

espinal, y abordar la particularidad del caso de manera multidisciplinaria.

Palabras clave: Cesárea; Mielitis transversa; Anestesia

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.039>

P-39

Hipofibrinogenemia congénita en el embarazo

C.D. Romero, G. Saco, N. Celso, C. Nozieres, M. Montanaro, J. Muniagurria, R. Barolo, E. Scocco

Hospital Británico de Buenos Aires, CABA, Argentina

Introducción: El nivel de fibrinógeno en la embarazada es predictor de mortalidad por hemorragia postparto severa. Los trastornos del fibrinógeno (factor I) con manifestaciones hemorrágicas graves son muy infrecuentes, y las mujeres con esta alteración presentan riesgo de complicaciones aumentado.

El tratamiento de la deficiencia del factor I es el fibrinógeno, con una vida media de 3 a 5 días (el crioprecipitado es otra alternativa).

Descripción del caso: En este caso, a pesar de no haber desarrollado un sangrado patológico, ni tener antecedentes de hemorragias, la paciente presentó un fibrinógeno medido por método de Clauss de 50 mg/dl y un TP prolongado; sin embargo, el EXTEM, INTEM y FIBTEM (ROTEM) son normales. Probablemente se deba a que era portadora de una mutación genética cuyo fenotipo no es sangrante.

El diagnóstico definitivo se hace mediante el análisis genético de la mutación del fibrinógeno, ya que hay más de 250 y no todas están asociadas a mayor tendencia al sangrado (actualmente no se encuentra disponible en el país).

Palabras clave: Hipofibrinogenemia; Embarazo; Tromboelastometría

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.040>

P-40

Cesárea con urgencia hipertensiva, hipertensión secundaria e hipertensión pulmonar tipo 2.

M.L. Rey, R. Ghidini

Cemic, Buenos Aires. C.A.B.A., Argentina

Introducción: La hipertensión crónica complica el 3% de los embarazos, aumentando su morbimortalidad. Dado que los cuadros de urgencia hipertensiva periparto son más frecuentes por otras causas (preeclampsia) presentamos el caso de una paciente con urgencia hipertensiva e hipertensión pulmonar tipo 2, a la cual se le realiza cesárea.

Caso clínico: Mujer de 35 años con embarazo de 37 semanas ingresa para inducción programada. Antecedente de internación por edema agudo de pulmón hipertensivo en semana 13 de gestación, ingresando inicialmente con 183/130 por intolerancia al labetalol indicado en semana 10. Durante la internación se diagnostica nefropatía con proteinuria de 2 gramos por hipertensión previa (función renal normal) con un ETT con FEY del 48%, hipoquinesia difusa y una PSAP 50 mmHg. Durante la semana 30 se confirma hipertensión pulmonar tipo 2 con medición de catéter Swan Ganz posterior a la infusión de 250 ml de solución fisiológica:

PVC: 10, wedge: 17 PSAP: 42 PDAP: 23 PMAP: 32 con medición previa "basal" de PVC: 7, Wedge: 12 PSAP: 30 PDAP: 17 PMAP: 22

Resto del embarazo cursa sin complicaciones manejando en domicilio TA < 150/90.

Medicación habitual: Labetalol 200 mg/8hs, Alfametil-dopa 500 mg/6hs, Diltiazem 60 mg/8hs.

Se decide cesárea por falta de progresión ante inducción. Ingres a quirófano con 192/121 de TA por probable causa de discontinuación de la medicación antihipertensiva por las 8 horas de ayuno y el estrés periparto, sin daño de órgano blanco ni signos de insuficiencia cardíaca. Se decide anestesia raquídea con dosis bajas de bupivacaina hiperbárica (7 mg) más 25 mcg de fentanilo y colocación de catéter epidural. Se realiza infusión de Noradrenalina posterior al bloqueo con dosis stress volumen entre 0.02 a 0.035 Gammas hasta el alumbramiento con restricción de fluidos y, posterior al mismo, se infunden 500 ml de solución fisiológica para reposición de pérdidas. Se realiza cesárea en 45 minutos sin complicaciones. Nace niño apgar 9/10. La presión arterial varió entre 190/119 y 154/73 que postalumbramiento descendió a valores entre 142/93 y 112/67. Se realizó destete lento de Noradrenalina con infusión de 250 ml de S.F. en 30 minutos con buena tolerancia. Externación al 4 día con bebé sano.

Discusión: El manejo anestésico de este caso estuvo dirigido a la elección de la mejor técnica anestésica para un paciente con cardiopatía previa entrando a quirófano con urgencia hipertensiva. El correcto soporte hemodinámico es fundamental para un resultado favorable, tanto para la paciente como para su feto.

Palabras clave: Cesárea; Urgencia hipertensiva; Hipertensión secundaria; Hipertensión pulmonar tipo 2

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.041>

P-41

Osteogénesis imperfecta en paciente obstétrica

M.D. Cruz, J.A. Davalos, F.G. Moreno

Hospital Guillermo Rawson, San Juan, Argentina

Introducción: La osteogénesis imperfecta es un conjunto de alteraciones genéticas, clasificada en diversos subtipos que fueron variando a través de los años, gracias a los avances en el campo de la genética. Con una prevalencia estimada de 1/10.000 en la población general y 1/25.000 a 30.000 casos en pacientes obstétricas.

Descripción del caso: Paciente primigesta de 18 años de edad, con 38 semanas de gestación, refiere diagnóstico de osteogénesis imperfecta sin conocer el subtipo. Se monitoriza con spo₂, pa_i, t^o, ecg con parámetros vitales dentro de rangos normales, laboratorio y ecg previos sin alteraciones. Se procede a explicar el procedimiento anestésico, intentando realizar anestesia raquídea con aguja punta lápiz 27 G; el intento fracasa por mala colaboración de la paciente la cual aun explicándole los riesgos solicita anestesia general.

Se realiza la inducción anestésica con Remifentanilo TCI efecto 6ng/ml, Propofol 120 mg, rocuronio 35 mg; se intuba con TET 6,5; el mantenimiento anestésico se realiza con

sevoflurano al 2% y remifentanilo tci efecto y morfina 5 mg para analgesia post operatoria.

El neonato nace con un APGAR 7/10, y a las 24 horas la madre es trasladada a sala común de obstetricia, sin presentar complicaciones.

Información adicional: el diagnóstico está basado en la historia familiar, características físicas y hallazgos radiológicos.

Comentarios y discusión: al ser una patología tan poco usual en la población y más aún en la población obstétrica, es fundamental tener conocimiento de la misma y realizar una técnica anestésica que implique el menor riesgo para el paciente. Es importante tener en cuenta la fragilidad ósea al momento de realizar maniobras como: posicionamiento para anestesia neuroaxial, modificación de la cabeza para alinear los ejes al momento de la intubación. Y maniobras tan simples como el pasaje de camilla a la mesa de operaciones que pueden provocar lesiones graves. También, monitorizar la temperatura por el riesgo incrementado de hipertemia, y elegir la monitorización arterial invasiva para evitar posibles lesiones por insuflado del manguito neumático de presión no invasiva.

Palabras clave: Osteogénesis imperfecta; Embarazo; Anestesia

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.042>

P-42

Influencia del Bloqueo Combinado Espinal-Epidural sobre la segunda fase del trabajo de parto

C.D. Romero, G. Saco, C. Nozieres, R. Barolo, M. Montanaro, J. Muniagurria, E. Scocco

Hospital Británico de Buenos Aires, CABA, Argentina

Introducción: Los efectos de los anestésicos locales y opioides neuroaxiales han sido estudiados por varios años, y su influencia sobre el desarrollo del trabajo de parto ha generado controversias sobre el efecto en la duración del trabajo de parto. Si bien la técnica epidural es el gold standard^{1,2}, el bloqueo combinado espinal-epidural aporta una analgesia más rápida y sin complicaciones mayores. Existen evidencias contradictorias sobre el mismo, donde algunos grupos de trabajo sostienen que la administración de analgesia neuroaxial en estadios tempranos de la fase activa del trabajo de parto, prolonga su duración y lo asocia a mayor índice de parto instrumental y quirúrgico^{3,4}.

Objetivo: Determinar si la utilización del bloqueo combinado espinal-epidural prolonga la duración de la segunda fase del trabajo de parto y si impacta negativamente en la valoración Apgar.

Materiales y Métodos: En este estudio observacional se incluyó a pacientes embarazadas menores de 40 años donde se utilizó como fuente de información para el análisis de los datos una ficha de analgesia del parto. En la misma se registraron los datos antropométricos, antecedentes, técnica anestésica utilizada (Peridural vs Combinada) horario de dilatación completa y de nacimiento. Se recolectaron 222 pacientes (Grupo P=84, Grupo C=138) y se realizó el análisis de los grupos.

Resultados: La media de duración de segunda fase de trabajo de parto fue de 34,36 min. (28,62-40,11) en el grupo

peridural y 28,62 min. (24,79-32,44) en el grupo combinado. Las valoraciones de Apgar al minuto 1 / 5 fueron Grupo P: 8,51 (8,23-8,79) / 9,73 (9,56-9,9) y Grupo C: 8,73 (8,58-8,89) / 9,84 (9,75-9,93). No se observaron diferencias significativas en el tiempo de duración de la segunda fase del trabajo de parto ni de las valoraciones de Apgar entre ambos grupos.

Conclusiones: En nuestro estudio observamos que bloqueo analgésico combinado no prolonga la duración del trabajo de parto ni tiene incidencias negativas sobre la escala de Apgar.

Palabras clave: Analgesia epidural; Embarazo

Referencias

1. Ranta PO. Obstetric epidural analgesia. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2002;15:525–31.
2. Ranasinghe JS, Birnbach DJ. Progress in analgesia for labour: focus on neuroaxial blocks. 2010;9:31–43.
3. Liu EH, Sia AT, Liu EHC, Sla ATH. Rates of cesarean section and instrumental vaginal delivery in nulliparous women after low concentration epidural infusions or opioid analgesia systematic review. *Br Med J.* 2004;328:1410.
4. Thorp JA, Meyer BA, Cohen GR, Yeast JD, Hu D. Epidur analgesia in labor and cesarean delivery for dystocia. *Obstet Gynecol Surv.* 1994;49:362–9.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.043>

P-43

Anestesia para cesárea de urgencia en paciente con acondroplasia

L. Daud, V. Deambrosi, I. Bolzon, F. Sandez

Hospital Regional Dr Ramón Carrillo, Capital. Santiago del Estero, Argentina

Introducción: La acondroplasia es un trastorno genético que afecta el crecimiento óseo y causa el tipo más común de enanismo. El manejo anestésico en dichos pacientes puede resultar difícil debido a las diferentes malformaciones que presentan; con alteración de la morfología de la vía aérea, la capacidad ventilatoria, presentan cifoescoliosis, hiperlordosis lumbar e inestabilidad cervical. Reportamos el caso de una paciente con acondroplasia quien fue intervenida para una cesárea de urgencia.

Descripción del caso: Paciente femenino de 23 años de edad, 37 semanas de gestación, ingresa de urgencia a quirófano en trabajo de parto con prociencia de cordón. Gesta 1 para 0 aborto 0 cesárea 0. Con antecedentes de epilepsia en tratamiento con carbamazepina, no refiere intervenciones quirúrgicas previas. Mallampati II. Se constata TA 170/100 mmHg, FC 90 lat/min y S02 99%. Se preoxigena con mascara facial con FIO2 100%, se realiza inducción con tiopental sódico 300 mg, succinilcolina 60 mg, IOT Con TET N° 6,5mm a 20cm de la arcada dentaria con maniobra de Sellick. Se continúa mantenimiento con remifentanilo, sevoflurano y atracurio. Control intraoperatorio: TA 110/65 mmHg, FC 70 lat/min, S02 99% y capnografía 35 mmHg. Luego del nacimiento se administra oxitocina 5 UI en bolo más infusión de 20 UI a 21 gotas/min. Recuperación: Se extuba a la paciente sin complicaciones inmediatas. Continúa evolución en sala de recuperación durante 30 min, pasa a sala común con aldrete 10/10. Se