

# *Comportamiento de la paciente obstétrica grave. Experiencias de cuatro años de trabajo.*

HOSPITAL TERRITORIAL UNIVERSITARIO "JULIO MIGUEL ARISTEGUI  
VILLAMIL". MUNICIPIO CÁRDENAS

**Revista Médica Electrónica 2008;30(2)**

Comportamiento de la paciente obstétrica grave. Experiencias de cuatro años de  
trabajo.

*Behavior of grave obstetric patient. Experiences of four-year work.*

## **AUTORES**

Dr. Ernesto Malpica Alonso. (1)

Dra. Cristina Ruesca Domínguez. (2)

Dra. Maritza Pérez Silva. (3)

Dra. Kalí García Malpica. (4)

(1) Especialista II Grado en Medicina Intensiva. Máster en Urgencias Médicas.

Profesor Asistente. F C M M. Hospital Territorial Docente Dr. Julio M Aristegui  
Villamil. Cárdenas

(2) Especialista I Grado en Cirugía General. Profesora Instructora. Cirugía General.

Hospital Comandante "Faustino Pérez". Matanzas.

(3) Especialista I Grado en Medicina Interna. Diplomada en Cuidados Intensivos.

Hospital Territorial Docente Dr. Julio M Aristegui Villamil. Cárdenas

(4) Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Territorial Docente Dr. Julio M Aristegui

Villamil.

Cárdenas

## **RESUMEN**

En el momento actual preocupa, no tanto las complicaciones de enfermedades asociadas al embarazo que puedan llevar a la mujer a un estado de gravedad, sino aquellas complicaciones en relación al parto. Tuvimos como objetivo estudiar la morbimortalidad por complicaciones obstétricas graves en cuatro años de trabajo. Se estudian 83 pacientes por complicaciones obstétricas graves en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General Docente "Julio M. Aristegui Villamil" de Cárdenas, en el período comprendido entre enero del año 2003 y diciembre del 2006, lo cual representa el 100 % del total de ingresos por esta causa en el servicio. Se observó mayor número de cesáreas en el año 2005 que corresponde con más pacientes embarazadas con patologías asociadas y decidimos el parto abdominal. La enfermedad hipertensiva fue una complicación preocupante, pero se mantuvo bajo el número de ingresos por año. La sepsis en el 30 % de nuestras pacientes explicó la importancia de las complicaciones surgidas. Los resultados indicaron mayor relación en cuanto a las paridas por vía vaginal y la gravedad. En los años 2004 y 2005 hubo menor número de intervenciones y siempre la metritis séptica severa fue la causa predominante de cirugía radical. El 38.5 % de las enfermas fueron ventiladas y el 71,8 % menos de 72 horas. La estancia en el servicio de la Unidad de Terapia Intensiva fue prolongada para asegurar la óptima recuperación de las pacientes. Las complicaciones obstétricas graves continúan

siendo un reto. Los resultados de 4 años de trabajo expresan el manejo óptimo integralmente en nuestro medio.

**DeCS:**

**COMPLICACIONES DEL EMBARAZO/epidemiología**  
**COMPLICACIONES DEL EMBARAZO/etiología**  
**COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO/etiología**  
**EMBARAZO DE ALTO RIESGO**  
**MORTALIDAD MATERNA**  
**HUMANOS**  
**FEMENINO**  
**EMBARAZO**

## **INTRODUCCIÓN**

Después que hubo una reducción importante de la mortalidad materna e incluso de la morbilidad en estos últimos 30 años en Cuba, estos indicadores se han mantenido casi estacionarios en estos 10 años en alrededor de 30 fallecidos por cada 100.000 nacidos vivos. (1,2)

En el momento actual preocupa, no tanto las complicaciones de enfermedades asociadas al embarazo y que puedan llevar a la mujer a un estado de gravedad, sino aquellas complicaciones en relación con el parto, pues son las más frecuentes y las más graves. Sigue siendo la sepsis puerperal y la metritis séptica severa las que dominan los episodios de gravedad porque ya hoy la enfermedad hipertensiva va siendo mejor manejada y se tiene más experiencia en cuanto a conducta a seguir. Ésta es la situación no sólo en nuestra provincia, sino en el país (3,4). Hemos querido manejar el tema con un enfoque integrador, teniendo en cuenta los eventos que llevan a la parturienta a una sepsis grave, un trastorno severo de la coagulación e incluso la enfermedad hipertensiva grave. La injuria producida por la liberación de mediadores y las alteraciones en la microcirculación son los responsables en estos eventos graves, desencadenando los daños hemodinámicos que se van perpetuando, la deuda de O<sub>2</sub> que se produce por alteraciones en el cociente VO<sub>2</sub> /DO<sub>2</sub>, además del consecuente fallo miocárdico y las lesiones de órganos diana como pulmón, riñón e hígado. Hemos tenido la intención de demostrar nuestras experiencias con el objetivo de salvaguardar el buen éxito del programa de atención materno infantil.

## **MÉTODO**

Se estudian 83 pacientes por complicaciones obstétricas graves en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Julio M. Aristegui Villamil" de Cárdenas, en el período comprendido entre enero del año 2003 y diciembre del 2006; lo cual representa el 100 % del total de ingresos por esta causa en el servicio.

En el año 2002 teniendo en cuenta los resultados que se iban alcanzando con el manejo de estas pacientes, se puso en marcha un proyecto de intervención con acciones encaminadas a resolver dificultades administrativas, científicas y organizativas, lo cual implicó un impacto muy positivo en la morbimortalidad de estas pacientes.

En nuestro trabajo hacemos énfasis en el manejo de la paciente obstétrica en el período alrededor del parto, incluyendo el puerperio inmediato y se analiza muy brevemente la gestante grave por enfermedades asociadas al embarazo. Los datos

de interés para la investigación se extraen de la base de datos confeccionada al respecto en el servicio de cuidados intensivos, se analizan las variables a través de porcentajes y frecuencias, siendo la técnica de procesamiento de la información automatizada.

## RESULTADOS

En el estudio realizado durante cuatro años (enero 2003 a diciembre del 2006) en el municipio de Cárdenas con las pacientes obstétricas graves ingresadas en el servicio de Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de nuestro Hospital, podemos analizar que en el año 2006 se presentaron el menor número de complicaciones obstétricas graves (Tabla No.1) lográndose reducir este índice al 0.6 % (16 pacientes) y esto se debió a una mejor calidad en la atención prenatal en el nivel primario de salud con las acciones desarrolladas en un proyecto de intervención puesto en marcha al efecto. En el resto de los años no hubo diferencia significativa con relación a la morbilidad. Es importante señalar que en cuatro años de trabajo solamente hubo una fallecida, en fecha junio 2005, siendo la causa una Coagulación Intravascular Diseminada (CID) en el período de parto, por sangramiento severo y shock hipovolémico lo que representó el 1.2 % del total de paridas graves en todo el período.

Se observa un mayor número de cesáreas en el año 2005 y creemos debe corresponder con un período de más pacientes embarazadas con patologías asociadas y se decide en conjunto el parto abdominal; tratando de salvar al binomio madre-hijo y no correr riesgos de complicación grave. (1,3-5) El grupo de edad que más ingresos reporta fue el de 25-34 años con 39 pacientes en total (46.9 %).

En la Tabla No.2 se muestran las causas de ingresos en UTI de las paridas graves y/o embarazadas de alto riesgo. Es la enfermedad hipertensiva del embarazo una complicación preocupante; se mantuvo bajo el número de ingresos por año (3 pacientes) de las que presentaron eventos críticos. Una sola paciente ingresa con diagnóstico de Eclampsia en todo el período y esto nos llama la atención. Se recogen datos de autores que tienen mayor incidencia de enfermedad hipertensiva (5,6). Un total de 11 pacientes presentaron embarazo ectópico roto en relación con el total de ingresadas en UTI, índice que creemos es elevado y quedó demostrado en un estudio complementario sobre peritonitis en nuestro servicio que fue la Enfermedad Inflamatoria Pélvica la causa ginecológica más frecuente. Diez pacientes con Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica por sepsis urinaria en el curso del embarazo ingresaron en la unidad de atención al grave debido al riesgo que corrían. Los trastornos de la coagulación en el total de los casos no tuvieron incidencia significativa, pero hay que señalar la extrema gravedad de los mismos. La presencia de sepsis en el 30 % de nuestras pacientes, explica la importancia de las complicaciones surgidas. Se considera como sepsis puerperal la que sigue al parto o al aborto (3,7). La sepsis podrá ser exógena o endógena (1,8); la puerta de entrada principal será la herida placentaria y su propagación puede ser por vía linfática o por vía hematológica. (4,7,9,10)

La peritonitis del puerperio presenta algunas particularidades:

- Los vómitos pueden faltar.
- No hay defensa abdominal.
- El abdomen se distiende progresivamente.
- Puede haber diarreas.
- El sensorio está libre, pero puede haber ansiedad.
- El dolor abdominal puede faltar o ser mínimo.

- Los RHA están disminuidos.
- En general hasta el 50 % de los casos pueden no tener fiebre, como refiere Eschembachm y otros. (4,9)
- Por otra parte en los casos de sepsis generalizada generalmente no hay síntomas locales. (4,9,11)

El tacto vaginal puede ser negativo en pacientes muy graves y así evolucionaron las 6 pacientes con metritis séptica severa y shock séptico (7.2 %) y también las portadoras de sepsis puerperal en 7 de ellas (de un total de 18 casos). Fue importante para nosotros el análisis de la relación parto/cesárea y la aparición de complicaciones sépticas o de la coagulación muy graves. Señalan algunos que la cesárea predispone más a estos cuadros de gravedad obstétrica, (2) por otro lado se considera que la manipulación inadecuada en el parto, el trabajo de parto prolongado, el empleo desmedido de oxitócitos pueden predisponer más a estos eventos de gravedad. En nuestros resultados hay mayor relación en cuanto a las paridas por vía vaginal y la aparición de gravedad. Esto fue diferente en el año 2006, donde la cesárea tiene mayor incidencia de complicaciones especialmente sépticas, lo cual se explica por medidas tomadas en las áreas de pre-parto y parto, particularmente en la manipulación del parto. Se implementaron acciones epidemiológicas importantes y se puso en marcha la clasificación de la urgencia obstétrica según código de colores. (1)

La conducta quirúrgica de las pacientes más severamente complicadas se analiza en la Tabla No.3 en cada año de estudio. Las intervenciones realizadas fueron histerectomía total más doble aneectomía como conducta inicial siempre y en algunos casos fue necesario valorar la relaparotomía programada o no y el abdomen abierto en los casos de sepsis severa intraabdominal. En el año 2003 se intervienen 5 casos, por sepsis severa 4 de ellos y el otro por trastorno muy grave de la coagulación. En nuestro medio la ligadura de hipogástrica se preconiza en los trastornos graves de la coagulación y se discute con precisión si realizarla en casos de metritis séptica severa, pues en estas pacientes siempre hay tiempo para ligar hipogástrica y lo más importante es evacuación del útero y anejos con toallet de la cavidad. En los años 2004 y 2005 hubo un menor número de intervenciones y en los cuatro años la metritis séptica severa fue la causa predominante de cirugía radical. En el año 2006 nuevamente 5 pacientes necesitan intervención quirúrgica después del parto y continúa siendo la sepsis el denominador común causal. Consideramos que la ejecución de nuestro proyecto de intervención en este año fue deficiente por problemas institucionales.

Queremos destacar en la casuística el número de pacientes ventilados (Tabla No.4). Siempre se tuvo presente la deuda de oxígeno que aparece rápido en estas pacientes críticas, decidiendo mantener acoplados al ventilador cuando menos 24 horas asegurando una adecuada ventilación (PCO<sub>2</sub>) y una óptima oxigenación (PO<sub>2</sub>). El 38.5 % de las enfermas fueron ventiladas (32 casos) y de estas el 71,8 % se ventilan menos de 72 horas, lo cual correspondió con una evolución adecuada en estos casos. Siempre que fue posible procuramos no ventilar más de 48-72 horas evitando la sepsis respiratoria lo cual es un problema en nuestro medio. El 28.2 % se ventilan más de 72 horas (9 pacientes) y en este grupo no se encuentra la fallecida única que ya describimos. Las complicaciones por ventilación fueron pocas con relación al total de ventilados y no es lo que reportan otros autores (4,7,9). La sepsis respiratoria alta (traqueobronquitis) y la Neutropenia Autoinmune Idiopático predominaron en 15 casos (50 %) y fue lo esperado.

La estadía en el servicio de UTI (Tabla #5) fue prolongada, pero se tuvo en cuenta las condiciones nuestras y la decisión trató de asegurar la óptima recuperación de las pacientes evitando el reingreso en el servicio por no adecuado manejo en salas

abiertas. El 51,8 % de los casos estuvo en UTI entre 1-3 días y si tenemos presente el número de pacientes verdaderamente críticas, esta estadía es elevada. En el 14,4 % (12 pacientes) la estadía fue más de 9 días, lo cual sí se corresponden con el número de casos más críticos, reintervenidas y sépticas graves.

**Tabla No 1. Ingresos graves en relación con el total de paridas.**

<b>INCIDENCIAS ANALIZADA.</b>	<b>2003.</b>	<b>2004.</b>	<b>2005.</b>	<b>2006.</b>
<b># de partos.</b>	1232	1137.	1116	1295
<b># de cesáreas.</b>	380	372	463	396
<b># de pacientes ingresadas en UTI.</b>	22	24	21	16
<b>% del total de paridas.</b>	1,3%	1,5%	1,3%	0,6%

Fuente: Archivo de UTI. Fallecidas: 1 paciente en todo el período estudiado. Causa: CID. Fecha: Junio del 2005.

**Tabla No. 2. Causas de Ingreso.**

<b>CAUSAS</b>	<b>No.de pacientes por año.</b>				
	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>Total</b>
<b>1 Pre_eclampsia grave.</b>	3	4	3	3	13
<b>2 Eclampsia.</b>	0	1	0	0	1
<b>3 Embarazo Ectópico roto.</b>	2	3	3	3	11
<b>4 Sepsis puerperal.</b>	6	5	4	4	18
<b>5 Feto muerto retenido.</b>	0	1	1	0	2
<b>6 Púrpura Trombocitopénica Inmune descompensada en embarazo.</b>	1	0	0	0	1
<b>7 Atonía uterina en shock.</b>	0	1	1	2	4
<b>8 Sepsis urinaria en gestante (SRIS).</b>	4	3	3	0	10
<b>9 Trombosis venosa profunda (Puerpera).</b>	1	0	1	0	2
<b>10 Epilepsia descompensada en gestante.</b>	0	1	0	0	1
<b>11 Asma grave en gestante.</b>	2	1	1	0	4
<b>12 Apendicitis y embarazo.</b>	1	2	1	0	4
<b>13 Hematoma retroplacentario en shock.</b>	0	1	1	0	2
<b>14 Metritis séptica severa. Shock séptico.</b>	2	1	1	2	6
<b>15 CID en puerperio inmediato.</b>	0	0	1	0	1
<b>16 Esclerosis Lateral Amiotrófica</b>	0	0	0	1	1
<b>17 Asma grave puerpera 24 hs.</b>	0	0	0	1	1
<b>Total.</b>	22	24	21	16	83

Fuente. Archivo de UTI

Tabla No. 3 Pacientes intervenidos quirúrgicamente . Año 2003.

Intervenciones quirúrgicas.	# de pacientes.
Histerectomía Total + Anecectomía.	5
Relaparatomía.	2
Ligadura de la hipogástrica.	1

Causas :Sepsis 4 pacientes .Trastornos de la coagulación 1 paciente.Año 2004.

Intervenciones quirúrgicas.	# de pacientes.
Histerectomía Total + Anecectomía.	3
Relaparatomía.	1
Abdomen abierto.	1

Causas: Sepsis 3 pacientes.Año 2005

Intervenciones quirúrgicas.	# de pacientes.
Histerectomía Total + Anecectomía.	3
Relaparatomía.	1
Ligadura de la hipogástrica.	1

Causas: Sepsis 2 pacientes. Trastornos de la coagulación 1 paciente. Año 2006.

Intervenciones quirúrgicas.	# de pacientes.
Histerectomía Total + Anecectomía.	5
Relaparatomía.	1
Ligadura de la hipogástrica.	1
Abdomen abierto.	1

Causas: Sepsis 4 pacientes. Pre-eclampsia grave 1 paciente

Tabla No. 4 Análisis de los ventilados

Ventilación.	Años.				Total.	
	2003	2004	2005	2006	#	%
Total de ventilados.	6	8	8	10	32	38.5
- de 72 h	4	5	6	8	23	71.8
+ de 72 h	2	3	2	2	9	28.2

Fuente. Archivo de UTI.

Tabla No. 5 Estadía en Cuidados Intensivos.

Estadía.	No. de pacientes.	%
1-3 días.	43	51,8
4-6 días.	18	21,6
7-9 días.	10	12,2

<b>+ de 9 días.</b>	12	14,4
<b>Total.</b>	83	100

Fuente: Archivo de UTI.

## CONCLUSIONES

- Las complicaciones obstétricas graves siguen siendo un reto para los ginecoobstetras, intensivistas, cirujanos y anestesiólogos y el enfoque integral en el manejo terapéutico determina los resultados.
- La enfermedad hipertensiva grave del embarazo no tuvo una alta incidencia de ingresos en U.T.I.
- Atendiendo a la realidad hospitalaria nuestra fue necesaria una estadía más prolongada en U.T.I con el fin de asegurar una óptima recuperación. No hubo reingresos.
- El manejo quirúrgico de urgencia fue el adecuado y lo avala los resultados obtenidos.
- Hay un número elevado de pacientes ventiladas, pero decidimos que no hubiera una deuda de oxígeno importante en estas pacientes tan críticas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Cabezas E, Casagrandi D, Santisteban S, Urra R. Acciones para un parto seguro. La Habana, Cuba: OPS; 2003. p. 18-38.
2. OPS. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos. La Habana, Cuba: OPS; 2002.
3. Águila S, Álvarez C, Cabeza E, Camacho E, Castell J, Cutié E, et al. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas; 2000.
4. Sánchez Padrón A, Malpica Alonso E, Ulloa Gómez C. Morbimortalidad ginecobstétrica en terapia intensiva año 1987. Rev Médica Matanzas. 1988 Ene-Feb; 16(1): 59-69.
5. Kamnetzky H. Complicaciones médicas durante el embarazo. Barcelona, España: Salvat; 2003.
6. Kalur JS. Post-partium preclampsia-induced shock and death. Am J Obstet Gynecol. 1998;(165): 362.
7. Shomaker W, Grenvik A, Holbrook PR. Texto de Medicina Crítica. En: Gary D, Barth WH, Satin AJ. Critical Care Medicine and Obstetric Patient. USA: Sanders; 1995.p.50-64.
8. Heelman LM. Obstetricia. México: Salvat; 1998. p. 839-57.
9. Eschembachm DA, Wager GP. Infecciones Puerperales. Clin Obstet Ginecol. 2000; (4): 1031-69.
10. Rodríguez González T. Shock Séptico. Matanzas: Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez; 2000.
11. Foix BA, Little RA. Hemodynamic evaluation of the critically sepsis patient. Cur Op Crit Care. 2001; (1): 281-5.
12. Oriolo M, Rojas L, López A, Fajardo O. Comportamiento del Hemoperitoneo, enero 2005-2006. La Habana: Conferencia impartida en 9no Congreso Nacional de Cirugía; 2006.
13. Morales I, Delgado A. Sepsis intraabdominal diseminada. La Habana: Conferencia impartida en 9no Congreso Nacional de Cirugía; 2006.

14. Sánchez S, Acosta D, Fong J. Abdomen Abierto. A propósito de 3 casos. La Habana: Conferencia impartida en 9no Congreso Nacional de Cirugía; 2006.
15. Romero R. Sepsis y Cirugía. La Habana: Conferencia impartida en 9no Congreso Nacional de Cirugía; 2006
16. Sosa R, Delgado J, Sánchez C, Oriolo M. Criterios de Reintervención en la sepsis intraabdominal. La Habana: Conferencia impartida en 9no Congreso Nacional de Cirugía; 2006
17. Morales M, Gómez M, Llanes OL, Gonzáles J. Tolerancia fisiológica en pacientes con trauma. La Habana: Conferencia impartida en 9no Congreso Nacional de Cirugía; 2006.

## **SUMMARY**

Nowadays there is preoccupation not only with the complications of diseases associated with pregnancy that may lead women to a grave status, but also those complications related with childbirth. Our objective was to study the morbimortality caused by serious obstetric complications in four-year work. We studied 83 patients with serious obstetric complications attended at the Intensive Care Unit of the General Teaching Hospital "Julio M. Aristegui Villamil", of Cardenas, in the period from January 2003 to December 2006, representing 100 % of the patients entered for this cause in the service. We observed more quantity of cesarean surgery in 2005, in correspondence with a bigger number of pregnant patients with associated pathologies. For that reason we decided the abdominal childbirth. Hypertension was a preoccupant complication, but the number of patients entered by that reason was low per year. Sepsis explained the importance of the complications appeared in 30 % of our patients. The results indicated a higher relation between via vaginal childbirth and seriousness. In 2004 and 2005 there was a less number of interventions, and severe septic metritis was always the predominant cause of radical surgery. 38.5 % of the patients received automatic ventilation, and 71.8 % of them were ventilated less than 72 hours. The staying in the Intensive Care Unit was long to secure the optimal recuperation of the patients. Serious obstetric complications are still a challenge. The four-years-work results are an expression of the integrally optimal management in our settings.

### **MeSH:**

**PREGNANCY COMPLICATIONS/epidemiology**  
**PREGNANCY COMPLICATIONS/etiology**  
**OBSTETRIC LABOR COMPLICATIONS/etiology**  
**PREGNANCY, HIGH RISK**  
**MATERNAL MORTALITY**  
**HUMAN**  
**FEMALE**  
**PREGNANCY**



## **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

Malpica Alonso E, Ruesca Domínguez C, Pérez Silva M, García Malpica K.  
Comportamiento de la paciente obstétrica grave. Experiencia de cuatro años de  
trabajo. Rev méd electrón [Seriada en línea] 2008; 30(2). Disponible en  
[URL: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol2%202008/tema\\_02.htm](http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol2%202008/tema_02.htm) [consulta: fecha de acceso]