

[Intensive care unit admission of obstetric cases: a single centre experience with contemporary update.](#)

Ng VK, Lo TK, Tsang HH, Lau WL, Leung WC. Hong Kong Med J. 2013 Jun 20. doi: 10.12809/hkmj133924. [Epub ahead of print]



[Admisión de casos obstétricos en la unidad de cuidados intensivos: actualización contemporánea de un solo centro de experiencia](#)

Comentario: Prof. Dr. José M Palacios Jaraquemada

Objetivo: Este artículo compara las características de las pacientes obstétricas ingresadas en la unidad de cuidados intensivos en 2 períodos de tiempo y en un mismo hospital (2006-2010) vs (1989-1995), que a su vez compara con una serie de casos reportados en un hospital regional entre 1998-2007.

Diseño: Retrospectivo

Lugar: Hospital Regional de Hong Kong

Introducción

Las admisiones en la UTI presentan un desafío para el médico terapeuta, ya que su fisiología está alterada. El hospital analizado reporta entre 5000 a 6000 nacimientos por año y cuenta con un grupo médico completo, consultores y tres staff permanentes en el área de admisión de emergencias. El servicio de UTI cuenta con un médico de planta, un residente de anestesia, uno de clínica, uno de cirugía y enfermería completa y calificada.

Resultados

La mayoría de las pacientes fue admitida en el período postparto n: 65, 97% y por problemas obstétricos específicos n: 58, 87% siendo la hemorragia postparto la primera causa n: 39, 58% y la segunda la pre-eclampsia o eclampsia gravídica n: 17,

25%. La estancia media en la UTI fue de 1,6 días y solo 4 pacientes (6%) estuvo más de 3 días.

De las 39 pacientes admitidas por hemorragia, se comprobó una pérdida estimada en 4852 ml. Las causas principales fueron: la placenta previa n: 16, atonía uterina n: 12 y el trauma perineal n: 5. En promedio y como media se utilizaron: 12 unidades de glóbulos, 5 concentrados de plaquetas, 7 unidades plasma fresco, 1 concentrado de crioprecipitados y 3 recibieron factor rVIIa. Los procedimientos hemostáticos comprendieron: Suturas de compresión n: 10, embolización arterial n: 9, colocación de balón de Sengstaken-Blackmore n: 6 y ligadura de las arterias uterinas N: 2.

De las 17 pacientes recibidas por eclampsia o pre-eclampsia, 2 tuvieron síndrome de HELLP y 2 encefalopatía hipertensiva (TC). Otras complicaciones incluyeron edema pulmonar (1), alteración de la función renal (3), y aspiración con neumonitis (1).

Los procedimientos invasivos correspondieron a: resucitación cardiopulmonar (2,3 %), Ventilación mecánica (10%) y los no invasivos a: transfusiones n: 36, 54%, vía venosa central n: 18, 27%, vía arterial n: 24, 36%, uso de inotrópicos n: 2, 3%, y ventilación CPAP 1,2 %.

Hubo 2 muertes maternas (7 en 100.000) una debida a una hipertensión pulmonar que se deterioró rápidamente en 1 día y otra por falla multiorgánica y muerte cerebral por hemorragia ventricular (eclampsia).

Discusión

La tasa de muerte materna ha fluctuado entre 1.0 a 11.2 por cada 100.000 nacidos en Hong Kong en los pasados 31 años. Sin embargo y a pesar de todos los esfuerzos, la tasa de ingreso a la UTI se duplicó (de 0.12% a 0.23%). Estos datos son más altos que otros reportados en la región, aunque puede ser debido a múltiples razones. La edad media de nuestras pacientes es superior a la de otros reportes, hecho que está asociado a un aumento en las admisiones en UTI: Dado el aumento en la frecuencia de la placenta previa, nosotros esperamos un aumento mayor de ingresos por esta causa.

Nuestra serie de eclampsia y pre-eclampsia ha sido similar a la de otros autores, nosotros creemos que ello ha sido debido a las excelentes guías de tratamiento y al uso precoz y más liberal de antihipertensivos y del sulfato de magnesio.

La participación activa de los anestesiólogos ha reducido drásticamente la admisión por problemas anestésicos. A diferencia del pasado, el anestesiólogo realiza más procedimientos invasivos destinados a la resucitación antes del ingreso a UTI.

Aunque la mortalidad materna comparada entre los centros locales o con los de Inglaterra no ha disminuido, las diferencias no son significativas.

Conclusiones

Nuestros datos de admisión de pacientes obstétricas a la UTI son comparables con otros países desarrollados en los últimos 20 años. La cesárea electiva por placenta previa (generalmente incluyen la placenta acreta bajo esta denominación) fue la primera causa de admisión. Los procedimientos conservadores para detener la hemorragia han reducido la necesidad de histerectomía. Sin embargo es necesario refinar y mejorar la práctica obstétrica para reducir la morbilidad materna. Los casos cercanos a la muerte (en términos de ingreso a UTI), las medidas para reducir la estadía en la unidad y un potencial score de morbilidad materna, sin duda permitirán mejorar nuestros estándares de tratamiento en el futuro.