

La ecocardiografía en la paciente obstétrica grave

Juan Carlos Dávila Fernández,* David Rey Vásquez Martínez,‡ Rosa María Cruz Santiago§

Paciente femenina de 23 años de edad que ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Zona número 01 (HGZ 01) en Oaxaca; fue referida de la Unidad de Medicina Familiar 01 de la misma ciudad por embarazo de 37 semanas de gestación y disnea en el estudio.

Antecedentes: dos años antes fue estudiada en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca por edema facial y de miembros pélvicos de un año de evolución, pero sin llegar a un diagnóstico. Sin embargo, se le diagnosticó posteriormente con hipotiroidismo.

Antecedentes ginecobstétricos: menarca de 14 años y ciclos de 28 por 7, irregulares; así como dismenorrea e hipermenorrea. Inició su vida sexual a los 20 años.

La paciente es primigesta y su última menstruación fue el 28 de diciembre de 2012; su fecha probable de parto se estimó el día 4 de octubre de 2013.

En su control prenatal, la paciente acudió a 14 consultas y tres valoraciones por el departamento de endocrinología para ajustar la dosis de hormona tiroidea. Inició su padecimiento en el mes de junio con disnea de grandes esfuerzos llegando a la ortopnea en tres meses, por lo que de su clínica familiar fue referida a neumología del Servicio de Urgencias del Hospital de Zona el día 11 de septiembre de 2013 y se le trasladó a la unidad tocoquirúrgica

con diagnóstico de embarazo de 36 semanas con oligohidramnios severo y probable asma. Al continuar en malas condiciones se le envió a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se le efectuó una ecocardiografía; en ésta se encontró un derrame pleural bilateral, el derecho con 70% y el izquierdo con 30% (*Figuras 1 a 3*).

La paciente presentó un derrame pericárdico, por lo que se le efectuó una pleurotomía cerrada del hemitórax derecho; se obtuvieron, de este modo, 2,000 mL de trasudado según el laboratorio. Aumentó la insuficiencia respiratoria con descenso de saturación de oxígeno de 50%, lo que ameritó su intubación. Al iniciar la asistencia ventilatoria la paciente presentó taquicardia supraventricular, la cual posteriormente se hizo ventricular, y presentó un paro cardiaco debido a las complicaciones del flujo fetal; por ello fue efectuada por los obstetras una cesárea en la que se obtuvo un producto único vivo con una medición de Apgar de entre 4 y 7; durante la cirugía se trató de efectuar la pericardiocentesis, sin lograrlo. Finalmente la paciente falleció a los 20 minutos.

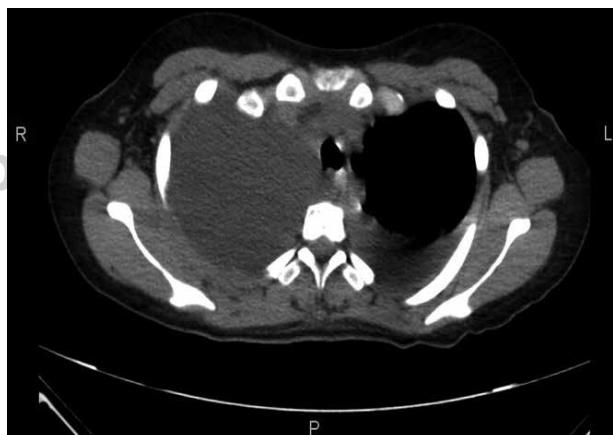


Figura 1. Derrame pleural derecho.

* Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos.

‡ Coordinador de Ginecología y Obstetricia.

§ Coordinadora de Prevención y Atención a la Salud.

Hospital General de Zona número 01, IMSS Delegación Oaxaca.

Fecha de recepción: 7 de octubre 2013

Fecha de aceptación: 25 de octubre 2013

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/medicinacritica>



Figura 2.
Derrame pleural bilateral.



Figura 3.
Derrame pleural bilateral y pericárdico con producto intrauterino.

COMENTARIO

Este caso demuestra la necesidad de contar en las unidades de cuidados intensivos con equipo de ultrasonido y ecocardiografía Doppler, así mismo contar con la capacitación y adiestramiento del personal médico intensivista para realizar los estudios urgentes que permitan tomar decisiones oportunas y adecuadas.

Existen diversos protocolos de diagnóstico/manejo en la cama del enfermo referentes al ultrasonido (*point of care*), tales como: FATE (*Focused Assessment with Transthoracic Echocardiography*), FEEL (*Focused Echocardiographic Evaluation in Life support*), E-FAST (*Extended-Focused Assessment with Sonography in Trauma*) y ultrasonido pulmonar; así como apoyo en accesos vasculares, en procedimientos como pericardiocentesis y toracocentesis. Esto permite diferenciar entre los estados de choque

con una rápida vista, los estados cardiogénicos, hipovolémicos y obstructivos extracardiacos (embolismo pulmonar, *tamponade*), además de poder evaluar la volemia mediante la medición de diámetros de la vena cava.

Correspondencia:
Dr. Juan Carlos Dávila Fernández
Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos
Hospital General Zona 01, IMSS Delegación Oaxaca
José López Alavez #921-8
Col. La Cascada, C.P. 68040
Oaxaca de Juárez, Oaxaca.