

**SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TRATAMIENTO DEL
DOLOR. CHGUV.
CASO CLÍNICO. PROTOCOLOS. ANALGESIA Y ANESTESIA OBSTÉTRICAS.
COMPLICACIONES POSTPARTO Y POSTCESÁREA.
DRA. ROSA SANCHIS, DR. CARLOS L. ERRANDO**

PREGUNTAS FORMACIÓN CONTINUADA.

1. Respecto a las pruebas de hemostasia o clínica preparto:

- a. Es imprescindible una extracción al ingreso a pesar de pruebas normales un mes antes (parto a término).
- b. La determinación de presión arterial al ingreso es irrelevante ya que puede aparecer una preeclampsia en el postparto.
- c. La exploración de reflejos osteotendinosos exaltados y determinación de proteinuria pueden hacer sospechar preeclampsia.
- d. Un recuento <150000 plaq/microL contraindica una analgesia epidural si se sospecha HELLP.
- e. Todas son falsas.

Correcta: c.

2. La presencia de dolor abdominal después de una cesárea, en el periodo postparto inmediato:

- a. No suele indicar apendicitis aguda en una gestante.
- b. Una causa infrecuente es el dolor postoperatorio.
- c. La drepanocitosis, que puede producir dolor abdominal, es más frecuente en amerindios.
- d. En ocasiones puede relacionarse con síndrome hemolítico-urémico o hígado graso.
- e. Es muy específico de síndrome HELLP.

Correcta: d.

3. La analgesia y anestesia epidurales (indicar la falsa) en relación con la hemostasia:

- a. Están contraindicadas en la sospecha de S. HELLP ya que es muy probable el hematoma epidural yatrogénico.
- b. La incidencia de hematoma epidural tras anestesia en obstetricia es cercana a 1:150000 epidurales.
- c. Son de elección en la preeclampsia.
- d. Se deben emplear agujas finas para anestesia subaracnoidea.
- e. Un tiempo de sangría normal y > 100000 plaq/microL son criterios de Malinov de no contraindicación de anestesia neuroaxial.

Correcta: a.

4. Diagnóstico del S. HELLP.

- a. Si se asocia preeclampsia los síntomas pueden estar enmascarados.
- b. La trombocitopenia es el principal trastorno de coagulación.
- c. Las plaquetas suelen aumentar en 4 días (lo que indica buen pronóstico).
- d. El dolor abdominal intenso nunca se asocia a shock hipovolémico.
- e. La hemólisis suele cursar con disminución de LDH y Bilirrubina.

Correcta b.

5. En cuanto al pronóstico y tratamiento del S. HELLP.

- a. Menos de 50000 plaq/microL y CID no indican mal pronóstico.
- b. Los parámetros clínicos, según algunos autores, son mejor predictor de evolución que los de laboratorio.
- c. Algunas complicaciones no empeoran el pronóstico, como infarto hepático, encefalopatía, etc. porque son reversibles.
- d. La mortalidad perinatal-neonatal es inferior que la materna.
- e. Siempre está indicada la cesárea.

Correcta b.