

Obstetric admissions to the intensive care unit: a retrospective study

Admissão na Unidade de Cuidados Intensivos por causas obstétricas: estudo retrospectivo

Diana Melo Castro*, Teresa Teixeira Silva**, Joaquim Gonçalves***, Jorge Braga****
Centro Hospitalar do Porto

Abstract

Admission to Intensive Care Unit (ICU) for critical care support in Obstetrics is a rare event since pregnant women are usually young and healthy. However, some diseases associated or not with pregnancy can cause major maternal morbidity with potential catastrophic consequences. The objective of this study was to determinate the incidence, indications, interventions and clinical outcome of critical ill obstetric patients admitted to the ICU in a central Hospital. From January 2010 to December 2013 there were 13.356 deliveries. A total of 19 women required admission to the UCI, with mean gestational age of 32 weeks. Hypertensive disorders of pregnancy (35.3%) and obstetric hemorrhage (29.4 %) were the two main obstetrical reasons for admission. The mean duration of stay in ICU was 6 days and 14 patients (74%) had complications. There was one maternal death. In spite of the low incidence of admission to the ICU among obstetrics patients, some diseases associated or not with pregnancy present as a life risk. Pregnancy-induced hypertensive disorders and postpartum hemorrhage remain the most common entities requiring ICU admission among obstetric patients

Keywords: Unidade de Cuidados Intensivos; Desordens hipertensivas; Hemorragia pós-parto.

INTRODUÇÃO

Em Portugal e na maioria dos países desenvolvidos verificou-se uma descida acentuada da mortalidade materna ao longo do último século (diminuiu cerca de 100 vezes nos últimos 80 anos). É considerada um indicador da qualidade dos cuidados de saúde obstétricos e reflecte a crescente acessibilidade e melhoria dos mesmos¹.

A admissão de utentes na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) no âmbito da obstetrícia é relativamente rara, já que a maioria das grávidas são jovens e saudáveis. No entanto, existe patologia própria ou associada à gravidez que pode ter desfechos negativos com morbilidade e mortalidade significativas^{2,3}. O tratamento destas situações é complexo e requer o envolvi-

mento de uma equipa multidisciplinar³, já que a mortalidade materna nos casos admitidos na UCI pode atingir os 3,4%⁴.

Não obstante, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, «existe uma história por trás de cada morte materna ou complicação com risco de vida. Perceber as suas causas pode ajudar a evitar maus desfechos»⁵.

O objectivo deste estudo foi caracterizar os motivos de admissão e respectivos desfechos dos casos admitidos na UCI do Centro Hospitalar do Porto por causa obstétrica, no sentido de melhorar a prestação de cuidados.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo e retrospectivo dos motivos de admissão na UCI do Centro Hospitalar do Porto (CHP), com proveniência do Serviço de Obstetrícia do mesmo centro hospitalar, entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2013.

Todas as doentes deram permissão para que os seus

*Interna da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Interna da Especialidade de Obstetrícia e Ginecologia, Centro Hospitalar do Porto

***Assistente Hospitalar Graduado de Obstetrícia e Ginecologia, Centro Hospitalar do Porto

****Director do Serviço de Obstetrícia, Centro Hospitalar do Porto

dados fossem incluídos no estudo.

A população estudada foi de mulheres grávidas ou puérperas, cuja transferência para a UCI se deveu a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação à mesma.

Foi consultado o processo clínico de cada doente transferida e 16 doentes foram contactadas telefonicamente (não foi possível contactar duas por residirem no estrangeiro)

As variáveis estudadas foram: características maternas (idade, paridade e antecedentes pessoais); aspectos relacionados com a gravidez, parto e puerpério (consulta pré-concepção, motivo de admissão no CHP, idade gestacional aquando do parto, tipo de parto, consulta pós-parto) e do recém-nascido (RN). Considerou-se uma vigilância adequada da gravidez quando o número de consultas à data do parto era o apropriado para a idade gestacional.

Foram revistas, caso a caso, os motivos de admissão e os registos clínicos relativos à permanência na UCI (dias de internamento na UCI, intervenções realizadas e complicações).

RESULTADOS

Incidência e Características Maternas

No período estudado registaram-se 13.356 partos no CHP e ocorreram 19 transferências para a UCI (todas durante o pós-parto). A incidência global da necessidade de UCI foi de 1,42 por 1.000 nascimentos. Todas as gravidezes eram unifetais e espontâneas.

As características maternas estão descritas no Quadro I. A idade média das doentes admitidas foi de 32 anos (20-45 anos) e 68% das doentes eram nulíparas.

Dez doentes apresentavam antecedentes pessoais relevantes: um caso de hipertensão arterial (HTA) crónica, um caso de patologia cardíaca (miocardiopatia dilatada com insuficiência cardíaca congestiva classe II pela classificação da New York Heart Association), cinco casos de doença auto-imune (dois lúpus eritematosos sistémicos, uma doença de Crohn, uma colite ulcerosa e um hipotiroidismo), um caso de carcinoma da mama em tratamento com hormonoterapia, um caso de Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) e um caso de asma brônquica. De realçar que nove doentes apresentavam antecedentes irrelevantes.

Gravidez, Parto e Puerpério

Do total da amostra estudada, 36,7% (n=6) realizaram

QUADRO I.

	N	%
Idade		
20-34	14	73,7
35-39	3	15,8
≥ 40	2	10,5
Paridade		
Nulíparas	13	68,4
Multíparas	6	31,6
Doença Crónica		
Antecedentes irrelevantes	9	47,4
Doença auto-imune	5	26,3
Hipertensão crónica	1	5,3
Doença cardíaca	1	5,3
Outra	3	15,8

consulta de pré-concepção. Adicionalmente, entre as mulheres que apresentavam antecedentes patológicos relevantes, apenas 60% (n=6) tiveram consulta hospitalar de pré-concepção.

A idade gestacional média no momento do parto foi de 32 semanas (24-40 semanas). A gravidez foi vigiada em 84,2% dos casos, mas todas as doentes que apresentavam doença crónica tiveram uma vigilância considerada adequada pelos investigadores.

Os principais motivos de admissão no CHP foram: patologia hipertensiva da gravidez (36,8%) e início de trabalho de parto/trabalho de parto (26,3%). Quinze doentes (78,9%) foram submetidas a cesariana segmentar transversa (CST), duas (10,5%) a parto por ventosa, uma (5,3%) a parto eutócico e uma (5,9%) a histerotomia para interrupção da gravidez às 22 semanas (por suspeita de coagulação intravascular disseminada em grávida com PTT).

Na consulta pós-parto compareceram 13 doentes (68%); aquelas que faltaram à consulta foram contactadas telefonicamente (não foi possível contactar duas doentes por residirem no estrangeiro). Nenhuma doente apresentou sequelas significativas.

Características do RN

O peso médio dos RNs foi de 1923g (340-3065g). Registaram-se duas mortes fetais e duas mortes neonatais (no contexto de sépsis neonatal). Todos os restantes encontram-se em seguimento em consulta de desenvolvimento e sem sequelas aparentes até ao momento.

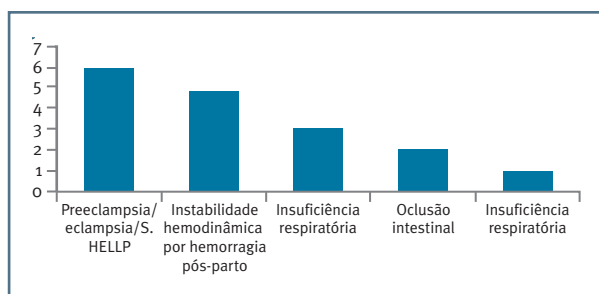


FIGURA 1. Motivos de admissão na UCI

UCI

Todas as admissões na UCI ocorreram no dia do parto. Os principais motivos de transferência para a UCI foram instabilidade hemodinâmica por hemorragia pós-parto (36,8%) e patologia hipertensiva da gravidez (31,6%) - ver Figura 1. Outras causas de admissão nesta unidade foram: insuficiência respiratória (15,8%), oclusão intestinal (10,5%) e insuficiência cardíaca (5,3%).

Previamente à admissão na UCI, três doentes (15,8%) foram submetidas a histerectomia total (duas com necessidade de «packing» pélvico (10,5%)), uma a enterectomia segmentar (5,3%) e outra a embolização da artéria renal (5,3%). No Quadro II estão descritos os tratamentos realizados às doentes internadas na UCI. De salientar que em cinco casos foi necessário ventilação assistida com suporte vasopressor (26,3%) por instabilidade hemodinâmica.

A duração média na UCI foi de 6,37 dias (1-27 dias). Durante o internamento nesta unidade, 14 doentes tiveram complicações (em quatro registaram-se mais que uma). Há a referir dois casos de síndrome hemolítico-urémico (10,5%), quatro de insuficiência renal aguda (21,1%), dois de hemorragia hepática intraparenquimatosa (10,5%), um de esteatose hepática aguda (5,3%), quatro de edema agudo do pulmão (21,1%) e quatro de pneumonia (21,1%). Registou-se uma morte materna (5,3%) - ver Quadro II.

Duas doentes (10,5%) voltaram a engravidar. As gestações decorreram sem intercorrências e um parto foi eutócico e o outro por CST.

DISCUSSÃO

A admissão de utentes na UCI no âmbito da obstetria depende não só da patologia da doente, mas também dos serviços pré-natais e peri-parto do enquadra-

QUADRO II.

	N	%
Tratamentos realizados		
Transfusão sanguínea	8	42,1
Ventilação assistida	5	26,3
Suporte vasopressor	5	26,3
Histerectomia total	3	15,8
“Packing” pélvico	2	10,5
Enterectomia segmentar	1	5,3
Embolização artéria renal	1	5,3
Complicações		
Edema agudo do pulmão	4	21,1
Pneumonia	4	21,1
Insuficiência renal aguda	4	21,1
Síndrome hemolítico-urémico	2	10,5
Hemorragia hepática intraparenquimatosa	2	10,5
Aneurisma da artéria renal	1	5,3
Esteatose hepática aguda	1	5,3
Morte materna	1	5,3

mento institucional. Este factor pode ser o responsável pelas diferenças nas taxas de admissão na UCI nos diferentes estudos publicados².

A taxa de admissão na UCI no âmbito da obstetria (0,14%) foi menor comparativamente a alguns estudos na literatura (0,24-0,42%). De igual forma, registámos menos admissões na UCI- 1,42 por 1.000 partos^{2-4,6-10}. Tal como a maioria dos estudos publicados, as principais causas de admissão na UCI foram a hemorragia pós-parto e a patologia hipertensiva da gravidez. A duração média de internamento na UCI foi de 6 dias, o que sugere que a maioria das doentes não teve complicações *major*^{2,4,7-10}.

A existência de uma Unidade Intermédia de Ginecologia e Obstetria (UIGO) no CHP proporciona melhor cuidado e vigilância que minimiza o impacto da necessidade de transferência para UCI: apenas doentes com falência orgânica múltipla ou que necessitem de ventilação assistida/monitorização hemodinâmica. Este facto poderá explicar a menor taxa de admissão na UCI registada no nosso estudo. A disponibilidade destas unidades de alto nível obstétrico permite não só o tratamento multidisciplinar (obstetra, internista, anestesista), como também representa uma vantagem custo/benefício. Além disso, a existência destas unidades ainda se torna mais importante em ins-

tuições que não têm a sua maternidade inserida no mesmo espaço físico do seu hospital central, como é o caso do CHP.

É de salientar que nove doentes (47%) não apresentavam antecedentes pessoais relevantes. Assim, uma maior vigilância para a prevenção destas situações poderá não ser suficiente, já que em grande parte elas são imprevisíveis.

A admissão de doentes na UCI no âmbito da obstetrícia é baixa. Apesar das complicações serem na maior parte das vezes imprevisíveis e muitas vezes ocorrerem em mulheres sem antecedentes pessoais relevantes, a detecção precoce dos factores de risco pré-parto e a monitorização e vigilância mais adequadas (UIGO) podem, eventualmente, reduzir a necessidade de cuidados intensivos maternos.

BIBLIOGRAFIA

1. Neves JP, Ayres-de-Campos D. Mortalidade Materna em Portugal desde 1929. *Acta Obstet Ginecol Port* 2012;6:94-100.

2. Orsini J, Butala A., Diaz L, Muzylo E, Mainardi C, Kastell P. Clinical Profile of Obstetric Patients Admitted to the Medical-Surgical Intensive Care Unit (MSICU) of an Inner-City Hospital in New York. *J Clin Med Res* 2012;4:314-17.

3. Ashraf N, Mishra SK, Kundra P, Veena P, Soundaraghavan S, Habeebullah S. Obstetric patients requiring intensive care: a one year retrospective study in a tertiary care institute in India. *Anesthesiol Res Pract* 2014; Article ID 789450, 4 pages.

4. Zwart JJ, Dupuis JRO, Richters A, Ory F, Roosmalen J. Obstetric intensive care unit admission: a 2-year nationwide population-based cohort study. *Intensive Care Med* 2010;36:256-63.

5. Making pregnancy safer. WHO Regional Office for Europe website: <http://www.euro.who.int/pregnancy>. Acesso em Novembro 2014.

6. Wheatley E, Farkas A, Watson D. Obstetric admissions to an intensive therapy unit. *Int J Obstet Anesth.* 1996;5:221-24.

7. Leung YW, Lau CW, Chan KC, Yan WW. Clinical characteristics and outcomes of obstetric patients admitted to the Intensive Care Unit: a 10- year retrospective review. *Hong Kong Med J* 2010;16:18-25.

8. Bhat PBR, Navada MH, Rao SV, Nagarathna G. Evaluation of obstetric admissions to intensive care unit of a tertiary referral center in coastal India. *Indian Journal of Critical Care Medicine* 2013;17:34-37.

9. Vasquez DN, Estenssoro E, Canales HS, Reina R, Saenz MG, Das Neves AV, Toro MA, Loudet CI. Clinical characteristics and outcomes of obstetrics patients requiring ICU admission. *Chest* 2007;131:718-24.

10. Al-Suleiman SA, Qutub HO, Rahman J, Rahman MS. Obstetric admissions to the intensive care unit: a 12-year review. *Arch Gynecol Obstet* 2006;274:4-8.