

mujer y 35Kg/m<sup>2</sup> 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<sup>a</sup>, O. Rey<sup>a</sup>, L. Deganutti<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Hospital San Martín, Paraná, Entre Ríos, Argentina

<sup>b</sup> 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

coagulopatía y atonía uterina. Los otros diagnósticos mencionados fueron desestimados ya que no reunían la totalidad de los síntomas que caracterizaron al cuadro presentado. La ELA debe ser considerada ante el colapso cardiorrespiratorio súbito en cualquier paciente embarazada o en el postparto inmediato. Es una condición potencialmente mortal, su diagnóstico es clínico y de exclusión, y su tratamiento debe ser inmediato y enérgico para lograr resultados satisfactorios. No se recomienda el uso de laboratorios u otras pruebas específicas para confirmar o refutar su diagnóstico. Se recomienda la provisión inmediata de soporte vital básico y avanzado ante su sospecha, y un abordaje multidisciplinario (GRADO 1C).

**Palabras clave:** Colapso materno; Embolia de líquido amniótico; Coagulopatía

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.029>

## P-29

### Anestesia Regional vs General en paciente embarazada con Arnold Chiari y Siringomielia para Cesárea

S. Traverso, G. Morand, A. Figar, S. Benitez

*Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Buenos Aires, Argentina*

**Introducción:** La malformación de Chiari tipo I es un desplazamiento caudal del cerebelo con herniación amigdalina por debajo del foramen magno. Se presenta habitualmente en la edad media de la vida y más frecuente en mujeres. Comúnmente asociada a siringomielia comunicante.

La siringomielia es una condición neurológica rara, que se caracteriza por la presencia de una cavidad quística expansiva en la médula espinal, resultando en manifestaciones neurológicas.

**Objetivos:** Exponer la estrategia anestésica implementada consensuada entre la paciente, y ambos equipos tratantes; obstetras y anesthesiólogos; describiendo el sustento bibliográfico que avala nuestra decisión.

**Descripción del caso:** Se presenta paciente de 39 años, sexo femenino, cursando tercer trimestre de embarazo con antecedentes de Arnold Chiari y siringomielia y múltiples comorbilidades. Realizamos una revisión bibliográfica comparando las técnicas anestésicas focalizándonos en las ventajas y desventajas de ambas en este tipo de pacientes. Se detalla el manejo anestésico perioperatorio.

**Discusión:** No existe sustento bibliográfico que contraindique de manera absoluta la anestesia subaracnoidea en pacientes embarazadas con síndrome de Arnold Chiari. Cualquiera sea la técnica anestésica adoptada se debe tener precaución de no aumentar la presión intracraneana ni generar hipotensión subaracnoidea por fuga de líquido cefalorraquídeo. Debido a las múltiples comorbilidades que presentaba nuestra paciente, se consensuó entre los anesthesiólogos, obstetras, neonatólogos y la paciente realizar anestesia regional subaracnoidea.

**Resultados:** A través del empleo de una monitorización apropiada la paciente permaneció estable durante todo el procedimiento. Evolucionó favorablemente, sin complicaciones, ni signos ni síntomas de empeoramiento de su

enfermedad de base; recibiendo el alta hospitalaria a los seis días.

**Conclusión:** La complejidad que presenta el manejo de este tipo de patologías determina

la necesidad de adoptar un plan anestésico prolijo y definido a fin de evitar complicaciones potencialmente graves.

**Palabras clave:** Arnold Chiari; Siringomielia; Embarazo

## Referencias

1. Jayaraman L, Sethi N, Sood J. Anaesthesia for Caesarean Section in a Patient with Lumbar Syringomyelia. *Rev Bras Anesthesiol.* 2011;61:469-73, [http://dx.doi.org/10.1016/1665-50034-7094\(11\)70054-X](http://dx.doi.org/10.1016/1665-50034-7094(11)70054-X).

2. Angélica Díaz R, Fabio Dorian Cano A, David Rojas Z, Marianne Goich C. Siringomielia y embarazo. Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura. *Rev. Obstet. Ginecol.* 2009;4:136-8.

3. López R, Nazar C, Sandoval P, Guerrero I, Mellado P, Lacassie HJ. Malformación de Arnold-Chiari tipo I con siringomielia, trabajo de parto y analgesia neuroaxial. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2007;54:317-21

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.030>

## P-30

### Dolor por rotura uterina durante trabajo de parto bajo analgesia epidural. Reporte de un caso

M.E. Garcia Guzzo, P. Rossi

*Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina*

**Introducción:** La rotura uterina es un evento de baja incidencia, pero con una elevada morbimortalidad para la madre y el feto. Dentro de los factores de riesgo para la misma, la cesárea anterior representa el más importante. El esfuerzo creciente de los sistemas de salud por disminuir el número de cesáreas, se ve reflejado en un aumento del número de mujeres que tras una cesárea anterior realizan un intento de parto vaginal. El papel del anesthesiologo resulta clave en este escenario.

**Descripción del caso:** Se describe el caso de una paciente de 31 años, 40 semanas de gestación, cesárea anterior hace 6 años, que ingresa con dilatación del cuello uterino de 6 cm, dinámica uterina y mala tolerancia al dolor. Se realiza anestesia peridural a nivel de L3-L4 con técnica de pérdida de resistencia a 6.5 cm. Se administran 12.5 mg de bupivacaína y 50 mcg de fentanilo. A los 60 min se repite bolo con 70 mg de lidocaína, con adecuada respuesta analgésica. A los 90 min de la última dosis, la paciente pasa a sala de partos refiriendo adecuada analgesia. En contexto de pujos reiterados se constata desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal y cambio súbito en las características del dolor percibido que refiere como ardor durante el pujo y ascenso de presentación. Se decide realizar cesárea con anestesia general. Se logra intubación exitosa. Se constata feto en cavidad abdominal y rotura uterina en área de cicatriz anterior. Se recibe recién nacido sin esfuerzo respiratorio, bradicárdico, estado ácido base de sangre de cordón 7.21/34/-13/13.6, ácido láctico: 9.6.

**Comentarios y Discusión:** Siendo la cesárea previa el principal factor de riesgo para rotura uterina, el anesthesiologo debería realizar una adecuada valoración de vía aérea