

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, Alfametildopa 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 bupivacaína 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, paí, t°, 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 6 ng/ml, Propofol 120 mg, rocuronio 35 mg; se intuba con TET 6,5; el mantenimiento anestésico se realiza con