

Abordaje anestésico en paciente obstétrica con TEP masivo

Sbriglio GG.¹, Muñoz LM.¹, Canaan KR.¹

1 Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, Mendoza, Argentina.

Introducción: El TEP es una causa de alta mortalidad materna durante el embarazo. El estado procoagulante propio de esta condición, predispone a mayor incidencia de esta patología.

Descripción del caso: Paciente de 27 años, con antecedentes de tabaquismo, gastritis crónica, sobrepeso, cursando embarazo gemelar de 29 semanas de gestación.

Ingres a UCO por disnea súbita de 48 h de evolución, taquipnea, dolor torácico en hemitorax derecho, ortopnea, afebril. Se realiza TAC con protocolo para TEP y se diagnostica TEP masivo por lo que se indica Trombolisis con rTpa. En la evaluación preanestésica se constata: SatO₂ AA: 94%, PAI: 125/74 mmHg, TAM 92 mmHg FC: 98 FR: 24. Laboratorio: Hb 11,1 gr/dl, Hto 32,9%, TP 62% TTPK 51, PL 166.000, Fibrinógeno 3,4 g/L, RIN 1,38 Ur. 0,32 g/l Cr. 0,55 mg/dl anticuerpos SAF negativos. ECG: patrón S1Q3T3 Ecocardiograma: Cavidades derechas dilatadas con moderado-severo deterioro de función sistólica. Guía arterial radial Izquierda, VVC yugular interna derecha, sonda urinaria. Infusión Continua de Heparina Sódica 1.100 IU/h. Dobutamina 2 mcg/Kg/min.

Se realiza Ecografía de urgencia por posible desprendimiento de placenta con hematoma retroplacentario. Se indica cesárea de Emergencia. En quirófano, es monitorizada: ECG, SatO₂, PAI, se comprueba permeabilidad de vías, se coloca vía periférica 16G en ambos MMSS. Se comienza con inducción de secuencia rápida: Ketamina 70 mgs., Propofol 60 mgs. Se administra relajante neuromuscular Succinilcolina 100 mgs. Se procede a la Intubación con tubo endotraqueal n°7 con balón, exitosa en primer intento. Se extrae dos fetos vigorosos y luego se mantiene anestesia balanceada con Sevoflurano 1%, Remifentanilo 0,15 Mcgs/kg/min y 3 mgs de Midazolam. Requirió Noradrenalina para mantener TAM (70-80 mmHg). Se revirtió heparina con Sulfato de Protamina y Fibrinógeno 4 g. Para analgesia postoperatoria 6 mgs de Morfina y se revirtió BDZ con flumazenil. Pérdida sanguínea estimada 500 ml, Se expandió con 500 ml de S.F. 0,9%, diuresis de 300 ml. Tiempo quirúrgico total 1 hora. Se extuba paciente sin complicaciones.

Paciente es trasladada a UTI con suplemento de oxígeno y semisentada. A la salida de quirófano paciente lucida, TA 127/80 mmHg, SatO₂ 96% con FiO₂ 100% FC85.

Comentarios y Discusión: El abordaje anestésico en paciente obstétrica con TEP masivo resulto en un gran desafío, por la gravedad de la patología que incluía Insuficiencia Cardíaca derecha y el riesgo potencial de hemorragia debido a la anticoagulación y tratamiento fibrinolítico. El abordaje interdisciplinario de estos pacientes es de suma importancia para tomar recaudos necesarios para el manejo perioperatorio.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.80>