

Materna crítica durante el período 2004-2008

Mother in critical state during 2004-2008

Yamile Fayad Saeta^I; Reinaldo López Barroso^{II}; María Isabel San Pedro López^{III}; Eduardo Márquez Capote^{IV}

^IEspecialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Asistente. Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Santiago de Cuba, Cuba.

^{II}Especialista de I y II Grados en Obstetricia y Ginecología. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Santiago de Cuba, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Santiago de Cuba, Cuba.

^{IV}Especialista de I Grado en Medicina Interna. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencia. Instructor Investigador Agregado. Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

La atención a la mujer en estado crítico requiere del perfeccionamiento en los servicios ginecoobstétricos y de cuidados intensivos para lograr reducir la mortalidad materna, así como las secuelas que pueden producirse por las afecciones que presentan las mujeres en esta etapa de la vida. Motivados por buscar siempre la mayor calidad posible en el servicio nos dimos a la tarea de investigar su comportamiento.

OBJETIVO: caracterizar el comportamiento de las maternas críticas.

MÉTODOS: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal para analizar el comportamiento de la morbilidad y mortalidad en las maternas críticas, atendidas en la unidad de Cuidados Intensivos, procedentes de los servicios ginecoobstétricos del Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, en el período de enero de 2004 a diciembre de 2008.

RESULTADOS: fueron atendidas 16 737 mujeres que finalizaron su gestación con el nacimiento del producto de la concepción, de estos, ingresaron 187 casos en Terapia Intensiva lo que representa un índice de ingresos de 1,1 %; de las mujeres

que su embarazo finalizó en aborto (espontáneo o inducido) se asistieron 10 838, ingresaron como casos grave 12 (0,1 %). Las principales causas de ingresos fueron: enfermedad hipertensiva (21,8 %), cardiopatía (19,0 %), hemorragias masivas (17,5 %). Se presentó una razón de muerte materna directa e indirecta de 1,8 por 10000 nacidos vivos.

CONCLUSIONES: la morbilidad materna crítica estuvo representada por: preeclampsia-eclampsia, cardiopatías valvulares adquiridas y hemorragias masivas.

Palabras clave: Morbilidad, mortalidad materna crítica, Santiago de Cuba.

ABSTRACT

Woman care in a critical stage requires of improvement of gynecological and obstetrical services and of intensive care to reduce mother mortality as well as the potential sequelae caused by affections presented by women during this life stage. Trying to achieve always a greater quality in services, we made a research on its behavior.

OBJECTIVE: To characterize the behavior of critical mothers.

METHODS: A cross-sectional, retrospective and descriptive study was made to analyze the morbidity and mortality course in critical mothers, seen in Intensive Unit of the Dr. Juan Bruno Zayas gynecological and obstetrical services from January, 2004 to December, 2008.

RESULTS: A total of 16 737 women were seen who ending its pregnancy with a satisfactory birth, from these, 187 cases were admitted in Intensive Therapy Unit representing a admission rate of 1,1%; from women whose pregnancy ended in abortion (spontaneous or induced) 10,838 were assisted, 12 were admitted as severe cases (0,1%). Main causes of admission included: hypertensive disease (21,8), heart disease (19,0%), massive hemorrhages (17,5%). There was a direct and indirect death cause of 1,8 by 1000 birth lives.

CONCLUSIONS: The morbidity in critical mothers was represented by: preeclampsia-eclampsia, acquired hearth diseases and massive hemorrhages.

Key words: Morbidity, mortality of critical mothers, Santiago de Cuba.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es uno de los indicadores más sensibles de la salud pública, cuando ocurre un deceso se convierte en un verdadero drama social. Es considerada como un indicador de desarrollo social debido a que su causalidad tiene mucho que ver, con el nivel educacional, cultural y acceso a los servicios de salud.¹

Para reducir la mortalidad materna se trabaja en perfeccionar la calidad de la atención materna en el proceso del embarazo, parto y puerperio, se establecen protocolos asistenciales. Por lo tanto, a través del control y análisis de la morbilidad materna se tiene una forma acertada y precisa para evaluar el nivel de salud, pues sustituye al de mortalidad como indicador de la situación sanitaria de la población.²

En el año 2001 se realizó una investigación, con el objetivo de evaluar la calidad de la atención materno-infantil en hospitales maternos del municipio Santiago de Cuba, a partir del análisis del marco conceptual y el conocimiento de las relaciones entre estructura, proceso y resultado. Esto fue examinado con los decisores en el territorio.³ En la provincia de Santiago de Cuba según el Anuario estadístico del Ministerio de Salud Pública,⁴ después de tener en 1998 una razón de muerte materna de 21,6 por 100 000 nacidos vivos, experimentó un alza de este indicador, se presentó el pico mayor en el 2004 (104,7) y terminó el 2006 con valores elevados (86,6). En Santiago de Cuba existe una tendencia marcada y mantenida a la disminución de la mortalidad infantil desde la década de 1970, sin embargo la mortalidad materna por el contrario no ha mostrado una tendencia a la disminución y se observan oscilaciones en el último decenio con un incremento notable en el año 2004, año en que se notificó la tasa más alta.⁵

Motivados por esta situación nos dimos a la tarea de describir el comportamiento de la materna crítica, como la morbilidad que puede llevar evolutivamente a la muerte materna y decidimos analizar el comportamiento en los servicios de Obstetricia, Unidad Obstétrica, Cuidados Perinatales y Unidad de Cuidados Intensivos del hospital, con el objetivo de caracterizar el comportamiento de las maternas críticas e identificar elementos que permitan perfeccionar los protocolos asistenciales existentes en nuestro hospital, aunque nos referiremos a una parte del aspecto en otras investigaciones. Será necesario aplicar la identificación de otros factores que escapen al actuar de la atención médica.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal de los ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos de maternas críticas, procedentes de los servicios Obstetricia, Cuidados Perinatales, Unidad Obstétrica, Cuerpo de Guardia y Aborto, en el período comprendido del 1ro. de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2008.

Universo de estudio

27 575 mujeres embarazadas, divididas en 10 838 que terminaron en aborto y 16 737 que finalizaron con gestación de 22 sem y más.

Muestra

Ingreso de 206 casos de morbilidad materna crítica.

Se considerará la morbilidad materna crítica como la complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.

Criterios de inclusión

- Diagnósticos de: eclampsia, choque séptico, choque hipovolémico.
- Falla o disfunción orgánica: cardiovascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria o de la coagulación.

- Ingreso a UCI tras cualquier intervención quirúrgica de emergencia en el posparto, poscesárea, o posaborto con necesidad de vigilancia y poli transfusión (transfusión de tres o más unidades de sangre o plasma relacionada) en relación con el evento agudo.

Procedimientos

Se procedió a controlar los casos con criterio de inclusión desde la reunión de entrega de guardia médica como sistema de información directa; otras fuentes de información fueron: historias clínicas, registros de morbilidad de la Unidad de Cuidados Intensivos y el Comité de evaluación de la calidad.

La recolección de la información se hizo a través de la revisión de las historias clínicas, los datos fueron vaciados en base de datos SSPS 11,5. Las variables estudiadas fueron: causas de ingreso, de histerectomía relacionadas con el parto y el aborto, así como causa de muerte materna directa e indirecta.

Análisis

Se practicó un análisis exploratorio para identificar las frecuencias y distribución de las variables del estudio. Posteriormente para las variables categóricas se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Los resultados se analizaron en SSPS 11,5, se establecieron conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS

Fueron atendidas 16 737 mujeres que finalizaron su gestación con 22 sem o más, de estos ingresaron 187 casos en Terapia Intensiva lo que representó un índice de ingresos de 1,1 % y de las mujeres que su embarazo finalizó en aborto (espontáneo o inducido) se asistieron 10 838, ingresaron 12 casos (0,1 %).

Las maternas críticas en el período del 2004 al 2008 correspondieron a púérperas el 70,3 % y de estas el 56,8 % fueron partos por cesáreas ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Clasificación de las maternas críticas ingresadas en UCI

Relación con embarazo	No.	%
Gestante	42	20,4
Puerperio fisiológico	28	13,6
Puerperio quirúrgico	117	56,8
Aborto	12	5,8
Embarazo ectópico	7	3,4
Total	206	100

Las principales causas de ingresos observadas en los cinco años fueron: enfermedad hipertensiva (21,8 %), cardiopatías (19,0 %) y hemorragias masivas (17,5 %) ([tabla 2](#)).

Tabla 2. Principales causas de Ingreso en UCI

Causas de Ingreso	No.	%
Hipertensión arterial	45	21,8
Cardiopatía	39	19
Hemorragia masiva	36	17,5
Enfermedad respiratoria	22	10,7
Sepsis	16	7,8
Enfermedad trombo embólica	11	5,3
Embarazo ectópico	7	3,3
Complicación anestésica	4	2
Otras	26	12,6
TOTAL	206	100

Al estudiar el comportamiento de la enfermedad hipertensiva en las maternas críticas fue la preeclampsia complicada la más frecuente con 48,9 %, seguida de la eclampsia con el 31,1 % ([tabla 3](#)).

Tabla 3. Ingreso en UCI por enfermedad hipertensiva

Clasificación de la hipertensión arterial	No.	%
Preeclampsia complicada	22	48,9
Eclampsia	14	31,1
Hipertensión arterial crónica. + PEE	8	17,8
Hipertensión arterial crónica severa	1	2,2
TOTAL	45	100

De las cardiopatías la más frecuente fue la estenosis mitral severa en el 31% ([tabla 4](#)).

Tabla 4. Ingreso en UCI por cardiopatía

Tipo de Cardiopatía	No.	%
Estenosis mitral severa	12	31
Arritmia supraventricular	5	12,8
Estenosis aórtica	4	10,3
Miocardiopatía del periparto	4	10,3
Enfermedad mitral	3	7,7
Bloqueo aurículo ventricular	3	7,7
Prolapso de válvula mitral+PEG	2	5,1
Insuficiencia ventricular aguda	2	5,1
Estenosis mitral y Fib. Auricular	1	2,5
Comunicación interauricular	1	2,5
Arteritis de Takayasu	1	2,5
Prótesis valvular mecánica	1	2,5
TOTAL	39	100

La principal causa de hemorragia grave fue la pérdida masiva de sangre debido a la atonía uterina, representando el 72,2 % (tabla 5).

Tabla 5. Ingresos en UCI por hemorragia masiva

Causas de Hemorragia	No.	%
Atonía uterina	26	72,2
Embarazo ectópico	4	11,1
Desp. prematuro placenta normoinserta	3	8,3
Placenta previa	1	2,8
Acretismo placentaria	1	2,8
Sangramiento pedículo quirúrgico	1	2,8
TOTAL	36	100

Dentro de las maternas críticas estudiadas hubo 40 casos histerectomizadas, secundarias a hemorragia en el 67,5 % de los casos y el 57,5 % fue en pacientes cesareadas.

La razón de muerte materna directa e indirecta fue de 1,8 por 10 000 nacidos vivos con diferentes causas en ambas categorías. Las causas directas fueron: complicación anestésica, preeclampsia complicada y hemorragia (con un caso por cada una), de igual forma las causas indirectas de muerte fueron: asma bronquial, arteritis de Takayasu y hemorragia subaracnoidea.

DISCUSIÓN

La literatura revisada concuerda con que las puérperas requieren con mayor frecuencia de cuidados intensivos y en especial el puerperio quirúrgico,⁶ lo que está en relación con la terminación por cesárea de la mayoría de las maternas críticas.

Bernardo Morales y otros, encontraron que la preeclampsia severa, seguida de la hemorragia severa, constituía la morbilidad materna crítica más frecuente en Cali, Colombia.⁷ En Estados Unidos la enfermedad Tromboembólica encabeza la lista, seguido por las hemorragias, preeclampsia y eclampsia, infecciones, cardiomiopatía y complicaciones anestésicas.⁸ Resultados similares reportan otros estudios.^{9,10}

En Cuba las principales causas de morbilidad materna crítica son las pérdidas masivas de sangre, la enfermedad tromboembólica, la sepsis y los trastornos hipertensivos del embarazo.¹¹ Mientras otros investigadores encontraron que la infección y la atonía uterina fueron las causas principales de morbilidad relacionadas con la cesárea, el parto vaginal se relacionó más con el shock hipovolémico.¹²

En nuestro estudio resultó ser la preeclampsia-eclampsia seguido de las cardiopatías las principales causas de admisión, al ser nuestra unidad centro de referencia para esta última entidad, sin quitarle valor a las hemorragias masivas que ponen a la mujer en riesgo elevado de morir.

La histerectomía obstétrica es frecuentemente usada como proceder de emergencia para salvar la vida de la mujer, sus indicaciones más frecuentes incluyen: la atonía uterina, la rotura uterina, la hemorragia poscesáreas y las infecciones.¹³

Otros estudios plantean un franco predominio de realización de histerectomía en los nacimientos por cesárea.^{11,14} Consideramos que esto está en relación con el hecho de escoger la cesárea para finalizar el embarazo en las mujeres con afecciones graves y no al proceder quirúrgico en sí, sin perderle el respeto a la intervención quirúrgica y a la anestesia que a su vez constituyen riesgos para la mujer y pueden ser causas de mortalidad.

La morbilidad materna crítica más frecuente en estos cinco años fue: preeclampsia eclampsia, las cardiopatías valvulares adquiridas y las hemorragias masivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khan, Chalid S. WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review. *The Lancet*. 2006;367(9516):1069.
2. Geller SE, Rosenberg D, Cox S, Brown M, Simonson L, Kilpatrick S. A scoring system identified near miss maternal morbidity during pregnancy. *J Clin Epidemiol*. 2004;7:16-20.
3. Plasencia Asorey C. Calidad de la atención materno-infantil en Hospitales Maternos del municipio Santiago de Cuba. Premio Anual de la Salud Año 2002. Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba.

4. Zacca E. Mortalidad materna según provincias. 1998-2006. En: Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2006. p. 70.
5. Anuario Estadístico. Santiago de Cuba: MINSAP; 2008.
6. Bross Shapiro D, Bryse Elison C, Jhones R. Direct and indirect association of five factors with infant mortality. Miami Arch. 2001;71(4):297-303.
7. Morales Osorno B, Milena Martínez D, Cienfuentes Borrero R. Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe Uribe, en Cali, Colombia. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2007;58(3):184-9.
8. Tracy EE, Tomich PG. Maternal mortality: an international crisis. ACOG Clin Rev. 2002;7:13-6.
9. Olarra J, Longarela AM, Suárez L, Palacio FJ. Critically ill obstetric patients treated in an ICU. Chest. 2002;121:2077
10. 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.
11. Díaz Tamayo J, Pérez Aseef A, Naranjo Igarza S. Morbilidad materna en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital General Docente Enrique Cabrera. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2006;3(2):45-9.
12. Rodríguez Núñez AC, Córdova A, Álvarez M. Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave. Cuba. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005;30(3).
13. Fuentes González L, Enriquez Domínguez B. Histerectomía puerperal. Estudio de 14 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005;31(1).
14. Mantel GD, Buchmann E, Rees H, Pattinson RC. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near miss. Br J Obstet Gynecol. 1998 sep;105(9):985-90.

Recibido: 4 de junio 2009.

Aprobado: 19 de junio de 2009.

MsC. Dra. *Yamile Fayad Saeta*. Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, Carretera del Caney esquina 21. Reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Teléfonos: 642016, 641903, 643395. E-mail: yamile@medired.scu.sld.cu