

# FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN A LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” DURANTE EL PERIODO FEBRERO- JUNIO 2010

Karelis Martucci, Lucila Melendez, Yasmín Morales, Andrea Sánchez, Mireya Zavala

*Departamento Clínico Integral del Sur. Escuela de Medicina. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo*

## RESUMEN

Las complicaciones en embarazadas, producto de la presencia de diversos factores de riesgo, conllevan al ingreso de las gestantes a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El objetivo del presente trabajo fue analizar los factores de riesgo que predisponen a las complicaciones más frecuentes en las pacientes obstétricas ingresadas a la UCI de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el periodo febrero-junio, 2010. Se realizó un estudio descriptivo, con un diseño no experimental, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 16 pacientes obstétricas hospitalizadas en UCI entre febrero- junio 2010. Se utilizó un cuestionario para la recolección de datos de cada paciente. Los resultados fueron analizados mediante estadística descriptiva en tablas de distribución de frecuencia. Los resultados mostraron que 50% de las pacientes comprendieron un rango de edad entre 15 y 19 años, 50% no se controlaron el embarazo, el diagnóstico de ingreso más frecuente fue la Eclampsia con 31,25%, las pacientes con sobrepeso presentaron un promedio de APACHE II del 14,63+ 1,61 perduraron en un promedio de 12,72 + 1,61 días de hospitalización, y un promedio de 10,90 + 2,01 conectadas a ventilación mecánica. Se concluye que las complicaciones de las pacientes grávidas que ingresan a UCI se presenta en adultas jóvenes, con sobrepeso, solteras, con labores del hogar, al final del embarazo, con predominio de la Eclampsia junto a los trastornos infecciosos, y en su mayoría presentaron un APACHE II entre 9 y 14 puntos que corresponde alrededor de un 15 % de mortalidad.

**Palabras Claves:** Complicaciones, embarazo, factores de riesgo, pronóstico, Unidad de cuidados intensivos.

## ABSTRACT

Complications in pregnancy, due to the presence of various risk factors lead to the entry of pregnant women to the Intensive Care Unit (ICU). General Objective: To analyze the risk factors that predispose to more frequent complications in obstetric patients admitted to the ICU of the City Dr. Enrique Tejera Hospital in the period February to June 2010. Materials and Methods: A descriptive study using a non-experimental, cross sectional study. The sample consisted of 16 obstetric patients hospitalized in the ICU between February to June 2010. The instrument used to collect data from each patient was a structured questionnaire. To analyze the results, we used the descriptive statistics of frequency distribution tables. Results: 50% of patients included an age range between 15 and 19 years, 50% had no prenatal care, admission diagnosis Eclampsia

was the most frequent with 31.25%, overweight patients had an average APACHE 14.63 + 1.61 II lasted an average of 12.72 + 1.61 days of hospitalization, and an average of 10.90 + 2.01 connected to mechanical ventilation Conclusions: The complications of the pregnant patients admitted to ICU occurs in young adult women, overweight, unmarried, with housework, at the end of pregnancy, with prevalence of Eclampsia with infectious disorders, and most had an APACHE II between 9 and 14 points corresponding about 15% mortality.

**Keywords:** complications, pregnancy, risk factors, prognosis, intensive care unit.

## INTRODUCCIÓN

Las complicaciones durante el embarazo obedecen a diversos factores tanto epidemiológicos como clínicos de carácter médico y/o gineco-obstétricos, que se pueden presentar durante la gestación, los cuales se relacionan con más del 70% de las muertes maternas; entre las más frecuentes se encuentran: hemorragias, infecciones, abortos, eclampsia, desproporción céfalo pélvica y vicios de presentación (1).

Entre los principales factores epidemiológicos de riesgo se encuentra el inicio precoz de la sexualidad en la población adolescente (2). Sin embargo, algunos autores establecen que en embarazos de población adolescente en condiciones adecuadas de nutrición, salud, controles prenatales y un adecuado contexto social y familiar favorable, los riesgos de complicaciones son equivalentes a las correspondientes a la población adulta, con excepción de aquellos casos menores de 14 años, donde la gestación constituye en sí un riesgo en términos biológicos para la madre (3). También se incluye en este aspecto la escasa información sexual y comunicación intrafamiliar, deserción escolar, además de un inadecuado control prenatal (4). Por otro lado, los hábitos tabáquicos y alcohólicos durante el embarazo constituyen una preocupación para el obstetra, encontrándose una relación directa entre éstos y complicaciones durante el período gestacional y en los neonatos (5).

Las causas médicas que conllevan a complicaciones durante la gestación varían según la etapa del embarazo. En el primer trimestre el sobrepeso y la obesidad repercuten de manera adversa, produciendo abortos espontáneos y anomalías congénitas. En etapas avanzadas las complicaciones más comunes son hipertensión, preeclampsia, diabetes gestacional, hepatopatías, trastornos tromboembólicos venosos y

complicaciones como el síndrome HELLP. La obesidad está relacionada con mayor frecuencia a la aparición de enfermedad hipertensiva gravídica (EHG), infección urinaria, restricción del crecimiento intrauterino, polihidramnios, y diabetes gestacional (6).

Según algunos autores la Hipertensión afecta entre 3-15% de los embarazos y es la complicación médica más común durante la gestación. Abarca diversos estadios como preeclampsia, eclampsia y síndrome HELLP y es más frecuente en jóvenes durante el primer embarazo, en nulíparas de mayor edad, hipertensas previas y diabéticas. Durante el embarazo otra complicación más frecuente es la infección del tracto urinario en cualquiera de sus manifestaciones: bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis aguda (7).

Otra de las complicaciones frecuentes en el embarazo, están representadas por las patologías respiratorias; sabiendo que la mujer embarazada presenta cambios fisiológicos como hiperventilación y disnea, algunas complicaciones pulmonares pueden pasar inadvertidas si los signos y síntomas de enfermedad son sutiles y se confunden con dichos cambios (8). No obstante, son las complicaciones de estos estados, como el síndrome de dificultad respiratoria del adulto, el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y el shock, las condiciones patológicas que determinan la aparición de síntomas y signos que hacen pensar en la necesidad de traslado de una paciente obstétrica a una Unidad de Cuidados Intensivos (9).

Se estima que a nivel mundial mueren 529.000 mujeres cada año como consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo y parto. Además, por cada mujer que muere durante el parto, otras 20 sufren lesiones, infecciones o enfermedades (10). Estudios previos realizados en nuestro país durante los años 1974-2005 han demostrado que más del 50% de las complicaciones se observaron en embarazadas procedentes del medio rural (11). Más recientemente se demostró que las principales causas desencadenantes de esta condición obedecen a ausencia de control prenatal y escaso nivel educativo (12). Entre las complicaciones clínicas más frecuentes figura la hipertensión (12, 13) que es el aumento de la tensión arterial > o igual a 140/90 mmhg luego de las 20 semanas de gestación (14).

En el presente trabajo se analizó los factores de riesgo que predisponen a las complicaciones más frecuentes en las pacientes obstétricas que ingresaron a un importante Centro Hospitalario público del Estado Carabobo.

## MATERIALES Y METODOS

**Tipo de investigación:** es de diseño no experimental, descriptivo, retrospectivo y transversal.

**Población y muestra:** La población estaba conformada por las pacientes obstétricas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET) en el período

febrero-junio 2010. La muestra estuvo conformada por 16 pacientes ingresadas a la UCI de este Centro Hospitalario que reunieron los siguientes criterios de inclusión: pacientes obstétricas complicadas, embarazadas o en puerperio inmediato y mediato, que ameritaron monitoreo continuo y/o soporte ventilatorio. Todas las pacientes manifestaron su consentimiento de participar en el estudio según las normas de Bioética y Bioseguridad de dicho Centro.

**Instrumento de recolección de datos:** abarcó tres partes: Datos personales, Datos Clínicos y antecedentes obstétricos. En la sección de datos personales se incluyó ficha patronímica, peso actual y antes del embarazo, talla, índice de masa corporal ó IMC. La segunda parte o datos clínicos (semanas de gestación calculado en base a la fecha de última regla y ecosonografía, diagnóstico de ingreso a la UCI, tensión arterial y valores de glicemia). Se tomó además en cuenta si la paciente requirió de ventilación mecánica y duración de la misma. En la sección de antecedentes obstétricos se contempló: número de hijos, tipos de parto: vaginal o cesárea, ausencia y/o presencia de abortos o mortinatos. Se tomó en cuenta también cuántos hijos han sido a término (embarazo de 38-42 semanas), pretérmino (menor a 37 semanas) o post-término (más de 42 semanas), el número de embarazos simples (feto único) o múltiples (dos o más), y las posibles complicaciones perinatales que hayan coexistido. Esta parte del instrumento, constó además de 10 preguntas de tipo cerrado (Si/No) con respecto al embarazo actual, que abarcó factores de riesgo (hábitos tabáquicos o alcohólicos, actividad física, calidad comidas principales y diagnóstico nutricional antropométrico, tensión arterial, glicemia). Se utilizó como valores de referencia del IMC para el caso de pacientes embarazadas: Infrapeso: < 19.8, Normopeso: 19.8 – 26, Sobrepeso: 26.1 - 29.0 y Obesa: > 29.0. Por medio de una serie de paraclínicos disponibles en la historia clínica de cada paciente, se tomaron ciertos valores necesarios para calcular el APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) que es uno de los sistemas más frecuentemente utilizados para cuantificar la gravedad de un paciente con independencia del diagnóstico de ingreso.

## RESULTADOS

Se encontró en las pacientes estudiadas (n=16) un predominio de edad entre 15 y 19 años, lo que representó el 50% de la muestra estudiada (n=8), con un promedio de edad de 17,13+1,25 años, seguido del grupo entre 20 y 24 años, valor porcentual de 43,75% (n=7) y promedio de edad 21,71+1,11 años, y entre 25-29 años un 6,25% (n=1) con un promedio de edad de 28 años (Tabla 1). En cuanto a las semanas de gestación, el 68,75% de la muestra (n=11) se encontró entre 34-39 semanas, promedio de 37+1,48, seguido del 18,75% (n=3), promedio de 30+1,41 semanas. En cuanto al APACHE II, el 43,75% (n=7) de las pacientes,

presentó un APACHE II entre 9 y 14 puntos (43,75%), con promedio de  $11,86 \pm 1,35$  puntos, que equivale a un 15% de mortalidad.

Edad (años)	$\bar{X} \pm ES$	f(n=16)	%
15 - 19	17,13±1,25	8	50
20 - 24	21,71±1,11	7	43,75
25 - 29	28±0	1	6,25
Semanas de Gestación	$\bar{X} \pm ES$	f(n=16)	%
24 - 28	25±1,73	3	18,75
29 - 33	30±1,41	2	12,50
34 - 39	37±1,48	11	68,75
APACHE II	$\bar{X} \pm ES$	f(n=16)	%
3 - 8	4±1,41	2	12,5
9 - 14	11,86±1,35	7	43,75
15 - 20	17,83±1,83	6	37,5
21 - 26	23±0	1	6,25

**Tabla 1.** Categorización por edad, semanas de gestación y APACHE II de las pacientes obstétricas con complicaciones graves ingresadas en UCI de la CHET 01 de febrero 2010 hasta 01 de junio 2010.

La Tabla 2 muestra que el 62,50% (n=10) de las pacientes hospitalizadas fueron solteras, un 37,5% (n=6) eran bachilleres y un 31,25% (n=5) no finalizaron la secundaria, encontrándose iguales porcentajes a nivel de primaria. El 75% (n=12) tenían como ocupación oficios del hogar, 18,75% (n=3) era estudiantes y un 6,25% (n=1) era obrera. En cuanto a los diagnósticos de ingreso, el 18,75% (n=5) presentó eclampsia, seguido de un 25% (n=4) de infección bacteriana de

Estado Civil	f(n=16)	%
Soltera	10	62,50
Concubina	6	37,50
Grado de instrucción	f(n=16)	%
Primaria	5	31,25
Secundaria	5	31,25
Bachiller	6	37,50
Ocupación	f(n=16)	%
Del Hogar	12	75,00
Estudiante	3	18,75
Obrera	1	6,25
Diagnóstico de ingreso	f(n=16)	%
Eclampsia	5	31,25
Epilepsia	2	12,5
Infección bacteriana en vías urinarias y/o respiratorias	4	25
Síndrome viral agudo	1	6,25
Shock Cardiogénico	1	6,25
Shock Hipovolémico	1	6,25
Insuficiencia renal aguda	1	6,25
Broncoespasmo Severo	1	6,25

**Tabla 2.** Características epidemiológicas de las pacientes obstétricas con complicaciones graves ingresadas en UCI de la CHET 01 de febrero 2010 hasta 01 de junio 2010.

vías urinarias y respiratorias y el resto de las pacientes en un menor porcentaje por otras causas (síndrome viral agudo, shock cardiogénico e hipovolémico, insuficiencia renal y broncoespasmo severo) con un 6,25% (n=1) para cada una de ellas.

La Tabla 3 muestra los factores de riesgo y complicaciones de las pacientes obstétricas con complicaciones graves ingresadas en la UCI de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, donde se observa que el 50% de las pacientes no se controlaron el embarazo (n= 8) y 50% restante cumplió el control prenatal. El 93,75% no presentaron hábito tabáquico (n= 15) en contraparte con el 6,25% de las pacientes que si tenían hábitos tabáquicos, igualmente el 93,75% no consumían bebidas alcohólicas. Se refleja que el 87,50% de las embarazadas (n= 14) no practicaban actividad física regularmente y el 12,50% (n=2) si lo hacían. En cuanto a las ingestas de comida diaria se reporta que el 93,75% si consumían 3 comidas diarias. Con respecto al diagnóstico antropométrico se obtuvo que el 68,75 % de las gestantes (n= 11) cursaron el embarazo con sobrepeso, el 25% (n= 4)

Control	f(n=16)	%
No	8	50
Si	8	50
Hábitos tabáquicos	f(n=16)	%
No	15	93,75
Si	1	6,25
Hábitos alcohólicos	f(n=16)	%
No	15	93,75
Si	1	6,25
Actividad física	f(n=16)	%
No	14	87,50
Si	2	12,50
Comidas diarias principales completas	f(n=16)	%
Si	15	93,75
No	1	6,25
Diagnóstico nutricional antropométrico	f(n=16)	%
Normopeso	4	25
Sobrepeso	11	68,75
Obesidad	1	6,25
Alteraciones de la tensión arterial	f(n=16)	%
Hipertensión	13	81,21
Hipotensión	2	12,5
Normotensión	1	6,25
Alteraciones de los valores de glucemia	f(n=16)	%
Hiperglucemia	3	18,75
Normoglucemia	13	81,25

**Tabla 3.** Factores de riesgo y complicaciones de las pacientes obstétricas con complicaciones graves ingresadas en UCI de la CHET 01 de febrero 2010 hasta 01 de junio 2010.

correspondieron a un diagnóstico de normopeso y tan sólo un 6,25% (n=1) tuvo un diagnóstico de obesidad. En relación con las alteraciones de la tensión arterial se reportaron 81,21% (n= 13) de pacientes con Hipertensión arterial, el 12,5% (n= 2) pacientes hipotensas. Con respecto a la alteración de los valores de la glicemia, el 81,25% (n= 13) fueron normoglicémicas, 18,75 (n=3) hiperglicémicas.

En cuanto a los factores de riesgo, APACHE II y evolución (Tabla 4), se reflejó que las pacientes que no cumplieron con el control prenatal presentaron un promedio de APACHE II del 13,85+ 5,83, que equivale entre 15-25% de mortalidad, las cuales perduraron un promedio de 12,50 ± 2,58 días de hospitalización, y un promedio de 11 ± 2,85 conectadas a ventilación mecánica. En contraparte, las pacientes que tuvieron control prenatal presentaron un promedio de 13,75 +2,98 de APACHE II con un promedio de 11,12 ± 1,23 días de hospitalización y una media de 9,5 ± 1,69 días en ventilación mecánica. Con respecto a la presencia de hábitos tabáquicos en las pacientes durante el periodo de gestación, la puntuación del APACHE II fue de 13 con un período de 15 días de hospitalización y 14 días en ventilación mecánica en oposición a las pacientes que no presentaron hábitos tabáquicos de una puntuación de APACHE de 13,86 +1,43 con una media de duración de 11,6 + 1,47 días de hospitalización y un promedio de 10 + 1,70 en ventilación mecánica. Se obtuvo un promedio del 16,50 +6,35 de puntuación del APACHE II en pacientes que consumían bebidas alcohólicas con una duración de 11 días de hospitalización y 10 días en ventilación mecánica, por otro lado las pacientes que no ingerían bebidas alcohólicas presentaron una media de 13,42 + 3,25 puntos de APACHE II con un promedio de 11,86 + 1,48 de días de hospitalización y de una media de 10,26 + 1,72 días en ventilación mecánica. En cuanto a la actividad física se reportan un promedio de APACHE del 13,42 + 3,25 con una media de duración de 11,35 + 1,56 de días de hospitalización y 9,71 +1,80 en ventilación mecánica en las gestantes que no realizaron actividad física en contraparte las pacientes que si la realizaron presentan un promedio de APACHE II de 16,5 +6,35 que se mantuvieron 15 días de hospitalización y 14 días conectadas a ventilación mecánica. Con respecto a la ingestión de las 3 comidas diarias, se encontró que las pacientes que si las cumplieron presentaron un promedio de 13,4 +1,36 de APACHE II, y un promedio de 11,86 +1,48 días de hospitalización y 10,26 + 1,72 días en ventilación mecánica, en contraste con las que no realizaron todas las comidas diarias con un promedio de 15 puntos de APACHE II, 11 días de hospitalización y 10 días de ventilación mecánica. En cuanto al diagnóstico antropométrico 11,75 + 3,11 puntos de APACHE II presentaron normopeso, 8 +2,67 días de hospitalización y 7 + 2,85 días en ventilación mecánica, las obesas presentaron 13 puntos de APACHE II, que equivale a un 15% de mortalidad, con 17 días de hospitalización y 16 días en ventilación mecánica, y

con sobrepeso presentaron un APACHE II de 14,63 + 1,61 puntos que equivale a un 25% de mortalidad con 12,72 + 1,61 días de hospitalización y 10,90 + 2,01 días conectadas a ventilación mecánica.

	Apache II	Días De Hospitalización	Días En Ventilación Mecánica
<b>Control</b>	$\bar{X} \pm ES$	$Xd \pm RI$	$Xd \pm RI$
No	13,85 ± 5,83	12,5 ± 2,58	11,0 ± 2,85
Si	13,75 ± 2,98	11,12 ± 1,23	9,5 ± 1,69
<b>Hábitos Tabáquicos</b>	$\bar{X} \pm ES$	$Xd \pm RI$	$Xd \pm RI$
No	13,86 ± 1,43	11,6 ± 1,47	10,0 ± 1,70
Si	13,0	15,0	14,0
<b>Hábitos Alcohólicos</b>	$\bar{X} \pm ES$	$Xd \pm RI$	$Xd \pm RI$
No	13,42 ± 3,25	11,86 ± 1,48	10,26 ± 1,72
Si	16,50 ± 6,35	11,0	10,0
<b>Actividad Física</b>	$\bar{X} \pm ES$	$Xd \pm RI$	$Xd \pm RI$
No	13,42 ± 3,25	11,35 ± 1,56	9,71 ± 1,80
Si	16,5 ± 6,35	15,0 ± 0,0	14,0 0,0
<b>Comidas diarias principales completas</b>	$\bar{X} \pm ES$	$Xd \pm RI$	$Xd \pm RI$
No	15	11,0	10,0
Si	13,4 ± 1,36	11,86 ± 1,48	10,26 ± 1,72
<b>Diagnóstico nutricional antropométrico</b>	$\bar{X} \pm ES$	$Xd \pm RI$	$Xd \pm RI$
Norm	11,75 ± 3,11	8,0 ± 2,67	7,0 ± 2,85
Obes	13,0	17,0	16,0
Sobrep	14,63 ± 1,61	12,72 ± 1,61	10,90 ± 2,01

**Tabla 4.** Factores de riesgo, APACHE II y evolución (días de hospitalización y en ventilación mecánica de las pacientes obstétricas con complicaciones graves ingresadas en UCI de la CHET 01 de febrero 2010 hasta 01 de junio 2010.

## DISCUSION

Según las características de las pacientes estudiadas con complicaciones graves ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" en el período Febrero-Junio de 2010, la mayoría presentó un rango de edad entre 15 y 19 años con promedio de 17,13+1,25, clasificandolas según la OMS como adolescentes. Esto se considera como un problema de afectación social, coincidiendo con las estadísticas sociodemográficas, en relación a sexualidad y salud reproductiva de este grupo etario (4). Estos resultados también coinciden con otros realizados en la ciudad de México, donde se observó que el embarazo en adolescentes se ve también afectado por la interacción de las condiciones que lo caracterizan, tales como: nutrición inadecuada, alteraciones de la salud de la madre, falta de apoyo familiar y atención necesaria (3, 12). En cuanto a la edad de gestación, la mayoría presentó embarazos a término (entre 34 y 39 semanas) y un APACHE II entre 9 y 14 puntos, lo que se traduce en una probabilidad de mortalidad entre un 8 y 15% (Tabla 1). En contraste con un estudio retrospectivo previo en el año 2002 de pacientes obstétricas ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente "Enrique Cabrera", donde se identificaron tres grupos según rangos de puntuación: uno de buen pronóstico (0-19 puntos), de riesgo elevado (20-24 puntos) y finalmente de muy mal pronóstico a partir de los 25 puntos (15). Se observó que la mayoría de las pacientes tuvieron un APACHE-II máximo entre 5 y 9 puntos, teniendo así una evaluación de un mejor pronóstico predictivo según los valores de esta escala a diferencia de los resultados de este estudio.

En cuanto a las características epidemiológicas de las pacientes (Tabla 2), la mayoría estaban solteras, eran bachilleres y con oficios del hogar, presentando divergencias con otros trabajos de investigación, en relación a la estabilidad según el estado civil y al nivel de instrucción; coincidiendo con la ocupación en esta etapa de crecimiento y desarrollo (2). Con respecto al diagnóstico de ingreso relevante de nuestra muestra fue toxemia en un 25% en contraste con un 18,75% en investigaciones previas (12).

No se demostró una importancia significativa en las pacientes que poseían hábitos nocivos para la salud del binomio maternofetal como el alcohol, el cigarrillo, con una representación de tan solo un 6,25% para cada uno, cifras que se acercan al estudio de Cedeño y colaboradores (5), en cuanto al hábito tabáquico donde tuvieron una prevalencia del 9,8% de las pacientes estudiadas, en oposición a sus cifras que por poco triplican los resultados de este estudio con un 17% para las embarazadas que ingerían alcohol, así como tampoco se considera significativa en este estudio la falta de actividad física y el desorden alimentario. Sin embargo, si se evidenció que hubo aumento de peso durante la etapa gestacional representado en sobrepeso con un 68,75% y obesidad en un 6,25% de la muestra estudiada, que juega un papel fundamental como factor de riesgo para el desarrollo de determinados cuadros patológicos sobre la madre (6). Igualmente se demostró que la aparición de hipertensión arterial durante el embarazo es una característica patológica que es muy frecuente en estas pacientes, que en este estudio representó el 81,21% del total de la población de estudio, superando las cifras aportada por un estudio previo en el año 2000 (16) donde el diagnóstico de la patología hipertensiva en el embarazo, correspondiendo a un 57.3%; igualmente cuentan con cifras de un 72% de embarazos no controlados que sobrepasan los datos estadísticos de esta investigación donde se obtuvo un 50% de las pacientes que presentaron dicha característica de importancia. Estableciendo similitudes encontradas entre investigaciones previas (12), se encontró que el control prenatal estuvo ausente en ambos casos en un 50%. No fue así el caso con la hiperglicemia que representó el 18,75% de la muestra, que no excede de manera predominante los valores del estudio de Huidobro y colaboradores (16) donde hubo una prevalencia de diabetes gestacional en 11,2% de la población en estudio.

Se demostró que la principal causa de mortalidad materna es la disfunción multiorgánica, donde se observó que la mayoría de las pacientes tuvieron un APACHE-II máximo entre 5 y 9 puntos, seguido por el grupo de menos de 5 y el de 10 a 14. La mortalidad materna sin embargo fue nula, aumentó al 23,1% cuando las puntuaciones oscilaron entre 20 y 24, llegando al 100% a partir de 25 puntos y en total, de 192 pacientes fallecieron 15 (7,81%). En oposición con estudios previos, en la presente investigación solo se registro una muerte, que corresponde al 6,25%, por otro lado se obtuvieron valores significativos en

cuanto a la puntuación del APACHE II de un promedio de  $13,85 \pm 5,83$  en las pacientes que no cumplieron efectivamente el control prenatal sobre las que sí lo hicieron, que equivale de manera predictiva con 15-25% de mortalidad, con un promedio de  $12,5 \pm 2,58$  días de hospitalización y de  $11,0 \pm 2,85$  días de conexión a ventilación mecánica. Con respecto a las pacientes que presentaron hábitos tabáquicos en la gestación las cifras no fueron significativas, de igual manera ocurre en el caso de las embarazadas que no realizaban actividad física, no así en el caso de las que ingirieron bebidas alcohólicas durante dicho periodo con un promedio de puntuación del APACHE II de  $16,50 \pm 6,35$ , que equivale a un valor predictivo de mortalidad del 25-40%, con 11 días de hospitalización y 10 días en conexión a ventilación mecánica con un predominio claro sobre las embarazadas que no poseían esta característica. En cuanto a las gestantes que no consumieron las tres comidas diarias necesarias también superaron a las que si las realizaron con un APACHE II de 15 puntos, que equivale a un 25% de mortalidad de manera predictiva, los días de hospitalización y conexión a ventilación mecánica coinciden con los de las pacientes que ingirieron alcohol. Las cifras significativas en la Tabla 4 y determinantes en la investigación muestran un claro aumento de la puntuación del APACHE II en las pacientes con sobrepeso ( $14,63 \pm 1,61$  puntos), que de forma predictiva equivale a un 15-25% de mortalidad (15) y un promedio de  $12,72 \pm 1,61$  días en hospitalización y una media de  $10,90 \pm 2,01$  días conectadas a la ventilación asistida. Igualmente los valores para la obesidad fueron elevados con 13 puntos de APACHE II, que equivale a un 15% de mortalidad de forma predictiva, 17 días de hospitalización y 16 días conectadas a ventilación mecánica.

Se concluye así que se establecieron los factores de riesgo que predisponen a las complicaciones más frecuentes en las pacientes obstétricas ingresadas a la UCI de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en el periodo febrero-junio, 2010.

Las complicaciones que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se presenta en mujeres adultas jóvenes, con sobrepeso, solteras, con labores del hogar, al final del embarazo, y la mitad de las pacientes controlaron su embarazo, siendo la eclampsia el trastorno hipertensivo que predomina y los trastornos infecciosos que más frecuentemente encontramos en las pacientes embarazadas fueron de puntos de partidas respiratorias y urinarias, y en su mayoría presentaron un APACHE II entre 9 y 14 puntos que corresponde alrededor de un 15 % de mortalidad. Se reflejó que las pacientes que con sobrepeso presentaron un promedio de APACHE II del  $14,63 \pm 1,61$  perduraron en un promedio de  $12,72 \pm 1,61$  días de hospitalización, y un promedio de  $10,90 \pm 2,01$  conectadas a ventilación mecánica con lo que se concluye que a mayor APACHE II mayor mortalidad y que hay peor pronóstico clínico a mayor tiempo de hospitalización.

Es importante brindar una evaluación prenatal a la embarazada en forma integral, como la herramienta

más importante para poder prevenir y controlar diversas alteraciones desde el punto de vista biopsicosocial haciendo énfasis en el área gineco-obstétrica, en diagnóstico antropométrico, control alimentario y de actividad física, entre otras para tratar de mejorar el bienestar materno y en consecuencia el ambiente fetal y de esta forma evitar las complicaciones posteriores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burrow G. Complicaciones Médicas durante el embarazo. 2001. 2da Edic. México. pp 59- 301.
2. Valdés S, Essien J, Bardales J, Saavedra D, Bardales E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2002; 28 (2): 132-4.
3. Stern C. El embarazo y la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Pública Mex 1997; 39(2): 137 – 143
4. Torres, C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas: un estudio epidemiológico en dos hospitales de Lima, Perú. Disponible en: <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/periodo/laVentana/16/16-5.pdf> Consulta: 20 Enero 2010
5. Cedeño M, Rodríguez M, Peraza D, Peraza R. Hábitos tóxicos y embarazo. Resultados perinatales. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=460993&indexSearch=ID>.
6. Sardiñas N, Carvajal Y, Escalante C. Repercusión de la obesidad en la morbilidad obstétrica. Rev. Cub. Obst Ginecol. 2010; 36(1):9-15.
7. Padgett E, Molina G. Infección Urinaria durante el Embarazo. Revista Médica Hondureña 2002; 56:1988-1991
8. Cabello H, Manieu D, Ruiz M. Enfermedades respiratorias en el embarazo. Rev Chil Enferm Respir 2003; 19(3):160-165.
9. Rodríguez G, Delgado J, Pérez L. Experiencia de 12 años de trabajo en la atención de adolescentes obstétricas críticamente enfermas en la unidad de cuidados intensivos. Rev Cubana Obstet Ginecol 1999; 25(3): 141-145.
10. Organización Mundial de la Salud. ¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto?. Abril 2005. Disponible: <http://www.who.int/features/qa/12/es/index.html> Consulta: 20 Enero 2010
11. Chacón G, Monsalve N. Mortalidad materna en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Rev Obstet Ginecol Venez 2007, 67(2):99-106.
12. Faneite P, Rivas, M. Mortalidad materna: tragedia prevenible ¿Hemos avanzado? Revista Obst Ginecol Venez 2010; 70(1):24-30.
13. Rojas A; Rivero R, Rivas L. Desenlace feto-materno de las pacientes con Síndrome de HELLP en comparación con las embarazadas con otros trastornos hipertensivos (preeclampsia - eclampsia) Ciudad Hospitalaria dr. Enrique Tejera. período 2005-2007. Tesis de Grado de la Universidad de Carabobo, Valencia.
14. Cunningham G., Macdonald P., Gant N. Williams Obstetricia. 20. a. edición. Argentina: Editorial Medica Panamericana, 1999, pp 241-299
15. Albadio Perez A. Mortalidad Materna en Cuidados Intensivos: Evaluación de una escala pronóstica. Unidad de Cuidados Intensivos Hospital General Docente “Enrique Cabrera”. Revista Cubana Medicina Intensiva Emergencias 2002; 12(12):900-904
16. Huidobro A, Fulford A, Carrasco E. Incidencia de diabetes gestacional y su relación con obesidad en embarazadas chilenas. Rev Med Chile 2004; 132(8): 931-938