

# PCR Intraoperatoria en paciente embarazada durante cesárea electiva

Dr. Jose Miguel Rodríguez Ruiz  
MIR Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor.  
Hospital General Universitario de Elda

## Introducción

Se trata de una paciente de 33 años, gestante de 39+1 semanas que acude de forma programada para ser sometida a una cesárea electiva por presentación podálica. La paciente no presenta antecedentes de interés relevantes salvo hipotiroidismo que es tratado mediante levotiroxina.

La paciente llega estable hemodinámicamente y respiratoriamente al quirófano, optándose para realizar la cirugía, anestesia neuroaxial. En este caso, se realizó anestesia subaracnoidea con 10mg de bupivacaina hiperbara, añadiéndose a esta 10mcg de fentanilo y 60mcg de morfina.

## Presentación del Caso

Durante el intraoperatorio, la paciente se encuentra estable en todo momento, precisando únicamente apoyo en dos ocasiones de fenilefrina en dosis de 200mcg totales para el mantenimiento de la presión arterial. Exactamente tras la extracción del niño, la paciente pierde el conocimiento, comenzando con movimientos tónico-clónicos y seguidamente, cianosis. Se comprueba que la paciente se encuentra en parada cardiorrespiratoria (PCR) en ritmo de actividad eléctrica sin pulso (AESP).

Se comienza inmediatamente reanimación cardiopulmonar avanzada (RCP-A). Tras 2 ciclos de RCP-A, se comprueba que la paciente a recobrado pulso carotídeo.

Unos 5 minutos después, se comprueba que la paciente nuevamente se encuentra en PCR, igualmente en ritmo de AESP, por lo que se comienza nuevamente con RCP-A. Tras dos minutos, la paciente nuevamente recobra el pulso.

En ese momento, y como parte del diagnóstico diferencial, se establece la posibilidad de tratarse de un tromboembolismo pulmonar versus embolia de líquido amniótico, descartándose por el momento las otras causas mas frecuentes de parada cardiorrespiratoria. Se realiza una ecocardiografía, la cual muestra unas cavidades derechas de gran tamaño, con disquinesia septal basal-medial e inferobasal, además de una IT moderada severa con una presión en la arteria pulmonar de 28mmHg.

Finalizada ya la cirugía, la paciente se presenta hemodinámicamente inestable, con unas necesidades de noradrenalina de 0,14mcg/kg/min, por lo que, ante el riesgo de hemorragia tan importante y la relativa estabilidad de la paciente, se realiza AngioTAC urgente, donde se describe tromboembolismo pulmonar (TEP) segmentario en lóbulo inferior derecho.

La paciente es trasladada a la unidad de reanimación. Se realiza ecografía de miembros inferiores que descarta la presencia de trombosis venosa profunda (TVP). Ante la presencia de TEP, el elevado riesgo de hemorragia, y la relativa estabilidad de la paciente, se decide tratamiento anticoagulante, descartando la fibrinólisis.

Unas 30 horas después de la PCR, la paciente es extubada sin incidencias, no presentando la paciente focalidad neurológica ni ningún signo o síntoma sugerente de lesión neurológica.

Tras cuatro días la paciente es dada de alta a sala de hospitalización a cargo de ginecología, siendo dada de alta del hospital al séptimo día de estancia en el hospital junto a su hijo.

## Conclusiones

El embarazo es un factor de riesgo conocido tanto para la trombosis venosa profunda (TVP) como para el tromboembolismo pulmonar (TEP), siendo este la séptima causa de muerte materna, y causa del 9% de las muertes maternas, en todo el mundo.

La necesidad de evitar pruebas, como puede ser el AngioTAC, de elección en las pacientes embarazadas, precisa de un alto índice de sospecha para realizar el diagnóstico de TEP. Es primordial el rápido diagnóstico y tratamiento del TEP dada la alta mortalidad de esta entidad y la complejidad del tratamiento en la paciente gestante.

