



**ISSN: 1561-3194**

***Rev. Ciencias Médicas. sept-dic. 2006; 10(3):51-60***

**ARTÍCULO ORIGINAL**

## **Algunos aspectos epidemiológicos en la morbilidad obstétrica crítica**

### **Some epidemiological aspects in critical obstetric morbidity**

**Jorge M. Balestena Sánchez<sup>1</sup>, Dagoberto Márquez Suárez,<sup>2</sup> Irene Pastrana Roman<sup>3</sup>, Rogelio Fernández Alech<sup>4</sup>, Joaquín Pérez Labrador<sup>5</sup>.**

<sup>1</sup> Especialista de Segundo Grado Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>2</sup> Especialista de Primer Grado Ginecología y Obstetricia. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>3</sup> Especialista de Segundo Grado Medicina Interna. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>4</sup> Especialista de Segundo Grado Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>5</sup> Especialista de Primer Grado en Administración de la Salud. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

---

## **RESUMEN**

Con la finalidad de analizar el comportamiento de la morbilidad en la paciente obstétrica crítica se realizó una investigación retrospectiva, transversal, analítica en el Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado", durante el periodo de mayo del 2001 hasta diciembre de 2004. El universo quedó conformado por todas las pacientes obstétricas (embarazadas o púerperas) que ingresaron en dicho hospital en el período antes mencionado, la muestra se formó con todas aquellas pacientes que ingresaron en la terapia intensiva, se estudiaron variables relacionadas con la madre, el embarazo y el parto. Utilizamos el porcentaje, el promedio y la desviación estándar así como el test de diferencia de proporciones (Z), con nivel de significación de  $p < 0,05$ . También se utilizará el Odds Ratio (OR) para buscar factores

de riesgo y el riesgo atribuible porcentual (RDP), así como el intervalo de confianza para el OR al 95%. La morbilidad materna grave se relacionó altamente con: la gestante añosa, la multigesta, las que tenían partos anteriormente, el asma bronquial, la hipertensión arterial y la cardiopatía; así como los procesos hipertensivos de embarazo. Las causas obstétricas fueron las de mayor frecuencia. La anemia y la sepsis respiratoria fueron las complicaciones que predominaron. Concluimos que existen eventos maternos capaces de producir procesos morbosos graves en el embarazo y el puerperio.

**Palabras Clave:** EMBARAZO, EPIDEMIOLOGIA, MORBILIDAD, PUERPERIO/Complicaciones

---

## **ABSTRACT**

In order to analyze the behaviour of the morbidity rate in the critical obstetric patient a retrospective, cross-sectional, analytical research was performed at Abel Santamaría Cuadrado University Hospital, from May 2001 to December 2004. The whole sample was comprised by all the obstetric patients (pregnant or puerperal) who were admitted at such hospital during the period above mentioned. The sample comprised all those patients admitted at the Intensive Unit Care. Variables related to the mother, the pregnancy, and labor were analyzed. The percentage, the average and standard deviation were used, as well as the ratio difference test with a level of significance  $p < 0.05$ . Also, odds ratio (OR) was used to ascertain the risk factor and the attributable percentage risk, as well as the confidence interval for OR 95%. The serious maternal morbidity was highly associated with the aging, pregnant, multipara, those who underwent previous labors, bronchial asthma, hypertension, and heart disease, as well as the hypertensive processes during pregnancy. The obstetric causes were most frequent. Anemia and respiratory sepsis were the predominant complications. As a conclusion, there are maternal events capable of producing serious processes during pregnancy and puerperium.

**Key words:** EPIDEMIOLOGY, MORBIDITY, PREGNANCY, PUERPERIUM / Complications

---

## **INTRODUCCIÓN**

El desarrollo incesante de la ciencia y la técnica en nuestros días incorpora nuevos adelantos al quehacer diario del ejercicio médico, y constituye un reto que obliga a recibir un nivel mínimo de información para poder dar respuesta a las exigencias de la medicina moderna, y esta necesidad es tanto más impostergable cuando se trata de la atención de la paciente grave.<sup>1</sup>

Las pacientes embarazadas críticamente enfermas representan un reto para cualquier equipo de salud debido a diferentes cambios fisiológicos propios de este estado, a que se trata de dos pacientes (madre y feto) con fisiologías distintas, a los cambios anatómicos en la madre, y por último, a la presencia de enfermedades exclusivas del embarazo.

El control y análisis de la morbilidad resultan la forma más acertada y precisa para evaluar el nivel de salud de cualquier grupo humano, y en la actualidad adquiere

gran importancia, pues ha venido a sustituir al de la mortalidad como indicador de la situación sanitaria de la población.<sup>2</sup>

En la literatura médica se considera aún como principales causas de muerte materna la hipertensión arterial inducida por el embarazo, la hemorragia y la infección. No obstante, son los desórdenes de estas entidades las que hacen que una paciente obstétrica se interne en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Entre estos desórdenes se encuentran el síndrome de dificultad respiratoria, el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y el shock.

A pesar de que el nacimiento de un nuevo ser es un gran acontecimiento celebrado por todos, además de experimentar gran felicidad la mujer, en muchas otras ocasiones existen mujeres que prácticamente no pueden siquiera tocar su descendencia debido a las múltiples complicaciones que pueden presentar durante el embarazo y parto, las cuales pueden llevar a la muerte de ellas.<sup>3</sup>

Un período importante en estas mujeres es el postparto, pues éste se caracteriza por un incremento en las tensiones fisiológicas y una gran transición psicológica; también existe un agotamiento de las energías, fatigas propias del final del embarazo y el parto, el trauma tisular del parto, las pérdidas de sangre y la anemia, todo lo cual lleva a que el cuerpo de la mujer sea más vulnerable.<sup>4</sup>

Son disímiles los procesos morbosos que pueden afectar a la mujer en el postparto, pero dentro de esto juega un papel fundamental la enfermedad infecciosa, la cual ocurre como consecuencia del quebrantamiento de las vías del parto, producto de la interacción entre un germen irritante y un lugar indefenso o débil del organismo materno.<sup>5-8</sup>

De modo que la paciente obstétrica grave representa un gran reto para el médico y como tal se considera único. Además de la gestante grave, son importantes con frecuencia las consideraciones fetales para poder decidir una conducta obstétrica, ya sea diagnóstica o terapéutica. Es posible encontrar múltiples situaciones en las cuales quizás sean opuestas las demandas fisiológicas de la madre y el feto.<sup>9</sup>

La toma de conciencia de que una muerte materna afecta directamente la estabilidad familiar y la de los miembros de la comunidad constituye un problema de salud de consecuencias negativas.

De modo que teniendo en cuenta el alza que ha tenido en nuestra provincia la frecuencia de gestantes ingresadas en la unidad de cuidados intensivos decidimos realizar esta investigación, con la finalidad de analizar el comportamiento de la morbilidad grave en la paciente obstétrica.

## **METODO**

SEGÚN LA INTENCIÓN DEL INVESTIGADOR: Es un estudio observacional.

SEGÚN EL ALCANCE: Se trata de un estudio analítico.

SEGÚN LA ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO: Es una investigación retrospectiva y transversal.

AREA DE INVESTIGACIÓN: Esta investigación se realizó en el Hospital Universitario "Abel Santamaría" en el período comprendido de mayo de 2001 a diciembre de 2004.

UNIVERSO: Todas las gestantes que ingresaron en el bloque materno del hospital "Abel Santamaría" en el periodo analizado.

MUESTRA: Estuvo formada por todas las pacientes (embarazadas o puérperas) que ingresaron en la UCI en dicho período (grupo estudio) y el grupo control fue escogido con ayuda de las tablas de números aleatorios hasta llegar a  $n = 336$ .

### **Procedimiento para la recogida de los datos**

La recolección de los datos estuvo basado en un formulario que incluyó variables maternas y del embarazo: edad, paridad, enfermedades asociadas al embarazo, enfermedades propias del embarazo, causas de ingreso en la UCI y complicaciones.

### **Procesamiento de la información.**

Los datos recopilados de las historias clínicas y el carné obstétrico se llevaron a sábanas estadísticas para conformar las atblas.

Estos resultados se analizaron sobre la base de la frecuencia porcentual, el promedio y la desviación estándar, se utilizó el test de diferencia de proporciones (Z) con nivel de significación de  $p < 0.05$ . Además se utilizó el Odds Ratio (OR) para investigar el factor de riesgo, así como el riesgo atribuible porcentual (RAP) y el intervalo de confianza para el OR al 95%.

### **RESULTADOS**

En la tabla 1 se aprecia la edad materna y se observa que en el 35,12% de las gestantes del grupo estudio se encontraba en el intervalo de 30 a 34 años, seguido del grupo de 25 a 29 años, y los mayores o iguales a 35 años (22.02% respectivamente); mientras que en el grupo control hubo predominio del grupo 25 a 29 años.

**Tabla 1.** Materna Grave. Edad Materna. Hospital "Abel Santamaría". Mayo 2001.a diciembre 2004.

Edades	Grupo Estudio		Grupo Control	
	n	%	n	%
15 - 19	7	4,17	28	8,33
20 - 24	28	16,67	83	24,70
25 - 29	37	22,02	90	26,79
30 - 34	59	35,12	85	25,30
≥ 35	37	22,02*	50	14,88
TOTAL	168	100,00	336	100,00

**Fuente:** Formulario

\*Z = 2,245      p = 0,0124

\*OR = 1,70      IC 95% = 1.07; 2.71      RAP = 40,6

Promedio: 30 años = 6,7 años (Grupo Estudio)

Promedio: 27,8 años = 6,2 años (Grupo Control).

Debemos señalar la superioridad que tienen la gestantes mayores de 35 años en el grupo estudio con respecto al control, resultado éste que fue altamente significativo (p = 0.0124)

La edad promedio del grupo estudio fue de 30 años, entre tanto en el grupo control fue de 27.8 años.

Por tanto la edad superior o igual a 35 años se considera un factor de riesgo para que se produzca la admisión de gestante en la UCI (OR =1.70; IC 95% = 1.07; 2.71). Además debemos señalar que si disminuyeran los embarazos en esta época de la vida reproductiva se pudiera disminuir un 40.6% de ingreso en la terapia intensiva (RAP= 40.6%).

Con respecto a los antecedentes obstétricos (tabla 2) se puede observar que hubo superioridad en las pacientes con 3 o más gestaciones (54.17%), predominio que resultó altamente significativo (p = 3,675 E -19).

**Tabla 2.** Materna Grave. Antecedentes Obstétricos. Hospital "Abel Santamaría". Mayo 2001 a Diciembre 2004.

Antecedentes	Grupo Estudio		Grupo Control	
	n	%	n	%
<b>GESTACIONES</b>				
1	34	20,24	102	30,36
2	43	25,59	178	52,97
<sup>3</sup> 3	91	54,17*	56	16,67
<b>TOTAL</b>	<b>168</b>	<b>100,00</b>	<b>336</b>	<b>100,00</b>
<b>PARIDAD</b>				
Sin Partos	33	19,64	127	37,13
Con Partos	135	80,36**	209	62,87
<b>TOTAL</b>	<b>168</b>	<b>100,00</b>	<b>336</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Formulario

\*Z = 8,869      p = 3,675 E - 19   \*OR = 5,95      IC 95% = 3,94; 8,99  
RAP = 47

\*\*Z = 4,406      p = 5,276 E - 06   \*OR = 2,60      IC 95% = 1,69; 4,01  
RAP = 33

Por otra parte, con relación a la paridad, otro evento analizado en nuestro estudio, se observó que las gestantes con partos anteriores predominaron en el grupo estudio (80,36%), lo cual estadísticamente fue altamente significativo (p = 5,276E-06)

La multigesta (<sup>3</sup>3 embarazos) se considera en esta investigación un factor peligroso a tener en cuenta para el ingreso en la UCI (OR = 5,95; IC 95% = 3,94; 8,99 y RAP = 47%).

El antecedente de parto en nuestro estudio nos hace reflexionar sobre cuán importante es este evento para que la gestante ingrese en la unidad de cuidados intensivos (OR = 2,60 IC 95% = 1,69; 4,01 y RAP = 33%)

Las enfermedades asociadas a la gestación se revisan en la tabla 3, y se aprecia que el 49,40% de las pacientes que ingresaron en la UCI tenían algún padecimiento anterior, lo cual fue altamente significativo (p = 1,424E -11).

**Tabla 3.** Materna Grave. Enfermedades Asociadas a la Gestación. Hospital "Abel Santamaría". Mayo 2001 a Diciembre 2004.

Enfermedades	Grupo Estudio		Grupo Control	
	n	%	n	%
Asma Bronquial	36	21,43*	19	5,56
Hipertensión arterial	30	17,86**	19	5,56
Cardiopatías	8	4,76***	1	0,29
Sepsis Urinaria	2	1,19	1	0,29
Diabetes Mellitus	2	1,19	--	--
Epilepsia	2	1,19	1	0,29
Otras	3	1,79	28	8,19
Subtotal con Enfermedades	83	49,40****	69	20,18
Subtotal sin Enfermedades	85	50,60	273	79,82
<b>TOTAL</b>	<b>168</b>	<b>100,00</b>	<b>342</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Formulario

\*Z = 7,292      p = 1,526 E - 13      \*OR = 4,95      IC 95% = 2.76;  
8,87              RAP = 41

\*\*Z = 8,159      p = 1,684 E - 16      \*\*OR = 3,71      IC 95% = 2.03;  
6.79              RAP = 34

\*\*\*Z = 12,230      p = 1,065 E - 34      \*\*\*OR = 16,58      IC 95% = 2,06;  
133.68              RAP = 57

\*\*\*\*Z = 6,654      p = 1, 424 E - 11      \*\*\*\*OR = 3,86      IC 95% = 2.59;  
5.77              RAP = 38

Dentro de los procesos morbosos los principales fueron el asma bronquial (21,43%), la hipertensión arterial crónica (17.86%) y las cardiopatías (4,76%); todas estas enfermedades resultaron altamente significativas.

En la tabla 4 se muestran las enfermedades propias de la gestación que tuvieron las embarazadas que ingresaron en la UCI; el 22,62% de las mismas padecían de algún proceso morbosos durante el embarazo, siendo la principal entidad las relacionadas con la enfermedad hipertensiva del embarazo, específicamente en la forma grave (16,67%), resultado que lo hizo altamente significativo (p=6,325 E - 05), y la hipertensión crónica con toxemia (3,57%), lo cual también resultó altamente significativo (p = 1,269 E -23).

**Tabla 4.** Materna Grave. Enfermedades Propias de la Gestación. Hospital "Abel Santamaría", Mayo 2001 a Diciembre 2004.

Enfermedades	Grupo Estudio		Grupo Control	
	n	%	n	%
Hipertensión Inducida Embarazo Grave	28	16,67*	2	0,58
HTA Crónica con Toxemia	6	3,57**	1	0,29
Amenaza de Parto Pretérmino	2	1,19	6	1,75
Placenta Previa	1	0,59	--	--
Hematoma Retroplacentario	1	0,59	--	--
Subtotal con Enfermedades	38	22,62***	9	2,63
Subtotal sin Enfermedades	130	67,38	333	97,37
<b>TOTAL</b>	<b>168</b>	<b>100,00</b>	<b>342</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Formulario

\*Z = 3,833      p = 6,325 E - 05    \*OR = 32,92    IC 95% = 7,74;  
140,03      RAP = 65

\*\*Z = 9,949      p = 1,269 E - 23    \*\*OR = 12,25    IC 95% = 1.46;  
102.59      RAP = 53

Tanto la enfermedad hipertensiva gestacional grave como la crónica con preeclampsia sobreañadida son procesos morbosos a tener en cuenta en las pacientes obstétricas que ingresan en la terapia intensiva, de modo que si pudiéramos prevenir estas enfermedades durante este periodo se disminuirían en un 65% y 53% respectivamente los ingresos de mujeres embarazadas y puerperas en la UCI.

¿Cuáles fueron los diagnósticos por los cuales se admitieron las gestantes en la UCI? Esto se muestra en la tabla 5 , donde se observa que las causas obstétricas resultaron las principales con el 51,20%, siendo las predominantes aquellas relacionadas con los procesos hipertensivos gestacionales (18,45%), tal es el caso de la hipertensión inducida por el embarazo grave (9,52%), la eclampsia (7,14%) y el síndrome HELLP (1,79%). Además, entre otras causas obstétricas se encuentran el shock hipovolémico de causa obstétrica (9,52%), la atonía uterina (8,33%) y la infección puerperal (5,96%).

**Tabla 5.** Materna Grave. Diagnóstico para el Ingreso en la UCI. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado". Mayo 2001 a diciembre 2004.

DIAGNÓSTICOS			
	n	%	
<b>OBSTETRICAS (86 / 51,20%)</b>			
Hipertensión Inducida por el Embarazo Grave	16	9,52	
Shock Hipovolémico de causa obstétrica	16	9,52	
Atonía Uterina	14	8,33	
Eclampsia	12	7,14	
Infeción Puerperal	10	5,96	
Rotura Uterina	5	2,98	
Perforación Uterina Complicada	4	2,38	
Síndrome HELLP	3	1,79	
Sepsis Generalizada postinterrupción	2	1,19	
Aborto Séptico	2	1,19	
Absceso Tubo-Ovárico y Embarazo	1	0,60	
Embolismo del Líquido Amniótico	1	0,60	
<b>RESPIRATORIAS (39 / 23,21%)</b>			
Estado de mal asmático	16	9,52	
Sepsis Respiratoria de la Comunidad	9	5,20	
Neumopatía Aguda Inflamatoria	4	2,38	
Neumotórax	4	2,38	
Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto	3	1,79	
Broncoaspiración de sangre masiva	1	0,60	
Insuficiencia Respiratoria Aguda	1	0,60	
Tromboembolismo Pulmonar	1	0,60	
<b>CARDIOVASCULARES (15 / 8,93%)</b>			
Insuficiencia Mitral	5	2,98	
Miocardiopatías	3	1,79	
Angina de Pecho	2	1,19	
Trombosis Venosa Profunda	2	1,19	
Shock Cardiogénico	2	1,19	
Insuficiencia Cardíaca	1	0,60	
<b>GASTROINTESTINALES (8 / 4,76%)</b>			
Apendicitis aguda	6	3,57	
Oclusión Intestinal	1	0,60	
Pancreatitis	1	0,60	
<b>NEUROLOGICAS (4 / 2,98%)</b>			
Estatus Convulsivo	2	1,19	
Accidente Vascular Encefálico	2	1,19	
Tumor Cerebral	1	0,60	
<b>RENALES (4 / 2,38%)</b>			

Hidronefrosis	2	1,19	
Insuficiencia Renal Crónica	1	0,60	
Sepsis Urinaria	1	0,60	
<b>HEMATOLOGICAS (1 / 0,60%)</b>			
Coagulación Intravascular Diseminada	1	0,60	
<b>OTRAS (8 / 4,76%)</b>			
Shock Anafiláctico	3	1,79	
Politraumatismos	2	1,19	
Shock Séptico de causa no obstétrica	2	1,19	
Shock Eléctrico	1	0,60	
<b>TOTAL</b>	<b>168</b>	<b>100</b>	

**Fuente:**  
Formulario.

Como segunda causa de ingreso está la de tipo respiratoria (23,21%), específicamente el estado de mal asmático (9,52%).

Las causas de tipo cardiovasculares se presentaron en el 10,71% de las gestantes.

En la tabla 6 se reseñan las complicaciones principales de las pacientes maternas ingresadas en la UCI, y se puede apreciar que las más frecuentes fueron las de tipo hematológicas en el 33,77% y dentro de ellas la anemia fue lo que predominó con 48 pacientes.

**Tabla 6.** Materna Grave. Complicaciones principales en la UCI. Hospital "Abel Santamaría". Mayo 2001 a diciembre 2004.

<b>Diagnósticos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>HEMATOLOGICAS (51 / 33,77%)</b>		
Anemia	48	31,79
Coagulación Intravascular Diseminada	3	1,99
<b>RESPIRATORIAS (46 / 30,46%)</b>		
Sepsis Respiratoria	18	11,92
Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto	15	9,93
Broncoespasmos	5	3,31
Derrame Pleural	5	3,31
Insuficiencia Respiratoria Aguda	3	1,99
<b>INFECCIOSAS (29 / 19,21%)</b>		
Sepsis de la Herida Quirúrgica	9	5,96
Sepsis Generalizada	8	5,30
Peritonitis	6	3,97

Sepsis Nosocomial	3	1,99
Flabitis	3	1,99
<b>CARDIOVASCULARES (8 / 5,30%)</b>		
Paro Cardiorespiratorio	4	2,65
Taponamiento Cardíaco	2	1,32
Disfunción Ventricular Izquierda	2	1,32
<b>GASTROINTESTINALES (3 / 1,99%)</b>		
Ileo Paralíticos	3	1,99
<b>OTRAS (14 / 9,27%)</b>		
Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica	6	3,97
Deshidratación	3	1,99
Acidosis Mixta	3	1,99
Hematoma Herida Quirúrgica	2	1,32
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>100</b>

**Fuente:**  
Formulario.

A continuación de los accidentes hematólogos se ubican las de tipo respiratorio con 46 pacientes (30,46%), siendo las principales la sepsis respiratorias (11,92%) y el síndrome de distress respiratorio del adulto (9,93%).

En tercer lugar se colocan las complicaciones sépticas (19,21%), ocupando entre éstas el lugar preponderante la sepsis de la herida quirúrgica (5,91%).

## **DISCUSION**

Desde hace varios siglos se viene planteando la influencia que tiene la edad avanzada en el acontecer obstétrico, esto está fundamentado en que el aparato genital femenino está algo envejecido, específicamente los vasos sanguíneos, lo cual hace que se presenten diferentes dificultades en la adaptación a dicho embarazo, y si a esto se le suman diferentes entidades clínicas propias o asociadas a la gestación, entonces estamos en presencia de pacientes candidatas a ingresar en la UCI.

Rodríguez<sup>3</sup> en su investigación sobre la atención de la adolescente obstétrica críticamente enferma encontró que este grupo tiene una frecuencia de 1.25%, muy inferior a lo señalado por nosotros.

Por otra parte, debemos hacer mención al trabajo de Rodríguez y colaboradores,<sup>4</sup> en el cual plantean una relación significativa entre la gestante adolescente y la añosa con las enfermedades graves que necesitan de ingreso en la UCI; esto se comprobó en el estudio realizado por nosotros.

Balestena<sup>10</sup> en su estudio pudo apreciar que la multigesta se asoció a los procesos morbosos graves en la gestante, resultado éste similar al nuestro. Sin embargo, nosotros no coincidimos con el anterior autor en cuanto a la paridad, pues él demostró la relación entre la nuliparidad y la paciente obstétrica críticamente enferma, lo cual no fue concluido por nosotros.

Por otra parte, Pizarro<sup>11</sup> refiere una estrecha relación entre la gestante con partos y la morbilidad grave durante esta etapa, lo cual es similar a los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Maldonado<sup>12</sup> plantea que a medida que aumenta el número de gestaciones se incrementa la morbilidad materna grave.

Todas las entidades antes mencionadas son capaces de producir una morbilidad grave en la gestante o puerpera, por tanto debemos ser capaces de controlar todas las embarazadas que sufran de las mismas para de esta forma disminuir la entrada de estas pacientes a la terapia intensiva

Los efectos que tiene el embarazo sobre el asma son variados, pudiendo mejorar, permanecer estable o empeorar; se plantea que el asma mal tratada puede ser causa de morbilidad grave tanto en la madre como en el feto.<sup>13</sup>

Poseer un padecimiento crónico que acompaña a una gestación es un factor elevado para que ocurra un evento grave durante el embarazo. Varios son los autores que plantean específicamente la relación entre el asma bronquial grado III, la hipertensión arterial crónica y las alteraciones cardiovasculares con la morbilidad materna grave.<sup>4, 10, 14</sup>

Los procesos hipertensivos del embarazo son las entidades obstétricas que se presentan con mayor frecuencia durante esta etapa de la mujer, y quizás la que más repercusión desfavorable ejerza tanto en la madre como en el feto, lo cual puede tener aparejado una morbilidad grave.

Existen varios trabajos que sustentan la relación entre la enfermedad hipertensiva del embarazo, específicamente la de tipo grave, y el ingreso en las unidades de terapia intensiva, lo cual coincide con nuestros resultados.<sup>15-17</sup>

Estos resultados alcanzados son similares a los reportes realizados por otras investigaciones.<sup>3-5, 10, 18, 19, 20</sup>

Rodríguez<sup>3</sup> identificó como la principal complicación de las pacientes que ingresaron en la terapia intensiva las alteraciones del equilibrio ácido-básico, y en segundo lugar la anemia; estos reportes no coinciden con nuestros resultados.

Por lo que concluimos que con el ingreso de las pacientes obstétricas graves en la UCI se ha minimizado un tanto la mortalidad y las complicaciones de las cuales puede ser blanco este tipo de pacientes; pero se debe plantear que existen factores capaces de producir procesos morbosos graves en la gestante y la puerpera, entre los que se encuentran: la edad materna avanzada<sup>2</sup> (35 años), la multigesta, las gestantes con partos anteriores, el asma bronquial, la hipertensión arterial crónica y las cardiopatías como entidades asociadas a la gestación; y los procesos hipertensivos durante el embarazo.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Caballero A, Hernández A. Terapia intensiva TI. Ciudad Habana: Editorial Ciencias Medicas, 1998. p.1.

2. Hernández J, Ulloa C, Martín V, Castellano J, Linares. Repercusión de la enfermedad hipertensiva gravídica en los indicadores de morbimortalidad perinatal y materna. Rev Cubana Obstet Ginecol 1996; 22(1): 34-44.

3. Rodríguez G, Delgado J, Pérez. Experiencia de 12 años de trabajo en la atención de adolescente obstétrica críticamente enferma en la unidad de cuidados intensivo. Rev Cubana Obstet Ginecol 1999; 25(3): 141 -5
4. Rodríguez A, Córdova A, Álvarez M. Factores epidemiológicos que influye en la mortalidad puerperal grave. Rev Cubana Obstet Ginecol 2004; 30(3).
5. Bodiashina V I. Manual de Obstetricia y Ginecología. Moscú: Editorial MIR: 1988. p. 373-86.
6. MINSAP. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Ciudad Habana: Editorial Ciencias Medicas; 2000. p.439 -445.
7. Moniff GRG. Enfermedades Infecciosas en Obstetricia y Ginecología. Ciudad Habana: Editorial Científico Técnico; 1985. Pp. 367 -78.
8. Pérez A, Donoso E. Obstetricia .3ra ed. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2001. p 247-50.
9. Scott JR, Di Saia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2000. p. 491.
10. Balestena J, Balestena S, González S, Rodríguez B. Paciente obstétrica críticamente enferma. Rev Ciencias Med Pinar del Rio 2004; 1 (8).
11. Pizarro AM. Morbimortalidad Materna y perinatal medidas de cuidados intensivos Hospital Bertha Calderón. Rev Hospital Bertha Calderón 2001.
12. Maldonado JD, Vargas E, Davila C, Saleh T, Araiga MB. Morbimortalidad Materna fetal. Ginecol Obst Mex 1997; 55: 37 - 40.
13. Cabello H, Marien D, Ruiz M. Enfermedades Respiratorias en el embarazo. Rev Chil Enf Respir 20003; 19(3): 160 - 65.
14. Sanchez J, Escudero FR. Riesgo materno y perinatal en gestantes mayores de 35 años Ginecol Obstet 2000; 46(3): 233 - 9.
15. Sánchez A, Sánchez A, Bello M, Somoza ME. Enfermedades Hipertensivas del embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 20004; 30(2).
16. Romero JF, Lara AL, Ramos JC, Izquierdo JC. Morbimortalidad materna en el síndrome de HELLP. Ginecol Obstet Mex 2001; 69(5): 189 - 93.
17. Persianinov LS, Illias IV. Manual de Obstetricia y Ginecología. Moscú: Editorial MIR; 1981. p. 239 - 41.
18. Chamberlain GVP. Obstetrician by ten teachers. 16 ed. Londres: The Bath Press. p. 267 - 71.
19. Malvino E, Curone M, Lownstein R, Ferro H, Conin J. Bruno C et al. Hemorragias Obstétricas graves en el período periparto. Med Interna 2001; 17 (1): 21 - 9.
20. Chirino JL. La Morbilidad y Mortalidad Materna en las Alturas en el Perú. Acta Andina 1997;4 (9):43 - 51.

Recibido: 16 de Agosto de 2006  
Aprobado: 20 de Noviembre de 2006

Dr. Jorge M. Balestena Sánchez Dirección: Ave Rafael Ferro Nro 413 int. Pinar del  
Río. CP 20100. E-mail: [jmbalestena06@yahoo.es](mailto:jmbalestena06@yahoo.es).