



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
Grupo de trabajo SARTD-CHGUV para Obstetricia-Ginecología



PROTOCOLO DE MANEJO DE LA DILATACIÓN Y PARTO EN LA PACIENTE PROPENSA A HIPERTERMIA MALIGNA

Dra Nerea Sanchis López, Dra Lorena Muñoz Devesa

PREPARTO

En la semana 32 se determina durante la sesión de obstetricia en el hospital que se trata de una paciente de riesgo y se remite a la visita preanestésica reglada.

Además de la anamnesis y exploración física completa se debe realizar cuestiones como las que siguen:

- ¿Existe historia familiar de HM o problemas relacionados con la anestesia?
- ¿Existe historia familiar o personal de patología muscular o neuromuscular (por ejemplo antecedentes de debilidad muscular)?
- ¿Ha habido muertes inesperadas o complicaciones anestésicas (incluyendo durante procedimientos dentales) en alguno de los miembros de su familia?
- ¿Existen antecedentes personales de orinas oscuras o color bebida cola inmediatamente después de anestesia?
- ¿Hay historia personal de fiebre alta inexplicada luego de cirugía?

Se solicitará analítica completa (hemograma, coagulación y bioquímica) con CPK.
Se debe concretar la fecha probable de parto y valorar junto al servicio de obstetricia y pediatría el manejo más adecuado en cada caso.

PARTO

ANTICIPACIÓN

- Plan de tratamiento escrito y disponible en lugar adecuado.
- Disponibilidad de dantroleno rápidamente accesible.
- Fácil acceso a máquina de hielo.
- Entrenamiento del personal de quirófano

MÁQUINA DE ANESTESIA

- Cambiar circuitos, filtros antibacterianos y cal sodada.
- Retirar físicamente los vaporizadores.
- Lavar con O₂/aire el respirador (10 L/min durante al menos 10-20 min).
Recomendable al menos 1 hora de lavado y otra de ciclado del respirador.
- Disponer de un sistema de enfriamiento del paciente.
- Hemograma, hemostasia y bioquímica (incluyendo CPK)
- Acceso venoso
- EPIDURAL PRECOZ
- Monitorización: FC, Sat O₂, PA, T^a y FCF
- Gases arteriales si T^a> 38°C u otro signo.
- Avisar al pediatra



- Si CESÁREA ELECTIVA
 - Ingreso 24 h antes
 - Epidural / Intradural
- SI ANESTESIA GENERAL:
 - Inducción: propofol / tiopental.
 - Mantenimiento: propofol.
 - Analgesia: opioides tras extracción fetal.
- Relajante Muscular: ROCURONIO
- OXITOCINA, ERGOMETRINA, SYNTOCINON y PG: pueden usarse
- PROFILAXIS CON DANTROLENE NUNCA HA SIDO PROBADA → SE ASOCIA A ATONÍA UTERINA POSTPARTO.
- DANTROLENE → Interacciones severas con Bupivacaína y Verapamilo.
- **Fármacos seguros:** AL, Benzodiacepinas, opiodes, Barbituatos, propofol, Ketamina, óxido nitroso, etomidato, atracurio, vecuronio, rocuronio, mivacurio, neostigmina, atropina, efedrina, fenilefrina, simpaticomiméticos
- **Sulfato de magnesio:** : atenúa las reacciones HM por efecto directo relajante del músculo esquelético, disminución de actividad catecolaminas, promoción de la pérdida de calor (antagonismo actividad Ca⁺⁺)
- **Fármacos no seguros:** isoflurano, desflurano, sevoflurano y succinilcolina

POSTPARTO

URPQ

- 2 h tras anestesia regional, 4 h tras anestesia general
- Monitorización continua: ECG, T^a rectal, PA, Sat O₂, Gasometría si ha habido alguna incidencia
- CPK a las 24 horas

Si sucede un episodio de hipertermia maligna:

- Diagnóstico precoz
- Dantroleno 2,5mg/kg (dosis máxima 10 mg/kg) y posteriormente continuar 1 mg/kg cada 4-8 h entre 24 y 48 horas
- Pedir ayuda: MHAUS
- No reutilizar SC y detener anestésicos volátiles
- Medidas de enfriamiento



- Aumentar la ventilación y diuresis
- Monitorización invasiva
- Medidas RCP
- Tratamiento de acidosis e hiperpotasemia
- 48 h de ingreso en UCC (25% de reagudizaciones)
- **Monitorización neonato:** T^a, FC, FR
- Muestra de sangre de cordón para estudio genético

Tratamiento

Debemos corregir la causa que ha desencadenado la CID y no los valores del laboratorio.

Indicaciones de transfusión:

- a.- Transfusión de glóbulos rojos cuando la hb <6 o tengamos un sangrado activo con el objetivo de tener una Hb>8.
- b.- transfusión de plaquetas: cuando tengamos un sangrado activo o un riesgo alto de sangrado con un número menor de 50 x 10⁹ plaquetas.
- c- plasma: indicado cuando los tiempos de coagulación están alterado y tenemos un sangrado activo o se va a realizar algún procedimiento invasivo.
- d.- Complejos protrombínicos: indicado cuando no podemos transfundir plasma por problemas de sobrevolumen. No contienen todos los factores de coagulación.

No están indicados el uso de anticoagulante, sólo en casos en los que hay una trombosis evidente. Tampoco están indicados los antifibrinolíticos.