



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. abril 2004; 4(1): 33-42

ARTÍCULO ORIGINAL

Paciente obstétrica críticamente enferma

Critically-ill obstetric patient

Jorge M. Balestena Sánchez¹, Sonia G. Balestena Sánchez², Maritza Travieso Perez³, Susana González Freije⁴, Belkis Rodríguez Vazquez⁵.

¹Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Asistente. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

²Especialista de I Grado en Medicina General Interna. Jefa del Programa Materno Infantil. Consolación del Sur.

³Especialista de I Grado en Histología. Programa Materno Infantil. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁴Especialista de I Grado en Anatomía. Programa Materno Infantil. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁵Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Asistente. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

RESUMEN

Con la finalidad de identificar algunos factores que inciden en la morbilidad puerperal grave, se realizó una investigación retrospectiva, transversal y analítica en el Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" durante el año 2002. El universo de nuestro estudio se conformó con todas las puérperas del período analizado, mientras que el grupo estudio estuvo formado por las puérperas que tuvieron una mortalidad grave; para la comparación se escogió otro grupo integrado por puérperas sin morbilidad de forma aleatoria simple. El análisis estadístico se realizó por el porcentaje, la media, la desviación estándar y la prueba de hipótesis de proporciones para dos muestras independientes con nivel de significación de $p < 0.05$. Se obtuvo relación positiva entre la adolescente, la añosa, la multigesta, la múltipara, el trabajo de parto prolongado y la cesárea con la morbilidad puerperal grave; la sepsis fue la morbilidad más frecuente. Se concluye que las variables antes analizadas son factores de riesgo para que se produzcan los procesos morbosos graves del puerperio.

Descriptor DeCS: MORBILIDAD, PUERPERIO/complicaciones

ABSTRACT

Aimed at identifying some factors which influence on severe puerperal morbidity a retrospective, cross-sectional and analytic research was carried out at Abel Santamaria Teaching General Hospital during year 2002. The universe of the study was constituted by all the puerperal during this period while the case control group was formed by puerperal having a severe morbidity, to the comparison a group formed by post _ puerperal without morbidity was chosen at random. The statistical analysis was conducted by the percentage mean, standard deviation and proportional hypothesis testing to two independent samples with the significance testing of $p < 0.05$. a positive relationship among the adolescence, old puerperal, multigravid, multipara, delayed delivery and cesarean section with severe puerperal morbidity was achieved. Sepsis was the most frequent morbidity, concluding that the variables analyzed above were the risk factors which lead to severe morbid process of puerperium.

Subject headings: MORBIDITY, PUERPERIUM/complications

INTRODUCCIÓN

El control y análisis de la morbilidad resulta la forma más acertada y precisa para evaluar el nivel de salud de cualquier grupo humano, y en la actualidad adquiere gran importancia, pues sustituye al de la mortalidad como indicador de la situación sanitaria de la población.¹

Son disímiles los procesos morbosos que pueden afectar a una mujer después del nacimiento de su hijo, pero aquí juega un papel fundamental las enfermedades de origen infeccioso; la cual surge como consecuencia de la contaminación de las vías del parto; proceso este que transcurre de forma dinámica y que surge como resultado de la interacción entre un germen provocador y el organismo materno.²⁻⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que en todo el mundo alrededor de cinco millones de mujeres padecen enfermedad crítica asociada a la maternidad, y de estas aproximadamente el 10 % fallecen, ocurriendo la mayoría de estas en los países subdesarrollados.⁵

La toma de conciencia de que una muerte materna afecta directamente la estabilidad familiar y la de los miembros de la comunidad, constituye un problema de salud y de consecuencias negativas; por lo que la OMS ha desarrollado una serie de actividades encaminadas a disminuir las tasas de mortalidad materna a escala mundial.⁶

Después de revisar algunas investigaciones al respecto se decidió realizar este trabajo con el objetivo de identificar algunos factores que sean capaces de producir alteraciones en las púerperas y las lleven a la aparición de un proceso morboso crítico.

MÉTODOS

Se realizó una investigación retrospectiva, transversal y analítica en el Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" del 1º de enero al 31 de diciembre de 2002.

El universo de nuestro estudio estuvo constituido por todas las púerperas del periodo analizado: la muestra quedó formada por las pacientes que durante la etapa del puerperio desarrollaron una morbilidad puerperal grave (con necesidad de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos), las cuales procedían del Hospital Gineco-Obstétrico Provincial "Justo Legón Padilla", del Hospital Docente General "Comandante Pinares" y del propio hospital donde se realizó la investigación; entre tanto se conformó un grupo control integrado por púerperas sin morbilidad y tomado aleatoriamente, utilizando para ello la tabla de números aleatorios.

Las variables analizadas fueron: edad materna, antecedentes obstétricos, edad gestacional al nacimiento, tiempo de trabajo de parto, modo de nacimiento y tipo de morbilidad.

El análisis estadístico se realizó mediante la frecuencia porcentual, la media, la desviación estándar y el test de hipótesis de diferencia de proporciones para dos muestras independientes para un nivel de ajuste de $\alpha < 0.05$. Además se identificó el riesgo relativo (RR) para conocer si las variables analizadas constituyen factores de riesgo para que ocurra una morbilidad puerperal grave.

RESULTADOS

En la tabla 1 se expone la edad materna y los antecedentes obstétricos de las pacientes estudiadas; respecto a la edad se observa que la mayoría de las pacientes para ambos grupos estuvo entre los 25 y 29 años; sin embargo, resultó altamente significativo ($\alpha < 0.001$) la aparición de morbilidad crítica en las púerperas adolescentes y añosas. Ambos grupos se consideran en este estudio factores de riesgo para que se produzca un proceso morboso grave durante la etapa del puerperio.

Con relación a los antecedentes obstétricos se aprecia que la mayoría de los pacientes (58.34 %) del grupo estudio eran multigestantes, lo cual resultó altamente significativo ($\alpha < 0.001$).

Por otra parte las nulíparas y primíparas predominaron en ambos grupos, sin embargo, las múltiparas resultaron significativas ($\alpha < 0.05$).

La multigesta y la múltipara se consideran factores de riesgo para que se produzca una morbilidad puerperal grave.

Tabla 1. Morbilidad puerperal grave. Edad materna y antecedentes obstétricos. Hospital Abel Santamaría Cuadrado. 2002.

| Variables | GE | GC | % | | Z | p* | RR |
|--|-----------|-----------|------------|------------|---------|-----------|----|
| | | | GE | GC | | | |
| 15 - 19 | 6* | 3 | 16.67 | 8.33 | - 5.654 | 7.848E-09 | |
| 20 - 24 | 6 | 9 | 16.67 | 25.00 | | | |
| 25 - 29 | 9 | 11 | 25.00 | 30.56 | | | |
| 30 - 34 | 8 | 9 | 22.22 | 35.00 | | | |
| 35 - 39 | 7 | 4 | 19.44 | 11.11 | | | |
| Total | 36 | 36 | 100 | 100 | | | |
| X±DE 27.5±6.7 (Grupo Estudio) 30.5±6.6 (Grupo Control) | | | | | | | |
| Antecedentes obstétricos | | | | | | | |
| Gestaciones | | | | | | | |
| Primigesta | 7 | 11 | 19.44 | 30.76 | | | |
| Secundigesta | 8 | 19 | 22.22 | 52.78 | | | |
| Multigesta | 21* | 6 | 58.34 | 166.66 | 3.653 | 1.298E-04 | |
| Total | 36 | 36 | 100 | 100 | | | |
| Paridad | | | | | | | |
| Nulípara | 13 | 14 | 36.11 | 38.89 | | | |
| Primípara | 15 | 16 | 41.67 | 44.44 | | | |
| Secundípara | 4 | 4 | 11.11 | 11.11 | | | |
| Múltipara | 4* | 2 | 11.11 | 5.56 | - 4.003 | 3.121E-05 | |
| Total | 36 | 36 | 100 | 100 | | | |

Fuente: Formulario

Leyenda: GE: Grupo Estudio GC: Grupo Control

En la tabla 2 se relaciona el tiempo de trabajo de parto y se aprecia que la mayoría de las pacientes del grupo estudio (33.33 %) estuvieron entre 13 y 16 horas, resultado este que fue altamente significativo ($\alpha < 0.001$). mientras en el grupo control el 44.44 % estuvo entre 5 y 8n horas.

Tabla 2. Morbilidad puerperal grave. Tiempo de trabajo de parto.
Hospital Abel Santamaría Cuadrado. 2002.

| Tiempo de trabajo de parto | GE | GC | % | | Z | p* | RR |
|--|-----------|-----------|------------|------------|---------|--------|----|
| | | | GE | GC | | | |
| 1 - 4 | 6 | 7 | 16.67 | 8.33 | | | |
| 5 - 8 | 9 | 16 | 25.00 | 44.44 | | | |
| 9 - 13 | 9 | 11 | 25.00 | 30.56 | | | |
| 13 - 16 | 12* | 2 | 33.33 | 5.56 | - 1.901 | 0.0286 | |
| 35 - 39 | 7 | 4 | 19.44 | 11.11 | | | |
| Total | 36 | 36 | 100 | 100 | | | |
| X±DE 9.36±4.31 (Grupo estudio) 7.42±2.51 (Grupo control) | | | | | | | |

Fuente: Formulario

El intervalo de tiempo de 13 a 16 horas del grupo estudio se consideró un factor de riesgo en la producción de una morbilidad puerperal grave.

En lo que respecta al modo de nacimiento (tabla 3) se observa que 23 gestantes tuvieron su bebé por cesárea, mientras en el grupo control predominó el parto vaginal, específicamente el eutócico (72.22 %).

Tabla 3. Morbilidad puerperal grave. Modo de nacimiento.
Hospital Abel Santamaría Cuadrado. 2002.

| Modo de nacimiento | GE | GC | % | | Z | p* | RR |
|--------------------|-----------|-----------|------------|------------|-------|-----------|----|
| | | | GE | GC | | | |
| P. Eutocico | 11 | 26 | 30.56 | 72.22 | | | |
| P. Instrum. | 2 | 3 | 5.56 | 8.33 | | | |
| Cesárea | 23* | 7 | 63.88 | 19.44 | 3.824 | 6.554E-05 | |
| Total | 36 | 36 | 100 | 100 | | | |

Fuente: Formulario

Leyenda: P: Parto; Instrum: Instrumentado

La morbilidad puerperal grave se presentó 1.7 veces más en el grupo de las cesareadas que en el parto; además, la cesárea resultó altamente significativa ($\alpha < 0.001$), considerándose esta un factor a tener en cuenta para el desarrollo de un proceso morboso grave durante el puerperio.

En la tabla 4 se reflejan los tipos de morbilidad graves que se produjeron en nuestras pacientes, la sepsis fue la principal causa con 12 pacientes, seguida de la atonía uterina con 9 púrpervas y la eclampsia con 6 pacientes.

Tabla 4. Morbilidad puerperal grave. Tipo de morbilidad.
Hospital Abel Santamaría Cuadrado. 2002.

| Tipo de morbilidad | Nº. | % |
|--------------------------------------|-----------|------------|
| Sepsis | 12 | 33.33 |
| Atonía Uterina | 9 | 25.00 |
| Eclampsia | 6 | 16.67 |
| Shock | 4 | 11.11 |
| Síndrome HELLP | 2 | 5.56 |
| Coagulación Intravascular Diseminada | 2 | 5.56 |
| Embolismo del líquido amniótico | 1 | 2.77 |
| Total | 36 | 100 |

Fuente: Formulario.

La relación entre el tipo de morbilidad y la vía de nacimiento se refleja en la tabla 5; se observa que la sepsis y la atonía uterina predominaron en la vía abdominal, mientras tanto el shock y la sepsis lo fueron en la vía vaginal. La sepsis y la atonía uterina en la vía abdominal y el shock en la vaginal resultaron morbilidades muy significativas estadísticamente ($\alpha < 0.01$).

Tabla 5. Morbilidad puerperal grave. Tipo de morbilidad según vía de nacimiento.
Hospital Abel Santamaría Cuadrado. 2002.

| Tipo de morbilidad | Vía de nacimiento | | | | | | |
|--------------------|-------------------|-----------|------------|------------|-------|--------|----|
| | A | V | % | | Z | p* | RR |
| | | | A | V | | | |
| Sépticas | 9 | 3 | 37.50 | 25.00 | 0.750 | 0.2266 | |
| Hemorrágicas | 9 | 6 | 37.50 | 50.00 | | | |
| Hipertensivas | 6 | 2 | 25.00 | 16.67 | | | |
| Otras | 0 | 1 | 0.00 | 8.33 | | | |
| Total | 36 | 36 | 100 | 100 | | | |

Fuente: Formulario

Leyenda: A: Abdominal; V: Vaginal

DISCUSIÓN

El desarrollo incesante de la ciencia y la técnica en nuestros días incorpora nuevos adelantos al quehacer diario del ejercicio de la medicina, y constituye un reto, que obliga a recibir un nivel mínimo de información para poder dar respuesta a las exigencias de la medicina moderna; y esta necesidad es tanto más impostergable cuando se trata de la atención a pacientes graves.⁷

La edad materna es un factor importante a tener en cuenta para que se produzca algún tipo de morbilidad, máxime si esta es adolescente o añosa; las primeras

porque su aparato reproductor esta poco desarrollado para albergar un feto y más aun para el nacimiento, por tanto las consecuencias implícitas en este problema repercuten negativamente en la calidad de vida de la joven madre, y por supuesto en la familia, su bebe y la sociedad. Por otra parte, el embarazo en la mujer añosa también es considerado un riesgo, debido a que en esta edad el aparato reproductor comienza a envejecer, con la consiguiente dificultad a la adaptación a dicho embarazo y a la suma de diferentes tipos de patologías crónicas como son la hipertensión y la diabetes. Todos los investigadores revisados coinciden en plantear que estos dos grupos de edades son considerados de extremo riesgo para que se desarrolle una morbilidad grave.⁸⁻¹¹

Con respecto a la historia obstétrica, Maldonado y colaboradores,¹² plantean que la morbilidad posparto grave se asocia con frecuencia a las pacientes que tienen una elevada cantidad de gestaciones y partos; por lo cual la anterior afirmación se corresponde con los resultados obtenidos por nosotros.

Muchos investigadores plantean que el tiempo de trabajo de parto es un factor a tener presente cuando se estudia la paciente puérpera crítica, pues existe una relación directamente proporcional entre dicho tiempo y el proceso morboso grave; principalmente aquellos que se relacionan con la hemorragia, lo cual fue corroborado en nuestra investigación.^{2, 4, 13}

Otro elemento importante a tener presente en las puérperas que sufren de alguna morbilidad grave, es el tipo o modo por el cual nace el feto; y dentro de estas la cesárea juega un rol fundamental, pues con ella se produce una agresión al organismo materno que puede conllevar a dicha morbilidad; pues pesar de que con dicho proceder se disminuye la morbilidad materna y perinatal, sin dudas conlleva a un incremento en la infección y la hemorragia.¹⁴

Nuestros resultados se corresponden con los obtenidos por los investigadores, al relacionar la cesárea con la morbilidad grave en la etapa del puerperio.^{2-4, 9, 13-15}

La sepsis es la morbilidad puerperal grave más frecuente que plantean todos los investigadores, ya sea en su forma leve (sepsis de la rafia, endometritis, etc.), como en su forma grave (sepsis intraabdominal, septicemias y shock séptico); esto surge como resultado del ingreso de microorganismos patógenos a través de las superficies de las heridas que se producen durante el parto. También se plantean los procesos mórbidos que se relacionan con las hemorragias y los trastornos hipertensivos del embarazo y en especial los que cursan con convulsiones. En nuestro estudio se pudo corroborar lo antes mencionado.^{2, 4, 13, 14, 16, 17}

Se considera la vía abdominal un factor de riesgo para que se produzca un proceso séptico grave o una atonía uterina; mientras que la vía vaginal lo fue para el shock.

En nuestra investigación se comprobó que existen factores que conllevan a que una puérpera presente una morbilidad grave, entre los que se encuentran: la adolescente, la añosa, la multigesta, la múltipara, el trabajo de parto prolongado y la cesárea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández J, Ulloa C, Martín V, Castillo R, Suárez R. Repercusión de la enfermedad hipertensiva gravídica en los indicadores de morbimortalidad perinatal y materna. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1996; 21 (1): 34-44.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. pp. 439-50.
3. Moniff GRG. Enfermedades infecciosas en Obstetricia y Ginecología. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica; 1985. pp. 376-78.
4. OMS. Mortalidad materna. Ayudar a la mujer a evitar el camino de la muerte. *Crónicas* 1996; 10 (5): 1993.
5. OMS. Documentación para la elaboración de una guía para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Atlanta; 1992.
6. Caballero A. Terapia Intensiva. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1980. pp. 1.
7. Méndez H. la adolescencia. Sus conflictos. Ciudad de la Habana: Editorial Academia; 1998. pp. 87.
8. Sánchez J, Escudero FR. Riesgo materno perinatal en gestantes de más de 35 años. *Ginecol Obstet* 2000; 46 (3): 233-9.
9. Salazar M, Pacheco J, Iglesias M, Lama J. La edad materna avanzada como un factor de riesgo de morbimortalidad materna y perinatólogica. *Ginecol Obstet* 1999; 45 (2): 124-30.
10. Uzcategui O. embarazo en la adolescente precoz. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1997; 57 (1): 19-27.
11. Maldonado JD, Vangar E, Davia D, Saleh T, Aviza MB. Morbimortalidad Materna Fetal. *Ginecol Obstet Mex* 1997; 55: 37-40.
12. Chamberlain GVP. *Obstetrics by ten teachers*. 16a ed. Londres: The Bath Press; 1996. pp. 267-71.
13. Suárez E. Cesárea: uso y abuso. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1997; 53 (2): 71-8.

Recibido: 23 de enero del 2004

Aprobado: 3 de febrero de 2004

Dr. Jorge M. Balestena Sánchez. Avenida Rafael Ferro No. 413 interior. Pinar del Río. CP 20100