



Morbilidad y mortalidad de pacientes obstétricas en una unidad de cuidados intensivos

Franco-Sansaloni A,¹ Vizcaíno-Torres J,¹ Estelles-Morant D,² Villar-Graullera E,¹ Serrano-Fernández JA³

Resumen

OBJETIVO: determinar la morbilidad y mortalidad de las pacientes obstétricas admitidas en una unidad de cuidados intensivos.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio descriptivo, retrospectivo y observacional efectuado en pacientes obstétricas que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos del Hospital General y Universitario de Castellón, España, entre enero de 2010 y junio de 2015. Variables de estudio: características maternas, aspectos relacionados con el embarazo, parto y puerperio, datos vinculados con el recién nacido y toda la información relacionada con la estancia hospitalaria y, por último, la mortalidad materna

RESULTADOS: se registraron 34 admisiones a la unidad de cuidados intensivos. Los trastornos hipertensivos del embarazo y la hemorragia obstétrica fueron los principales motivos de ingreso. Durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos 16 pacientes tuvieron complicaciones y solo se registraron dos muertes maternas.

CONCLUSIONES: la mayor parte de los ingresos ocurrió durante el posparto; las pacientes sin control prenatal y las multíparas tuvieron mayor tasa de ingreso a la unidad de cuidados intensivos y más complicaciones.

PALABRAS CLAVE: unidad de cuidados intensivos, admisiones obstétricas

Ginecol Obstet Mex. 2017 January;85(1):7-12.

Morbidity and mortality of obstetric patients in an intensive care unit

Franco-Sansaloni A,¹ Vizcaíno-Torres J,¹ Estelles-Morant D,² Villar-Graullera E,¹ Serrano-Fernández JA³

Abstract

OBJECTIVE: To determinate the clinical characteristics of morbidity and mortality in obstetric patients admitted into the intensive care unit.

¹ Adjunto al servicio de Obstetricia y Ginecología.

² Residente de Obstetricia y Ginecología.

³ Jefe del servicio de Obstetricia y Ginecología. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Sección de Obstetricia y diagnóstico prenatal. Hospital General y Universitario de Castellón, España.

Recibido: agosto 2016

Aceptado: agosto 2016

Correspondencia

Dra. Ángela Franco Sansaloni
anfransa@hotmail.es

Este artículo debe citarse como

Franco-Sansaloni A, Vizcaíno-Torres J, Estelles-Morant D, Villar-Graullera E, Serrano-Fernández JA. Morbilidad y mortalidad de pacientes obstétricas en una unidad de cuidados intensivos. Ginecol Obstet Mex. 2017 ene;85(1):7-12.

MATERIAL AND METHOD: A retrospective, descriptive and observational study was made, in obstetric patients admitted into the intensive care unit of the Hospital General of Castellón, Spain, from January 2010 to June 2015. We determinate Maternal characteristics, aspects related to pregnancy, childbirth or puerperium, data related to the newborn and all the information associated with the hospital stay were evaluated, and finally, maternal mortality.

RESULTS: A total of 34 women required admission to the ICU. Hypertensive disorders of pregnancy and obstetric hemorrhage were the main obstetrical reasons for admission. We record 16 patients with complications and, registered two maternal deaths.

CONCLUSIONS: The multiparous and without antenatal care patients required a higher rate of admission in the intensive care unit and a greater number of complications.

KEY WORDS: Intensive care unit; Obstetric admissions

¹ Adjunto al servicio de Obstetricia y Ginecología.

² Residente de Obstetricia y Ginecología.

³ Jefe del servicio de Obstetricia y Ginecología.

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Sección de Obstetricia y diagnóstico prenatal. Hospital General y Universitario de Castellón, España.

Correspondence

Dra. Ángela Franco Sansaloni
anfransa@hotmail.es

ANTECEDENTES

La mortalidad materna mundial, considerada un indicador de calidad en la asistencia de salud, disminuyó 44% entre 1990 y 2015;¹ sin embargo, a pesar de los grandes avances en la medicina, el gran número de muertes maternas que persiste en determinadas zonas refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y recalca las diferencias dependientes de la ubicación geográfica. Según los criterios de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO),^{2,3} la muerte materna es la que sucede entre el embarazo y los 42 días posteriores a la finalización del mismo. Datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) exponen que la razón de mortalidad materna en los países en vías de industrialización, en 2015, fue de 239 por cada 100,000 nacidos vivos, mientras que en los países industrializados fue de 12 por cada 100,000. Estas cifras tan dispares se deben, sobre todo, a la deficiente atención de salud que reciben las mujeres que viven en esos países.⁴

El ingreso a la unidad de cuidados intensivos de pacientes obstétricas es poco común en nuestro medio, pues suelen ser mujeres jóvenes y sanas. Sin embargo, el embarazo, parto y puerperio, *per se*, implica alteraciones propias del estado fisiológico, incluso asociadas con consecuencias catastróficas. La atención médica de estas pacientes es compleja y requiere la participación de un equipo multidisciplinario. Además, el buen desenlace de la madre y su hijo dependerá del rápido reconocimiento, detección y tratamiento oportuno de la paciente obstétrica en estado crítico.

El objetivo de este estudio es determinar la morbilidad y mortalidad de las pacientes obstétricas admitidas en una unidad de cuidados intensivos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional efectuado en pacientes obstétricas que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General y Universitario de Castellón, España.



Ilón, España, entre enero de 2010 y junio de 2015. Esta institución es un centro de tercer nivel de atención de referencia para toda la provincia, que dispone de 574 camas. Durante el periodo de estudio se revisaron las historias clínicas y la información recopilada se integró en una base de datos, con la finalidad de efectuar el estudio estadístico. Las variables de estudio fueron: características maternas (edad de la madre, paridad, antecedentes obstétricos previos al parto), aspectos relacionados con el embarazo, parto o puerperio (consulta previa a la concepción, motivo de ingreso al centro hospitalario, edad gestacional, tipo de parto), datos vinculados con el recién nacido y toda la información asociada con la estancia hospitalaria (tiempo transcurrido desde el ingreso al hospital y su traslado a la unidad de cuidados intensivos, motivo de admisión, días de estancia, intervenciones efectuadas y complicaciones). Por último, se describió la mortalidad materna.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron 10,624 nacimientos (197 por mes) y 34 trasladados de pacientes obstétricas a la unidad de cuidados intensivos. La incidencia total de admisión a cuidados intensivos fue de 3.20 por cada 1,000 nacimientos (Cuadro 1). La edad media de las pacientes fue de 33.2 años (límites de 17 y 42). El 38% de las mujeres fueron primíparas; se encontraron cuatro casos de embarazo múltiple (tres embarazos gemelares biconiales-biamnióticos espontáneos y 1 embarazo de trillizos) y 6 (17%) gestaciones fueron resultado de técnicas de reproducción asistida.

Se registraron 14 (41.1%) pacientes con antecedentes obstétricos relevantes: cuatro con hipertensión arterial crónica, dos con hipertensión gestacional, dos con trastornos cardíacos (una con insuficiencia tricuspídea severa, hipertensión pulmonar y episodio de ictus embólico transitorio; y otra con bloqueo aurículo-ventricu-

Cuadro 1. Características generales de la población de estudio

Nacimientos totales	10624
Pacientes ingresadas a la UCI	34
Límites de edad (años)	
0-34	26 (76%)
35-39	5 (15%)
> 40	3 (8.8%)
Paridad	
Primíparas	13 (38%)
Multíparas	21 (62%)
Antecedente de enfermedades crónicas	
Hipertensión arterial crónica-gestacional	6 (18%)
Trastorno cardíaco	2 (5.8%)
Alteraciones autoinmunitarias	1 (2.9%)
Alteraciones ginecoobstétricas	3 (8.8%)
Otros	2 (5.8%)
Sin antecedentes de interés	20 (58%)

lar de segundo grado tipo Mobitz congénito), una con trastorno autoinmunitario (lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolipídico, con antecedente de tromboembolismo pulmonar), una con rotura uterina en el embarazo previo, después de efectuarle metroplastia por útero doble, y otra paciente intervenida de miomectomía múltiple laparoscópica y síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. También se registró una paciente con antecedente de dos o más pérdidas fetales tardías, a quien se efectuó cerclaje primario en el embarazo en curso, y por último, dos casos de diabetes gestacional diagnosticada. Las 20 (58.8%) restantes no tuvieron antecedentes de importancia.

Embarazo, parto y puerperio

Del total de la muestra estudiada, 28 (82.3%) casos tuvieron seguimiento adecuado del embarazo, acudieron a todas las consultas establecidas. La edad gestacional media al momento del ingreso fue de 32 semanas (límites de 7 y 42). Los principales motivos de admisión al servicio de Obstetricia fueron: trastornos hipertensivos del embarazo (41.1%), inicio espontáneo de

trabajo de parto y rotura prematura de membranas (23.5%), y sospecha de corioamnioitis por foco infeccioso de origen desconocido (14.7%). Además, a 22 (64.7%) pacientes se les realizó cesárea segmentaria transversa, 4 (11.7%) partos eutópicos y 2 (5.8%) partos por ventosa. Se efectuaron cuatro legrados en embarazos de primer trimestre, dos por aborto séptico tardío y dos legrados puerperales.

Características del recién nacido

El peso medio de los recién nacidos fue de 2,135 g (límites entre 560 y 3,910 g); 53% tuvo Apgar de 9-10 al nacimiento. Se registraron dos muertes fetales en las semanas 26 y 34, y cuatro muertes neonatales: cinco de los seis casos ocurrieron en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo, sobre todo síndrome de HELLP asociado con restricción del crecimiento intrauterino, oligoamnios y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

Admisión a la unidad de cuidados intensivos

De las 34 pacientes, 25 fueron trasladadas a la unidad de cuidados intensivos durante el posparto inmediato, 4 después de 24 horas y 2 pasados los 7 días; el resto (3) de las mujeres fueron enviadas con embarazo en curso, por causa de origen infeccioso (pielonefritis aguda focal y gripe A) y síndrome de hiperestimulación ovárica severo. El tiempo medio de estancia y traslado a la unidad de cuidados intensivos se muestra en el Cuadro 2. Las principales causas de ingreso fueron trastornos hipertensivos del embarazo (12), inestabilidad hemodinámica (9), insuficiencia respiratoria (5) e insuficiencia cardíaca (3) (Figura 1). Antes de la admisión a la unidad de cuidados intensivos, 5 pacientes fueron sometidas a histerectomía obstétrica, 3 a ligadura de arterias uterinas y sutura de B-lynch, 3 a laparotomía exploradora por choque hemorrágico posparto y 1 a paracentesis

Cuadro 2. Tiempo de admisión a la unidad de cuidados intensivos

Tiempo medio de admisión a la unidad de cuidados intensivos (rango intercuártico)	2.7 (1-13) días
Momento de ingreso a la unidad de cuidados intensivos asociado con el parto	
24 h posparto	25 (73%)
> 24 h	4 (12%)
> 7 días	2 (6%)
Embarazo en curso	3 (9%)

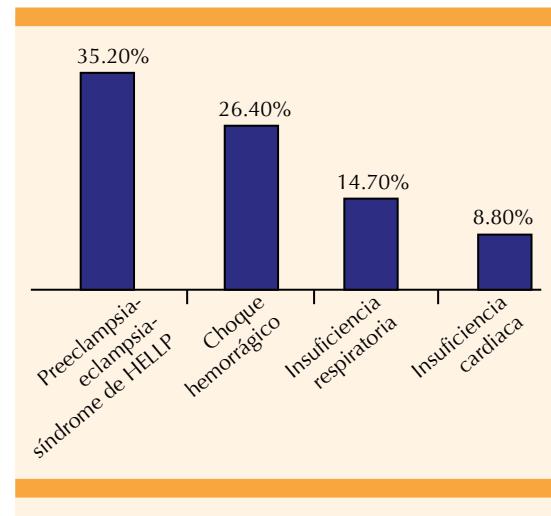


Figura 1. Motivos de admisión a la unidad de cuidados intensivos.

(Cuadro 3). La trasfusión de hemoderivados, soporte vasopresor y ventilación asistida fueron los procedimientos más efectuados. De las 34 pacientes, 16 (47%) tuvieron complicaciones (6 de ellas en más de una ocasión), principalmente en 63% de las multíparas, 44% de ellas sin control prenatal. Las principales complicaciones por sistema afectado fueron las hematológicas, renales, infecciosas, respiratorias y neurológicas-psiquiátricas; 18 (52.9%) pacientes no mostraron ninguna complicación. Se registraron 2 (5.8%) muertes maternas, ambas de origen infeccioso relacionado con el embarazo, tuberculosis diseminada y gripe A.



Cuadro 3. Tratamientos y complicaciones durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos (n=34)

Intervención	n
Trasfusión de hemoderivados	17 (50%)
Soporte inotrópico	12 (35.2%)
Ventilación asistida	7 (20.5%)
Histerectomía obstétrica	5 (14.7%)
Ligadura de arterias uterinas y sutura B-Lynch	3 (8.8%)
Laparotomía exploradora	3 (8.8%)
Paracentesis y drenaje pleural	1 (2.9%)
Complicaciones hematológicas	
Coagulopatía	6 (17.6%)
Renales	
	3 (8.8%)
Infecciosas	
Pielonefritis	1 (2.9%)
Neumonía	2 (5.8%)
Sepsis	2 (5.8%)
Cardiopulmonares	
Edema agudo de pulmón	3 (8.8%)
Síndrome de estrés respiratorio agudo	1 (2.9%)
Arritmia	1 (2.9%)
Neurológicas/Psiquiátricas	
Síndrome depresivo reactivo	2 (5.8%)
Crisis epilépticas no eclámpicas	1 (2.9%)
Muertes maternas	
	2 (5.8%)

DISCUSIÓN

Este estudio muestra que los trastornos hipertensivos del embarazo y el choque hemorrágico representan las principales causas obstétricas de ingreso a la unidad de cuidados intensivos (62%). Este hallazgo coincide con otros estudios efectuados en países desarrollados y en vías de desarrollo.⁵ De hecho, la hipertensión arterial inducida por el embarazo es la principal causa de admisión a la unidad de cuidados intensivos en el Reino Unido, Estados Unidos, Italia, Brasil, Colombia.⁶⁻⁸ La duración media de estancia es de 3 días (1-13), lo que sugiere que la mayoría de las pacientes no sufre complicaciones mayores. La tasa de admisión a la unidad de cuidados intensivos en pacientes obstétricas es de 0.32%; este resultado se encuentra en los límites de referencia (0.24-0.42), según la bibliografía. La variabilidad puede deberse a

las diferencias al momento de definir los criterios de morbilidad de ingreso a la unidad de cuidados intensivos y a la disponibilidad, en algunos centros (como el nuestro), de unidades de cuidados intermedios, lo que proporciona un mejor cuidado y vigilancia, además de minimizar la necesidad de traslado a la UCI.⁹ La mayor parte de las indicaciones de ingreso a la unidad de cuidados intensivos se debe a enfermedades asociadas con el embarazo.¹⁰ De igual manera se ha observado que las alteraciones de origen infeccioso se asocian con 66% de los ingresos anteparto, mientras que los trastornos obstétricos prevalecen durante el posparto. En este estudio se determinó que la mortalidad materna (5.8%) se encuentra dentro de los límites reportados a nivel mundial, pero resultan discrepantes respecto de los reflejados en un estudio de España publicado en 2002, donde resulta menor de 1%. Ambos casos ocurrieron por causas indirectas, no obstétricas (grupo etiológico más importante en países industrializados),¹¹ relacionadas con choque séptico de origen extragenital, como la gripe A y tuberculosis diseminada en pacientes con deficiente control prenatal.

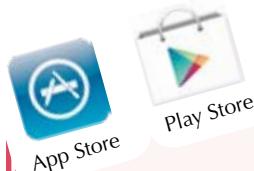
CONCLUSIÓN

Esta investigación aporta un mejor conocimiento de las pacientes obstétricas de alto riesgo atendidas en nuestro centro; a pesar de las limitaciones que conlleva el estudio, debido a sus características de diseño (descriptivo y retrospectivo), podemos afirmar que la evaluación e intervención oportuna es un factor decisivo para disminuir la morbilidad y mortalidad materna, además de considerar el apoyo de un equipo multidisciplinario (obstetras, anestesistas e intensivistas). Hoy día todos los ginecoobstetras están conscientes de la necesidad de hacer frente a diversas complicaciones obstétricas que pueden presentarse de forma impredecible, y por tanto recomendamos implementar un periodo de formación académica en la unidad de cuidados

intensivos para nuestros residentes. La adecuada organización de los recursos y la mejor preparación para los casos de urgencia pueden reducir el riesgo materno y la necesidad de procedimientos complejos e ingresos a la unidad de cuidados intensivos, que aunque es baja, siempre debe buscarse disminuirla.

REFERENCIAS

- WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Dirección URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf>.
- Fathalla M, Rosenfield A, Indriso C, Sen D, Ratnam S. Mortalidad materna. En: Fathalla M, Rosenfield A, Indriso C, Sen D, Ratnam S, editors. Salud reproductiva. Aspectos globales (FIGO, manual de reproducción humana). Barcelona: Edika Med, 1990;85:104.
- Valle L, Cortés E, Roldán L, Fabrera F, García- Hernández JA. Mortalidad materna 1991–2007. ¿Por qué mueren las madres en un hospital de tercer nivel? Clin Invest Ginecol 2010;37:192-7.
- Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, Fat DM, Boerma T, Temmerman M, Mathers C, Say L; United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group collaborators and technical advisory group. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet 2016;387(10017):462-74.
- Thomas F, Baskett MB, Colleen M, O'Connell. Maternal critical care in obstetrics. J obstet Gynaecol Can 2009;31(3):218-222.
- Díaz de León M, Briones J. Cuidados intensivos en obstetricia. Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int. 1997;11:36-40.
- Drakeley AJ, Le Roux PA, Anthony J, Penny J. Acute renal failure complicating severe preeclampsia requiring admission to an obstetric intensive care unit. Am J Obstet Gynecol 2002;186:253-256.
- García-López M, Ontiveros-Morales M, Whizár-Lug V. Admisiones obstétricas en la unidad de cuidados intensivos de un hospital comunitario. Anest Mex 2009;21(1):7-11.
- Melo-Castro D, Texeira-Silva T, Gonçalves J, Braga J. Admissão na unidade de cuidados intensivos por causas obstétricas: estudo retrospectivo. Acta Obstet Ginecol Port 2015;9(3):222-225.
- Vasquez DN, Estenssoro E, Canales HS, Reina R, Saenz MG, Das Neves AV, et al. Clinical characteristics and outcomes of obstetric patients requiring ICU admission. Chest 2007;131:718-24.
- De Miguel JR, Temprano MR, Muñoz P, et al. Mortalidad materna en España en el periodo 1995-1997: resultados de una encuesta hospitalaria. Prog Obstet Ginecol 2002;45:525-534.



AVISO IMPORTANTE

www.ginecologiadayobstetricia.org.mx

Ahí se consulta la edición más reciente y el acervo de los últimos 10 años. La página web está permitiendo la participación de ginecoobstetras de otros países y continentes y el intercambio de las experiencias de los ginecoobstetras mexicanos.