











Artículo Original

Características clínicas y desenlace de pacientes obstétricas en cuidados intensivos en Paraguay: estudio observacional retrospectivo

Clinical characteristics and outcomes of obstetric patients in intensive care in Paraguay: a retrospective observational study

 Fretes, Federico¹;  Pederzani, Marcelo²;  Fontclara, Lorena²;  Gomez, Fredy²;
 Aguayo, Ángel¹;  Figueredo, Jessica²;  Caballero, Ricardo²;  Añazco, Patricia²;
 Amarilla, Rafael²;  Figueredo, Belinda²

¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Hospital General de San Lorenzo, Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos | San Lorenzo, Paraguay.

²Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Cuidados Intensivos Adultos. | San Lorenzo, Paraguay.



Como referenciar éste artículo | How to reference this article:

Fretes F, Pederzani M, Fontclara L, Gómez F, Aguayo A, Figueredo J, et al. Características clínicas y desenlace de pacientes obstétricas en cuidados intensivos en Paraguay: estudio observacional retrospectivo. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, Diciembre - 2025; 58(3): 52-61.

RESUMEN

Introducción: La mortalidad materna es un indicador clave de la calidad de los sistemas de salud. En las últimas décadas se ha observado una disminución global de esta mortalidad, tendencia que también se refleja en el Paraguay, aunque persisten desafíos significativos en la atención de las pacientes obstétricas críticamente enfermas. **Objetivos:** Describir las características clínicas y desenlaces de las pacientes obstétricas ingresadas en las unidades de cuidados intensivos polivalentes de dos hospitales públicos de Paraguay durante el período 2018-2023. **Metodología:** Se realizó un estudio de diseño observacional, descriptivo y retrospectivo en dos hospitales públicos de referencia de Paraguay entre enero de 2018 y diciembre de 2023. Se incluyó a todas las pacientes obstétricas ingresadas a las unidades de cuidados intensivos polivalentes durante el período de estudio. **Resultados:** Se analizaron las fichas clínicas de 95 pacientes obstétricas, que representó el 2,08% del total de ingresos a las unidades de cuidados intensivos. La mediana de edad fue de 28 años (rango intercuartílico [RIC]:10). La mayoría de las pacientes eran púperas (63,7%), predominando el puerperio quirúrgico. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (27,45%) y el antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo (21,56%). Las principales causas de ingreso fueron la enfermedad hipertensiva del embarazo (62,5% de los ingresos obstétricos) y la hemorragia puerperal (26,8%). El 39,56% de las pacientes requirió ventilación mecánica invasiva, con una

Autor correspondiente: Belinda Figueredo. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Cuidados Intensivos Adultos. | San Lorenzo, Paraguay. **Email:** bfigueredo@fcmuna.edu.py

Editor responsable:  Prof. Dr. Hassel Jimmy Jiménez*,  Dra. Lourdes Talavera*.

*Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas. San Lorenzo, Paraguay.

Fecha de recepción el 9 de julio del 2025; aceptado el 9 de diciembre del 2025.

mediana de estancia en la unidad de cuidados intensivos de 4 días (RIC: 4). La mediana del score APACHE II fue 10 (RIC: 5) y del score SOFA inicial fue 2 (RIC: 3). La mortalidad observada fue de 3,29% (IC 95%: 0,7-9,3). **Conclusiones:** Las pacientes obstétricas representan un bajo porcentaje de los ingresos a cuidados intensivos en los hospitales estudiados. Se caracterizó por ser una población joven, predominantemente puérperas, cuyas principales causas de ingreso fueron la enfermedad hipertensiva del embarazo y la hemorragia puerperal. La mortalidad observada fue baja en comparación con estudios similares de la región.

Palabras clave: mortalidad materna; cuidados intensivos; obstetricia; comorbilidad; morbilidad.

ABSTRACT

Introduction: Maternal mortality is a key indicator of the quality of health systems. Over the past decades, a global decline in maternal mortality has been observed, a trend that is also reflected in Paraguay, although significant challenges remain in the care of critically ill obstetric patients. **Objectives:** To describe the clinical characteristics and outcomes of obstetric patients admitted to the multi-purpose intensive care units of two public hospitals in Paraguay during the period 2018-2023. **Methodology:** An observational, descriptive, retrospective study was conducted in two public referral hospitals in Paraguay between January 2018 and December 2023. All obstetric patients admitted to polyvalent intensive care units during the study period were included. **Results:** A total of 95 obstetric patients were analyzed, representing 2.08% of all admissions to the intensive care units. The median age was 28 years (interquartile range [IQR]: 10). Most patients were postpartum (63.7%), with a predominance of surgical postpartum. The most frequent comorbidities were hypertension (27.45%) and a history of hypertensive pregnancy (21.56%). The main causes of admission were hypertensive disorders of pregnancy (62.5% of obstetric admissions) and postpartum hemorrhage (26.8%). Thirty-nine point five six percent of patients required invasive mechanical ventilation, with a median intensive care unit stay of 4 days (IQR: 4). The median APACHE II score was 10 (IQR: 5) and the initial SOFA score was 2 (IQR: 3). The observed mortality rate was 3.29% (95% CI: 0.7-9.3). **Conclusions:** Obstetric patients represent a low percentage of intensive care admissions in the hospitals studied. They were characterized as a young population, predominantly postpartum women, whose main causes of admission were hypertensive disease of pregnancy and postpartum hemorrhage. The observed mortality was low compared to similar studies in the region.

Keywords: maternal mortality; intensive care; obstetrics; comorbidity; morbidity.

Introducción

La mortalidad materna constituye uno de los indicadores más relevantes de la calidad de los servicios de salud. Según la OMS, se define como las muertes de mujeres por causas relacionadas o agravadas por el embarazo o su tratamiento, ocurridas durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores, independientemente de la duración y lugar del embarazo ⁽¹⁾. Durante las últimas décadas, la mortalidad materna ha experimentado una

disminución significativa global, atribuible a la mejora en los recursos sanitarios y el acceso a atención obstétrica de calidad ^(2,3).

En Paraguay, la razón de muerte materna disminuyó de 164 por 100.000 nacidos vivos en 2000 a 67,3 en 2017 ⁽⁴⁾. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 generó un incremento que alcanzó cifras similares a las de dos décadas atrás ^(4,5), evidenciando la vulnerabilidad de los sistemas de salud

materna y la necesidad de fortalecer los servicios de atención obstétrica, incluyendo las UCI.

La prevalencia de ingresos de pacientes obstétricas a UCI oscila entre 0,7 y 13,5 por cada 1.000 embarazos ⁽⁶⁻⁸⁾. En países desarrollados representan menos del 1% de admisiones a UCI, con mortalidad entre 5% y 20% ⁽⁷⁾. En contraste, en países con recursos limitados este porcentaje puede alcanzar hasta 25,7%, esta heterogeneidad refleja diferencias en recursos disponibles, criterios de admisión y calidad de atención perinatal ^(9,10).

El embarazo presenta cambios anatómicos y fisiológicos que pueden complicar el manejo de la mujer gestante críticamente enferma. El conocimiento de estas alteraciones resulta esencial para un manejo óptimo. Las pacientes requieren frecuentemente monitoreo continuo e intervenciones terapéuticas especializadas ⁽¹¹⁾.

Las complicaciones obstétricas que requieren manejo en UCI incluyen enfermedad hipertensiva del embarazo (preeclampsia, eclampsia, síndrome HELLP), hemorragias y complicaciones infecciosas. Las condiciones no obstétricas comprenden enfermedades autoinmunes, cardiovasculares, respiratorias, neurológicas y metabólicas. La distribución varía según el nivel de desarrollo: en naciones desarrolladas predominan complicaciones hemorrágicas y enfermedad hipertensiva, mientras que en países con recursos limitados las causas infecciosas son más relevantes ^(11,12).

En Paraguay existe escasez de información publicada sobre pacientes obstétricas en UCI. Esta brecha limita la implementación de estrategias específicas adaptadas al contexto nacional. Hasta la fecha solo se ha publicado un estudio nacional, resaltando la necesidad de generar evidencia local para caracterizar esta población y orientar las políticas de salud materna ⁽¹³⁾.

El objetivo del presente estudio fue describir las características epidemiológicas, clínicas,

obstétricas y los desenlaces de las pacientes gestantes y puérperas que requirieron ingreso a UCI polivalentes en dos hospitales públicos de referencia de Paraguay durante el período 2018-2023.

Material y Método

Diseño y contexto del estudio

Se realizó un estudio de diseño observacional, descriptivo, retrospectivo y multicéntrico. El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (hospital de tercer nivel, San Lorenzo) y el Hospital General San Lorenzo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (segundo nivel, Departamento Central). Ambas instituciones cuentan con UCI polivalentes de adultos. El período de estudio abarcó desde junio de 2018 hasta junio de 2023.

Población de estudio

Se definió como paciente obstétrica a toda mujer adulta en gestación, puérpera o con aborto reciente que requirió ingreso a UCI. Se incluyó a pacientes ≥ 18 años, con embarazo en curso, en puerperio (hasta 42 días) o aborto reciente, que requirió UCI por gravedad clínica. Se excluyó a las historias clínicas incompletas y las de pacientes trasladadas sin conocer su desenlace.

Variables del estudio

Las variables analizadas fueron:

- Demográficas: edad.
- Obstétricas: estado al ingreso (gestante, puérpera, post-aborto); edad gestacional; paridad (nulípara, primípara, multípara); embarazos previos; tipo de puerperio y aborto.
- Clínicas: comorbilidades preexistentes (hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, cardiopatías, autoinmunes, obesidad, asma, epilepsia);

antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo.

Los motivos de ingreso se clasificaron en obstétricos (enfermedad hipertensiva del embarazo incluyendo preeclampsia, eclampsia y HELLP; hemorragia puerperal; aborto séptico; endometritis) y no obstétricos (insuficiencia respiratoria, postoperatorio no obstétrico, complicaciones neurológicas, COVID-19, dengue, parada cardiorrespiratoria).

Se registraron scores APACHE II y SOFA inicial (primeras 24 horas), intervenciones (ventilación mecánica, días de VM, vasopresores, hemodiálisis, hemoderivados, reintervención quirúrgica) y desenlaces (días de estancia en UCI, mortalidad intrahospitalaria).

Recolección de datos

Los datos se obtuvieron mediante revisión sistemática de historias clínicas físicas y digitales. Se utilizó una ficha estandarizada diseñada para el estudio. Se garantizó la confidencialidad asignando códigos numéricos sin datos de identificación personal.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron con Microsoft Excel 2019. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC). Las variables categóricas como frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%). El intervalo de confianza del 95% de mortalidad se calculó mediante método de Wilson. No se realizaron análisis inferenciales por el carácter descriptivo del estudio.

Aspectos éticos

El estudio siguió los principios de la Declaración de Helsinki. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (dictamen 359/2023). Debido al diseño retrospectivo y datos anonimizados, se obtuvo dispensa de consentimiento informado. Se garantizó confidencialidad mediante codificación y acceso restringido a investigadores. Los resultados se presentaron de forma agregada sin identificación individual.

Resultado

Características generales de la población

Durante el período 2018-2023, ingresaron un total de 4.565 pacientes en ambas UCI de los dos centros. De estos, 95 correspondieron a pacientes obstétricas (2,08%). Se excluyó las fichas de 4 menores de 18 años, fueron analizadas las fichas de 91 pacientes.

La mediana de edad fue 28 años (RIC: 10), con rango de 18 a 45 años. Respecto a paridad: 40 pacientes (43,9%) eran nulíparas, 13 (14,3%) primíparas y 38 (41,8%) multíparas. La mediana de embarazos previos fue 2 (RIC: 1).

Cincuenta y un pacientes (56,0%) presentaron comorbilidades. Las más frecuentes fueron hipertensión arterial crónica (27,5%), antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo (21,6%), diabetes gestacional (7,8%), obesidad (7,8%), epilepsia (7,8%) y asma (7,8%). Otras menos frecuentes: diabetes mellitus tipo 2, cardiopatías, enfermedad renal crónica y miastenia gravis (3,9% cada una). Las características se presentan en la **Tabla 1**.

Estado obstétrico y motivos de ingreso

Al ingreso, 28 pacientes (30,8%) eran gestantes, 58 (63,7%) puérperas y 5 (5,5%) post-aborto, observándose predominio puerperal.

Las gestantes presentaron mediana de edad gestacional de 25 semanas (RIC: 10). Entre las puérperas, 57 (90,5%) tuvieron cesárea y 1 (1,6%) parto vaginal. Los abortos fueron 4 espontáneos (80%) y 1 inducido (20%).

Los motivos obstétricos fueron causa de ingreso en 56 pacientes (61,5%) y los no obstétricos en 35 (38,5%). Entre causas obstétricas, la enfermedad hipertensiva del embarazo fue más frecuente con 35 pacientes (62,5% de ingresos obstétricos), seguida de hemorragia puerperal con 15 (26,8%), aborto séptico con 5 (9,0%) y endometritis con 1 (1,8%).

Tabla 1. Características demográficas, antecedentes obstétricos y comorbilidades de pacientes obstétricas ingresadas a unidades de cuidados intensivos. Estudio multicéntrico. Paraguay. 2018-2023 (n:91).

Variable	n = 91
Edad en años, mediana (RIC)	28 (10)
Antecedentes obstétricos, n (%)	
Nulípara	40 (43,9)
Primípara	13 (14,3)
Múltipara	38 (41,8)
Embarazos previos, mediana (RIC)	
	2 (1)
Comorbilidades, n (%)	
	51 (56,0)
Tipo de comorbilidad, n (%) ^a	
Hipertensión arterial crónica	14 (27,5)
Enfermedad hipertensiva del embarazo previa ^b	11 (21,6)
Epilepsia	4 (7,8)
Obesidad	4 (7,8)
Diabetes gestacional	4 (7,8)
Asma	4 (7,8)
Diabetes mellitus tipo 2	2 (3,9)
Cardiopatía	2 (3,9)
Enfermedad renal crónica	2 (3,9)
Miastenia gravis	2 (3,9)

RIC: rango intercuartílico.

^a Los porcentajes se calcularon sobre el total de pacientes con comorbilidades (n=51).

^b Antecedente de enfermedad hipertensiva en gestaciones previas.

Entre motivos no obstétricos, insuficiencia respiratoria fue más frecuente (47,1%), seguida de postoperatorio no obstétrico (17,6%), complicaciones neurológicas (11,8%), COVID-19 (8,8%), dengue (8,8%) y parada cardiorrespiratoria (5,9%). Las características se detallan en la **Tabla 2**.

Scores de gravedad y medidas de soporte vital

La mediana del SOFA inicial fue 2 (RIC: 3) y del APACHE II 10 (RIC: 5), indicando gravedad leve a moderada.

Durante la estancia, 36 pacientes (39,6%) requirieron ventilación mecánica invasiva con mediana de 2 días (RIC: 5). El soporte con vasopresores fue necesario en 20 pacientes

(22,0%) y hemodiálisis en 2 (2,2%).

El uso de hemoderivados se requirió en 69 pacientes (75,8%).

Respecto a reintervenciones quirúrgicas, 11 pacientes (12,1%) requirieron cirugía obstétrica adicional y 11 (12,1%) cirugía no obstétrica.

Estancia en UCI y mortalidad

La mediana de estancia fue 4 días (RIC: 4), con rango de 1 a 28 días.

La mortalidad fue 3,3% (3 de 91 pacientes), equivalente a 33 por 1.000 ingresos obstétricos. El IC 95% fue 0,7-9,3%, reflejando imprecisión por el pequeño número de eventos.

Las causas de muerte fueron: shock hemorrágico (33,3%), shock séptico ginecológico (33,3%) y hemorragia subaracnoidea (33,3%). Las tres pacientes presentaban múltiples factores de gravedad. Los datos se presentan en la **Tabla 3**.

Tabla 2. Características demográficas, antecedentes obstétricos y comorbilidades de pacientes obstétricas ingresadas a unidades de cuidados intensivos. Estudio multicéntrico. Paraguay. 2018-2023 (n:91).

Variable	n = 91
Estado obstétrico al ingreso, n (%)	
Gestante	28 (30,8)
Puérpera	58 (63,7)
Post-aborto	5 (5,5)
Edad gestacional en semanas, mediana (RIC) ^a	
	25 (10)
Tipo de puerperio, n (%) ^b	
Quirúrgico (cesárea)	57 (90,5)
No quirúrgico (vaginal)	1 (1,6)
Tipo de aborto, n (%) ^c	
Espontáneo	4 (80,0)
Inducido	1 (20,0)
Motivo de ingreso, n (%)	
Obstétrico	56 (61,5)
No obstétrico	35 (38,5)
Motivos de ingreso obstétricos, n (%) ^d	
Enfermedad hipertensiva del embarazo ^e	35 (62,5)
Hemorragia puerperal	15 (26,8)
Aborto séptico	5 (9,0)
Endometritis	1 (1,8)
Motivos de ingreso no obstétricos, n (%) ^f	
Insuficiencia respiratoria aguda	16 (47,1)
Postoperatorio de cirugía no obstétrica	6 (17,6)
Complicaciones neurológicas	4 (11,8)
COVID-19	3 (8,8)
Dengue con signos de alarma	3 (8,8)
Post-parada cardiorrespiratoria	2 (5,9)

RIC: rango intercuartílico. a Edad gestacional calculada en las 28 pacientes gestantes al ingreso. *b* Porcentajes calculados sobre 63 pacientes puérperas (58) y post-aborto (5). *c* Porcentajes calculados sobre 5 pacientes con aborto. *d* Porcentajes calculados sobre 56 ingresos por causa obstétrica. *e* Incluye preeclampsia, eclampsia y síndrome HELLP. *f* Porcentajes calculados sobre 35 ingresos por causa no obstétrica.

Tabla 3. Scores de gravedad, intervenciones de soporte vital y desenlaces de pacientes obstétricas durante la internación en cuidados intensivos. Estudio multicéntrico. Paraguay. 2018-2023 (n:91).

Variable	n = 91
Scores de gravedad, mediana (RIC)	
SOFA inicial	2 (3)
APACHE II	10 (5)
Necesidad de cirugías adicionales, n (%)	
Causa obstétrica	11 (12,1)
Causa no obstétrica	11 (12,1)
Intervenciones de soporte vital, n (%)	
Ventilación mecánica invasiva	36 (39,6)
Uso de vasopresores	20 (22,0)
Hemodiálisis	2 (2,2)
Transfusión de hemoderivados	69 (75,8)
Días de ventilación mecánica, mediana (RIC) ^a	2 (5)
Días de internación en UCI, mediana (RIC)	4 (4)
Mortalidad en UCI, n (%)	3 (3,3)
Causas de muerte, n (%) ^b	
Shock hemorrágico	1 (33,3)
Shock séptico de origen ginecológico	1 (33,3)
Hemorragia subaracnoidea	1 (33,3)

APACHE II: *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II*; RIC: rango intercuartílico; SOFA: *Sequential Organ Failure Assessment*; UCI: *unidad de cuidados intensivos*. a Mediana calculada sobre 36 pacientes que requirieron ventilación mecánica. b Porcentajes calculados sobre 3 pacientes fallecidas.

Discusión

El presente estudio constituye el primer trabajo multicéntrico en dos hospitales públicos de Paraguay sobre pacientes obstétricas en UCI. Los principales hallazgos fueron: bajo porcentaje de ingresos, población joven, predominio puerperal, enfermedad hipertensiva como principal causa, estancia corta y baja mortalidad (3,3%), comparable a países desarrollados.

La mediana de 28 años es similar a estudios previos en Paraguay y Brasil, reflejando el patrón reproductivo latinoamericano (13,14).

En contraste, estudios de Canadá y China reportan mayor proporción de pacientes mayores de 30 años, atribuible a factores socioeconómicos y culturales que condicionan el retraso de la maternidad (15,16).

El porcentaje observado de admisión en UCI (2,08%) se encuentra en rango intermedio comparado con la literatura. En países desarrollados representan <1% de admisiones a cuidados intensivos, mientras que en países con recursos limitados varían entre 0,48% y 4,6%. Excepcionalmente, Anane

et al. reportaron 25,7% en Ghana (9). Esta variabilidad refleja diferencias en criterios de admisión, recursos disponibles y organización de servicios de salud materna.

El predominio puerperal es concordante con literatura regional (17,18) y con otros reportes europeos (19,20), sugiriendo que las complicaciones graves ocurren principalmente postparto. El mayor número de nulíparas (43,9%) también es reportados por otros estudios (17-20) y podría relacionarse con mayor riesgo de complicaciones en el primer embarazo.

Los motivos obstétricos predominaron (61,5% vs 38,5%), concordante con otros autores (13,18). La enfermedad hipertensiva fue la principal causa, seguida de hemorragia puerperal, coincidiendo con estudios sudamericanos (21-23) y de otros países fuera de la región (24,25). En contraste, Chantry et al. en Francia reportaron hemorragias como primera causa de ingreso, reflejando diferencias en control prenatal y factores de riesgo entre poblaciones (20).

En este trabajo las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial y antecedentes de enfermedad hipertensiva del embarazo, este perfil es similar a los trabajos publicados por Saintrain y Wanderer (23,24), pero difiere al reporte de Vargas et al. (6).

Los scores APACHE II y SOFA al ingreso indicaron gravedad baja a moderada. Estos scores tienen limitaciones para predecir mortalidad en pacientes obstétricas, tendiendo a sobreestimar el riesgo (26,27). Aún no existe un score pronóstico ideal para este tipo de población (28).

La ventilación mecánica fue requerida en un poco más del tercio de la población, los reportes de la literatura varían desde un 25% en Argentina (7) hasta un 68% en India (6). Estudios etíopes reportan 50% (29), austriacos 34% (19) y el estudio paraguayo de Zorrilla et al. menciona un 37% (13). Esta variabilidad refleja diferencias en criterios de intubación y gravedad al ingreso.

El uso de vasopresores, menos del 25% fue similar al trabajo de la India (30). Los hemoderivados fueron necesarios en 75,8%, superior al 46% reportado por Sailaja et al. (30), explicable por la mayor proporción de puerperas quirúrgicas y hemorragias puerperales.

La estancia mediana de 4 días concuerda con la literatura que reporta 3-6 días en promedio (13,19,20,22).

La mortalidad (3,3%; IC 95%: 0,7-9,3%) fue similar a estudios argentinos (17) y europeos (19,20) y sustancialmente menor comparados con estudios africanos como el de Tasew et al (29), que reporta una elevada mortalidad para este tipo de pacientes (27%) en Etiopía.

Limitaciones del estudio

El diseño retrospectivo implica datos no registrados sistemáticamente, limitando el análisis de ciertas variables. Durante la pandemia COVID-19, las pacientes fueron redireccionadas a un hospital específico, incluyéndose solo 3 casos, constituyendo un sesgo importante. Al limitarse a dos hospitales públicos de la región central, los hallazgos podrían no ser generalizables. A pesar de estas limitaciones, este estudio proporciona información valiosa sobre pacientes obstétricas críticas en Paraguay.

Implicaciones prácticas

Los resultados tienen implicaciones para la organización de servicios de salud materna en Paraguay. La identificación de enfermedad hipertensiva y hemorragia puerperal como principales causas subraya la necesidad de fortalecer prevención, detección temprana y manejo oportuno. La baja mortalidad observada sugiere que, con recursos adecuados de cuidados críticos, el pronóstico puede ser favorable.

Conclusiones

Las pacientes obstétricas representan 2,08% de ingresos a UCI, caracterizándose por ser población joven, con predominio puerperal, particularmente post-cesárea.

La enfermedad hipertensiva del embarazo y hemorragia puerperal constituyeron las principales causas obstétricas, representando casi el 90% de ingresos por motivos obstétricos. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente.

Las intervenciones más utilizadas fueron transfusión de hemoderivados (75,8%) y ventilación mecánica invasiva (39,6%). La estancia fue corta (mediana 4 días) y la mortalidad baja (3,3%), comparable a países desarrollados.

El manejo multidisciplinario oportuno es fundamental para optimizar desenlaces maternos. Los hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer prevención y detección temprana de complicaciones obstétricas, garantizando acceso oportuno a UCI con capacidad en manejo de pacientes obstétricas críticas.

Se recomienda realizar estudios futuros prospectivos que incluyan mayor número de centros hospitalarios del país para obtener una visión más completa de la realidad nacional paraguaya.

Contribución de los autores: FF conceptualización MP, análisis formal, escritura del borrador original. FG y AA : investigación, recopilación de datos. JF curación de datos. RC: visualización. BF: administración del proyecto, revisión y edición del manuscrito. LF revisión y edición del manuscrito.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de Financiación: El presente estudio no ha recibido financiación alguna.

Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, UNDESA/Population Division. Trends in maternal mortality 2000 to 2020. Geneva: WHO. 2023.
2. Senanayake H, Dias T, Jayawardena A. Maternal mortality and morbidity: epidemiology of intensive care admissions in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013;27(6):811-20. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.07.002
3. Einav S, Leone M. Epidemiology of obstetric critical illness. *Int J Obstet Anesth.* 2019;40:128-39. doi: 10.1016/j.ijoa.2019.05.010
4. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). Guía de Vigilancia de la mortalidad materna, fetal y neonatal. Asunción: MSPBS; 2022. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/porta/adjunto/72a96b-VigilanciaMaternaVWEB.pdf>
5. Viruez-Soto A, Olaya-Garay X, Quiñones-Quiñones E, Murillo-García D, Ibáñez-Rodríguez CE, Franco-Hernández GA, et al. COVID-19 y obstetricia crítica en cuatro países de Latinoamérica. *Respirar.* 2021; 13(2):65-72.
6. Vargas M, Marra A, Buonanno P, Iacovazzo C, Schiavone V, Servillo G. Obstetric admissions in ICU in a tertiary care center: a 5-year retrospective study. *Indian J Crit Care Med.* 2019;23(5):213-9. doi: 10.5005/jp-journals-10071-23163
7. Vasquez DN, Das Neves AV, Vidal L, Moseinco M, Lapadula J, Zakalik G, et al. Characteristics, outcomes, and predictability of critically ill obstetric patients: a multicenter prospective cohort study. *Crit Care Med.* 2015;43(9):1887-97. doi: 10.1097/CCM.0000000000001139
8. Oliveira S, Filipe C, Husson N, Vilhena IR, Anastácio M, Miranda M, et al. Obstetric admissions to the intensive care unit: an 18-year review in a Portuguese tertiary care centre. *Acta Med Port.* 2019;32(11):693-6. doi: 10.20344/amp.11410
9. Anane-Fenin B, Agbeno EK, Osarfo J, Opoku-Anning DA, Boateng AS, Ken-Amoah S, et al. A ten-year review of indications and outcomes of obstetric admissions to an intensive care unit in a low-resource country. *PLoS One.* 2021;16(12):e0261974. doi: 10.1371/journal.pone.0261974
10. Ismail S, Sohaib M. Critically ill obstetric patients in resource-limited settings. *J Obstet Anaesth Crit Care.* 2019;9(2):53. doi: 10.4103/joacc.joacc_32_19
11. Kazma JM, van den Anker J, Allegaert K, Dallmann A, Ahmadzia HK. Anatomical and physiological alterations of pregnancy. *J Pharmacokinet Pharmacodyn.* 2020;47(4):271-85. doi: 10.1007/s10928-020-09677-1
12. Koukoubanis K, Prodromidou A, Stamatakis E, Valsamidis D, Thomakos N. Role of critical care units in the management of obstetric patients. *Biomed Rep.* 2021;15(1):58. doi: 10.3892/br.2021.1434
13. Zorrilla AD, Segovia MR. Ingresos a Unidad de

- Cuidados Intensivos de mujeres durante el embarazo y periodo puerperal. Rev. Nac. (Itauguá) 2017;9(1): 49-60. doi: 10.18004/rdn2017.0009.01.049-060.
14. Feitosa Mourão L, Mendes IC, Barbosa Marques AD, Feitosa Cestari VR, Barreto de Brito Braga RM. Ingresos en UCI por causas obstétricas. Enferm Glob. 2018;18(1):304-45. doi: 10.6018/eglobal.18.1.302341
15. Aoyama K, Pinto R, Ray JG, Hill AD, Scales DC, Lapinsky SE, et al. Variability in ICU admission among pregnant and postpartum women in Canada: a nationwide study. Crit Care. 2019;23(1):381. doi: 10.1186/s13054-019-2660-x
16. Zhao Z, Han S, Yao G, Li S, Li W, Zhao Y, et al. Pregnancy-related ICU admissions 2008-2016 in China: a multicenter report. Crit Care Med. 2018;46(10):e1002-9. doi: 10.1097/CCM.0000000000003355
17. Vasquez DN, Das Neves AV, Aphalo VB, Loudet CI, Roberti J, Cicora F, et al. Health insurance status and outcomes of critically ill obstetric patients: a prospective cohort study in Argentina. J Crit Care. 2014;29(2):199-203. doi: 10.1016/j.jcrc.2013.11.010
18. Oliveira-Neto AF, Parpinelli MA, Costa ML, Souza RT, Ribeiro do Valle C, Sousa MH, et al. Prediction of severe maternal outcome in obstetric ICU. Crit Care Med. 2019;47(2):e136-43. doi: 10.1097/CCM.0000000000003549
19. Farr A, Lenz-Gebhart A, Einig S, Ortner C, Holzer I, Elhenicky M, et al. Outcomes and trends of peripartum ICU admission. Wien Klin Wochenschr. 2017;129(17-18):605-11. doi: 10.1007/s00508-016-1161-z
20. Chantray AA, Deneux-Tharoux C, Bonnet MP, Bouvier-Colle MH. Pregnancy-related ICU admissions in France: trends 2006-2009. Crit Care Med. 2015;43(1):78-86. doi: 10.1097/CCM.0000000000000601
21. Galvão LPL, Alvim-Pereira F, Mendonça CMM, Menezes FEF, Góis KA, Ribeiro RF Jr, et al. Severe maternal morbidity and near miss in Northeast Brazil. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:25. doi: 10.1186/1471-2393-14-25
22. Bandeira ARAP, Rezende CAL, Reis ZSN, Barbosa AR, Peret FJA, Cabral ACV. Epidemiologic profile and maternal prognosis factors in an obstetric ICU. Int J Gynaecol Obstet. 2014;124(1):63-6. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.07.015
23. Saintrain SV, Oliveira JGR, Saintrain MVL, Bruno ZV, Borges JLN, Daher EDF, et al. Factors associated with maternal death in ICU. Rev Bras Ter Intensiva. 2016;28(4):397-404. doi: 10.5935/0103-507x.20160073
24. Wanderer JP, Leffert LR, Mhyre JM, Kuklina EV, Callaghan WM, Bateman BT. Epidemiology of obstetric ICU admissions in Maryland: 1999-2008. Crit Care Med. 2013;41(8):1844-52. doi: 10.1097/CCM.0b013e31828a3e24
25. Yuqi L, Tan G, Chengming S, Xuri S. ICU as main battlefield for maternal rescue in China: 8-year experience. Crit Care Med. 2017;45(11):e1106-10. doi: 10.1097/CCM.0000000000002597
26. Ryan HM, Sharma S, Magee LA, Ansermino JM, MacDonell K, Payne BA, et al. Usefulness of APACHE II in obstetric critical care: review. J Obstet Gynaecol Can. 2016;38(10):909-18. doi: 10.1016/j.jogc.2016.06.013
27. Paternina-Caicedo A, Miranda J, Bourjeily G, Levinson A, Dueñas C, Bello-Muñoz C, et al. Obstetric EWS performance for predicting maternal death. Am J Obstet Gynecol. 2017;216(1):58.e1-e8. doi: 10.1016/j.ajog.2016.09.103
28. Aoyama K, D'Souza R, Pinto R, Ray JG, Hill A, Scales DC, et al. Risk prediction models for maternal mortality: systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2018;13(12):e0208563. doi: 10.1371/journal.pone.0208563
29. Tasew A, Melese E, Jemal S, Getachew L. Obstetric mortality and associated factors in the ICU of Addis Ababa public hospitals: case-control study. Ann Med Surg (Lond). 2022;81:104458. doi: 10.1016/j.amsu.2022.104458
30. Sailaja KB, Ramasubramanian M. Critically ill obstetric admissions: a prospective analysis from a tertiary care hospital in South India. Indian J Crit Care Med. 2019;23(2):78-82. doi: 10.5005/jp-journals-10071-23712