

mujer y 35Kg/m² en el hombre, pacientes ASA IV, trastornos de alcoholismos y abusos de drogas.

Estos pacientes recibieron monitorización básica, colocación de BIS, se midieron parámetros basales y se comenzó la inducción titulada con infusión de Propofol TCI Schneider en 1mcg/ml sitio efecto hasta el equilibrio, y luego de transcurrido 1 minuto, se modificó la diana 0.5 mcg/ml repitiendo el mismo proceder hasta obtener el cambio de Ramsay II a III/ IV, considerando esta concentración la adecuada para el mantenimiento intraoperatoria.

Al modificar el Ramsay se comienza con la infusión de Remifentanilo TCI Minto sitio efecto escalonado de 2-4-6 Ng/ml, una vez comprobada la apnea y adecuada ventilación se procede a la relajación neuromuscular con succinilcolina 1 mg/kg y a la IOT.

Resultados: Con esta técnica se vio que las concentraciones para inducción y mantenimientos basados en la clínica son adecuadas en la totalidad de los casos, sin reportes de despertar o recuerdos intraoperatorios.

Discusión: El paciente obeso recibe 30% menos de la dosis en la inducción con Schneider comparado con Marsh, basándonos en la farmacodinamia, al titular la inducción nos aseguramos con el cambio de Ramsay un efecto clínico adecuado para la realización de una anestesia general.

Conclusión: El modelo Schnider se adapta al obeso con titulación basada en parámetros clínicos.

Palabras clave: Obesidad; Anestesia total intravenosa

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.027>

P-27

Anestesia general en paciente con dermatomiositis

M.M. Ares, N.A. Nigro, D. Porticella, M.C. Maroni, S.L. Olguín

Hospital de Clinicas José de San Martín, CABA, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Anestesia general en paciente con dermatomiositis con severo compromiso respiratorio, deglutorio, dérmico y muscular

Descripción del caso: Paciente de 22 años con diagnóstico de DERMATOMIOSITIS (dx 2015). Presenta severo compromiso muscular a predominio del tronco, trastornos deglutorios (antecedentes de broncoaspiración), compromiso cutáneo. Tratamiento: Meprednisona 40 mg, Azitropina 50 mg, Hidroxicloroquina 200 mg. Motivo de consulta: fiebre y disminución de la movilidad de la articulación del hombro izquierdo. Evaluación por traumatología. Se realiza una primera toilette quirúrgica: inducción con mdz 2 mg, fentanilo 100 mcg, propofol 100 mg. Se coloca máscara laríngea Supreme n 3. Mantenimiento con remifentanilo 0,3 mcg/kg/min y sevoflurano 1%. Al despertar, se coloca cánula nasal hasta pase a sala. Una semana después se realiza nueva toilette, en este caso: inducción Propofol 120 mg, fentanilo 150 mcg, atracurio 20 mg. TET n7,5, mantenimiento con Propofol 8 mg/kg/min y remifentanilo 0,5 mcg/kg/min. La paciente se extuba y requiere apoyo de oxígeno con cpap por 15 minutos. Pasa a UTI con oxígeno suplementario por cánula nasal.

Discusión: elección de anestesia regional o general, uso de relajantes musculares

Conclusión: Se recomienda la anestesia general, para mantener control absoluto sobre la vía aérea considerando el riesgo de broncoaspiración de estos pacientes. El uso de relajantes musculares no está contraindicado. Son de elección los no despolarizantes, teniendo cuenta que puede existir aumento de la sensibilidad a los mismos. Constituye una indicación de monitoreo de la función neuromuscular. Evitar el uso de succinilcolina por aumento de la sensibilidad a la misma.

Palabras clave: Relajantes musculares; Succinilcolina; Dermatomiositis; Miopatías inflamatorias

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.028>

P-28

Dificultad respiratoria aguda y colapso materno durante el parto. A propósito de un caso

B. Dobry^a, O. Rey^a, L. Deganutti^b

^a Hospital San Martín, Paraná, Entre Ríos, Argentina

^b Hospital Materno-Infantil San Roque, Paraná. Entre Ríos, Argentina

Introducción: El colapso cardiopulmonar durante el trabajo de parto es una condición infrecuente de consecuencias drásticas, ocasionada por condiciones quirúrgicas y/u obstétricas. Dentro de éstas, la embolia de líquido amniótico (ELA) es una de las más devastadoras.

Caso clínico: Paciente de 34 años, ASA I, multipara, con embarazo controlado y a término, desarrolló un cuadro de dificultad respiratoria aguda, hipotensión arterial severa y depresión del sensorio durante su trabajo de parto, que derivó en su ingreso inmediato a quirófano para soporte hemodinámico y cesárea de urgencia. Durante la intervención se corroboró fibrilación ventricular, por lo que se aplicaron maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada, con resultados favorables. Posteriormente, se constató sangrado profuso vaginal consecuente a atonía uterina, y en sitios de venopunción y en vía aérea, considerando este cuadro compatible con una coagulopatía. Esto derivó en inestabilidad cardiovascular por lo cual se administraron uterotónicos, hemoderivados, antifibrinolíticos y se efectuó la hemostasia quirúrgica.

Información adicional: La ELA es una condición infrecuente (1 por cada 40.000 a 60.000 partos), impredecible y no prevenible, que se asocia con elevada mortalidad materno-fetal (20 al 60%) y graves secuelas neurológicas. Su fisiopatología parece implicar una respuesta materna anormal a la exposición al tejido fetal, con activación de mediadores proinflamatorios, similar al síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Comentarios y discusión: Existen varias condiciones médicas y/u obstétricas que pueden conducir al colapso cardiopulmonar durante el trabajo de parto. Entre ellas, tromboembolismo pulmonar, eclampsia, desprendimiento placentario, accidentes vasculares, afecciones cardíacas, anafilaxia, ELA. Sin embargo, es importante destacar que su manejo no requiere de un diagnóstico etiológico ya que el tratamiento inicial es el mismo. Consideramos que la paciente presentó una ELA como causa desencadenante de dificultad respiratoria aguda y colapso materno durante el parto, que derivó en paro cardiopulmonar, seguido de