

Consideraciones ante un estudio sobre complicaciones obstétricas

Dr. Pedro Coronel Pérez
Instituto de Ciencias de la Salud

En estos últimos tiempos, la medicina, a no dudarlo, ha alcanzado importantes logros que se traducen en una menor morbilidad, y en el caso de la obstetricia es notable el avance; sin embargo, todavía se observan muchas complicaciones que son francamente evitables.

Tenemos en un reciente y muy completo estudio hospitalario de seis meses, llevado a cabo por dos autores (Pavón L.P. y Gogeochea C). *“Complicaciones obstétricas en un hospital de ginecología y obstetricia”*, que en 1137 embarazadas se encuentran dos muertes maternas, una por hemorragia y otra por eclampsia, lo que representa una mortalidad de 0.2%.

En el primer caso, tenemos que las hemorragias posparto se presentan por dos causas principales: atonía uterina o un desgarro que puede ser vaginal cervical o del cuerpo de la matriz. La atonía uterina es fácilmente detectable, por lo que podemos hacer el diagnóstico palpando la matriz y notando la falta de contracción al aplicar una pronta terapéutica, y en un caso ya muy severo, donde todas las medidas para lograr la contracción uterina no hayan dado resultado, recurrir a la histerectomía que debe ser subtotal para favorecer la rapidez de la cirugía.

Si no existe atonía uterina, el sangrado se debe seguramente a un desgarro vaginal; pero si es intenso, su origen reside principalmente en el cérvix o el cuerpo uterino. En estos casos es urgente y además sencilla la revisión del canal del parto mediante dos valvas y dos pinzas de anillos que tomando los labios del cerviz exponen perfectamente el cuello uterino, que es donde se producen con más frecuencia estos desgarros.

En el segundo caso de muerte, tenemos que la toxemia del embarazo es un padecimiento cuya principal característica es la elevación gradual de la tensión arterial, por lo que ninguna enferma que tenga control prenatal puede llegar a presentar un cuadro convulsivo, puesto que antes de llegar a la fase convulsiva existen datos que aconsejan la interrupción del embarazo ante la gravedad de un cuadro hipertensivo que no cede a las medidas terapéuticas tomadas.

Estos dos casos ejemplifican que estas muertes caen dentro de las que se consideran prevenibles y evitables.

En este trabajo de investigación mencionamos la infección posparto como complicación. Señalamos que esta morbilidad se debe a cuatro factores principales:

- a) fallas en la asepsia,
- b) exceso de confianza en los antibióticos,
- c) sangrados graves,
- d) retención de restos placentarios.

Para evitar o disminuir el índice de sepsis, es menester primero efectuar la atención del parto y todas las intervenciones con una estricta asepsia que garantice que se están llevando a cabo los procedimientos de una manera correcta, puesto que la infección se desarrolla según la intensidad de la contaminación, y cuando ésta es muy grande, los antibióticos no impiden su desarrollo, por lo que descuidar la asepsia confiando en la antibioticoterapia es una falla en la apreciación.

Otra de las causas que favorecen la aparición de infecciones es la hemorragia, y cuando ésta es intensa, debe reponerse el volumen sanguíneo, con objeto de no favorecer la aparición de un cuadro infeccioso, en especial en el caso de las cesáreas,

en donde es sumamente grave y además a futuro compromete la posibilidad de un parto por vía vaginal y conlleva el riesgo de una ruptura uterina. La revisión rutinaria de la placenta, procedimiento simple pero efectivo, evita en alto grado la posibilidad de dejar restos en la cavidad uterina y dar pie al desarrollo de gérmenes en ese sitio.

En cuanto al parto vaginal distócico, tenemos que durante el control prenatal se puede valorar clínicamente la pelvis en la semana 38 y, si existe alguna duda, recurrir de inmediato a los estudios auxiliares de gabinete como rayos X o ecosonografía. Si nos encontramos con una situación viciosa como la transversa o una presentación pélvica, la detección de esta distocia la podemos diagnosticar durante la vigilancia prenatal y tomar las medidas necesarias.

Respecto a las complicaciones del recién nacido, la vigilancia continua en el trabajo de parto, de las contracciones uterinas, la frecuencia del latido cardíaco y la valoración del avance de la presentación es de suma importancia para evitar daño fetal. Se considera que la falta de avance del producto en el control del parto es una llamada de atención sobre una probable distocia materna o fetal.

En lo referente a los desgarros, podemos decir que el temor al corte perineal lo hace insuficiente o no lo realiza, lo que trae como consecuencia el desgarro, por lo que debe indicarse al interno de pregrado

la manera correcta de hacer el corte, mostrando el médico titular la maniobra correcta, indicando la suficiente longitud y que en esa zona medio lateral del periné no existe posibilidad de lesionar algún elemento de importancia.

Otra cosa que genera con mucha frecuencia el sufrimiento fetal es la inducción que *no está indicada*, pues desafortunadamente, a veces ésta se realiza por rutina, lo que en última instancia lleva a una iatrogenia, por lo que el procedimiento debe efectuarse siempre con una indicación correcta y precisa.

Estas consideraciones muestran que la prevención de las causas de morbilidad materna como son la toxemia, la hemorragia y la infección, y la morbilidad fetal, pueden ser prevenidas o disminuidas en su incidencia, teniendo en mente un buen control prenatal que es capaz de detectar anomalías que van a repercutir tanto en la madre como en el producto y nos otorga tiempo para corregir o tratar de corregirlas en beneficio del binomio materno-fetal.

Este tipo de estudios de mortalidad en los hospitales donde se atienden partos es de gran utilidad, ya que gracias a éstos podemos conocer las causas de la morbilidad tanto materna como fetal en cada nosocomio en particular y poner en práctica medidas que reducirán estos índices negativos de una manera importante.