

las técnicas neuroaxiales, las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido son más frecuentes a menor edad materna por ser cuerpos jóvenes que no están plenamente desarrollados para pasar por el proceso del embarazo y el parto sin consecuencias adversas.

Palabras clave: Peridural; Parto

Referencias

1. UNICEF, Situación del embarazo adolescente en Argentina. 2013 Jul.
2. Boletín de la, OM.S., El embarazo en la adolescencia. N 364. 2014 Sep.
3. Panduro BJG, Jiménez CPM, Pérez MJJ, Panduro MEG, Peraza MD, Quezada FNA. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. Ginecol Obstet Mex. 2012;80:694-704.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.037>

P-37

El efecto de los bolos intermitentes y de la infusión epidural continua en la analgesia obstétrica

L.E. Ferrer, D.J. Romero, O.I. Vásquez, E.C. Matute, M. Van de Velde

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

Introducción: Tanto los bolos intermitentes como la infusión epidural continua son técnicas analgésicas usadas rutinariamente en el manejo del dolor obstétrico. Sin embargo, no están claramente definidas las ventajas y desventajas que ofrece una técnica frente a la otra.

Objetivos: Evaluar ambas técnicas en cuanto a desenlaces de dolor y desenlaces obstétricos.

Material y métodos: Se incluyeron mujeres en trabajo de parto de 18-45 años de edad. Se les dio analgesia epidural con 8-12 mL de una mezcla de bupivacaína al 0.1% y 2 µg/mL de fentanil, aleatorizadas para recibirla en forma de bolos intermitentes o infusión continua. El desenlace primario fue la calidad de la analgesia. Los desenlaces secundarios incluyeron duración del trabajo de parto, cantidad de medicamento usado, satisfacción materna, niveles sensitivos y motores del bloqueo, bloqueo unilateral, parámetros hemodinámicos, efectos secundarios, vía del parto y puntaje Apgar del recién nacido.

Resultados: Las pacientes asignadas al grupo de bolos intermitentes recibieron en total menos medicamento, siendo la proporción estadísticamente significativa ($P = 0.01$). No hubo diferencias en los otros desenlaces secundarios.

Discusión: Aunque ambos grupos tuvieron buen control del dolor, fue necesario dar mayor cantidad de analgésico a las pacientes del grupo de infusión continua para obtener el mismo resultado, por lo que los bolos pueden ser una estrategia más eficaz para la administración de analgesia epidural. Sin embargo, el grupo que recibió mayor dosis de analgésicos no tuvo una incidencia mayor de efectos adversos relacionados con los mismos.

Conclusiones: Tanto los bolos intermitentes como la infusión epidural continua son estrategias analgésicas válidas durante el trabajo de parto. Sin embargo, al usar bolos intermitentes es posible obtener el mismo efecto analgésico usando una dosis menor.

Palabras clave: Analgesia epidural; Analgesia obstétrica; Infusión epidural continua; Bolos programados intermitentes

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.038>

P-38

Manejo anestésico para cesárea de urgencia en paciente con antecedente de mielitis transversa

V. Ruppel, V. Garagiola, C. Alvarez

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La mielitis transversa es un trastorno neurológico focal causado por un proceso inflamatorio de la sustancia blanca de la médula espinal que puede causar desmielinización axonal. Puede ser idiopático, o surgir a partir de una infección, vacunación y esclerosis múltiple. También puede estar asociada a una lesión de la médula espinal, a reacciones autoinmunes, esquistosomiasis o a un flujo insuficiente de sangre a través de los vasos de la médula espinal. Las lesiones son inflamatorias y pueden afectar ambos lados de la misma, un solo cordón o hemimédula.

Actualmente existe poca evidencia acerca del manejo anestésico en pacientes obstétricas con antecedentes de dicho trastorno ya que su incidencia estimada es 1-4 nuevos casos por año por millón de habitantes.

Caso clínico: Paciente de 31 años G3P1A1, embarazo de 31 semanas, con antecedentes de SAF (2008), hipotiroidismo, obesidad, BMI 40,07 y mielitis transversa (2008) que cursó con cuadriplejía de ocho meses de evolución, sin requerimientos de ARM. La restitución fue ad integrum, a excepción de un área de disestesia en pared abdominal. Evolucionó con: dos episodios de AIT, múltiples TVP y oclusión bilateral de vasos oftálmicos, que llevaron a la ceguera, a pesar del tratamiento con acenocumarol. Recibió pulsos de metilprednisolona y azatioprina que fue suspendida al desarrollar un cuadro de pancreatitis aguda secundaria a litiasis biliar, motivo por el cual fue colecistectomizada.

Ingresó al servicio de urgencias con procidencia de miembro inferior a la semana 31,5 de embarazo por lo que fue sometida a operación cesárea. Anticoagulada con HBPM 80 mg cada 12 hrs. Debido al antecedente neurológico, se decidió realizar anestesia general.

Discusión: Los criterios diagnósticos de mielitis transversa incluyen déficit motor, sensitivo y autonómico que se instalan de forma aguda con evidencia de inflamación espinal constatada por el examen de LCR o RMN.

Actualmente se conoce poco acerca de los efectos de la anestesia en pacientes con mielitis transversa. Sin embargo, existe evidencia que establece una relación temporal entre la anestesia neuraxial y el establecimiento de la enfermedad.

Ante la presencia de dicho antecedente, aún sin síntomas neurológicos, la conducta anestésica es controvertida.

Conclusión: La asociación de mielitis transversa y embarazo ha sido poco estudiada debido a la baja incidencia de dicho trastorno. Teniendo en cuenta la escasez de literatura en la materia, se considera prudente evitar técnicas neuraxiales en pacientes con antecedentes de patología

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, pai, 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