

COMPLICACIONES INESPERADAS EN OBSTETRICIA. CÓMO ACTUAR

María A. Pérez Herrero.

LE Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances tecnológicos y terapéuticos actuales, la mortalidad materna sigue presentando cifras inaceptablemente altas: en 2015 se registró una mortalidad materna mundial diaria de 830, y en España de 4,7 por 100.000 nacidos vivos y una mortalidad perinatal de 8,3 por cada 1.000 nacimientos (SEGO, 2015). La mayoría de estas muertes se producen en países en desarrollo, zonas rurales y comunidades con ingresos bajos; o en adolescentes menores de 15 años, y podrían haberse evitado. Por otra parte, los avances médicos han posibilitado la finalización de embarazos en casos de contraindicación previa de la gestación (cardiopatías o insuficiencia renal), pero a costa de un riesgo de mala evolución del embarazo y descompensación de la enfermedad subyacente. A ello hay que añadir el progresivo retraso de la primera gestación, que secundariamente requiere técnicas de reproducción asistida, con el consecuente aumento de los partos múltiples, con mayores riesgos materno-fetales.

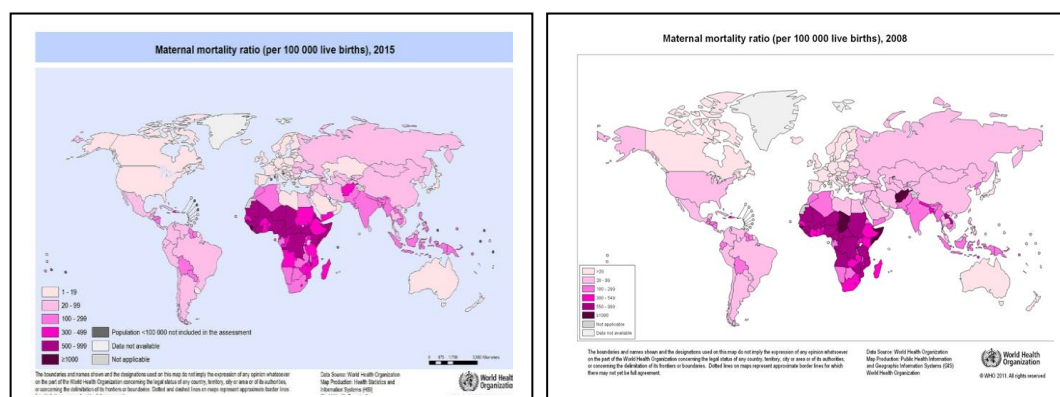


Fig. 1. Distribución de la mortalidad materna en 2008 y 2016, según datos de la OMS.

Los anestesiólogos formamos parte de un equipo multidisciplinar para el manejo óptimo de la embarazada, y como tales, debemos evaluar signos atribuibles a la técnica anestésica, en especial hipotensión, cefaleas, prurito, dolor de espalda, déficits motores o sensitivos; y en algunos casos el diagnóstico y tratamiento precoces pueden determinar el pronóstico de la paciente. Además, en caso de riesgo vital, debemos liderar el equipo reanimador.

El embarazo y el parto son una de las principales causas de atención en los hospitales a nivel mundial. El dolor del trabajo de parto es posiblemente el más intenso experimentado a lo largo de la vida de la paciente; y a pesar de ser un evento fisiológico, ocasiona angustia, estrés y, en ciertas ocasiones, limitación de la cooperación en periodo expulsivo, pudiendo afectar al bienestar materno-fetal. Las técnicas neuroaxiales son consideradas el gold estándar de las

técnicas analgésicas intraparto, tal como se ha demostrado en múltiples ensayos que la comparaban con la perfusión de opioides sistémicos asociados o no a óxido nitroso en cuanto a eficiencia y seguridad.

El 75% de las muertes maternas están expuestas por las complicaciones expuestas en la tabla I.

<i>Causas obstétricas directas: 50%</i>	
Hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia)	30,76%
Hemorragia obstétrica (generalmente tras el parto)	23,07%
Embolia pulmonar	23,07%
<i>Causas obstétricas indirectas 42,30%</i>	
Patología cardiovascular	42,30%
Patología neurológica	36,30%
Patología infecciosa (generalmente tras el parto)	27,27%,
Patología nefrourológica	18,18%
Patología neoplásica	9,09%
Causa desconocida	7,69%
<i>Otras causas 7,7 %</i>	
Complicaciones en el parto	
Abortos inducidos	
Otras: paludismo, infección por VIH,..	

Tabla I. Causas de mortalidad materna más frecuentes. Los porcentajes corresponden a la mortalidad materna en España (datos de 2002, extraída de Miguel Sesmero, “Causas de mortalidad materna en España”)

En los últimos años se ha duplicado la tasa de complicaciones fatales durante la anestesia regional obstétrica) y muchas de esas muertes podrían haber sido evitadas con unas medidas sencillas, expuestas en la tabla II.



➤ Neuhaus S et al. Why mothers die. Learning from the analysis of anaesthesia-related maternal deaths (1985-2013). *Anaesthesist*. 2016 Apr;65(4):281-94. doi: 10.1007/s00101-016-0155-6.

➤ <https://www.rcoa.ac.uk/system/files/CSQ-ARB2012-SEC8.pdf>

ESRA 2017. 23ª Reunión Anual. Madrid, 27-29 Septiembre 2017

Tabla II. Medidas para prevenir mortalidad materna

En este capítulo pretendo recordar las emergencias obstétricas y anestésicas más frecuentes y graves: Shock materno, hemorragia grave, embolia por líquido amniótico, preeclampsia grave,

eclampsia, anestesia espinal total, punción dural inadvertida, complicaciones de anestesia epidural. Y así recordar y establecer pautas de actuación y toma rápida de decisiones, vital en estos casos. No hay que olvidar que muchas de las complicaciones objetivadas en el embarazo son consecuencia de enfermedades crónicas o latentes ya conocidas.

REFERENCIAS RECOMENDADAS

1. Arendt KW. The 2016 Hughes lecture. What's new in maternal morbidity and mortality? *Int J Obst Anesth* 2016; 26:59-70.
2. Dennis AT, Dyer RA. Cardiac output monitoring in obstetric anesthesia. *Int J Obst Anesth* 2014; 23:1-3.
3. De Miguel Sesmero JR, Temprano González MR. Mortalidad Materna en España en el periodo 1995-1997: Resultados de una encuesta hospitalaria. *Prog Obstet Ginecol.* 2002;45(12):524-523.
4. Langester E, Gibbs M, Dyer RA. The role of cardiac output monitoring in obstetric anesthesia. *Curr Opin Anesthesiol.* 2015; 28:247-253.
5. Neuhaus S, Neuhaus C, Fluhr H, Hofer S, Schreckenberger R, Weigand MA, Bremerich D. "Why mothers die". Learning from the analysis of anaesthesia-related maternal deaths (1985-2013). *Anaesthesist.* 2016 Apr;65(4):281-94. doi: 10.1007/s00101-016-0155-6.
6. Rosseland LA, Hauge TH, Grindheim G, Stubhaug A, Langesæter E. Changes in blood pressure and cardiac output during cesarean delivery. *Anesth* 2013; 119: 541-551.
7. Teoh WH, Sia AT. Colloid preload versus coload for spinal anesthesia for cesarean delivery: the effects on maternal cardiac output. *Anesth Analg* 2009; 108:1592-8.
8. Tkachenko O, Shchekochikhin D, Schrier RW. Hormones and hemodynamics in pregnancy. *Int J Endocrinol Metab* 2014; 12(2):e14098.
9. Wong CA. Advances in labor analgesia. *Int J of Wom Health* 2009;1: 139-54.