



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



## **PROTOCOLO DE ANESTESIA EN CIRUGÍA AORTA TORÁCICA DESCENDENTE**

Grupo de trabajo SARTD-CHGUV para Cirugía Cardíaca

### **AUTORES:**

**Dr<sup>a</sup>. Eva Mateo Rodríguez**

**Dra. Beatriz Collado.**

### **CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS DISECCIÓN DE AORTA ASCENDENTE**

#### **VALORACIÓN PREOPERATORIA:**

1. VALORACIÓN CARDIOVASCULAR:
  - a. Control HTA
  - b. Shock hipovolémico
  - c. Taponamiento cardíaco
  - d. Insuficiencia valvular aórtica
  - e. Oclusión coronaria
2. VALORACIÓN RESPIRATORIA:
  - a. Afectación nervio recurrente
  - b. Compresión/desplazamiento traqueal
  - c. Hemoptisis
  - d. Hemotórax
3. VALORACIÓN NEUROLÓGICA:
  - a. ACV
  - b. Coma
  - c. Sde Claude-Bernard-Horner
  - d. Paraplejia (afectación aorta torácica descendente)
4. VALORACIÓN RENAL
5. VALORACIÓN AFECTACIÓN MESENTÉRICA

#### **MANEJO PREOPERATORIO:**

- a. Canalización de 2 vías venosas de grueso calibre
- b. Monitorización SpO<sub>2</sub>/ ECG/PA
- c. Reserva hemoderivados
- d. Tratamiento del dolor y de la ansiedad
- e. Evitar HTA y TQ.

#### **INTRAOPERATORIO:**

##### **INTUBACIÓN/VENTILACIÓN DISECCIÓN Ao:**

- Posible estómago lleno
- Valorar efectos de la IOT y de la VM sobre el posible taponamiento o rotura
- Posible Compresión traqueobronquial

##### **CEC:**

- Canulación arterial en arteria subclavia derecha o femoral
- PROTOCOLO DE PROTECCIÓN NEUROLÓGICA DE LA PARADA CIRCULATORIA CON HIPOTERMIA PROFUNDA (PCHP) EN LA CIRUGIA DISECCIÓN AÓRTICA (ver sesión SARDT Mayo 2008)



### Sangrado postoperatorio

- Importante alteración de la coagulación: hipotermia profunda, CEC prolongada
- Corrección de las alteraciones de la coagulación precirugía
- Evitar hemodilución excesiva
- Uso de antifibrinolíticos: a. Tranexámico/ a. Epsilon aminocaproico
- Reposición : PFC, plaquetas, fibrinógeno, Factor VIIr®, PROTROMPLEX®: Factor II, Factor IX, Factor VII, Factor X a

### **POSTOPERATORIO:**

- No sedar al paciente a su llegada a Reanimación hasta realizar una primera exploración neurológica
- Evitar hipertemia en Reanimación ( ojo métodos de calentamiento activo!). El periodo de vasoespasmo cerebral puede durar 8h. No sobrepasar los 36.5°C de temperatura axilar.
- Control estricto de glucemias (mantener < 140 mg/dl)

### **CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS CIRUGÍA AORTA TORÁCICA DESCENDENTE**

1. Dos anestesiólogos experimentados en quirófano
2. Canalización y monitorización arteria radial derecha y arteria femoral
3. Abordaje quirúrgico: toracotomía izquierda / Toracofrenolaparotomía izquierda
4. Catéter intratecal lumbar
  - Conectado a sistema cerrado de drenaje externo de líquido cefalorraquídeo.
  - Regulado para rebosamiento espontáneo a presión > 10 mmHg.
  - Debe mantenerse 3 días.
5. Ventilación unipulmonar:
  - Comprobación, mediante broncofibroscopia, de la correcta colocación del tubo, tanto inicial como tras la movilización del paciente a la posición definitiva.
  - El pulmón izquierdo no vuelve a ser ventilado hasta después de administrar el sulfato de protamina (Cambio TDL al finalizar intervención: edema / sangrado)
6. Actitud permisiva con la hipotermia (hipotermia máxima 32-33°C)
7. Heparinización 1 mg/Kg
8. Manejo HMDC durante el Bypass izquierdo (AI- Arteria femoral): Muy importante: comunicación con el perfusionista / ECOTE



Presión proximal (arteria radial d.)	Presión distal (arteria femoral)	PAPO	<u>Actuación</u>
Elevada	Baja	Baja	<ul style="list-style-type: none"><li>• Volumen</li><li>• Aumentar Flujo bomba</li></ul>
Elevada	Baja	Elevada	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumentar Flujo bomba</li></ul>
Elevada	Elevada	Baja	<ul style="list-style-type: none"><li>• Volumen</li><li>• Vasodilatador</li></ul>
Elevada	Elevada	Elevada	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vasodilatador</li><li>• Diurético</li></ul>

Presión proximal (arteria radial d.)	Presión distal (arteria femoral)	PAPO	<u>Actuación</u>
Baja	Baja	Baja	<ul style="list-style-type: none"><li>• Volumen</li></ul>
Baja	Baja	Elevada	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aumentar Flujo bomba</li><li>• Inotrópico</li></ul>
Baja	Elevada	Elevada	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disminuir Flujo bomba</li><li>• Inotrópico</li></ul>
Baja	Elevada	Baja	<ul style="list-style-type: none"><li>• Volumen</li><li>• Disminuir Flujo bomba</li></ul>

#### MANEJO POSTOPERATORIO:

1. Prevención de morbilidad medular y renal con mantenimiento de presiones arteriales de perfusión suficientes: Si la presión arterial media < 85 mmHg:
  - Optimización de la precarga cardíaca.
  - Inotrópicos/ Normalización de las resistencias vasculares sistémicas/Tratamiento de la hipertensión arterial:
2. Vigilancia, durante el despertar, de la existencia de morbilidad medular y, si se detectara:
  - Optimización hemodinámica para conseguir presión arterial media de, al menos, 90 mmHg.
  - Drenaje de líquido cefalorraquídeo, incluso volviendo a colocar un catéter de drenaje, si es que éste no se hubiera utilizado o ya se hubiera retirado.
  - Prevención de la hipertermia.
  - Corticoides.
  - Manitol.

#### MATERIAL específico:

3. Catéter arterial radial y femoral
4. Catéter Swan-Ganz
5. TDL
6. Fibroscopio
7. Catéter epidural (x2)
8. Set de conexión para drenaje LCR
9. ECOTE
10. Manta térmica



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



**Lecturas recomendadas:**

- Nistal Cir. Cardio. 2007;14(4):345-52
- Coselli JS, Moreno PL. Descending and thoracoabdominal aneurysm. En: Cohn LH, Edmunds LH, eds. Cardiac surgery in the adult. 2.a ed. Nueva York: McGraw-Hill; 2003. p.1169-90.