colombia hay una disminución progresiva de la brecha existente entre el parto vaginal y la cesárea, para el 2013 la tasa de cesárea estaria en la región 1 cerca a 65% y en la región 2 en el 55% (16), en el estudio fue mayor para la region 1 89% y para la region 2 el 84%, lo cual debe generar reflexiones sobre las posibles causas para que esto se este presentando y no consderar unicamente que se trata de mujeres con condicones críticas que justifican esta decisión clínica y ademas se debe generar evaluaciones institucionales sobre la calidad de los servicios de maternidad y el impacto sobre el riesgo reproductivo de las pacientes.

La evaluación e intervención del riesgo reproductivo a través de la asesoria contraceptiva, es una actividad que debe realizarse durante cualquier etapa preconcepcional o en el posparto o posaborto inmediato, y aunqie se conoce que existen barreras para la ejecución de la misma, asociadas a lo no disponibilidad de insumos, a la carencia de recursos para adquirirlos y a exigencias administrativas por parte de los aseguradores. En el presente estudio se evidenció la utilización de métodos definitivos y algunos LARCS, excepto los dispositivos intrauterinos medicados. En el plan de beneficios de nuestro país, la oferta de métodos anticonceptivos no contienen los dispositivos intrauterinos medicados , esto se considera una barrera que deberia ser eliminada en la medida en que se respete el marco legal de los derechos sexuales y reproductivos. Por lo tanto debe existir una Política nacional que permita el acceso a los diferentes métodos anticonceptivos en un espectro mas amplio que el existente actual y que obedezca a la mejor evidencia e impacto a nivel poblacional.

En las pacientes con alto riesgo reproductivo como las que presentaron una MME, se recomiendan métodos de larga acción y reversible como los implantes subdermicos y dispositivos intrauterinos pero en este estudio se utiizaron en porcentajes menores a los esperados. Se puede observar en el presente estudio la falta de uniformidad de los metodos usados en estas pacientes y aunque es claro que falta información importnte como la edad materna , gravides, paridad , edad gestacional, antecedentes médicos, entre otros, para poder hacer análisis y cruzar variables, si llama la atención que en la región 2 se utlize con mayor frecuencia los inyectables hormonales .

CONCLUSIONES

Cualquier mujer con un embarazo puede presentar durante este, condiciones criticas que se clasifiquen como una Morbilidad Materna Extrema, situación que compromete su salud con riesgo mayor de complicaciones severas y permanentes y que aumenta el riesgo reproductivo.

Es necesario por lo tanto, considerar prioritariamente en estas paciente , una anticoncepción efectiva en el posparto, se recomienda métodos de largo plazo (LARCs) , si su condición de base lo permite.

Los dispositivos intrauterinos, de cobre y medicados con levonorgestrel y los implantes subdermicos serian los mejores métodos reversibles para este tipo de pacientes por que permitiría prevenir un embarazo no planeado y ampliarían el intervalo intergenésico reduciendo así los riesgos de complicaciones materno perinatales en los futuros embarazos.

Una intervención costo efectiva en Colombia , donde el sistema de salud, de cobertura para métodos como el DIU de cobre y los implantes subdermicos podría ser, generar una política de financiación para los casos de morbilidad materna y poder usar además no dispositivos intrauterinos medicados .

Es necesario en estas regiones de Colombia realizar capacitaciones sobre la pertinacia y la asesoría anticonceptiva correcta que debe realizarse para la elección del mejor método en pacientes con Morbilidad Materna Extrema .

Se deben realizar estudios en nuestro país, que permitan caracterizar de una manera más precisa las recomendaciones contraceptivas que reciben las pacientes que presentaron una morbilidad materna extrema .

BIBLIOGRAFIA

1. Ortiz EI; Modelo de Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema. Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Diciembre 2010.

2. Vergel, JC; Ortiz EI; Modelo de Seguridad Clínica del Paciente para la Atención de la Emergencia Obstétrica de Emergencia. Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Diciembre 2010.

3. Ortiz Lizcano EI; Construcción colectiva del perfil de morbilidad materna extrema en direcciones territoriales de salud de Colombia. Noviembre-diciembre de 2007 y octubre-diciembre de 2008. [Trabajo de grado Magister en Salud Pública]. Cali: Universidad del Valle. Facultad de Salud; 2009

4. Mejía J; Ortiz EI; Hortua A; Morbilidad Materna Extrema Análisis Agregado de Casos de 2007 a 2012. Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2014.

5. SIVIGILA , Instituto nacional de salud, 2014.

6. O Tuncalp, JP Souza, Maternal near-miss audits to improve quality of care, www.bjog.org, Accepted 11 March 2014.

7. Survey of maternity unit financial and clinical authority Draft, 2 September2014, FIGO, SMNH Committee Background and rationale.

8. Guerrero JE; Ortiz EI; Sarria OD; Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud. Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2014.

9. Brito MB, Ferriani RA, Quintana SM, Yazlle ME, Silva de Sa MF, Vieira CS. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study. Contraception 2009;80:519–26.

10. ACOG, committee opinión 642

11. Baldwin M, Edelman A. The effect of long-acting reversible contraception in rapid repeat pregnancy in adolescents: A review.*J Adolesc Health.* 2013;52:S47-S53

12. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, et al. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *N Engl J Med.* 2012;366:1998-2007
13. http://www.who.int/reproductivehealth/en/. OMS. 5th Edition MEC
14. www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6205.pdf
15. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. BioSciences trends, 2011;5(4):139-150
16. Fuente: DANE - Estadísticas Vitale Departamentos. 2013

ESTUDIANTE AUTOR

Jairo Enrique Guerrero Giraldo
Médico Cirujano de la Universidad del Valle. Cali. Colombia.
Especialista en Obstetricia y Ginecología de la Universidad del Valle. Cali. Colombia.
Magíster en Administración en Salud de la Universidad del Valle. Cali. Colombia.
Especialista en Calidad para la competitividad de Universidad Icesi, Cali Colombia
Aspirante a la Maestría de Salud Sexual y Reproductiva, Universidad del Bosque , Bogotá
Jefe de Cuidado Integral de la Mujer , Centro Medico Imbanaco . Cali
Profesor del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad del Valle. Cali. Colombia.
Fellow ACOG
jegg8261@gmail.com

PROFESOR ASESOR

Dr Edgar Ivan Ortiz L
Médico Cirujano de la Universidad del Valle. Cali. Colombia.

Especialista en Obstetricia y Ginecología de la Universidad del Valle. Cali. Colombia.
Postgrado en Perinatología. Fundamentos Científicos para el Cuidado Integral de Madre, Feto y Recién Nacido de la Universidad de la República Oriental de Uruguay. Montevideo, Uruguay.
Magíster en Salud Pública de la Universidad del Valle. Cali. Colombia.
Profesor Titular del Departamento de Obstetricia y Ginecologia de la Universidad del Valle. Cali. Colombia.
Presidente Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología FLASOG
Fellow ACOG

Maestro Colombiano de la Obstetricia y Ginecología
ortizedgarivan@gmail.com