

realiza control postoperatorio a las 6 y 12 horas de la cirugía con evolución satisfactoria.

Comentarios y discusión: El manejo anestésico en pacientes con acondroplasia sigue siendo un dilema, tanto con técnicas regionales como generales, y no se conoce con exactitud la prevalencia e incidencia de vía aérea difícil. Consideramos que nuestra paciente no contaba con una vía aérea difícil. En pacientes gestantes con acondroplasia es recomendable anestesia general debido a las complicaciones que presentan en un bloqueo central así también como la elevada tasa de bloqueos fallidos.

Palabras clave: Acondroplasia; Cesárea

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.044>

P-44

Acretismo no previsto, con histerectomía y sangrado masivo. Manejo anestésico. Reporte de caso

E.A. Rinaldi, F. Cseh, A. Figar

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

Introducción: El acretismo placentario es una complicación severa del embarazo cuya incidencia va en aumento en los últimos años en paralelo con el aumento de cesáreas, posee alta morbilidad perioperatoria y es de las principales indicaciones de histerectomía periparto. El diagnóstico prenatal resulta muy importante en la mejora de los resultados.

Descripción del caso: Se presenta el caso de una paciente quintigesta con antecedente de dos cesáreas previas y antecedente de sangrado y embolización angiográfica uterina que requirió histerorrafia y postoperatorio en unidad de terapia intensiva adultos por 24 horas. Ingresó para cesárea programada con controles normales. Se realizó anestesia regional y luego del nacimiento se constató sangrado profuso diagnosticando un acretismo placentario. Se realizó monitoreo de TA invasiva y carga de 1 gr de Ácido Tranexámico. Se transfundieron glóbulos rojos (GR), se administraron 2 gr de Concentrado de Fibrinógeno y 1000 UI de CCP. Se realizó histerectomía de emergencia y rafia vesical por lesión intraoperatoria. La paciente permaneció estable y fue trasladada a UTIA bajo ARM e infusión de NA a 0.08 mcg/kg/min. Tiempo total de cirugía de 3 horas, balance final de ingresos: 4000 ml de SRL, 1000 ml de coloides, 5 unidades de GR, 2 unidades de PFC. Continuó su recuperación en UTIA por 24hs y se decidió alta luego de 5 días.

Discusión: El acretismo placentario sin aviso y sin embolización previa constituye un escenario adverso para la paciente y pone a prueba nuestra capacidad de respuesta a estos eventos. La AG es usualmente considerada como la técnica de elección para las pacientes con placenta acreta. El uso de Tranexámico reduce el riesgo de muerte por sangrado sin asociarse a un incremento en los efectos adversos¹. El fibrinógeno no tiene reservas suficientes en el organismo para compensar las pérdidas en el corto plazo, el uso de concentrados en forma empírica ofrece una rápida reposición sin sobrecarga de volumen. El uso de CCP disminuye el riesgo de reacciones anafilácticas, lesión pulmonar aguda (TRALI) y sobrecarga de volumen circulatorio (TACO).

Palabras clave: Acretismo; Tranexámico; Sangrado posparto, Hemorragia masiva

Referencias

1. WOMAN Trial Collaborators. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2017;389:2105-16.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.045>

P-45

Manejo anestesiológico de una paciente con estenosis aórtica severa en plan de cesárea

F.E. Bolla, A. Figar, A. Adrover

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

Introducción: La complejidad de la fisiología materna en el contexto de una paciente con estenosis aórtica severa se ve amenazada ante la necesidad de la administración de la técnica anestésica más adecuada para mantener el gasto cardíaco a través del área valvular disminuida.

Descripción del caso: Paciente femenina de 35 años de edad, 100 kg, IMC 40, ingresa a quirófano para la realización de una cesárea programada. Presenta antecedente de estenosis aórtica severa con un área valvular de 0.82 cm, hipertrofia del VI y septum y disfunción diastólica con un patrón de llenado pseudonormal. Asintomática. No recibe medicación en forma habitual.

Paciente monitorizada según normas IRAM. Se colocan dos accesos venosos periféricos (18 G + 16 G) y catéter arterial radial para monitoreo continuo de la presión arterial. Se administra 1 gr de Ácido Tranexámico.

Con el objetivo de mantener el gasto cardíaco, evitar la vasodilatación y la consiguiente hipotensión, se decide realizar una anestesia regional combinada espinal epidural. Se inicia infusión de Fenilefrina a 0,3 ug/kg/min con la paciente en posición para la realización de la anestesia regional central. Altura del bloqueo L4 L5. Se administra en el espacio subaracnoidal Ropivacaina 0.75% 7.5 mg + Fentanilo 20 ug y se coloca catéter peridural lumbar para la administración de bolos de Lidocaína al 1% sin epinefrina, en caso de ser necesario. Se procede a realizar maniobra de descompresión de Vena cava con desplazamiento abdominal hacia la izquierda y leve lateralización de la camilla. Se aumenta infusión de Fenilefrina a 0,6 ug/kg/min y se procedió a su titulación según frecuencia cardíaca y presión arterial invasiva.

Se evalúa nivel del bloqueo. La paciente refiere perdida de la sensibilidad hasta dermatoma T10. Presenta actividad motora levemente disminuida en miembros inferiores, conservando la capacidad de movimiento en forma moderada. Se procede al inicio de la intervención. Ingresó el padre. Paciente no refiere desconfort ni dolor. No fue necesaria la administración de anestésico local a través del catéter peridural. Sangrado estimado 600 ml. Se traslada a UCIC para monitoreo postoperatorio.

Información adicional: Luego del alumbramiento, se inicia infusión de Oxitocina 20 unidades con bomba volumétrica