



Morbilidad y mortalidad obstétrica en un hospital de segundo nivel del estado de Oaxaca.

Hernández-Hernández S,¹ Ríos-Arias G,² Hernández-Bernardino G,³ Sánchez-Sánchez M,⁴ Velásquez-Paz AL⁵

Resumen

Introducción: La mortalidad obstétrica es uno de los problemas constantes en salud que comprometen tanto a la población, instituciones de salud y al gobierno. El objetivo del estudio fue determinar la morbilidad y mortalidad de pacientes obstétricas que ingresaron al servicio de cuidados intensivos de adultos del hospital.

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes obstétricas de 14 a 48 años, que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos entre enero a diciembre del año 2017. Se analizó la morbilidad y mortalidad materna.

Resultados: Se ingresaron 74 pacientes obstétricas, con una media de edad de 27.6 años; Del total de pacientes, 23 presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo, 24 hemorragia obstétrica, 12 sepsis y 15 otras patologías, como traumatismos craneoencefálicos, eventos hemorrágicos intraparenquimatosos e hígado graso del embarazo. Siendo las principales causas de mortalidad la hemorragia obstétrica, enfermedad hipertensiva del embarazo y sepsis.

Conclusiones: La principal causa de mortalidad materna fue la hemorragia obstétrica secundaria a hipotonía uterina.

Palabras Clave: Mortalidad, Morbilidad, Muerte Materna, Hemorragia Obstétrica.

Obstetric morbidity and mortality in a second level hospital Oaxaca state.

Abstract

Introduction: Obstetric mortality is one of the constant health problems that involve population, health institutions such as government. The study objective was to determine the obstetric patients morbidity and mortality admitted at the hospital adult intensive care service hospital.

Material and methods: a descriptive and retrospective study was carried out in obstetric patients aged 14 to 48 years, admitted at the hospital adult intensive care service hospital. from 2017 January to December. Maternal morbidity and mortality was analyzed.

Results: 74 obstetric patients were admitted, with a mean age of 27.6 years; of the total number of patients, 23 patients presented pregnancy hypertensive disease, 24 patients presented obstetric hemorrhage, 12 patients presented sepsis and 15 patients presented other pathologies such as head trauma, intraparenchymal hemorrhagic events and pregnancy fatty liver. The main causes of mortality are obstetric hemorrhage, pregnancy hypertensive disease and sepsis.

Conclusions: The main cause of maternal mortality was obstetric hemorrhage secondary to uterine hypotonia.

Key words: Mortality, Morbidity, Maternal Death, Postpartum Hemorrhage.

Introducción

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África

subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria.¹

La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo en 2015 fue 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es

¹Médico residente de tercer año de la Especialidad de Medicina Interna. Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso.

²Jefa de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso.

³Subdirectora de Enseñanza, Capacitación e Investigación. Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso.

⁴Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso.

⁵Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

 **Correspondencia**
Dra. Alejandra Shantal Hernández Hernández.
Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso.

Calz Porfirio Díaz 400, Col Reforma. CP. 68000, Oaxaca de Juárez, Oax.

Tel: 333 6761638

Correo-e:
alejandrashantalhernandez@gmail.com

DETALLES DEL ARTÍCULO

Recibido: 15-julio-2019
Aceptado: 10-agosto-2019

Cómo citar este artículo:

Hernández-Hernández AS, Ríos-Arias G, Hernández-Bernardino G, Sánchez-Sánchez M, Velásquez-Paz AL. Morbilidad y mortalidad obstétrica en un hospital de segundo nivel del estado de Oaxaca. *Avan C Salud Med* 2019; 7 (3): 77-81.

tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países, pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana.

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.^{2,3}

El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4,900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo. En los países clasificados como estados frágiles el riesgo es de 1 por 54, lo cual demuestra las consecuencias de la descomposición de los sistemas de salud.

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son:⁴⁻⁷

- las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto);
- las infecciones (generalmente tras el parto);
- la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia);
- complicaciones en el parto;
- los abortos peligrosos.

Las demás están asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo o causadas por las mismas.

Por otro lado, la morbilidad materna constituye un indicador de los estados obstétricos; por cada muerte de una paciente obstétrica cerca de 118 mujeres sufren morbilidad materna grave.⁸

Se estima que 0.1 a 0.9% de las mujeres embarazadas requiere hospitalización en la unidad de

cuidados intensivos. Si a 70% de las pacientes se les practica cesárea puede especularse que ésta contribuye a desencadenar o empeorar el motivo del ingreso a unidad de cuidados intensivos.^{9,10} Las afecciones que con más frecuencia se asocian son la hemorragia obstétrica y la preeclampsia-eclampsia.¹¹⁻¹³ El pronóstico suele ser favorable, sólo se requieren pequeñas intervenciones, con tasas de mortalidad inferiores a 3%.¹⁰

Integrar el estudio de la morbilidad obstétrica al de la mortalidad incrementa la oportunidad de identificar los factores que contribuyen a ese acontecimiento desde el embarazo sin complicaciones hasta la muerte y permite tomar correctivos de una manera más oportuna.¹⁴

El objetivo del estudio fue determinar la morbilidad y mortalidad de pacientes obstétricas que ingresaron al servicio de cuidados intensivos de adultos del hospital.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. Se revisaron los datos registrados de enero a diciembre de 2017 en el censo diario médico y de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso., evaluando la etiología y mortalidad. Las variables de estudio fueron la edad, patología de ingreso, causa de muerte, días de estancia y vía de resolución del embarazo. Para el registro de las enfermedades hipertensivas del embarazo, se emplearon los conceptos de la Guía de práctica clínica "Detección, Diagnóstico y Tratamiento de las enfermedades hipertensivas del embarazo actualización 2017"; en la cual, se define a la preeclampsia, como la presencia de cifras tensionales igual o mayor de 140/90 mmHg en dos tomas y proteínas en orina mayor de 300mg/24 hrs o índice proteína: creatinina mayor de 0.28, y si aunado a esto hay presencia de convulsiones, eclampsia. Síndrome de HELLP, la presencia de datos de hemólisis como aumento de DHL, hiperbilirrubinemia expensas fracción indirecta; elevación enzimas hepáticas y trombocitopenia. En cuanto al estado de choque definido por TAS menor de 90 mmHg, PAM menor de 60 mmHg, frecuencia cardíaca mayor de 120 latidos por mi-



nuto, volumen urinario menor de 0.5 ml/kg/hora, llenado capilar mayor de 3 segundos o la pérdida del más del 10% de hematocrito, según la Guía de Práctica Clínica de Choque Hemorrágico en Obstetricia, siendo leve con pérdida sanguínea de 1,050 a 2,100 ml, moderado de 2,100 a 2,800 ml y severo mayor de 2,800 ml.

Resultados

Durante el periodo de estudio, ingresaron a la UCI un total de 206 pacientes, de los cuales 83 (40.2%) pacientes fueron obstétricas graves. De estas, la media de edad fue de 27.6 años (14 a 47 años); el 24% de las pacientes fueron menores de 20 años y el 46% mayores de 30 años.

Solo 8% de las pacientes tuvieron parto vaginal. Las principales causas de morbilidad fueron la hemorragia obstétrica y la enfermedad hipertensiva del embarazo; de estas últimas, 23 pacientes (31%) presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo, siendo clasificadas 4 (17%) con preeclampsia con datos de severidad; 9 (39%) con preeclampsia complicada con Síndrome de HELLP, 7 (30%) con eclampsia pura y únicamente 3 (13%) eclámpicas se complicaron con Síndrome de HELLP.

Veinticinco pacientes (30%) presentaron hemorragia obstétrica, 13 (15%) sepsis y 16 (19%) otras patologías como hígado graso del embarazo (4 pacientes), evento cerebrovascular hemorrágico (3 pacientes), cetoacidosis diabética (1 paciente), neumonía atípica (4 pacientes), estatus epiléptico sin relación con Síndrome de HELLP (2 pacientes) y una paciente colestasis intrahepática del embarazo y otra reacción adversa a medicamentos.

De las 25 pacientes con hemorragia obstétrica, la principal causa fue atonía uterina que se presentó en 16 pacientes (64%) y en 9 (36%) otras causas como placenta previa o acretismo placentario, de este último solo fueron 2 pacientes. En cuanto a los grados de choque hipovolémico de las 25 pacientes, 68% (17) se catalogaron como severo, 30% (7) moderado y 4%(1) leve.

En el grupo de sepsis, de las 13 pacientes la causa más común fue aborto séptico 30%, seguido de

sepsis puerperal con 23%, neumonía atípica 23% y el resto por pielonefritis y sepsis abdominal quirúrgica.

El tiempo promedio de estancia fueron 4 días. La mortalidad en el tiempo comprendido en el estudio fue de 1.4%, lo que traduce un índice bajo comparado con los índices a nivel internacional. Estas muertes fueron secundarias a hemorragia obstétrica.

Discusión

Las principales causas de morbilidad en el estudio fueron la hemorragia obstétrica y las enfermedades hipertensivas del embarazo, similar a lo publicado por otros autores.^{15,16} Lo que coincide con los resultados de la bibliografía que mencionan a la preeclampsia-eclampsia como la principal causa de morbilidad y mortalidad materna en América Latina.

Soni-Trinidad y cols., encontraron en 364 pacientes estudiadas en Veracruz antecedentes de aborto, a diferencia de nuestro estudio donde solo 15% tenían este antecedente.¹⁷ El aborto, es la causa del 7% --en promedio-- de muertes maternas durante los últimos veinte años,¹⁸ en 2010 provocó 9.3% de los fallecimientos. Sin embargo, en 2010 representó entre 11 y 25% en diez estados de la República¹⁹ y en 2011, en ocho estados, registró un porcentaje igual o mayor a diez. Oaxaca, se encuentra por debajo del promedio nacional con 5%.²⁰

Las complicaciones de salud durante el embarazo y el parto son responsables de 18% de la carga global de enfermedad de las mujeres entre 15 y 44 años de edad en el mundo entero. Las muertes durante el embarazo, parto y puerperio en la República Mexicana representan la tercera causa de mortalidad en mujeres de entre 15 y 34 años de edad.⁸ El grupo etario de este estudio coincide con lo reportado, porque la mayor cantidad de casos tenía entre 14 y 47 años.

En México, la RMM en 2008 fue de 57.2, en 2009 de 62.2, en 2010 de 51.5 y en 2011 de 50.7 por cada 100,000 nacimientos.²¹ En números abso-

lutos, de 1990 a 2011 fallecieron 28,042 mujeres por complicaciones durante el embarazo, aborto, parto o puerperio.²¹ Si analizamos los avances y retrocesos en términos de RMM, entre 1990 y 2010, de las 32 entidades federativas, 14 registraron avances mínimos, incluso un incremento, y 18 la redujeron.²² Oaxaca, presentó un gran avance de 20 puntos porcentuales, respecto al 2010.

En nuestro estudio la mortalidad fue muy baja, a comparación de otros estudios.

Conclusiones

Este reporte nos muestra una realidad más exacta del porcentaje de la mortalidad en pacientes obstétricas y las causas que comúnmente llevan a este desenlace. Es indispensable saber que la disminución de la morbilidad y mortalidad materna, depende de un trabajo de equipo, donde intervienen todas las especialidades con las que cuente una unidad de salud. La atención y el diagnóstico oportuno modifican drásticamente el desenlace de las pacientes, modificando la mortalidad.

Referencias bibliográficas

1. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. 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.
2. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004. 192:342-349.
3. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009. 374:881-892.
4. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*. 2014;2(6): e323-e333.
5. UNICEF, WHO, The World Bank, United Nations Population Division. The Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality. Report 2015. New York, USA, UNICEF, 2015.
6. Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, Ahmed S, Steinhardt L et al.. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *Lancet*, 2011, Apr 16, 377(9774): 1319-1330.
7. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030. New York: United Nations; 2015.
8. Velasco-Murillo V. La mortalidad materna: un problema vigente hasta nuestros días. *Rev Med IMSS* 2002;40(3):185-186.
9. Rojas A, Cogollo M, Miranda J, Ramos E, Fernández J, Bello A. Morbilidad materna extrema en cuidados intensivos obstétricos Cartagena (Colombia) 2006-2008. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2011; 62:131-140.
10. Ramos-de Amorin M, Katz L, Valença M, Ericsson-Araújo D. Morbidade materna grave em UTI obstétrica no Recife, região nordeste do Brasil. 2008.
11. Al-Suleiman SA, Qutub HO, Rahman J, Rahman MS. Obstetric admissions to the intensive care unit: a 12-year review. *Arch Gynecol Obstet* 2006; 274:48.
12. Osinaike BB, Amanor-Boadu SD, Sanusi AA. Obstetric intensive care: a developing country experience, *Anesthesiol*. 2006;10(2).
13. Loverro G, Pansini V, Greco P, Vimercati A, Parisi AM, Selvaggi L. Indications and outcome for intensive care unit admission during puerperium. *Arch Gynecol Obstet* 2001; 265: 195-8.
14. Briones GJ, Reyes FA. Preeclampsia. México: Editorial Alfil, 2008.
15. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, Lopez AD, Lozano R, Murray CJ. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: systematic analysis of progress towards. Millenium Development Goal 5. *Lancet* 2010;375(976):1609-23.
16. 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.
17. Ipas México, Numeralia sobre morbi-mortalidad materna en adolescentes: México 1990-2009, 28 de mayo de 2011. Disponible en <<http://bit.ly/ULK7Z2>> [consulta: 7 de junio de 2012]. Schiavon, R., Erika Troncoso y Gerardo Polo, "Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008" en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Reino Unido, vol. 188, suplemento 2, septiembre 2012, pp. S78-S86. Disponible en: <http://bit.ly/12lqxIm>
18. Observatorio de Mortalidad Materna en México, Numeralia 2009 y Numeralia 2010. Disponible en <http://bit.ly/Vgdwxm>
19. Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).
20. Observatorio de Mortalidad Materna en México, Mortalidad materna en México. Numeralia 2011, México, 2012.
21. Schiavon, R., Erika Troncoso y Gerardo Polo, "Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008" en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Reino Unido, vol. 188, suplemento 2, septiembre 2012, pp. S78-S86. Disponible en: <<http://bit.ly/12lqxIm>>
22. Observatorio de Mortalidad Materna en México, Porcentajes de avance por entidad federativa en el Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio entre 1990 y 2010. Disponible en <<http://bit.ly/Weh55o>>