

COMENTARIO AL TRABAJO

“Mortalidad Materna por Anestesia”

DR. SALVADOR HERRERA PARRA*

HEMOS escuchado un trabajo interesante y útil para reducir la mortalidad materna por anestesia.

La anestesia obstétrica ha ido ganando terreno rápidamente. Hace quince años todavía en algunos lugares de nuestro medio se administraba este tipo de anestesia por técnicos a nivel sub-médico y muy pocos anesthesiólogos le daban importancia. En contraste actualmente los hospitales de Gineco-Obstetricia cuentan con médicos anesthesiólogos calificados muy interesados en su disciplina a la que hacen progresar diariamente con trabajos como el presentado y que son los encargados de administrar la anestesia en todos los casos.

La anestesia obstétrica es muy atractiva por estar ligada a la fisiología materna durante el embarazo, parto y puerperio. En cada uno de estos estadíos hay cambios fisiológicos que tienen significación para la anestesia; como ejemplo al final del embarazo la mujer se encuentra hiperventilada por la acción hormonal de esta época y el útero al reducir la movilidad diafragmática,

reduce la capacidad funcional pulmonar residual. Ambos cambios se traducen en anestesia, por la facilidad con que estas pacientes pueden ser inducidas por agentes anestésicos inhalatorios.

Otra causa de atracción lo constituye la fisiología placentaria tan interesante no solo desde el punto de vista hemodinámico, sino también del estudio de su permeabilidad especial y activa que nos explica por ejemplo el poco paso de los relajantes musculares hacia el niño especialmente los depolarizantes.

También es muy interesante la fisiología fetal, por ejemplo la vulnerabilidad de sus sistemas enzimáticos durante las primeras semanas a algunos agentes farmacológicos anestésicos que pueden ocasionar su muerte o tal vez deformidades anatómicas. Esto obliga al anesthesiólogo ser particularmente cauto en el manejo anestésico de pacientes durante las primeras semanas del embarazo. También es interesante saber que en el momento del nacimiento, los sistemas enzimáticos del niño están aún inmaduros lo

* Médico Anesthesiólogo de Base. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3.
Centro Médico “La Raza”, I.M.S.S.

que se traduce por biodegradación retardada de las drogas anestésicas, con el consiguiente alargamiento de efecto.

Si a los cambios normales del embarazo en la madre y el niño, agregamos la acción de la patología nos explica las razones por las que el anestesiólogo en obstetricia debe estar sólidamente preparado, ser estudioso en esta disciplina tan vasta, que día a día progresa, para mantenerse intensamente motivado en su trabajo y aplicar cuidadosamente sus técnicas anestésicas. En esto estoy de acuerdo con el ponente. Agregaríamos para enfatizar que solo la ignorancia explicaría la falta de interés de ciertos anestesiólogos por esta rama.

Otra consideración en anestesia obstétrica es el riesgo del parto eutócico que es mínimo. Cualquier procedimiento anestésico tiene su morbilidad y mortalidad materno-fetal. Esto obliga ser particularmente cuidadoso en la ejecución de este tipo de anestesia, pues aún en las manos más experimentadas se presentan accidentes que son raros en el parto fisiológico. Compartimos pues los conceptos del ponente en relación con la anestesia obstétrica.

En 1967 el grupo de anestesiólogos del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 presentó un estudio de complicaciones anestésicas en obstetricia.¹ La comunicación que se nos ha presentado constituye otra aportación más en este tipo de anestesia, en donde se presenta un número grande de casos. Con una casuística de 40,581 anestias obstétricas solo en 7 casos hubo muerte materna atribuible al manejo anestésico. Esta mortalidad es baja y se compara ventajosamente con estadísticas extranjeras.^{2,3}

El estudio hubiera sido más interesante si las cifras presentadas fueran sometidas a

un análisis estadístico y compararlas con las publicadas en otros artículos sobre el tema.

Hubiera sido también muy interesante que la mortalidad se considerara por grupos dando la cifra total de cesáreas, bloqueos de conducción en labor, anestias en períodos expulsivos, anestias en el postparto, revisiones de cavidad, etc. Esto habría permitido hacer una comparación con las cifras publicadas por nuestro grupo de Gineco-Obstetricia No. 3. Enfatizo nuevamente que existen pocos estudios de este tipo en nuestro medio y sería interesante que otros grupos publicaran sus observaciones para que en el futuro se pudieran establecer comparaciones con los datos publicados en la literatura internacional.

La clasificación que propone el autor de mortalidad materna con participación anestésica directa o indirecta nos parece útil y digna de retenerse pues permite precisar mejor el papel de la anestesia.

En el renglón de riesgo anestésico cabe señalar que la clasificación de riesgos anestésicos de la Sociedad Americana de Anestesia no incluye la valoración del riesgo quirúrgico. Para subsanar esta anomalía en 1966, Pérez-Tamayo y Zetina⁷ propusieron una clasificación anestésico-quirúrgica del riesgo y no solo anestésica, que fue la base de la actual clasificación usada en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3, todos los casos problema, entre los que se incluyen desde luego los de muerte materna, son presentados oficialmente en la sesión semanal del Servicio designándose un comentarista oficial; los casos son discutidos ampliamente por los asistentes. Toda esta información se imprime mimeográficamente

y es encuadrada en forma de libro. En la actualidad se encuentra en edición el V Tomo. Estos libros se han distribuido no solo entre los anestesiólogos del Servicio y Biblioteca del Hospital, sino que se han proporcionado a otros muchos colegas anestesiólogos y bibliotecas de los principales centros hospitalarios del país.

En los casos 1 y 3 conviene tomar en cuenta como causa de la hipotensión, el síndrome de hipotensión supina de la paciente con embarazo a término, cuya etiología es la compresión de la vena cava inferior por el útero, con la reducción consiguiente del llenado cardíaco y disminución de la presión arterial. El tratamiento consiste en inclinar hacia la izquierda la mesa de operaciones y si esto no es posible poner un cojín bajo la región glútea derecha. Si la paciente está en su cama de labor se coloca en decúbito lateral izquierdo.

En el caso No. 2 en el que se presentaron convulsiones hubiera sido útil, además del tratamiento instituido aplicar un relajante muscular y pasar precozmente un tubo a la tráquea que permitiera ventilar a la paciente. Ventilar un tórax rígido con presiones positivas de más de 15 cms. de agua equivale a colapsar los capilares pulmonares y por este mecanismo reducir críticamente el débito cardíaco.

En bloqueo peridural para cesárea tenemos todos los recursos a la mano que nos permitan tratar un posible accidente. Usamos de rutina la técnica continua, pasando primero el catéter inerte, después colocamos a la paciente en decúbito dorsal y a continuación se inyecta la dosis. Así estamos

en posibilidad de tratar rápidamente cualquier accidente.

En el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 excepcionalmente se indica el bloqueo subaracnoideo debido a que en la inmensa mayoría de los casos en que está indicada la analgesia regional para este tipo de operación el bloqueo peridural resuelve el problema. Debo señalar que en el análisis del manejo anestésico de 5,000 operaciones cesáreas publicado en 1969,⁵ la mortalidad atribuible directa o indirectamente a dicho manejo fue similar tanto en los casos que recibieron anestesia general como en los que recibieron anestesia regional (4.5x10,000).

Felicito al autor por su interesante trabajo que se orienta al muy noble propósito de reducir la mortalidad materna.

Para terminar cito al Dr. Pérez-Tamayo en una parte del prólogo del IV Tomo de Casos Clínicos de Gineco-Obstetricia 3:

"Insistimos en el hecho de que los casos con desenlace fatal seguirán presentándose debido a los siguientes factores:

- 1.—Estado físico del paciente.
- 2.—Magnitud del procedimiento quirúrgico.
- 3.—Selección del método y la técnica anestésica.
- 4.—Errores humanos, propios de la preparación, carácter y Stress al cual está sometido el Anestesiólogo en forma constante.
- 5.—Combinación de uno o más de los anteriores".

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Pérez T.L., Nochebuena A.J., López E.J., Almaraz U.J.—Complicaciones por anestesia en gineco-obstetricia.—*Rev. Mex. Anest.* 92, 301. 1967.
- 2.—Huntingford P.J.—Influence of anesthesia on the incidence of maternal morbidity, neonatal asphyxia and perinatal mortality.—*Brit. Med. J.* 1:1195, May 1963.
- 3.—Phillips C. O. and Jaroslar F. M.—Obstetric Mortality.—*Anesthesiol.* 26:435. 1965.
- 4.—Kerr, M. D.—The Mechanical Effects of the gravid uterus in late pregnancy. — *J. Obst. Gynec. Brit. Commonw.* 72:513. 1965.
- 5.—Belmar Q.A., Pérez-Tamayo, L., Cruz M. G., Almaraz U. A.—Anestesia en Cesárea. Análisis de 5,000 casos.—*Rev. Mex. Anest.* 18:197. 1969.
- 6.—Pérez-Tamayo, L., Belmar A.Q., Cano O.E.—Análisis del manejo anestésico de 1,800 casos de operación cesárea.—*Rev. Mex. Anest.* 16:81. 1967.
- 7.—Pérez-Tamayo, L., Zetina G.T.F.—Valoración del Riesgo Anestésico-Quirúrgico en Gineco-obstetricia.—*Rev. Mex. Anest.* 15:149. 1966.