



MANEJO PERIOPERATORIO DE PARO CARDIORESPIRATORIO EN PACIENTE OBSTÉTRICA SECUNDARIO A SHOCK SÉPTICO VS EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO.

INTRODUCCIÓN

La sepsis materna es una afección potencialmente mortal definida como la disfunción orgánica resultante de una infección durante el embarazo, parto, postparto o posparto. El shock séptico, definido como hipotensión inducida por sepsis que persiste a pesar de la adecuada resuscitación con líquidos, requiere un diagnóstico y tratamiento veloz y eficaz. La embolia de líquido amniótico es un síndrome raro pero potencialmente fatal, exclusivo del embarazo, con mayor frecuencia en el período intraparto o posparto inmediato. Se presenta con colapso cardiovascular repentino, compromiso respiratorio, sufrimiento fetal y coagulopatía.

METODOLOGÍA

Paciente de 28 años de edad con antecedente de tabaquismo actual, que ingresa por embarazo de 40 semanas, con dinámica uterina, hemodinámicamente estable, sin trastorno de conciencia. Al examen obstétrico presenta LCP negativo y pérdida de líquido amniótico fétido por genital. Durante el período expulsivo, presenta dolor súbito, cianosis central y posterior para cardiorrespiratorio durante el alumbramiento. Se inicia RCP avanzado, RIT, colocación de dos vías periféricas gruesas y cortas y muestra de sangre arterial y venosa. Se realizan 4 dosis, con adrenalina y bicarbonato asociado a expansión con cristaloide. Retorna a ritmo sinusal y se deriva a unidad de cuidados intensivos. Se procede a toma de muestra para hemocultivo, antibióticoterapia empírica. Por persistencia de mal estado general con requerimiento de vasopresores en aumento y sospecha de sepsis se decide anexa histerectomía de emergencia a las dos horas del evento cardiorrespiratorio. Ingreso a quirófano con RIT, vía venosa central, gasa arterial, sonda vesical, noradrenalina (1.42 mcg/kg/min) y acidosis metabólica severa. Se realiza anestesia balanceada, resuscitación con cristaloide (1500 ml), pérdidas hemáticas intraoperatorias mínimas, con descenso de noradrenalina intraoperatoria (1 mcg/kg/min). Se traslada nuevamente a unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS

Resúmenes en criterios clínicos (2 puntos de qSOFA, cianosis, paro cardiorrespiratorio), de laboratorio (leucocitosis, trombocitopenia, función renal alterada, acidosis metabólica severa, hiperbilirrubinemia, enzimas hepáticas elevadas) e imagenológicos (ecocardiograma transtorácico normal), se sospecha el diagnóstico de coagulopatía intravascular diseminada RCP avanzado, antibióticoterapia empírica, resuscitación agresiva con fluidos, traslado a UCI y conducta quirúrgica de emergencia.

CONCLUSIONES

Es necesario un conocimiento e identificación temprana de ambas patologías para la implementación de determinadas medidas terapéuticas basadas en evidencia y así lograr un manejo adecuado en estos contextos clínicos.