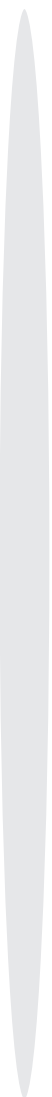


# CAPÍTULO 29 • OBSTETRICIA





# RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DE LA EMBARAZADA EN CIRUGÍA NO OBSTÉTRICA

**Dr. Gabriel González L.**

Jefe Anestesiología, Hospital Dr. Sótero del Río  
ggonzalezlillo@gmail.com

## Tiempo de la cirugía

- Demorar lo más posible el procedimiento quirúrgico hasta el segundo o tercer trimestre. El feto es más vulnerable con riesgo de efectos teratogénicos hasta la semana 12 de gestación.
- El riesgo de aborto espontáneo permanece elevado incluso en el segundo trimestre.
- En caso de cirugías de emergencia, es decir, aquellas que no pueden ser demoradas, idealmente se debe usar técnicas regionales, de ser ello posible. No se ha probado efecto teratogénico de los anestésicos locales, ni en el hombre ni en animales de experimentación.

## Elección de las drogas

- Use drogas anestésicas de reconocida historia de seguridad fetal. Obviamente, esto es mayor durante el primer trimestre, pero también se ha observado más allá de la etapa de organogénesis.
- Use drogas y técnicas que preserven la perfusión placentaria y prevengan la irritabilidad o contracciones prematuras.
- La exposición fetal a anestésicos locales es mucho menor en la anestesia espinal que en otras técnicas regionales.
- En caso de requerirse una medicación pre anestésica, es preferible el uso de barbitúricos a las benzodiazepinas.
- Si la anestesia general es imperativa, es preferible el uso de drogas cuya seguridad ha sido probada por años, tales como los barbitúricos, morfina, relajantes musculares no despolarizantes, halogenados como el sevoflurane y el N<sub>2</sub>O.

## Promoción del bienestar fetal

- Mantener todas las funciones maternas en óptimo estado.
- Asegurar una buena perfusión útero placentaria mediante:

- Mantener una presión arterial materna sistémica normal.
  - Promover la normocarbina materna y un balance ácido-base normal.
  - Prevenir la irritabilidad uterina y la hipertonicidad.
  - Utilice drogas para obtener el deseado efecto terapéutico evitando la toxicidad y depresión fetal.
- Realizar intensivo monitoreo fetal especialmente durante la cirugía y en el período post operatorio inmediato.

## Promoción del bienestar materno

- Otorgar óptimo soporte emocional y psicológico, especialmente durante la preparación preoperatoria de la paciente.
- Evitar la ansiedad y promover un desarrollo de un estado libre de stress preoperatorio.
- Prevenir el vómito y la aspiración de contenido gástrico mediante el vaciamiento gástrico y el uso de antiácidos y antieméticos.
- Realizar intensivo monitoreo intraoperatorio.
- Asegurar un óptimo control del dolor postoperatorio.
- Reforzar los cuidados multidisciplinarios de la embarazada, particularmente si hay problemas médicos presentes. Involucrar a los servicios especializados para asegurar que los problemas no obstétricos de la embarazada sean bien manejados.

## Resumen

- La anestesia no es el único factor de riesgo para un pronóstico post operatorio peri natal adverso durante el embarazo; un pronóstico pobre también puede deberse a la enfermedad materna y a la cirugía en sí misma.
- La incidencia de parto prematuro y pérdida fetal aumentan al aumentar la severidad de la cirugía

intercurrente y la ocurrencia de complicaciones peri operatorias.

- La teratogenicidad de los agentes anestésicos ha sido extensamente estudiada; en la actualidad no se usan agentes que se haya visto provoquen efectos teratogénicos en humanos. Algunos agentes, sin embargo, han mostrado efecto teratogénico en animales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Levinson G, Shnider SM: Anestesia for Operations During Pregnancy. In Shnider SM and Levinson G . Anestesia for Obstetrics. 1st Edition 1979 The Williams & Wilkins Company. Baltimore, Md, USA.
2. Duncan PG, Pope WEB, Cohen MM, Greer N. Fetal risks of anaesthesia and surgery during pregnancy. *Anaesthesiology* 1986; 64: 790-794.