

# LA INVESTIGACIÓN EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA “NEAR MISS” EN AMÉRICA LATINA

Yesica Rangel-Flores<sup>1,a</sup>, Alexia Martínez-Ledezma<sup>1,b</sup>

## RESUMEN

El enfoque *near miss* en el ámbito de la obstetricia, representa una oportunidad para comprender la influencia de los determinantes estructurales, psicosociales y culturales en las experiencias obstétricas críticas de mujeres que, estando al borde la muerte, lograron salvar la vida. Este artículo muestra los resultados de una revisión narrativa y crítica de los estudios que se han elaborado desde este enfoque en América Latina en los últimos seis años. Se revisaron siete bases de datos internacionales, en las cuales se identificaron 19 revistas distintas, procedentes de siete países. Se encontró que existen escasas publicaciones, las aproximaciones que predominan son clínicas y sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos empleados con esta población. El paradigma predominante es el positivista y la mayor parte de los estudios son descriptivos, acudiendo a fuentes secundarias de información. Es necesario realizar investigación desde este enfoque con las mujeres protagonistas de estas experiencias, recuperando sus vivencias en la experiencia crítica.

*Palabras claves:* Near miss salud; Morbilidad; Riesgo; Salud reproductiva (Fuente: DeCS, BIREME).

## RESEARCH ON NEAR-MISS MATERNAL MORTALITY IN LATIN AMERICA

### ABSTRACT

The near miss approach in obstetrics represents an opportunity to understand the role that structural, psychosocial and cultural determinants play in the critical obstetric experiences of women who, at the risk of death, saved their lives. This article shows the results of a narrative and critical review of the studies that have been developed from this approach in Latin America in the last 6 years. Seven international databases and 19 different journals were reviewed, originating in 7 countries. It was found that there is little production around the subject and predominated the clinical approximations referring to the diagnostic and therapeutic procedures used with this population. The predominant paradigm is positivist and most are descriptive, retrospective and cross-sectional, ranging from secondary sources of information (archives, records). It is urgent to carry out research from this approach with women, recovering the experiences they have experienced in the critical episode.

*Key words:* Near miss healthcare; Morbidity; Risk; Reproductive health (Source: MeSH, NLM).

## INTRODUCCIÓN

La investigación en mortalidad materna (MM) ha permitido explicar las variables que contribuyen, directa o indirectamente, a una muerte materna. Dichas variables se determinan en función de una serie de determinantes sociales y culturales que incrementan la probabilidad de malos resultados en los procesos reproductivos, aun cuando exista una importante carga biológica <sup>(1)</sup>.

Para conocer el comportamiento de la muerte materna, se han desarrollado diversos enfoques con diferencias

no solo metodológicas sino también epistémicas, por ejemplo, la “autopsia verbal” centra su interés en la muerte materna, mientras otros como el *near miss* (casi pérdida en español), se interesa por las mujeres que, en condiciones letales, lograron sobrevivir; el primero manifiesta un interés por los factores estructurales, sociales y culturales que contribuyeron a la mortalidad de la mujer en situación de embarazo, parto o puerperio; el segundo, se interesa por los factores estructurales y socioculturales que llevaron a las mujeres al borde de la muerte, pero busca identificar como estos contribuyeron para que sus vidas se salvaran <sup>(2)</sup>.

<sup>1</sup> Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México.

<sup>a</sup> Doctora en Ciencias Sociales; <sup>b</sup> pasante en servicio social en la Licenciatura en Enfermería.  
Recibido: 31/03/2017 Aprobado: 09/08/2017 En Línea: 29/09/2017

La autopsia verbal es el enfoque más utilizado, pero tiene como principal desventaja que recuperan la información de informantes secundarios, con frecuencia, las madres o parejas de las mujeres que murieron, esta información resulta ajena a la experiencia y subjetividad de las protagonistas, y puede ser incompleta o afectada por el propio filtro de ver el mundo; asimismo, los informantes secundarios pueden ocultar información sobre determinantes familiares que incrementaron la vulnerabilidad de las mujeres frente a la muerte, o no estar sensibilizados para identificar los factores socioculturales que contribuyeron a la muerte materna <sup>(3)</sup>.

Menos empleado ha sido el enfoque *near miss* que, como su nombre lo expresa, centra su atención en mujeres que estando al borde de la muerte, lograron salvar la vida en función de los determinantes estructurales y socioculturales que prevalecieron al momento de la experiencia crítica. Su principal ventaja radica en el hecho de que son las protagonistas quienes narran las condiciones culturales y contextuales en las que desempeñaron el autocuidado y su adherencia al tratamiento terapéutico, así como las limitantes que enfrentaron para que sus emergencias fueran resueltas dentro de las instituciones de salud <sup>(1)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado una guía sobre metodologías para la investigación sobre muertes maternas y complicaciones del embarazo, donde puntualiza que independientemente de en qué momento se estudie a las mujeres (fallecidas o sobrevivientes), las investigaciones o estudios de caso deben centrarse tanto en la atención clínica como en la satisfacción de las mujeres en la atención, o la suficiencia en la infraestructura, equipo y respuesta de las instituciones <sup>(2)</sup>.

Sin embargo, aun cuando la OMS ha señalado como una de las principales potencialidades del enfoque *near miss* el dar cuenta sobre los obstáculos que las mujeres enfrentan para acceder a la atención obstétrica oportuna; la "Guía de *near miss*", centra su atención en las medidas de diagnóstico y de tratamiento, bajo un modelo que audita la morbilidad materna extrema (MME), enfatizando en la necesidad de implementar un monitoreo sistemático de los casos y estandarizar su manejo; dejando de lado la importancia de recuperar la experiencia de las mujeres en la situación crítica o la emergencia obstétrica <sup>(4)</sup>.

En función de lo señalado es que se consideró relevante llevar a cabo una revisión narrativa sobre los estudios que se han elaborado desde el enfoque *near miss* en América Latina en los últimos seis años, poniendo especial énfasis en el tipo de informantes a los que se recurre para comprender la complejidad de la experiencia materna crítica, así como el enfoque de investigación implementados.

## METODOLOGÍA

Se indagó desde una perspectiva narrativa y crítica en siete bases de datos internacionales: SCIELO, EBSCO, MEDIC LATINA, PUBMED, INDEX, REDALYC y SCOPUS. La revisión se realizó en el periodo septiembre de 2016 a marzo de 2017 y se llevó a cabo en tres etapas; en la primera se efectuó una búsqueda de los siguientes descriptores: "Near miss salud" y "Morbilidad materna extrema", incluidos en el MeSH (MEDLINE/PubMed) y el DeCS (BIREME); de igual manera, se recurrió a la búsqueda de descriptores no controlados, es decir, de términos que aunque no están indexados en las bases anteriores, son relevantes para la identificación de estudios, entre estos se incluyeron los términos "casi pérdida" y "materna crítica". Para afinar la búsqueda se recurrió al uso de los operadores booleanos AND y OR.

Para la segunda etapa y sobre los estudios recuperados, se aplicaron los siguientes criterios de selección: 1). Que refirieran de manera clara fundamentarse en el enfoque *near miss*, casi pérdida o morbilidad materna extrema (los dos últimos son usados como sinónimos de *near miss* en países latinoamericanos); 2). Que reportaran investigaciones realizadas en países de América Latina; 3). Que especificaran de manera clara los criterios de selección de las sobrevivientes, y 4). Que hubiesen sido publicado en los últimos seis años.

De la segunda etapa resultaron seleccionados un total de 27 artículos, donde se analizaron tres apartados principales: 1). Caracterización de quienes investigan (sexo, profesión, nacionalidad); 2). Orientación epistémica y metodológica de los estudios (tipo de estudio, diseño metodológico, métodos de recolección de información), y 3). Coincidencias y divergencias en los hallazgos reportados.

## RESULTADOS

### CARACTERIZACIÓN DE LAS PUBLICACIONES

Se encontraron 27 publicaciones en 19 revistas distintas, procedentes de siete países (Brasil, Colombia, México, Argentina, Perú, Chile y España). La mayor producción ocurrió en el periodo 2014-2016 (64%). Entre los países que más investigan sobre el tema, destaca Colombia con ocho estudios, seguido por México con siete, Perú, Argentina, Brasil y Chile cada uno con tres publicaciones.

Según el tipo de revistas, doce se enfocan en el ámbito de la ginecología y obstetricia <sup>(6,7,10,14-16,20,21,24,25,28,29)</sup>, siete poseen un enfoque clínico <sup>(8,9,11,18,23,26,27)</sup>, cuatro fueron revistas dirigidas a políticas públicas en salud y arbitraje médico <sup>(13,19,30,31)</sup>, tres son del ámbito de la salud pública <sup>(12,17,22)</sup> y una era una revista de enfermería <sup>(5)</sup>.

En 14 de las revistas, los primeros autores fueron especialistas y subespecialistas en ginecología y obstetricia (7-11, 14-16, 18, 20, 22, 25, 29); en ocho fueron médicos generales (6, 13, 21, 24, 26-28, 31), tres eran personal de enfermería (5, 12, 23) y dos fueron del área de ciencias sociales.

En doce de las investigaciones, los primeros autores fueron varones, ginecólogos y obstetras; las sociólogas, enfermeras y la especialista en sistemas de la información eran, en su totalidad, de sexo femenino.

### ORIENTACIÓN EPISTÉMICA Y METODOLÓGICA DE LOS ESTUDIOS

Según el enfoque de investigación, 23 fueron cuantitativas, dos cualitativas y dos de tipo mixto. Respecto a los diseños de estudio, 15 fueron de alcance descriptivo (6, 7, 9, 10, 13, 18, 19, 21, 23-28, 31) y solo tres analíticos (16, 29, 30). Los dos trabajos cualitativos fueron de tipo etnográfico.

Según el momento de ocurrencia de la información, 14 fueron de tipo retrospectivo y su fuente, en consecuencia, se basó en registros, historias clínicas y bases de datos. Según la secuencia temporal, 12 fueron estudios de corte transversal. En lo que respecta a los instrumentos de recolección, 22 utilizaron fichas de registro diseñadas *ad hoc* en papel o *software*, cinco empleó entrevistas semiestructuradas (5, 8, 12, 17, 30), y dos utilizó cuestionarios (7, 8).

### COINCIDENCIAS Y DIVERGENCIAS EN LOS HALLAZGOS REPORTADOS

#### DETERMINANTES INDIVIDUALES DE RIESGO OBSTÉTRICO

El 66% de los estudios permitían identificar los grupos de edad más afectados por la experiencia *near miss*, de estos, 16 coincidieron en que se presentó con mayor frecuencia en mujeres adultas, principalmente entre los 19 a 35 años (6, 10, 12, 13-15, 24-28, 31), solo dos señalaron una frecuencia significativa de casos en adolescentes (16, 29).

Respecto a los antecedentes ginecoobstétricos, la mayoría refirió el antecedente de multigestación (6, 9-10, 11, 13, 20), en contraparte, otros refirieron la primigestación como condición asociada (16, 25, 31). Otros estudios no encontraron diferencias significativas en función del número de gestaciones (18, 19). La nuliparidad fue identificada en un estudio como factor de riesgo asociado (7, 26). Varios estudios refirieron como condiciones contribuyentes a la experiencia *near miss* la multigestación y la nuliparidad, debido a que una importante parte de las mujeres tenía el antecedente de abortos (27, 28).

#### DETERMINANTES SOCIOCULTURALES DE RIESGO

Siete de los estudios exploraron el origen o procedencia de las mujeres, coincidiendo en que las experiencias *near*

*miss* se presentaron más en las de origen urbano (6, 7, 10, 12, 19). Respecto al nivel de escolaridad, doce reportaron escolaridad de secundaria completa (6, 8-10, 12-16, 22, 30-31).

En cuanto a la ocupación, tres refirieron haber trabajado con mujeres amas de casa (10, 13, 17), aunque fueron pocos los que exploraron esta variable. En cuanto al estado marital, la mayor parte de ellas convivían de manera permanente con sus parejas y padres de sus hijos (6, 7, 9, 10, 13, 14), uno de los estudios identificó que el tener pareja estable se asociaba como factor protector (29) y solo un estudio reportó una mayor frecuencia de madres solas (22).

#### SOBRE LA EXPERIENCIA NEAR MISS

Respecto a los diagnósticos que llevaron a clasificar las *near miss*, los trastornos hipertensivos del embarazo, representó más del 70% de los casos (5, 9, 12, 13, 28), en algunos estudios más del 50% (6-8, 19, 29, 30) y en otros poco menos del 50% de los casos (10, 11, 14, 16, 17, 20, 25, 27, 31). La hemorragia se reportó como la primera causa asociada a *near miss* en un número menor de estudios (15, 18, 21-24, 26).

Respecto al momento en que se presentó la complicación, la mayoría refirió que esta sobrevino en el tercer trimestre del embarazo o en el anteparto (10, 11, 16, 19, 22, 28, 30), en menor frecuencia se presentó en el parto y puerperio (6, 13, 26-27) y solo uno en el intraparto (25).

Según el criterio de falla orgánica, los estudios destacaron la falla cardiovascular (6, 23, 25-26, 28, 31), seguido de la hematológica (9, 13, 22-23). De acuerdo a la estancia y permanencia de las mujeres en la UCI varios estudios coincidieron en reportar un promedio inferior de 8 días (6, 9, 28), aunque la mayoría coincidió en señalar estancia menor a los 5 días (10, 11, 16, 21, 26).

En lo que se refiere a los procedimientos realizados, la mayoría refiere el ingreso a la UCI como el más frecuente, después de ello, prevalecen los estudios que señalan las transfusiones sanguíneas seguido por las cirugías adicionales (9, 10, 13, 20, 23, 28, 31).

#### LAS DEMORAS PARA LA ATENCIÓN

Uno de los estudios que con mayor profundidad exploró este aspecto, señaló que más del 50% de las mujeres en situación *near miss* identificó haber vivido una demora de tipo tres, la mayoría señaló haber recibido tratamientos médicos inadecuados o haber tenido un diagnóstico equivocado por parte de los agentes de salud (12). Uno de los estudios cualitativos recuperó experiencias en los tres tipos de demoras (17).

Los estudios que documentan demoras tipo tres, refieren identificar que las mujeres en situación de *near miss* son canalizadas desde instituciones de segundo

y tercer nivel de atención <sup>(27-28)</sup>, y que el tiempo entre la orden de remisión y la ubicación en nivel superior de atención es en promedio de 4,8 horas <sup>(31)</sup>.

Un estudio que correlaciona la demora con la causa básica de morbilidad, reporta que existe variabilidad en función de los diagnósticos de ingreso, de esta manera, los retrasos en la calidad de la prestación del servicio mostraron mayor relación con los casos de hemorragia posparto y de trastornos hipertensivos del embarazo, en tanto, las demoras uno y dos son frecuentes en casos de hemorragia de la primera mitad del embarazo y sepsis de origen obstétrico <sup>(10)</sup>.

## DISCUSIÓN

Resulta particularmente grave no haber identificado producción sobre *near miss* en Bolivia, Honduras y República Dominicana, países que registraron avances de más del 50% en la reducción de las muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto entre 1990-2015, la falta de producción académica representa una limitación en la posibilidad de comprender la complejidad de los determinantes sociales que inciden en la morbilidad materna extrema, también niega la oportunidad de aprender de las buenas prácticas y experiencias exitosas que en estos países han resultado útiles para contener la mortalidad materna o la morbilidad materna extrema <sup>(32)</sup>.

Se ha documentado un mayor número de publicaciones en revistas clínicas especializadas, aspecto que reitera el predominio de una mirada biologicista sobre los procesos reproductivos de las mujeres, omitiendo o problematizando poco, las condiciones políticas, sociales y culturales que prevalecen en los contextos poblacionales y aportando con ello, un sesgo en el panorama complejo en el que se inscribe los procesos salud-enfermedad y particularmente las muertes maternas <sup>(33)</sup>. Si bien, el hecho de generar investigación clínica contribuye al fortalecimiento de un ejercicio profesional basado en evidencias, también lo es el hecho de que este enfoque no está generando evidencia sobre los procesos sociales y políticos que potencien y promuevan el bienestar materno.

Resulta relevante reconocer la existencia de algunos artículos publicados desde la perspectiva de las políticas públicas en salud y el arbitraje de la práctica médica, toda vez que reposicionan la salud materna no exclusivamente como un problema clínico, sino como una responsabilidad de Estado y de derechos humanos.

Llama la atención la escasa publicación en las revistas de Enfermería, así como la poca participación de enfermeras sobre el tema, cuando se trata de una profesión íntimamente ligada con la obstetricia, ejemplo de ello es

que en varios países de América Latina el título de estas profesionales continúa señalándose como enfermeras y obstetras o enfermeras parteras. La OMS y la OPS han señalado la importancia de la formación de enfermeras perinatales, obstétricas y parteras profesionales para fortalecer el equipo de trabajo multidisciplinario dirigido a mejorar el bienestar materno en América Latina <sup>(34)</sup>; en este contexto, la escasa producción generada, evidencia que la profesión está involucrándose poco en uno de los temas más álgidos en la obstetricia como es la morbilidad materna extrema.

En lo que respecta a las perspectivas epistémicas y metodológicas desde las que se está generando investigación, se encontró predominancia del enfoque positivista, que posiciona la problemática de la MME desde los procedimientos médicos y diagnósticos, dejando de lado los determinantes o las experiencias adversas o facilitadoras que las mujeres viven frente a un evento en el que está en riesgo su vida y la de sus hijos. Según los aportes de Foucault, el enfoque desde el cual se construye conocimiento sobre un tema en particular resulta relevante en función de que determina en gran manera, como será entendido el problema desde la sociedad <sup>(35)</sup>, con los hallazgos recabados puede darse cuenta que es relativamente sencillo caer en la provocación de pensar la muerte materna y la MME como problemas médicos y no sociales, a manera de condiciones cuyo resultado depende completamente de la habilidad del personal médico y los recursos del sistema de salud, y no propiamente como una situación que deriva del acúmulo de una serie de desventajas sociales que al confluir, imposibilitan el desarrollo de una agencia eficaz en las mujeres para contemplar necesarios los servicios de salud, para acceder a los mismos o para adherirse al tratamiento.

Desde un análisis fundamentado en la teoría de género, llama la atención el hecho de que en uno de los problemas más importantes que enfrentan las mujeres, prevalezca la mirada científica masculina, cuando el proceso reproductivo está condicionado de manera importante por la construcción social del ser mujer, con valores, imaginarios, percepciones y en general, subjetividades que solo otra mujer podría dimensionar <sup>(36)</sup>. En este contexto, resulta congruente el hecho de que la mayor parte de los investigadores se posicionen en un paradigma positivista que les permita explicar su papel como profesionales de la salud, en tanto las investigadoras se muestren más interesadas por hacer aproximaciones, que ya sea desde lo cualitativo o lo cuantitativo, les permita comprender el papel que los determinantes sociales y culturales juegan en el acceso a la atención especializada de las mujeres y sus procesos reproductivos.

Por otra parte, el hecho de que la mayor parte de los estudios fueron cuantitativos y en su mayoría descriptivos, coincide con lo reportado por otros

estudios respecto a los diseños con mayor frecuencia utilizados en la investigación clínica <sup>(37)</sup>, lo anterior se torna relevante, dado que aun cuando este tipo de estudios permite dar cuenta de cuáles son los factores o determinantes que aparecen asociados a la experiencia *near miss*, no posibilitan estimar la magnitud o fuerza de dicha asociación. A lo anterior habrá que agregar que la mayor parte de los estudios fueron de tipo retrospectivo y su fuente de información fueron registros, este tipo de estudios poseen como principal limitación el hecho de que se estudia el problema una vez ocurrido y dado que la mayor parte de los mismos fueron transversales, no existió tampoco un seguimiento que posibilitara dilucidar cuáles son los impactos que genera el problema a largo plazo, ya sea en la calidad de vida de las mujeres o en sus experiencias reproductivas posteriores.

Aunque fueron considerables los estudios que se concentraron en estudiar las condiciones del manejo clínico de las mujeres, algunos de estos entregan al lector una caracterización sociodemográfica que posibilitan dar cuenta de los determinantes sociales que inciden en la experiencia *near miss*, a partir de ello, se puede identificar que aun cuando las adolescentes han sido señaladas como en alto riesgo obstétrico, en la mayoría de los estudios revisados fueron mujeres adultas las que enfrentaron experiencia *near miss*, situación que podría parecer contradictoria cuando se ha documentado que las jóvenes entre 15 y 19 años tienen dos veces más probabilidades de fallecer durante el embarazo y parto que aquellas mayores de 20, y las menores de 15 tienen cinco veces más probabilidad de morir que las mujeres adultas <sup>(38)</sup>.

Lo anterior debe obligarnos a reconocer que las condiciones biológicas llegan a supeditarse a las sociales y culturales, si bien las adolescentes embarazadas no representan la mayor parte de las mujeres en situación de MME que ingresan al hospital, lamentablemente sí son quienes más mueren, en parte, como refieren algunos estudios, porque tardan más en identificar las complicaciones, tienen menos confianza para acercarse a los centros de salud <sup>(39)</sup>, o simplemente porque aun cuando estén diagnosticadas o en tratamiento, muestran una mayor dificultad para adherirse al manejo terapéutico <sup>(40)</sup>. Este hallazgo también debe obligarnos a cuestionar la edad como un factor que determina de manera aislada el riesgo obstétrico, en sí, como lo demuestran los estudios recuperados, la edad en la que se diagnóstica y se ingresa al ámbito hospitalario en mujeres con MME es principalmente entre los 20 y 35 años, grupo de edad al que la mayor parte de la bibliografía invisibiliza como grupo en riesgo.

La revisión ha evidenciado, por otra parte, que las mujeres que se ingresan bajo condiciones de MME se

adscriben, en su mayoría, a comunidades urbanas o industrializadas, situación que coincide con el hecho de que las mujeres que prevalecen como muertes maternas son de origen rural <sup>(41-42)</sup>. El hecho de que la mayoría de los estudios hayan referido que la mayor parte de las mujeres contaba con secundaria concluida, respalda la hipótesis planteada respecto a que la educación funciona como un factor protector para reducir la MM, toda vez que esta se ha asociado con el hecho de no haber completado la educación básica <sup>(43)</sup>.

En función de los resultados puede darse cuenta también, sobre la importancia de que las mujeres cuenten con redes de apoyo estables y cercanas para trasladarse de manera oportuna a la atención institucional, el hecho de que la mayor parte de ellas hayan referido vivir en concubinato o matrimonio puede ser un factor que determina la llegada oportuna de las mujeres a los servicios de salud, de hecho, aunque solo uno de los estudios demostró la significancia estadística de esta relación, son diversos los estudios que han señalado la soltería o la ausencia de redes de apoyo como factor de riesgo frente a la MM <sup>(44)</sup>.

Sobre la experiencia *near miss*, se identificó que la mayor parte de los estudios se centra en el manejo médico, y realmente pocos exploran los condicionantes contextuales que entorpecen o favorecen la llegada de las mujeres al centro de atención hospitalaria. En este contexto, pudo identificarse, por ejemplo, que la principal causa de ingreso al hospital ocurre por trastornos hipertensivos durante el tercer trimestre o el anteparto, y segundo lugar por hemorragias, las cuales se desencadenan con mayor frecuencia durante el puerperio. Estas causas de ingreso muestran diferencias con la prevalencia de causas de mortalidad materna en América Latina, en las que figura como primera causa la hemorragia, seguida de los trastornos hipertensivos <sup>(45)</sup>. Lo anterior obliga a dar cuenta de la complejidad que implica el manejo de la hemorragia, particularmente cuando acontece después del parto.

En lo que respecta al criterio de falla orgánica, se reportó una congruencia entre esta y el manejo instaurado, si bien la falla reportada como más prevalente fue la cardiovascular y la hematológica, el manejo reportado como más frecuente fue el ingreso a la UCI y la hemotrasfusión, incluso algunos estudios refirieron la cirugía adicional (histerectomía) con mayor predominio que la transfusión de componentes sanguíneos. En cuanto al tiempo de estancia en la UCI, la mayoría reportó promedios menores a los 5 días, que aun cuando pudiesen parecer cortos, en materia de gasto en salud se ha reportado que consumen alrededor del 30% de los recursos disponibles para cuidados de pacientes agudos <sup>(46)</sup>.

## CONCLUSIONES

Los resultados permiten dar cuenta que la mayoría de los estudios que se han elaborado desde el enfoque *near miss* en América Latina, se caracterizan por una visión positivista y clínica, que no posibilita identificar las condiciones que contribuyeron a que estas mujeres sobrevivieran a situaciones obstétricas críticas.

Los pocos estudios encontrados enfatizan sobre la primera y tercera demora, es decir, de aquellos condicionantes que tienen relación con las instituciones y los profesionales para tomar decisiones que permitan una atención oportuna. Es necesario responder las limitaciones que las mujeres enfrentan para identificar las señales de alarma, y dar cuenta si estas obedecen a la ausencia de información médica o bien a cuestiones culturales que les imposibilitan el desarrollo de una verdadera agencia de autocuidado. Resulta pertinente

por otra parte, generar más investigación sobre los factores que inciden en los procesos de toma de decisión del personal médico para el manejo de la situación crítica, factores como el estrés, el desconocimiento, el miedo y la ausencia de equipo o material, pueden condicionar de manera importante la atención adecuada de la MME.

**Contribuciones de los autores:** YYRF obtuvo el financiamiento para el proyecto de que este artículo forma parte, encabezó la concepción y diseño del artículo; la recolección de resultados y su análisis e interpretación de datos. Aprobó la versión final de este artículo. AGML participó en la recolección de los resultados, su análisis e interpretación, concepción y diseño del artículo

**Conflictos de interés:** no existen conflictos de interés.

**Fuentes de financiamiento:** recursos del Programa para el Desarrollo Profesional Docente para el Tipo Superior (PRODEP), a través de la beca UASLP-PTC-578 otorgada a quien aparece como primera autora.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Burgos A. Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna, 2009-2014 [Internet]. Santiago de Chile: UNFPA/CEPAL. 2015 [Citado el 20 de marzo de 2017]; Disponible en: [http://repository.eclac.org/bitstream/handle/11362/39303/S1500990\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repository.eclac.org/bitstream/handle/11362/39303/S1500990_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Más allá de las cifras, revisión de las muertes maternas y las complicaciones del embarazo para hacer la maternidad segura [Internet]. Centro Latinoamericano de Perinatología, salud de la mujer y reproductiva. 2004 [Citado el 2 de marzo de 2017] Disponible en: [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=74-mas-alla-de-las-cifras&Itemid=219&lang=es](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=74-mas-alla-de-las-cifras&Itemid=219&lang=es)
- OMS. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health [Internet]. 2011 [Citado el 13 de marzo de 2017]. Disponible en: [http://apps.who.int/iis/bitstream/10665/44692/1/978924150221\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iis/bitstream/10665/44692/1/978924150221_eng.pdf)
- Franco C, Hernández J. Monitoreo de morbilidad materna extrema (near miss) como compromiso internacional para complementar la calidad de la atención en salud materna. *Perinatol Reprod Hum*. 2016;30(1):31-38.
- Pinho AP, Pamplona V, García C. Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbilidad materna grave. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(6):1187-1194.
- Nava ML, Urdaneta JR, González ME, Labarca L, Silva A, Contreras A, Fernández M, Baabel N. Caracterización de la paciente obstétrica críticamente enferma, experiencia de la maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", Maracaibo, Venezuela: 2011-2014. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2016;81(4):88-96
- Cardoso MA, Soares T, Da Silveira A. Fatores determinantes do near miss materno em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(11):498-504.
- Camargo R, Pacagnella R, Cecatti J, Parpinelli M, Souza J, Sousa M. Subsequent reproductive outcome in women who have experienced a potentially life-threatening condition or a maternal near-miss during pregnancy. *Clinics*. 2011;66(8):1367-1372.
- Mejía A, Téllez G, González A. Morbilidad materna extrema (near miss) y muertes maternas. *Arch Invest Materno Infant*. 2012;4(3):146-53.
- Reyes I, Villar A. Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2012;58(4):273-284.
- Hasbún J, Sepúlveda Á, Cornejo R, Romero C. Morbilidad materna grave e ingreso a cuidado intensivo: Hospital Clínico Universidad de Chile (2006-2010). *Rev Méd Chile*. 2013 ; 141(12):1512-1519.
- González LD, Gómez RD, Vélez GA, Agudelo SM, Gómez J, Wylie J. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(1):15-22.
- Quiroz G, Suárez C, Cortés C, Rojo W, Morales E. Morbilidad Materna extremadamente grave en el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz, 2012. *CONAMED*. 2015;20(4):160-73.
- Acelas David, Orostegui A, Alarcón M. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2016;81(3):181-188.
- Soni C, Gutiérrez A, Santa Rosa F, Reyes A. Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex* 2015;83(2):96-103.
- Calvo O, Morales V, Fabián J. Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca. *Ginecol Obstet Mex*. 2010;78(12):660-668.



17. Szulik D, Szwarz L. "Era una bomba de tiempo": el derrotero de la morbilidad materna severa en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Salud Colect.* 2015;11(4):553-564.
18. Malvino E. Morbilidad materna aguda severa y condiciones de gravedad de enfermas obstétricas al ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva* 2014;31(4):1-9.
19. Rincón MC, García R, García MA, Muñoz G. Causas, frecuencia y secuelas de la morbilidad materna extrema en mujeres mexicanas: un análisis de los códigos rojos en el IMSS de Hidalgo. *CONAMED* 2016; 21(4):171-78.
20. Rojas J, Cogollo M, Miranda J, Ramos E, Fernández J, Bello A. Morbilidad materna extrema en cuidados intensivos obstétricos. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2011; 62(2):131-40.
21. Acho S, Pichilungue S, Díaz J, García M. Morbilidad materna extrema: admisiones ginecoobstétricas en las unidades de cuidados intensivos de un hospital general. *Rev Per Ginecol Obstet* 2011;57(2): 87-92
22. Abalos E, Giordano D, Majic C, Morales E, Peretti JI, Ramos S. Morbilidad severa materna y neonatal: Vigilancia en servicios y capacidad de respuesta del sistema de salud. *Rev argent salud Pública* 2014;5(18): 15-23.
23. Guerra C, Muñoz P, Ospino A, Varela A, Vega L. Morbilidad y mortalidad materna en una institución de salud en el año 2012. *Salud, Barranquilla* . 2014;30(2):217-226.
24. Villalba C, Martínez P. Morbilidad Materna Extrema en la clínica universitaria Colombia, Bogotá 2012-2013. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2014;65(4):290-96,
25. Rivas E, Vásquez D. Morbilidad Materna Extrema en una clínica obstétrica Colombiana. *Rev Cienc Biomed* 2016;7(1):54-61.
26. Bello LM, Vásquez D, Rojas J, Sará P, Cogollo M, Jaramillo JJ, Dueñas C. Indicadores de morbilidad materna extrema en una clínica universitaria de tercer nivel de complejidad, evaluación retrospectiva. *Rev Cienc Biomed* 2012; 3(2):291-99.
27. Garibaldi J, Than T, Guerrero S, Cuevas C. Morbimortalidad materna en una unidad de tercer nivel sin servicio de obstetricia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016;54(2):196-20.
28. Barbosa MM, Morales CD, Amézquita MC, Martínez DM. Vigilancia de morbilidad materna extrema en una institución de referencia en Cali, Colombia 2013-2014. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2016;67(3):215-22.
29. Oliveira FC Jr, Surita FG, Pinto ESJL, Cecatti JG, Parpinelli MA, Haddad SM, et al. Severe maternal morbidity and maternal near miss in the extremes of reproductive age: results from a national cross-sectional multicenter study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet] 2014;14(77)
30. Agudelo SM, González LD, Vélez GA, Gómez J, Gómez RD. Análisis de las relaciones sociales durante el embarazo en mujeres con y sin morbilidad materna extrema. *Medellín, 2011-2012. Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2016; 15(30): 160-175.
31. Carrillo J, García C. Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta, Colombia, 2014. *Hacia Promoc. Salud.* 2016; 21(1):15-25.
32. OPS. Boletín "Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU" [Internet] 2014 [Citado el 21 de marzo de 2017] Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9552%3A2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552%3A2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es)
33. Laza C, Calderón JC. Prácticas discursivas y resistencias como nuevas subjetividades femeninas en el riesgo heredado del cáncer de mama. *Rev Cubana de Salud Pública.* 2017; 43 (1):82-93
34. Ramírez C. Desafíos en salud materna en México: universalidad, calidad y respeto a derechos humanos. *CONAMED* 2012;17(1):3
35. Foucault M. El orden del discurso. Barcelona; 1970.
36. Castrillo, B. Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto [Internet]. I Jornadas de Género y Diversidad Sexual; 24-25 oct 2014; La Plata, Argentina. [Citado el 4 de marzo de 2017]. Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.4126/ev.4126.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4126/ev.4126.pdf)
37. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *Int. J. Morphol.* 2014;32(2):634-645.
38. UNFPA. State world population 2005: The promise of equality [Internet]. New York: Author, 2005 [Citado 17 ene 2017] Disponible en: [http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp05\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp05_eng.pdf)
39. Atienzo E, Suarez L, Meneses M, Campero L. Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas. *Rev Med Hered* 2016;27(3):131-138.
40. Mendoza L, Arias M, Peñaranda C, Mendoza L, Manzano S, Varela AM. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2015 ;80(4):306-315.
41. Juárez C, Márquez M, Salgado N, Pelcastre BE, Ruelas MG, Reyes H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam Salud Publica* 2014;35(4):284-90.
42. Lazcano E, Schiavon R, Uribe P, Walker D, Suárez L, Luna R, Ulloa A. Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Pública de México* 2013;55(2):214-24.
43. Freyermuth G. Determinantes sociales en la MM en México. *CONAMED* 2016; 21(1):35-32.
44. Anderson J. Mortalidad materna y derechos humanos. *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales* 2011;38(69):101-27.
45. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller A, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet.* 2014;2(6):323-33.
46. Carrasco G., Pallarés Á, Cabré L. Costes de la calidad en Medicina Intensiva: Guía para gestores clínicos. *Med. Intensiva.* 2006;30(4):167-179.

*Correspondencia:* Yesica Yolanda Rangel Flores  
 Dirección: Av. Niño Artillero. 130. Zona Universitaria. CP 78290. San Luis Potosí. SLP. México.  
 Teléfono: (444) 1793924  
 Correo electrónico: [yrangelmaestria@hotmail.com](mailto:yrangelmaestria@hotmail.com)