

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD OBSTÉTRICA GRAVE.  
NUEVE AÑOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Por:

Dr. Ángel Antonio Urbay Ruiz<sup>1</sup>, Dr. Humberto Cruz Martínez<sup>2</sup>, Dr. José Lorenzo Fong Seuc<sup>3</sup>, Dr. Luis Alberto Santos Pérez<sup>2</sup>, Dr. Roberto Valledor Tristán<sup>4</sup> y Dra. Lilia Esther Molerio Sáez<sup>5</sup>

1. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos. Asistente.
2. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos.
3. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente.
4. Especialista de I Grado en Anestesiología. Verticalizado en Cuidados Intensivos.
5. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asistente.

**Resumen**

Se realizó un estudio analítico y retrospectivo del comportamiento de 275 pacientes obstétricas ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" de Villa Clara en el período comprendido entre enero de 1992 a octubre del año 2000, con el objetivo de describir el comportamiento de las enfermedades y complicaciones presentadas. La mortalidad obstétrica fue de 6,5 %. La preclampsia-eclampsia y la sepsis fueron las principales causas de ingreso, con predominio en las edades de 21 a 30 años. Las complicaciones sépticas se presentaron en el 34,9 % de nuestras enfermas, y las no sépticas en el 27,6 %. Los hallazgos necrópsicos más frecuentes en las 18 enfermas que fallecieron fueron: síndrome de dificultad respiratoria del adulto, fallo multiórgano, coagulación intravascular diseminada y edema cerebral.

**Descriptor DeCS:**

MORTALIDAD MATERNA  
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

**Subject headings:**

MATERNAL MORTALITY  
INTENSIVE CARE UNITS

**Introducción**

La toma de conciencia de que una muerte materna afecta directamente la estabilidad familiar y de los miembros de la comunidad que han tenido relación con ella, así como la certeza de que cuando son numerosas constituyen un problema de Salud Pública de posibles consecuencias negativas para la nación y la población en general –sobre todo si se tiene en cuenta que un número de ellas son prevenibles–, llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a desarrollar actividades para lograr reducir la tasa de mortalidad materna existente en 1990, en un 50 % para el año 2000, a escala mundial<sup>1</sup>.

Nuestro Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la muerte materna nos ha permitido conocer con precisión cuáles son nuestros principales problemas y dificultades, y en qué lugares sobresalen unos y otros, por lo que este indicador ha disminuido a partir de la década del 70, cuando se comportaba en 70,4 por 100 000 nacidos vivos, tasa significativamente baja para América Latina<sup>2-5</sup>.

El Profesor Fathalla, en su artículo "Ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte"<sup>6</sup>, destaca factores que para él son importantes para analizar las causas de mortalidad materna y que deben tenerse en cuenta, como son:

1. El tratamiento médico de las complicaciones.
2. Falta de suministros esenciales y de personal adiestrado.
3. La falta de acceso a los servicios de maternidad.
4. La falta de cuidados prenatales.
5. Edad materna.
6. Paridad.
7. Embarazo no deseado.
8. Factores socioeconómicos.

De los ocho factores señalados, puede considerarse que tres de ellos (1, 5 y 7) tienen una influencia significativa en otros trabajos de mortalidad materna del país, aunque no se puede descartar de modo absoluto que algún caso esporádico tenga presente algunos de los factores antes señalados.

La mortalidad y las causas de defunción proporcionan una medida de aquellas enfermedades que tienen un desenlace fatal, como es el caso de los trastornos hipertensivos durante la gestación, que junto a las infecciones y las hemorragias constituyen la tríada de complicaciones más comunes de morbilidad y mortalidad perinatal y materna, aun en nuestros días<sup>7-11</sup>, alto tributo que paga el binomio al no tener los resultados favorables en la evolución natural del proceso gravídico<sup>1,8-10</sup>.

Constituye objetivo de nuestro trabajo describir el comportamiento de las enfermedades y complicaciones presentadas por las pacientes obstétricas ingresadas en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), en un período de nueve años.

## ***Métodos***

Se realizó un estudio analítico y retrospectivo del comportamiento de 275 pacientes obstétricas ingresadas en la UTI del Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" de Villa Clara, en el período comprendido entre enero de 1992 hasta octubre de 2000.

El dato primario fue tomado del registro estadístico de la UTI, las historias clínicas, los protocolos de necropsias y las fichas de mortalidad materna del Sectorial Provincial de Salud Pública de Villa Clara, que incluyó algunas variables como: edad, motivo de ingreso, promedio de estadía, complicaciones, intervenciones terapéuticas, gérmenes aislados y hallazgos necróticos, los cuales fueron recogidos en una encuesta.

Edad: Se consideraron los siguientes grupos de edades: de 15-20, 21-30, 31-40, y 41 o más años.

Causas de ingreso en la UTI: Síndrome de preeclampsia-eclampsia, sepsis puerperal, atonía uterina, sepsis poslegrado, hematoma retroplacentario, síndrome de Hellp, coagulopatía de consumo, rotura uterina, feto muerto, valvulopatías y otras cardiopatías, asma bronquial, hepatitis viral, trombosis venosa profunda, oclusión intestinal, meningocefalitis aguda, entre otras. Algunas de ellas coinciden con las causas directas de muerte materna.

- **Complicaciones:** Se consideran sépticas (infecciones nosocomiales, vascular, herida quirúrgica, urinaria, choque séptico y respiratorias), y no sépticas (choque hipovolémico, insuficiencia respiratoria aguda, coagulación intravascular diseminada (CID), pancreatitis aguda, insuficiencia renal aguda, tromboembolismo pulmonar (TEP) y diátesis hemorrágica).
- **Gérmenes aislados en diversos cultivos:** en sangre, orina, secreciones de heridas quirúrgicas y de líquidos obtenidos por punciones intraabdominal y lumbar.

- Hallazgos necrópsicos.
- La información se procesó manualmente con ayuda de calculadora de mesa, y para los análisis estadísticos se emplearon distribuciones de frecuencia, frecuencias absolutas y porcentajes.
- Los resultados se expusieron en tablas estadísticas y fueron comparados con los obtenidos por los autores consultados.

## **Resultados**

En la tabla 1 puede observarse que el mayor número de ingresos correspondió al grupo de 21 a 30 años con 162 féminas (58,9 %), de las cuales fallecieron 7(4,3 %); le sigue el grupo de 31-40, con 73 enfermas (26,6 %) y 7 defunciones (9,6 %).

Tabla 1 Distribución por edades.

Edades (años)	Vivas		Fallecidas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-20	31	88,6	4	11,4	35	12,7
21-30	155	95,7	7	4,3	162	58,9
31-40	66	90,4	7	9,6	73	26,6
41 y más	5	100,0	0	0	5	1,8
<b>TOTAL</b>	<b>257</b>	<b>93,5</b>	<b>18</b>	<b>6,5</b>	<b>275</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta

La principal causa de ingresos obstétricos en la UTI (tabla 2) fue la preeclampsia-eclampsia con 63 pacientes y dos defunciones (3,2 %), seguido en orden de frecuencia por la sepsis puerperal con 62 afectadas y cuatro defunciones (6,5 %), así como la atonía uterina con 28 enfermas y dos fallecidas (7,1 %).

Tabla 2 Causas de ingresos.

Causas de ingreso	Vivas		Fallecidas		Total
	No.	%	No.	%	
Síndrome de preeclampsia-eclampsia	61	96,8	2	3,2	63
Sepsis puerperal	58	93,5	4	6,5	62
Atonía uterina	26	92,9	2	7,1	28
Valvulopatías y otras cardiopatías	13	100,0	0	0	13
Sepsis poslegrado	10	83,3	2	16,7	12
Hematoma retroplacentario	10	100,0	0	0	10
Asma bronquial	8	100,0	0	0	8
Coagulopatía de consumo	6	100,0	0	0	6
Hepatitis viral	5	83,3	1	16,6	6
Feto muerto	4	80,0	1	20,0	5
Trombosis venosa profunda	5	100,0	0	0	5
Síndrome de Hellp	3	75,0	1	25,0	4
Rotura uterina	3	100,0	0	0	3
Oclusión intestinal	3	100,0	0	0	3
Meningoencefalitis aguda	2	66,7	1	33,3	3
Tromboembolismo pulmonar	0	0	1	100,0	1

Lupus eritematoso sistémico	0	0	1	100,0	1
Embolismo de líquido amniótico	0	0	1	100,0	1
Otras	40	97,6	1	2,4	41
<b>TOTAL</b>	<b>257</b>	<b>93,5</b>	<b>18</b>	<b>6,5</b>	<b>275</b>

Fuente: Encuesta

Las complicaciones aparecen en la tabla 3. En nuestra serie hubo un total de 96 enfermas con complicaciones sépticas (34,9 %), de ellas fallecieron 14 (14,6 %), y 76 pacientes con complicaciones no sépticas (27,6 %) de las cuales murieron 14 (18,4 %).

Tabla 3 Complicaciones.

Complicaciones	Total	% del total de ingresos	Fallecidas	%
1.- Sépticas	96	34,9	14	14,6
Infección nosocomial	36	13,1	4	11,1
Herida quirúrgica	18	6,5	0	0
Vascular	18	6,5	3	16,7
Urinaria	9	3,3	0	0
Choque séptico	9	3,3	6	66,7
Respiratorias	6	2,2	1	16,7
2.- No sépticas	76	27,6	14	18,4
Choque hipovolémico	30	10,9	0	0
Insuficiencia respiratoria aguda	27	9,8	9	33,3
CID	11	4,0	3	27,3
Pancreatitis aguda	4	1,5	0	0
Insuficiencia renal aguda	2	0,7	0	0
TEP	1	0,4	1	100,0
Diátesis hemorrágica	1	0,4	1	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>172</b>	<b>62,5</b>	<b>28</b>	<b>16,3</b>

Fuente: Encuesta.

CID: Coagulación intravascular diseminada.

TEP: Tromboembolismo pulmonar.

Las complicaciones sépticas que ocasionaron defunciones se debieron a: choque séptico (seis pacientes), infecciones nosocomiales (cuatro pacientes), infecciones vasculares (tres pacientes) y sepsis respiratoria, uno.

Las complicaciones no sépticas fueron causadas por: choque hipovolémico (10,9 %) –no se informan fallecidas–, insuficiencia respiratoria aguda (9,8 %) con nueve defunciones (33,3 %), CID (4,0 %) con tres muertes (27,3 %), entre otras.

Los gérmenes aerobios aislados con más frecuencia (tabla 4) fueron: estafilococo (23,3 %), acinetobacter (17,4 %) y E. coli (15,1 %).

Tabla 4 Gérmenes aislados.

Gérmenes aislados	Cultivo de Secreciones	Hemo-cultivo	Secreciones de heridas quirúrgicas		Punción Intra-abdominal	Punción lumbar	Total	
				Urocultivo			No.	%
Estafilococo	3	6	8	0	3	0	20	23,3
Acinetobacter	0	9	5	0	1	0	15	17,4
E. coli	0	1	2	9	1	0	13	15,1
Klebsiella	0	2	3	2	4	0	11	12,8
Serratias	1	2	2	0	1	0	6	7,0
Enterobacter	0	1	3	0	2	0	6	7,0
Pseudomonas	1	1	1	0	2	0	5	5,8
Proteus	0	2	1	1	0	0	4	4,7
Neumococos	0	0	0	0	0	2	2	2,3
Streptococos	1	0	1	0	0	0	2	2,3
Ameba	0	0	0	0	1	0	1	1,2
Ascaris	0	0	0	0	1	0	1	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>24</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta.

Nota: Hay casos sépticos a los cuales no se les aisló gérmenes y en otros se aisló más de uno.

Se realizó el 100 % de las autopsias y se encontraron los siguientes hallazgos (tabla 5): Síndrome de dificultad respiratoria del adulto en nueve enfermos (50 %), fallo multiórgano, CID y edema cerebral en un 27,8 % respectivamente, hepatitis reactiva y necrosis tubular aguda con 16,7 % cada una, hemorragia subaracnoidea (HSA), hemorragia intraparenquimatosa (HIP), diátesis hemorrágica, TEP, embolismo del líquido amniótico, hepatitis E y feocromocitoma con una enferma cada una, para el 5,6 % respectivamente.

Tabla 5 Hallazgos necrópsicos.

Hallazgos necrópsicos	No.	%
Síndrome de dificultad respiratoria del adulto	9	50,0
Fallo multiorgánico	5	27,8
Coagulación intravascular diseminada	5	27,8
Edema cerebral	5	27,8
Hepatitis reactiva	3	16,7
Necrosis tubular aguda	3	16,7
Hemorragia subaracnoidea	1	5,6
Hemorragia intraparenquimatosa	1	5,6
Diátesis hemorrágica	1	5,6
Tromboembolismo pulmonar	1	5,6
Embolismo de líquido amniótico	1	5,6
Hepatitis E	1	5,6
Feocromocitoma	1	5,6
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>206,0</b>
Promedio de hallazgos por necropsia	2,06	

Fuente: Encuesta.

## Discusión

En un estudio realizado en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina" 1986 a 1995<sup>2</sup>, la mayor mortalidad ocurrió en las mujeres con mejores condiciones para la fertilidad, en el grupo de 20 a 29 años, lo que no coincide con nuestros resultados. La bibliografía consultada destaca la incidencia en las edades extremas de la vida<sup>1,3,6-14</sup>.

Se ha observado en el país una disminución de la tasa de fecundidad en adolescentes (15-19 años), de 127,3 por 1000 en 1975 y 72,5 en 1991, así como una disminución de este indicador en las mujeres mayores de 35 años<sup>4</sup>.

En nuestra casuística, la sepsis (puerperal y poslegrado) causó el mayor número de defunciones: 6 para un 33,3 %. Otros estudios<sup>2</sup> en nuestro país encuentran como causa de muerte directa la toxemia del parto-periparto con 8 casos (24,2 %), seguida de la sepsis con 7 (21,2 %), que fueron las más significativas.

Otros autores<sup>7,12-15</sup> coinciden con nosotros cuando informan la enfermedad hipertensiva gravídica como primera causa de ingreso de las gestantes en la UTI.

Algunos autores destacan que el 20 % de las muertes maternas se deben a complicaciones de las formas más graves de hipertensión<sup>9,16</sup> y después la muerte de la madre por la eclampsia, broncoaspiración, paro cardíaco, hemorragia cerebral, insuficiencia renal y necrosis hepática; desde la década del 70 se hace énfasis en la necesidad de intensivismo en Obstetricia, así como la interrelación que debe existir entre especialistas afines e imprescindibles<sup>9</sup>, para indicar un correcto tratamiento obstétrico y realizar un seguimiento especializado en conjunto, pues la enfermedad gravídica presenta un elevado factor de riesgo<sup>15-18</sup>.

Espinosa Brito<sup>15</sup> observó que la sepsis puerperal fue la principal causa de muerte en su estudio.

Otros autores<sup>19</sup> encuentran una alta mortalidad obstétrica en pacientes con embolismo de líquido amniótico (80-86 %). En este sentido, consideramos que nuestra mortalidad –una paciente ingresada que falleció (100 %)– tiene alta confiabilidad, pues está avalada por comprobación necrósica, ya que en muchos casos de muerte inexplicable durante el parto sin estudios necrósicos, la embolia de líquido amniótico ha sido la justificación que argumentan los que cometen errores en el juicio o seguimiento obstétrico.

No hubo mortalidad por coagulopatía de consumo. Tellería<sup>12</sup> informó un 18,8 % de ingresos por esta entidad en la UTI, que provocó fallecimientos.

El tromboembolismo pulmonar, la diátesis hemorrágica y el choque séptico fueron las complicaciones con mayores porcentajes de defunción en la serie; así informan también otros autores<sup>12-15</sup>. Bouvier<sup>14</sup> encontró la CID como complicación más frecuente en el embolismo de líquido amniótico, sin dejar de mencionar el colapso circulatorio, que en realidad es la manifestación inicial en nuestra sospecha diagnóstica. Nuestra paciente con embolismo de líquido amniótico presentó CID.

En nuestras enfermas se aisló, en primer lugar, el estafilococo en un 23,3 %, seguido de acinetobacter (17,4 %) y Escherichia coli (15,1 %). Diversos estudios encontraron E. coli en un 80-90 %<sup>15</sup>.

Otros investigadores de latitudes diferentes encontraron en sus pacientes ginecoobstétricas graves mayor prevalencia de estafilococos, E. coli y klebsiella<sup>12-14,18</sup>.

González Gómez\* en su trabajo de morbilidad y mortalidad por urgencias obstétricas en una UTI de Santa Clara, que comprende los años 1979 hasta 1988, informó en sus ocho protocolos necrósicos: la CID, la dificultad respiratoria del adulto (ARDS), la necrosis tubular aguda y el TEP como las causas directas de muerte, con frecuencias que oscilan entre un 50 y un 62,5 %, lo que coincide con nuestros resultados.

\* González Gómez J, Alcántara A. Morbimortalidad por urgencias obstétricas en una Unidad de Cuidados Intensivos. Estudio de 10 años. Trabajo de Curso. Hospital Provincial Santa Clara; 1980. p. 26.

## **Summary**

An analytical and retrospective study was made about the behavior of 275 patients (obstetric) at the Intensive Care Unit of the University Hospital "Arnaldo Milián Castro" in Villa Clara, during the period January 1992 - October 2000. Its main objective was the description of the behavior of diseases and complications. The obstetric mortality was 6,5 per cent. The main causes of admission were the preeclampsia-eclampsia and sepsis, specially in ages between 21 and 30 years. Septic complications appeared in 34-9 per cent of the patients and non-septic complications were present in 27,6 per cent. The most frequent necropsy findings in the 18 deceased patients were: syndrome of respiratory failure of the adult, multiorgan failure, disseminated intravascular coagulation and cerebral edema.

## **Referencias bibliográficas**

1. Hernández CJ, Suárez VR. Enfermedad hipertensiva gravídica: Consideraciones sobre su influencia en indicadores de Morbimortalidad perinatal y materna durante 1997. Rev Cubana Obstet Ginecol 1998;24(3):122-7.
2. Fuentes García AR, Pagés Mesa D, Hernández Cabrera J, Domínguez Blanco A, Crespo Hernández T. Rev Cubana Obstet Ginecol 1998;24(2):80-5.
3. Peláez J. Adolescencia y Sexualidad: Controversias sobre una vida que comienza. La Habana: Científico Técnica; 1996.
4. Colectivo de Autores. Ginecología Infanto Juvenil: Su importancia. SOCUDEF. Política. La Habana: Editorial Política; 1996.
5. Almagro Vázquez D. La Hemostasia en las complicaciones obstétricas. La Habana: Ciencias Médicas; 1997.
6. Fathalla M. Ayudar a las Mujeres a evitar el camino de la muerte. Rev Crónica de la OMS 1986;4(5):53-9
7. Hernández Cabrera J, Ulloa Gómez C, Martín Ojeda V, Castellanos Castillo J, Linares Melindez R. Repercusión de la enfermedad hipertensiva gravídica en los indicadores de Morbimortalidad perinatal y materna 1986-1993. Rev Cubana Obstet Ginecol 1996;22(1):34-44.
8. Magalhaes ML, Andrade Heloísa SH. Ginecología Infanto Juvenil: Brasil. Editora Médica y Científica; 1998.
9. Rodríguez PM, Hommes LR, Hernández CJ, Crespo HT. Enfermedad hipertensiva gravídica: Algunas consideraciones sobre su influencia en los indicadores de Morbimortalidad perinatal. Rev Cubana Obstet Ginecol 1999;25(2):109-13.
10. Da Cunha Bastos A. Ginecología Infanto Juvenil. 3ª ed. Brasil: [s.n]; 1998.
11. Duarte Contreras A. Ginecología de la Niña y la Adolescente. Salvat, España, 1998.
12. Tellería A, Lander A, Martínez J, Rodríguez F, Gutiérrez A, Manrique A. Pacientes Ginecobstétricas en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente. Rev Española de Medicina Intensiva 1999;23(1):100.
13. Peláez J, Sánchez MI, Sánchez M, González P, Cerdeño V. Patología obstétrica y ginecológica en UCI. Rev Española de Medicina Intensiva 1999;23(1):98.
14. Bouvier-Colle MH, Salahave B, Ancel PY, Varnoux N. Obstetric patients treated in intensive care units and maternal mortality. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1996;65:121-5.
15. Espinosa Brito A. La paciente obstétrica crítica. Comunidad de Intereses entre intensivistas y obstetras. Experiencia de trabajo en nuestra Unidad: Trabajo presentado en el 1er. Congreso Cubano de Medicina Crítica y Unidades Intensivas, La Habana, 26-28 abr, 1989
16. Ruoti AM. La Salud del Adolescente en América Latina. Asunción. Paraguay: EDUMA; 1997.
17. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y perinatología. La Habana: Ciencias Médicas; 2000.

18. Cavanaugh R. Non-Gynecologic causes of unexplained lower abdominal pain in adolescents girls. Clin Ped 1996;35(7):119-123.
19. Whose Peter. Complicaciones del Puerperio Inmediato. Clin Obstet Gynecol 1982;(1):233-97.