

## **MATERNA CRÍTICA. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES.**

### **AUTORES**

**\* Dr. Manuel M. Basulto Barroso \***

**\*Dr. Raúl Antonio Pérez Sarmiento\***

**\*\*Dr. Heriberto Díaz Agüero\*\***

**\*\*Dr. Jorge Luis Machado García \*\***

***\* Especialista de I Grado en Medicina Interna, Especialista de II Grado en Medicina Intensiva del Adulto y Emergencias. Profesor Instructor.***

***\*\* Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.***

***\*\*\* Especialista de I Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos. Profesor Instructor.***

**Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico Territorial  
“Manuel Ascunce Domenech”**

**Carretera Central Oeste s/n Camagüey,**

**Teléfonos: 298172, 291406 y pizarra 282012, ext. 211.**

**Correo electrónico: [mbasulto@shine.cmw.sld.cu](mailto:mbasulto@shine.cmw.sld.cu)**

## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal que incluyó las 147 pacientes que por su estado gestacional o puerperal ingresaron en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech" desde Enero a Diciembre de 2002. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y se procesó la información de forma manual.

El índice de ingreso se considera elevado y fueron el embarazo ectópico operado (27.8 %) y la histerectomía obstétrica (17.6 %) las principales causas que lo motivaron. Las puérperas constituyeron la mayoría de las ingresadas. Dentro de las pacientes que se les hizo la histerectomía, el 34.6 % correspondió a la atonía uterina. En este estudio se encontraron como resultado 3 fallecidas.

**Palabras clave:** Paciente obstétrica crítica, embarazo ectópico, histerectomía obstétrica, atonía uterina.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la muerte materna como la defunción que ocurre por cualquier causa durante el embarazo, el parto y hasta cumplidos 42 días del puerperio, independientemente de la duración y localización de éste. (1)

Cuando ocurre la muerte de una mujer por causas derivadas del embarazo o el parto, constituye siempre una tragedia, máxime cuando esta podía haberse evitado.

La magnitud de la mortalidad materna es un reflejo del riesgo promedio de morir que corre una mujer cada vez que queda embarazada y constituye un indicador fidedigno del estado de salud de la población, así como del grado y calidad de la atención que se brinda por lo tanto no exageramos al decir que el tema de la morbilidad y mortalidad materna es la tragedia mas discutida en nuestro tiempo. (2- 4)

Las muertes maternas se dividen en directas, indirectas y las no clasificables.

El estudio que nos ocupa abarca al embarazo ectópico, aborto, rotura uterina, placenta previa, atonía uterina, etc dentro de las causas de muerte materna directa.

El riesgo de muerte materna es diferente según la región del planeta a que corresponda. En Europa es de 1 en 1 400, en Asia Central 1 en 330, en Las Américas 1 en 225, en África Subsahariana es de 1 en 70 y en Oriente Medio y África del Norte es de 1 en 60 (2-6).

La tasa de muerte materna en los países industrializados oscila entre 6 y 25 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, en la región de Las Américas mueren alrededor de 30 000 mujeres cada año por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, la gran mayoría, evitables, mediante intervenciones sencillas y de bajo costo que son ampliamente conocidas. Entre los países de América latina estas tasas difieren enormemente, de manera tal que Haití tiene una tasa de 1000, Bolivia 650, Perú 280,

Brasil 220, México 110, Uruguay 85, Chile 65, Costa Rica 55 y Cuba 24 por cada 100 000 nacidos vivos. (7-8)

En Cuba se ha logrado una disminución notable de la mortalidad materna en los últimos años, descendiendo gradualmente de una tasa de 70, 4 por 100 000 nacidos vivos en 1970, a 39 por 100 000 nacidos vivos en el año 2000 y esto se debe a que existe un control adecuado de las embarazadas y el parto es institucional con alta calificación de todo el personal de las maternidades. (5-10)

En la literatura médica se sigue considerando como principales causas de muerte materna, la hipertensión inducida por el embarazo, la hemorragia y la infección. Las complicaciones de estos estados y la aparición de síntomas y signos hacen pensar en la necesidad de traslado de una paciente obstétrica a una Unidad de Cuidados Intensivos. (11-14)

Con la creación de las Unidades de Cuidados Intensivos y los avances con ellas aparejados se ha reducido aún más la mortalidad materna y el número de complicaciones que aparecen en estas pacientes. (15-16)

Para contribuir al descenso de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y de esa forma al descenso de la mortalidad materna es necesario perfeccionar la atención integral a las pacientes obstétricas, prevenir o diagnosticar precozmente muchas complicaciones y reconocer la necesidad de los cuidados intensivos en estas. (17)

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

- Exponer el comportamiento de algunos indicadores y variables relacionadas con la paciente obstétrica crítica en Cuidados Intensivos durante el período Enero – Diciembre 2002.

### **ESPECÍFICOS**

- Relacionar el número de maternas críticas con el total de ingresos en UCI.
- Conocer las causas hemorrágicas como motivo de ingreso en este tipo de paciente.
- Conocer la condición obstétrica más frecuente de las pacientes en su admisión en UCI.
- Exponer las causas de la histerectomía obstétrica.
- Relacionar las causas hemorrágicas con las muertes maternas ocurridas en este período.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo, con el objetivo de determinar el comportamiento de algunas circunstancias especiales en las maternas críticas. El universo de trabajo estuvo constituido por las 147 pacientes que ingresaron en el Servicio de Cuidados intensivos del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech" de Camagüey, entre el 1 de enero de 2002 y 31 de Diciembre de igual año.

La fuente primaria de datos estuvo representada por el libro de registro de control de pacientes atendidos en la sala de Cuidados Intensivos de dicho hospital y por los expedientes clínicos de las pacientes.

Los datos recogidos se codificaron manualmente y se procesaron con ayuda de calculadora solar. Los resultados se presentan en tablas de por ciento.

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

La morbilidad y la mortalidad materna son indicadores básicos que reflejan el status de salud de una nación, en nuestro país las afecciones del parto y el puerperio (y sus complicaciones) han llegado a niveles insignificantes en comparación con cifras del tercer mundo y aún con países desarrollados.

En el cuadro # 1 podemos apreciar que en el período comprendido entre el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2002 hubo un total de 836 pacientes ingresados en la sala de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech" de los cuales 147 fueron maternas para un 17.5 % del total de ingresos, mucho más elevado que lo expresado por Rodríguez Iglesias y Rosabal Ramírez en sus respectivos trabajos realizados en Ciudad de La Habana y Granma. El rango que establece la literatura mundial es el 3.4 % por lo que queda muy por encima de este. Pensamos que existe una hipertrofia en la evaluación de los riesgos de las maternas complicadas, esto requiere de estudios para demostrar la validez de este planteamiento y así dar una mejor atención a las pacientes que en realidad lo necesitan. (9-19)

En el cuadro # 2 observamos las causas de ingreso en Cuidados Intensivos, donde la principal es el embarazo ectópico accidentado con 41 pacientes para un 27.8 %. Debemos recordar lo importante que resulta el diagnóstico y tratamiento precoz de esta entidad ya que 1 de cada 1000 da por resultado una muerte materna y uno de cada 100 embarazos es ectópico, estos constituyen el 16 % de las muertes maternas por hemorragias. La otra entidad que sigue en frecuencia es la histerectomía obstétrica con 26 pacientes para un 17.6 %, causadas en más de un 90 % por hemorragias. Las cardiopatías (8.8 %), las patologías quirúrgicas no ginecológicas (6.8 %), seguidas por la sepsis puerperal y la hipertensión gravídica, ambas con 4.7 %.

Estas estadísticas coinciden de manera general con lo planteado por diferentes autores. (9-20)

En este trabajo la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, reportada con alta incidencia en otros estudios solo representó el 4,7 %.

El cuadro # 3 muestra el ingreso por causas hemorrágicas, con 41 pacientes con embarazo ectópico que representa un 27.8 %, la histerectomía obstétrica con 26 pacientes para un 17,6 % para un total de 67 pacientes que representan un 45.4 %.

El cuadro # 4 nos muestra la relación con la condición obstétrica al ingreso, siendo las puérperas sobre todo el post parto inmediato, las que constituyeron mayoría con 53 pacientes para un 36 %, el embarazo con 45 para un 30.6 %, el embarazo ectópico operado fueron 41 para un 27.8 % y el aborto de 8 para un 5.4 %. Hay que tener en cuenta que las últimas semanas del embarazo, el parto y las primeras horas del puerperio constituyen los de mayor riesgo de la embarazada; los resultados obtenidos están acordes con la literatura revisada. (23-24)

La histerectomía obstétrica, es la extirpación uterina que se realiza de urgencia por indicación médica, ante una complicación del embarazo, parto o puerperio o por agravamiento de una enfermedad preexistente. Esta indicación debe ser evaluada exhaustivamente ya que constituye un proceder mutilante en mujeres jóvenes, no obstante a que se realiza dicha evaluación, constituye una forma efectiva para enfrentar cuadros hemorrágicos ó sépticos, evitando así la muerte materna por estas causas (21-26)

El cuadro # 5 nos muestra las causas más frecuentes de la realización de dicho proceder quirúrgico, teniendo como primera la atonía uterina con 9 casos para un 34.6 %, seguido del hematoma retroplacentario con 4 para un 15.3 %, el accidente quirúrgico y el sangramiento por placenta previa 3 casos para un 11.5 % y otras causas 7 para el 27.1 %. Estos resultados son similares a los expuestos por González Aguilera y Rivero Díaz en sus trabajos realizados en Granma y Ciudad de La Habana respectivamente.

Debemos señalar que estos coinciden con los obtenidos por otros autores en nuestra provincia donde las causas hemorrágicas ocupan un papel importante relegando a un segundo plano los procesos sépticos y de otro tipo. (11-27)

En el cuadro # 6 se exponen las causas de muerte materna, que representan el 2 % de los ingresos de estas de pacientes en Terapia Intensiva y que en el período estudiado fueron 3, el embolismo del líquido amniótico, la hemorragia subaracnoidea, y el tromboembolismo pulmonar, representando el 33.3 % por caso. Estos resultados difieren en algo de la literatura revisada al respecto, incluso cubana, donde la hipertensión, la hemorragia y la sepsis constituyeron las causas principales de muerte. (28-30)

## **CONCLUSIONES**

- Constituye la materna crítica un gran número de ingresos en UCI

- Las principales causas de ingreso en la materna complicada fueron las hemorragias obstétricas.
- La causa fundamental de histerectomía fue la atonía uterina, dentro de las causas hemorrágicas.
- La condición obstétrica más frecuente fue el puerperio.
- No hubo relación entre las causas hemorrágicas y el fallecimiento de las maternas en este período.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rendón L, Langer A, Hernández B. Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina. Rev. Cubana Salud Pub 1995; 21(1):27-35.
2. Cabezas Cruz E. Vigilancia Epidemiológica de la muerte materna. Rev. Cubana Obstetginecol 1993; 19 (2):78-90.
3. La Prevención de la tragedia de las muertes maternas. Informe preparado por Ann Starr, acerca de la Conferencia Internacional sobre Maternidad sin riesgos, Nairobi, Kenya, feb 1987.
4. Guerra de Macedo C. Prevención de la mortalidad materna en Las Américas: Perspectiva para los años noventa. Comunicación para la salud N<sup>o</sup> 2 OPS/OMS 1992.
5. Cabrerías E. Mortalidad Materna en Cuba. I Congreso Paraguayo de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Asunción 23-28 ct. 1967.
6. Angulo VJ. Mortalidad Materna en el Hospital Ginecobstétrico del Centro Médico Nacional de Occidente. Ginecol Obstet Mex 1999; 67(9):419-24
7. WHO UNICEF. Revised 1990. Estimates of Maternal mortality. A new aprovac. April 1996.
8. OPS. Prevención de la mortalidad maternal en Las Américas. Washington: OPS;2001. (Serie Comunicación para la Salud N<sup>o</sup> 1).
9. Rodríguez Iglesias G, Delgado Calzado J, Pérez Rivero L, Hernández Pedroso W, Veranes Arias M. Experiencia de 12 años en la atención a pacientes obstétricas en la UCIA. XI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología, Ciudad de La Habana 21-25 May.2001.
10. Maura Tandrón JC. Morbimortalidad materna. Paciente obstétrica crítica XI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología Ciudad Habana 21-25 May 2001.

11. Kinston B. Maternal Mortality in maternal fetal medicine (intensive care) *United Reproduct* 1998; 35(1):25-8.
12. Bone R C, Brown RC. Sepsis and multiorgan failure. New concepts and treatments. *Resident and staff physician* 1998 July; 39(7): 21-30.
13. Aya Ag. Severe preeclampsia. Principal management modalities before patient transfer. *J. Gynecol Obstet Boil reproduct Paris* 1996; 25(2): 196-205.
14. Brown-Call MH. Obstetric patients treated in intensive care units and maternal mortality, regional teams for the survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Boil* 1996; 65(1):121-5.
15. Gary Cunningham F. *Complicaciones frecuentes del embarazo. T II. 4 ed. Masson: Barcelona, 1996.*
16. Rodríguez M. Embarazo ectópico. *Rev Cubana de Obst* 1995; 21(1): 3-7.
17. González Aguilera JC, Rosabal Ramírez CA, Rodríguez Reytor A, Tamayo Gamboa E. Hemorragias obstétricas graves en UCI. Tres años de experiencia. XI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Ciudad Habana 21-25 May 2001.
18. Rosabal Ramírez C, González Aguilera J, González Méndez F, González Pompa JA. Morbilidad y Mortalidad materna en UCI. Tres años de experiencia. XI Cong. Nac. de Obstet y Ginecología. Ciudad Habana 21-25 may 2001.
19. Callop NA, Sahn SA. Critical illness in pregnancy and análisis of 200 patients admitted to a medical care int. *Chest* 1998; 103(5):1548-52.
20. Lynn BC. Complicaciones maternas. *Bol of saint Panam* 1998; 114(4):292-310.
21. Suárez Moreno R. Maternas complicadas. Trabajo de terminación de la especialidad para optar por el título de Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Camaguey: Hospital Docente Ginecobstétrico "Ana Betancourt", 2002.
22. Nilses C. Hipertensión and pregnancy. *Acta obstet gynecol scand* 2001; 2(3): 909-12.
23. Hdez Cañete R. Morbimortalidad materna. Su comportamiento en salas de cuidados especiales. Trabajo de terminación de la especialidad para optar por el título de Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Camaguey. Hospital Docente Ginecobstétrico "Ana Betancourt" 1994.
24. Estrada Blanco Z. Materna complicada. Trabajo de terminación de la especialidad para optar por el título de Especialista de I Grado en

Ginecobstetricia. Camaguey. Hospital Docente Ginecobstétrico "Ana Betancourt" 1997.

25. Rivero Díaz R, Fuentes González L. Histerectomía Puerperal. Nuestros Resultados. Rev. Cubana obst. Ginecol 1997;23(1):49-52.

26. Kelvin C. Histerectomy. Obst Am J 2001;68(3)9-23.

27. Tan YJ. Hemorrhage in Pregnancy. Ann Acad med. Singapore 2002 may; 31(3):328-34.

28. MINSAP. Comisión Nacional de muertes maternas. Análisis 1985-1995.

29. Suárez L. Muerte Materna en Colombia. Estudio de 20 años. Rev. Col Ginec 2001; 4(1):9-11.

30. Foley MR, Strong TH. Cuidados intensivos en obstetricia. 1ra Ed. Médica Panamericana: Buenos Aires, 1999.

## ANEXOS

### CUADRO # 1 TOTAL DE INGRESOS EN TERAPIA INTENSIVA EN RELACIÓN CON EL TOTAL DE MATERNAS CRÍTICAS. HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO TERRITORIAL "MANUEL ASCUNCE DOMENECH" CAMAGÜEY 2002

| Total de ingresos en UCI | Total de maternas críticas | %    |
|--------------------------|----------------------------|------|
| 836                      | 147                        | 17.5 |

### CUADRO # 2 CAUSAS DE INGRESO EN TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO TERRITORIAL "MANUEL ASCUNCE DOMENECH" CAMAGÜEY 2002

| CAUSAS DE INGRESO                    | No. | %    |
|--------------------------------------|-----|------|
| Embarazo ectópico                    | 41  | 27.8 |
| Histerectomía obstétrica             | 26  | 17.6 |
| Cardiopatías                         | 13  | 8.8  |
| Patología quirúrgica no ginecológica | 10  | 6.8  |
| Sepsis puerperal                     | 7   | 4.7  |
| Hipertensión gravídica               | 7   | 4.7  |
| Sepsis respiratoria                  | 5   | 3.4  |
| Asma bronquial                       | 5   | 3.4  |
| Intoxicación exógena                 | 4   | 2.7  |
| Trombosis venosa                     | 3   | 2.0  |



|                                   |            |            |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Tromboembolismo pulmonar          | 3          | 2.0        |
| Accidentes vasculares encefálicos | 3          | 2.0        |
| Reacción anafiláctica             | 3          | 2.0        |
| Crisis epiléptica                 | 3          | 2.0        |
| Sepsis del SNC                    | 1          | 0.6        |
| Otras                             | 13         | 8.8        |
| <b>Total</b>                      | <b>147</b> | <b>100</b> |

**CUADRO # 3 INGRESO POR CAUSAS HEMORRÁGICAS  
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO TERRITORIAL  
"MANUEL ASCUNCE DOMENECH" CAMAGÜEY 2002**

| <b>Causas de ingreso</b> | <b>No.</b> | <b>%</b>    |
|--------------------------|------------|-------------|
| Embarazo ectópico        | 41         | 27.8        |
| Histerectomía obstétrica | 26         | 17.6        |
| <b>Total</b>             | <b>67</b>  | <b>45.4</b> |

**CUADRO # 4 CONDICIÓN OBSTÉTRICA DE INGRESO  
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO TERRITORIAL  
"MANUEL ASCUNCE DOMENECH" CAMAGÜEY 2002**

| <b>CONDICIÓN OBSTÉTRICA</b>                   | <b>No.</b> | <b>%</b>   |
|---|------------|------------|
| Puerperio                                     | 53         | 36         |
| Embarazo                                      | 45         | 30.6       |
| Seguimiento post-operatorio embarazo ectópico | 41         | 27.8       |
| Aborto  | 8          | 5.4        |
| <b>Total</b>                                  | <b>147</b> | <b>100</b> |

**CUADRO # 5 CAUSAS MÁS FRECUENTES DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA  
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO TERRITORIAL  
"MANUEL ASCUNCE DOMENECH" CAMAGÜEY 2002**

| <b>Causas más frecuentes de histerectomía obstétrica</b> | <b>No.</b> | <b>%</b>   |
|--|------------|------------|
| Atonía uterina   | 9          | 34.6       |
| Hematoma retroplacentario                                | 4          | 15.3       |
| Acc. quirúrgico  | 3          | 11.5       |
| Sangramiento por placenta previa                         | 3          | 11.5       |
| Otros  | 7          | 27.1       |
| <b>Total</b>   | <b>26</b>  | <b>100</b> |

**CUADRO # 6 CAUSAS DE MUERTE MATERNA  
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO TERRITORIAL  
“MANUEL ASCUNCE DOMENECH” CAMAGUEY 2002**

| <b>Causas de muerte</b>        | <b>No.</b> | <b>%</b>   |
|--------------------------------|------------|------------|
| Embolismo de líquido amniótico | 1          | 33.3       |
| Hemorragia subaracnoidea       | 1          | 33.3       |
| Tromboembolismo pulmonar       | 1          | 33.3       |
| <b>Total</b>                   | <b>3</b>   | <b>100</b> |