



SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR. CHGUV.

CASO CLÍNICO. PROTOCOLOS. ANALGESIA Y ANESTESIA OBSTÉTRICAS. COMPLICACIONES POSTPARTO Y POSTCESÁREA.

DRA. ROSA SANCHIS, DR. CARLOS L. ERRANDO

1. REQUISITOS EN ANESTESIA OBSTÉTRICA EN CUANTO A LAS PRUEBAS DE COAGULACIÓN-HEMOSTASIA EN LA PACIENTE SIN FACTORES DE RIESGO.

-La analítica sistemática antes de la anestesia epidural no es un estándar en la gestante sin factores riesgo si tiene una analítica del 3 trimestre >150000 plaq/microL. Sin embargo hay que considerar los puntos siguientes.

-Debe haber un protocolo de despistaje de la preeclampsia al ingreso en la sala de dilatación para todas las gestantes, que consistirá en: determinación de PA no invasiva, proteinuria, reflejos osteotendinosos, control del bienestar fetal, presencia de clínica sugestiva (dolor epigástrico, cefalea, vómitos inhabituales, sintomatología hemorrágica espontánea).

-Debe haber un protocolo de despistaje de hematoma epidural tras anestesia neuroaxial.

Ref. Nathan N, et al. Ann Fr Anesth Réanim 2007; 26: 705-10.

2. DOLOR ABDOMINAL POSTPARTO O POSTCESÁREA.

En el diagnóstico diferencial de esta entidad hay que considerar, entre otras las alteraciones que siguen. Se incluye signos que, en el caso clínico descrito, pueden permitir excluirlas.

Hemorragia uterina postparto	No hipotensión/ No hemorragia visible
PTI o PTT	No púrpura, PTI suele ser crónica
Dolor postoperatorio	Clínica neurológica
Pancreatitis, litiasis vesicular, colecistitis, apendicitis, cólico renal	Laboratorio variable, imagen y clínica específica no compatible Clínica neurológica
Drepanocitosis.	Hemograma, raza¿?, preoperatorio no compatible
Sd Antifosfolípido primario- secundario	No clínica anterior

3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS.

Ante una paciente con sintomatología neurológica inespecífica (parestias y debilidad) en miembros inferiores, con o sin punción lumbar, debemos descartar:

ENCEFÁLICA	MIELOPATÍA	NERVIO PERIFÉRICO	UNIÓN NEUROMUSCULAR	MÚSCULO
Compresivas: hematoma intracraneal	Compresivas: neoplásicas y no neoplásicas	Guillain Barré	Miastenia, botulismo, organofosforados	Polimiositis, rabdomiolisis
No compresivas	No compresivas			

Cuadro 50.5: Lesión medular compresiva		
No neoplásica		Neoplásica
Traumatismo	Hematoma espinal	Epidural
Espondilosis	Siringomielia	Intraduralextramedular: MTS, meningioma, NF.
Herniación disco	Alteración congénita	Intramedular
Estenosis	Quiste aracnoideo	
Infección: absceso, TBC	Paget	

(TBC: Tuberculosis; MTS: metástasis; NF: Neurofibroma)

Cuadro 50.6: Etiología de la M. Aguda no compresiva	
Enfermedad sistémica	No enfermedad sistémica
- Neoplasia	- Mielopatra desmielinizante (Esclerosis Múltiple)
- Metástasis intramedular	- Mielitis postinfecciosa
- Mielopatra paraneoplásica	- Mielopatra vascular
- Mielopatra por radiación	- M. Transversa idiopática
- Sarcoidosis	- Mielitis infecciosa (polio, SIDA, neurolues, neurobrucelosis, tuberculosis, hongos, parásitos, virus neurotrópos)
- Enf autoinmune	- Mielopatra tóxica y metabólica
- Lues	

4. PARÁMETROS DIAGNÓSTICOS ANTE UNA CLÍNICA SOSPECHOSA DE S. HELLP.

DATOS DE LABORATORIO.

LABORATORIO	S. HELLP	Hígado graso agudo	PTT	SHU	Brote LES
Trombopenia <100.000	<20.000	< 50000	? 20.000	<20.000	<20.000
Hemolisis (%)	50-100	15-20	100	100	14-23 (AAF)
Anemia (%)	<50	No	100	100	14-23 (AAF)
CID (%)	<20	50-100	Infrecuente	Infrecuente	Infrecuente
Alteración renal (%)	50	90-100	30	100	40-80

Ref. Sibai BM. Imitators of severe preeclampsia. Obstet Gynecol 2007; 109: 956-66.

DATOS CLÍNICOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS	S. HELLP	Hígado graso agudo	PTT	SHU	Brote LES
HTA (%)	85	50	20-75	80-90	80 (AAF)
Proteinuria (%)	90-95	30-50	+ hematuria	80-90	100
Nauseas/ vómitos (%)	40	50-80	Habitual	Habitual	Solo con AAF
Dolor abdominal (%)	60-80	35-50	Habitual	Habitual	Solo con AAF
SNC (%)	40-60	30-40	60-70		50 con AAF

5. SÍNDROME HELLP.

Si existe preeclampsia (HTA, edemas y proteinuria) el diagnóstico suele ser más fácil.

Se puede dar en postparto inmediato (hasta en 30%).

Clínica:

Dolor abdominal intenso (valorar la posibilidad de daño hepático).

Clínica neurológica (en relación con la coagulopatía con o sin hematoma epidural).

HTA (aunque puede faltar es más frecuente si hay preeclampsia previamente).

Hemólisis : aumento de LDH, disminución de haptoglobina, aumento de Bb conjugada, disminución de Hb.

Trombocitopenia: es la principal y primera causa de alteración coagulación en el S. HELLP.

Con menos de 50.000 plaq(microL posible asociación a CID y a peor pronóstico. Hay disminución de plaquetas maternas inmediatamente después parto. Suelen aumentar en los 3 días posteriores. Sino se incrementan en 96 h indica afectación severa.

Ref. Cavcaytar S, et al. Are clinical symptoms more predictive than laboratory parameters for adverse maternal outcome in HELLP syndrome?. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86: 648-51. Hipertense pregnancy 2003 ,22.

Fallo hepático agudo: es infrecuente dada la doble vascularización. Suele estar producido por microangiopatía. Aumentan GOT, y GPT. El 30% aumenta GGT, FA y Bb. El tiempo de protrombina es normal salvo si hay CID.

Ref. Ch`ng CL, et al. Gut 2002; 51:876-880

PRUEBAS DE IMAGEN

Ecografía de elección en embarazadas.

TAC de elección en postparto.

RM.

Arteriografía hepática sólo en casos que requieran embolización arterial.

BIOPSIA HEPÁTICA

Mihu D, et al. HELLP syndrome-a multisystemic disorder.J Gatorintest Liver Dis 2007;16: 419-24.

Epidemiología (ver presentación)

Cavkaytar S, et al. Acta Obstet Gynecol Scand 2007, 86(6): 648-51.

Ballageer VC, et al. Am J Obstet Gynecol 1992; 166:629-33.

Gomez puerta JA, et al. Catastrophic antiphospholipid syndrome during pregnancy and puerperium. Ann Rheum Dis 2007;66: 740-46.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON TRASTORNOS GASTROINTESTINALES, HEPÁTICOS, RENALES Y HEMATOLÓGICOS.

ANEMIA HEMOLÍTICA, PA ALTA Y TROMBOCITOPENIA:

PTT y SHU

Hígado graso del embarazo

Hepatitis vírica

Colecistitis

Lupus (brote)

Sepsis por gramnegativos

Mononucleosis

Nefropatías

Carcinoma diseminado

CLASIFICACIÓN

Hay diversas clasificaciones que se describen a continuación.

Clasificación de Martin et al. (Mississippi):

HELLP tipo 1: <50000 plaq/microL

HELLP tipo 2: 50-100000 plaq/microL

HELLP tipo 3: 100-150000 plaq/microL

Clasificación de Sibai et al. (Tennessee):

HELLP parcial (una o dos de las siguientes): AST > 70 UI/L, LDH > 600, < 100000 plaq/microL

HELLP completo (más de dos de las alteraciones referidas).

Clasificación de Haddad et al:

La clínica es más valorable que el laboratorio para predecir los resultados finales adversos maternos.

Ref. Cavkaytar S, et al. Acta Obstet Gynecol Scand 2007, 86(6): 648-51.

FISIOPATOLOGÍA (ver presentación)

Ref. Steinborn A, et al. HLA –DR levels in the maternal circulation of normal and pathologic pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2003; 188: 473-79. Araujo AC, et al.

Characteristics and treatment of hepatic rupture caused by HELLP syndrome. J Obstet Gynecol 2006; 195: 129-33.

COMPLICACIONES

Hemorragia cerebral.

Encefalopatía hipertensiva.

Arritmias.

Renales: necrosis tubular y cortical, diabetes insípida.

Hepático: infarto, hemorragia, hematoma, rotura hepática.

Otras: derivadas alteración hemostasia.

Ref. Mihu D, et al. Helly Syndrome-a multisystemic disorder. J Gastrointest Liver Dis 2007; 16: 419-24.

Complicaciones hemorrágicas en HELLP en pacientes con anestesia neuroaxial.

Ref. Vigil de Gracia P, et al. Int J Gynecol Obstet 2001; 74: 23-7. Kopp SL, et al.

Anticoagulation in pregnancy and neuroaxial blocks. Anesthesiology Clin 2008; 26: 1-22.

7. HEMATOMA EPIDURAL.

Incidencia 1: 500.000 anestesia epidural obstétrica.

La anestesia epidural mejora vasoespasmo placentario, contribuye a disminuir las catecolaminas circulantes. Es de elección en preeclampsia.

Criterios de Malinov:

>100.000 plaq/microL y tiempo de sangría normal no contraindican la analgesia-anestesia epidurales.

Si están alterados y el tromboelastograma es anormal es contraindicación relativa. En S. HELLP puede haber o no alteración del índice de Quick.

Si la coagulación previa es aceptable proceder con la epidural. Seguir control postoperatorio. Emplear criterios para retirada de catéter si se desencadena CID, o las pruebas de coagulación son dudosas. Utilizar agujas de pequeño calibre para intradural.

Ref. Blasi A, et al. Indicación de la anestesia espinal para la cesárea en la coagulopatía por síndrome HELLP. Rev.Esp Anesthesiol Reanim 1997; 44: 79-82.

Nota: para criterios de retirada del catéter epidural en pacientes obstétricas con coagulopatía y otro tipo de pacientes ver protocolo correspondiente.

8. PRONÓSTICO.

Variable según las series. Mortalidad perinatal 6,7- 70%. Mortalidad materna 1-24%.

Alteraciones coagulación y complicaciones hemorrágicas.

Afectación cardiopulmonar, SNC, gastrointestinal y hepática.

Suele haber mejoría después del parto.

Se recomienda consejo ya que hay riesgo recurrencia 19-27%, y riesgo de preeclampsia 43%.

Investigar Ac antifosfolípido en formas atípicas (HELLP y preeclampsia).

Ref. Emerg Med J 2007;24: 372. Ginecol Obstet Mex 2006; 74:224-31. Ann Fr Anesth Réanim 2006;25: 1067-69. Zhang J, et al. Hypertense pregnancy 2003;22: 203-12. Isler CM, et al. Hypertense pregnancy 2003;22: 287-94. Tsirigotis, et al. Antiphospholipid syndrom. Reumatol Int 2007; 19:.

9. TRATAMIENTO SÍNDROME HELLP.

CONDUCTA OBSTÉTRICA: Realizar parto vaginal si es posible. Tasa de cesárea 60%. Se recomienda dejar drenajes.

UCCríticos:

Soporte ventilatorio y diálisis si precisa.

Tratamiento HTA.

Corticoides.

Plasmaféresis.

PFC.

Antitrombóticos, AAS, heparina.

TRATAMIENTO ROTURA HEPÁTICA.

Trasfusión sangre y PFC.

Sutura quirúrgica.

Arteriografía hepática y embolización.

Coagulación con Argón.

Factor VIIa recombinante.

Trasplante hepático.

HEMATOMA EPIDURAL.

Laminectomía descompresiva.