
OBSTETRICIA

Instituto Superior de Medicina Militar "Luis Díaz Soto"

EXPERIENCIA DE 12 AÑOS DE TRABAJO EN LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAMENTE ENFERMAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Dr. Guillermo Rodríguez Iglesias,¹ Dr. Jorge Delgado Calzado² y Dra. Leonor Pérez Riveiro³

RESUMEN: Se estudian los factores relacionados con la atención de adolescentes obstétricas críticas atendidas en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos, ya que debido a las características físicas y psíquicas de ellas, pueden pasar rápidamente a ser una paciente críticamente enferma. Se plantean las causas más frecuentes de ingreso, complicaciones y tratamiento adecuado de éstas y del producto del embarazo.

Descriptores DeCS: EMBARAZO EN ADOLESCENCIA; COMPLICACIONES DEL EMBARAZO; UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA; CUIDADOS CRITICOS.

En la literatura médica sigue considerándose como principales causas de muerte materna la hipertensión inducida por el embarazo, la hemorragia y la infección.¹ No obstante, son las complicaciones de estos estados, como el síndrome de dificultad respiratoria del adulto, el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica,² y el *shock*,^{3,4} 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.⁵

La frecuencia estimada de enfermedades severas en pacientes obstétricas ha sido situada en $2,5 \times 1\,000$ embarazadas⁶ en $3,47 \times$ cada 100 pacientes, que ingresan en salas de cuidado intensivo⁷ y en $310 \times$ cada 100 000 nacidos vivos ($3,1 \times 1\,000$ nacidos vivos).⁸

Las tasas de mortalidad para las pacientes obstétricas que ingresaron en servicios de cuidados intensivos han sido estimadas entre el 18 y 20 % aunque algunos reportan tasas hasta de 10,8 %. En la literatura cubana consultada no disponemos de da-

¹ Residente de 3er. año en Ginecoobstetricia.

² Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Profesor Auxiliar.

³ Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Asistente.

tos que permitan determinar la magnitud de este problema en la adolescente obstétrica críticamente enferma.

Una adolescente embarazada, en trabajo de parto o una puérpera, puede transformarse en una adolescente obstétrica críticamente enferma, y se desconoce la frecuencia con la cual esta condición aparece en nuestro país, dada la carencia de estudios previos en este sentido. A esto contribuye que sólo algunos servicios de ginecología y obstetricia están ubicados en Hospitales Clínicoquirúrgicos con Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIA).

El perfeccionamiento de la atención integral a la mujer, la posibilidad de prevenir o diagnosticar precozmente muchas complicaciones del embarazo, parto y puerperio y el reconocimiento de la necesidad de los Cuidados Intensivos en la paciente obstétrica crítica,^{9,10} pueden contribuir al descenso de la tasa de mortalidad materna y motivaron la revisión de la literatura disponible sobre este tema y la ejecución de este trabajo.

El objetivo de este estudio es conocer los factores relacionados con la atención de adolescentes obstétricas críticas atendidas en UCIA, así como conocer la frecuencia con que ingresan nuestras adolescentes en la UCIA en relación con el total de nacimientos y las causas que motivaron su traslado a ésta.

Conocer la clasificación de las sepsis, las causas de histerectomía puerperal y las tasas de mortalidad según causas, así como las complicaciones encontradas y las medidas terapéuticas empleadas.

Determinar la frecuencia con que la cesárea en adolescentes constituye causa de ingreso en la UCIA.

Métodos

Se estudiaron las historias clínicas de 52 pacientes obstétricas gravemente enfermas ingresadas en la UCIA de nuestro

Instituto, entre enero de 1987 y diciembre de 1998, de las cuales 12 fueron adolescentes, y se obtuvieron las siguientes variables: tasa de adolescentes obstétricas según nacimientos y tasa de adolescentes obstétricas críticamente enfermas según nacimientos, diagnósticos al ingreso de la UCIA, clasificación de la sepsis, causas de las histerectomías, complicaciones y terapéutica empleada.

Se procesaron los datos automatizadamente mediante el sistema de base de datos QT y se representaron los resultados tabulares en forma de porcentajes y tasas.

Resultados

Del total de nacimientos ocurridos en el período de enero 1987 a diciembre 1998 (n= 21 510) fueron adolescentes n= 1 320 para el $61,36 \times 1 000$ nacimientos.

Del total de nacimientos en este período las adolescentes ingresadas en cuidados intensivos fueron n= $12,5 \times 10 000$.

Del total de adolescentes obstétricas atendidas (n= 1 320), ingresaron en la UCIA 12 pacientes ($9 \times 1 000$).

En los 12 años que abarca este trabajo se estudiaron los expedientes clínicos de 52 pacientes obstétricas ingresadas en la UCIA y las adolescentes (n= 12; 23,07 %).

TABLA 1. Distribución de las adolescentes según diagnóstico al ingreso en la UCIA

Motivos del ingreso	No.	%
Sepsis puerperal poscesárea	4	33,33
Vigilancia intensiva (hemorragia)	4	33,33
Sepsis posaborto	1	8,3
Sepsis puerperal	2	16,6
Eclampsia convulsiva	1	8,3
Total	12	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del ISMM "Luis Díaz Soto", enero 1987-diciembre 1998.

De las adolescentes ingresadas en cuidados intensivos el diagnóstico al ingreso fue por orden de frecuencia: sepsis puerperal poscesárea (n= 4; 33,33 %), hemorragia (n= 4; 33,33 %), sepsis puerperal (n= 2; 16,66 %), sepsis posaborto (n= 1; 8,33 %) y eclampsia convulsiva (n= 1; 8,33 %) (tabla 1).

La sepsis puerperal poscesárea, posparto y posaborto (n= 7) ocuparon la mayor parte de los ingresos en la UCIA para un 58,33 % predominando la endometritis y endomiometritis (tabla 2).

TABLA 2. Clasificación de las sepsis en las adolescentes como causa de ingreso en la UCIA

Clasificación del ingreso	No.	%
Poscesárea	4	57,14
Endometritis y endomiometritis	3	42,85
Shock séptico	1	14,28
Posparto	2	28,57
Endometritis y endomiometritis	2	28,57
Posaborto	1	14,28
Pelvipерitonitis	1	14,28
Total	7	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del ISMM "Luis Díaz Soto", enero 1987-diciembre 1998.

TABLA 3. Causas de histerectomía puerperal en las adolescentes ingresadas en la UCIA

Causas	No.	%
Atonía uterina	2	40
EIPA/sepsis puerperal	3	60
Total	5	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del ISMM "Luis Díaz Soto", enero 1987-diciembre 1998.

Del total de histerectomías realizadas (n= 16) 5 correspondieron a adolescentes (31,25 %), 3 de ellas por sepsis puerperal (60 %) y 2 por atonía uterina (40 %) (tabla 3).

Las complicaciones más frecuentes en las adolescentes obstétricas ingresadas en la UCIA fueron las alteraciones del equilibrio ácido básico (n= 7; 58,33 %), seguidas de la anemia (n= 5; 41,66 %), síndrome de dificultad respiratoria del adulto (n=4; 33,33 %), flebitis (n= 2; 16,66 %) hipertensión arterial (n= 2; 16,66 %), absceso de la herida quirúrgica, bronconeumonía, sepsis generalizada e hipercoagulabilidad (n= 1; 8,33 %), respectivamente (tabla 4).

TABLA 4. Complicaciones en las adolescentes ingresadas en la UCIA

Complicaciones	No.	%
Alteraciones del equilibrio ácido básico	7	58,33
Anemia	5	41,66
Síndrome de dificultad respiratoria del adulto	4	33,33
Flebitis	2	16,66
Hipertensión arterial	2	16,66
Absceso de la herida quirúrgica	1	8,33
Bronconeumonía	1	8,33
Sepsis generalizada	1	8,33
Hipercoagulabilidad	1	8,33
Total	24	100

TABLA 5. Antimicrobianos más empleados

Cefalosporinas + Aminoglucósidos + Metronidazol
Penicilina G + Aminoglucósidos + Metronidazol
Antimicrobóticos

Fuente: Departamento de estadísticas del ISMM "Luis Díaz Soto", enero 1987-diciembre 1998.

Los antimicrobianos más utilizados fueron la combinación de cefalosporinas + aminoglucósidos + metronidazol (tabla 5).

Las medidas terapéuticas más empleadas fueron: abordaje venoso profundo, corrección del equilibrio ácido básico y balance hidromineral, uso de antimicrobianos, anticoagulantes, transfusión sanguínea, amins, ventilación mecánica, inmunomoduladores, alimentación parenteral y protección gástrica.

Entre las muertes maternas (n= 4) ocurridas en este período no se encontró ninguna adolescente.

Discusión

La tasa de ingresos de las adolescentes obstétricas respecto al total de nacimientos se corresponde con los reportes consultados que informan de 0,3 y $2,5 \times 1\ 000$ nacimientos.¹⁻³

En muchos reportes las alteraciones hipertensivas ocupan un importante lugar en las pacientes obstétricas ingresadas en la UCIA, lo que no ocurrió en nuestro grupo de adolescentes.⁵

Las causas que motivaron el ingreso de estas pacientes en la UCIA coinciden con las reportadas en la literatura revisada.^{6,7}

La sepsis puerperal y la atonía uterina fueron las causas que motivaron la mayor cantidad de histerectomías, coincidiendo con los reportes consultados.^{8,9}

De todo lo anteriormente expuesto podemos concluir que la tasa de adolescentes obstétricas según nacimientos fue de $61,36 \times 1\ 000$. La tasa de ingresos de adolescentes obstétricas en la UCIA fue de $5 \times 10\ 000$ nacimientos. La relación de adolescentes obstétricas críticas respecto al total de adolescentes obstétricas fue de 0,90 %. El 23,07 % de las pacientes ingresadas en la UCIA fueron adolescentes. Las cesáreas representan el 50 % de los ingresos en la UCIA. La sepsis puerperal (n= 7; 58,33 %) contribuye a la mayor parte de los ingresos en la UCIA. Se realizaron 5 histerectomías puerperales, de ellas 3 por sepsis y 2 por atonía y no tuvimos mortalidad materna en nuestra casuística.

SUMMARY: Factors related to the care of critical obstetric adolescents admitted to ICUs for adults are studied since they may quickly turn into critically-ill patients due to their physical and psychical condition. The most frequent causes of admission; complications and adequate treatment of the obstetric adolescents and their pregnancy outcome are death with.

Subject headings: PREGNANCY IN ADOLESCENCE; PREGNANCY COMPLICATIONS; INTENSIVE CARE UNITS; CRITICAL CARE.

Referencias bibliográficas

1. Kinston B. et al. Maternal mortality in a maternal - fetal medicine (Intensive care) Unit *Reproduct* 1990;35(1):25-8.
2. Bone RC, Brown RC. Sepsis and multiorgan failure. New concepts and treatments. *Resident and staff Physician*, 1993 July. 39(7):21-30.
3. Allen, M. Et. Franaser J. B. Shock. *Emergency Medicine* 3 ed, Rasen Ress, LTD. New York 1993.
4. Astiz ME, Rachow EC. Septics Shock. *Lancet* 1998 351: 1501-5.
5. Aya AG et al. Severe preclampsia. Principal management modalities before patient transfer. *J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris*. 1996;25(2):196-205.
6. Brownin-Calle MH et al. Obstetric patients treated in intensive care units and maternal mortality, regional teams for the survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1996;65(1):121-5.
7. Mónaco JJ, Spielman Fs Katz VL. Pregnant patients in the intensive care unit. A descriptive analysis. *Br Med J* 1993 Apr: 86(4):414-7.

8. Callop NA, Sahn SA. Critical illness in pregnancy an analysis of 20 patients admitted to a medical intensive care unit. Chest 1993;103(5):1548-52.
9. Solth AA, Cerant BS. A comparison of seven or more scoring systems for critically ill obstetric patient. Chest 1996;110(5):1299-354.

10. Saber PM, et al. Strategies for establishing a critical care obstetric service. J Perinat Neonat Nurs 1994;8(2):15-25.

Recibido: 24 de agosto de 1999. Aprobado: 27 de agosto de 1999.

Dr. *Guillermo Rodríguez Iglesias*. Instituto Superior de Medicina Militar "Luis Díaz Soto". Ciudad de La Habana, Cuba.