

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**



INFORME FINAL DE LA TESIS DE GRADUACIÓN:

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE PACIENTES OBSTÉTRICAS
INGRESADAS EN UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS DEL HOSPITAL NACIONAL
DE LA MUJER, EN EL AÑO 2023.**

Presentado Por:

**Dra. Sara Nohemy González Fuentes
Dra. María José González Pérez**

Para Optar al Título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Asesor de tesis:

Dr. Ronald Edgardo López Guevara

SAN SALVADOR, NOVIEMBRE 2024

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACIÓN	6
ANTECEDENTES.....	7
OBJETIVOS.....	10
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
METODOLOGÍA	11
1. TIPO DE ESTUDIO.....	11
2. UBICACIÓN DE ESTUDIO	11
3. PERIODO DE ESTUDIO.....	11
4. POBLACIÓN DE ESTUDIO	11
5. MUESTRA DE ESTUDIO	12
6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	12
7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	12
8. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	13
9. TABULACIÓN DE LOS DATOS	13
10. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	13
11. LIMITANTES DEL ESTUDIO	14
RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	15
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	50
CONCLUSIONES	54
ANEXOS	55
INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

RESUMEN

Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio constituyen las principales causas de muerte de mujeres en edad reproductiva. Las pacientes que ingresan a unidad de cuidados críticos son en su mayoría casos agudos con alto riesgo de muerte, que necesitan tratamiento especializado y complejo¹.

En la presente investigación, de tipo descriptiva, con corte transversal y retrospectiva, se indagó sobre el perfil epidemiológico y clínico de pacientes obstétricas ingresadas en Unidad de Pacientes Críticos en el Hospital Nacional de la Mujer de enero a diciembre del año 2023.

El método que se utilizó para la obtención de datos fue a través de la revisión de 234 expedientes clínicos que cumplieron criterios de inclusión; además, se utilizó un cuestionario como instrumento de recolección de datos y posteriormente se realizó el análisis de dichos datos para plasmarlos a través de gráficos de barra y tablas de frecuencia con análisis estadístico de los mismos.

La edad promedio de las pacientes ingresadas fue entre 19 a 35 años, la mayoría durante el puerperio quirúrgico. A su vez, se evidenció que el 61.11% de las pacientes no contaban con comórbidos previos a su ingreso, mientras que, dentro de las comorbilidades encontradas, los trastornos hipertensivos y las cardiopatías fueron las más frecuentes. El criterio de admisión más frecuente fue la necesidad de monitoreo hemodinámico y como diagnóstico de ingreso los trastornos hipertensivos.

Del total de pacientes estudiadas, solo 9 pacientes (3.85%) presentaron muerte materna con un trastorno pulmonar como principal causa base, mientras que 87.60% tuvieron alta médica, de esas solo 6.83% con secuelas.

INTRODUCCIÓN

En el embarazo se pueden presentar diferentes patologías, que se manifiestan en la gestación o comórbidos previos al embarazo, que pueden poner en diferentes grados de riesgo a la madre. Estas patologías incluso pueden llegar a requerir atención especializada en la unidad de cuidados intensivos para monitorización hemodinámica, por la necesidad de ventilación mecánica invasiva y no invasiva, e incluso requerir aminas vasoactivas o antihipertensivos por infusión endovenosa para mantener una estabilidad hemodinámica de la paciente.

Se considera importante poder determinar aquellas características epidemiológicas y clínicas que presentan las pacientes ingresadas a dichas unidades, con el objetivo de crear evidencia clínica que permita identificar tempranamente aquellas pacientes con alto riesgo de complicaciones, y así poder disminuir sus factores de riesgo evitando que la paciente necesite ser ingresada a dicha unidad en un futuro o para mejorar el pronóstico y manejo de la misma.

En este trabajo de investigación, se investigó el perfil epidemiológico y clínico de las pacientes obstétricas, destacando edades más frecuentes, departamentos geográficos de procedencia, condición obstétrica de ingreso, características del embarazo cursado, factores de riesgo previo al ingreso, diagnósticos y criterios de ingreso a la unidad, y la evolución clínica descrita con días de estancia hospitalaria, días con ventilación mecánica, complicaciones y secuelas desarrolladas, y describiendo las características de las pacientes que presentaron muerte materna.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro del estudio se describe el perfil epidemiológico y clínico de la paciente obstétrica que ingresaron a la unidad de pacientes críticos, identificando los diagnósticos y factores de riesgo que tienen dichas pacientes. Esto con el fin de determinar si el ingreso a unidad de pacientes críticos es únicamente por patologías propias del embarazo, por patologías previas a este que complican el embarazo o incluso por complicaciones durante la atención del parto.

La importancia de la investigación radica en crear evidencia clínica que permita identificar aquellas pacientes con alto riesgo de complicaciones, para disminuir sus factores de riesgo o incluso eliminarlos evitando que la paciente necesite ser ingresada a dicha unidad o para mejorar el pronóstico y manejo de ella.

En el Hospital Nacional de la Mujer se ha observado un aumento en el número de pacientes obstétricas ingresadas en la unidad de cuidados críticos, según los registros del censo de la unidad, en el año 2021 ingresaron 255 pacientes obstétricas en la unidad de pacientes críticos; mientras que durante el año 2022 la población obstétrica ingresada aumentó un 34%, siendo un total de 342 pacientes y durante el año 2023 un aumento del 9%, en comparación al año 2021, con un total de pacientes obstétricas ingresadas de 278.

Por lo tanto, a través de esta investigación se propone solventar la siguiente interrogante: ¿Cuál es el perfil epidemiológico y clínico de pacientes obstétricas ingresadas en unidad de pacientes críticos del hospital nacional de la mujer, en el año 2023?

JUSTIFICACIÓN

Dentro del Hospital Nacional de la Mujer, a la fecha no se cuenta con estudios previos que describen el perfil epidemiológico de las pacientes obstétricas que ingresan a la unidad de pacientes críticos, tampoco se han encontrado publicaciones nacionales que describen las características epidemiológicas de estas pacientes, por lo cual no se cuenta con datos estadísticos propios con los que se pueda iniciar medidas de prevención para mejorar el pronóstico de todas las pacientes obstétricas con factores de riesgo.

Con ello se pretende que los resultados de esta investigación permitan el reconocimiento de los factores de riesgo que conllevan a una paciente obstétrica a su ingreso a una unidad de cuidados críticos con el fin de poder establecer líneas de acción tempranas y oportunas que disminuyan aquellos factores de riesgo modificables evitando el desarrollo de patologías que requieran cuidados críticos y su admisión a unidad de pacientes críticos, mejorando la atención médica de dichas pacientes y reduciendo a su vez tiempo de estancia intrahospitalaria, exposición a patógenos nosocomiales y costos en la atención en salud.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a las mujeres como "Near Miss" en los casos en que casi mueren, pero sobrevivieron a una complicación que ocurrió durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores al parto.²

Los datos demográficos recientes indican que el número de mujeres en edad fértil que presentan comorbilidades graves está en constante aumento. Se describe que esta tendencia puede ser el resultado del aumento de la edad materna en el momento del primer embarazo, que se observó en los países desarrollados durante las últimas décadas, lo cual predispone a la paciente obstétrica a complicaciones durante la gestación aumentando la incidencia el ingreso a una UCI.⁴

En los países desarrollados, la tasa de ingresos en la UCI obstétrica está entre 0,5 y 4 por cada 1,000 partos y la tasa de letalidad general es de alrededor del 2%.⁵

La prevalencia de admisiones en UCI entre pacientes obstétricas varía de 1 a 9 por 1.000 embarazos, que representan menos del 1% de todas las admisiones en la UCI. En el Reino Unido y los Estados Unidos, la tasa de ingreso en la UCI es del 0,9% de todos los embarazos con rangos de mortalidad que van del 5 al 20%.⁶

Las comorbilidades son el principal factor de riesgo de ingreso a UCI. Las condiciones médicas preexistentes incluyen trastornos hipertensivos, diabetes, asma bronquial, cardiopatía congénita, enfermedad reumática, dependencia de opiáceos y otras comorbilidades, como trasplante de órgano previo, trastornos de la coagulación, enfermedades neurológicas, renales o malignas.⁴

La ausencia de consulta prenatal se considera factor de ingreso a UCI, si bien algunas pacientes inician su control prenatal en el primer trimestre gestacional, con número de consultas de 4 a 6, muchas de las pacientes ingresadas en UCI no presentan registro sobre el mes de inicio del prenatal, así como el número de consultas realizadas, ocurrencias e internaciones durante el ciclo gravídico.⁸

Además, el nivel de escolaridad es un factor condicionante en la adhesión al prenatal, la baja escolaridad materna está asociada a la aparición de situaciones de riesgo para el binomio madre e hijo.

Según la Obstetrics and Gynecology Science, en su estudio de 2016, Indicaciones y Características de las pacientes obstétricas ingresadas en UCI, de un total de 176 pacientes ingresadas durante el periodo de su estudio: refieren que la principal causa de ingreso a UCI es: Hemorragia postparto, seguida de los trastornos hipertensivos, sepsis, embolia pulmonar de causas amnióticas. Dentro de las causas no obstétricas de ingreso a la unidad de cuidados intensivos fue insuficiencia respiratoria que incluyó edema pulmonar y neumonía.¹²

Con respecto a la hemorragia posparto dentro de la principal causa de esta fueron: Atonía uterina. Dentro de los trastornos hipertensivos las causas fueron: síndrome de Hellp, Preeclampsia, Eclampsia.

Al ingreso en la UCI, el 57% tiene un diagnóstico relacionado con la enfermedad obstétrica, mientras que el 43% tiene un diagnóstico no relacionado con la obstetricia.⁶

En otro estudio realizado por la Universidad de Washington publicado en 2021, el cual resumió los diagnósticos de ingreso a UCI por los últimos 10 años, dentro de los principales son: la hipertensión y la hemorragia obstétrica siguieron siendo las dos principales indicaciones para la UCI obstétrica. La hipertensión representó más del 80% de ingresos obstétricos en UCI durante la primera mitad del período de revisión (2010-2014). Sin embargo, esto disminuyó a 48.3% durante 2015-2019.¹⁰

Al contrario, la carga de la hemorragia obstétrica esencialmente se duplicó del 11,1% en el período 2010-2014 al 21,1% durante 2015-2019. Las causas médicas y la sepsis, como indicaciones para el ingreso obstétrico en la UCI, aumentaron en al menos 5 veces y 3 veces respectivamente entre 2010-2014 y 2015-2019.¹⁰

En otro estudio de 2017 son ingresos en UCI por causas obstétricas, la causa principal de ingreso fue la Eclampsia en un 34.4%, seguido por Síndrome de Hellp en un 15.1%.⁸

En un estudio realizado por hospital 1° de mayo realizado en 2017, que tomo población en los años 2014, 2015 sobre perfil epidemiológico de la morbilidad obstétricas extremas determinó que los trastornos hipertensivos del embarazo constituyeron la causa más común de morbilidad obstétrica extrema y dentro de estos el más frecuente fue el síndrome de HELLP, seguido por Eclampsia. La tercera causa fueron las hemorragias post parto, seguidas por las complicaciones quirúrgicas (reintervenciones).

Ningún grupo poblacional está cien por ciento exento de padecer esta enfermedad, y en este estudio centraremos la investigación en los diagnósticos de ingreso a Unidad de cuidados intensivos, así como la evolución y si la condición materna al alta.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir el perfil epidemiológico y clínico de pacientes obstétricas ingresadas en unidad de pacientes críticos del Hospital Nacional de la Mujer, en el año 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar perfil epidemiológico y los factores de riesgo que conducen al ingreso a la unidad de pacientes críticos.
2. Identificar los principales diagnósticos en pacientes obstétricas que son ingresadas a la unidad de pacientes críticos y criterios de admisión.
3. Describir la evolución clínica y pronóstico de las pacientes obstétricas que ingresan a unidad de pacientes críticos.

METODOLOGÍA

1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio corresponde al tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal y retrospectivo, ya que se hizo una descripción de los diferentes diagnósticos y factores de riesgo que llevan a una paciente obstétrica a necesitar atención de cuidados críticos, el cual se realizó en el periodo del año 2023, estableciendo un perfil epidemiológico y clínico de dichas pacientes.

2. UBICACIÓN DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Nacional de la Mujer, ubicado en: Entre 25 Avenida Sur y Calle Francisco Menéndez, Antigua Quinta María Luisa, Barrio Santa Anita, San Salvador, El Salvador, C.A.

3. PERIODO DE ESTUDIO

El periodo en el que se realizó la investigación es entre enero y diciembre del 2023.

4. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población que se tomó para este estudio, fueron todas las pacientes obstétricas que ingresaron a la unidad de cuidados críticos durante el periodo de enero a diciembre del 2023, por diagnósticos y complicaciones detectadas durante el embarazo y puerperio, el cual comprendió un total de 278 pacientes ingresadas en dicha unidad.

5. MUESTRA DE ESTUDIO

Ya que la población total de estudio fue de 278 pacientes, se tomó como muestra de estudio todas las pacientes obstétricas ingresada en la unidad de pacientes críticos en el periodo de enero a diciembre de 2023 que cumpla los criterios de inclusión posteriormente descritos.

6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes obstétricas referidas y demanda espontánea que ingresen a la unidad de pacientes críticos del Hospital Nacional de La Mujer.
- Pacientes obstétricas ingresadas en unidad de pacientes críticos que presenten patologías de base y desarrolladas en el embarazo.

7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes ingresadas en unidad de pacientes críticos con diagnóstico ginecológico.
- Pacientes ingresadas en unidad de pacientes críticos cuyo expediente clínico se encuentre incompleto.
- Paciente que ha exigido alta médica.

8. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La obtención de datos del presente estudio se realizó a través de cuestionario, mediante la revisión de expedientes clínicos, con el fin de determinar cuáles de los ítems del cuestionario estuvieron presente o no en el cuadro clínico.

9. TABULACIÓN DE LOS DATOS

Con los datos obtenidos se realizó la tabulación de los resultados mediante el programa de Microsoft Excel 365 para determinar la frecuencia de cada ítem del cuestionario. Posteriormente estas tablas de frecuencia se transformaron en gráficos de barras con la frecuencia y sus respectivos porcentajes de cada una de las variables que se toman en el estudio, con el fin de lograr realizar un análisis de los datos obtenidos durante la investigación.

10. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Luego de obtener todos los datos de los expedientes clínicos, fueron analizados y comparados con los diferentes estudios que se han tomado como revisión bibliográfica, se correlacionaron los resultados con el propósito de obtener los criterios de admisión, principales diagnósticos, factores de riesgo y pronóstico de las pacientes que requieren ingreso a unidad de cuidados intensivos.

Como medida de tendencia central se utilizó la media y moda, con las cuales se realizó el análisis de todos los datos obtenidos durante el estudio.

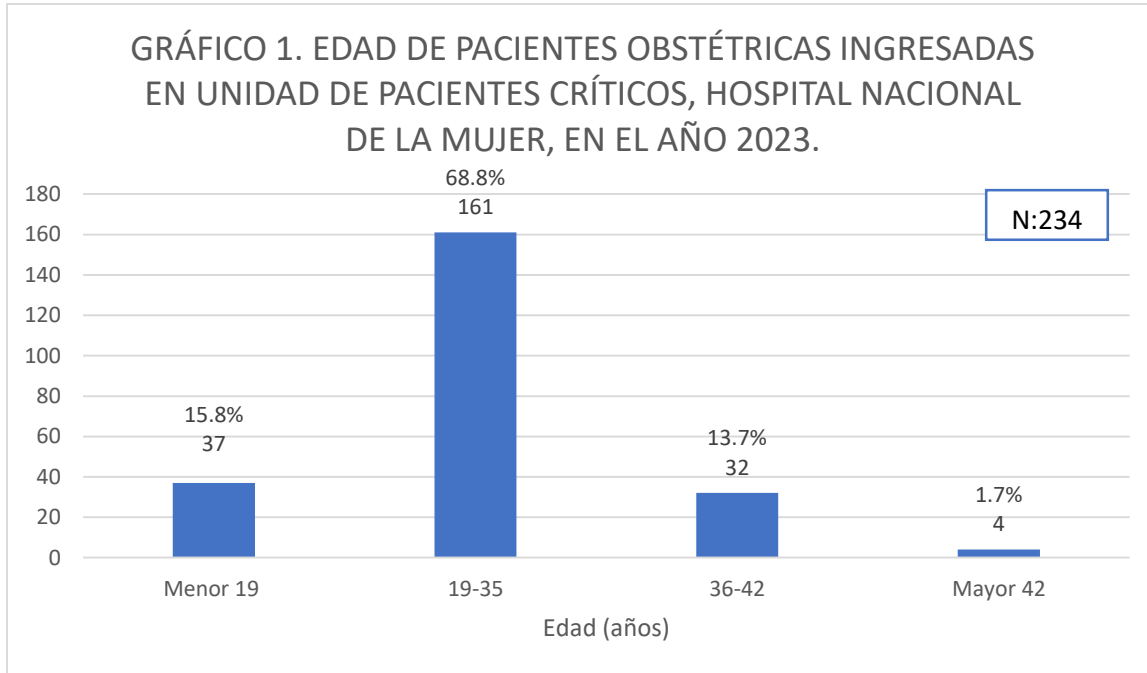
Con la información procesada se formularon las conclusiones para dar respuesta a cada uno de los objetivos que se han planteado durante el protocolo, garantizando la objetividad en la información, para una adecuada obtención de conocimiento científico.

11. LIMITANTES DEL ESTUDIO

1. Falta de información de datos epidemiológicos como escolaridad y medida antropométricas para obtener el IMC tanto en expedientes en línea como en físico, por lo que es difícil determinar en estas pacientes si constituye un factor de riesgo.
2. Un expediente, que en registros de UCI es muerte materna, no se le realizó revisión de caso porque no tiene expediente en línea y no se logró encontrar en área de archivo expediente en físico, por lo que se consideró que está en resguardo jurídico.
3. Las pacientes referidas de otro centro hospitalario en el puerperio, la mayoría no se evidencia en la referencias, ni el expediente clínico, la edad gestacional que tenían al momento del parto.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

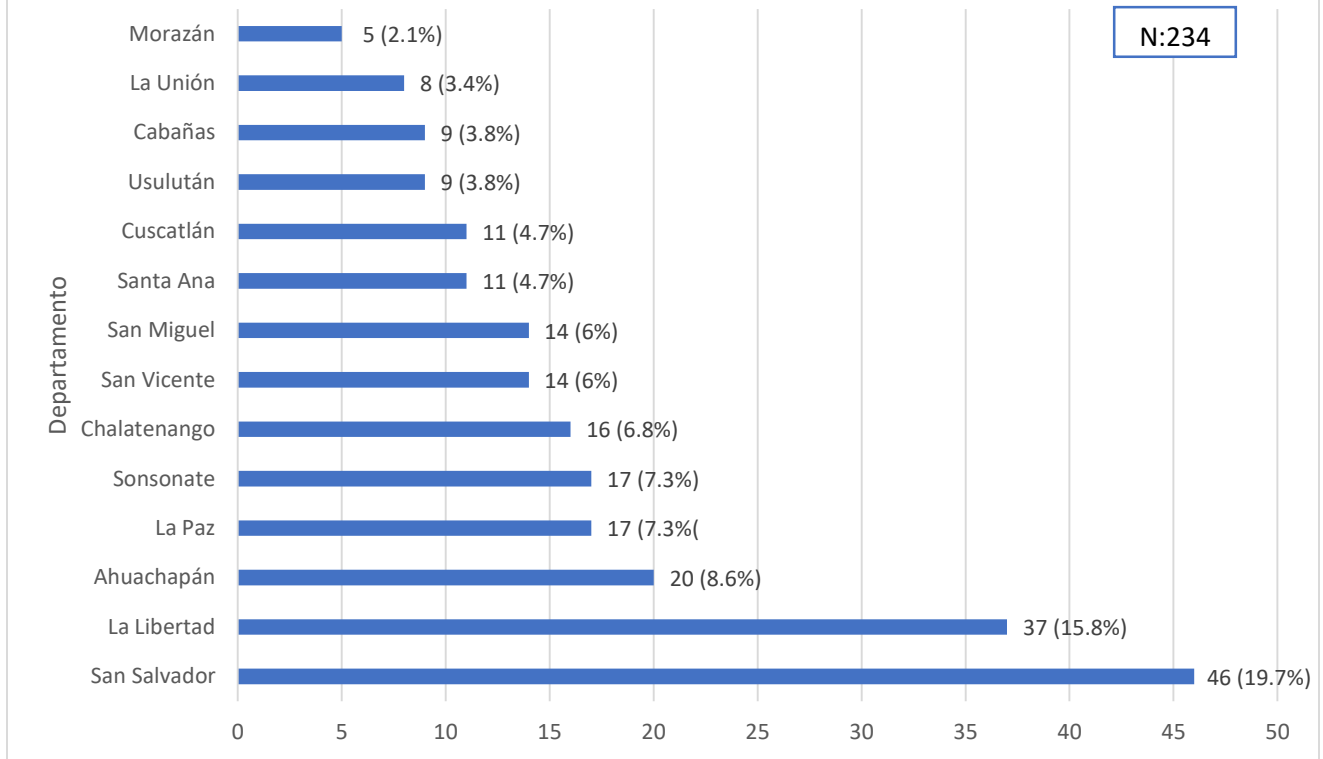
Objetivo 1: Determinar perfil epidemiológico y los factores de riesgo que conducen al ingreso a la unidad de pacientes críticos.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

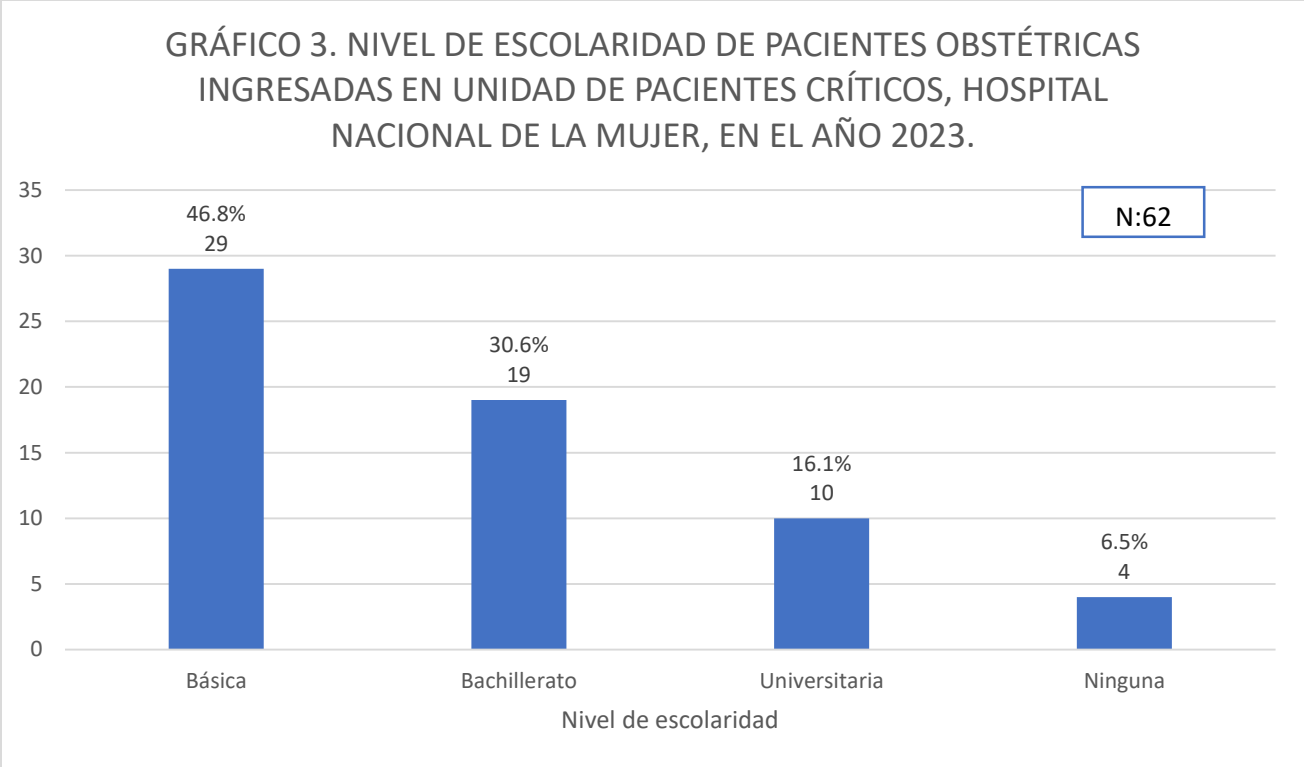
GRÁFICO 1. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos el mayor porcentaje corresponden a mujeres en edades reproductivas entre 19 a 35 años con un 68.8%, sin embargo, las edades con más riesgo obstétrico como adolescentes y madre con edad avanzada tiene un menor porcentaje correspondiente al 15.8% menores a los 19 años, mientras que solo el 1.7% corresponde a edades mayores a los 42 años.

GRÁFICO 2. DEPARTAMENTO DE PROCEDENCIA DE PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS EN UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS, HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER, EN EL AÑO 2023.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

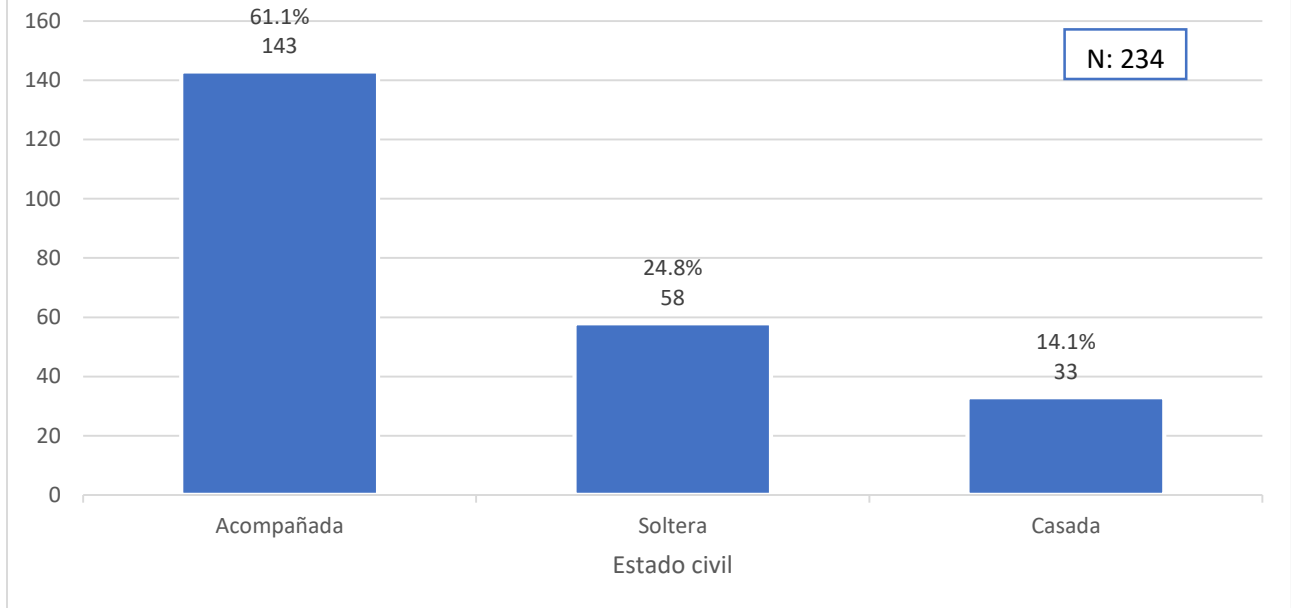
GRÁFICO 2. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos el mayor porcentaje es de pacientes que provienen de área urbana correspondiente en un 19.6% proceden del departamento de San Salvador, seguidas del 15.8% procedentes del departamento de La Libertad, mientras que en menor porcentaje son de los diferentes departamentos del país, el menor porcentaje corresponde a el 2.1% del departamento de Morazán, 3.4% La Unión, 3.8% Cabañas.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

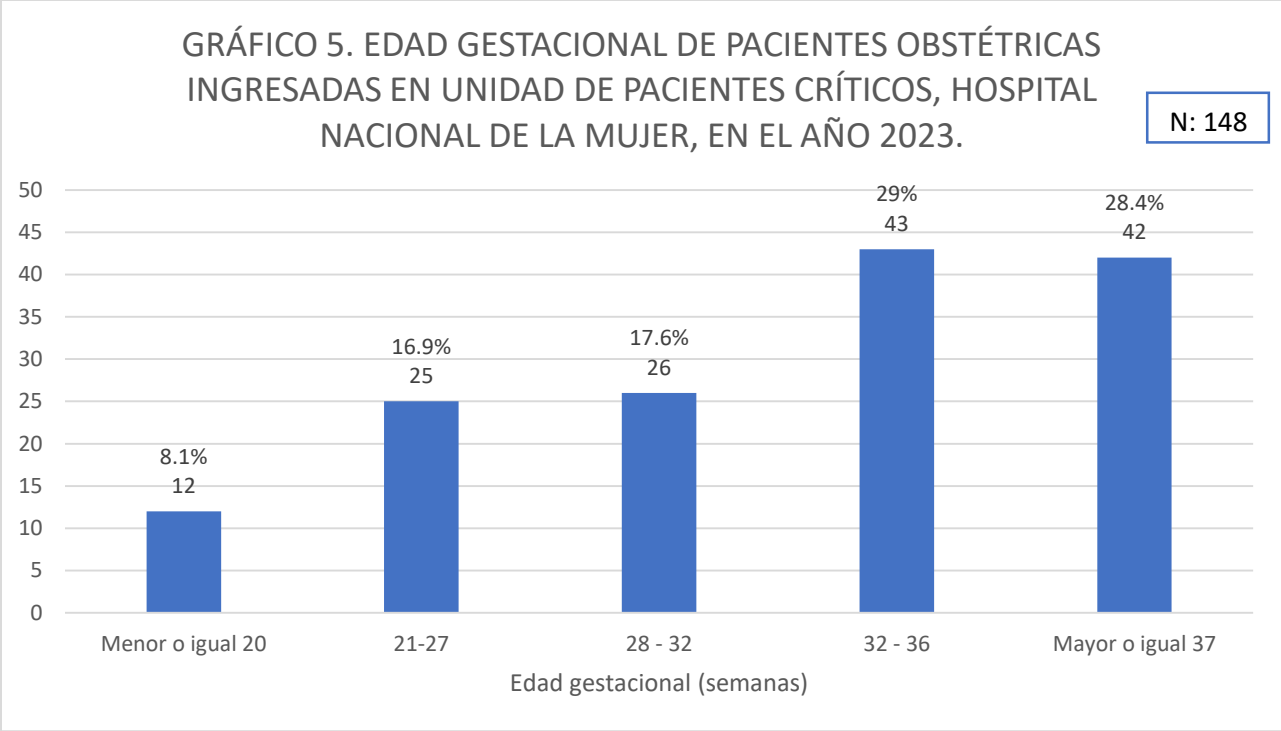
GRÁFICO 3. El nivel de escolaridad es un dato que en un 73.5% de los expedientes tanto en físico como en expediente en línea no contaban con el dato de nivel de escolaridad. De los datos expedientes que si estaban registrados el 46.8% de las pacientes cuentan con nivel de escolaridad básica, mientras que 6.5% de las pacientes no cuentan con ningún nivel de escolaridad y solo el 16.1% de las pacientes con escolaridad superior.

GRÁFICO 4. ESTADO CIVIL DE PACIENTES OBSTÉTRICAS
INGRESADAS EN UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS, HOSPITAL
NACIONAL DE LA MUJER, EN EL AÑO 2023.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

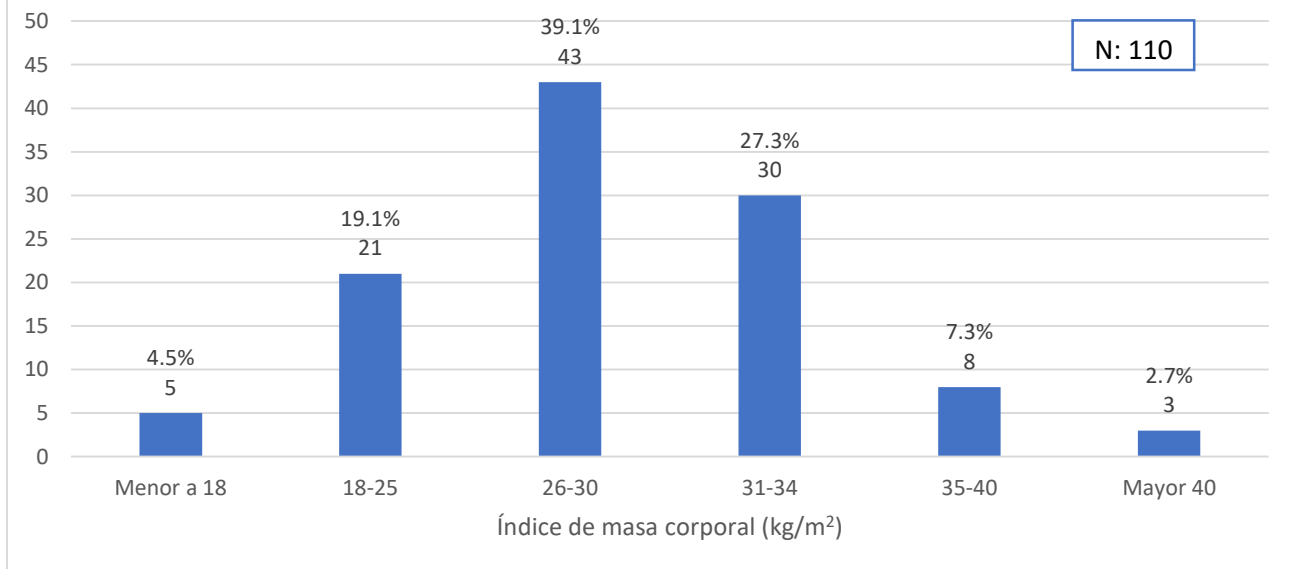
GRÁFICO 4. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos el 61.1% se encuentran acompañadas, seguidas del 24.8% son solteras, mientras que solo el 14.1% son casadas.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

GRÁFICO 5. El 36.8% de los expedientes de las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos no contaban con el dato de edad gestacional, por ser pacientes referidas de otro centro hospitalario que al momento de ingreso estaban en puerperio inmediato o mediato. De los datos registrados el 29% (43) de las pacientes se encontraban con embarazos pretérminos entre 32 a 36 semanas, el 16.9% (25) representa a las pacientes ingresadas con embarazos inmaduros. El 28.4% (42) con embarazos de termino, mientras que solo el 8.1% (12) de las pacientes se encontraba con edad gestacionales igual o menor a las 20 semanas.

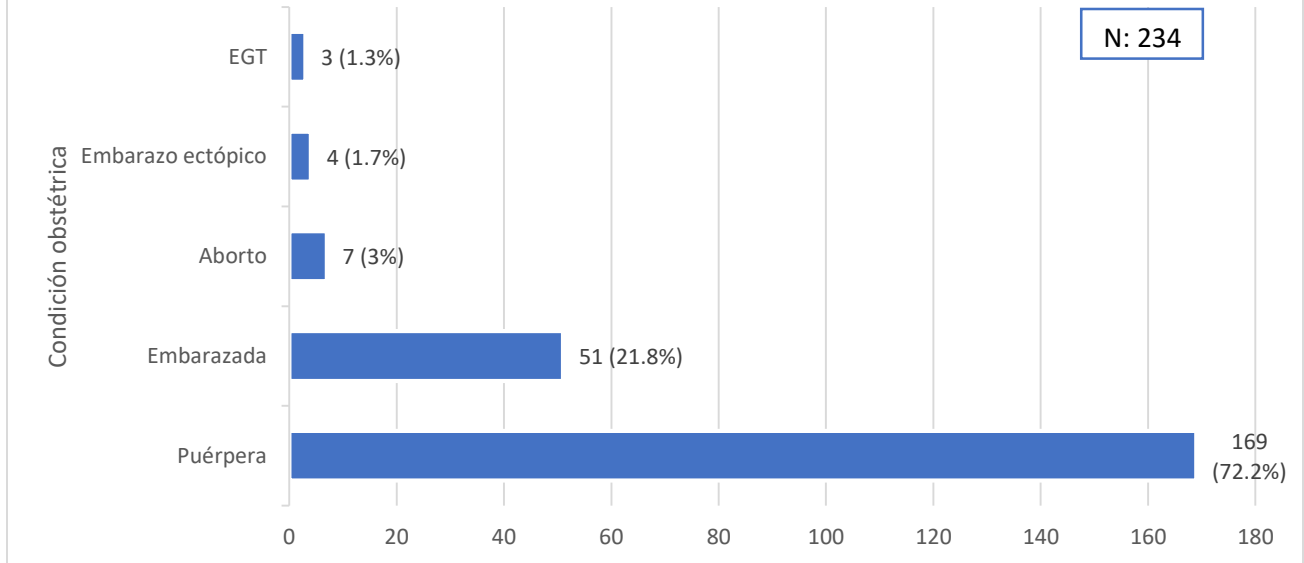
GRÁFICO 6. ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS EN UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS, HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER, EN EL AÑO 2023.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

GRÁFICO 6. El 53% de los expedientes de las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos no contaban con el registro de índice de masa corporal ni en expedientes en físico ni en expedientes en línea, por lo que en este 53% no se logra determinar si el IMC constituyó un factor de riesgo o no. De los datos registrados el 39.1% (43) de las pacientes se encontraban en sobrepeso, seguidas del 27.3% (30) en obesidad grado I, mientras que en los extremos con mayor riesgo obstétrico solo el 2.7% (3) de las pacientes se encontraba en obesidad mórbida y 4.5% (5) se encontraba en bajo peso.

GRÁFICO 7. CONDICIÓN OBSTÉTRICA DE LA PACIENTE AL INGRESO A LA UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS, HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER, EN EL AÑO 2023.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer. EGT: Enfermedad Gestacional del Trofoblasto.

GRÁFICO 7. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos el 72.2% es decir 169 de 234 pacientes ingresaron en puerperio, solo 51 pacientes que corresponde al 21.8% ingresaron embarazadas, 3% post aborto, 1.7% embarazo ectópico y 1.3% con EGT.

TABLA 1. PARIDAD DE PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS EN UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS, HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER, EN EL AÑO 2023.

PARIDAD	N	%
PRIMER EMBARAZO	114	51.3
MULTIPARA	120	48.7
TOTAL	234	100

Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

TABLA 1. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos el 51.3% cursaba su primer embarazo al momento de ingreso en unidad de cuidados críticos, mientras que el 48.7% en su segundo o más embarazo.

TABLA 2. EMBARAZO MÚLTIPLE EN PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS EN UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS, HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER, EN EL AÑO 2023.

TIPO DE EMBARAZO	N	%
EMBARAZO GEMELAR	16	6.8
EMBARAZO ÚNICO	218	93.2
TOTAL	234	100

Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

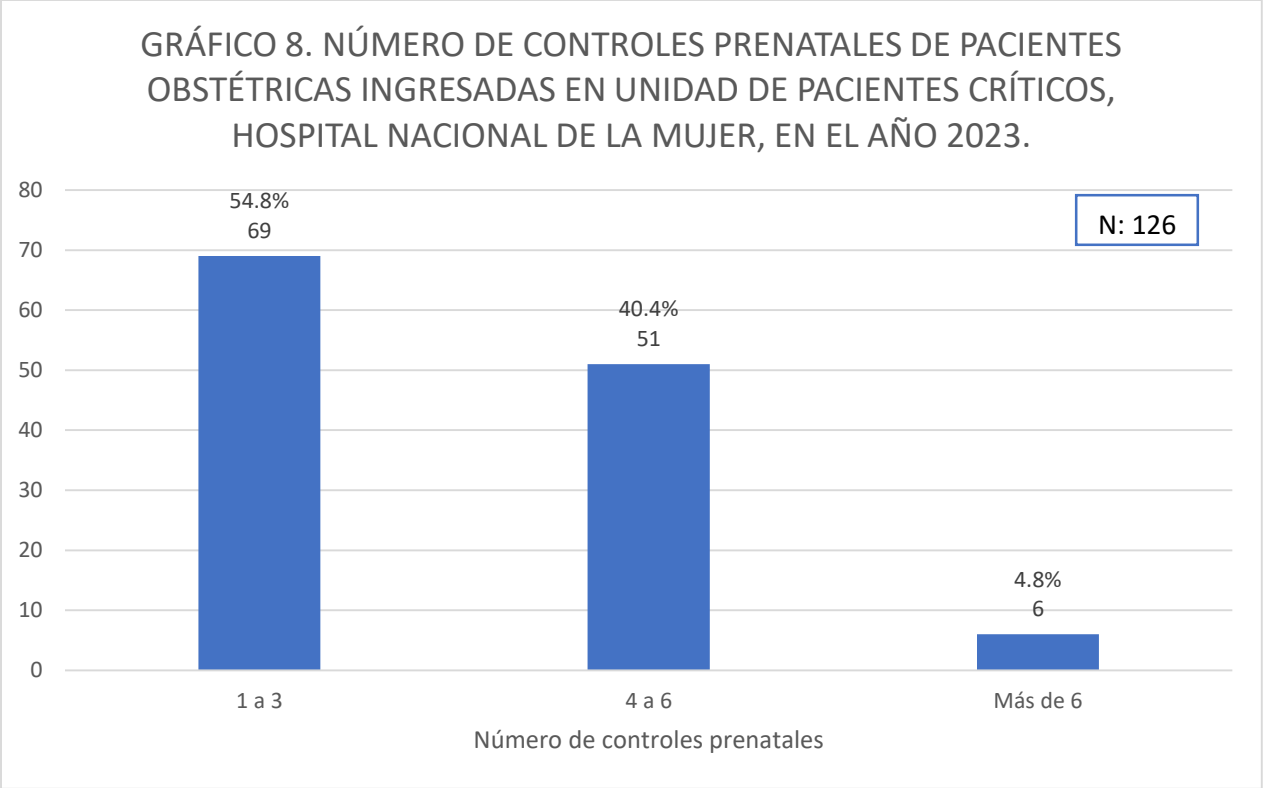
TABLA 2. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos el 93.2% cursaron con embarazo único que corresponde a 218 pacientes, fue un menor porcentaje las pacientes con mayor riesgo obstétrico por tener un embarazo múltiple de 6.8%, es decir, 16 pacientes.

TABLA 3. VÍA DEL PARTO DE PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS EN UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS, HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER, EN EL AÑO 2023.

VÍA DEL PARTO	N	%
VAGINAL	41	22.5
ABDOMINAL	141	77.5
TOTAL	182	100

Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

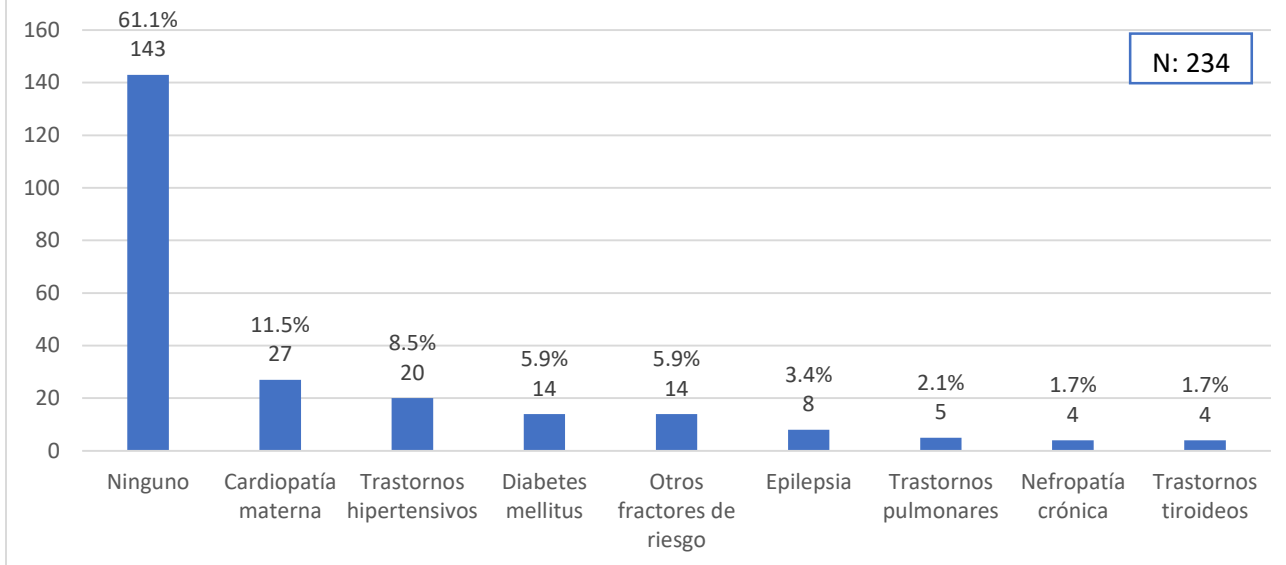
TABLA 3. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos que verificaron parto el 77.5% verifico parto por vía abdominal, mientras que solo el 22.5% de las pacientes verificó parto por vía vaginal.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

GRÁFICO 8. El 46.15% de los expedientes de las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos no contaban con el registro de número de controles prenatales, ni en expedientes en físico ni en expedientes en línea, es decir que en este porcentaje no se pudo valorar si el número de controles prenatales constituía un factor de riesgo. De los datos encontrados, el 54.8% contaban con 1 a 3 controles prenatales, el 40.4% entre 4 a 6 controles y solo el 4.8% más de 6 controles.

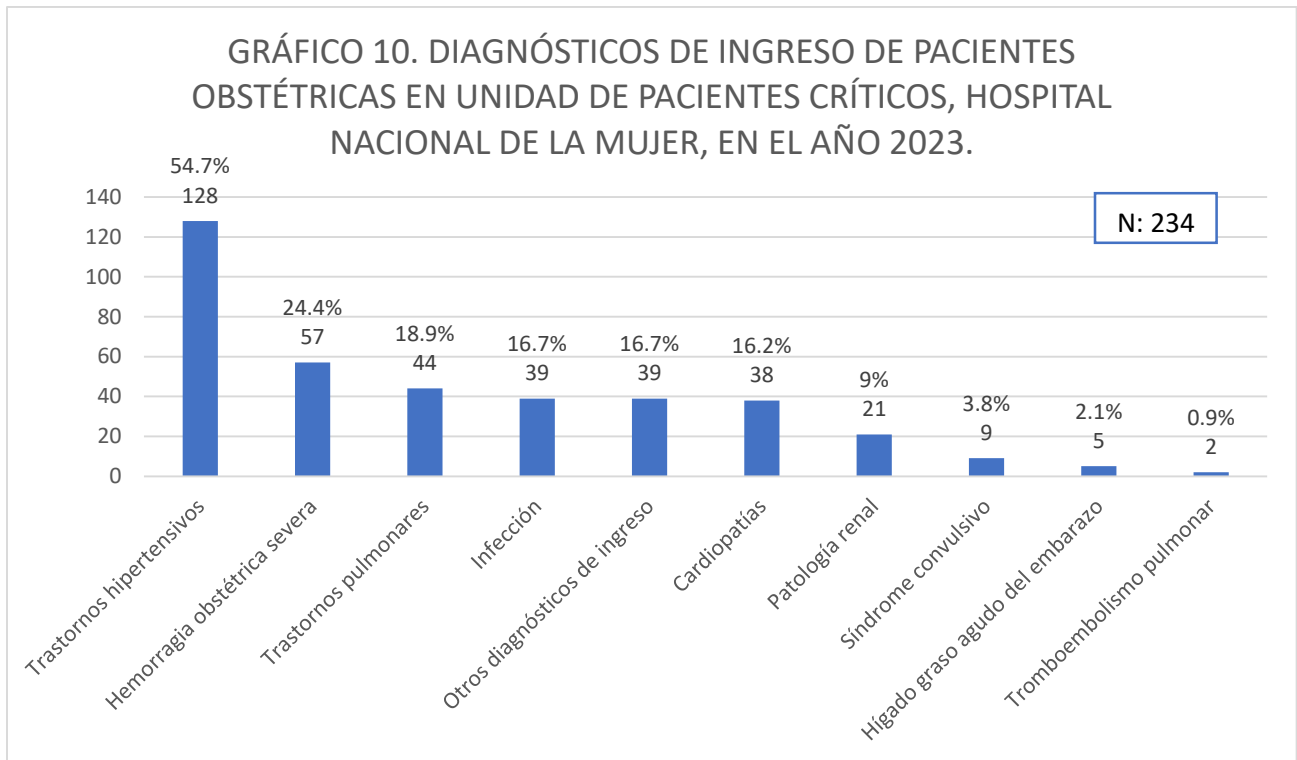
GRÁFICO 9. COMÓRBIDOS PREVIOS DE PACIENTES OBSTÉTRICAS
INGRESADAS EN UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS, HOSPITAL
NACIONAL DE LA MUJER, EN EL AÑO 2023.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

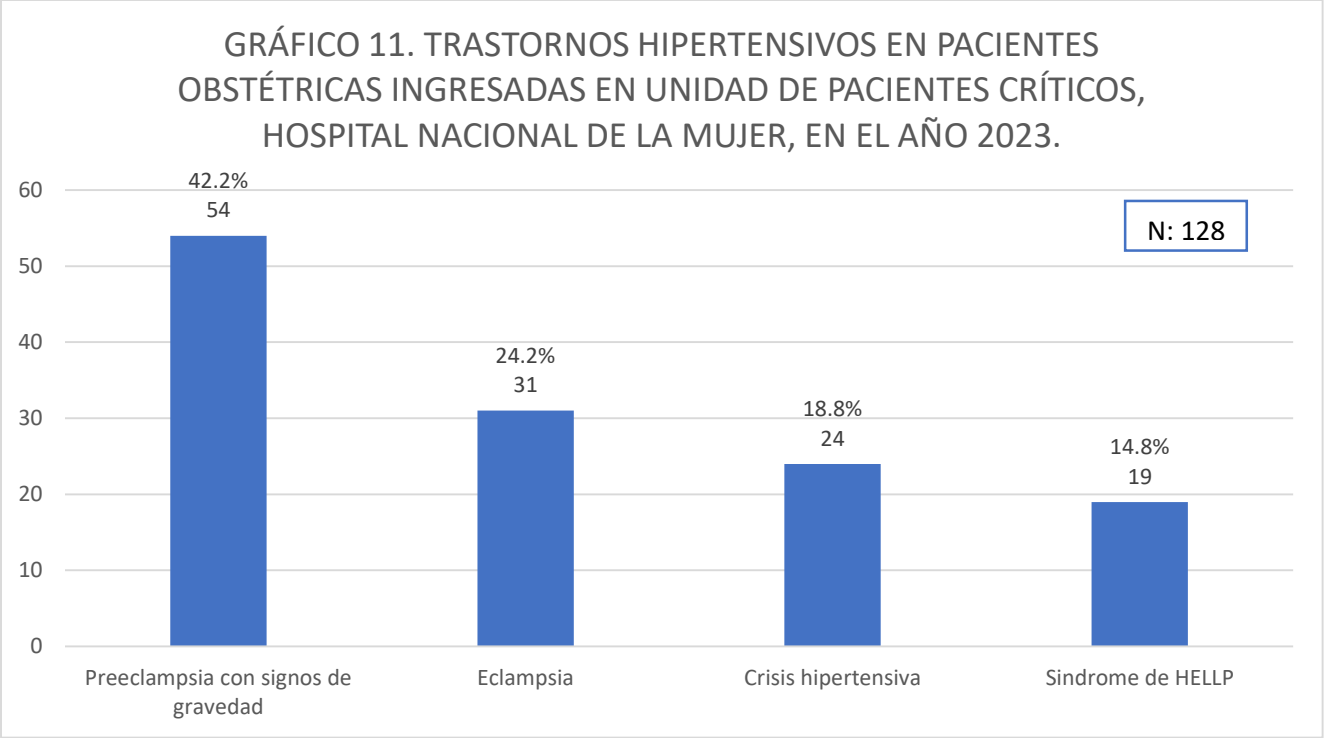
GRÁFICO 9. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos, el mayor porcentaje correspondiendo a un 61.11% no presentaban comórbidos previos al embarazo. De los que sí presentaron, la comorbilidad previa al embarazo más frecuente fue la cardiopatía materna con una frecuencia de 27 pacientes corresponde a un porcentaje 11.5%, seguida de los trastornos hipertensivos en 20 pacientes con un 8.5%, mientras que la nefropatía crónica y los trastornos tiroideos fueron los menos frecuentes, con un 1.7% cada patología.

Objetivo 2: Identificar los principales diagnósticos en pacientes obstétricas que son ingresadas a la unidad de pacientes críticos y criterios de admisión.



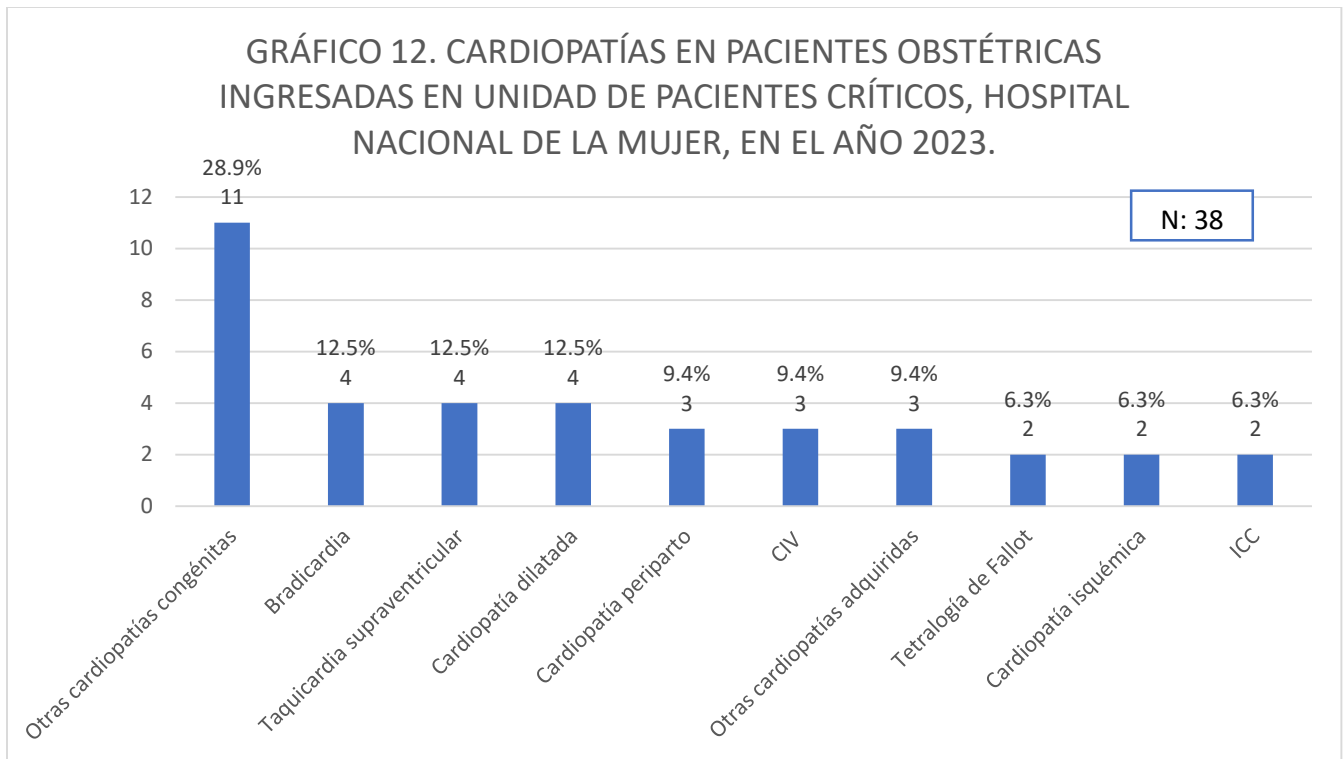
Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

GRÁFICO 10. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos el diagnóstico de ingreso más frecuente fue los trastornos hipertensivos en un 54.7% es decir 128 pacientes, ingresos por hemorragia obstétrica severa corresponde al 24.4%, mientras que el tromboembolismo pulmonar fue la menos frecuente con únicamente dos casos registrados e hígado graso agudo del embarazo con un 2.1%.



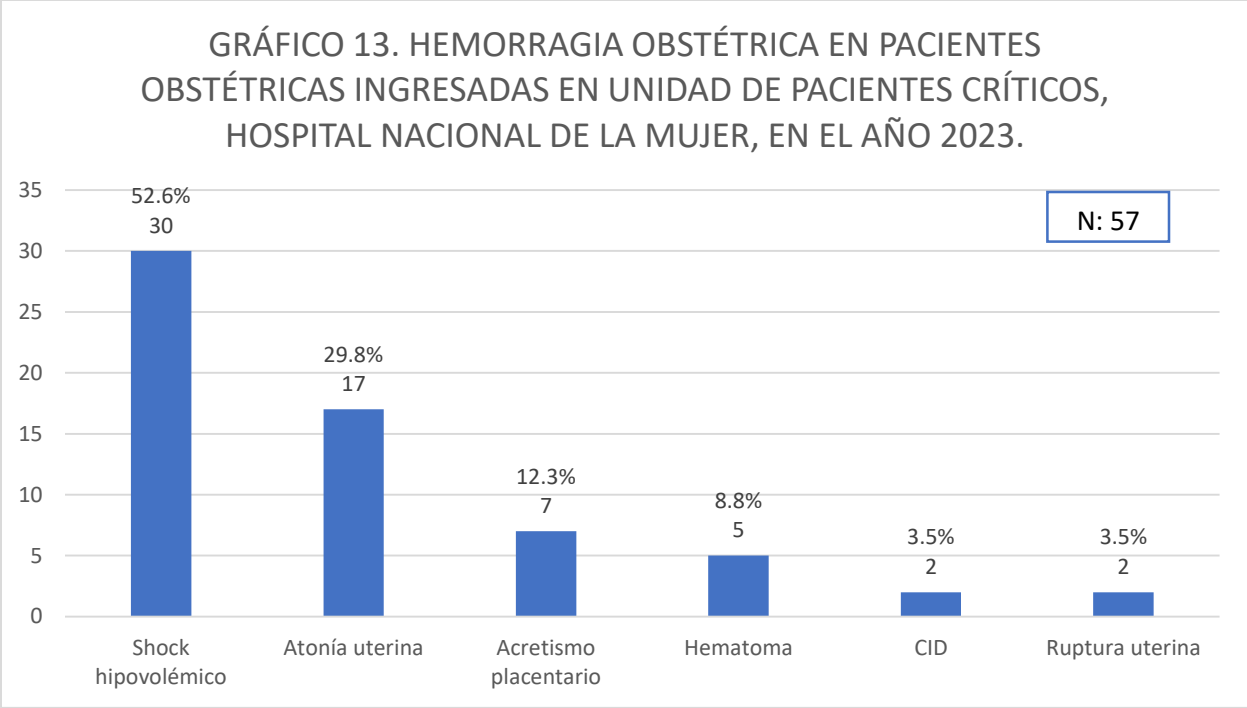
Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

GRÁFICO 11. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos con diagnóstico de trastorno hipertensivo del total de paciente que fueron 128. El 42.19%, es decir, 54 pacientes, correspondieron a preeclampsia con signos de gravedad, y solo el 24.22% presentaron eclampsia, el 18.75% crisis hipertensiva y el 14.84% síndrome de HELLP, siendo las expresiones clínicas más graves de los trastornos hipertensivos.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer. CIV: Comunicación interventricular. ICC: Insuficiencia Cardíaca Congestiva

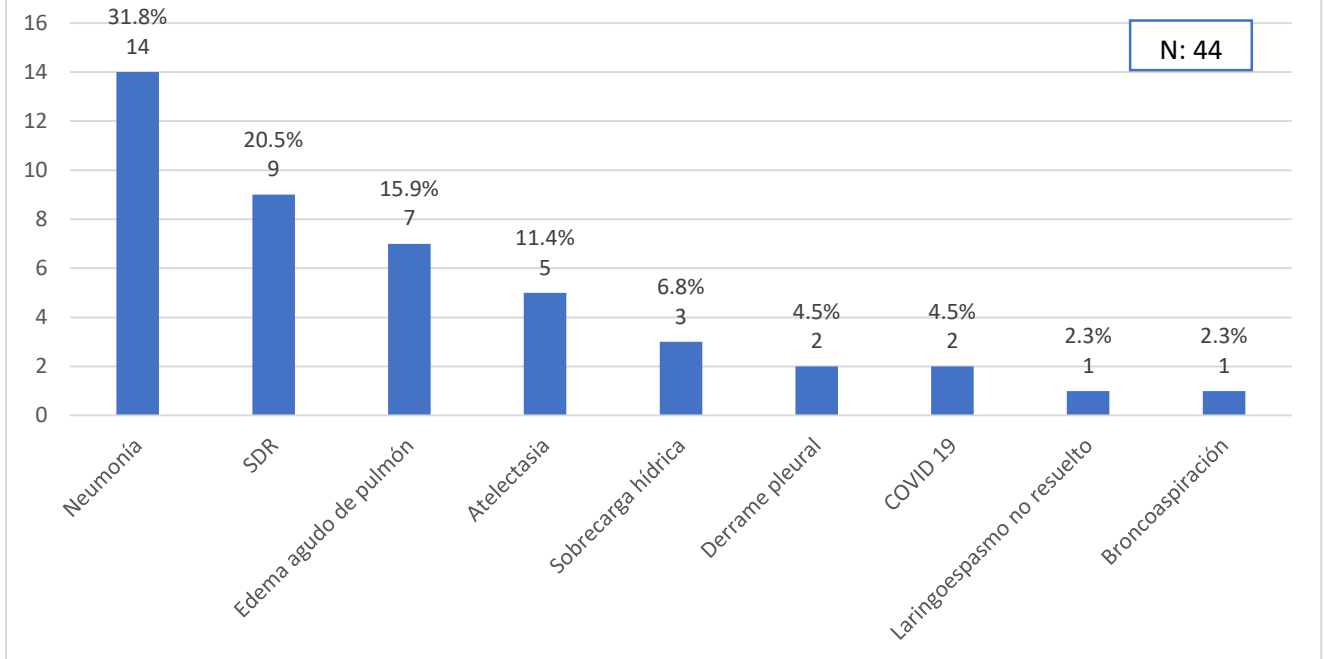
GRÁFICO 12. De las 38 pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos con diagnóstico de cardiopatía el 28.1% correspondieron a cardiopatías congénitas no especificadas, el 12.5% ingresaron por bradicardia, taquicardia supraventricular y cardiopatía dilatada; el 9.4% por cardiopatía periparto y comunicación interventricular, y solo el 6.3% corresponde a Tetralogía de Fallot, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca congestiva.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer. CID: Coagulación intravascular diseminada.

GRÁFICO 13. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos con diagnóstico de hemorragia obstétrica severa que fueron 57 pacientes, el 47.62% presentó shock hipovolémico con principal causa atonía uterina. El 29.8% presentó hemorragia obstétrica severa por atonía uterina, el 12.3% por acretismo placentario y solo el 3.5 % por coagulación intravascular diseminada y por ruptura uterina.

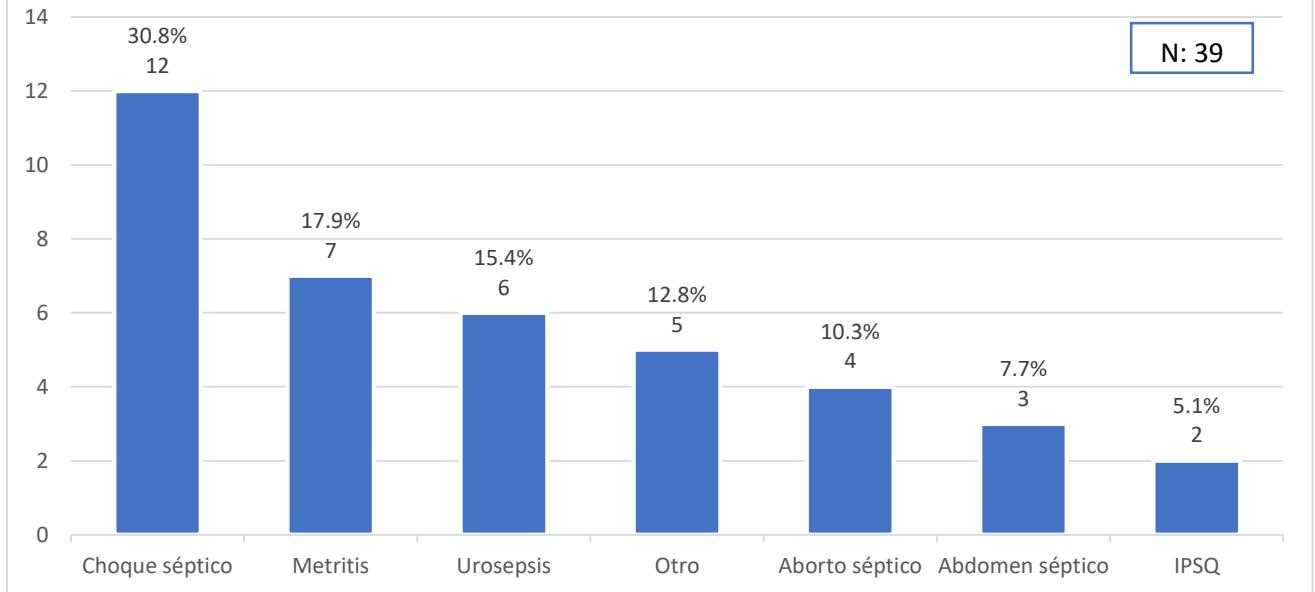
GRÁFICO 14. TRASTORNOS PULMONARES EN PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS EN UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS, HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER, EN EL AÑO 2023.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer. SDR: Síndrome de distrés respiratorio.

GRÁFICO 14. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos con diagnóstico de trastorno pulmonar, de 44 pacientes el 31.82% correspondieron a neumonía, 9 pacientes presentaron síndrome de distrés respiratorio representando el 20.45%, mientras que los menos frecuentes fueron el laringoespasma no resuelto y broncoaspiración con un caso cada uno representado por 2.3% cada uno.

GRÁFICO 15. PROCESO INFECCIOSO EN PACIENTES OBSTÉTRICAS
INGRESADAS EN UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS, HOSPITAL
NACIONAL DE LA MUJER, EN EL AÑO 2023.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer. IPSQ: Infección profunda de sitio quirúrgico

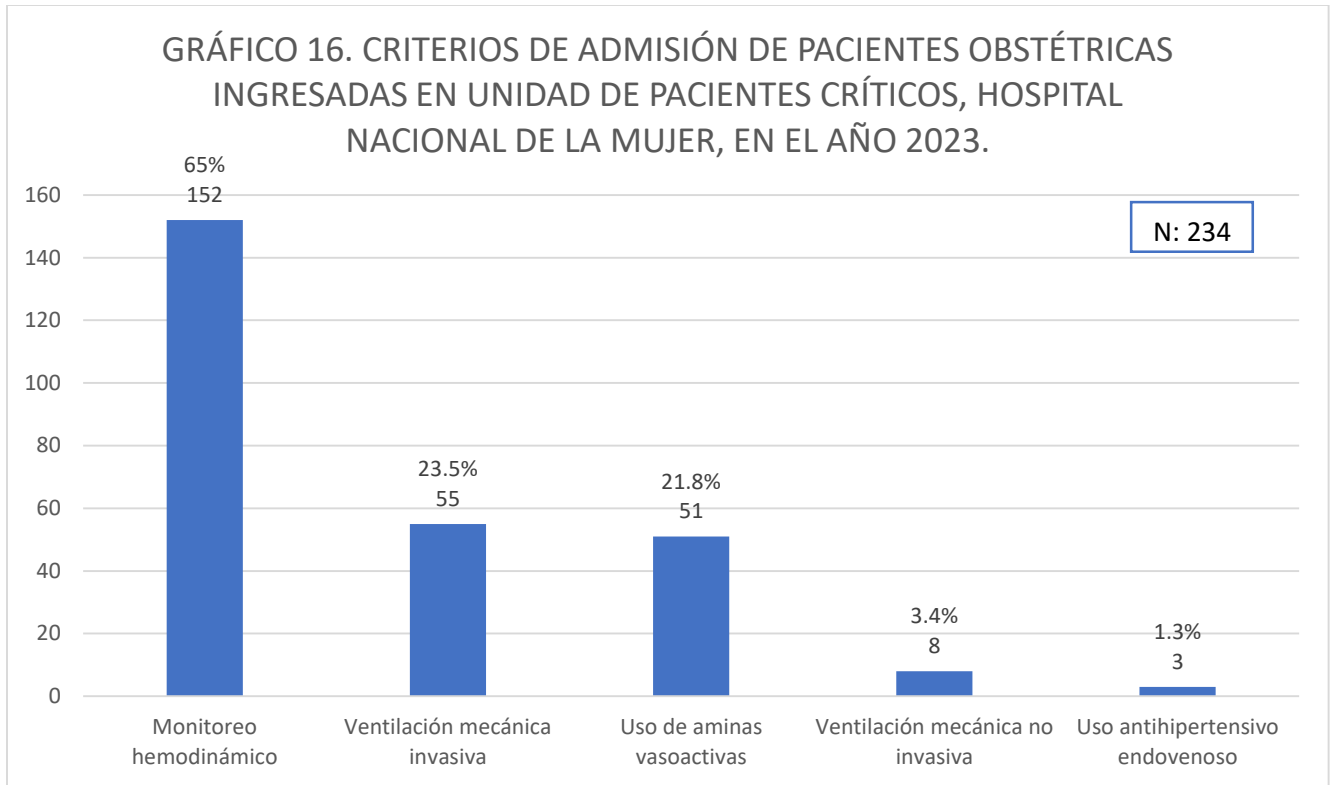
GRÁFICO 15. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos con diagnóstico de proceso infeccioso que fueron 39 pacientes, de las cuales el 61.70% presentó shock séptico, mientras que el resto se catalogó como sepsis por metritis en un 17.9%, urosepsis un 15.4% por abdomen séptico 7.7% y por aborto séptico un 10.4%.

TABLA 4. NEFROPATÍAS EN PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS EN UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS, HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER, EN EL AÑO 2023.

NEFROPATÍA	N	%
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	3	14.2
INJURIA RENAL AGUDA	18	85.8
TOTAL	21	100

Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

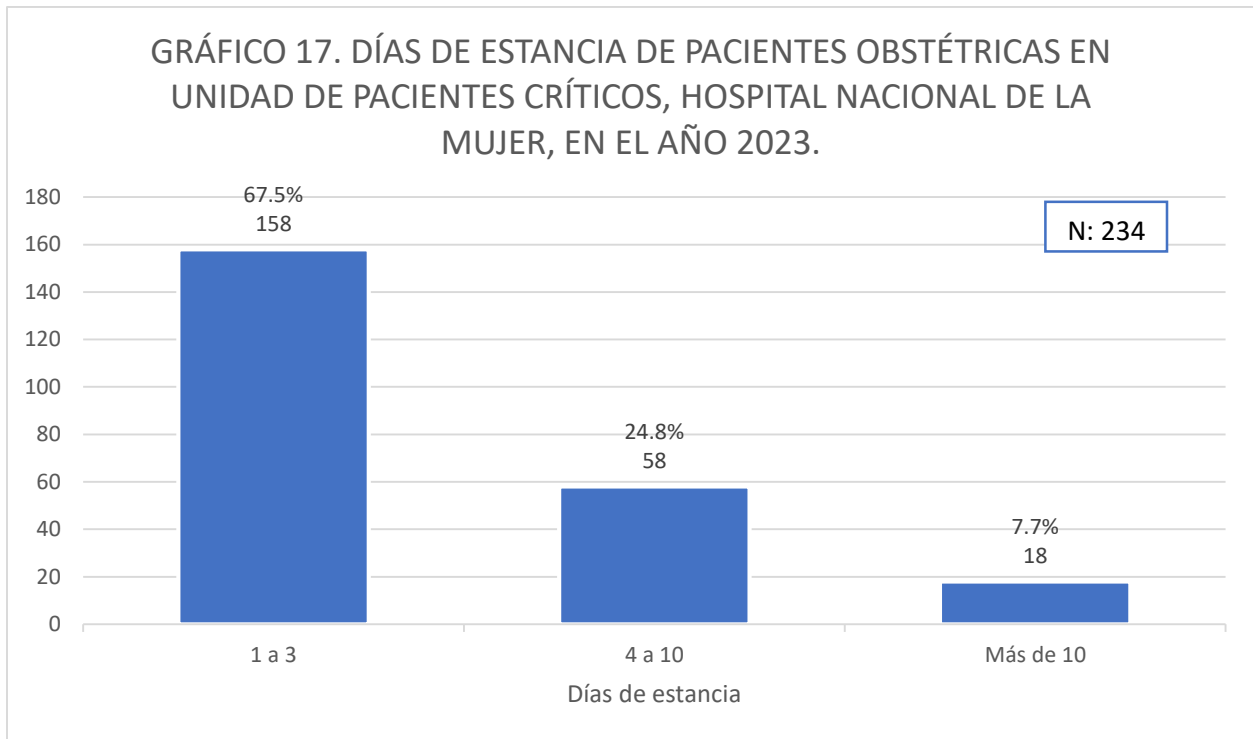
TABLA 4. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos con diagnóstico de nefropatía que fueron 21 paciente el 85.71% presento injuria renal aguda secundaria, mientras que, el resto de pacientes, es decir, el 14.2 % tenían enfermedad renal crónica.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

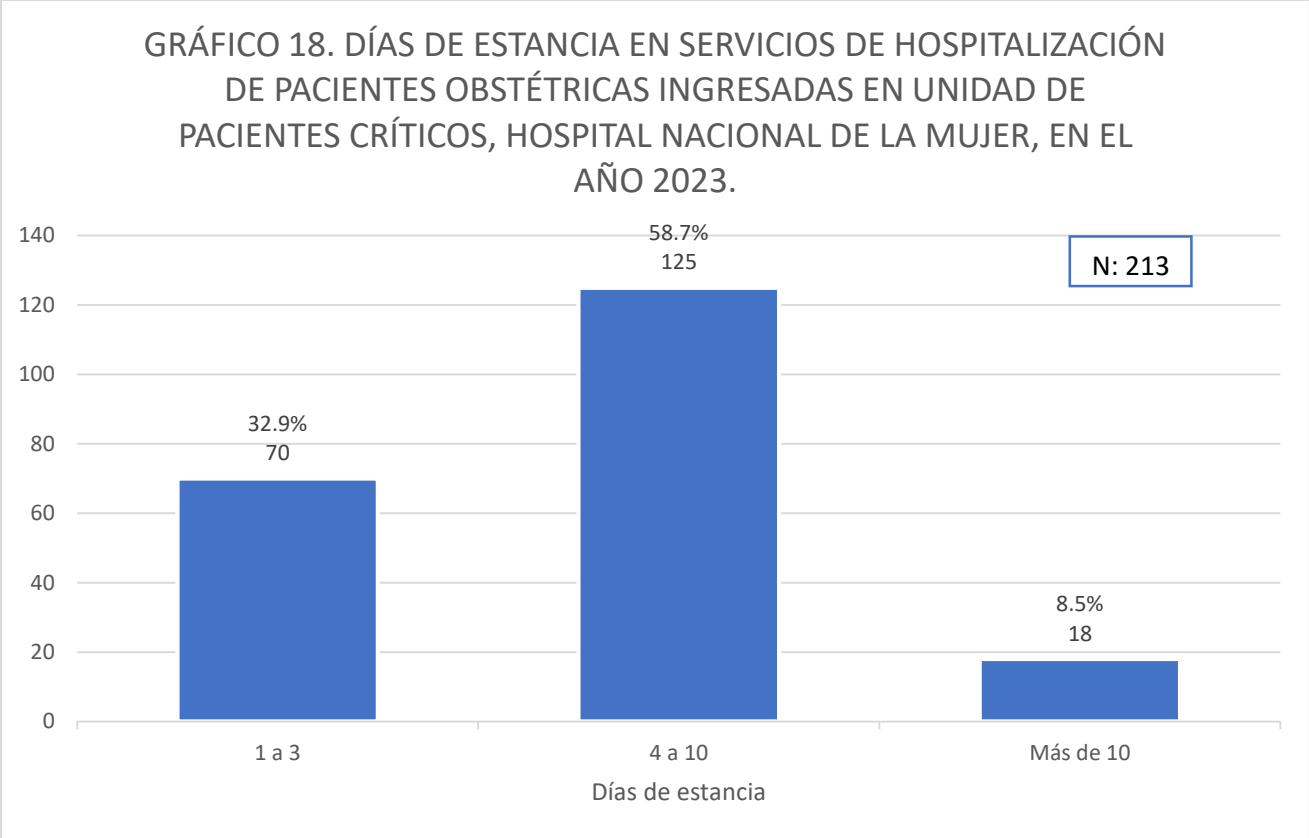
GRÁFICO 16. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos, el criterio de admisión más frecuente fue la para patologías que requirieron monitoreo hemodinámico y vigilancia de constantes vitales con una frecuencia de 152 pacientes es decir el 65%, seguida de la necesidad de ventilación mecánica invasiva en 55 pacientes un 23.5% y la necesidad de aminas vasoactivas de 51 pacientes 21.8%, mientras que las menos frecuentes fueron la ventilación mecánica no invasiva en síndrome respiratorio leve y el uso de antihipertensivo endovenoso en crisis hipertensivas con 8 (3.4%) y 3 (1.3%) pacientes respectivamente.

Objetivo 3: Describir la evolución clínica y pronóstico de las pacientes obstétricas que ingresan a unidad de pacientes críticos.



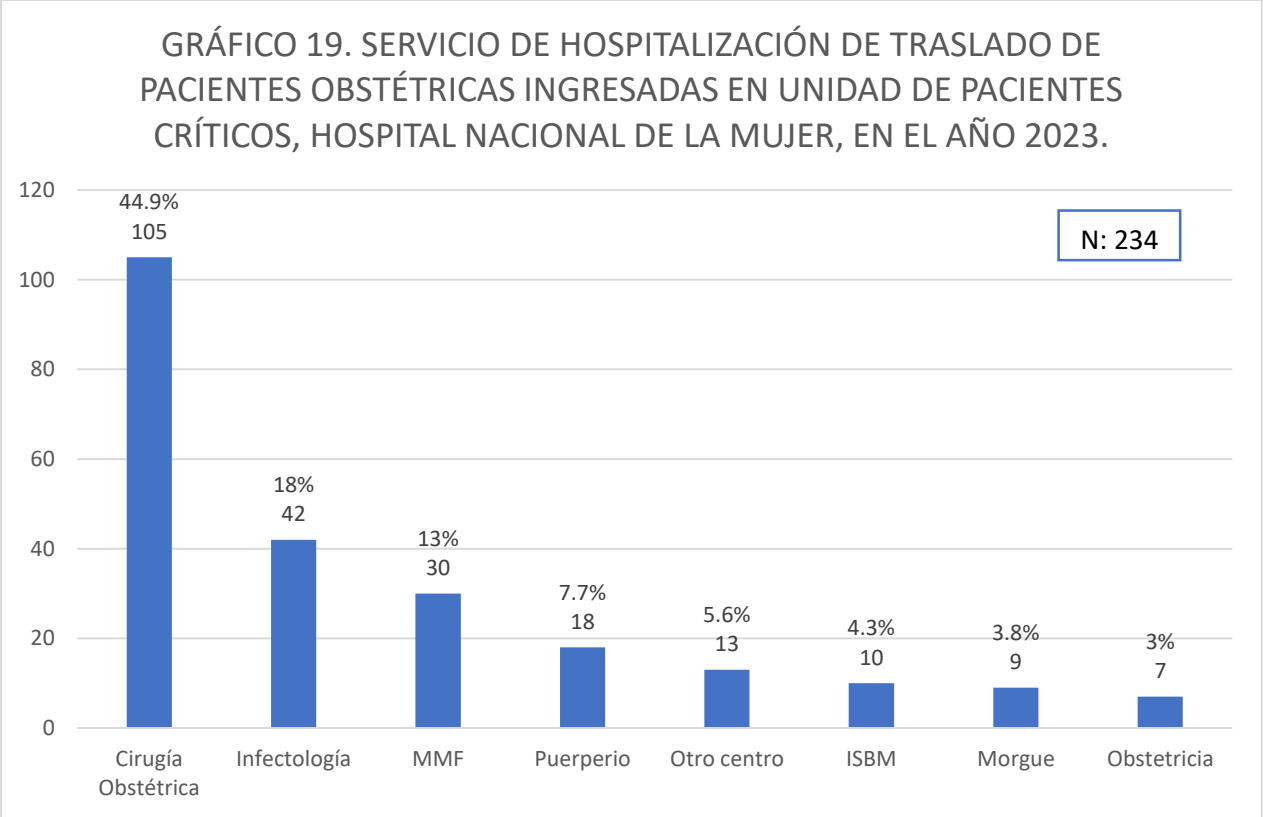
Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

GRÁFICO 17. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos de 234 el 67.5% tuvo una estancia en dicha unidad menor a 3 días que fueron 158 pacientes, el 24.8% tuvo una estancia entre 4 a 10 días, mientras que el 7.7% tuvo una estancia mayor a 10 días, con un máximo de 46 días de estancia en UCI.



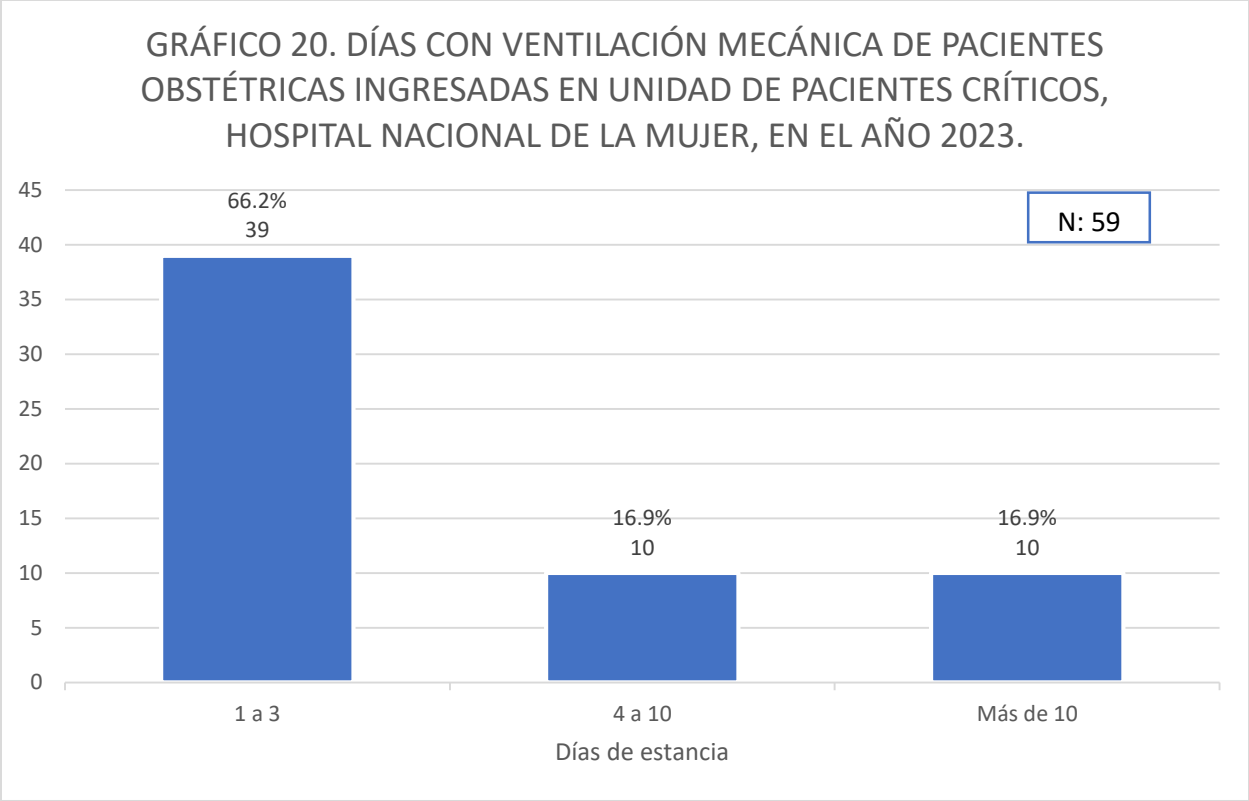
Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

GRÁFICO 18. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos posterior a mejoría clínica 213 fueron trasladadas a servicios de hospitalización en este centro, los días que estuvieron ingresadas en estos servicios posteriores al traslado desde UCI fue el 32.9% (70 pacientes) tuvo una estancia en otro servicio de hospitalización menor a 3 días, el 58.7% tuvo una estancia entre 3 a 8 días que fueron 125 pacientes, mientras que el 8.5%% tuvo una estancia mayor a 8 días.



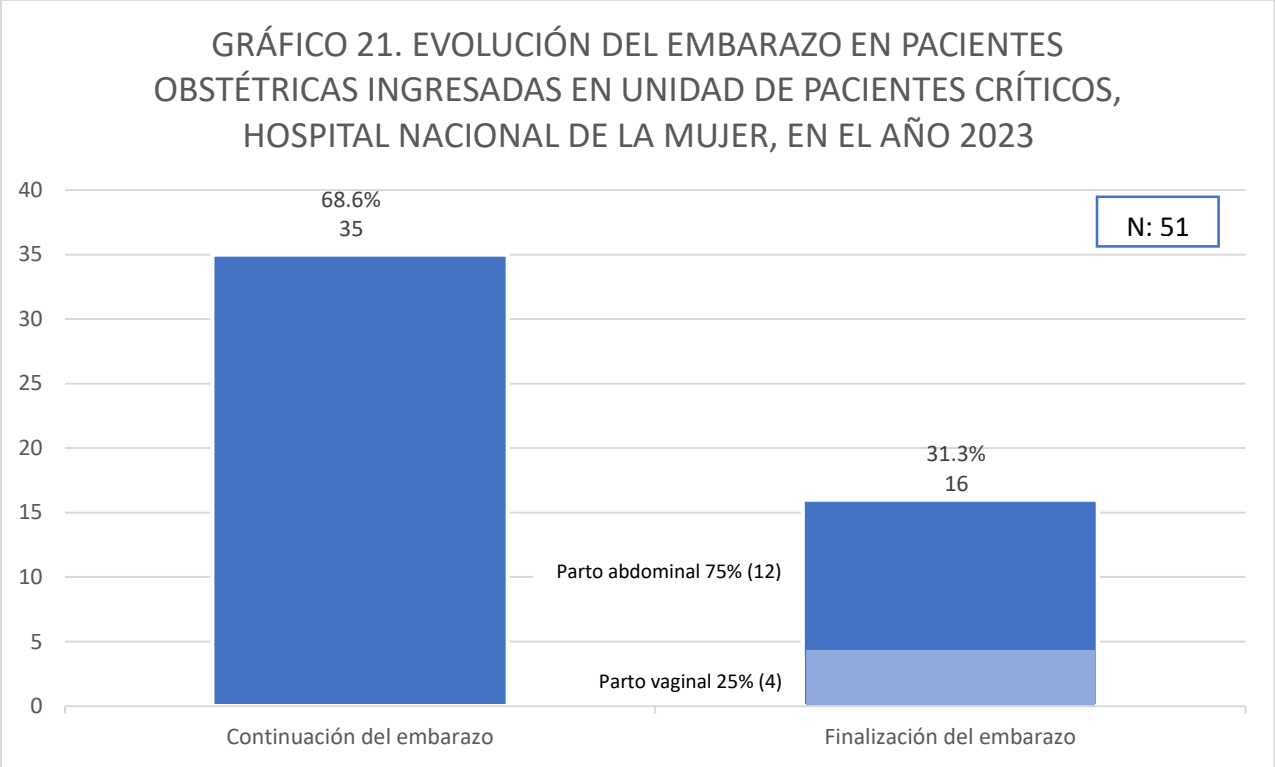
Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer. MMF: Medicina materno fetal.

GRÁFICO 19. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos el 44.9% fueron trasladadas al servicio de Cirugía Obstétrica, seguido del 18% al servicio de Infectología y el 13% al servicio de Medicina Materno Fetal, mientras que el 3% fue trasladado a servicio de obstetricia.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

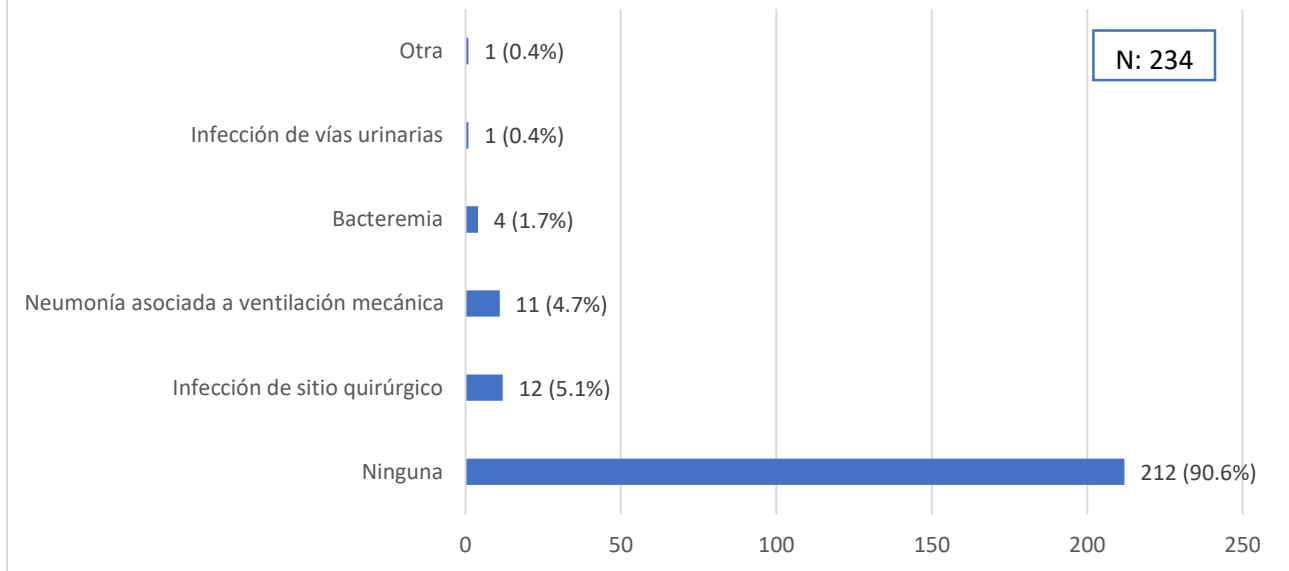
GRÁFICO 20. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos con necesidad de ventilación mecánica de 59 pacientes el 66.2% estuvo con ventilación mecánica durante un periodo menor a 3 días, el 16.9 % requirieron ventilación por más de 10 días con un máximo de 46 días.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

GRÁFICO 21. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos en estado de embarazo que fueron 51 pacientes, solo el 68.6%(35) de las pacientes continuaron su embarazo posterior a evolución satisfactoria de la patología por la cual requirió ingreso a UCI, mientras que para el 31.3% (16) fue necesaria la finalización del embarazo de cuales 25% de estas verificaron parto vaginal y 75% verifican parto vía abdominal.

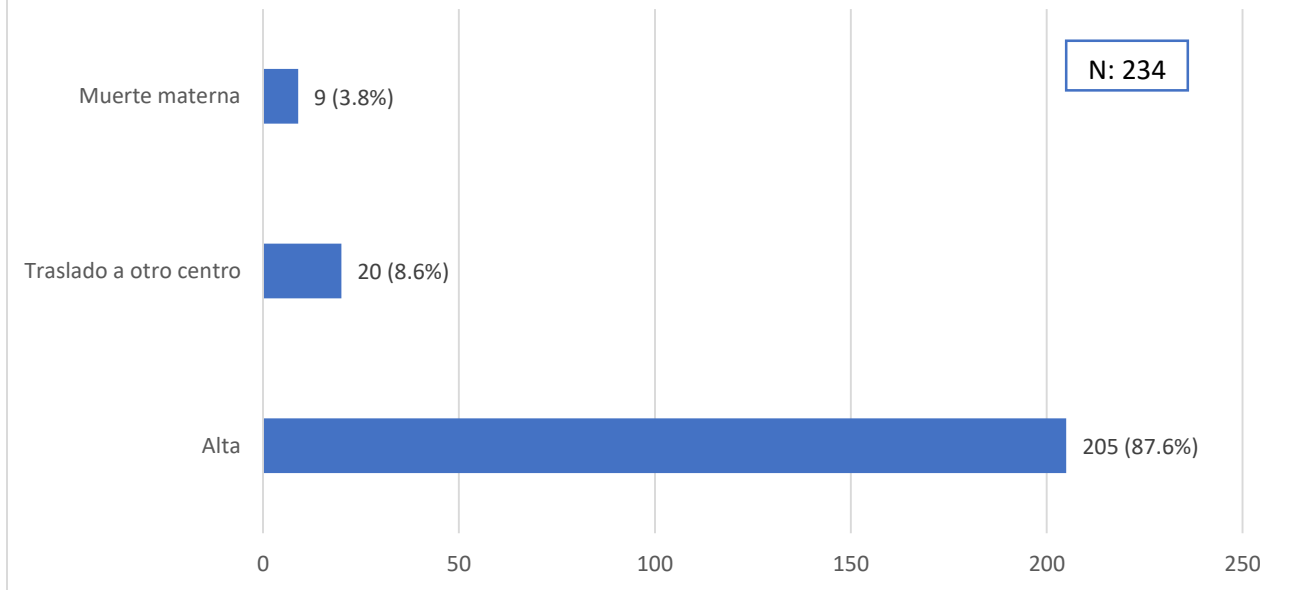
GRÁFICO 22. COMPLICACIONES DE PACIENTES OBSTÉTRICAS
INGRESADAS EN UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS, HOSPITAL
NACIONAL DE LA MUJER, EN EL AÑO 2023



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

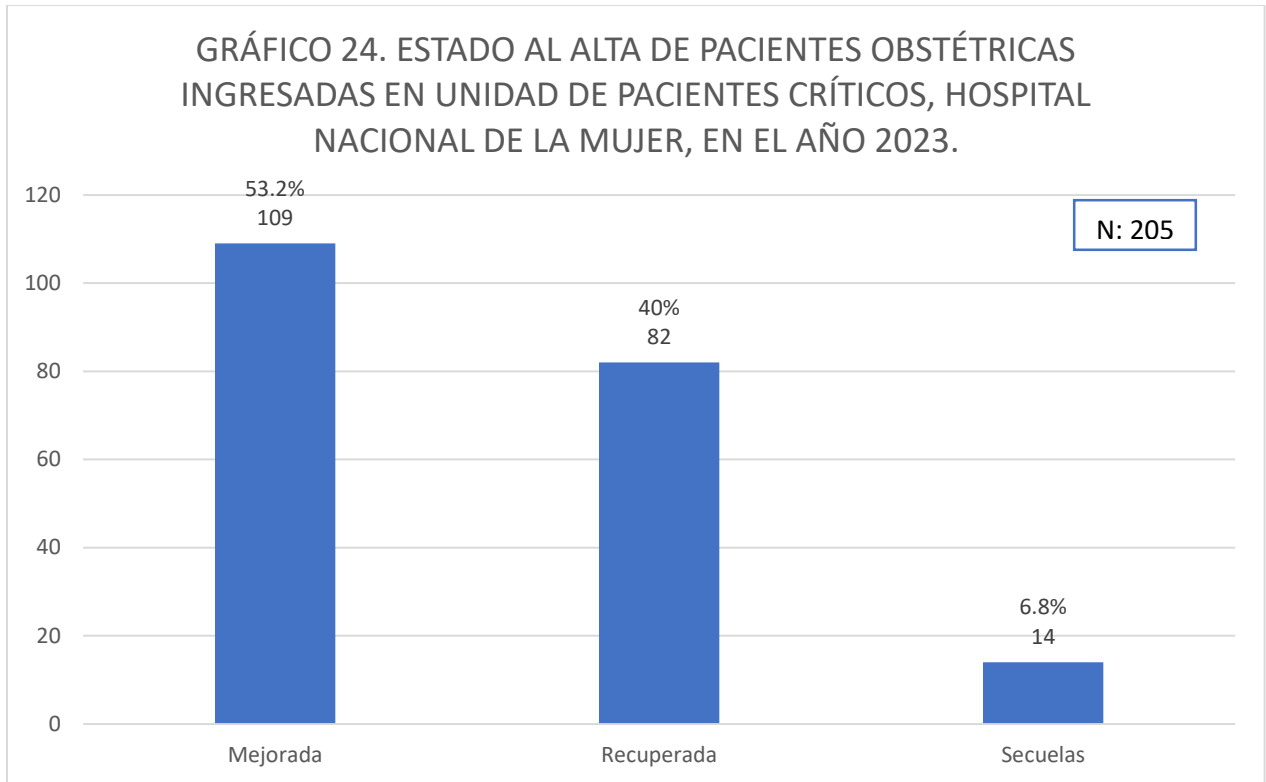
GRÁFICO 22. De las pacientes ingresadas a la unidad de pacientes críticos se determinó que el 90.6%, es decir, 212 pacientes de 234 que es el total de las pacientes ingresadas no tuvieron complicaciones posteriores a su estancia en la unidad de cuidados intensivos, un 5.1% presentó infección de sitio quirúrgico, el 4.7% presentaron neumonía asociada a la ventilación mecánica y un 1.7% presentaron bacteriemia.

GRÁFICO 23. CONDICIÓN DE EGRESO HOSPITALARIO DE PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS EN UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS, HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER, EN EL AÑO 2023.



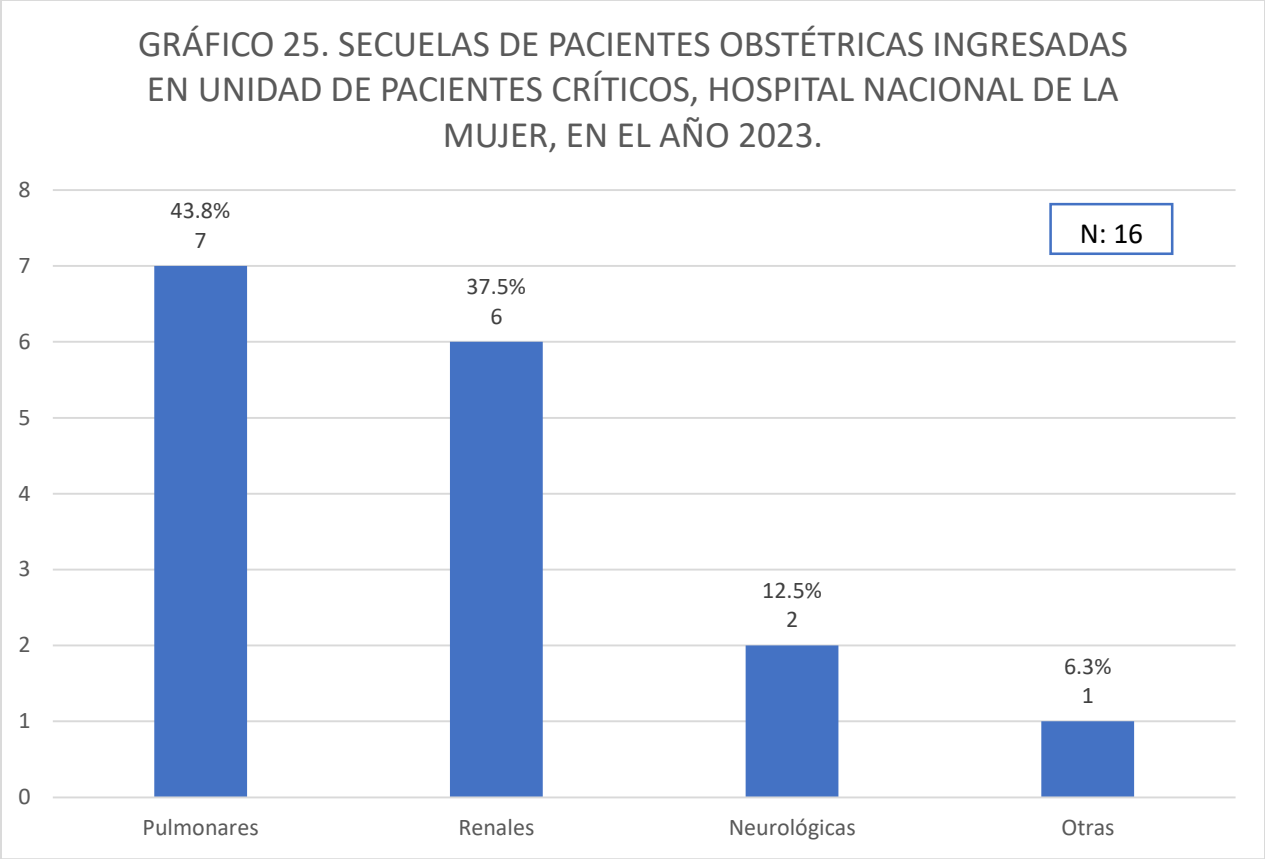
Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

GRÁFICO 23. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos el 87.60% es decir 205 pacientes tuvieron alta médica posterior a su ingreso hospitalario, el 8.6% fue trasladada a otro centro hospitalario y el 3.8% fue muerte materna que corresponde a 9 pacientes de 234.



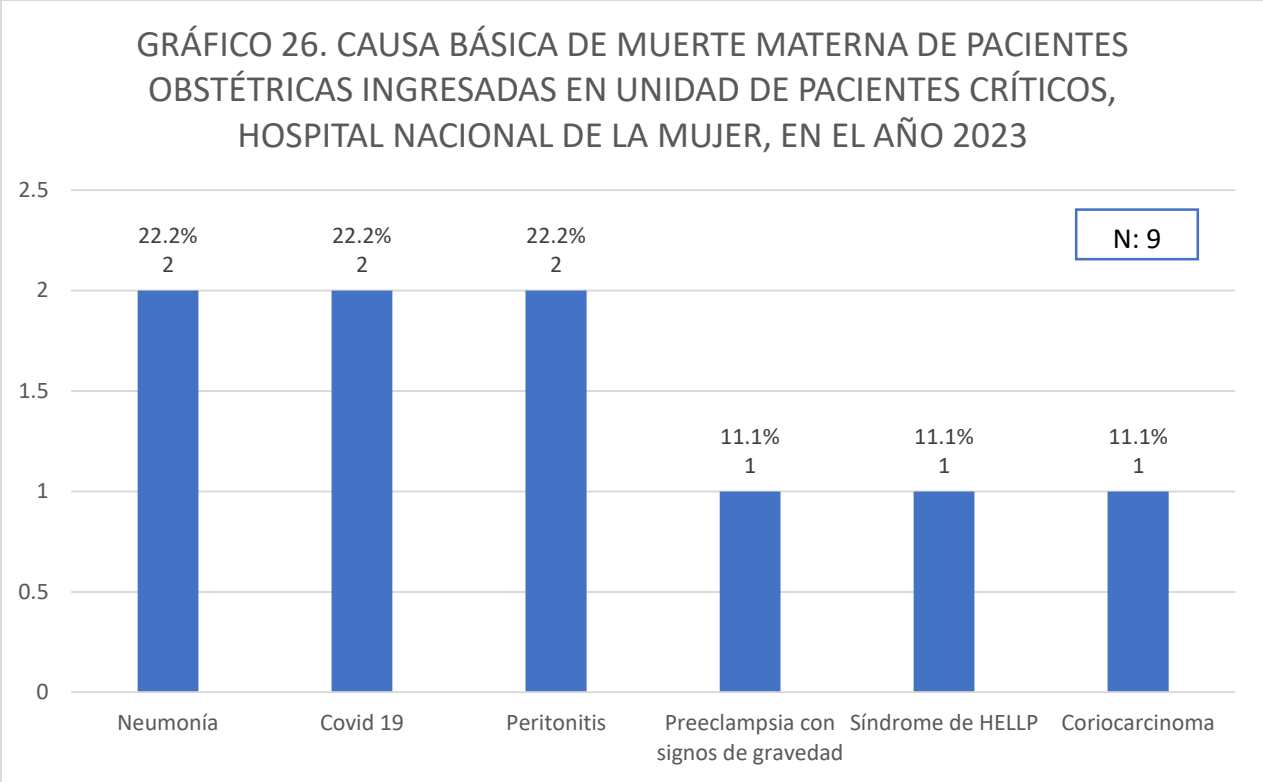
Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

GRÁFICO 24. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos que fueron dadas de alta posteriormente, el 53.17% es decir, 109 pacientes de 205, fue dada de alta con una condición mejorada de su salud, el 40% fue dada de alta en estado recuperado porque continuaron manejo en segundo nivel ambulatoriamente por la patología que causo el ingreso a UCI, mientras que el 6.83% presento secuelas al alta.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

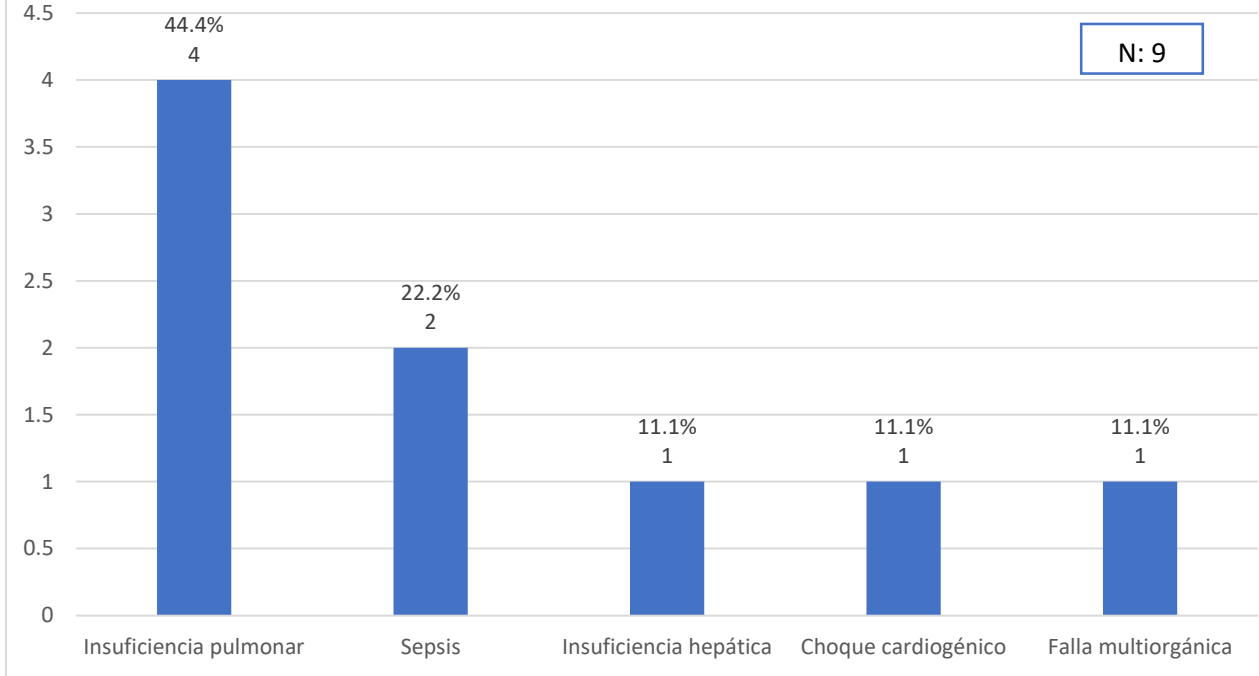
GRÁFICO 25. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos que presentaron secuelas que fueron 16, las más frecuentes fueron las secuelas pulmonares con una frecuencia de 7 pacientes que representa 43.8%, seguida de las secuelas renales en 6 pacientes es decir el 37.5% y las secuelas neurológicas en 2 pacientes que representa el 12.5% de las pacientes con secuelas posterior al ingreso.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

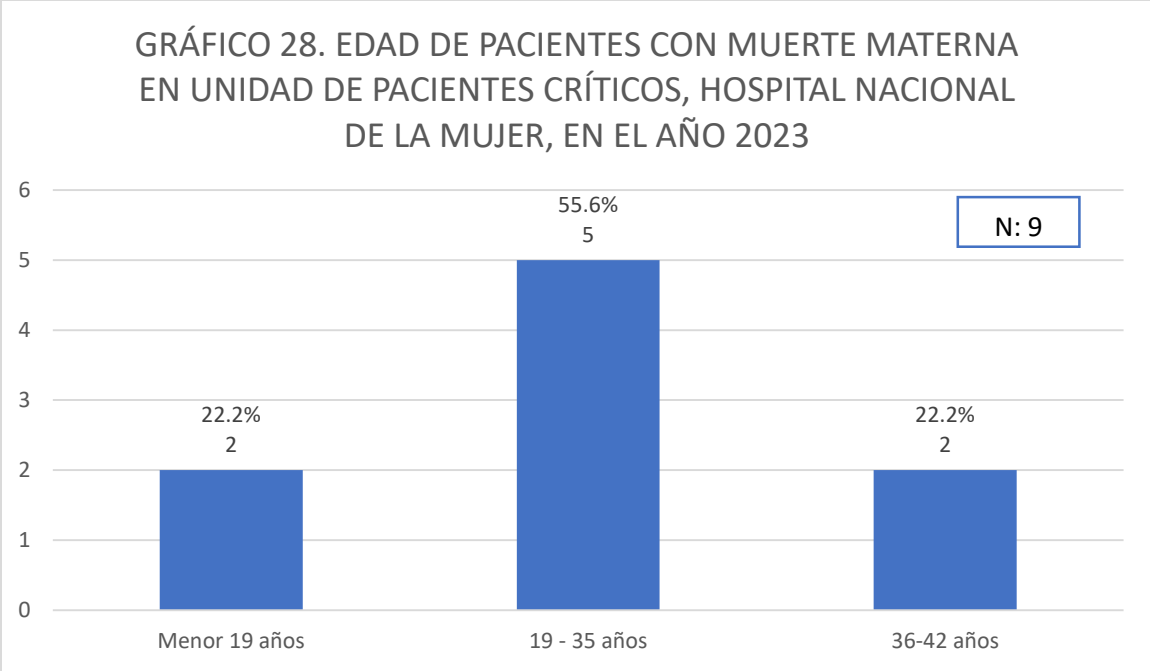
GRÁFICO 26. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos que presentaron muerte materna, de las 9 pacientes, la principales causas básicas fueron neumonía, COVID 19 y peritonitis con un 22.22% cada uno, es decir 2 pacientes por cada patología mencionada, seguidas de preeclampsia con signos de gravedad, síndrome de HELLP y coriocarcinoma con un 11.11% cada uno.

GRÁFICO 27. CAUSA FINAL DE MUERTE MATERNA DE PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS EN UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS, HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER, EN EL AÑO 2023.



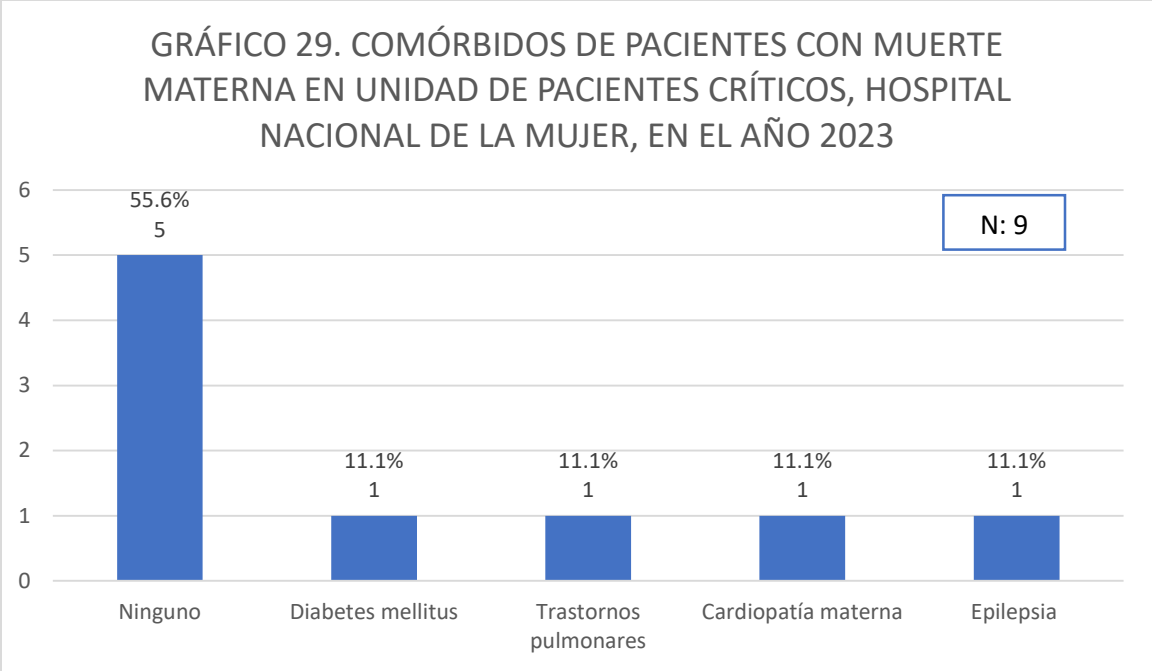
Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

GRÁFICO 27. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos que presentaron muerte materna, de las 9 pacientes la principal causa final de muerte fue la insuficiencia pulmonar con un 44.44% que son 4 pacientes, seguida de la sepsis con un 22.22%, y finalmente se reporta como causa final de muerte materna la insuficiencia hepática, el choque cardiogénico y la falla multiorgánica con un 11.11% cada uno.



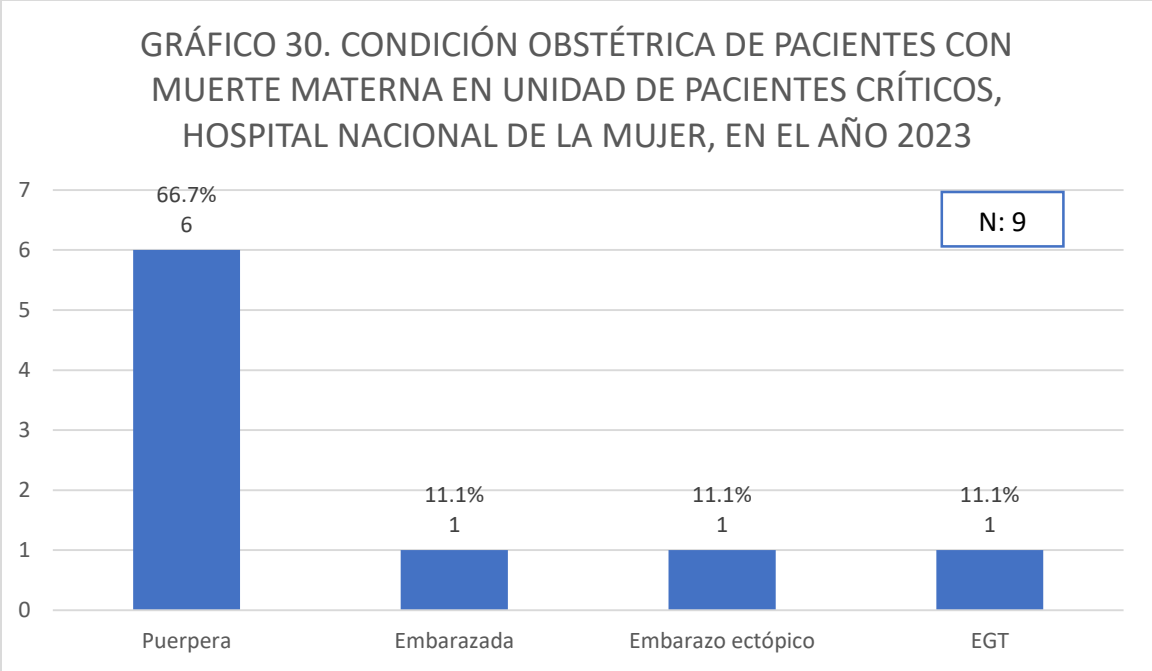
Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

GRÁFICO 28. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos con muerte materna el 55.6% pertenecían a las edades reproductivas que fueron 5 pacientes de las 9 muertes maternas, mientras que los extremos de edad que representan mayor riesgo obstétrico representan el 22.22% eran menores a 19 años y el otro 22.22% entre 36-42 años.



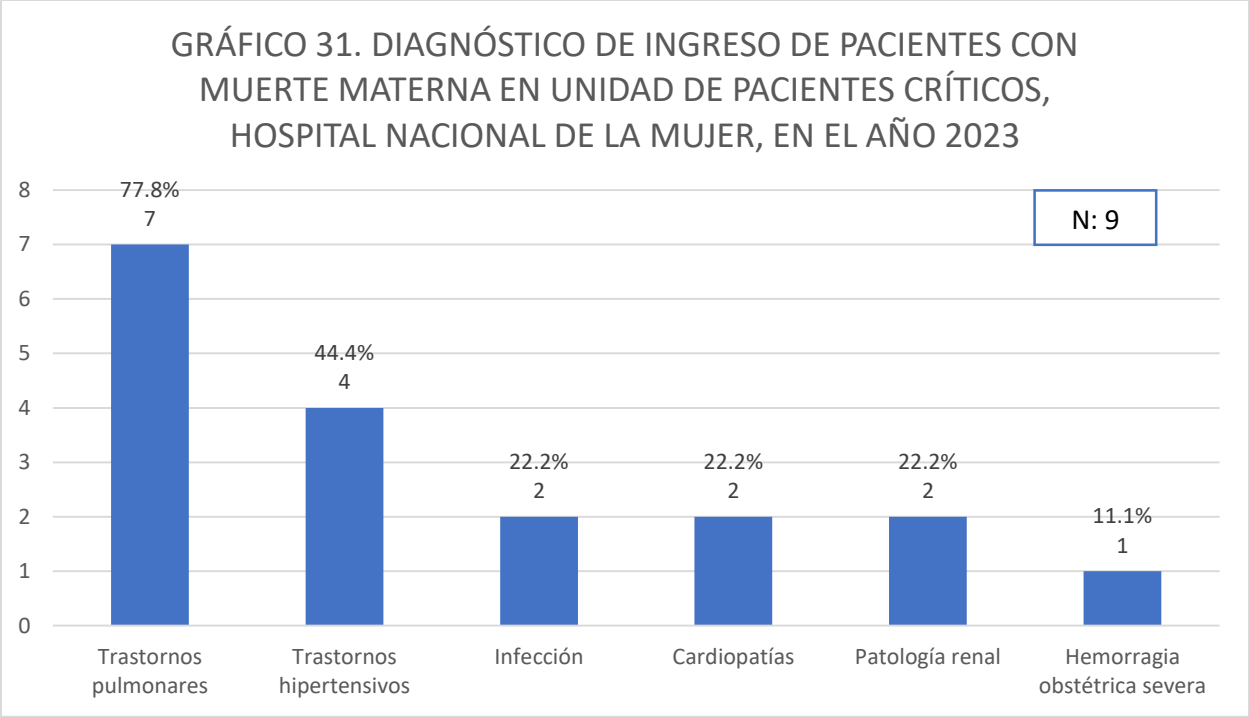
Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

GRÁFICO 29. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos con muerte materna el 55.6%, es decir que 5 pacientes de las 9 no poseían ningún comórbido previo al ingreso a la unidad de cuidados intensivos, el resto presentó un comórbido entre los que se encuentran cardiopatía materna, diabetes mellitus, trastornos pulmonares y epilepsia, que representan 11.1% cada patología.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer. EGT: Enfermedad Gestacional del Trofoblasto.

GRÁFICO 30. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos con muerte materna el 66.67% se encontraban en su periodo de puerperio, se reportó un caso de una paciente embarazada, uno con embarazo ectópico y uno con diagnóstico de EGT que representan el 11.1% cada una.



Fuente: ESDOMED 2023. Hospital Nacional de la Mujer.

GRÁFICO 31. De las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos con muerte materna, 7 pacientes de 9 es decir el 77.8% presentó ingreso de trastorno pulmonar, 4 pacientes que es 44.45% con diagnóstico de trastorno hipertensivo. Siendo sola una paciente quien ingresa por hemorragia obstétrica severa.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las embarazadas o puérperas que ingresan a unidad de cuidados intensivos (UCI) son en su mayoría casos agudos con alto riesgo de muerte, que necesitan tratamiento especializado y complejo. Las pacientes ingresadas en dicha área requieren observación permanente, tratamiento intensivo continuo y muchas veces soporte de órganos, tal como asistencia ventilatoria mecánica invasiva.

Dentro de nuestro estudio se obtuvo que el 68.8% de las pacientes ingresadas comprendían entre las edades de 19 a 35 años, estando dentro del rango de edad fértil, sin embargo, se registraron ingresos de pacientes en los extremos de la edad menores a 15 años y mayores a 43 años lo que concuerda con lo reportado por la Organización Panamericana de Salud en 2021. Además, en Austria, la edad de pacientes ingresadas en UCI en promedio fue de 30.6 +/- 6.3 años, similar a los datos obtenidos en nuestro estudio.

Según dicho estudio realizado en Austria el 58% de pacientes ingresadas eran primíparas mientras que el 42% multíparas, similar a lo reportado en nuestro estudio donde el 51.3% de las pacientes eran primíparas, mientras que el 48.7% multíparas.

A su vez, se ha reportado que la media de edad gestacional al ingreso a UCI ha sido de 30,33 ± 9,6 semanas, mientras que en nuestro estudio el 29% de las pacientes se encontraban con edad gestacional entre 32 a 36 semanas, seguidas del 28.4% con edades gestacionales arriba de 37 semanas.

Un estudio realizado en Cuba en 2018 reporta que las comorbilidades son el principal factor de riesgo de ingreso a UCI. Las condiciones médicas preexistentes incluyen trastornos hipertensivos, diabetes, asma bronquial, cardiopatía congénita, enfermedad reumática, dependencia de opiáceos y otras comorbilidades, como trasplante de órgano previo, trastornos de la coagulación, enfermedades neurológicas, renales o malignas.

Sin embargo, en nuestro estudio, al igual que en un estudio desarrollado en Texas 2017, las condiciones comórbidas son reportadas en una minoría. Se reportó que solo el 38.89% de las pacientes ingresadas a UCI presentaban uno o más comórbidos previo al

embarazo, siendo la cardiopatía materna y los trastornos hipertensivos las comorbilidades más comúnmente reportadas.

Además, la ausencia de consulta prenatal se considera factor de ingreso a UCI, sin embargo, se observó que muchas de las pacientes ingresadas en UCI no presentan registro sobre el inicio del control prenatal, así como del número de consultas realizadas, y de los datos registrados no se obtuvo diferencia significativa en contar con un control prenatal o 5 controles prenatales a su ingreso a UCI.

El nivel de escolaridad también es considerado un factor condicionante en la adhesión al prenatal, la baja escolaridad materna está asociada a la aparición de situaciones de riesgo para el binomio madre e hijo, y se supone que cuanto mayor sea el nivel de escolaridad mayor será la comprensión de la necesidad de cuidados específicos durante la gestación, así como el inicio precoz del prenatal. En nuestro estudio evidenciamos un subregistro del nivel de escolaridad de las pacientes ingresadas por lo que no se puede determinar si dicha variable constituye o no un factor de riesgo para ingreso a dicha unidad en nuestra población.

Las mujeres durante el puerperio tienen más riesgo de ingreso en la UCI que las mujeres embarazadas, tal como se observó dentro del estudio donde el 72.22% de las pacientes ingresadas fue en su etapa de puerperio.

En India, al ingreso en UCI la mayoría de pacientes tiene un diagnóstico relacionado con la enfermedad obstétrica, mientras que el resto tiene un diagnóstico no relacionado con la obstetricia, similar a los hallazgos encontrados durante el estudio.

Describimos que la principal causa obstétrica de ingreso a UCI fueron los trastornos hipertensivos, seguidos de hemorragia obstétrica severa y sepsis; mientras que, de las causas no obstétricas, la principal causa de ingreso fueron las cardiopatías con un 20.51% seguido de trastornos pulmonares, similar a lo descrito en un estudio de Brasil y según la Obstetrics and Gynecology Science, en su estudio de 2016.

Con respecto a la hemorragia posparto dentro de la principal causa de esta fue atonía uterina y el 47.62% desarrolló shock hipovolémico.

Dentro de los trastornos hipertensivos las causas fueron en orden descendente: preeclampsia con signos de gravedad, eclampsia, síndrome de HELLP y crisis hipertensiva.

Los principales criterios de ingreso a UCI descritos en un estudio de India en 2021 incluyen: soporte vital avanzado, insuficiencia respiratoria que requiere intubación y ventilación mecánica; embolia pulmonar; insuficiencia cardíaca o requerimiento de fármacos vasoactivos para mantener hemodinámica estable; colocación y mantenimiento de catéteres pulmonares; hemofiltración venosa continua o plasmaféresis. En nuestro estudio se identificaron 5 criterios de admisión que comprendieron necesidad de monitoreo hemodinámico con el 64.96%, necesidad de aminas vasoactivas con el 21.79%, ventilación mecánica invasiva con el 23.50%, ventilación mecánica no invasiva con 3.4% y necesidad de uso de antihipertensivo endovenoso continuo en un 1.28%.

En cuanto a la evolución clínica, se ha descrito tiempo medios de estancia de 6.47 +/- 8.5 días con mediana de 4 días y otros de 3 días. Nuestra investigación informa que el 67.5% tuvo una estancia en dicha unidad hasta de 3 días, el 24.8% tuvo una estancia entre 4 a 10 días, mientras que el 7.7% tuvo una estancia mayor a 10 días, con un máximo de 46 días.

En Brasil 2018, se describe la ventilación mecánica con duración media de $1,7 \pm 1,3$ días, siendo nuestro promedio de 3.69 días.

Se han reportado muertes maternas entre el 5% y el 14.07% en estudios previos, en nuestro estudio se reporta que el 3.45% de pacientes obstétricas presentaron muerte materna.

No se encontró registro en las fuentes bibliográficas revisadas sobre del seguimiento al alta de las pacientes con ingreso a UCI, en nuestro estudio se obtuvo que el 50% tuvo una estancia en dicha unidad menor a 3 días, el 41.03% tuvo una estancia entre 3 a 8 días, mientras que el 8.97% tuvo una estancia mayor a 8 días, con un máximo de 46 días. Además, el 87.60% tuvo alta médica posterior a su ingreso, con condición clínica mejorada y recuperada en su mayoría, y solo el 3.45% fue muerte materna, con edades

principalmente entre 19 a 34 años, sin comorbilidades previa a su ingreso en la mayoría de ellas y con el diagnóstico de trastornos pulmonares como primera causa básica de muerte e insuficiencia pulmonar como primera causa final de muerte.

CONCLUSIONES

1. Las pacientes ingresadas en la unidad de pacientes críticos durante el año 2023 corresponden a pacientes jóvenes entre los 19 a 35 años de edad, predominantemente en el puerperio, siendo la vía de parto abdominal la más frecuente. El 61.1% sin comorbilidades asociadas previo a su ingreso.
2. La mayoría de pacientes ingresadas cursaron con embarazos únicos arriba de las 32 semanas. De las 51 pacientes que ingresaron con embarazo, 30 pacientes resolvieron cuadro de ingreso a UCI sin finalización del mismo.
3. Del total de embarazadas ingresadas en unidad de cuidados críticos a quienes fue necesario la finalización del embarazo, presentaban diagnóstico de preeclampsia con signos de gravedad y se encontraban en manejo expectante.
4. La principal causa obstétrica de ingreso a unidad de pacientes críticos son los trastornos hipertensivos, seguidos de hemorragia obstétrica severa y sepsis correspondiendo a datos descritos en literatura internacional. Dentro las causas no obstétricas, la principal causa de ingreso son los trastornos pulmonares seguidos de las cardiopatías. Sin embargo, las principales causas de muerte no son obstétricas, si patologías pulmonares.
5. El criterio de admisión a hospitalización en unidad de pacientes críticos más frecuente fue la necesidad de monitoreo hemodinámico.
6. Las pacientes ingresadas a la unidad de pacientes críticos obtienen evolución clínica satisfactoria, con posterior alta médica en un 87.6% y una baja tasa de desarrollo de complicaciones (9.4%), secuelas clínicas (6.8%) y muerte (3.8%).



ANEXOS

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



Perfil epidemiológico y clínico de pacientes obstétricas ingresadas en unidad de pacientes críticos del hospital nacional de la mujer, en el año 2023.

Datos de identificación de paciente:

Nombre: _____

Número de expediente: _____ Correlativo: _____

Edad: _____ Talla: _____ Peso: _____ IMC: _____

Departamento: _____ Escolaridad: _____ Estado civil: _____

Fórmula obstétrica: _____

Paciente embarazada Semanas de gestación: _____ N° de CPP: _____
Paciente puérpera Vía del parto: Vaginal Abdominal
Aborto Embarazo ectópico EGT

Factores de riesgo ante parto

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Trastornos hipertensivos | <input type="checkbox"/> | b) Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> |
| c) Cardiopatía materna | <input type="checkbox"/> | d) Nefropatía crónica | <input type="checkbox"/> |
| e) Trastornos tiroideos | <input type="checkbox"/> | f) Trastornos pulmonares | <input type="checkbox"/> |
| g) Epilepsia | <input type="checkbox"/> | h) Otros _____ | |

DIAGNÓSTICOS DE INGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

1. Trastornos hipertensivos Preeclampsia grave
Crisis hipertensiva
Eclampsia
Sd. De Hellp
2. Diabetes mellitus: Cetoacidosis diabética

3. Sepsis/ Shock séptico: Sepsis
Shock séptico

4. Epilepsia: Estatus epiléptico

5. Causa pulmonar: Neumonía
Atelectasias
SDR
Edema agudo de pulmón
Derrame pleural

6. Hígado graso del embarazo

7. Cardiopatías: Tetralogía de Fallot
Cardiomiopatía periparto.
Bradicardia
Taquicardia supraventricular
Otras: _____

8. Enfermedad renal: IRA
IRC

9. Tromboembolismo pulmonar

10. Hígado graso del embarazo

11. Hemorragia obstétrica severa Shock hipovolémico
Atonía uterina
Hematoma
Acretismo placentario
CID
Ruptura uterina

12. Embolismo por líquido amniótico

13. Patologías tiroideas: Tirotoxicosis
 Tormenta tiroidea

14. Otros diagnósticos de ingreso: _____

CRITERIO DE ADMISIÓN A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

1. *Ventilación mecánica invasiva*
 2. *Ventilación mecánica no invasiva*
 3. *Uso de aminas vasoactivas*
 4. *Monitoreo hemodinámico*

EVOLUCIÓN CLÍNICA

1. Días de estancia hospitalaria: UCI _____
 Otro servicio: _____

2. Días de ventilación mecánica: _____

3. Destino de paciente: Traslado de servicio
 Alta médica
 Muerte materna

3. Puntuación APACHE _____ Puntuación SOFA: _____

4. Secuelas: Neurológicas
 Renales
 Pulmonares
 Otras: _____

5. Complicaciones: Infección de tracto urinario asociada al uso de catéter.
 Neumonía asociada al uso de ventilador.

Infección de sitio quirúrgico.

Infección del torrente sanguíneo asociada al uso de catéter.

Otras: _____

6. Causa de muerte materna: Shock hipovolémico

Shock séptico

Shock cardiogénico

Falla multiorgánica

Insuficiencia pulmonar

Insuficiencia hepática

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zorrilla AD, Segovia SR. Ingreso de mujeres a una unidad de cuidados intensivos durante el embarazo o el puerperio. *DEL NAC*. 2017;9(1):49–60.
2. Recomendaciones para establecer un sistema nacional de vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021.
3. Farr A, Lenz-Gebhart A, Einig S, Ortner C, Holzer I, Elhenicky M, et al. Outcomes and trends of peripartum maternal admission to the intensive care unit. *WienKlinWochenschr*. 2017;129(17–18):605–11.
4. Pérez-Assef A, et al. Importancia de los cuidados intensivos obstétricos en la disminución de la mortalidad materna. Vol. 17, núm. 2 (2018): abril-junio. Pág. 10-17
5. Zieleskiewicz L. et al. Intensive care and pregnancy: Epidemiology and general principles of management of obstetrics ICU patients during pregnancy. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine* 2016, 35:1,S51-S57.
6. Vargas M, Marra A, Buonanno P, Iacovazzo C, Schiavone V, Servillo G. Obstetric Admissions in ICU in a Tertiary Care Center. A 5-years Retrospective Study. *Indian J Crit Care Med* 2019;23(5):213–219.
7. Anane-Fenin B, Agbeno EK, Osarfo J, Opoku mAnning DA, Boateng AS, Ken-Amoah S, et al. A ten-year review indications and outcomes obstetric admissions to an intensive care unit in a low-resource country. *PLoS Uno*. 2021;16(12): e0261974.
8. Lin et al. Risk factors of obstetric admissions to the intensive care unit: An 8-year retrospective study. *Medicine*2019; 98:11.
9. Gupta H, Gandotra N, Mahajan R. Profile of Obstetric Patients in Intensive Care Unit: A Retrospective Study from a Tertiary Care Center in North India. *Indian J Crit Care Med* 2021;25(4):388–391.

10. Oud L. Epidemiology of Pregnancy-Associated ICU Utilization in Texas 2001 – 2010. *J ClinMed Res.* 2017;9(2):143-153.
11. Mourão et al. Ingresos en UCI por causas obstétricas. *Enfermería Global.* 2019; 53:304-3017.
12. Yi HY, Jeong SY, Kim SH, Kim Y, Choi SJ, Oh SY, et al. Indications and characteristics of obstetric patients admitted to the intensive care unit: a 22-year review in a tertiary care center. *ObstetGynecolSci.* 2018;61(2):209.
13. Koukoubanis K, Prodromidou A, Stamatakis E, Valsamidis D, Thomakos N. Role of Critical Care Units in the management of obstetric patients (Review). *Biomedicalreports.* 2021;15(1):58.
14. Domingues RMSM, Dias MAB, Schilithz AOC, Leal M do C. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011-2012. *ReprodHealth.*2016;13(Suppl 3):115.
15. MacDonald T, Jackson S, Charles M-C, Priel M, Jean-Baptiste M-V, Salomon A, et al. The fourth delay and community-driven solutions to reduce maternal mortality in rural Haiti: a community-based action research study. *BMC PregnancyChildbirth.* 2018;18(1):254.
16. De la Garza Longoria RS, Tinoco Alvares MA, Maldonado Mancillas JA, González Mendoza SZ. Análisis de los ingresos ginecoobstétricos a Terapia Intensiva de un hospital de Matamoros, Tamaulipas, de 2012-2018. *Medicina Crítica.* 2020;34(2):152–5.
17. Aoyama et al. Variability in intensive care unit admission among pregnant and postpartum women in Canada: a nationwide population-based observational study. *Critical Care* (2019) 23:381.
18. Rottenstreich M. Et al. Severe Maternal Morbidity Cases in Israel in a High-Volume High-Resource Referral Center: A Retrospective Cohort Study. *IMAJ* 2020; 22: 142–147.

19. Ramlakhan K. Et al. Women of reproductive age in a tertiary intensive care unit: indications, outcome and the impact of pregnancy—a retrospective cohort study. *BMC Women's Health* (2021) 21:24
20. Krawczyk P. Pregnancy related and postpartum admissions to intensive care unit in the obstetric tertiary care center — an 8-year retrospective study. *Ginekologia Polska* 2021; 92:8, 575–578.
21. Miglani U, Pathak AP, Laul P, Sarangi S, Gandhi S, Miglani S, et al. A Study of Clinical Profile and Fetomaternal Outcome of Obstetric Patients Admitted to Intensive Care Unit: A Prospective Hospital-based Study. *Indian J Crit Care Med* 2020;24(11):1071–1076.
22. Suri J, Khanam Z. Prognosticating Fetomaternal ICU Outcomes. *Indian J Crit Care Med* 2021;25(Suppl 3): S206–S222
23. Ortiz, G., Esther, L., Meneses, R., & Luis, J. (s/f). *Predictores de mortalidad en pacientes críticamente enfermos: Correlación de la Escala APACHE II y APACHE IV*. Bvsalud.org.
24. Jonguitud López, B., Álvarez Lara, D., Sosa Medellín, M. A., Montoya Barajas, F., & Palacios Saucedo, G. C. (2021). Comparación de 4 escalas pronósticas para predecir mortalidad en pacientes con morbilidad materna severa. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 45(3), 156–163.
<https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.09.021>
25. Revista del Nacional (Itauguá) - Home Page [Internet]. Una.py. [citado el 12 de junio de 2023]. Disponible en:
http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_serial&pid=2072-8174&lng=en&nrm=iso