

CONTROVERSIAS EN ANESTESIA OBSTETRICA

Dr. Jorge Enciso Nano*, Teodoro Hiramoto

Departamento de Anestesiología. Hospital Nacional Instituto Peruano de Seguridad Social. Lima-Perú

Me he tomado la libertad de titular así a la Anestesia Obstétrica porque en realidad en la actualidad no existe ningún tratado de esta especialidad que especifique claramente, que técnica anestésica se debe emplear para determinada Patología Obstétrica no hay uniformidad de criterio en cuanto a la selección de la Técnica Anestésica a emplearse en estas pacientes. Mientras que unos autores sostienen que se debe emplear determinado esquema o Técnica, para tal o cual patología obstétrica, otros refutan este concepto, sugieren otras Técnicas, acotan otros conceptos no existe por lo tanto un criterio único.

Lo mismo existe controversias acerca de los fármacos que atraviesan la barrera placentaria; mientras que unos autores sostienen enfáticamente que determinados fármacos no atraviesan la barrera placentaria; otros aceptan que el paso transplacentario de estos agentes dependen de diversos factores, de ciertas condiciones que posteriormente van a ser mencionadas en otra oportunidad.

Yo pienso que frente a esta disyuntiva la más prudente y racional, es que cada anesthesiólogo de acuerdo a la experiencia que vaya ganando día a día vaya formando su propio Esquema Anestésico lo vaya perfeccionando, y así lo aplique en las diferentes Patologías Obstétricas que se le puede presentar en la práctica diaria. Naturalmente esta experiencia personal tiene que ser en base a conocimientos farmacológicos de las drogas que se emplean en anestesia y conocimientos amplios de Fisiología Materna, cosa que así se genere un Método Anestésico que no produzca agresividad al binomio: Madre-Niño.

Recordando un axioma que existe en anestesiología que dice: "Los resultados de una Técnica dependen más de la experiencia y saber hacer del que la realiza; que de la propia Técnica o de los agentes empleados para su realización".

Modestamente voy a poner a consideración de los anesthesiólogos jóvenes que recién se están iniciando en la especialidad, algunos esquemas anestésicos que se podrían emplear en ciertas Patologías Obstétricas, sin que esto se considere como la Técnica ideal, no es así, son simplemente sugerencias de acuerdo a la experiencia personal.

Nosotros sabemos que en anestesiología existen dos Técnicas bien definidas para administrar anestesia a la paciente obstétrica:

- Bloqueo Peridural
 - Anestesia Ráquidea o Subarácnoidea
- Anestesia Regional
- Anestesia General

La aplicación de estos dos métodos anestésicos dependen de la Patología Obstétrica que se presente.

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

ANESTESIA REGIONAL

Es la Técnica mas inocua, la que produce menos cambios fisiológicos, menos alteraciones hemodinámicas en la paciente gestante y por ende no va producir ninguna repercusión en el producto.

La toxicidad fetal de los anestésicos locales que se emplean en esta Técnica es baja, excepto si se aplican sobredosis o si se producen accidentes en el momento de realizar la inyección (punción inadvertida vascular).

Es conocimiento de todos los anesthesiólogos que la sobredosis de estos agentes anestésicos pueden producir bradicardia materna y por ende depresión cardiorespiratoria en el feto.

La Anestesia Peridural supera en ventajas a la Anestesia Raquídea, porque no produce hipotensión brusca en la madre, por lo tanto no va producir hipoxia ni acidosis fetal; tampoco va producir cefalea en la madre, cefalea refractario a todo tratamiento farmacológico teniendo que recurrirse al "Parche de Sangre".

Sentado estas premisas a manera de desarrollo del tema, van a surgir algunas preguntas que de acuerdo a la experiencia personal se van a resolver. Así mismo se van a plantear algunos esquemas Anestésicos para determinadas Patologías Obstétricas.

¿En qué Patologías Obstétricas está indicada y contraindicada la Anestesia Regional?

- | | |
|-----------------------|---|
| 1) Indicaciones | - Sufrimiento Fetal Agudo (Prolapso de cordón, circular de cordón, procubito de cordón etc.) |
| | - Pre-Eclampsia |
| 2) Contraindicaciones | - Cesáreas Electivas (Por; Pelvis estrecha, Embarazo prolongado, Feto en transversa, Primigesta podálica, etc.) |
| | - Hemorragias del Tercer Trimestre |
- Desprendimiento prematuro de la placenta (DPP)
 - Placenta Previa (PP)
 - Ruptura del seno Marginal de placenta.

ESQUEMA ANESTESICO PARA UNA PACIENTE CON SUFRIMIENTO FETAL AGUDO

- MPA: Atropina 0.50 mg.
- Bloqueo Peridural: Empleando Xilocaina 2% ó Marcaina 0.5% + fentanest (1 ug/Kg.)

ESQUEMA ANESTESICO PARA UNA PACIENTE CON PRE-ECLAMPSIA

A estas pacientes previamente hay que corregirles la hipovolemia que presentan, por presentar un intravascular disminuido; para lo cual se le debe administrar previamente soluciones hipertónicas como CLNa lo ideal sería administrarles Dextran porque aumenta la presión coloido-osmótica y así se evitaría la hipotensión durante el bloqueo peridural.

MPA: No dar atropina porque aumenta el débito cardíaco y eleva la presión arterial, y estas pacientes son hipertensas por la misma patología obstétrica.

BLOQUEO PERIDURAL: Empleando Marcaina 0.50/o (2mg./Kg.), porque produce menos hipotensión que la Xilocaina 20/o.
Evitar sobredosis.
Evitar el bloqueo alto.

ESQUEMA ANESTESICO PARA UNA CESÁREA ELECTIVA

MPA: Atropina 0.50 – 0.75 mg.

BLOQUEO PERIDURAL: Empleando indistintamente Xilocaina 20/o ó Marcaina 0.50/o.

Las hemorragias del tercer trimestre; son patologías que se acompañan de hemorragias materna severa grave; la paciente entra a Sala de Operaciones con Hipotensión severa, en estado shock y existe una contraindicación absoluta en Anestesia, de aplicar un bloqueo regional a una paciente en estado de shock o hipotensión severa.

¿En qué Patologías Obstétricas esta indicada la Anestesia General?

Indicaciones {

- Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)
- Placenta Previa (PP)
- Ruptura del Seno Marginal de placenta (RSMP)
- Eclampsia.

ESQUEMA ANESTESICO PARA UNA PACIENTE GESTANTE CON DPP-PP O RSMP

Estas patologías son consideradas verdaderas urgencias obstétricas, apenas el obstetra hace el diagnóstico son llevadas inmediatamente a Sala de Operaciones porque generalmente llegan al hospital en estado de shock por el sangrado profuso que presentan estas pacientes.

Se recomienda comenzar la anestesia con sangre para recuperar la volemia, con cáteter No. 16; si no se encuentra sangre en esos momentos comenzar a pasar expansores plasmáticos o cristaloides.

INDUCCION ANESTESICA: Ketalar 0.5 mg/Kg. vía endovenosa, Succinil Colina para la intubación a la dosis de 0.5 mg/Kg.

MANTENIMIENTO ANESTESICO: N₂O + O₂ (50% o c/u), conforme la presión arterial se vaya recuperando, administrar microdosis de Halothane (0.30/o, 0.50/o), No administrar mas de estas dosis por el peligro de producir atonía uterina; ya que estas patologías obstétricas predisponen a que se produzcan con facilidad atonía uterina. Se debe administrar fármacos para corregir el desequilibrio acido-básico que presentan estas pacientes por el shock (CO₃ HNa a la dosis de 1 Meq/Kg.) y fármacos para evitar la irreversibilidad del shock (glucocorticoides).

ESQUEMA ANESTESICO PARA UN PACIENTE ECLAMPTICA

La experiencia considera que este tipo de Toxemia lo mas indicado es administrar Anestesia General, porque son pacientes que por el edema cerebral que tienen en cualquier momento pueden convulsionar a pesar de estar recibiendo terapia obstétrica anticonvulsionante (Sulfato de Magnesio).

Si, se aplica bloqueo regional a estas pacientes, los fármacos que se emplean (Amidas) pueden contribuir a que se desencadene convulsiones produciendo más sufrimiento fetal en el producto, además la literatura enseña que estas pacientes por la hipertensión que tienen los plexos venosos del espacio peridural están injurgitados con el peligro de pinchar estos vasos en el momento de la aplicación de la Xilocaina y producir reacciones tóxicas en la madre y niño.

Otra razón de fuerza para que estas pacientes deban recibir anestesia general es que durante la inducción anestésica se emplea un barbitúrico de acción rápida que es el Pentothal, que tiene acción selectiva sobre la corteza cerebral inhibiendo así las convulsiones.

INDUCCION ANESTESICA: Pentothal empleado el parametro inferior de la sodificación 4 mg/Kg. El obstetra tiene que tener rapidez para extraer el feto; si se sobrepasa este tiempo el nivel de Pentothal en sangre materna es igual al de sangre fetal produciendo depresión respiratoria en el recién nacido.

La intubación debe ser rápida empleando Succinil Colina a razón de 1 mg/Kg.

MANTENIMIENTO ANESTESICO: N₂O + O₂ (50% o c/u); una vez que se extrae el feto se iniciara recién la administración de fluothane 10/o – 1.50/o.

Si la presión arterial de estas pacientes continua alta se administrará un fármaco bloqueador alfa adrenergen (DHBP). Durante el transoperatorio hay que administrar plasma a estas pacientes porque están con hipoproteínemia.

Para terminar diría que con estos conceptos lo que se ha tratado es de dar a los colegas de la especialidad algunos lineamientos, pautas para que puedan ser aplicados en su práctica diaria; y estoy seguro que estas pautas van a ser perfeccionadas, superadas de acuerdo al avance de la especialidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Anesthesia and Analgesia, International Anesthesia Research Society Vol. 59/No. 10, 1980.
2. Collins. Vicent. Anestesiología, segunda edición 662-664, 1980.
3. Gayoso Baclgalupo, A. Técnica de Neuroleptoanalgesia. Tesis Doctoral. UNMSM. Lima-Perú.
4. López, Alfonso Guillermo. Fundamentos de Anestesiología (1967).
5. Moore, D.C. et al.: Bupivacaine Hydrochloride: Laboratory and clinical studies. *Anesthesiology* 32 (1970) 78.
6. Mater. L.E. et al.: the Intravenous toxicity and clearance of bupivacaine in man. *Clin. Pharmacol. Therap.* 12 (1971) 935.
7. Moore C. Daniel, T. Tuvker: Bupivacaine a review of 2,077.