

**MORBIMORTALIDAD MATERNA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE
ENRIQUE CABRERA.**

Autores:

Dr. Jorge Díaz Mayo.

***Especialista de Segundo grado en Medicina Intensiva y Emergencias.
Profesor Asistente.***

Dr. Albadio Pérez Assef.

***Especialista de Segundo grado en Medicina Intensiva y Emergencias.
Profesor Auxiliar***

Dr. Juan de Dios Hernández Berigestain .

***Especialista de Segundo grado en Medicina Intensiva y Emergencias.
Profesor Auxiliar.***

Dra. Silvia Naranjo Igarza.

Especialista de Segundo grado en Medicina Intensiva y Emergencias.

**Hospital General Docente Enrique Cabrera.
Calzada de Aldabo 11117Alta Habana. Ciudad de la Habana.
Cuba.
Teléfono 446010.**

INTRODUCCION

El comportamiento de la mortalidad materno infantil ha sido una preocupación constante de las autoridades de salud y del gobierno revolucionario abriendo una nueva etapa en la atención de la mujer y el niño a partir del triunfo revolucionario.

Son tomadas las acciones encaminadas en primer lugar a la ampliación de la cobertura asistencial hasta el último rincón del país, se crean hogares maternos, se norma la atención prenatal a todas las gestantes, se institucionalizan los partos, se construyen nuevos hospitales maternos y pediátricos, se aplican normas nacionales para la atención de la madre y el niño a partir de 1960 y se establece el análisis y discusión de la muerte materna en 1962 fundada por el Doctor Álvarez Lajonchere lo cual devino en un valioso instrumento de trabajo creándose por resolución ministerial número 85 del 23 de febrero de 1968 la comisión nacional encargada de las muertes maternas.

Ya en 1970 se logra una reducción del 44% de la mortalidad materna con relación a la encontrada en 1958 y un 61% en 1978, contribuyendo a estos resultados a partir de 1968 la inauguración de las Salas de Cuidados Intensivos que se consolidan en el país en la década de los 70 del siglo pasado.

Aunque la mortalidad materna ha seguido disminuyendo no lo ha hecho al mismo ritmo que la mortalidad infantil que hoy se encuentra en cifras no logradas por algunos países de elevado desarrollo.

En este trabajo nos proponemos analizar las pacientes obstétricas atendidas en la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Enrique Cabrera" entre los años 1999 y 2004 y llegar a conclusiones encaminadas a mejorar nuestros resultados.

OBJETIVO GENERAL.

Caracterizar la atención médica brindada a la paciente obstétrica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Enrique Cabrera" en los años 1999 al 2004.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar las causas que motivaron el ingreso de la paciente obstétrica en la UCI y el momento en que se producen.
2. Identificar las complicaciones presentadas por estas pacientes durante su estadía en UCI.
3. Demostrar la relación entre la operación cesárea, las reintervenciones quirúrgicas, las complicaciones y la muerte materna.
4. Identificar las causas de muerte básica y directa de las maternas fallecidas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo en la UCI del Hospital General Docente "Enrique Cabrera" en el período comprendido entre el 1 de enero del 1999 al 31 de diciembre del 2004 incluyendo a todas las pacientes obstétricas ingresadas en este tiempo. Se elaboró un instrumento para recoger la información las siguientes variables: edad, estadía, motivo de ingreso, tipo de parto, complicaciones, condición obstétrica en el momento del ingreso, intervenciones quirúrgicas, condición al egreso, causa básica y causa directa de muerte.

La fuente de información empleada fueron las historias clínicas, el libro de registros de la unidad, los protocolos de necropsia del departamento de Anatomía Patológica y los informes estadísticos del departamento de registros médicos del Hospital.

La información fue procesada en ordenador y para el análisis estadístico se emplearon distribuciones de frecuencias y porcentajes. Los resultados que se brindan en las tablas, así como sus tabulaciones fueron procesados en Microsoft Excel.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN,

Tabla No. 1. Distribución por grupos de edades de las pacientes obstétricas críticas.

Grupos Etáreos	Vivas	Fallecidas	TM %	%
15 - 19	39	2	4.87	14.0
20 - 24	51	1	1.94	17.9
25 - 29	72	5	6.50	26.4
30 - 34	72	3	4.00	25.9
35 - 39	41	5	1.08	15.8
Total	275	16	5.49	100

Fuente: Historia Clínica.

El grupo etáreo estudiado con mayor morbilidad fue el comprendido entre los 25 y 29 años n: 77 pacientes (26.4%) TM 6.50 %, seguido por el grupo de 30 y 34 años n: 75 pacientes (25.6%) TM 4.00%. El grupo de mayor mortalidad fue el de 35 y 39 años lo cual corresponde con la mayoría de los artículos revisados. En este trabajo el mayor número de pacientes obstétricas críticas corresponde con la edad en que ocurren la mayoría de los embarazos. La representación de la paciente adolescente obstétrica es destacable, su tasa de mortalidad también nos llama la atención pues ocupa el tercer lugar.

Tabla No. 2: Antecedentes patológicos personales de pacientes Obstétricas Ingresadas en el UCI.

Antecedentes	n
Hipertensión Arterial	38

Asma Bronquial	36
Sicklemia	20
Cardiopatías	12
PTI	6
Infección Urinaria Crónica.	6
Epilepsia	6
LES	8
IRC	2
Litiasis Vesicular	2
Hipertiroidismo	2
Miastenia Gravis	2
Beta talasemia	2

Fuente: Historia Clínica

La enfermedad más frecuente que fue recogida como antecedentes patológicos personales fue la Hipertensión Arterial con 38 pacientes, después el Asma Bronquial con 36 y la Sicklemia con 20. El elevado número de pacientes con trastornos Hematológicos está influenciado por la existencia del Instituto Nacional de Hematología en nuestro centro.

Se registraron 12 cardiopatías, 6 pacientes con Infección Urinaria, Epilepsia y PTI cada uno. Nos sorprende el dato de 38 hipertensas por lo cual alertamos a la Atención Prenatal y Primaria para que extremen las medidas de control y prevención alrededor de esta entidad.

Se recogieron 8 casos con antecedentes de LES.

Tabla No. 3: Condición de la paciente Obstétrica en el momento del ingreso a la UCI.

Condición Obstétrica	n	%
Embarazo	113	38.83
Puerperio	106	36.43
Parto	72	24.74
Total	291	100

Fuente: Historia Clínica.

El Embarazo fue la condición obstétrica más frecuente en el momento del ingreso con 113 pacientes (38.83%), luego el Puerperio con 106 enfermas. (36.43%), seguido del parto con 72 pacientes. (24.74%).

Tabla No. 4. Causas de Ingreso de las pacientes obstétricas en la UCI.

Causa	n	%
-------	---	---

Atonía Uterina	48	16.49
Pre Eclampsia Grave-Eclampsia.	43	14.78
Neumonía	32	10.99
Asma Bronquial	25	8.59
Sicklemia	16	5.50
Endometritis	13	4.46
Placenta Previa	8	2.74
Arritmias	9	3.09
Ruptura Uterina	9	3.09
Peritonitis	11	3.78
Desgarro	9	3.09
Leucemia	4	1.37
Embarazo Ectópico	9	3.09
LES	7	2.40
Hemopatías	17	5.84
Otras	24	9.16
Total	291	100

Fuente: Historia clínica.

En el presente trabajo la causa de ingreso mas frecuente fue la Atonía Uterina con choque hemorrágico 48 pacientes (16.49%), luego la Eclampsia con 43 pacientes (14.78%) y las Neumonías con 32 (10.99%). Con Asma Bronquial acudieron 25(8.59%), detrás las Hemopatías con 17 casos (5.84%) y la Sicklemia en 16 casos(5.50).

Existen diferencias en la literatura revisada. Olarra et al constataron que la enfermedad hipertensiva del embarazo represento el 50.4% de todos los ingresos en UCI, seguida de las hemorragias puerperales con el 38% (1).

Además un estudio multicéntrico que abarco 14 UCI y que incluyo 210 pacientes reporto como principales causas de ingreso la enfermedad hipertensiva del embarazo (39.5%) y la hemorragia posparto(33,3%) (2).

Tabla No. 5. Relación del motivo de ingreso con la etapa evolutiva en que se produce.

Embarazo	n	%	Parto	n	%	Puerperio	n	%
Neumonía	26	23	Atonía uterina	48	68.2	Hipertensión	31	29.24
Asma Bronquial	20	17.6	Placenta previa	8	11.1	Endometritis	13	12.26
Sicklemia	10	8.84	Ruptura uterina	8	11.1	Neumonías	6	5.66
Arritmias	9	7.96	Desgarros vulvovaginales	9	12.6	Sicklemia	6	5.66
Hipertensión	12	10.6				Embarazo Ectópico	9	8.49

Leucemia	4	3.53				Asma Bronquial	5	4.71
SGB	2	1.76				Linfoma	3	2.83
Hepatitis	4	3.53				Aborto Séptico	7	6.60
TEP	2	1.76				PTI	3	2.83
Oclusión Intestinal	4	3,53				Leucemia	5	4.71
Colangitis	2	1.76				Talasemia	3	2.83
PTI	4	3.53				LES	3	2.83
Estenosis Mitral	4	3.53				Otros	12	12.35
LES	4	3.53						
Intoxicación exógeno	4	3.53						
Total	113	100		72	100	Total	106	100

Fuente: Historia Clínica.

Las causas principales como motivo de ingreso durante el embarazo fueron la Neumonía con 26 (23%) y el Asma Bronquial con 20 pacientes (17.6%). La hipertensión ocupó el tercer lugar con 12 pacientes (10.6%). Reiteramos el hecho de que nuestro centro trabaja estrechamente unido al Instituto de Hematología.

En relación con el periparto ingresaron en nuestra UCI 72 pacientes, con Atonía Uterina 48 pacientes. (68.2%), Desgarros vulvovaginales 9 (12.6%). Ruptura Uterina y Placenta Previa 8 pacientes. (11.1%).

En relación con el puerperio las causas principales de ingreso fueron la Hipertensión Arterial con 31 pacientes (29.24%), las Endometritis con 13 pacientes. (12.26%) y el Embarazo Ectópico 9 pacientes (8.49%)

Tabla No 6: Distribución de Ingresos por causas obstétricas y clínicas.

Causas	n	%
Obstétricas	143	49.14
Clínicas	148	50.86
Total	291	100

Fuente: Historia clínica

Aquí podemos observar un equilibrio entre las causas obstétricas y las clínicas que provocaron el ingreso en la UCI. Se registraron 143 y 148 casos respectivamente. En estudios anteriores de 5 años el comportamiento ha sido bastante parecido al nuestro.

Tabla No 7: Distribución de los ingresos por causas obstétricas

Causas obstétricas	n	%
Hemorragias	83	58.04
Hipertensión	43	30.07
Infeciosas	17	11.89

Total	143	100
-------	-----	-----

Fuente: Historia clínica

Dentro de las obstétricas la más frecuente fue la Hemorragia con 83 pacientes. (58.04%) seguido de la Hipertensión arterial con 43 pacientes (30.07%) y las infecciosas con 17 pacientes (11.89%) lo tiene relación con la literatura revisada. (3)

Tabla No 8: Distribución de los ingresos por causas clínicas.

Causas clínicas	n	%
Neumonías	32	21.63
Asma Bronquial	25	16.89
Hemopatias	17	11.58
Sikclemia.	16	10.81
Peritonitis	11	7.42
Otras	47	31.80
Total	148	100

Fuente :Historia clínica

Dentro de las causas clínicas mas frecuente tenemos las Neumonías con 32 pacientes. (21.63%), el Asma Bronquial pacientes.25 (16.89%), las hemopatías 17 pacientes (11.58%)

Tabla No 9: Distribución por causas hemorrágicas

Causas Hemorrágicas	n	%
Atonía Uterina	48	58.60
Placenta Previa	8	9.88
Ruptura Uterina	9	10.84
Embarazo Ectópico	9	10.84
Desgarros vulvovaginales	9	10.84
Total	83	100

Fuente: Historia clínica

Las causas principales de los trastornos hemorrágicos fue la Atonía Uterina 48 pacientes (58.60%), la Ruptura Uterina, Desgarros vulvovaginales y embarazo ectópico en 9 pacientes (10.84%) En un trabajo revisado sobre el tema se encontró como causa de ingreso principal a la Atonía Uterina (34%), la Eclampsia y la Neumonía (1 1.3%) y la Placenta Previa (6.8%). (4)

Tabla No 10: Distribución por causas infecciosas obstétricas

Causas infecciosas obstétricas	n	%
Endometritis y peritonitis	13	76.46
Aborto Séptico	4	23.54

Total	17	100
--------------	-----------	------------

Fuente: Historia Clínica

Como causa infecciosa mas frecuente tenemos la endometritis en 13 pacientes. (76.46%) y el Aborto Séptico 4 pacientes (23.54%). Pastrana Román y González A Señalan en sus trabajos la infección como primera causa de ingreso en la UCI. (5)

Tabla No 11: Complicaciones mas frecuentes luego de ingresadas en UCI Pacientes n.113

Complicaciones	N	%
Desequilibrio hidromineral y acido- base	291	100
Arritmias	291	100
Shock hipovolémico	67	23.20
SRIS- Sepsis	58	19.95.
DMO	36	12.36
I. R A	31	10.65
Neumonía	24	8.24
SDRA	20	6.86
CID	18	6.18
choque séptico	11	3.78
Pielonefritis	11	3.78
Reacción transfusional	9	3.09
Derrame Pleural	8	2.75

Fuente: Historia Clínica

Todas las pacientes presentaron Arritmias Cardiacas de algún tipo y trastornos del equilibrio Hidromineral y Ácido Básico . Presentaron Shock Hipovolémico 67 pacientes (23.20%), SRIS- Sepsis 58 pacientes (19.95%), y DMO en 36 pacientes (12.35) En otros estudios se reportan como complicaciones mas frecuentes las alteraciones del equilibrio ácido básico (58.33%), la Anemia (41.66%) y el SDRA (33.33%).(3).Olarra et al registraron en su investigación que las complicaciones mas frecuente fueron la CID (38%), LA IRA(19%) y el SDRA (14%).(1). Como puede observarse existen similitudes y diferencias con respecto a nuestro estudio.

Tabla No 12 : Distribución de acuerdo al tipo de parto.

Parto	n	%	Complicados	%
Eutócico	32	22.34	8	25.0
Distócico	5	3.50	3	60.0
Cesárea	106	74.16	75	70.7
Total	143	100	86	60.1

Fuente: Historia Clínica

Como podemos observar el mayor número de partos complicados corresponde a la operación Cesárea con 75 pacientes (70.7%), luego los partos Distócicos en menor

numero pero con mayor porcentaje de complicaciones (60%) y en tercer lugar los partos Eutocicos con 8 pacientes (25%). Esto nos lleva a reflexionar sobre el método de la Cesárea como el tipo de parto con mayor numero de complicaciones.

Tabla No 13: Complicaciones y su relación con el tipo de parto.

Complicación	P.Eutócico	Distócico	Cesárea	Total
Shock Hipovolémico	1	3	34	38
Atonía Uterina	5	0	43	48
Pneumonias	0	0	24	24
I.RA	1	0	15	16
Endometritis	0	0	13	13
C.I.D	0	1	12	13
Shock Séptico	0	0	9	9
Ruptura Uterina	1	2	0	9
Peritonitis	0	0	9	9

Fuente: Historia Clínica

Las complicaciones mas frecuentes fueron en orden decreciente, la Atonía Uterina con 48 el Shock Hipovolémico con 38, y la Neumonía con 24. La operación Cesárea volvemos a observarla asociada con un mayor numero de complicaciones hemorrágicas e infecciosas.

Tabla No 14: Secuencia de intervenciones quirúrgicas en las obstétricas Críticas

Proceder o Intervención	n
Parto Eutócico sin proceder quirúrgico	27
Parto Distócico	5
Parto distócico+sutura por Desgarros vulvovaginales	3
Parto Eutócico+histerectomías +ligadura de las Hipogástricas	3
Parto Eutócico+Ligadura Hipogastrias+Histerectomía total+Doble Anexectomia	2
Cesárea sin reintervención	46
Cesárea+Histerectomia total+Anexectomia+ligadura Hipogástricas	48
Cesárea+Laparotomía y lavado peritoneal	9
Cesárea+Esplenectomia	1
Salpinguectomia+Histerectomía total	1
Salpinguectomia	1

Fuente: Historia Clínica.

En esta tabla se muestran las intervenciones quirúrgicas acorde al tipo de parto. Llama la atención que 48 pacientes cesareadas hubo que realizarles histerectomía total más anexectomía y ligadura de las hipogástricas, secuencia que también es reportada en otros trabajos realizados (4,5) encontrándose en este grupo la mayor mortalidad.

Tabla No 15: Causas básicas y directas de muerte.

Causas Básicas.	No	Causas Directas	%
Pre-eclampsia grave – eclampsia	4	CID DMO Hemorragia Cerebral Status Asmático.	25
Afecciones Hematológicas	4	DMO (4)	25
Hemorragias	4	DMO (2) Shock Hipovolémico (2)	25
Infecciones puerperales	3	Shock séptico (1) DMO (2)	18.75
Encefalopatía Hipóxica	1	DMO	6.25

En las 16 pacientes fallecidas en los seis años analizados las principales causas básicas de muerte fueron la preeclampsia –grave-eclampsia, las afecciones hematológicas malignas y la hemorragia grave del tercer trimestre y el periparto con 4 fallecidas respectivamente y en cuarto lugar la infección puerperal (endometritis – peritonitis – choque séptico) con tres casos.

En la mayoría de los trabajos revisados la hemorragia , la enfermedad hipertensiva de la gestación y la infección puerperal ocupan las tres primeras causas (1,2,4,6-8) no apareciendo las afecciones hematológicas situación particular de nuestra unidad referencia nacional para las maternas con estos trastornos. Las afecciones hematológicas presentes en estos casos fueron dos Leucemias Agudas y dos Sicklémicas.

La principal causa de muerte directa fue la DMO en 10 pacientes (71.4%) presente en las cuatro pacientes con afecciones hematológicas, en dos con Infección puerperal, en dos con hemorragia grave y en una paciente con eclampsia y en la fallecida por encefalopatía hipóxica como complicación anestésica.

Tabla No 16: Mortalidad de acuerdo al tipo de parto.

Tipo de Parto	Vivas	%	Fallecidas	%	Total
Eutócico	32	100	0	0	32
Distócico	4	80	1	20	5
Cesárea	95	89.62	11	10.38	106
Total	131	91.60	12	8.39	143

De las 143 paridas que ingresaron en UCI fallecen 2. (8.39%) y de ellas 11 (91.7%) fueron cesareadas lo que demuestra la relación entre este parto y la mayor mortalidad materna.

Conclusiones.

La primera causa de ingreso relacionada con el Embarazo es el Shock Hipovolémico por Atonía Uterina seguida de la Pre-eclampsia grave – eclampsia.

La Neumonía y el Asma Bronquial constituyen las Primeras causas clínicas de ingreso.

Las complicaciones mas frecuentes fueron los trastornos Hidroelectrolíticos y Ácido-básicos, así como las Arritmias Cardiacas.

La operación Cesárea fue el parto mas frecuente, el de más complicaciones, el que más reintervenciones aporto a la serie y el de mayor mortalidad.

Las principales causas básicas de muerte fueron Pre-eclampsia grave – eclampsia, las afecciones Hematológicas y la hemorragia.

La Disfunción Múltiple de Órganos fue la principal causa directa de muerte.

Bibliografía.

1. Olarra J. Longarela AM, Suárez L, Palacio FJ. Critically ill obstetric patients treated in an ICU. Chest. 2002;121:2077
2. Hazelgrove JF, Price C, Pappachan VJ, Smith GB. Multicenter study of obstetric admissions to 14 intensive units in Southern England. Crit care Med.

2001;29(4):770-5.

3. Rodríguez Iglesias G, Delgado Calzado J, Pérez Rivero L Experiencia de 12 años de trabajo en la atención a la adolescente obstétrica críticamente enferma en la UCI .Revista Cubana Obstet Ginecol 1999;25(30):141-5.
4. García W, Martínez López, Morejon Chávez J. Puerperio complicado en UCI. Hospital Clínico Quirúrgico Diez de Octubre Ciudad de la Habana; 2001.
5. Pastrana Román I, Gonzalez Gonzalez A. Hospital General de Pinar del Río Abel Santamaría. Morbimortalidad obstétrica en Cuidados Intensivos; 2001.
6. Colectivo de Autores. Comportamiento de la enfermedad obstétrica grave. 9 Años en la UCI del Hospital Arnaldo Milian. Villa Clara.1992—2000.