

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