

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

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 morbimortalidad 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 administran 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. Continúo 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 subaracnoideo 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 pérdida 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. Ingresa el padre. Paciente no refiere disconfort 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