



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Reporte de caso

Anestesia regional: todavía una alternativa adecuada en la parturienta con obesidad mórbida

Teena Bansal^{a,*}, Parshant Kumar^b y Sarla Hooda^c

^a Residente principal, Departamento de Anestesiología y Cuidado Crítico, Universidad de Ciencias de la Salud Pt. B.D. Sharma, Rohtak, India

^b Profesor asociado, Departamento de Anestesiología y Cuidado Crítico, Universidad de Ciencias de la Salud Pt. B.D. Sharma, Rohtak, India

^c Profesor titular, Departamento de Anestesiología y Cuidado Crítico, Universidad de Ciencias de la Salud Pt. B.D. Sharma, Rohtak, India

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de septiembre de 2012

Aceptado el 20 de agosto de 2013

On-line el 8 de octubre de 2013

Palabras clave:

Obesidad mórbida
Anestesia de conducción
Cesárea
Anestesia Raquídea
Embarazo

Keywords:

Obesity, Morbid
Anesthesia, Conduction
Cesarean Section
Anesthesia, Spinal
Pregnancy

R E S U M E N

La obesidad se ha identificado como un factor importante de riesgo de morbilidad relacionada con anestesia en obstetricia. La obesidad acentúa la mayoría de los cambios fisiológicos del embarazo. Las parturientas obesas tienen un mayor riesgo de presentar problemas médicos concomitantes o enfermedades prenatales, entre ellas la preeclampsia y la diabetes gestacional. Estas pacientes requieren valoración preoperatoria minuciosa, una preparación meticulosa y alistamiento para una vía aérea difícil, puesto que la incidencia de intubación fallida es mucho más alta en ellas. Siempre que sea posible, la anestesia regional es la mejor alternativa en este grupo de pacientes.

© 2012 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Regional anaesthesia — Still a comfortable choice in morbidly obese parturient

A B S T R A C T

Obesity has been identified as a significant risk factor for anaesthesia related morbidity/mortality in obstetrics. Obesity compounds most of the physiological changes in pregnancy. The obese parturients are at increased risk of having either concurrent medical problems or superimposed antenatal diseases including preeclampsia and gestational diabetes. These patients need thorough preoperative assessment, meticulous preparation and preparation for difficult airway as incidence of failed intubation is many times higher in these patients. Regional anaesthesia whenever possible is the best choice in this group of patients.

© 2012 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia: 2/8 FM, Medical Campus, PGIMS, Rohtak (Haryana) India 124 001.

Correo electrónico: aggarwalteenu@rediffmail.com (T. Bansal).

Introducción

La población de personas obesas —y, por tanto, también de pacientes gestantes obesas— está en aumento en el mundo entero, y será cuestión de tiempo que los anestesiólogos se encuentren cada vez con mayor frecuencia en la situación de tener que manejar a parturientas obesas con un espectro grande de comorbilidades. La obesidad magnifica la mayoría de los cambios fisiológicos del embarazo. La reserva fisiológica de las parturientas obesas está seriamente limitada y hay un mayor riesgo de que se requiera una intervención quirúrgica de emergencia, por lo cual los riesgos de la anestesia aumentan considerablemente. Por consiguiente, es preciso conocer a fondo la fisiología, las condiciones asociadas y la morbilidad, las alternativas de anestesia y las posibles complicaciones. Estas pacientes necesitan una valoración preoperatoria minuciosa y preparación para el manejo de una vía aérea difícil, considerando que la incidencia de intubación fallida es mucho más alta que en las pacientes no obesas, y la anestesia regional, siempre que sea posible, es la mejor alternativa¹. Encontramos una parturienta de estas características, manejada exitosamente con un bloqueo subaracnoideo.

Reporte de caso

Paciente femenina de 36 años de edad, G₂P₁, sometida a las 37 semanas de gestación a operación cesárea de emergencia a causa de líquido amniótico contaminado con meconio. La paciente desarrolló preeclampsia a las 36 semanas de gestación, para la cual recibió tratamiento médico. Tenía una historia de parto por cesárea 4 años antes bajo anestesia raquídea (en esa época pesaba 90 kg) y quemadura de las extremidades superiores 3 años antes, tratada con injertos de piel de espesor parcial. Su estatura era de 1,57 m y su peso de 135 kg (IMC: 54,4 kg/m²). La presión arterial estaba en 150/90 mm Hg y el pulso en 100/min. Sistemas cardiovascular y respiratorio sin novedades. Al realizar la valoración de la vía aérea se encontró un MPG III, cuello corto, limitación de la flexión y extensión de la nuca, distancia tiromentoniana de 5 cm, distancia esternomentoniana de 7 cm y circunferencia del cuello de 14,5 cm, factores predictivos de una vía aérea difícil. La química sanguínea (incluida la TSH [hormona estimulante de la tiroides]) era normal. El electrocardiograma estaba dentro de los límites normales. Se planeó utilizar un bloqueo subaracnoideo para el procedimiento pero, no obstante, se preparó el carro para vía aérea difícil. Se le explicó el procedimiento anestésico a la paciente y se obtuvo el consentimiento informado de alto riesgo por escrito. A manera de profilaxis para broncoaspiración se administraron ranitidina y metoclopramida. En la sala de cirugía se conectaron los monitores usuales, se instauró monitorización invasiva de la presión y se aseguró una vía intravenosa. Se utilizó la comunicación verbal con la paciente para identificar la línea media. Para el bloqueo subaracnoideo se utilizaron 1,4 ml de bupivacaína hiperbárica administrados con la paciente sentada, aunque hubo dificultad porque la aguja de 9 cm fue apenas justa para llegar al espacio subaracnoideo. Se logró un bloqueo sensitivo apropiado hasta el nivel de T4. Durante la cirugía se corrigieron

la bradicardia y la hipotensión por medio de atropina y efedrina, junto con soporte vasoconstrictor. Después de nacido el bebé, la paciente se quejó de adormecimiento de las extremidades superiores. Se evaluó nuevamente el nivel del bloqueo sensitivo, encontrándose a la altura de C8. Se tranquilizó a la paciente y se continuó con monitorización estrecha, prestando especial atención a la respiración y a los signos vitales. La cirugía duró 2 h. Una vez invertido el bloqueo hasta T12, se trasladó a la paciente a la unidad de cuidados intensivos para monitorización estrecha, de donde se trasladó a sala al día siguiente. Se la dio de alta al décimo día del postoperatorio en condición estable. La permanencia hospitalaria fue más prolongada de lo previsto debido a la infección de la línea de sutura.

Discusión

La obesidad mórbida acentúa los cambios fisiológicos asociados con el embarazo, como son la vía aérea difícil, el síndrome de hipotensión supina y la intensificación del reflujo gastroesofágico. Además, las parturientas obesas tienen mayor riesgo de presentar problemas médicos concomitantes o enfermedades del período prenatal, como la preeclampsia y diabetes gestacional². Las pacientes deben valorarse exhaustivamente en el preoperatorio, con énfasis especial en el sistema cardiovascular, el sistema respiratorio y la vía aérea, y manejarse de conformidad. Es preciso formular un plan de manejo de la vía aérea independientemente de la técnica primaria de anestesia elegida.

Se deben prever problemas durante el perioperatorio, como los traslados, la vía intravenosa, la dificultad para medir la presión arterial de manera no invasiva, la dificultad para el acceso raquídeo y epidural, y la vía aérea difícil, y tener un plan de manejo. A menos que la longitud del brazalete sea un 20% mayor que la circunferencia del brazo, las lecturas de las presiones sistólica y diastólica podrían sobreestimar la verdadera presión arterial materna. Puede ser útil medir la presión arterial directamente en las pacientes con obesidad mórbida en quienes la esfigmomanometría suele ser imprecisa. Por tanto, utilizamos monitorización invasiva de la presión arterial además de monitorización no invasiva. A fin de prevenir un episodio tromboembólico venoso es importante poner dispositivos compresivos en las pantorrillas en el preoperatorio. Se deben poner medias de compresión neumática en las extremidades inferiores de todas las parturientas obesas antes y durante la cirugía como profilaxis contra la trombosis venosa profunda y asegurarse de que no se retiren las medias hasta tanto la paciente esté totalmente ambulatoria. Para procedimientos ambulatorios de corta duración eso probablemente bastará como profilaxis. En los casos de cirugías más prolongadas o realizadas bajo anestesia general se recomienda la profilaxis con heparina. La mayoría de los autores recomiendan 5.000 UI de heparina sin fraccionar o heparina de bajo peso molecular cada 12 h, empezando antes de la cirugía y manteniendo la profilaxis hasta que la paciente esté ambulatoria³.

Todas las pacientes con obesidad mórbida sometidas a cesárea deben ponerse en posición de «rampa», con desplazamiento del útero hacia la izquierda, independientemente

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2767783>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2767783>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)