

azitromicina, agonista beta 2 de corta y larga duración y Dornasa alfa. Ingresó la maternidad y fue inducida a trabajo de parto, iniciado analgesia precoz vía catéter peridural. Dosis inicial administrada de forma lenta y gradual, testando nivel de bloqueo, con clorhidrato de ropivacaína 0,75%, fentanilo 100mcg, morfina 2 mg. Monitorización continua de oximetría. La parturienta evolucionó sin quejas de dolor necesitando de esta única dosis hasta el período expulsivo.

Información adicional: Con historia de preeclampsia, sin internación durante el embarazo.

Comentarios y discusión: Las disfunciones respiratorias durante el embarazo sumado a la fibrosis quística son factores preocupantes relacionada la función pulmonar. La conducta anestésica debe ser efectiva para una función pulmonar óptima. Se debe mantener al paciente hidratado, monitorizado con oxímetro para evaluar la necesidad de oxígeno y controlando de manera regular la glucemia que no son objetivos anestésicos. La anestesia regional precoz evita la hiperventilación. La anestesia regional peridural con catéter retorna más posiblemente al control de los niveles de bloqueo y tiene menor repercusión hemodinámica. El uso de opioides y bloqueo debe ser hecho con cuidado, porque no se puede poner en riesgo a la capacidad de todo el manejo respiratorio. Impedir la utilización de drogas anticolinérgicas y óxido nítrico si la anestesia general se hace necesaria, usar preferentemente la anestesia inhalatoria.

Palabras clave: Anestesia en el embarazo; Fibrosis quística pulmonar

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.035>

P-35

Pérdida de resistencia epidural con solución salina y aire: un ensayo clínico aleatorizado

L.E. Ferrer, D.J. Romero, V. Mojica, E.C. Matute, S. Pacheco, S. Jaramillo

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

Introducción: La analgesia neuroaxial depende de la correcta localización de la aguja, que a su vez depende de la técnica de pérdida de resistencia epidural con aire o con solución salina. Hasta el momento no se ha establecido una técnica óptima para esto, por lo que el anestesiólogo se ve forzado a tomar una decisión basado en su experiencia personal.

Objetivos: Comparar las técnicas de pérdida de resistencia epidural con solución salina y aire ≤ 3 mL.

Material y método: Este ensayo clínico aleatorizado se llevó a cabo en mujeres en trabajo de parto a término entre las edades de 18 y 40 años. Las pacientes se asignaron aleatoriamente en proporción 1:1 a los grupos de pérdida de resistencia con solución salina y con aire. Se evaluaron la colocación correcta del catéter, control del dolor, satisfacción materna, características del bloqueo y efectos adversos.

Resultados: Se incluyeron 208 pacientes obstétricas. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la identificación exitosa del espacio epidural ($P=0.56$). El control del dolor, la satisfacción materna, las características

del bloqueo y la incidencia de efectos adversos fue similar en ambos grupos.

Discusión: Mientras que estudios previos muestran cambios en cuanto a las variables evaluadas en ambas técnicas de pérdida de resistencia, nuestro estudio no mostró diferencias estadísticamente significativas. No se tomó en cuenta el tiempo de inserción del catéter, lo que pudo afectar los resultados, ya que un procedimiento más largo puede influir en la analgesia y en la satisfacción del paciente.

Conclusiones: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en desenlaces de dolor y obstétricos. Usar volúmenes de aire ≤ 3 mL o solución salina para localizar el espacio epidural no demostró diferencias en la incidencia de complicaciones.

Palabras clave: Analgesia epidural

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.036>

P-36

Analgesia peridural para conducción del trabajo de parto en paciente de 12 años de edad

MdlP Caamaño, S. Cilli, S. Latorre, C. Alvarez

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El embarazo en pacientes menores de 15 años se ha convertido en un problema de salud en todo el mundo debido a su alta incidencia y la elevada morbilidad tanto materna como fetal. En Argentina se producen 3000 nacimientos anuales que involucran madres de dicho rango etario.

Descripción del caso: Paciente femenina de 12 años de edad, primigesta, embarazo de término, bolsa rota, en primer período de trabajo de parto, presentación cefálica, dilatación cervical 4 cm, contracciones uterinas frecuentes, intenso dolor abdominoperineal.

Se realiza analgesia para el trabajo de parto utilizándose técnica combinada (bloqueo subaracnoideo + bloqueo epidural con colocación de catéter) observándose cese del dolor. A los 50 minutos la paciente refiere intenso dolor perineal por lo que se administra vía catéter epidural 10 ml de bupivacaína al 0,125%. Se produce la expulsión del feto (RN vivo vigoroso) y luego el alumbramiento. Se administran 5 ml de bupivacaína al 0,125% por el catéter epidural y procede a retirarlo.

Discusión: La morbilidad de la adolescente embarazada, se puede clasificar por períodos de la gestación: en la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, y la bacteriuria asintomática y en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro y la rotura prematura de las membranas. En el período del parto se observa alteraciones en la presentación y en la posición del feto por la desproporción cefalopélvica; distocias que provocan mayor uso de fórceps y ejecución de cesáreas, y otras complicaciones como desgarros, hemorragias e infecciones.

Conclusiones: Si bien el manejo anestésico es similar al de cualquier otra paciente embarazada, con priorización de