

HOSPITAL GENERAL GENERAL
"CAPITÁN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"
CIEGO DE AVILA

Comportamiento clínico epidemiológico de la paciente materna grave en Cuidados Intensivos

Epidemiologic clinical behavior of serious maternal in Intensive Care

Félix Alberto Pérez Estrada (1), Eduardo Pérez Román (2), Yeralda de la Caridad Echevarría Martínez (3), Lester Fleites Reyes (4), Yuniesky Cárdenas Rodríguez (5) Reinaldo Valdés Iznaga (6).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo, se utilizó el método epidemiológico para conocer el comportamiento de la morbilidad materna en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández", del Municipio Morón, Ciego de Ávila, desde enero de 2010 a diciembre de 2012. El Universo estuvo constituido por 86 pacientes. Las variables estudiadas fueron: edad materna, municipio de procedencia, diagnóstico al ingreso, ventilación artificial y causas de muerte. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes y el Departamento de Registros Médicos. La única muerte ocurrió en 2010 por coagulación intravascular diseminada, que representa una tasa de 4.8 x 100000 nacidos vivos. El mayor número de ingresos correspondió a Morón con 37 (43,02%) y el mes de mayor incidencia fue septiembre con 15 (17,4%). El grupo de edad más representado fue entre los 25-29 años, con 23 pacientes (26,7%). Predominaron los ingresos de causas obstétricas (69,8%), se destaca la preeclampsia grave identificada en 21 pacientes (35,0%). La causa no obstétrica más frecuente fue la bronconeumonía (34,6%). Solo 13 pacientes maternas (15,1%) requirieron ventilación mecánica artificial.

Palabras clave: MORTALIDAD MATERNA; COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES DEL EMBARAZO/epidemiología; COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES DEL EMBARAZO/morbilidad.

1. Especialista de 2do Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Instructor.
2. Estudiante de 5to Año de Medicina.
3. Estudiante de 3er Año de Medicina.
4. Residente de 2do Año de Medicina Intensiva y Emergencias.
5. Residente de 1er Año de Medicina Intensiva y Emergencias.
6. Residente de 3er Año de Medicina Intensiva y Emergencias.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la muerte materna (MM) como la defunción que ocurre por cualquier causa durante el embarazo, el parto y hasta cumplidos los 42 días del puerperio, independientemente de la duración y localización del embarazo por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (1).

Cada día mueren aproximadamente mil mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, para un total de 358,000 muertes alrededor del mundo (2).

La razón de mortalidad materna ratio (RMM) en los países en desarrollo es de 240 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100 000. Hay grandes diferencias entre los países. También hay grandes contrastes en un mismo país entre personas con ingresos económicos altos y bajos y entre la población rural y urbana. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes menores de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo (3-4).

Según las Naciones Unidas, el promedio de MM más elevada del año 2000 está en Sierra Leona con 2 000 y Afganistán con 1 900 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. El índice más bajo en Australia con 4 muertes maternas x 100 000 nacidos vivos (5).

América Latina constituye una de las regiones del mundo con mayor progreso en el tema, al lograr que se realicen el 86% de partos institucionales y un 94% de cobertura a la atención prenatal, pero lo alcanzado aún no satisface las necesidades básicas fundamentalmente de los estratos más vulnerables de la sociedad (6).

En Venezuela, su RMM en los últimos diez años se ha mantenido oscilando cercana a 60, su tendencia es plana o a elevarse. El último reporte del Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud para el año 2011, señala que sucedió un incremento de 9% de MM en relación al 2010, pero la meta para 2015 es de 13,3 RMM (7).

Por su parte, Cuba logró un descenso acelerado y continuo de las muertes maternas, a partir del año 1959, lo que la ubica dentro de los cuatro países del continente americano con más bajas tasas en el indicador (Cuba, Chile, Costa Rica y Uruguay), después de Canadá y los Estados Unidos (6).

Las causas de MM se repiten en las diferentes partes del mundo y entre las principales están la hemorragia, los trastornos hipertensivos, la sepsis y las complicaciones del aborto. En las últimas décadas se han celebrado diferentes eventos y conferencias internacionales para trazar las estrategias de reducción de la mortalidad materna, en la Cumbre del Milenio (2000) se propuso su reducción en un 75% para el año 2015 (8). Por todo lo anterior y al tener en cuenta la importancia que en el país se le concede al programa Materno Infantil, se elaboró el Proyecto de Investigación "Morbimortalidad materna en cuidados intensivos". El presente estudio constituye una de las salidas planificadas de dicho proyecto.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo, se utilizó el método epidemiológico para conocer el comportamiento de la morbilidad materna en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Roberto Rodríguez Fernández" en el período desde el 1 de enero del 2010 hasta el 31 de diciembre del 2012. El universo estuvo constituido por 86 pacientes. Las variables estudiadas fueron: edad materna, municipio de procedencia, diagnóstico al ingreso, ventilación artificial y causas de muerte. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes y el departamento de Registros Médicos.

Para el procesamiento de la información se utilizó una computadora Pentium IV con ambiente de Windows XP. Los textos se procesarán con Word XP.

A los resultados se le aplicó el análisis porcentual y se presentan en tablas, las cuales fueron analizadas para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos.

RESULTADOS

Se analizaron 86 maternas que ingresaron durante los años 2010 al 2012 (Tabla No.1), se observa que durante los tres años de estudio solo falleció una materna y esta defunción ocurrió en el año 2010, lo que representa una Tasa de 4,8.

De acuerdo al municipio de procedencia (Tabla No.2), de las 86 maternas que ingresaron durante los tres años en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el mayor número correspondió al municipio de Morón (43,02%), seguido por Primero de enero y Chambas (15,12%). Sin embargo, se reportó una MM perteneciente al Municipio Ciro Redondo, lo que representó el 1,16% del total de egresos. La muestra incluyó una paciente de la Provincia Sancti Spiritus que evolucionó satisfactoriamente.

El número total de ingresos fue similar durante los tres años (Tabla No.3). En la serie del año 2010 ingresaron 28 maternas graves en la UCI, el mes de mayor incidencia fue septiembre con 6 ingresos (21,4%). Sin embargo, en el año 2011 ingresaron 30 pacientes, pero el mayor número tuvo lugar en el mes de julio con 5 casos (16,6%). Mientras que en el 2012, ingresaron 28 casos y el mes de mayor incidencia fue nuevamente septiembre con 7 pacientes (25%).

De manera global, durante los tres años de estudio se reportaron 86 ingresos en la UCI y el mes que predominó fue septiembre con 15 (17,4%) seguido por julio y octubre, ambos con 9 (10,5%). Ocurrió una muerte materna, reportada en septiembre del 2010 (1,2%).

El análisis de la variable edad materna al ingreso (Tabla No.4), revela que el mayor número de pacientes (23), se encontraban entre los 25 – 29 años de edad, para un 26,7%; seguido en frecuencia por el grupo de edad 20 – 24 años, con 22 pacientes, para un 25,6%. El menor número de pacientes, con solo 9, correspondió al grupo de menores de 20 años de edad. La única muerte materna del estudio perteneció al grupo de 35 ó más años de edad, grupo que de manera particular, presentó la mayor cantidad de pacientes durante el 2010, con 10 maternas que representaron el 35,7% del total de ese año.

En relación al comportamiento de las causas que originaron el ingreso en la UCI (Tabla No.5), existió predominio de las causas obstétricas pues fueron identificadas en 60 pacientes (69,8%), con preponderancia de las hemorragias obstétricas mayores (41,7%) y trastornos hipertensivos (40,0%). La preeclampsia grave fue la más representativa (35,0%) de las causas obstétricas, seguida por la atonía uterina (28,3%). Una de las pacientes que ingresó por atonía uterina, evolucionó hacia la coagulación intravascular diseminada y falleció. Otras causas obstétricas fueron el embolismo del líquido amniótico y el hematoma calcificado (5,0%).

Las causas no obstétricas de ingreso en la UCI fueron identificadas en 26 ocasiones (30,6%). De acuerdo con los resultados, la bronconeumonía (34,6%) y la crisis aguda de asma bronquial (15,4%) constituyen los principales diagnósticos. Otras causas no obstétricas fueron: acidosis metabólica, hipertensión endocraneana benigna y deshidratación.

Al estudiar a las maternas ingresadas, solamente el 15,1% requirió ventilación mecánica artificial (Tabla No.6). El año 2012 fue el que mostró el mayor número de ventiladas (28,6%).

DISCUSIÓN

La tasa de muerte materna merece una consideración especial. La OMS reconoce en el año 2001 la ocurrencia de 529 000 muertes maternas, de un total de 20 millones de mujeres con morbilidad obstétrica severa (8).

En el contexto internacional, al analizar el panorama general que presentaba Chile en 1965, la MM era de 27,9 defunciones por cada 10.000 nacidos vivos, entre los años 1990-1996 fue de 31,5 por cada 100.000 nacidos vivos. La tendencia de este indicador ha sido hacia la reducción progresivamente (9).

Si se analizan otros países de la región, aunque Colombia ha logrado reducir la tasa de MM desde el año de 1956 (311 por 100.000 nacidos vivos), aún en el 2003, la tasa fue de 67,36 por 100.000 nacidos vivos, según estadísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas de ese país (DANE) (10).

En Cuba, Urbay Ruiz y colaboradores en Villa Clara, publicaron una serie de 275 pacientes durante nueve años con una MM de 6,5%, mientras que Pérez Assef y colaboradores informaron una tasa de 7,8 (11).

Existen pocos trabajos que relacionen los ingresos y MM durante los diferentes meses del año. En la serie estudiada en la Provincia Granma, el mayor número de muertes por orden de frecuencia ocurrió en los meses de enero (8), agosto (8) y diciembre (12).

Al estudiar los grupos de edad, en el estudio realizado por Donoso y colaboradores en Chile, la mortalidad materna fue significativamente mayor en los grupos de 35-39 años (54,4/100.000) y mayores de 39 años (116,5/100.000), que el grupo control (29,3/100.000) (13).

En una serie de 32 casos, la edad materna promedio fue 30,9 años ($DS \pm 7,38$, rango 15- 44), 21 pacientes (65,6%) eran menores de 35 años (10).

En un estudio realizado en Villa Clara, desde el año 2001 al 2010, la edad más representativa fue los 36 años con 4 muertes maternas (16,6 %), una media para la edad de 30,67 años y una desviación estándar de 6,08 (5).

Sin embargo, Acevedo y colaboradores no encontraron asociación entre la edad y la causa de ingreso, pero estos autores señalan que Urbay Ruiz y colaboradores informaron un 11,4% de mortalidad entre las menores de 20 años, resultados similares observaron Assef y colaboradores en las adolescentes (13,5%), mientras que Cabezas, describe en las jóvenes de 15 a 19 años una tasa de mortalidad inferior a la del resto de las edades durante la década 1990-1999 (14).

Durante el análisis de las causas de ingreso en UCI, entre los años 2009 y 2010, la pérdida masiva de sangre constituyó la primera causa de morbilidad materna extremadamente grave, por lo que se considera el paso previo que se interrelaciona con la principal causa de muerte materna

en el mundo y en Cuba, la hemorragia, aún con mayor frecuencia la generada en el posparto inmediato (15).

En la Provincia Granma, la hemorragia ocupa el primer lugar en esta escala, seguida del embolismo del líquido amniótico. La enfermedad hipertensiva del embarazo se encontró solamente en 3 fallecidas (12).

En la literatura internacional, se registran diversos estudios sobre esta temática. En Colombia, los datos publicados por la Secretaría de Salud de Cali, para el año 2005 se presentaron 87 casos de morbilidad extrema, ocupa el primer lugar en orden de frecuencia la preeclampsia (62,1%) y en segundo la hemorragia severa (21,8%) (10).

El hematoma retroplacentario, ha sido señalado en varios artículos como una de las gestorragias clásicas de la segunda mitad de la gestación que más contribuye al incremento de la mortalidad perinatal (16).

Sin embargo, los trastornos hipertensivos merecen una atención especial, pues constituyen, para muchos autores, la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera en los países en vía de desarrollo, lo que representa 4 defunciones por cada 100 000 nacimientos y 150 defunciones o más por cada 100 000 nacimientos, respectivamente (17).

La preeclampsia, trastorno multisistémico exclusivo de la gestación humana, afecta entre el 5-7% de todos los embarazos y es responsable de aproximadamente 44.000 muertes maternas anuales en el mundo. Es la primera causa de mortalidad materna en Colombia, donde en el año 2008 se reportó una tasa de 46 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (18).

En cuanto a la incidencia del embarazo ectópico, se observó un aumento en Chile en la década del 90, pues se elevó de 1 por 333 partos a 1 por 88 partos; en Suecia en 1:66 nacimientos, Finlandia 1:47 nacimientos, Estados Unidos 1:34 nacimientos y Cuba 1: 25 nacimientos (19).

La sepsis se encuentra entre las primeras causas de morbilidad materna. La OMS reportó en el 2003 que en la población obstétrica constituye la quinta causa de muerte materna con una tasa estimada de más de 1000 x 100000 nacidos vivos (20).

En un trabajo publicado recientemente, las complicaciones más frecuentes en las pacientes que ingresaron por causas obstétricas fueron los trastornos del equilibrio hidromineral y ácido-básico (9,4%), la politransfusión (7,1%), infección respiratoria (3,3%), el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) (3,0%), la coagulación intravascular diseminada (CID) (3,3%), el derrame pleural (2,4%) y la reintervención quirúrgica (2,4%) (14).

Con relación a las causas no obstétricas, se estima que 300 millones de personas en todo el mundo padecen actualmente de asma bronquial. En Cuba, la tasa general nacional es de 87,42; y para el grupo de edades comprendidas entre 10 y 14 años, de 137,13 con diferencias entre las provincias, aparentemente relacionadas con el desarrollo industrial que existe en ellas, lo que explica la incidencia de crisis prolongadas en la paciente obstétrica (21).

Si se valora la situación de las mujeres en edad reproductiva en México, durante el año 2002 se registraron 27,828 defunciones. De éstas, 461 (1.7% del total) fueron infecciones respiratorias agudas y ocuparon la decimocuarta causa de muerte para este grupo (22).

Es de interés notar la variedad en la incidencia de apendicitis durante el embarazo en las diferentes latitudes geográficas, según Inca, se presenta con una frecuencia de un caso cada 1 500 gestantes, Brant la señala en 0,06% y Taylor 1 cada 704 casos. En Burkina Faso 2,1 por cada 1 000. Es más frecuente en los 2 primeros trimestres de la gestación con un predominio en el 2do trimestre (23).

En cuanto a la enfermedad tromboembólica venosa, Gherman reportó 1 por 1 627 y Reyes Muñoz 1 por 753 partos (24).

De acuerdo a la necesidad de la utilización de ventilación mecánica artificial, en general, el índice de ventilación fue similar al reportado por la mayoría de los autores (25-26), aunque existió un aumento progresivo de las necesidades de soporte ventilatorio, dado por un incremento en la incidencia de las enfermedades respiratorias como bronconeumonía y asma bronquial.

CONCLUSIONES

El mayor número de maternas que ingresó en la UCI procedió de los municipios Morón, Primero de enero y Chambas, los ingresos fueron más frecuentes en los meses de septiembre y abril, la mayor cifra de pacientes se encontraba entre los 25 y 29 años de edad, la única muerte materna

del estudio se encontró en el grupo de 35 y más años de edad. Existió un predominio de las causas obstétricas, con preponderancia de la pre eclampsia grave y la atonía uterina y las causas no obstétricas de mayor incidencia fueron la bronconeumonía y la crisis aguda de asma bronquial. La mayor cantidad de pacientes no requirió ventilación mecánica artificial.

ABSTRACT

An Observational Descriptive Longitudinal retrospective study was carried out using the Epidemiological Method to understand the behaviour of maternal morbimortality in the Intensive Care Unit (ICU) at Roberto Rodriguez Fernandez General Provincial Teaching Hospital in Moron, Ciego de Avila from January 2010 to December 2012. The population consisted of 86 patients. The studied variables were mother's age, municipalities of residence, admitting diagnosis, artificial ventilation and cause of death. Data was obtained from the patients' medical record and the Department of Medical Registry. The only death occurred in 2010 caused by disseminated intravascular coagulation, which represented a rate of 4.8 x 100000 live births. The largest number of admissions were in Moron with 37 (43.02%) and the month of most incidence was September with 15 (17.4%). The best represented age group was 25-29 years old with 23 patients (26.7%). The most common reason of admission was obstetric causes (69.8%), predominately severe preeclampsia identified in 21 patients (35.0%). The most common non obstetric cause was bronchopneumonia (34.6%). Only 13 mothers (15.1%) required artificial mechanical ventilation.

Key Words: MATERNAL MORTALITY, CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS OF PREGNANCY/epidemiology.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. The international statistical classification of diseases and related death problems [Internet]. Geneva: WHO; 2004 [citado 10 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/classifications>
2. World Health Organization. Maternal mortality. Media centre. Fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [citado 10 Oct 2012] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348>
3. Conde Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 192:342-349.
4. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2009; 374: 881-892.
5. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Lorenzo González BC. Problemática de la muerte materna en Villa Clara. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2012 [citado 15 Oct 2012]; 38(1): 28-35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100004&lng=es
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico 1995. Mortalidad materna según causas; 1970 - 1995 [Internet]. La Habana: MINSAP; 1996 [citado 15 Oct 2012]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario/iah.xis&tag5001=mostrar^m39&tag5009=STANDARD&tag5008=10&tag5007=Y&tag5003=anuario&tag5021=e&tag5022=1995&tag5023=39>
7. Faneite P. Mortalidad materna. ¿Meta del milenio alcanzable? Caracas: Academia Nacional de Medicina; 2012.
8. Águila Setién S. Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2012; 38(2):281-289.
9. Szot J. Reseña de la salud pública materno-infantil chilena durante los últimos 40 años: 1960-2000. *Rev Chilena Obstet Ginecol*. 2002; 67(2): 57-64.
10. Morales B, Martínez D, Cifuentes R. Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe en Cali, Colombia, en el período comprendido entre Enero del 2003 y Mayo del 2006. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2007 [citado 20 Nov 2012]; 58(3):184-188. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342007000300003&lng=en.

11. Pérez A, Calixto AD, Tamayo GF, Hernández BJ. Evaluación de la mortalidad materna en cuidados intensivos con una escala pronóstica [Internet] 2003 [citado 20 Nov 2012] [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/041evaluacion_de_la_mortalidad_materna_en_cuidados_intensivos_con_una_escalapronostica.pdf
12. Millán MM, Sánchez C, Rodríguez R, Rodríguez AR, Fajardo Y. Mortalidad materna en Granma. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 [citado 20 Nov 2012]; 38(1): 11-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100002&lng=es
13. Donoso E, Poblete A, Villarroel L. Mortalidad materna: Chile 1990-1996. Rev Chil Obstet Ginecol. 1998; 63(4):290-7.
14. Acevedo O, Sáez V, Pérez A, Alcina S. Caracterización de la morbilidad materna severa en una Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 [citado 20 Nov 2012]; 38(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_2_12/gin02212.htm
15. Álvarez M, Salvador S, González, Pérez R. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2010 [citado 25 May 2012]; 48(3):310-20. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v48n3/hie10310.pdf>
16. Avellaneda A, Hernández J, Ulloa C, Deulofeu M. Hematoma retroplacentario: su repercusión en la morbilidad perinatal. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1997; 23(23):101-107.
17. Witlin AG, Sibai B. Hypertension in pregnancy: current concepts of pre-eclampsia. An Rev Med. 2007; 48:125-7.
18. Serrano NC, Páez MC, Beltrán MA, Colmenares CC, Guio E, Bautista P, et al. Preeclampsia y riesgo cardiovascular: estudio de seguimiento en la población de GenPE en Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2012; 63: 241-251.
19. Fernández C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 10 Nov 2012]; 37(1): 84-99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es.
20. World Health Organization. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: WHO; 2003.
21. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2008.
22. Ramírez MA, Soto JL. Neumonía durante el embarazo. Perinatol Reprod Hum. 2007; 21: 155-162.
23. Laffita W, Jiménez W. Apendicitis aguda en el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 10 Nov 2012]; 37(2): 223-234. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200012&lng=es.
24. Nápoles D, Couto D. Experiencia de 11 años en la enfermedad tromboembólica venosa en el período grávido puerperal. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 10 Nov 2012]; 37(3): 300-311. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300002&lng=es
25. Olarra J, Longarela AM, Suárez L, Palacio FJ. Critical ill obstetric patients treated in an ICU. Chest [Internet]. 2002 [citado 12 Ene 2007]; 26(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_4_09/gin03409.htm
26. Munnur U, Karnad DR, Bandi VD, Lapsia V, Zures MS, Ramshesh P, et al. Critically ill obstetric patients in an American and an Indian public hospital: comparison of case-mix, organ dysfunction, intensive care requirements, and outcomes. Intensive Care Med [Internet]. 2005 [citado 20 Mar 2008]; 31:1087-94. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16012807>
27. Zwart J, Dupurs J, Richters A, Ory F, Roosmalen JV. Obstetric intensive care admission: a 2-year nation wide population-based cohort study. Intens Care Med. 2010; 36: 256-6.

ANEXOS

Tabla. No. 1. Tasa de muerte materna según años del estudio. 1ro. de enero del 2010 hasta el 31 de diciembre del 2012.

N =86

AÑO	FALLECIDOS	TASA
2010	1	4.8
2011	0	0
2012	0	0

Fuente: Departamento Registros Médicos.

Tabla No. 2. Distribución de pacientes ingresadas en UCI, según municipios. 1ro. de enero del 2010 hasta el 31 de diciembre del 2012.

N =86

MUNICIPIOS	INGRESOS		FALLECIDOS	
	No. INGRESOS	%	No.	%
Morón	37	43,02	0	0
Primero de enero	13	15,12	0	0
Chambas	13	15,12	0	0
Ciro Redondo	7	8,14	1	1,16
Bolivia	6	6,98	0	0
Florencia	4	4,65	0	0
Ciego de Ávila	3	3,49	0	0
Baraguá	1	1,16	0	0
Venezuela	1	1,16	0	0
Otras provincias	1	1,16	0	0
Total	86	100	1	0

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla No.3. Distribución de pacientes según meses del año. 1ro de Enero 2010 – 31 Diciembre 2012.

MESES	n=28				n=30				n=28				N =86			
	2010				2011				2012				TOTAL			
	INGRESOS	%	FALLECID	%	INGRESOS	%	FALLECID	%	INGRESOS	%	FALLECID	%	INGRESOS	%	FALLECID	%
Enero	2	7,1	0	—	3	10	0	—	1	3,6	0	—	6	7,0	0	0
Febrero	3	10,7	0	—	0	0	0	—	1	3,6	0	—	4	4,6	0	0
Marzo	1	3,6	0	—	3	10	0	—	2	7,1	0	—	6	7,0	0	0
Abril	4	14,3	0	—	3	10	0	—	3	10,7	0	—	10	11,6	0	0
Mayo	0	0	0	—	3	10	0	—	1	3,6	0	—	4	4,6	0	0
Junio	1	3,6	0	—	1	3,3	0	—	1	3,6	0	—	3	3,5	0	0
Julio	1	3,6	0	—	5	16,6	0	—	3	10,7	0	—	9	10,5	0	0
Agosto	1	3,6	0	—	3	10	0	—	2	7,1	0	—	6	7,0	0	0
Septiembre	6	21,4	1	—	2	6,7	0	—	7	25,0	0	—	15	17,4	1	1,2
Octubre	4	14,3	0	—	3	10	0	—	2	7,1	0	—	9	10,5	0	0
Noviembre	2	7,1	0	—	2	6,7	0	—	2	7,1	0	—	6	7,0	0	0
Diciembre	3	10,7	0	—	2	6,7	0	—	3	10,7	0	—	8	9,3	0	0
Total	28	100	1	3,6	30	100	0	0	28	100	0	0	86	100	0	0

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla No.4. Distribución de maternas según grupos de edad. 1ro de enero 2010 – 31 diciembre 2012.

	n= 28		n= 30		n=28		N =86	
GRUPOS DE EDAD	No. 2010	%	No. 2011	%	No. 2012	%	TOTAL	%
Menor de 20	5	17,8	1	3,3	3	10,7	9	10,5
20-24	4	14,3	8	26,7	10	35,7	22	25,6
25-29	5	17,8	9	30,0	9	32,1	23	26,7
30-34	4	14,3	6	20,0	4	14,3	14	16,3
35 ó más	10*	35,7	6	20,0	2	7,1	18	20,9
Total	28	100	30	100	28	100	86	100

*incluye una MM.

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla No.5. Distribución de maternas según diagnósticos obstétricos de ingreso en la UCI.

N=86					
CAUSAS	DIAGNÓSTICO	No.	%	No.	%
Obstétricas		60	69,8		
	Hemorragia obstétrica mayor			25	41,7
	• Atonía uterina			17*	28,33
	• Embarazo ectópico			4	6,8
	• Rotura uterina			2	3,33
	• Hematoma retroplacentario			2	3,33
	Trastornos hipertensivos			24	40,0
	• Preeclampsia grave			21	35,0
	• Eclampsia			3	5,0
	Sepsis obstétrica			8	13,3
	Otras			3	5,0
No Obstétricas		26	30,2		
	Bronconeumonía			9	34,6
	CAAB			4	15,4
	Posapendicectomía			2	7,7
	Enfermedad tromboembólica			2	7,7
	ARDS			1	3,8
	Status Asmático			1	3,8
	Posoperatorio de tumor de columna			1	3,8
	Meningoencefalitis			1	3,8
	Fibrilación auricular			1	3,8
	Miocarditis			1	3,8
	Otras			3	11,5
Total		86	100		

*incluye una MM por Coagulación intravascular diseminada.

CAAB: Crisis Aguda de Asma Bronquial.

Fuente: Historias Clínicas. Departamento Registros Médicos.

Tabla No.6. Distribución de maternas según necesidad de ventilación mecánica artificial durante la estancia en la UCI.

N=86

VENTILACIÓN	2010		2011		2012		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	1	3,6	4	13,3	8	28,6	13	15,1
No	27	96,4	26	86,7	20	71,4	73	84,9
Total	28	100	30	100	28	100	86	100

Fuente: Historias Clínicas.