

21 al 25 SEPT. 2019

A19 **CLASA** **Argentina 2019**

Congreso Latinoamericano de Anestesiología

APRENDER DESDE EL HACER

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES



Información.....	9
Patrón de uso y limpieza de dispositivos móviles por médicos anesthesiologists panameños.....	10
¿Cuál es el mejor método de analgesia postoperatoria para artroplastía de cadera?.....	11
Obstrucción de vía aérea por plegamiento de varilla metálica luego de IOT prolongada con tubo espiralado.....	12
Analgesia en artroplastía de cadera: bloqueo de plexo lumbar <i>versus</i> fascia iliaca suprainguinal.....	13
Frecuencia de ideación suicida en una población de anesthesiologists.....	14
Bloqueo del ganglio esfenopalatino, una opción para el tratamiento de la cefalea postpunción dural.....	15
Niveles de vitamina D en médicos; ¿son los anesthesiologists el único grupo de riesgo?.....	16
Factores involucrados en la toma de decision para la utilización de asistencia ventricular en trasplante pulmonar.....	17
Comparación midazolam vs dexmedetomidina en pacientes con alto riesgo de síndrome de apnea obstructiva del sueño.....	18
DOVentYT dispositivo intraoral para facilitar la ventilación con máscara facial.....	19
Comparación de náuseas y vómitos postoperatorios en cirugías mamarias: anestesia balanceada vs triple terapia.....	20
Factores de riesgo e índice pronóstico de complicaciones perioperatorias en cirugía bariátrica laparoscópica.....	21
Lidocaína endovenosa para tratamiento de dolor refractario.....	22
Caso clínico: Bloqueo del plano del músculo erector espinal para analgesia postoperatoria.....	23
Oximetría cerebral no invasiva: una útil herramienta en anestesia neonatal.....	24
Oximetría cerebral no invasiva: su uso en manejo de onfalocèle gigante.....	25

Reimplante de mano con bloqueo continuo de plexo braquial y anestesia general reporte de caso.....	26
Remifentanil y propofol con infusión controlada por objetivo para legrado uterino.....	27
Analgesia multimodal preventiva en el control total de dolor en pacientes de amigdalectomía. Reporte de 51 casos.....	28
Cell Saver en operación cesárea compleja. Reporte de un caso.....	29
Presentación de caso: Angina de Ludwig.....	30
Neuromonitoreo y protección cerebral en cirugía cardiovascular.....	31
Prototipo de videolaringoscopio: wi-mac-multivision.....	32
Bloqueo peridural lumbar con bupivacaína y sulfato de magnesio para cirugía ortopédica en niños de 2 a 6 años de edad.....	33
Efecto antagonista del flumazenil sobre el isoflurano en la emersión de la anestesia general.....	34
Oximetría cerebral no invasiva: su uso en cirugía laparoscópica de un lactante.....	35
Cuantificación del consumo de gases anestésicos luego de la implementación de anestesia general a bajo flujo.....	36
Bloqueo de la fascia clavipectoral guiado por ultrasonido.....	37
Opioides intratecales + bloqueo TAP para citorreducción y quimioterapia hipertér- mica intraperitoneal.....	38
Ensayo clínico de eficacia del bloqueo del cuadrado lumbar transmuscular ecogu- iado en pediatría.....	39
Implementación de un programa de reciclaje en un Hospital Universitario.....	40
Manejo anestésico para la separación quirúrgica de siamesas toraco-onfalopagas.....	41
Comparación entre dos técnicas de medición del gasto cardíaco mediante ecocar- diografía Doppler en pediatría.....	42

Lidocaína endovenosa en prevención de tos y cambios hemodinámicos en la extubación traqueal: ensayo clínico piloto.....	43
Fatiga y accidentabilidad durante la formación en anestesiología: Encuesta online a dos universidades en Chile.....	44
Protocolo de empleo del ácido tranexámico en cirugía ortopédica programada.....	45
Cuantificación del consumo de gases anestésicos luego de la implementación de anestesia general a bajo flujo.....	46
Validación de dos nuevas dimensiones de clima de seguridad del paciente para unidades quirúrgicas.....	47
Mucopolisacaridosis, la anestesia regional es nuestra mejor aliada.....	48
Bloqueo interfascial ecoguiado de la pared torácica para analgesia postoperatoria en valvuloplastía mitral.....	49
Nueva ventana sonográfica para el control del posicionamiento distal del catéter central en neonatos.....	50
Bloqueo neuromuscular prolongado tras dosis de secuencia rápida con rocuronio en paciente con enfermedad de Chagas.....	51
Fibrilación ventricular inducida por electrocauterización en cirugía videolaparoscópica.....	52
Neurocirugía en paciente despierto y su manejo intraoperatorio: Reporte de caso.....	53
Síndrome de cauda equina por hematoma espinal post anestesia raquídea: reporte de caso.....	54
Beneficios del monitoreo electroencefalográfico en anestesia.....	55
Bloqueo ecoguiado de fascia iliaca en el manejo perioperatorio en cirugía de cadera.....	56
Manejo anestésico de paciente con Rendu Osler Weber.....	57
Cirugía cardíaca con videotoracoscopia: nuevos desafíos para el anestesiólogo.....	58
Resección de tumores cardíacos: experiencia en el Hospital Privado Universitario de Córdoba.....	59

Bloqueo ecoguiado esp en el manejo del dolor postoperatorio en cirugía bariátrica.....	60
Revisión retrospectiva de catéteres venosos centrales para quimioterapia instalados por equipo de anestesiología.....	61
Anestesia subaracnoidea continua en paciente embarazada con percretismo placentario.....	62
Abordaje Anestésico Multimodal en cirugía de tórax, con bloqueo del plano del erector espinal.....	63
La amplitud de PPG está bien correlacionada con los cambios latido a latido en la TA y en la impedancia vascular.....	64
Manejo anestésico del síndrome del opérculo torácico. Reporte de caso.....	65
Manejo anestésico de fístula broncopleurales con enfisema subcutáneo: a propósito de un caso.....	66
Manejo de vía aérea en gastrostomía endoscópica percutánea en paciente con parálisis espástica post ACV.....	67
Eficacia del bloqueo pectoral en pacientes sometidas a mastectomía.....	68
Bloqueo ecoguiado paraesternal bilateral con catéter para manejo del dolor en cirugía cardiaca.....	69
Bolos epidurales intermitentes programados para mantenimiento de la analgesia de parto: estudio de Cohorte.....	70
Manejo perioperatorio de feocromocitoma en pediatría: reporte de caso.....	71
Manejo perioperatorio de alteración de la coagulación con coagulograma normal en cirugía de alto riesgo de sangrado.....	72
Manejo mixto: Anestesia general balanceada y bloqueo subaracnoideo en cirugía bariátrica con paciente pediátrico.....	73
Manejo anestésico en un paciente con masa mediastinal y síndrome de vena cava superior.....	74
¿Es posible capacitar a los residentes de anestesiología en trasplante hepático en Argentina?.....	75

Manejo perioperatorio de feocromocitoma en una paciente embarazada.....	76
Síndrome Progeria y su implicancia anestesiológica: Reporte de un caso y revisión de la literatura.....	77
Alteraciones postquirúrgicas del estado cognitivo según el test MoCA en cirugías programadas.....	78
Efecto de la anestesia epidural sobre el flujo de las arterias mamarias en cirugía cardíaca.....	79
Manejo y monitoreo anestésico en cirugía de laringectomía total.....	80
Calidad de atención del servicio de anestesiología del Hospital Centro de Salud durante el período mayo-junio de 2019.....	81
Comparación de dosis de morfina en bloqueos caudales en cirugías traumatólogicas de alto impacto.....	82
Caracterización de eventos adversos perioperatorios en hospitales de nivel III en Medellín-Antioquia.....	83
Prevalence of postoperative morbidity in patients undergoing major thoraco-abdominal oncosurgery.....	84
Cirugía de corrección de mielomeningocele fetoscópica: técnica anestésica y modificaciones de la cirugía abierta.....	85
Validación del “test del aire” para detectar el shunt inducido por atelectasias en anestesia pediátrica.....	86
Anestesia en cirugía de cadera en paciente con estenosis aórtica crítica. Rol del bloqueo iliofascial.....	87
Malformación anorrectal neonatal asociada a bradicardia sinusal.....	88
Abordaje anestésico en paciente obstétrica con TEP masivo.....	89
Cornelia de Lange: a propósito de un caso.....	90
Disreflexia autonómica en cirugía de columna cervical.....	91
Enfisema subcutáneo consecuencia de divertículo traqueal en cirugía ambulatoria.....	92

Protocolo libre de opioides en el Hospital Universitario Austral para pacientes sometidos a cirugía de bariátrica.....	93
Prevención en la formación de atelectasias durante la inducción anestésica en pediatría. Estudio randomizado.....	94
Analgesia postoperatoria materna - cirugía fetal cierre mielomeningocele. Experiencia Hospital Carlos Van Buren.....	95
Cirugía cardiovascular libre de opioides: un estudio prospectivo observacional.....	96
Respuesta al estrés quirúrgico: Gasto metabólico basal, cortisol y glucemia. Tratamiento perioperatorio.....	97
Una comparación randomizada entre inyección única y doble en el bloqueo costoclavicular guiado por ultrasonido.....	99
Técnica dormido-despierto-dormido en paciente anciano, uso lma y tiva, para resección tumoral cerebral.....	100
¿Es segura la técnica combinada espinal-epidural en analgesia para trabajo de parto en instituto de formación?.....	101
Bloqueo femoral continuo: Opción para control de dolor en reemplazo total de rodilla con movilización inmediata.....	102
Uso de protocolo Vórtex en el manejo de vía aérea en paciente con eclampsia.....	103
Valoración del paciente al trabajo del anestesiólogo ¿El anestesiólogo da a conocer el rol que lleva en la cirugía?.....	104
Absceso profundo de cuello: intubación vigil con fibrobroncoscopia.....	105
Concordancia de monitores de temperatura para el postoperatorio inmediato. Cohorte observacional.....	106
Anestesia para craneotomía en paciente despierto.....	107
Cesárea de urgencia en paciente trasplantada hepática.....	108
Anestesia en laparotomía exploradora en síndrome de Body Packer por oclusión intestinal...	109

Bloqueo ecoguiados para cirugía de artroplastia de ligamentos cruzados anterior.....	110
Realidad virtual. ¿El nuevo coadyuvante? Uso de la realidad virtual en pacientes y su utilidad para generar confort.....	111
Modificación del intervalo QT tras el uso de Sevoflurano vs Propofol.....	112
Extubación en cirugía aórtica con paro sistémico electiva en Clínica Santa María.....	113
Estudios prequirúrgicos: Costos y consecuencias de su práctica.....	114
Cricotiroidotomía por punción en paciente politraumatizado.....	115

Información

Con una larga trayectoria de 57 años al servicio de la Anestesiología, CLASA es un congreso enfocado en el fortalecimiento de la fraternidad entre los anestesiólogos, mediante la educación, el bienestar y la defensa gremial, para promover el desarrollo integral de los anestesiólogos y la obtención de los resultados clínicos óptimos para los pacientes y el sector salud.



ISBN: 978-956-7936-42-7



Producción: Editorial Iku Limitada

Noviembre 2019 ©

Patrón de uso y limpieza de dispositivos móviles por médicos anesthesiólogos panameños

Del Castillo Sardi AS.¹

1 Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel, Panamá, Panamá.

Antecedentes: Un tema que se ha considerado en los últimos 10 años es el rol potencial del uso de celulares y demás dispositivos móviles en la diseminación de infecciones bacterianas. Aunque dichos estudios revelan tasas altas de contaminación de los celulares utilizados en el ámbito hospitalario (90% hasta 95%); solo entre un 9 a un 10% de los casos se aislaron microorganismos asociados a infecciones intrahospitalarias. Si bien la tasa transferencia bacteriana es mayor en superficies rígidas no porosas (como los celulares), la limpieza de dichas superficies con soluciones alcoholadas provee una adecuada y correcta desinfección de las mismas.

Objetivo: Describir el patrón de uso de los teléfonos celulares y otros dispositivos móviles por parte de los médicos anesthesiólogos en la República de Panamá dentro de su práctica clínica.

Método: Se aplicó un cuestionario anónimo a 50 médicos anesthesiólogos de la República de Panamá, sobre el impacto del uso del celular y otros dispositivos móviles en su práctica clínica; su percepción del celular como fuente de contaminación de sus pacientes y el tipo y régimen de limpieza que poseen de dichos dispositivos.

Resultados: Se entregaron 32 encuestas totalmente llenas. El 69% de los encuestados refirieron utilizar celulares dentro del salón de operaciones, el 22% tabletas, el 7% computadoras portátiles y el 2% IPOD.

El 53% de los encuestados consideraron estos dispositivos como fuente de contaminación para sus pacientes y el 72% considera que los mismos han mejorado su práctica clínica con sus pacientes.

En cuanto al patrón de uso, el 28% refirió utilizarlos siempre durante su práctica anesthesiológica, el 50% regularmente y el 22% ocasionalmente. Ninguno refirió nunca utilizarlo. Dentro de los usos, un 29% refirió utilizarlo en llamadas/WhatsApp/Line/Viber; el 21% para consulta bibliográfica, el 17% en aplicaciones de Anesthesiología/Medicina; el 20% en el uso de correos electrónicos y el 13% en redes sociales.

De los que realizan la limpieza, el 96% utiliza alcohol al 95%, el 2% clorhexidina y el otro 2% lysol®.

Conclusiones: El uso de dispositivos móviles dentro de nuestra especialidad es una realidad que llegó para quedarse. Es importante adoptar medidas simples de limpieza de los mismos, y brindar docencia a todo el personal que labora en el salón de operaciones para reducir al mínimo el riesgo de contaminación de nuestros pacientes.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.01>

¿Cuál es el mejor método de analgesia postoperatoria para artroplastía de cadera?

Ojeda DE.¹, Monsalve V.², Palma F.², Demetrio B.¹, Cisternas P.¹

1 Clínica Dávila, Santiago, Chile.

2 Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

Introducción: La artroplastía de cadera requiere de una analgesia postoperatoria con la eficacia suficiente para posibilitar una kinesioterapia precoz e intensiva en pacientes ancianos y portadores de múltiples patologías. Se ha recomendado el uso escalonado de analgésicos no opioides más opiáceos endovenosos, morfina intratecal (MIT) o bloqueos regionales[1] (B), sin embargo, no existe certeza basada en la evidencia de cual técnica constituye la mejor intervención[2]. Se decidió entonces investigar cual método analgésico era más eficaz.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional de tipo cohorte retrospectiva que incluyó a todos los pacientes sometidos a artroplastía de cadera desde el año 2015 hasta el 2018. La analgesia tradicional (T) con opiáceos endovenosos fue la referencia con la cual se compararon MIT y B.

Se utilizó análisis tiempo-evento, (Kaplan-Meier y regresión de Cox). Se consideró como tiempo de falla el transcurrido hasta la primera administración del analgésico de rescate.

Resultados: Se obtuvo información de 412 pacientes, quienes recibieron en un 87% MIT, en un 10% T y en un 3% B (Bloqueo del Plexo Lumbar). Estos grupos diferían entre sí, siendo T el con mayor proporción de ancianos, mujeres, fractura de cadera y uso de anestesia general. El análisis multivariado se ajustó por las variables confundentes de relevancia: Edad, capacidad funcional, dosis de Bupivacaína intratecal y uso de anestesia general. Se demostró que MIT disminuía en un 56% el riesgo de dolor: Hazard Ratio: 0,44 [0,23-0,82]; p = 0,009, no así B: Hazard Ratio 0,64 [0,27-1,53]; p = 0,320, (Figura 1). La duración de la analgesia se aprecia en la Tabla adjunta. La MIT se asociaba a retención urinaria (28,2%, p = 0,002) y náuseas/vómitos (26,3%; p = 0,087), Figura 2.

Conclusión: La morfina intratecal proveyó una mejor analgesia postoperatoria en artroplastía de cadera, a expensas de una mayor incidencia de efectos secundarios.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.02>

Obstrucción de vía aérea por plegamiento de varilla metálica luego de IOT prolongada con tubo espiralado

da Rosa Sousa S.^{1,2}, Voltolini G.^{1,2}, Franck CL.^{1,2,3}, Jardim de Melo R.³, Picolotto Moraes I.³

- 1 Hospital e Maternidade São José dos Pinhais, São José dos Pinhais, Brasil.
- 2 Escola de Saúde Pública de São José dos Pinhais, São José dos Pinhais, Brasil.
- 3 Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Curitiba, Brasil.

Introducción: El tubo endotraqueal espiralado (TEE) es un dispositivo para intubación que permite la ventilación invasiva durante una anestesia general. Se diferencia de un tubo endotraqueal convencional (TEC) por la presencia interna de un espiral de acero inoxidable, que refuerza la pared y dificulta el colapso. El TEE puede ser utilizado cuando existe riesgo de obstrucción del paso del flujo de gases por compresión o retorcimiento del tubo endotraqueal, durante procedimientos quirúrgicos orofaciales, neurocirugías o en posiciones quirúrgicas no supinas bajo anestesia general profunda. La escasez de informes similares en la literatura y la gravedad de un disturbio obstructivo agudo de un tubo endotraqueal dio origen a este informe de caso, que intenta orientar medidas preventivas y resolutivas, además de ser incluido en la lista de diagnósticos de causas de obstrucciones agudas de un tubo endotraqueal.

Informe de caso: Paciente masculino, 67 años, ASA II, Mallampati III, sometido a nefrectomía izquierda en decúbito lateral derecho. Luego de inducción anestésica, durante la laringoscopia, se verificó la visualización glótica 3A de la clasificación de Cormack-Lehane. La Intubación Orotraqueal fue realizada con dificultad, utilizando un tubo endotraqueal espiralado número 8,0 (TEE-8.0). Sedación mantenida hasta el décimo día con grado RASS-2, cuando presentó asincronía con el respirador, reducción del volumen corriente, desaturación, aumento de la presión de pico y resistencia de vías aéreas, sugiriendo proceso obstructivo. Presentó hipoxemia grave y se optó por cambiar el TEE por TEC, solucionando el factor obstructivo. Se observó ruptura de la varilla metálica en el lugar exacto de contacto con el arco dentario.

Discusión: La utilización del TEE debe estar restringida al período transoperatorio bajo anestesia general profunda, en cirugías con riesgo de compresión o retorcimiento del tubo. Se recomienda que, una vez finalizado el procedimiento, el TEE sea sustituido por TEC, a fin de prevenir desenlaces desfavorables y potencialmente dañosos para el paciente.

Referencias:

1. Catane R, Davidson JT. A hazard of cuffed flexometallic endotracheal tubes. *Br J Anaesth* 1969; 17: 297.
 2. Ball JE, Platt S. Obstruction of a reinforced oral tracheal tube. *BJA: British Journal of Anaesthesia*. 2010; 105(5): 699-700. DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/aeq289>
- <https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.03>

Analgesia en artroplastía de cadera: bloqueo de plexo lumbar *versus* fascia iliaca suprainguinal

Bravo D.¹, Layera S.¹, Jara Á.¹, Fernández D.¹, Barrientos C.², Wulf R.², Aliste J.¹

1 Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

2 Departamento de Traumatología y Ortopedia, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: El plexo lumbar entrega inervación importante de la cadera y sus tejidos circundantes, constituyendo el blanco actual para la analgesia después de una artroplastía total de cadera (ATC). El bloqueo del plexo lumbar (BPL) es una opción lógica, sin embargo, se han reportado serias complicaciones que llevan a la búsqueda de una alternativa que sea igualmente efectiva pero más segura. Por su parte, el bloqueo de la fascia iliaca suprainguinal (BFIS) pudiese tener un perfil de riesgo menor ya que se realiza en un plano superficial, subfascial y lejos de estructuras vitales. En este estudio pretendemos comparar el desempeño analgésico de ambos bloqueos tras la realización de una ATC.

Metodología: Se realizó un estudio prospectivo, randomizado y ciego, planteando como outcome primario el consumo de morfina a las 24 horas. La técnica quirúrgica, anestésica y analgésica se estandarizó. En el postoperatorio inmediato, los participantes fueron aleatorizados 1:1 a recibir un BPL o BFIS guiados por ultrasonido empleando 40 ml de levobupivacaína al 0,25% con epinefrina 5 ug/ml. Se registraron además datos técnicos, consumo de morfina a las 48 horas, tiempo al primer rescate analgésico, dolor en reposo y dinámico a las 3-6-12-24-48 horas, efectos secundarios del uso de opioides, complicaciones del bloqueo, limitación fisioterapéutica (por dolor o bloqueo motor) y días de estadía hospitalaria.

Resultados: Se reclutaron 30 pacientes en total, evidenciándose sólo un bloqueo fallido (BPL). El consumo de morfina (mg) fue de 7,21 (7,13) versus 6,26 (6,82) a las 24 horas ($p > 0,05$), y 4,42 (7,92) versus 1,6 (2,02) a las 48 horas ($p > 0,05$) para BPL y BFIS, respectivamente. El tiempo al primer rescate analgésico fue de 427,25 (382,4) minutos para BPL y de 285,8 (171,8) minutos para BFIS ($p > 0,05$). El dolor en reposo y dinámico a las 3, 6, 12, 24 y 48 horas no demostró diferencias significativas entre ambos abordajes, ni tampoco hubo diferencias en la capacidad de realizar fisioterapia, efectos secundarios de opioides o estadía hospitalaria. Sólo el tiempo de ejecución fue discretamente más breve en favor de BPL; 3,7 (1,9) versus 5,1 (1,8) minutos ($p = 0,05$). No hubo complicaciones asociadas a los procedimientos.

Conclusiones: Preliminarmente, el BFIS constituye una alternativa analgésica efectiva tras una ATC, logrando un desempeño similar al del BPL tanto en consumo de morfina como en control del dolor. Por sus características técnicas, resulta esperable un perfil riesgo/beneficio más favorable. Se requieren más estudios que complementen estos resultados.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.04>

Frecuencia de ideación suicida en una población de anesthesiólogos

Rosa Sousa S.^{1,2}, Franck CL.^{1,2,3}, Madeira K.⁴, Ambrosio PG.⁴, Galatto Cancellier S.⁴

- 1 Hospital e Maternidade São José dos Pinhais, São José dos Pinhais, Brasil.
- 2 Escola de Saúde Pública de São José dos Pinhais, São José dos Pinhais, Brasil.
- 3 Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Curitiba, Brasil.
- 4 Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Brasil.

Justificación: Debido a la ausencia de datos precisos respecto de la salud laboral y mental de los Médicos Anestesiólogos (MA), en este estudio, se buscó identificar la frecuencia de ideación suicida en Anestesiólogos de un estado brasileño.

Objetivos: Verificar la frecuencia de ideación suicida y variables comunes en los Anestesiólogos de la población seleccionada, con el fin de realizar una contribución literaria y generar conocimiento que pueda ser beneficioso por medio de estrategias de salud mental y laboral.

Método: Se realizó un estudio individual, observacional, transversal, caracterizado como investigación, de enfoque cuantitativo entre médicos anestesiólogos, por medio de un cuestionario electrónico. La muestra se compone de un n de 233 MA. Los datos recolectados fueron analizados con ayuda del software IBM Statistical Package for the Social Sciences, versión 23.0. Las variables cuantitativas fueron expresadas por medio de mediana y amplitud intercuartil. Las pruebas estadísticas fueron realizadas con un nivel de significancia $\alpha = 0,05$. La distribución de los datos respecto de la normalidad fue evaluada por medio de la aplicación del test de Kolmogorov-Smirnov. La investigación de la existencia de asociación entre las variables cualitativas se realizó por medio de la aplicación de las pruebas Chi-cuadrado de Pearson, Razón de Verosimilitud y Exacta de Fisher, seguidas de análisis de residuo, cuando se observó significancia estadística.

Resultados: Se verificó que 34 (14,59%) MA ya experimentaron pensamientos suicidas. Entre ellos, 21 (61,8%) son de sexo masculino, 15 (44,1%) pertenecen a la franja etaria de 30 a 39 años, 24 (70,6%) son casados, 30 (88,2%) de piel blanca, 22 (64,7%) trabajan predominantemente en la capital, 11 (32,4%) reciben una remuneración salarial de 20 a 29 mil reales. La mayoría se consideran desactualizados en sus trabajos ($p = 0,036$), con frecuencia, usan ansiolíticos o antidepresivos, y habitualmente sienten estrés ($p = 0,001$). Asimismo, se verificó que la mayoría se sienten deprimidos últimamente ($p = 0,003$). Respecto de la relación familiar, la mayoría de los MA que experimentaron pensamientos suicidas consideran regular la relación con sus familiares, en comparación con profesionales que consideran dicha relación de otra manera ($p = 0,012$).

Conclusiones: Proporcionar material científico para la comprensión de este problema es fundamental para crear, en el medio médico, concientización de que la prevención del suicidio es posible. Es necesario, también, crear programas de orientación e información, estímulo a nuevas investigaciones y el desarrollo de políticas de salud.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.05>

Bloqueo del ganglio esfenopalatino, una opción para el tratamiento de la cefalea postpunción dural

Rosa Sousa S.^{1,2}, Opolski I.^{1,2}, Faria P.^{1,2}, Grande Carstens M.^{1,2}, Voltolini G.^{1,2}, Lorena Gomes R.^{1,2}, Branco Ferreira S.^{1,2}

1 Hospital e Maternidade São José dos Pinhais, São José dos Pinhais, Brasil.

2 Escola de Saúde Pública de São José dos Pinhais, São José dos Pinhais, Brasil.

Introducción: La cefalea postpunción dural (CPPD) es una complicación de la anestesia neuroaxial. Su incidencia varía con el tamaño, formato de la aguja y otros factores. El dolor es descrito como intenso, generalmente, fronto-occipital y con empeoramiento en ortostasis. El abordaje inicial de la CPPD consiste en tratamiento de soporte. En caso de falla terapéutica, el parche sanguíneo epidural (PSE) es el tratamiento de elección, siendo el bloqueo del ganglio esfenopalatino (BGEP) una alternativa eficaz.

Método: Revisión en las bases de datos, comparando con el informe de caso presentado.

Informe: Femenino, 43 años, 63 kg, ASA P1, admitida para colecistectomía abierta. Se optó por el bloqueo epidural del neuroeje, en el cual se produjo una perforación inadvertida de la duramadre, con aguja de Tuohy, calibre 18. La paciente evolucionó, luego de 48 horas, con CPPD, holocraneal, intensidad 10 en la Escala de Clasificación Numérica 0-10, con empeoramiento al levantarse y alivio en decúbito, sin rigidez cervical o déficit focales. Inicialmente, se optó por un abordaje conservador. Se procedió a hidratación intravenosa (2,0 L), hidrocortisona 200 mg/día, ketoprofeno 200 mg/día y cafeína 500 mg/día, sin mejora significativa de los síntomas. Se propuso la realización del PSE, al cual la paciente se negó. Frente a la contraindicación absoluta al procedimiento que es la negación, se ofreció la posibilidad del BGEP. Con autorización de la paciente, se realizó el BGEP, en ambiente monitoreado, posición supina, con una ligera extensión cervical. Paralelamente al suelo de la nariz, se introdujeron dos aplicadores con punta de algodón, embebidos en 4 ml de ropivacaína 1%, hasta la pared posterior de ambas fosas nasales, hasta sentir una resistencia. Luego de 5, 10 y 15 minutos, 1 ml del anestésico fue instilado por los cables de los aplicadores, los cuales permanecieron en la cavidad nasal durante 15 minutos. El alivio de los síntomas fue inmediato. La paciente permaneció monitoreada durante una hora y, posteriormente, fue trasladada a sala común. La mañana siguiente, fue dada de alta hospitalaria. Se contactó a la paciente transcurridos cinco días y no relató dolor.

Conclusión: El BGEP por abordaje transnasal es una técnica mínimamente invasiva, eficaz y puede evitar la realización de PSE, atenuando los síntomas de la vasodilatación cerebral inducida, por el estímulo parasimpático, transmitido por medio de las neuronas que tienen sinapsis en el ganglio esfenopalatino. La duración del efecto analgésico continúa indefinida. En el caso relatado, el bloqueo provocó alivio prolongado.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.06>

Niveles de vitamina D en médicos; ¿son los anesthesiólogos el único grupo de riesgo?

Ojeda D.¹, Cabezón M.², Agurto M.¹, Oviedo S.¹, Vega C.¹, Daza X.¹, Demetrio B.¹, Carrasco C.¹, Cisternas P.¹

1 Clínica Dávila, Santiago, Chile.

2 Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

Dado que la exposición solar es la principal fuente de 25-hidroxi-vitamina D, se ha sindicado a los anesthesiólogos como un grupo de riesgo para su déficit. En general la labor médica se desarrolla en interiores, lo que agregado al exceso de trabajo y sedentarismo, condicionan el que los galenos en general no se expongan al sol.

Se diseñó un estudio observacional de tipo corte transversal para investigar los factores determinantes de los niveles de vitamina D en médicos. Se incluyeron a anesthesiólogos y otros especialistas cuyo trabajo no se desarrollara en pabellones quirúrgicos. Se aplicó una encuesta que incluía, horas de trabajo, dieta, coloración de la piel, uso de bloqueador solar y actividades al aire libre. Se midieron niveles de vitamina D y Parathormona.

Por medio de regresión lineal múltiple se detectó que no había diferencias en los niveles de vitamina D entre anesthesiólogos y no anesthesiólogos: $\beta = 1,1$ [0,9 -1,4]; $p = 0,286$, la presencia de un índice de masa corporal elevado era un factor de riesgo: $\beta = 0,96$ [0,93 - 0,99]; $p = 0,025$, (Figura 1) y el único factor protector fue la ingesta de un suplemento de vitamina D: $\beta = 1,56$ [1,3 - 1,9]; $p = 0,000$, (Figura 2).

En conclusión, el déficit de vitamina D afectaba a los médicos en general, independientemente de su especialidad. Los niveles de vitamina D disminuían frente al incremento del índice de masa corporal y la única manera de mantenerlos normales era la utilización de un suplemento.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.07>

Factores involucrados en la toma de decisión para la utilización de asistencia ventricular en trasplante pulmonar

Gutiérrez Soriano LP.¹, Kling Gómez JC.¹, Franco Gruntorad GA.¹

¹ Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia.

Introducción: La asistencia extracorpórea en Trasplante Pulmonar es utilizada de rutina en muchos centros alrededor del mundo, mientras que en otros como el nuestro se realiza sin asistencia; sin embargo, 30 - 40% de estos pacientes requerirán soporte circulatorio extracorpóreo de manera advertida o inadvertida. Múltiples factores predicen el uso de asistencia intraoperatoria, pero no hay unificación de conceptos. Es importante determinar el criterio más relevante para identificar tempranamente estos pacientes evitando el uso no advertido de asistencia, pues al compararla con la utilización advertida hay mayor compromiso metabólico y hemodinámico exacerbando la morbimortalidad.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó todos los pacientes sometidos a Trasplante Pulmonar en la Fundación Cardioinfantil Bogotá-Colombia entre enero de 2014 y mayo de 2019 (n = 29), sin excluir ningún paciente.

Se revisaron las bases de datos tomando de las evaluaciones pretrasplante el requerimiento de oxígeno y la distancia en el test de caminata, SatO₂, PaO₂ y PaCO₂ en gasimetría arterial y función biventricular en ecocardiograma y catesterismo. Al inicio de la cirugía se registró la función biventricular por ecocardiografía transesofágica, presión de arteria pulmonar (Swan Ganz), valores de gasimetría arterial con sus variaciones transoperatorias, comparando el grupo que requirió asistencia ventricular y los que no; estableciendo la relevancia de cada criterio al momento de tomar la decisión de utilizar asistencia. Al final de la cirugía se evaluó el impacto metabólico del uso de asistencia ventricular no advertida, con valores de lactato.

Para el análisis estadístico se utilizó el test de Fischer y U de Mann Whitney, utilizando $p < 0,05$.

Resultados: Se estudiaron pacientes con edades entre 19 y 67 años (58,62% hombres y 41,38% mujeres), 17,24% de los trasplantes fueron unipulmonares y 82,76% bipulmonares, requiriendo asistencia en el 20,69% de los casos. La fibrosis pulmonar fue la indicación más frecuente. No hubo relación entre los valores preoperatorios y el requerimiento de asistencia. El 20,6% de los pacientes presentaron cambios ecocardiográficos en la función ventricular derecha al momento de la inducción con respecto al ecocardiograma prequirúrgico. Todos los pacientes con disfunción ventricular derecha moderada o severa al inicio de la cirugía requirieron asistencia ventricular intraoperatoria (Chi Square: 18,0208 df:3) y tuvieron compromiso metabólico con lactatos superiores a 5,2 al finalizar la cirugía.

Conclusiones: El mayor determinante del requerimiento de asistencia ventricular intraoperatoria en trasplante pulmonar es el compromiso moderado o severo de la función ventricular derecha evaluada mediante ecocardiografía transesofágica después de la inducción anestésica, previniendo así el uso de asistencia ventricular no advertida.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.08>

Comparación midazolam vs dexmedetomidina en pacientes con alto riesgo de síndrome de apnea obstructiva del sueño

Becher N.^{1,2}, Urchipía C.^{1,2}, García V.^{1,2}, Glavinovich I.^{1,2}, Harvey G.^{1,3}, Soto G.^{1,2}

1 Carrera Posgrado Esp en Anestesiología - FCM-UNR, Rosario, Argentina.

2 Hospital Escuela Eva Perón, Gro Baigorria, Argentina.

3 Fundación Anestesiológica de Rosario, Rosario, Argentina.

Introducción: El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) se asocia con incremento perioperatorio de la morbimortalidad, debido a complicaciones por sedantes y opioides, recomendándose su detección precoz mediante cuestionario STOP-Bang. Pacientes STOP-Bang positivos son considerados de alto riesgo de SAOS, sugiriéndose control estricto de la ventilación y profundidad de hipnosis. Midazolam es ampliamente utilizado para sedación, sin embargo, sus efectos se asocian a relajación de la vía aérea, episodios obstructivos, hipercapnia e hipoxia. En contraposición, dexmedetomidina se relaciona con falta de depresión respiratoria y reducción del consumo de opioides.

Objetivos: Comparar efecto de sedación, midazolam versus dexmedetomidina, en funciones hemodinámicas, respiratorias y profundidad de hipnosis, en pacientes STOP-Bang positivo bajo anestesia espinal.

Métodos: Estudio clínico prospectivo, doble ciego, aleatorizado, sesenta pacientes bajo bloqueo espinal y sedación. Grupo MDZ (n = 29): midazolam 0,05 mg/Kg; Grupo DEX (n = 29): dexmedetomidina 0,4 ug/kg/h (IC). Se evaluaron parámetros hemodinámicos (TAS, TAD y FC), ventilatorios (FR, SAT O₂, ETCO₂), profundidad de hipnosis (BIS), en periodos basal, 5, 10, 15, 30, 45 y 60 minutos. Criterios de inclusión: pacientes ASA I y II, 18 y 60 años, STOP-Bang positivos (+3 criterios positivos), ambos sexos. Criterios de exclusión: contraindicación de bloqueo central, alergia conocida a las drogas, negativa del paciente. Análisis estadístico: datos cualitativos se expresan como n° (%), se utilizó test Chi-cuadrado y test de Fisher. Datos cuantitativos se expresan como promedio (desvío estándar), se utilizó test t. Nivel de significación: 0,05.

Resultados: Datos demográficos similares en ambos grupos (Tabla 1). Sin diferencia significativa entre grupos respecto TAS, TAD y FC. El grupo DEX tuvo valores mayores de FR (X ± de) 5' 14,4 ± 2,0 vs 12,3 ± 2,9 (p < 0,0001), 10' 14,3 ± 2,2 vs 11,0 ± 3,0 (p < 0,0001), 15' 14,0 ± 2,2 vs 11,3 ± 3,0 (p = 0,001), 30' 13,9 ± 2,0 vs 11,5 ± 2,9 (p = 0,001), 45' 13,8 ± 1,8 vs 11,6 ± 2,7 (p = 0,0019), 60' 13,7 ± 1,7 vs 11,7 ± 2,6 (p = 0,001), (Figura 1) y SAT O₂ 5' (p = 0,032), 10' (p = 0,033), 15' (p = 0,059), 30' (p = 0,033), 45' (p = 0,047), 60' (p = 0,028) comparado con MDZ. El grupo DEX menor ETCO₂ 10' (p = 0,013) respecto a MDZ. El grupo DEX valores mayores de BIS 5' 91,5 ± 4,3 vs 83,6 ± 7,2 (p < 0,0001), 10' 89,0 ± 3,2 vs 81,3 ± 5,1 (p < 0,0001), 15' 87,6 ± 3,3 vs 81,6 ± 5,1 (p = 0,001), 30' 87,8 ± 4,2 vs 82,3 ± 4,2 (p < 0,001), 45' 87,5 ± 5,4 vs 83,9 ± 5,1 (p = 0,003), 60' 88,6 ± 4,5 vs 86,4 ± 5,8 (p = 0,038), comparado con MDZ (Figura 2).

Conclusión: La sedación con dexmedetomidina en pacientes STOP Bang positivo bajo anestesia espinal, proporciona estabilidad hemodinámica, con mejor control de parámetros respiratorios y profundidad de hipnosis, en comparación con midazolam.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.09>

DOVentYT dispositivo intraoral para facilitar la ventilación con máscara facial

Yépez-Tenía EE.^{1,2}, Galaratti D.^{3,4}

- 1 Hospital Central de Maracay. Maracay, Venezuela.
- 2 Hospital de Clínicas Caracas. Caracas, Venezuela.
- 3 Hospital Militar “Cnel. Elbano Paredes Vivas”, Maracay, Venezuela.
- 4 Maracay.

Introducción: La ventilación con máscara facial es una técnica de rescate esencial. Se describen situaciones que dificultan la ventilación con máscara, con incidencias de 1,4% para ventilación difícil con máscara facial y de 0,15% para ventilación imposible con máscara facial.

Objetivos: Brindar una alternativa para manejo de la ventilación difícil con máscara, desarrollando un dispositivo intraoral denominado DOVentYT, en pacientes bajo protocolo de anestesia general, en Anestesiología del Hospital “Cnel. Elbano Paredes Vivas” de Maracay, estado Aragua.

Métodos: Investigación transversal, de campo, de nivel exploratorio, tipo experimental. La muestra fue de 90 pacientes mayores de 55 años, ambos sexos, sometidos a cirugía electiva o emergencia, Índice de masa corporal > 26, Edéntula, Mallampati III o IV, presencia de barba e historial de ronquidos. Se realizó la captura de datos experimentales durante la fase de inducción anestésica, ventilando al paciente con máscara facial, máscara facial más dispositivo intraoral y máscara facial, dispositivo intra-oral y cánula orofaríngea.

Resultados: Analizando los datos con el programa estadístico IV (IBM) SPSS versión 23, se obtuvo: EtCO₂ ventilando con máscara facial 30 mmHg, más dispositivo intra-oral ascendió a 32mmHg, con máscara, dispositivo y cánula orofaríngea de 33 mmHg. El volumen corriente con máscara facial, se obtuvo una media de 2,00 ml/kg de peso, aumentando a 5,45 ml/kg de peso con el dispositivo y agregando la cánula orofaríngea alcanzó 5,56 ml/kg de peso. La presión pico de la vía aérea fue de 12 cmsH₂O como valor medio con máscara facial, ascendió a 14 cmsH₂O con el dispositivo y agregando la cánula orofaríngea fue de 16 cmsH₂O.

Conclusiones: La innovación DOVentYT, dispositivo intraoral diseñado, mejora los parámetros de ventilación. Para el caso del volumen corriente el aumento, expresado en ml/kg de peso, fue de aproximadamente 170%, lo que significa que la entrada y salida de aire a los pulmones es mayor. Los cambios relacionados con el CO₂ al final de la espiración fueron de 6% con el uso del dispositivo respecto a la máscara facial. Con el uso de la cánula orofaríngea aumento 1% más, lo que resulta en un mejor intercambio gaseoso a nivel alveolar, y por tanto, una mejor ventilación del paciente. Por motivos éticos, no se permitía la desaturación del paciente para hacer el diagnóstico de ventilación difícil, por lo que los cambios con respecto a la SatO₂ no fueron tan llamativos, sin embargo se observó un aumento de aproximadamente el 2% una vez que se agregó el dispositivo a la ventilación.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.10>

Comparación de náuseas y vómitos postoperatorios en cirugías mamarias: anestesia balanceada vs triple terapia

Romero JEO.1, Molinelli M.¹, Uranga S.¹

1 Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Óscar E. Alende", Mar del Plata, Argentina.

Introducción: Las náuseas y los vómitos postoperatorios (NVPO) son una complicación frecuente de la anestesia y la cirugía, estimándose su incidencia en un 25-30% de los pacientes. Más aún, en pacientes de alto riesgo, su incidencia alcanza un 70-80%.

Algunos de los factores de riesgo más importantes que predisponen a presentar NVPO son: el sexo femenino, menor edad, ser no tabaquista, el historial de NVPO o de cinetosis, uso de opioides y la anestesia balanceada. Las NVPO pueden estar asociados con muchas complicaciones (broncoaspiración, deshidratación, dehiscencia de herida, etc.).

El objetivo del presente trabajo es comparar la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios, en cirugías de mama utilizando anestesia balanceada vs triple terapia en pacientes con un valor en la escala de Apfel de 4 en el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Óscar E. Alende" de Mar del Plata, Argentina, durante el período 2018-2019.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio comparativo, desde septiembre de 2018 a marzo de 2019. Se incluyeron 26 mujeres con edades entre los 23 y los 79 años, sometidas a cirugías mamarias con escala de Apfel de 4, se excluyeron pacientes masculinos o que usaban antieméticos o que presentaban náuseas o vómitos previos por alguna patología orgánica. Se dividieron los pacientes de forma aleatorizada en dos grupos: anestesia balanceada y triple terapia, quedando en cada uno 13 pacientes. Se analizaron incidencias de NVPO (30', 6 y 24 h) y sus asociaciones con diferentes factores de riesgos.

Resultados: Del total de los 26 pacientes incluidos en el estudio, 19 de ellos presentaron náuseas y vómitos postoperatorios. Es decir que la incidencia de NVPO en nuestra población fue de 73%; al analizar los grupos por separados, los pacientes del grupo anestesia balanceada tuvieron una incidencia de NVPO de 92% comparado con el grupo de triple terapia en el que fue de 53%. En los primeros 30 minutos posoperatorios, 12/13 personas del grupo que recibió anestesia balanceada tuvieron NVPO, comparado con 7/13 del grupo triple terapia (p valor: 0,0052, OR: 10,2, IC: 1,01-103).

Conclusiones: La incidencia de NVPO en pacientes con un Apfel de 4 es elevada. El uso de técnica balanceada o triple terapia cambia significativamente los resultados, en especial en la incidencia de NVPO de los primeros 30 minutos posquirúrgicos. La cinetosis fue el factor de riesgo más determinante en la reiteración de los episodios de NVPO durante el transcurso del día posquirúrgico.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.11>

Factores de riesgo e índice pronóstico de complicaciones perioperatorias en cirugía bariátrica laparoscópica

Labrada Despaigne A.¹

1 Hospital Universitario “General Calixto García”, La Habana, Cuba.

Introducción: El paciente obeso que es tratado con cirugía bariátrica laparoscópica es complejo para el anestesiólogo por sus características anatomofuncionales y enfermedades asociadas que presenta. Por lo que es necesario profundizar en el tratamiento anestésico intraoperatorio y posoperatorio inmediato en cuanto a complicaciones perioperatorias e identificación de factores de riesgo, para poder crear escalas de índices pronósticos, con los recursos que se dispone.

Objetivo: Identificar presencia de complicaciones perioperatorias y su relación con factores preoperatorios y conducta anestésica intraoperatoria que puedan constituir indicadores de predicción de complicaciones.

Metodología: Se realizó un estudio analítico, observacional, longitudinal, retrospectivo en 476 pacientes obesos intervenidos quirúrgicamente por gastroplicatura vertical laparoscópica. Para el análisis de los factores pronósticos se utilizó una estrategia univariada y una multivariada. La muestra fue dividida aleatoriamente en dos grupos: grupo de estimación (GE) y grupo de validación (GV). Las variables o potenciales factores de riesgo fueron analizados en cada grupo para demostrar similitud entre los grupos y asegurar que puedan ser comparados. Con el GE se estimaron funciones de regresión logística para los factores que influyen en la aparición de complicaciones. El análisis multivariado se basó en el ajuste de un modelo de regresión logística con todas las variables. La función obtenida permitió determinar la probabilidad de complicarse en función de estas variables y paralelamente estimar la influencia independiente de cada una sobre las complicaciones. Se evaluó la capacidad de predicción del modelo y se comprobó en el grupo de validación.

Resultados: Las complicaciones intraoperatorias y posoperatorias inmediatas fueron pocas. Se lograron identificar 3 factores de riesgo independiente, dados por el estado funcional respiratorio previo, la técnica anestésica utilizada y el tiempo quirúrgico. Se construyó un índice pronóstico de complicaciones que agrupó a los pacientes en riesgo bajo, intermedio y alto de presentar complicaciones.

Conclusiones: La agrupación de factores de riesgo como índice predictor de complicaciones resultó efectiva porque se pudo estimar y validar la capacidad de predicción de complicación. Con la combinación de 11 de las variables explicativas consideradas en la hipótesis como potenciales factores de riesgo para la aparición de complicaciones, se construyó un índice predictivo que permitió clasificar a los pacientes en bajo, mediano y alto riesgo. El índice construido fue validado en una muestra diferente a la estimada, con un buen poder de discriminación.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.12>

Lidocaína endovenosa para tratamiento de dolor refractario

Pizzi L.¹, Nannini F.¹

¹ Hospital Luis C. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina.

Introducción: El dolor refractario representa hoy en día una problemática difícil de resolver debido a sus componentes algésicos, variaciones de presentación y falta de respuesta a los diversos tratamientos actuales.

Método: Paciente de 37 años sin antecedentes patológicos, que ingresa por dolor de 1 mes de evolución en región dorsal derecha, con irradiación a hipocondrio y flanco derecho y epigastrio, de aparición insidiosa, intensidad 10/10, urente, que aumenta con movimientos corporales. Se diagnostica por métodos imagenológicos neoplasia pancreática con secundarismo hepático y pulmonar. Se instaura tratamiento analgésico por servicio de Medicina Paliativa con Amitriptilina, Pregabalina, Metadona y AINEs en dosis crecientes, respetando los tiempos de efectos terapéuticos, sin mejoría clínica durante dos semanas de internación. Ante la urgencia de la situación, se interconsulta a nuestro servicio. Debido a la imposibilidad de realizar en ese momento técnica de analgesia regional, se decide instaurar bomba de infusión continua endovenosa de Lidocaína con dosis de carga de 1 mg/kg y mantenimiento de 1 mg/kg/h.

Resultados: Se evalúa dolor mediante EVA a las 2 y 6 h, hallándose 6/10 y 3/10 respectivamente, con notable mejoría psico-orgánica y sueño reparador completo.

Conclusiones: Debido a los diversos mecanismos de acción analgésicos, antihiperálgicos, antiinflamatorios centrales y periféricos y antineoplásicos de la Lidocaína en infusión continua, resultó efectiva para el manejo de dolor refractario siendo una estrategia efectiva y segura en la urgencia.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.13>

Caso clínico: Bloqueo del plano del músculo erector espinal para analgesia postoperatoria

Carrasco AJ.¹, Errigo M.¹

1 Hospital Santo Tomás, Panamá, Panamá.

Introducción: El bloqueo del músculo erector espinal, propuesto en el 2016 por Forero et al, como una técnica regional que utiliza guía ultrasonográfica, para el bloqueo de las raíces anteriores y posteriores que inervan la pared torácica, primeramente, fue utilizado para el manejo del dolor crónico y agudo en patologías torácicas

El gold standard para manejo del dolor en fracturas costales son infusiones continuas de anestésicos locales, en el espacio epidural, a pesar de esto la evidencia actual apoya el uso de este bloqueo, como una técnica alternativa y sencilla para el manejo del dolor por fracturas costales.

Caso clínico: Paciente de 35 años, con historia de colisión, en vehículo contra objeto fijo, en calidad de conductor, con posterior pérdida de conciencia; trasladado a centro médico de la localidad, donde se intuba y es referido a nuestra institución. Admitido con los siguientes diagnósticos: Trauma múltiple por colisión; Trauma craneoencefálico moderado; Trauma toracoabdominal cerrado. Es llevado al quirófano, para cirugía de control de daños; posteriormente es llevado a cuidados intensivos, permanece por 17 días y luego es manejado por la Unidad de Trauma.

Evolución: En sala de hospitalización se programa para cirugía de fijación de fracturas costales. Preoperatoriamente se coloca catéter epidural para manejo del dolor. Se le realiza una videotoracoscopia + toracotomía + fijación de 3 fracturas desplazadas. En el postoperatorio inmediato con una infusión analgésica epidural, paciente refiere dolor 4/10, de acuerdo a la escala EVA de dolor, en hemitórax izquierdo. A las 24 horas postoperatoria paciente refiere dolor 6/10 que aumenta hasta 8/10, mientras realiza una inspiración forzada, debido a esto se decide realizar bloqueo. Luego de esto paciente presenta mejoría inmediata, refiriendo dolor 3/10, se decide además suspender infusión y retiro de catéter epidural. En sus 48 horas postoperatorias con mayor movilidad, mejor esfuerzo respiratorio y dolor en 2/10. Con alta hospitalaria a los 6 días postoperado.

Conclusión: El bloqueo de plano del músculo erector de la espina es una alternativa analgésica en el manejo del dolor, como en este caso en el cual los métodos tradicionales pueden estar asociados a mayores efectos adversos como hipotensión, neumotórax o formación de hematomas. Su objetivo principal son las ramas que discurren a través de los músculos del erector de la espina. Permite abarcar varios dermatomas con una sola administración. Es una técnica sencilla y relativamente segura en comparación con otras técnicas neuroaxiales.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.14>

Oximetría cerebral no invasiva: una útil herramienta en anestesia neonatal

Mena M.^{1,2}, Córdova S.^{1,2}, Araya C.^{1,2}, Selamé R.^{1,2}, Corral G.^{1,2}

1 Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.

2 Universidad de Valparaíso, Vña del Mar, Chile.

Introducción: El cerebro de un Recién Nacido de Pretérmino (RNPt) es particularmente vulnerable a una disminución del flujo sanguíneo cerebral (FSC), determinando un evento isquémico silencioso. Aumentos del FSC, también pueden resultar en hiperperfusión con una hemorragia ventricular subsecuente. Uno de los factores de injuria cerebral relacionado a perfusión en el RNPt se puede atribuir a pérdida de la autoregulación cerebral.

La oximetría cerebral no invasiva utiliza la tecnología NIRS (near infrared spectroscopy) para medir saturación regional de O₂ cerebral (SrO_{2c}), como un indicador del balance de O₂ cerebral. La PaCO₂ es una de las variables fisiológicas que puede influir en el valor de SrO_{2c}. Nosotros reportamos el caso de exitoso uso de oximetría cerebral (NIRS) para ajustar la ventilación intraoperatoria en un RNPt sometido a reconstrucción intestinal.

Método: RNPt de 50 semanas de edad gestacional, que nació a las 32 semanas, con historia de displasia broncopulmonar, enterocolitis necrotizante con resección de intestino y colostomía que entra a pabellón para reconstrucción intestinal.

La monitorización estandar incluyó: Saturometría O₂ (SpO₂), presión arteria no invasiva (PANI), electrocardiograma, temperatura y CO₂ espirado. (ETCO₂).

Antes de la inducción se colocaron los sensores de NIRS, en la región frontoparietal izquierda y derecha, midiéndose la SrO_{2c}. El valor basal fue 69%(izquierdo) y 76%(derecho). La PANI basal fue 60 mmHg.

La inducción y mantención se realizó con Sevoflurane, suplementado con fentanyl y atracurio.

Después de la intubación traqueal, la ventilación mecánica fue iniciada con valor basal de ETCO₂ de 54 mmHg. La ventilación fue ajustada para llegar a un valor de ETCO₂ menor de 45 mmHg.

Inicialmente se observó un aumento de la SrO_{2c}, debido probablemente a un aumento de la concentración inspirada de oxígeno, (87% izquierda/84% derecha), luego hubo una disminución gradual hasta 50% izquierda y 64% derecha, cuando el CO₂ espirado fue menor a 40 mmHg. Otras causas de disminución de la SrO_{2c} fueron descartadas.

Al incrementar progresivamente el CO₂ espirado se observó un gradual aumento de la SrO_{2c}, estableciéndose en 47 mmHg como límite inferior de CO₂ espirado, para prevenir otro episodio de disminución del SrO_{2c}.

Resultados y Discusión: La medición de oximetría cerebral, es un indirecto indicador de FSC. La caída de la SrO_{2c} se puede correlacionar directamente con la disminución del CO₂ espirado.

El presente caso nos permite ilustrar el potencial uso de la oximetría cerebral, en el ajuste de la ventilación en RNPt sometidos a anestesia general.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.15>

Oximetría cerebral no invasiva: su uso en manejo de onfalocele gigante

Mena M.^{1,2}, Selamé,R.^{1,2}, Corral G.^{1,2}, Córdova S.^{1,2}, Araya C.^{1,2}

1 Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.

2 Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

Introducción: Más de un 10% de los recién nacidos en todo el mundo son prematuros. Estos pacientes tienen alto riesgo de tener secuelas tardías del neurodesarrollo por daño cerebral.

La oximetría cerebral no invasiva utilizando la tecnología NIRS (near infrared spectroscopy) es útil para detectar isquemia-hipoxia cerebral relacionada con hipoperfusión e hipoxemia y determinar distintas intervenciones para prevenir o disminuir la injuria por hipoxia cerebral.

Uno de los factores involucrados en la injuria cerebral relacionada a la perfusión en el paciente prematuro es atribuida a la falta de autorregulación cerebrovascular.

Método: Recién nacido de pre término (RNPT) de 38 semanas de edad gestacional, nacido a las 36 semanas, con antecedentes de onfalocele gigante y distrés respiratorio recuperado. Ingresa a pabellón para manejo operatorio de su onfalocele.

La monitorización estándar incluyó: saturometría de O₂ (SpO₂), presión arterial no invasiva (PANI), electrocardiograma, temperatura y CO₂ espirado (etCO₂).

Previo a la inducción anestésica se colocaron los sensores de NIRS en la región frontoparietal izquierda y derecha, midiéndose la SrO₂C. El valor basal obtenido fue 82% izquierda/86% derecha. La PANI basal fue de 46 mm Hg.

Para la inducción y mantención anestésica se utilizó sevoflurano, suplementado con fentanilo y atracurio.

La ventilación mecánica controlada fue iniciada con un etCO₂ basal de 49 mm Hg. Durante la manipulación del onfalocele, en el intento de introducir todo el defecto, en forma inadvertida por los cirujanos se produjo una rotación del pedículo hepático que se evidenció por una brusca caída de la SrO₂C con valores de NIRS de 50% a izquierda y 57% a derecha, caída de la PAM bajo 32 mm Hg y etCO₂ a 28 mm Hg. Los cirujanos fueron advertidos de los profundos cambios hemodinámicos y de oxigenación, logrando reconocer el problema y liberar la rotación, con lo que se produce un aumento progresivo de la SrO₂C, seguido de un incremento de la PAM y etCO₂.

Resultado y Discusión: La SrO₂c medida utilizando la tecnología NIRS es un indicador indirecto de flujo sanguíneo cerebral (FSC) y perfusión cerebral. El descenso de la SrO₂C se correlacionó directamente con la caída de la PAM y etCO₂.

El presente caso nos ilustra el potencial valor del uso de NIRS en el ajuste de los parámetros hemodinámicos y ventilatorios y en diagnosticar y sugerir al equipo quirúrgico cambios necesarios en el curso de la cirugía.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.16>

Reimplante de mano con bloqueo continuo de plexo braquial y anestesia general reporte de caso

Ortiz JK.¹, Palavicini N.¹, Hernández J.¹, Cuj A.¹

1 Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A Roviroso Pérez, Villahermosa, México.

Introducción: Reimplante es la recolocación de un segmento corporal amputado en su totalidad, la capacidad de reimplantar un segmento amputado a través de la microcirugía. Es un reto en la anestesiología por las diferentes etapas del proceso.

Material y Método: Paciente masculino de 45 años con amputación traumática por objeto cortocontundente de mano izquierda, con cinco horas de evolución, antecedentes de hipertensión, se propone reimplante de mano; se opta por manejo con bloqueo continuo de plexo braquial más anestesia general. Se realiza bloqueo de plexo braquial supraclavicular ecoguiado y colocación de catéter más anestesia con intubación de secuencia rápida.

Resultados: Se mantiene estable hemodinámicamente y con bomba elastomérica para control de dolor postoperatorio con EVA de 1.

Conclusiones: EL bloqueo continuo del plexo braquial mejora la perfusión tisular tras la cirugía de reimplante de extremidad. Esta técnica es especialmente beneficiosa para prevenir el vasoespasmo en el tejido reconstruido en el período postoperatorio y disminuir la dosis de opiodes en el perioperatorio.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.17>

Remifentanil y propofol con infusión controlada por objetivo para legrado uterino

Alegre Andrade P.¹, Mamani Ortiz Y.²

1 Hospital Obrero N°2 "Caja Nacional de Salud", Cochabamba, Bolivia.

2 Instituto de Investigaciones Biomédicas, UMSS, Cochabamba, Bolivia.

Objetivo: Analizar el comportamiento hemodinámico frente al manejo anestésico con remifentanilo y propofol con infusión controlada por objetivo en pacientes sometidas a legrado uterino por aborto incompleto.

Métodos: Se realizó un ensayo clínico no controlado utilizando un protocolo de atención aprobado por el servicio de anestesiología obstétrica del Hospital Obrero N°2, entre enero a mayo de 2019, ingresado 39 pacientes sometidas a legrado uterino instrumental; usando el modelo Minto para remifentanil y el modelo Schnider para Propofol para la infusión controlada. La valoración de las diferencias estadísticas en los parámetros hemodinámicos se realizó mediante comparación de medias por t de student.

Resultados: La edad media del estudio es $34,77 \pm 7,9$ años, tiempo quirúrgico de $12 \pm 2,9$ minutos. El tiempo anestésico de 15 ± 3 minutos; el tiempo del alta de la recuperación anestésica a salas de $14 \pm 3,3$ minutos. La dosis de inducción del remifentanilo utilizada fue de $4,8 \pm 0,3$ ng/ml ($p > 0,001$) y la dosis de inducción del propofol fue de $3,77 \pm 0,4$ mcg/ml ($p > 0,001$). Las dosis de mantenimiento del remifentanilo de $4,56 \pm 0,5$ ng/ml y la dosis del propofol es de $3,8 \pm 0,6$ mcg/ml ($p > 0,001$). No se encontró complicaciones ni hallazgos secundarios por el uso de los medicamentos.

Conclusiones: El uso del sistema de infusión controlado por objetivo (TCI) para remifentanilo en el modelo de Minto y modelo de Schinder para el propofol proporciona a las pacientes buena estabilidad hemodinámica

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.18>

Analgesia multimodal preventiva en el control total de dolor en pacientes de amigdalectomía. Reporte de 51 casos

Carranza Cortés JL.1, Puga Flores EdC.¹

1 Servicios de Salud de Nayarit, Tepic, México.

Introducción: El abordaje multimodal del dolor incluye la utilización de técnicas regionales o locales, con una combinación de analgésicos como los no- esteroideos (AINEs), y fármacos que inhiben la recapturación de serotonina la síntesis de prostaglandinas. El objetivo general fue determinar si existe utilidad en la aplicación de la terapia de analgesia preventiva multimodal en pacientes intervenidos de amigdalectomía, así como observar cual es el comportamiento hemodinámico.

Material y Método: Se realizó un estudio transversal, abierto, prospectivo y prolectivo. Se incluyeron pacientes con Estado Físico (ASA I-II), con un rango de edad de 6 y 45 años, sometidos a amigdalectomía y/o adeno -amigdalectomía. Antes de la inducción de la anestesia se les administro a los pacientes una infusión de dexametasona (200 mg/kg) y de ketorolaco (1 mg/kg). Posteriormente, antes de iniciar el acto quirúrgico se infiltró en los pilares amigdalinós, ropivacaína al 7,5% (2 ml), y lidocaína con epinefrina al 2% (2 ml). La técnica quirúrgica fue mediante ASA fría. Se determinaron dos cortes para las variables hemodinámicas y de dolor; F1 al salir a recuperación; y F2 para la valoración de alta de la Unidad. Fueron analizadas las variables paramétricas mediante T Pareada, y las no paramétricas con Chi cuadrado (?2) con $p < 0,05$ respectivamente.

Resultados: Se estudiaron un total de 51 pacientes ($n = 51$), con una edad de $X = 14,06 \pm DE 5$; peso de $X = 47 \pm DE 6$. Con ASA I, 49 pacientes (95,92%), y ASA II 2 pacientes (4.08%) -estos dos pacientes portaban Obesidad grado II-. El comportamiento hemodinámico analizado mediante T pareada, no representa diferencias estadísticamente significativas (Tabla 1).

La Evaluación de Dolor que fue mediante ?2, se reportan diferencias estadísticamente significativas; en la Fase 1 un paciente requirió medicamento de rescate -metamizol 20 mg/kg-. Los datos se exhiben en la Figura 1, en una tabla de contingencia de 2×2 .

Conclusiones: La terapia para el control del dolor -multimodal- preventiva-, propuesta en este estudio resulto de utilidad, en virtud que el 98,4 de los pacientes no requirió dosis analgésica de rescate, perdurando la analgesia todo el postoperatoria y hasta el alta de la unidad.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.19>

Cell Saver en operación cesárea compleja. Reporte de un caso

Márquez D.^{1,2}, Valencia N.³, Aranda F.^{1,3}

1 Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

2 Viña del Mar, Chile.

3 Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.

Introducción: En el último tiempo, la estrategia de Rescate Celular ("Cell Saver") se ha posicionado como una alternativa atractiva para el manejo de la hemorragia perioperatoria, siendo uno de los principales ejes en la estrategia de ahorro sanguíneo. Como principal ventaja destaca la disminución de transfusión alogénica, y con ello las complicaciones asociadas. En Chile, su uso es limitado; más aún, en obstetricia la experiencia es incipiente. Por esto, presentamos un reporte de caso de una paciente gestante con graves comorbilidades, que condicionan un alto riesgo de sangrado, sometida a cesárea electiva en un hospital público, y destacando el uso de Cell Saver en la estrategia de ahorro sanguíneo.

Métodos: Reporte de caso. Mujer 36 años, múltipara de uno, embarazo de 32 + 3 semanas, antecedentes de Diabetes mellitus II no insulino-requiere, daño hepático crónico Child A por virus hepatitis C. Várices esofágicas Grado III por hipertensión portal, abundante circulación colateral en pared abdominal, esplenomegalia con secuestro secundario y bicitopenia (anemia - trombocitopenia). Se hospitaliza para interrupción del embarazo por vía cesárea con tal de evitar expulsivo que pudiera condicionar un sangrado digestivo durante el parto. Exámenes de laboratorio destacan, hematocrito 31,9%, hemoglobina 10,2 g/dl, plaquetas 44.000/mm³, protrombina 77%, INR 1,19, TTPk 26 segundos, fibrinógeno 310 mg/dl y sin signos de insuficiencia hepática. Grupo O Rh +. Ecografía obstétrica demuestra embarazo único normal, compatible con edad gestacional. Se planifica cesárea electiva y esterilización quirúrgica, previa maduración pulmonar fetal con corticoides. Previo a pabellón se transfunde con 6 unidades de plaquetas. Se utilizó durante todo el procedimiento (salvo en la aspiración de líquido amniótico) el equipo de recuperación sanguínea, Autolog (Medtronic), lográndose aspirar 380 ml de sangre, de los cuales fue posible transfundir 126 ml de glóbulos rojos (GR) Concentrados en el postoperatorio inmediato.

Resultados: Sin signos de sangrado en postoperatorio. Control de exámenes a las 24 h. Hematocrito 26,8%, hemoglobina 8,8 g/dl. Egresada a las 48 h a sala común, siendo finalmente dada de alta al quinto día postquirúrgico. La paciente no requirió transfusión de GR durante toda su hospitalización.

Conclusiones: El Cell Saver para minimización de pérdidas hemáticas contribuyó a evitar la anemia, evitando la transfusión autóloga y todos los riesgos asociados a ella, además de aportar una herramienta de seguridad frente al eventual sangrado masivo. Se considera un procedimiento exitoso y posiciona al rescate celular como una terapia fundamental en el alto riesgo de sangrado perioperatorio.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.20>

Presentación de caso: Angina de Ludwig

Nieto Rizo JB.¹, Maldonado Martínez bm.¹

1 imss hgr ignacio García Tellez, Merida Yucatan, México.

La angina de Ludwig (AL) es potencialmente letal, es una celulitis que se esparce rápidamente por el piso de la boca y del cuello, con tendencia a causar edema, distorsión y obstrucción de la vía aérea (VA), que en consecuencia produce contratiempos en el abordaje de la vía aérea. Presentamos un caso de angina de Ludwig en una paciente de 73 años.

Presentación del caso: Femenino de 73 años, con el diagnóstico (AL) programado de manera urgente para drenaje de absceso localizado en área submandibular y submaxilar con extensión a cuello y hombro derecho. Inicia padecimiento actual hace aproximadamente tres semanas presentando dolor cervical y aumento de volumen progresivo en cuello, además de dificultad respiratoria.

Antecedentes personales patológicos: Obesidad grado I, Diabetes Mellitus tipo 2.

(VA) apertura oral I, Mallampati III, presencia de material purulento en orofaringe. Patil-Aldrete III, DEM de II, presencia de eritema y edema a nivel cervical, doloroso a la palpación y con aumento de la temperatura, induración a nivel submandibular y submaxilar con extensión a hombro derecho.

Plan A Intubación despierto con fibroscopio más sedación consciente con dexmedetomidina.

Plan B secuencia de intubación rápida con laringoscopia directa, utilizando rocuronio y sugammadex para revertirlo, si existe imposibilidad de ventilación o intubación.

Plan C traqueostomía de urgencia en caso de pérdida de la vía aérea.

Transanestésico: Se inicia Plan A. Se administra dexmedetomidina en infusión a 1 µg/kg durante diez minutos con mantenimiento a 0,2 µg/kg/hora. Se utiliza fibroscopio, se instila VA con lidocaína, fibroscopia imposible por secreciones, se aspiran y se realizan tres intentos sin éxito. Se inicia plan B. Se administra rocuronio 80 mg, fentanilo 150 µg, propofol 100 mg y se realiza laringoscopia, visualizando Cormack II. Se introduce TOT #7 al primer intento.

Conclusiones: La AL es una patología potencialmente letal, en la cual se tiene que contar con un plan de manejo de la VA, así como planes alternativos debido a la variedad de presentaciones clínicas, las características de cada paciente en cuanto a su anatomía y comorbilidades, es por ello que el plan de manejo de VA debe individualizarse. Se tiene que enfatizar el diagnóstico temprano y el manejo oportuno ya que harán que el abordaje de la VA sea más sencillo.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.21>

Neuromonitoreo y protección cerebral en cirugía cardiovascular

Romero Santana GM.¹, Castro Aguilar Aguila M.¹, Espinosa Gutiérrez JC.¹, Gómez Leandro II.¹

1 Centro Médico Nacional La Raza, Ciudad de México, México.

Las cardiopatías isquémicas y valvulares están aumentando a nivel mundial entre un 15 al 20% anual, la cirugía cardiovascular en la cual se deben implementar medidas de vigilancia y protección a nivel neurológico con el fin de valorar la función y perfusión, ya que la presencia de eventos neurológicos posterior a cirugía cardíaca tiene una incidencia del 6% lo cual refleja un aumento de la morbimortalidad hasta en un 21%. Las necesidades del monitoreo cada vez son mayores, el impacto sobre los órganos vitales puede aumentar o disminuir la mortalidad; la única manera de valorarlo es por medio de equipos de diferentes tecnologías. Idealmente para valorar a nivel neurofisiológico el monitoreo es no invasivo continuo y rápido detectando de manera más rápida y confiable cambios en la perfusión y en la función cerebral. Actualmente se utilizan: electroencefalogramas (EEG) y los potenciales evocados que proveen información acerca de la función cerebral así como la espectroscopia infrarroja regional (NIRS), el Doppler transcraneal y el uso del bulbo yugular para valorar la perfusión cerebral. Los agentes anestésicos y la profundidad anestésica afectan el flujo sanguíneo cerebral y el consumo metabólico de oxígeno. Se encuentran diversas estrategias para disminuir los posibles daños a nivel cerebral como reducir la demanda de oxígeno por medio de hipotermia, mantener los sustratos para un equilibrio en perfusión y función cerebral como glucosa, oxígeno, aminoácidos, soluciones buffer que optimizan el metabolismo celular, reducción de la sobrecarga de calcio y la reducción del edema con soluciones hiperosmolares como manitol, cloruro de potasio y glucosa; otros mecanismos utilizados son medicamentos como los opioides que reducen ligeramente ambos parámetros flujo sanguíneo y consumo metabólico, manteniendo intacta la autorregulación cerebral.

Resultados: Describir la protección cerebral vigilada con neuromonitoreo en cirugía cardiovascular y asociarla con eventos neurológicos postquirúrgicos. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal, sin presencia de grupo control sin ceguedad de la aplicación y evaluación, se incluyeron pacientes entre 45 a 70 años de edad sometidos a cirugía cardíaca sin antecedentes de evento vascular cerebral o déficit neurológico, con un cálculo con intervalo de confianza del 95% y valor $p < 0,05$, poder estadístico de 95%.

Conclusión: El neuromonitoreo aplicado en el Hospital General de La Raza promueve una baja prevalencia de eventos neurológicos monitorizados del 8,1% con la presencia de 4,8% de eventos neurológicos siendo menor por la protección neurológica dentro de cirugías cardíacas de manera oportuna y óptima.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.22>

Prototipo de videolaringoscopio: wi-mac-multivision

Moreno Sanchez JE.¹, De Freitas J.¹, Silva M.¹

1 Hospital Central de Maracay, Maracay, Venezuela.

Introducción: El manejo de la vía aérea es un reto constante para los anestesiólogos, existen dispositivos que facilitan la intubación orotraqueal entre los cuales se pueden mencionar los videolaringoscopios, en vista de sus altos costos resulta difícil acceder a ellos. El siguiente estudio se trata de un prototipo de videolaringoscopio de bajo costo y alta efectividad que busca solventar un vacío en dispositivos para el manejo de la vía aérea en el Hospital Central de Maracay (HCM).

Materiales y Métodos: Diseño no experimental, prospectivo y observacional, bajo la modalidad de proyecto especial y con alcance evaluativo. La población consta de 32 pacientes que ameritaron intubación orotraqueal por parte del servicio de anestesiología y reanimación del HCM con un prototipo de videolaringoscopio a partir de un laringoscopio de Macintosh.

Resultados: El uso del Wi-Mac-Multivision arrojó un 100% de intubaciones orotraqueales sin presentar ningún tipo de complicación en ellas, solo uno de los pacientes ameritó un segundo intento para lograr la intubación orotraqueal. Se logró visualizar las cuerdas vocales según la clasificación de Cormack-Lehane en CL-I 93,7% y CL-II 6,3%. En solo 3 casos (9,4%) fue necesario el empleo de maniobras externas que mejoraron la visualización de las cuerdas vocales (Maniobras de B.U.R.P.). El tiempo medio necesario para lograr la intubación orotraqueal fue de $29,62 \pm 7,53$ segundos.

Conclusiones: Wi-Mac-Multivision logra demostrar ser una alternativa a ser empleada por el personal del hospital central para lograr intubaciones orotraqueales, su bajo costo hace fácil replicar dicho dispositivo y beneficiar a más pacientes. Dicho dispositivo tendría ventajas sobre el aprendizaje y capacitación del personal del HCM. Queda por evaluar el número de intubaciones para poder lograr un buen grado de entrenamiento, indicaciones y si puede ser empleado en pacientes vías aéreas difícil, es por ello que queda una línea de investigación abierta en nuestra institución, la cual se espera pueda continuar.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.23>

Bloqueo peridural lumbar con bupivacaína y sulfato de magnesio para cirugía ortopédica en niños de 2 a 6 años de edad

Salinas Memije AJ.1,2, Lozano Camacho SM.¹, Vázquez Cortés ML.¹, Hernández Lara González FE.¹

1 Hospital para el Niño Poblano, Puebla, México.

2 Iguala.

Introducción: El bloqueo neuroaxial sigue siendo piedra angular de la anestesia regional pediátrica como control del dolor perioperatorio, mejorando la respuesta endócrina ante el estrés quirúrgico. Un tercio de cirugías en niños son por padecimientos ortopédicos. El sulfato de magnesio (MgSO₄) es una molécula imprescindible en el contexto anestésico, participa regulando la homeostasis y a nivel peridural potencia la acción de anestésicos locales sin efectos adversos importantes, retrasa el inicio del dolor postoperatorio y reduce la cantidad total de analgésicos requeridos.

Objetivo: Determinar las diferencias entre la asociación bupivacaína-sulfato de magnesio y bupivacaína sin aditivos para bloqueo neuroaxial en pacientes de 2 a 6 años de edad sometidos a cirugía de miembros inferiores en el Hospital para el Niño Poblano.

Material y Métodos: Estudio analítico, comparativo, longitudinal, monocéntrico y retrospectivo. Dos grupos, 18 pacientes cada uno; anestesia inhalatoria más bloqueo peridural con bupivacaína 0,5% 3 mg/kg (grupo B) o bupivacaína 0,5% 3 mg/kg más MgSO₄ a 3 mg/kg (grupo B-SM). Se valoró dolor postoperatorio (escala de Wong Baker), bloqueo motor residual (escala Bromage) y requerimiento de rescate analgésico.

Métodos estadísticos: Medidas de tendencia central; prueba de ANOVA y ?2.

Descripción de resultados: La percepción de dolor postoperatorio fue menor en la medición inicial para el grupo B-SM (el 41,7% registró valor de 0) comparado con el grupo B. Una tendencia similar se observó a los 15, 30 y 60 min, ($p < 0,01$). Respecto a rescate analgésico, el grupo B se requirió más rescates (30,6%) que para el grupo B-SM (19,4%). En la evaluación de bloqueo motor con escala de Bromage, se encontraron diferencias significativas al ingreso a recuperación y a los 60 minutos ($p < 0,05$), teniendo bloqueo residual más profundo los pacientes del grupo B-SM.

Conclusiones: Los pacientes con bloqueo peridural con bupivacaína y sulfato de magnesio tienen mejor nivel analgésico postoperatorio, mayor profundidad de bloqueo motor residual y menor requerimiento de rescate analgésico en la UCPA.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.24>

Efecto antagonista del flumazenil sobre el isoflurano en la emersión de la anestesia general

Moreno Sánchez JE.¹, De Freitas J.¹, Amaro Sartorio MV.¹

1 Hospital Central de Maracay, Maracay, Venezuela.

Introducción y Objetivos: El isoflurano un anestésico general inhalatorio usado ampliamente en la práctica médica, perteneciente al grupo de los líquidos volátiles junto con el desflurano y sevoflurano, con variadas propiedades entre las que se encuentran la sedación, hipnosis y anestesia de los pacientes sometidos a actos quirúrgicos. Los anestésicos inhalatorios volátiles (halogenados) como mecanismo de acción, tiene la propiedad de aumentar la transmisión sináptica inhibitora a nivel postsináptico potenciando los canales iónicos regulados por ligando activados por ácido alfa -aminobutírico (GABA). El Flumazenil es un antagonista benzodiazepínico perteneciente al grupo de los imidazobenzodiazepina. Se conoce actualmente que no existe un fármaco específico capaz de antagonizar los efectos de los halogenados que permitan la recuperación rápida y completa de la anestesia general, por tal motivo este trabajo centra sus esfuerzos en demostrar si el flumazenil tiene la capacidad para revertir las acciones del isoflurano y permitir un restablecimiento temprano del nivel de conciencia.

Materiales y Métodos: El estudio a realizar es de tipo clínico de corte longitudinal, prospectivo, unicéntrico y doble ciego. La muestra se conformará por pacientes que vayan a ser sometidos a anestesia general balanceada. Se procederá a dividir la muestra en 2 grandes grupos: grupo C (control) y grupo F (Flumazenil). Al final de la cirugía se administrará la mezcla según grupo seleccionado de manera al azar (Flumazenil 0,25 mg o Solución 0,9% en una jeringa de 20 cc) y se valorará el tiempo de extubación, tiempo de recuperación del nivel de conciencia, tiempo de alta de la UCPA y estado hemodinámico (FC, TAM y SO₂).

Resultados: El grupo de flumazenil presentó un tiempo desde la inyección hasta la extubación significativamente más bajo que el grupo placebo ($p = 0,007$). Se observaron diferencias en términos de tiempos más bajos necesario para alcanzar Aldrete de 9 puntos en el grupo flumazenil ($p = 0,04$) al igual que tiempos de despertar anestésico más cortos representados por un Ramsey 2. La frecuencia cardíaca, presión arterial media y la saturación tuvieron valores similares entre los 2 grupos.

Conclusión: El estudio demostró que una única dosis de 0,25 mg de flumazenil administrado al final del acto quirúrgico, justo después de culminar toda estimulación quirúrgica fue beneficiosa ($p = 0,007$) en el contexto de tiempos de extubación y tiempos de despertar anestésico más cortos.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.25>

Oximetría cerebral no invasiva: su uso en cirugía laparoscópica de un lactante

Mena M.^{1,2}, Selamé R.^{1,2}, Corral G.^{1,2}, Córdova S.^{1,2}, Araya C.^{1,2}

1 Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.

2 Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

Introducción: La oximetría cerebral no invasiva utilizando la tecnología NIRS (near infrared spectroscopy) es útil para detectar isquemia-hipoxia cerebral relacionada con hipoperfusión e hipoxemia y determinar distintas intervenciones para prevenir o disminuir la injuria por hipoxia cerebral.

Uno de los factores involucrados en la injuria cerebral relacionada a la perfusión en el paciente prematuro es atribuida a la falta de autorregulación cerebrovascular.

Aumentos de la presión intrabdominal se han asociado a aumentos de la presión intracranial con la consiguiente disminución de la presión de perfusión cerebral.

Método: Paciente de 7 meses, que nació a las 36 semanas, con antecedentes de coartación aórtica y CIV operada, traqueomalacia severa, traqueostomizado, ingresa a pabellón para realizar cirugía de Nissen laparoscópico y gastrotomía percutánea por los diagnósticos de trastorno de deglución y reflujo gastroesofágico severo.

La monitorización estándar incluyó: saturometría de O₂ (SpO₂), presión arterial no invasiva (PANI), electrocardiograma, temperatura y CO₂ espirado (etCO₂).

Previo a la inducción anestésica se colocaron los sensores de NIRS en la región frontoparietal izquierda y derecha, midiéndose la SrO₂c. El valor basal obtenido fue 90% izquierda/95% derecha. La PANI basal fue de 65 mm Hg.

Para la inducción y mantención anestésica se utilizó sevoflurano, suplementado con fentanilo y atracurio.

La ventilación mecánica controlada fue iniciada con un etCO₂ basal de 50 mmHg. Se inicia la cirugía por vía laparoscópica, partiendo con neumoperitoneo de 10 mmHg, sin embargo, durante los siguientes 20 minutos se observa una importante caída de la SrO₂c 55% izquierda/52% derecha, asociándose a aumento del etCO₂ de 80 mmHg, sin deterioro de la PAM ni SpO₂, se decide desinflar neumoperitoneo, recuperándose la SrO₂c y disminuyendo el etCO₂, luego de su recuperación se vuelve a insuflar CO₂ a presión de 6 mmHg. Toleró relativamente esta nueva presión, pero tiene una nueva caída de la SrO₂c 50% izquierda/65% derecha por lo que se decide cambiar a técnica abierta. No presentando nuevos episodios hasta el final de la cirugía.

Resultado y Discusión: La SrO₂c medida utilizando la tecnología NIRS es un indicador indirecto de flujo sanguíneo cerebral (FSC) y perfusión cerebral. La Elevación de la presión intraabdominal está relacionada con aumento de la presión intracraneal con el consiguiente deterioro de la perfusión cerebral. Los neonatos y lactantes son particularmente vulnerables.

El presente caso nos ilustra el potencial valor del uso de NIRS en el ajuste de los parámetros hemodinámicos y ventilatorios y en diagnosticar y sugerir al equipo quirúrgico cambios necesarios en el curso de la cirugía.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.26>

Cuantificación del consumo de gases anestésicos luego de la implementación de anestesia general a bajo flujo

Ramos M.¹, Fratebianchi F.¹, Lafourcade J.¹, Santoro B.¹, Laiño MJ.¹, Guardabassi D.¹

¹ Hospital de Clínicas, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Relevar el consumo de gases anestésicos y medicinales y comparar este de acuerdo a si se utilizó o no anestesia a bajo flujo, asimismo estimar el consumo de oxígeno si las anestесias generales se hubieran realizado con estaciones de trabajo con concertina.

Materiales y Métodos: Se obtuvieron los datos de consumo en diferentes cirugías, comparándose estos con el mismo período del año anterior, momento en el que no se realizaba anestesia a bajo flujo. También se estimó cómo hubiese aumentado el consumo de oxígeno si las mismas cirugías relevadas se hubieran efectuado con una máquina de anestesia con tecnología de concertina.

Resultados: La recolección de datos incluyó 59 anestесias generales. La cantidad de anestесias por frasco de sevoflurano aumentó de 12,1 a 18,7 luego de la implementación parcial de la técnica de bajo flujo. Se estimó un ahorro de 45.633 L de oxígeno al utilizar pistón.

Discusión y Hallazgos: La precisión en el aporte de gas fresco y el análisis de gases espirados parece reducir el consumo de agente anestésico. Se halló que la eficiencia en el uso de sevoflurano no es óptima y la utilización sistemática de la técnica de bajo flujo aportaría beneficios para el paciente, para el medio ambiente, la salud del personal de quirófano y la economía institucional.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.27>

Bloqueo de la fascia clavipectoral guiado por ultrasonido

Labandeyra H.¹, Roqués Escolar V.², Valdés Vilches LF.³

- 1 Hospital Abraham Piñeyro, Junín, Argentina.
- 2 Hospital Virgen de Arrixaca, Murcia, España.
- 3 Hospital Costa del Sol, Marbella, Argentina.

Introducción: El bloqueo de la fascia clavipectoral (CBP) es un bloqueo que proporciona anestesia/analgesia exclusiva sobre la clavícula en fracturas de tercio medio, sin producir bloqueo motor de miembro superior ni parálisis diafragmática.

Presentamos un caso de CBP guiado por ultrasonido para control del dolor perioperatorio en osteosíntesis clavicular tras fractura de tercio medio.

Métodos: Mujer de 18 años de 60 kg con fractura de tercio medio clavicular derecho. Antecedentes de alergias a antiinflamatorios no esteroides y contraste yodado. Se programa para osteosíntesis de clavícula. Se decide realizar anestesia regional con CPB asociada a sedación superficial.

Antes de la realización del procedimiento se evaluó el dolor del paciente mediante escala visual numérica (EVN), siendo esta de 7/10.

Previamente a la realización de la técnica descrita, se realizó infiltración de la rama supraclavicular del plexo cervical superficial con 5 ml de ropivacaína 0,5% para obtener anestesia de la zona cutánea correspondiente. Posteriormente y realizando cortes sagitales sobre la clavícula con transductor lineal de 6-13 mhz se identificó el extremo distal y proximal de la fractura. Tras clara identificación de periostio clavicular intacto a ambos lados de la fractura, fascia clavipectoral, musculo pectoral mayor y subclavio. Se realizó infiltración en plano, de caudal a cefálico, mediante aguja de 50 mm entre el periostio y fascia clavipectoral. El volumen total empleado fue de 15 ml de ropivacaína 0,5% a cada lado de la fractura y sobre el borde superior de la clavícula, observando clara elevación fascial.

La cirugía se llevó a cabo sin complicaciones ni dolor.

Resultados: Una vez realizada la conducta quirúrgica se evaluó el dolor del paciente con EVN, siendo esta 1/10 hasta 36 horas postoperatorio. No fue necesario rescate analgésico durante su estancia hospitalaria. No se observó posible bloqueo motor de miembro superior o diafragmático.

Conclusiones: El bloqueo CPB permite una anestesia/analgesia de gran calidad en cirugía de tercio medio clavicular. Aunque sus indicaciones son limitadas, presenta grandes ventajas respecto a los bloqueos tradicionales del plexo braquial empleados para la misma patología como ser de muy fácil ejecución, sin bloqueo motor acompañante, ni parálisis diafragmática. Todo ello lo hace una opción muy recomendable en este tipo de patología, en la que resulta de gran interés el alta precoz, sin dolor, y evitando posibles efectos secundarios.

Aunque aún no existen estudios que la validen, se presenta como una técnica prometedora para la cirugía realizada sobre la clavícula.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.28>

Opioides intratecales + bloqueo TAP para citorreducción y quimioterapia hipertérmica intraperitoneal

Gómez LA.¹

1 Instituto Oncológico Angel Roffo-U.B.A., Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

La citorreducción (CRS) seguida de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) representa un desafío debido a la quimiotoxicidad, manejo del dolor, temperatura y hemodinamia. La analgesia epidural torácica, el plan analgésico standard, conlleva riesgo de hipotensión, hematoma, infección y problemas con el catéter. La inyección subaracnoidea de morfina-fentanilo más bloqueo bilateral subcostal oblicuo del plano transversus abdominis (TAP) se presenta como alternativa analgésica perioperatoria en CRS-HIPEC.

El paciente (64 años, 90 kg, 181 cm) con diagnóstico de pseudomixoma peritoneal, consulta por dolor e incremento del tamaño del abdomen. Al ingreso a quirófano, se realiza inyección subaracnoidea LII-LIII con morfina 650 µg+ fentanilo 29,3 µg y, postinducción, bloqueo TAP subcostal oblicuo bilateral ecoguiado con bupivacaína 1,5 mg/kg. El sevoflurano se ajustó para mantener el Índice Bispectral entre 40 a 60 y se consideró administrar fentanilo IV si la frecuencia cardíaca o la tensión arterial media superaban 15% los valores previos a la cirugía o si se observaba reducción mayor al 15% en el índice de perfusión. La cirugía se realizó mediante una incisión mediana xifopubiana, realizándose la HIPEC 90 minutos a 41-42°C, mediante la técnica abierta conocida como “el coliseo” (foto). Durante el intraoperatorio la concentración alveolar media de sevoflurano fue de 0,645 (rango 0,9-0,4), con mayores requerimientos postinducción y mínimos durante la fase de HIPEC. Los parámetros fisiológicos antes y luego de la incisión de piel fueron: 51/54 latidos/minuto (+5,88%), tensión arterial media 59/66 mmHg (+11,86%), Índice Bispectral 55/47 (-25,85%) e índice de perfusión 3,17/4 (+26,18%). El valor medio del Índice Bispectral fue de 58,83 (rango 47-61). Durante el período intraoperatorio no se requirieron opioides, agentes vasoactivos o hemoderivados.

La analgesia posoperatoria incluyó lidocaína IV, diclofenac, paracetamol y pregabalina (vía nasogástrica) y morfina 2 mg si el paciente refería dolor mayor a 4 en una escala análoga verbal de 0 a 10.

El paciente requirió 3 rescates durante el segundo día postoperatorio, no requiriendo más opioides durante el resto de la permanencia hospitalaria. El paciente egresó sin dolor, permaneciendo sin requerimiento de analgésicos y pudo regresar a su trabajo habitual.

La estabilidad hemodinámica y el mínimo requerimiento opioides perioperatorios sugieren que el presente plan puede proveer analgesia significativa, pudiendo ser útil cuando no se ha podido colocar el catéter peridural o cuando se desea evitar el bloqueo simpático asociado a la analgesia peridural.

La combinación de analgesia subaracnoidea con opioides+bloqueo TAP puede brindar analgesia intraoperatoria y postoperatoria significativa en el procedimiento de CRS-HIPEC y en otras cirugías abdominales mayores.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.29>

Ensayo clínico de eficacia del bloqueo del cuadrado lumbar transmuscular ecoguiado en pediatría

Guardabassi DS.^{1,2}, Errecalde L.², Aisenstein C.², García Pugliese F.²

1 Hospital del Niño de San Justo, San Justo, Argentina.

2 Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El bloqueo del cuadrado lumbar transmuscular (TQL) es una técnica de anestesia regional ecoguiada que demostró ser efectiva en cirugía abdominal abierta y laparoscópica como parte de un esquema multimodal de analgesia postoperatoria. La presente investigación evaluó su eficacia en cirugía de hernia inguinal y testículo no descendido en población pediátrica (de 1-6 años de edad).

Materiales y Métodos: El estudio fue diseñado como un ensayo clínico controlado, aleatorizado en 2 ramas: grupo protocolo bloqueo TQL (Grupo 1; n = 20) vs grupo protocolo infiltración local por cirujano (Grupo 2; n = 20), simple ciego que incluyó a 40 pacientes pediátricos sometidos a una cirugía de hernia inguinal u orquidopexia unilateral. Todos los bloqueos fueron realizados bajo anestesia general antes del inicio de procedimiento quirúrgico. Ambos grupos recibieron el mismo esquema de analgesia endovenosa y oral postoperatoria.

Consumo de analgésicos durante las primeras 24 horas (mg de ibuprofeno), intensidad de dolor con escala FLACC a tiempo 1, 2, 6 y 24 horas postoperatorias, tiempo transcurrido a la primera administración de ibuprofeno, escala de satisfacción parental (0-10) e incidencia de náuseas y vómitos fueron evaluados y registrados. Se consideró como significativa una $p < 0,05$.

Resultados: El consumo promedio de ibuprofeno en las primeras 24 horas fue de 80 mg para el grupo bloqueo TQL y de 185 mg para el segundo grupo, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). El tiempo transcurrido a la primera administración de ibuprofeno fue mayor en el grupo TQL (18 vs 10 horas), $p < 0,05$. Las escalas de dolor por FLACC a los 60 y 120 minutos y a las 6 y 24 h postcirugía fueron menores comparadas con el grupo de infiltración local por el cirujano ($p < 0,05$ en cada punto de análisis). Las escalas de satisfacción parental mostraron puntajes más elevados para el grupo que recibió el bloqueo ($p < 0,05$). No se hallaron diferencias significativas en la incidencia de episodios de náuseas y/o vómitos ($p > 0,2$). No se reportaron complicaciones asociadas al bloqueo.

Conclusiones: Este estudio muestra que el bloqueo TQL aporta beneficios adicionales respecto al plan de analgesia estándar empleado en cirugía de hernia inguinal unilateral u orquidopexia, disminuyendo el requerimiento de analgésicos y la intensidad de dolor en las primeras 24 horas postoperatorias, así como también incrementando la satisfacción de los cuidadores respecto al estado postoperatorio del niño.

Sería interesante llevar a cabo nuevas investigaciones comparando esta técnica con otros abordajes del bloqueo de cuadrado lumbar y con el cuestionado bloqueo TAP.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.30>

Implementación de un programa de reciclaje en un Hospital Universitario

Contreras V.^{1,2}, Fuentes R.¹, Casanueva O.², Barrueto G.²

1 Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

2 Hospital Clínico UC-Christus, Santiago, Chile.

Introducción: El manejo de los desechos hospitalarios afecta al medioambiente y a las personas que trabajan y reciben cuidados de dicho centro asistencial. El impacto en el ambiente de la atención perioperatoria aún no ha sido estudiado apropiadamente. Se sabe que 105 toneladas de basura mensuales del centro asistencial en estudio van a los vertederos de la municipalidad. Se inició un programa dentro del pabellón central del centro bajo estudio, en el cual se seleccionó el plástico de baja densidad (PBD) como icono del programa. Se sumaron distintos elementos al PBD, como botellas plásticas, latas y vidrios limpios los cuales pueden ser reciclados.

Objetivo: Implementar un programa de reciclaje integral en la red de salud UC-Christus.

Material y Métodos: Estudio prospectivo longitudinal con una muestra por conveniencia, en la cual se programó una intervención en series repetidas en el tiempo durante 2017 al 2019. Participaron residentes de anestesia, anesthesiólogos, cirujanos, enfermeras, TENS, personal de apoyo del hospital y acompañantes de los pacientes.

Resultados: En total 300 colaboradores participan del proyecto. Durante la fase piloto se cuantificó 30 kg de plásticos, posteriormente, se incrementó a 90 kg en promedio de PBD en las fases posteriores. 150 kg en promedio de botellas plásticas, latas y vidrios limpios son reciclados mensualmente. Actualmente, la fase del programa está en la fase de transferencia hacia la red de salud UC-Christus y hacia otros centros de salud de la Región Metropolitana. Finalmente, en parte de la red UC Christus se logró involucrar a la municipalidad como parte del manejo de los desechos reciclables.

Conclusiones: Se logró cuantificar la cantidad mensual de PBD, latas, botellas plásticas entre otros materiales limpios para reciclar. Se logró involucrar a los colaboradores de la institución y a los acompañantes de los pacientes. Este es el primer programa reportado que involucra a trabajadores y personas de la comunidad en un programa de reciclaje hospitalario.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.31>

Manejo anestésico para la separación quirúrgica de siamesas toraco-onfalopagas

Devonish N.^{1,2}, Rubio J.¹, Prado M.¹, Romero R.¹, Martínez R.¹.

1 Hospital Universitario de Maracaibo, Maracaibo, Venezuela.

2 Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.

Se suministró anestesia general balanceada a gemelas siamesas toraco-onfalopagas de 8 meses de edad, producto del primer embarazo de 39 semanas, nacidas por cesárea de emergencia por prociencia de mano. Se les realizó laboratorio, valoración cardiovascular, ecocardiogramas, tomografía, etc. Ambas se premédica con Acetaminofen 15 mg x Kg (24 horas antes) + Midazolam 1 mg (1 hora antes). En quirófano fueron monitoreadas con ECG-ETO2-SCO2-PANI+Sonda vesical. Paciente A (7 kg) se inicia con Midazolam 1 mg + Fentanil 15 mgr + Propofol 15 mg + Rocuronio 8 mg se procede a IOT. Con tubo #4 s/balón. Mantenimiento: Remifentanil 20 mcg/hora + Sevoflurano 1-1,5 CAM + Rocuronio. Analgesia: Ketamina 2 mg + Dipirona 200 mg + Diclofenac 25 mg. Paciente B (6 kg) se inicia con Midazolam 1 mg + Fentanil 12 mg + Propofol 10 mg + Rocuronio 8 mg. Se procede a IOT con tubo #4 s/balón. Mantenimiento: Remifentanil 18 mcg/hora + Sevoflurano 1-1.5 CAM + Rocuronio. Analgesia: Ketamina 2 mg + Dipirona 200 mg + Diclofenac 25 mg. Ambas recibieron concentrado globular (2) c/u. Tiempo para la separación: 140 minutos. La paciente A ameritó aminas por bradicardia e hipotensión (adrenalina + dopamina). La paciente B presentó broncoespasmo moderado que cede con Hidrocortisana 100 mg + Saglbutamol aerosol + sulfato de magnesio 24 mg. Duración total de la cirugía/anestesia: Paciente A: 305 minutos. Paciente B: 295 minutos. Ambas egresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Comentario/Discusión: Estadísticamente, los nacimientos de siamesas ocurren 1 vez cada 200.000, siendo mortinatos el 50% de los casos y el 75% son de sexo femenino. El manejo multidisciplinario es la clave para la supervivencia de ambas pacientes tras la separación. En el caso expuesto se presenta una aplicación concentrada de pautas anestésicas estandarizadas internacionalmente en cada etapa de la planificación y de la ejecución de la anestesia, logrando como resultado una separación segura y exitosa, y la supervivencia de ambas gemelas.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.32>

Comparación entre dos técnicas de medición del gasto cardíaco mediante ecocardiografía Doppler en pediatría

Guardabassi DS.^{1,2}, Fiorito P.², Yanco N.², Cohen L.²

1 Hospital del Niño de San Justo, San Justo, Argentina.

2 Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La ecocardiografía transtorácica constituye una herramienta útil para el monitoreo hemodinámico no invasivo en cirugía pediátrica de alta complejidad. Sin embargo, realizar mediciones del gasto cardíaco mediante un examen transtorácico apical resulta técnicamente difícil en el período intraoperatorio. Un abordaje desde la cabecera del paciente, a nivel supraesternal, emerge como alternativa para superar dicha limitante. El objetivo de la presente investigación es comparar ambas mediciones a nivel basal y luego de cambios hemodinámicos (anestesia caudal) en un grupo de pacientes.

Materiales y Métodos: Este estudio descriptivo incluyó a 8 pacientes de 1-6 años de edad sometidos a cirugía de abdomen inferior. En todos los casos estudiados se administró un bloqueo caudal con 1 mL/kg de bupivacaína 0,25% bajo anestesia general. Inmediatamente antes y 10 minutos después de la realización del mismo, se midió mediante ecocardiografía doppler la integral velocidad-tiempo (IVT) a nivel del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) en visión apical 5 cámaras (5C) y la IVT de aorta descendente (AoD) en visión supraesternal (SE). Todas las mediciones fueron realizadas por un mismo operador; se efectuaron y promediaron 3 mediciones en ambas vistas para cada intervalo para su análisis posterior. Los cálculos de gasto cardíaco (GC) fueron realizados mediante la fórmula $GC = IVT \times \text{área (A)}$, obteniéndose la misma a partir de la medición en vista paraesternal eje largo para el TSVI, y a partir de un normograma según edad para el área de AoD.

Para el análisis estadístico, se utilizaron los análisis de coeficiente de correlación de Pearson y regresión lineal (programa STATA). Un valor de $p < 0,05$ fue considerado como estadísticamente significativo.

Resultados: Los hallazgos muestran una correlación significativa para las mediciones de IVT realizadas a nivel del TSVI y la AoD pre bloqueo caudal: $r = 0,92$ (IC 95%: 0,89-0,95; $p < 0,001$; $r^2 = 0,85$) y post bloqueo: $r = 0,78$ (IC 95%: 0,72-0,81; $p < 0,001$; $r^2 = 0,65$). Dicha correlación se obtuvo también para las mediciones de GC en ambas vistas e intervalos ($r = 0,89$ y $0,81$; $p < 0,001$), respectivamente.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran una buena correlación entre las mediciones de IVT y GC mediante ecocardiografía en 5C y SE; dicho hallazgo se mantuvo ante un evento de variación hemodinámica (anestesia caudal). Estos resultados sugieren que la medición de IVT a nivel SE puede constituir una herramienta de monitoreo hemodinámico no invasivo, de fácil acceso en la cabecera del paciente, que podría incorporarse a los protocolos de terapia dirigida por objetivos en cirugía de alta complejidad.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.33>

Lidocaína endovenosa en prevención de tos y cambios hemodinámicos en la extubación traqueal: ensayo clínico piloto

Ficcadenti S.¹, Tentoni N.², De Estrada S.¹, Sánchez Casco F.¹, Previgliano IJ.¹

1 Hospital Fernández, CABA, Argentina.

2 Hospital Italiano, CABA, Argentina.

Introducción: Disminuir la incidencia de tos y cambios hemodinámicos en la extubación traqueal es de relevancia en diversos procedimientos quirúrgicos. Diseñamos un estudio piloto para analizar la factibilidad de realizar un ensayo clínico que evalúe la eficacia de la lidocaína endovenosa.

Métodos: Ensayo clínico piloto aleatorizado controlado doble ciego. Se incluirán pacientes entre 18 y 75 años, sometidos a cirugía programada por vía laparoscópica, riesgo quirúrgico ASA I o II bajo anestesia general balanceada e intubación orotraqueal. Se excluirán pacientes con predictores de intubación dificultosa según criterios de la ASA, contraindicaciones para la administración de lidocaína, bajo tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, betabloqueantes o aquellos que hayan padecido un cuadro de vía aérea superior en los últimos 7 días. Se administrará 1 mg/kg de lidocaína endovenosa al 2% o placebo en bolo a los 7 minutos de suspendida la infusión de remifentanilo y la administración de sevoflurano. El evento primario será la escala de tos de Minogue modificada por Likert al momento de la extubación. Los eventos secundarios serán diferencial de tensión arterial media y frecuencia cardíaca entre la administración de la droga del protocolo y la extubación traqueal. Se estimó un n = 144 para el protocolo final. Se realizará una prueba piloto con 15% del tamaño muestral total con análisis estratificado según presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica o asma bronquial por intención a tratar usando u test de Mann-Whitney.

Resultados: De 26 pacientes evaluados 23 fueron incluidos siendo aleatorizados a recibir lidocaína endovenosa (n = 11) o cloruro de sodio 0,9% (n = 12) (Figura 1). La mediana de edad fue de 36 años (RI 26-44), mayoritariamente femeninos (n = 14), sometidos a colecistectomía laparoscópica (n = 21) o cirugía ginecológica laparoscópica (n = 2) y riesgo quirúrgico ASA I (n = 10) o ASA II (n = 13) (Tabla 1). En 6 pacientes no se administró la intervención por interurrencias intraquirúrgicas (n = 2) o despertar temprano (n = 4). La intervención no modificó la escala modificada de Minogue (2 RI 1-2 versus 2 RI 1-3 p = 0,89), diferencial de tensión arterial media (23,5 mmHg RI 14-34 versus 25 mmHg RI 16-33 p = 0,97) o frecuencia cardíaca (26,5 lpm RI 19-45 versus 33 RI 16-44,5 p = 0,87) (Figura 2). No se encontraron efectos adversos asociados a drogas.

Conclusiones: Es factible realizar el ensayo clínico mediante la realización de enmiendas en el protocolo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas debido a la falta de poder estadístico de la prueba piloto.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.34>

Fatiga y accidentabilidad durante la formación en anestesiología: Encuesta online a dos universidades en Chile

Alzola C.¹, Henríquez M.¹, Sepúlveda D.¹, Tartari AM.², Maldonado F.¹

1 Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

2 Clínica Santa María, Santiago, Chile.

Introducción: Los residentes de anestesiología en formación son sometidos a elevada carga laboral y académica. Esto se asocia a problemas en el ámbito personal y aumento de la tasa de accidentes. Esto aún no ha sido evaluado en Chile. Realizamos una encuesta a residentes de anestesiología de dos universidades de Santiago de Chile con el objetivo de evaluar, de forma piloto, el impacto que tiene esta alta carga en la vida de los estudiantes.

Metodología: Una encuesta anónima fue enviada por correo electrónico a los médicos en proceso de formación en anestesiología. Se obtuvo información sobre horas de trabajo presencial, no presencial. Se solicitó un auto reporte de la ocurrencia de accidente o “casi accidentes” de trayecto hacia o desde su centro de formación. Además, se consultó sobre el uso de medicamentos o sustancias. Finalmente, se realizaron preguntas sobre el impacto subjetivo que tiene la fatiga en sus actividades personales y vida diaria. Las variables fueron expresadas como porcentajes o frecuencias relativas.

Resultados: Se envió la encuesta a 66 residentes, siendo contestada por un 64% de estos. El 69% de los encuestados refiere jornadas de 60 a 80 horas semanales de forma presencial. Sumado a esto, la mayoría refiere necesitar entre 6 a 10 horas semanales de dedicación no presencial. El 71% de los encuestados refiere tener al menos un turno a la semana. Los turnos en su mayoría corresponden a jornadas de 20 a 30 horas. El 12% de los encuestados refiere el uso de sustancias para conciliar el sueño, mientras que el 66% requiere su uso para permanecer despierto. Sólo cinco encuestados (12%) refieren haber tenido un accidente en el trayecto a su hogar debido a estar fatigados, sin embargo, un 50% refiere haber tenido un evento que catalogan como “casi accidente”. Finalmente, al preguntar por el impacto de la fatiga en distintas áreas de la vida personal, el 83% refiere que ha afectado sus relaciones personales, 90% su salud física, un 76% su bienestar psicológico, 83% su habilidad para realizar trabajo asistencial y un 95% cree ver afectado su habilidad para realizar trabajo académico.

Conclusiones: Existe una asociación subjetiva, por parte de los residentes de anestesiología, a accidentabilidad e impacto relevante en áreas personales, salud y habilidad para desempeñar su actividad laboral y académica. La formación de especialistas en estas condiciones puede llevar a los residentes a burnout, reduciendo de ese modo la efectividad de la enseñanza.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.35>

Protocolo de empleo del ácido tranexámico en cirugía ortopédica programada

Sánchez Cortéz A.^{1,2}

1 Hospital Policlínico Regional San Bernardo, Salta, Argentina.

2 Salta.

Introducción: El Ácido Tranexámico es una droga procoagulante, antifibrinolítica cuya similitud estructural al aminoácido lisina, le permite unirse al sitio de acción para dicho aminoácido, presente en la molécula de plasminógeno, impidiendo así su unión a la fibrina e inhibiendo la activación del complejo plasminógeno-TPA-fibrina, responsable de la lisis del coágulo sanguíneo.

En el presente trabajo se describe la protocolización del empleo de Ácido Tranexámico endovenoso en cirugías ortopédicas programadas, previa puesta en común entre los servicios de Anestesiología y Traumatología del Hospital San Bernardo, Salta Capital.

Este protocolo tiene como intención una correcta aplicación de la droga, para así minimizar las pérdidas sanguíneas intra y post operatorias y evitar transfusiones de hemoderivados innecesarias, y aquellas posibles complicaciones asociadas a ellas (infecciones, reacciones anafilácticas, etc).

Métodos: Son susceptibles de aplicación del protocolo, pacientes sin límite etario pero con énfasis entre los 50-70 años, sometidos a cualquier procedimiento traumatológico programado con un potencial riesgo moderado a aumentado de sangrado y de requerimientos transfusionales.

Quedan excluidos los pacientes con alergia referida previamente al Ácido Tranexámico o alguno de sus componentes o reacciones adversas presentadas en administraciones previas y aquellos pacientes en contexto de lesión aguda.

Se evaluó la incidencia de sangrado intraoperatorio y las necesidades transfusionales intra y postoperatorias en aquellos pacientes tratados con Ácido Tranexámico 10-20 mg/kg dos a tres horas previas al procedimiento quirúrgico y repitiendo la aplicación durante el mismo, mediante valores previos y posteriores de Hemoglobina y Hematocrito.

El análisis estadístico aplicado fue transversal, analítico observacional.

Resultados: Cuarenta y siete pacientes de entre 50-70 años sometidos a cirugías ortopédicas programadas, en su mayoría artroplastias total o parcial de rodilla o cadera.

Se observó menor necesidad transfusional y una caída en los valores de Hemoglobina y Hematocrito de 1,27 mg/dl y 3%, respectivamente, en aquellos pacientes a los cuales se administró Ácido Tranexámico previo a la cirugía, respecto a una caída de 2,4 mg/dl y 5% de Hemoglobina y Hematocrito, respectivamente, en aquellos en quienes no se administró.

Conclusiones: El empleo de Ácido Tranexámico previo a una cirugía cuyo riesgo de sangrado es moderado/severo y durante la misma, demostró una menor caída en valores de Hemoglobina y Hematocrito y menor o nula necesidad transfusional, disminuyendo así costos y riesgos asociados a la misma.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.36>

Cuantificación del consumo de gases anestésicos luego de la implementación de anestesia general a bajo flujo

Ramos M.¹, Fratebianchi F.¹, Lafourcade J.¹, Santoro B.¹, Laiño MJ.¹, Guardabassi D.¹

¹ Hospital de Clínicas, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Relevar el consumo de gases anestésicos y medicinales y comparar este de acuerdo a si se utilizó o no anestesia a bajo flujo, asimismo estimar el consumo de oxígeno si las anestесias generales se hubieran realizado con estaciones de trabajo con concertina.

Materiales y Métodos: Se obtuvieron los datos de consumo en diferentes cirugías, comparándose estos con el mismo período del año anterior, momento en el que no se realizaba anestesia a bajo flujo. También se estimó cómo hubiese aumentado el consumo de oxígeno si las mismas cirugías relevadas se hubieran efectuado con una máquina de anestesia con tecnología de concertina.

Resultados: La recolección de datos incluyó 59 anestесias generales. La cantidad de anestесias por frasco de sevoflurano aumentó de 12,1 a 18,7 luego de la implementación parcial de la técnica de bajo flujo. Se estimó un ahorro de 45.633 L de oxígeno al utilizar pistón.

Discusión y Hallazgos: La precisión en el aporte de gas fresco y el análisis de gases espirados parece reducir el consumo de agente anestésico. Se halló que la eficiencia en el uso de sevoflurano no es óptima y la utilización sistemática de la técnica de bajo flujo aportaría beneficios para el paciente, para el medio ambiente, la salud del personal de quirófano y la economía institucional.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.37>

Validación de dos nuevas dimensiones de clima de seguridad del paciente para unidades quirúrgicas

Arias Botero JH.^{1,2}, Gómez Arias RD.¹, Segura Cardona AM.¹, Acosta Rodríguez F.¹

1 Universidad CES, Medellín, Colombia.

2 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, Bogotá, Colombia.

Introducción: El clima de seguridad ha cobrado importancia en el fortalecimiento de la política de seguridad del paciente. Los servicios quirúrgicos poseen características propias que generan perfiles de clima de seguridad particulares, por lo que se hace necesario contar con instrumentos de medición validados aplicables en dichos escenarios.

Objetivo: Evaluar de las propiedades psicométricas de dimensiones del clima de la seguridad del paciente específicos para las unidades quirúrgicas, como un módulo adicional a la encuesta de seguridad del paciente en Hospitales (HSOPS®).

Metodología: Estudio de validación de encuesta. En una fase anterior, en un Delphi de expertos, se desarrollaron 18 ítems específicos para unidades quirúrgicas dentro del proceso de validación de apariencia y contenido del HSOPS. El instrumento resultante fue aplicado a todo el personal de las unidades quirúrgicas de 6 instituciones de nivel III en Medellín, Colombia.

Análisis de los datos: Se realizó validación de constructo con análisis factorial exploratorio (componentes principales). La fiabilidad se evaluó mediante alfa de Cronbach.

Los datos fueron analizados en Stata® versión 12 y Factor versión 10.8 (Universidad Rovira i Virgili, Tarragona España). Se estableció como significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se obtuvo respuestas completas de un total de 442 trabajadores. Los participantes fueron en su mayoría auxiliares de enfermería (36%), médicos especialistas (22,6%) y anestesiólogos (13,8%) con una mediana de 8 años en la profesión y 4 años en la institución. Las modalidades de contratación fueron variables.

En análisis factorial permitió obtener un modelo de dos dimensiones, denominadas por los investigadores “Insumos, equipos y dispositivos médicos” y “Prácticas seguras” (Tabla 1). El total de varianza explicada fue de 61,3%.

Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,85 para ambas dimensiones IC 95% [0,83 - 0,87].

Conclusiones: Las dos dimensiones configuradas a partir de los ítems adicionados específicos del área quirúrgica son válidas, presentan una adecuada fiabilidad y pueden ser aplicadas como un módulo adicional en la medición de clima de seguridad, específicamente para el área quirúrgica.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.38>

Mucopolisacaridosis, la anestesia regional es nuestra mejor aliada

Vizgarra GN.¹

1 Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo, Santiago del Estero, Argentina.

Introducción: Las MPS son un grupo de enfermedades genéticas en donde la deficiencia de las enzimas que metabolizan los glicosaminoglicanos hace que haya un depósito anormal de ellos en todo tipo de tejido. Con los años produce daño tisular permanente y progresivo afecta el aspecto físico, el funcionamiento de los órganos y el desarrollo mental.

Estos pacientes presentan afecciones del sistema respiratorio, cardíaco, deformidades musculoesqueléticas lo que representa un verdadero desafío anestesiológico.

Caso clínico: Paciente sexo femenino de 30 años consulta por tumoración en zona umbilical de 2 años, en las últimas 48 h evoluciona con dolor, el equipo quirúrgico decide programar cirugía para hernioplastia con colocación de malla.

Paciente con diagnóstico reciente de MPS tipo I-Scheie sin tratamiento.

Valvulopatías: estenosis aórtica moderada más insuficiencia moderada e insuficiencia mitral moderada.

Examen físico: altura 1,42 cm; peso 90 kg IMC 44.

Apertura bucal: 2,4 cm macroglosia, circunferencia de cuello 44 cm Distancia TM 1,6 cm Distancia EM 3,4 CM Mal-lampati G IV Rigidez cervical con limitación importante de la flexo-extensión.

Ap respiratorio: sat O₂ 96%.

Ap Cardiovascular: TA160/90 Fc 80 soplo sistólico en foco aórtico, disnea clase funcional III.

Abd Globuloso visceromegalias, hernia umbilical.

Ap Locomotor; miembros sup con abducción limitada, manos en garra rígida.

Columna: Rigidez cervical, Hiperlordosis, escoliosis y cifosis.

Preoperatorio: ta 147/95 fc 88 sat 98% con cánula a 3l/min.

Se realiza anestesia regional; bloqueo neuroaxial subaracnoideo abordaje medial con aguja punta lápiz n°25 g entre L4 y L5 con bupivacaína isobárica 0,5% 8 mg más fentanilo 20 gamas punción sin complicaciones; cambios hemodinámicos; descenso de la ta 110/87 mmHg fc 120; luego 107/78 mmHg fc 75 durante todo el acto quirúrgico (90 min). Paciente egresa a sala común. No se verificaron complicaciones hemodinámicas ni nerviosas, evolución favorable, alta médica a las 36 horas.

Discusión: En las MPS se requieren intervenciones quirúrgicas y el anestesiólogo puede encontrarse con problemas en el manejo de la vía aérea con alta mortalidad, necesidad de re intubación y traqueotomía de urgencia. Actualmente hay escasa información que demuestre la superioridad de una técnica anestésica sobre otra.

Conclusión: En este caso realizamos anestesia regional con bupivacaína isobárica al 0,5% a dosis bajas considerando sus valvulopatías y la anatomía del paciente, ante la posibilidad de fracaso de la técnica pensamos en anestesia general abordando la vía aérea con fibroscopía o acceso quirúrgico de emergencia. Recomendamos una exhaustiva valoración pre anestésica y manejo anestésico individualizado.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.39>

Bloqueo interfascial ecoguiado de la pared torácica para analgesia postoperatoria en valvuloplastia mitral

Herrera Ontivero HO.¹, Bisso HRN.¹

1 Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina.

Introducción: Las cirugías de abordaje torácico plantean un desafío en el manejo de la analgesia postquirúrgica ya que son consideradas entre las más dolorosas. El bloqueo de las ramas cutáneas de los nervios intercostales (BRILMA) fue descrito originalmente para su uso en cirugías de mama. Con esta técnica se persigue bloquear las ramas cutáneas de los nervios intercostales mediante el depósito de anestésico local en el espacio interfascial del músculo serrato y el músculo intercostal externo, bajo visión ecográfica en la línea media axilar.

Descripción del caso: Mujer de 44 años con diagnóstico de insuficiencia mitral moderada a severa secundaria a prolapso valvular, sometida a plástica de válvula mitral por toracotomía mínima en 5to espacio intercostal derecho. Se realizó anestesia general intravenosa total; administrándose en la inducción analgesia con Ketorolac 60 mg, dexametasona 8 mg. Previo a la salida de quirófano se realizó bloqueo ecoguiado de las ramas cutáneas de los nervios intercostales en la línea media de la pared costal derecha, 5to espacio intercostal, empleándose transductor lineal en eje axial, visualizando reparos sonoanatómicos correctos. Bajo técnica aséptica, se ingresa en plano con aguja ecorrefringente de 5 cc, depositándose bupivacaina 0,25% 15 ml en total, observado correcta difusión interfascial. La paciente fue remitida a la unidad coronaria, intubada y con requerimiento de dobutamina y noradrenalina. 3,30 h posteriores a la cirugía se realiza extubación sin complicaciones. Se valoró dolor del sitio quirúrgico mediante escala analógica visual obteniendo un resultado de 5/10. Se indicó morfina 3 mg endovenosa como rescate de dolor, administrándose una única dosis y escala analógica visual posterior de 3/10. La paciente permaneció en unidad coronaria sin requerimiento de rescates con opioides y bajo analgesia con AINES.

Discusión: La epidural torácica con o sin catéter es la técnica de referencia para el tratamiento del dolor postquirúrgico en cirugías de la pared torácica. Sin embargo no está exenta de complicaciones y de contraindicaciones. El bloqueo BRILMA es una alternativa para el manejo del dolor postoperatorio de cirugías de la pared costal; en su abordaje clásico en el 5to espacio intercostal logra el bloqueo de los nervios intercostales T2 a T6. También se ha utilizado en cirugías de la región superior del abdomen, realizando un abordaje modificado, con buenos resultados. Esta técnica posee un abordaje sencillo con la que se logra una adecuada analgesia en el marco de un tratamiento multimodal, reduciendo el uso de opioides y logrando confort en el paciente.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.40>

Nueva ventana sonográfica para el control del posicionamiento distal del catéter central en neonatos

Viotti F.¹, Santanera B.¹, Portela F.¹, Gerez S.¹, Venturin N.¹, Rudzik N.¹, Acosta CM.¹

¹ Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Argentina.

Introducción: La canulación venosa central en neonatos y pacientes pediátricos implica un desafío. Las técnicas guiadas por ultrasonido han permitido realizar este procedimiento con mayor seguridad, reduciendo las complicaciones asociadas. Sin embargo, para verificar la correcta posición del catéter recurrimos a técnicas radiológicas

Reporte de caso: Paciente de 8 días de vida, nacido a término, 2.800 g de peso, que presenta atresia de duodenal. Ingres a quirófano para resolución de su patología por vía videolaparoscópica. Bajo monitorización estándar se realiza inducción con etomidato 0,3 mg/kg y vecuronio 0,1 mg/kg, seguido de intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica; mantenimiento con sevoflurano 0,8 CAM, remifentanilo 0,3 mcg/kg/min, dexmedetomidina 0,35 mcg/kg/h. Se posiciona al paciente para la colocación de acceso vascular central bajo guía ecográfica utilizando sonda lineal HF 6-12MHz (Esaote MyLab Gamma). Se escanea vena braquicefalica izquierda, verificando permeabilidad y se realiza punción en plano, verificando mediante ultrasonido el correcto posicionamiento de la aguja y guía de alambre y se coloca cateter 4 Fr. Un segundo operador utilizando sonda convex 3-6 MHz verifica mediante ventana subxifoidea la posición distal del catéter. Se observa una imagen hiperecoica dentro de la aurícula derecha por lo cual se procede a retirarlo hasta observar el extremo distal en la unión de la vena cava superior con aurícula derecha. Controlada la correcta colocación, se procede a la fijación.

Discusión: Numerosos estudios evidencian que la canulación venosa central ecoguiada constituye un procedimiento seguro y recomendado en neonatos y pacientes pediátricos. Permite no solo evaluar la sonoanatomía, identificar variantes anatómicas y verificar la permeabilidad del vaso; sino también realizar una punción visualizando la aguja, guía de alambre y catéter dentro de la vena en tiempo real. Sin embargo, sobretudo en catéteres que permanecerán un período prolongado, es importante observar la posición del extremo distal del catéter. En este reporte de caso mostramos la posibilidad de verificar de una manera simple a través de una ventana subxifoidea la correcta posición distal del catéter en vena cava superior, sin necesidad de recurrir a la radioscopia o radiografía de tórax. Esta última técnica cuenta con múltiples desventajas: requiere la realización de radioscopia durante el intra-operatorio o el traslado del paciente al departamento de imágenes, además de la exposición a radiación que conlleva y los costos mayores que genera.

El abordaje subxifoideo permite de manera no invasiva y sin radiación verificar la posición distal del catéter. Son necesarios estudios para demostrar el beneficio de este abordaje.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.41>

Bloqueo neuromuscular prolongado tras dosis de secuencia rápida con rocuronio en paciente con enfermedad de Chagas

Sagastume I.¹, Slavkin D.¹

¹ Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, CABA, Argentina.

Introducción: El bromuro de rocuronio es un fármaco aminoesteroide que actúa como bloqueante neuromuscular no despolarizante, cuya principal ventaja radica en su rápido inicio de acción (60-90 segundos) dependiendo de la dosis. Esta característica ha permitido su utilización como alternativa a la succinilcolina en la inducción de secuencia rápida sin los efectos adversos asociados a esta droga.

Descripción del caso: Paciente masculino de 68 años, 86 kg, 1,74 m, ASA 3 que ingresa por guardia con diagnóstico de oclusión y perforación intestinal e indicación de colectomía total de urgencia. Como antecedentes refiere enfermedad de Chagas y diagnóstico de megacolon chagásico en 2016, sin cardiopatía asociada (ECG: bloqueo de rama derecha); hipertensión arterial y dislipemia con buena respuesta al tratamiento farmacológico. Se decide realizar secuencia rápida de intubación utilizando 3 mcg/kg de fentanilo, 2 mg/kg de propofol y 1,2 mg/kg de rocuronio y posteriormente realizar mantenimiento con anestesia balanceada (sevoflurano 1% y remifentanilo 0,5 mcg/kg/min).

El monitoreo de relajación neuromuscular se llevó a cabo mediante el S/5 M-NMT NeuroMuscular Transmission Module (Datex-Ohmeda, Madison, WI). Se realizó la calibración correspondiente previo a la relajación muscular. Los registros posteriores a la administración de rocuronio mostraron valores compatibles con bloqueo muscular intenso (TOF 0, PTC 0) que persistieron durante toda la cirugía (4 h) sin haberse administrado reinyecciones.

Antes de despertar, se decidió administrar 8 mg/kg de sugammadex obteniendo una reversión transitoria de la relajación. Partiendo de un bloqueo intenso (TOF 0), tras la administración del antagonista se alcanzaron valores compatibles con bloqueo moderado (TOF >1), profundizándose nuevamente transcurridos 2 minutos de reversión. En consecuencia, se decidió administrar nuevamente la dosis de 8 mg/kg (alcanzando 16 mg/kg) consiguiéndose un TOF 4 con relación del 95% que permitió una extubación exitosa.

Información adicional: Tras la administración intravenosa de bolo único de rocuronio en adultos sanos, la vida media de eliminación promedia los 66-80 minutos, el volumen aparente de distribución es de 193-214 ml/kg y el aclaramiento plasmático ronda los 3,5-3,9 ml/kg/min sin la aparición de metabolitos producto del proceso de biotransformación. Sin embargo, existe una gran variabilidad entre paciente ateniendo a enfermedades multiorgánicas o características individuales que podrían aumentar la vida media de eliminación a 21 h y disminuir el aclaramiento a 2,1 ml/kg/min.

La enfermedad de Chagas podría ser una de las patologías capaces de alterar la cinética esperada del rocuronio haciendo prácticamente imposible anticipar o prever la duración de su efecto por lo que resaltamos nuevamente lo importante que es el monitoreo rutinario de la relajación neuromuscular.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.42>

Fibrilación ventricular inducida por electrocauterización en cirugía videolaparoscópica

Pirez Gornatti V.¹, Campos Silveira C.¹, Faleiro Rodrigues L.¹, Coelho Barroso F.¹, Mateus Serzedo PS.¹, Criscuolo Miksche L.¹

1 Clínica de Anestesiología de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, Brasil.

Introducción: La cirugía videolaparoscópica se caracteriza por ser una intervención mínimamente invasiva. Utiliza la electrocauterización, la cual se rige por un conjunto de leyes físicas que determinan el camino que seguirá la corriente. Se han reportado eventos adversos cuando se utiliza la electrocoagulación, especialmente al utilizar el sistema monopolar.

Caso clínico: Hombre, 38 años, PS1, reflujo gastroesofágico y esofagitis con indicación de cardioplastía. Exámenes preoperatorios sin alteraciones. Técnica anestésica, venosa total. En el intraoperatorio, durante la disección del esófago abdominal, en la región subdiafragmática izquierda, con electrocauterización monopolar en coagulación 40V, el paciente evoluciono en fibrilación ventricular. El procedimiento fue interrumpido e iniciadas las maniobras de resucitación cardiopulmonar seguidas de desfibrilación con 200 J, se logró el regreso de la circulación espontanea. El procedimiento fue abortado, el paciente encaminado a la unidad de cuidados intensivos, lúcido y estable. Luego de 24 horas en observación, recibió alta.

Discusión: La electrocauterización tiene la capacidad de generar efecto de corte o coagulación y puede ser utilizada en sistema monopolar o bipolar. El monopolar es el más utilizado, en este, se utiliza un electrodo activo para conducir la corriente, y un electrodo de dispersión, la placa. Bastante tejido está expuesto a la electricidad, ofreciendo mayores riesgos. En el sistema bipolar, los electrodos están separados por una pequeña distancia, de 1 a 3 mm, limitando el flujo de la corriente. Las lesiones ocurren con mayor frecuencia en donde está situada la placa, así como, en sitios que funcionan como vía alternativa para la dispersión de electricidad. La región del corazón, por ejemplo. El miocardio es sensible a frecuencias entre 30 Hz y 110 Hz. La corriente puede producir un arco entre el tejido y el electrodo, ocurriendo cambio de alta a baja frecuencia (50-60 Hz), lo que puede inducir fibrilación ventricular. Además, este efecto es facilitado por la baja resistencia del tejido miocárdico debido su alta vascularización.

Conclusión: Es fundamental seguir las normas de seguridad. El correcto posicionamiento de los electrodos. Evitar el contacto con objetos metálicos. Utilizar la potencia más baja posible para lograr el efecto deseado. La ubicación de la placa dispersiva debe estar lo más cerca del sitio quirúrgico, en una zona bien vascularizada y con mayor masa muscular, para una mejor conducción eléctrica. Cuando utilizamos el sistema monopolar, asegurarse de que la distancia entre los electrodos activos y dispersivos sea lo más corta posible y no cruce el eje cardíaco.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.43>

Neurocirugía en paciente despierto y su manejo intraoperatorio: Reporte de caso.

Jaremko S.¹, Campoy F.¹, Mazzoleni A.¹, Estanga S.¹, Guarrera P.¹, García Picasso D.¹, Daud O.¹

1 Hospital Bernardino Rivadavia, Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La neurocirugía con paciente despierto es una práctica que existe hace más de 50 años, cada vez más segura. Sus beneficios son posibilitar una resección más amplia de la lesión con mejor sobrevida, y disminución del daño neurológico postquirúrgico, del tiempo de hospitalización, del costo, y de complicaciones postoperatorias.

Descripción del caso: Paciente femenino, 62 años, 70 kg, 1,60 metros. Presenta meningioma recidivado, con afectación motora del hemisferio izquierdo.

En el acto quirúrgico se realiza sedoanalgesia, monitoreo de PANI, ECG, oximetría de pulso y capnografía a través de cánula nasal de oxígeno, dos accesos venosos periféricos (18 y 16 G). Premedicación: 150 mcg de fentanilo y 2 mg de midazolam. Se coloca catéter en arteria radial izquierda para medición de presión invasiva. Se infunde propofol 2 mg/kg/h y dexmedetomidina 0,04 mcg/kg/h.

Siendo el bloqueo de los nervios del scalp esencial para la analgesia, los neurocirujanos la realizaron con 30 ml de bupivacaína con epinefrina 0,25% + lidocaína con epinefrina 1%. Luego se colocó cabezal de Mayfield previa infiltración.

La paciente mantuvo ventilación espontánea y respuesta al estímulo durante todo el procedimiento. Las infusiones de propofol y dexmedetomidina se suspendieron 15 minutos previos al mapeo cortical funcional (con estimulación directa), para luego reiniciar infusión de propofol hasta el final de la cirugía.

Información adicional: Cabe remarcar las consideraciones preanestésicas y la selección de pacientes, clave en el éxito del procedimiento. El examen físico debe enfocarse en la vía aérea, ya que parámetros de vía aérea dificultosa podrían contraindicar el procedimiento por su alto riesgo al momento de perder la ventilación espontánea. Debe considerarse el perfil psicológico y la capacidad de comprensión y cooperación del paciente.

Discusión: Dentro de las complicaciones más frecuentes en el intraoperatorio están las convulsiones, la depresión respiratoria, náuseas y vómitos, déficit motor y el dolor.

El manejo de la analgesia representa un desafío cuando está relacionado con la estimulación de áreas de rica inervación como las meninges donde no es posible infiltrar con anestésico local. Por lo tanto, el único recurso disponible es la analgesia endovenosa. Sin embargo, el riesgo latente de apnea, especialmente con la utilización de opioides hace necesaria la utilización de otros agentes analgésicos y coadyuvantes.

Mientras nosotros elegimos una técnica de sedación consciente durante todo el procedimiento, los distintos anestesiólogos tienen sus prácticas preferidas para este procedimiento, entre ellas anestesia local, técnicas de dormido-despierto-dormido y dormido-despierto. Ninguna ha demostrado ser superior.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.44>

Síndrome de cauda equina por hematoma espinal post anestesia raquídea: reporte de caso

Pirez Gornatti V.¹, Campos Silveira C.¹, de Camargo Carotti A.¹, Criscuolo Miksche L.¹, Mateus Serzedo PS.¹, Coelho Barroso F.¹

1 Clínica de Anestesiología de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, Brasil.

Introducción: Los hematomas espinales son raros, pero pueden causar secuelas neurológicas permanentes si no se tratan de forma adecuada. Generalmente, ocurren en anestésicos raquídeos con punciones traumáticas y múltiples. El diagnóstico y el tratamiento precoces son fundamentales para el buen pronóstico neurológico.

Caso clínico: Mujer, 64 años, hipertensa, tratada con losartan e hidroclorotiazida. Indicación quirúrgica de reparo de meseta tibial izquierda por fractura de tibia tras caída. En anticoagulación profiláctica con heparina de bajo peso, suspendida doce horas antes del procedimiento. Pruebas de laboratorio sin alteraciones. Realizada anestesia raquídea, 17 mg de bupivacaina isobárica, aguja Quincke 25 Gauge, punción mediana única en L3-L4. La intervención duró 210 minutos. Luego, la paciente pasa a sala de recuperación post operatoria. Después de 3 horas, alta anestésica para enfermería sin quejas y AK 10 puntos. 10 horas después del alta anestésica presento anuria y pie caído bilateral, parestesia en cebra y ausencia de reflejo cutáneo plantar bilateral. Realización de resonancia nuclear magnética, que mostro lesión compresiva subdural a la altura de la punción. Diagnosticado síndrome de cauda equina por hematoma subaracnoideo compresivo. Paciente encaminado para cirugía, laminectomía descompresiva, 18 horas después del inicio de los síntomas. En el primer post operatorio, resolución completa de la parestesia, aumento del grado de fuerza en miembros inferiores y control del esfínter urinario.

Discusión: El síndrome de cauda equina tiene una frecuencia aproximada de 0,1 en 10.000 bloqueos. Se relaciona con la vulnerabilidad de las fibras lumbosacras a grandes dosis de anestésicos locales y otras sustancias potencialmente neurotóxicas, como ser la sangre. La gravedad y extensión de la lesión son factores de incidencia en la recuperación, la demora en la intervención está relacionada con la persistencia de las secuelas. Los datos aún no son suficientes para indicar el mejor procedimiento para los pacientes. Una revisión de 647 casos muestra que la intervención quirúrgica fue más efectiva cuando en las primeras 6 horas del inicio de los síntomas, pero muestra no existir diferencia en los resultados cuando la intervención neuroquirúrgica ocurre después de 6 horas comparado al tratamiento conservador.

Conclusión: Es importante la práctica anestésica segura con el fin de perfeccionar la prevención de los hematomas y desarrollar la sensibilidad hacia el diagnóstico precoz. En cuanto, al tratamiento, todavía no hay datos que afirmen el mejor tipo de intervención.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.45>

Beneficios del monitoreo electroencefalográfico en anestesia

Cerrone C.¹, Fernando N.¹

¹ Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, Mendoza, Argentina.

Introducción: El avance actual en monitorización cerebral y espectrografía han permitido evaluar actividad electroencefalográfica en tiempo real, poniendo en evidencia la sobredosificación a la que están sometidos un gran número de pacientes.

Métodos: Paciente de sexo masculino, 43 años de edad, peso 61 kg, altura 1,70 mts, tabaquista no actual IPA 48, EPOC, que debuta con dorsalgia atípica detectándose espondilodiscitis infecciosa por SAMS. En TAC se diagnostica incidentaloma el cual finalmente se diagnostica como Adenocarcinoma pulmonar, por lo que se decide realizar toracotomía.

Se realiza cirugía bajo anestesia general total intravenosa con monitoreo electroencefalográfico y espectrográfico con sistema SetLinePSI y se mantiene la anestesia con Propofol, Remifentanilo y Dexmedetomidina.

Al finalizar el procedimiento quirúrgico, se realiza bloqueo del músculo erector espinal bajo técnica ecoguiada del hemitórax operado con bupivacaína al 0,25% IB, lidocaína al 1% y clonidina. Además se administra morfina 5 mg, 30 minutos previos a la finalización del procedimiento.

Resultados: Se logra mantener un excelente balance anestésico con dosis mínimas de drogas con una infusión de propofol 0,8 mcg/ml (1,33 mg/kg/h) y remifentanilo tan solo 4 ng/ml (0,16 mcg/kg/min) junto con la infusión de dexmedetomidina 20 ml/h.

Conclusión: El auge en los últimos años del monitoreo electroencefalográfico, junto con una correcta interpretación de su espectrograma, nos han permitido no solo un mejor manejo hipnótico y analgésico del paciente, sino un consumo de drogas mucho menor, entendiendo la interacción entre las mismas, sus diferentes sitios de acción, así como también un control hemodinámico superior, logrando de esa manera una anestesia integral.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.46>

Bloqueo ecoguiado de fascia iliaca en el manejo perioperatorio en cirugía de cadera

Crippa NA.^{1,2}, Cáceres J.¹, Alonso R.¹

1 Hospital San Roque, La Plata, Argentina.

2 La Plata.

Introducción: El bloqueo de fascia iliaca (BFI) consiste en la inyección de anestésico local en dicho compartimento interfascial, tiene como fin anestesiarse los nervios femoral y femorocutáneo que residen en su interior.

Objetivo y Métodos: Se comparó retrospectivamente la percepción del dolor en pacientes a los que les fue realizada esta técnica anestésica en el preoperatorio de cirugía de cadera, en relación a pacientes que no. Para eso, se revisaron las historias clínicas del Servicio de Anestesia.

Se consideraron dos grupos: aquellos que habían recibido el bloqueo de fascia iliaca (BFI) guiado por ecografía, y aquellos que no lo recibieron.

Criterios de inclusión: adultos, en plan de cirugía de cadera, sin signos de infección en el sitio de trabajo, en condiciones neurológicas aptas para comprender preguntas y comunicarse correctamente. Primero se realizó el bloqueo ecoguiado de fascia iliaca (bupivacaína 0,5% 20 ml) y luego el bloqueo subaracnoideo. Aquellos que no recibieron el BFI, solamente recibieron el bloqueo subaracnoideo, según historia clínica. El resultado de BFI se evaluó a los 15 minutos, al momento de sentar al paciente para el bloqueo subaracnoideo, y a las 12 horas de realizado el BFI. Se utilizó la escala numérica verbal para evaluar el dolor (ENV)¹.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes con BFI y 8 pacientes sin BFI, todos de sexo femenino, siendo el rango etáreo entre 34 y 93 años.

Se comparó el dolor presentado a los 15 minutos de realizado el BFI, en posición sentada pre bloqueo subaracnoideo y a las 12 horas (postquirúrgico). Se encontró que aquellos que recibieron el BFI presentaron significativamente menos dolor que aquellos que no lo recibieron a los 15 minutos (precirugía) ($p = 0,0001$: IC99% 8,63-11,36), en posición sentada antes de realizar el bloqueo subaracnoideo ($p = 0,0001$: IC99% 8,63-11,36) y a las 12 horas del bloqueo (postcirugía) ($p = 0,0128$: IC99% 3,63-6,36) (Tabla1).

Conclusión: El bloqueo de fascia iliaca resulta útil para el manejo de dolor preoperatorio de cadera, disminuyendo el dolor causado por la patología de base y por la posición sentada al recibir anestesia subaracnoidea. Esto se traduce en confort para el paciente y para el trabajo del anestesiólogo.

Referencias: 1. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis.* 1978 Aug;37(4):378-81.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.47>

Manejo anestésico de paciente con Rendu Osler Weber

Dayoub AL.¹, Szakura MH.¹, Mazzini HA.¹, D'Amato R.¹

1 Sanatorio Guemes, CABA, Argentina.

La enfermedad de Rendu-Osler-Weber, también llamada Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (THH) es una enfermedad genética rara de tipo autosómica dominante con una frecuencia entre 1:5.000 y 1:8.000. Se caracteriza por epistaxis, anemia ferropénica asociado a telangiectasias mucocutáneas, MAVs y fistulas en el pulmón, hígado, tracto gastrointestinal.

Caso clínico: Mujer de 63 años G2P0C2A0, IMC 24. Como antecedentes personales se destacan THH, asma, EPOC e hipotiroidismo. Alérgica al Ibuprofeno y Pridinol. Consulta por lesión de 4x5 cm, duro-elástica, móvil, no dolorosa en escápula derecha. Presentaba episodios recurrentes de epistaxis y disnea. Laboratorio: Hto: 27,2%, Hb: 7,8 g/dl, VCM: 65,4 fl/l.

Evaluación preoperatoria: Neumología indicó Vilanterol, Fluticasona, TAC de tórax y espirometría. La TAC informó tractos fibrosos compatibles con EPOC. La espirometría del informo patrón obstructivo, con franca mejoría luego de modificar la medicación. Se indicaron broncodilatadores y corticoides EV pre y postquirúrgicos.

Hematología optimizó el hematocrito con sulfato ferroso obteniendo un valor de Hb de 12,1 g/dl. Indicaron ácido para el postoperatorio.

Anestesiología evaluó la vía aérea, no presentaba parámetros de dificultad. Se evidenciaron múltiples telangiectasias en labios y cavidad oral. En la TAC de tórax no se evidenciaron MAVs en vía aérea ni en pulmón.

Procedimiento: Al momento del procedimiento se encontraba en tratamiento con Levotiroxina, Budesonide, Fluticasona, Vilanterol, Montelukast, Salbutamol, Sulfato Ferroso y Escitalopram. Se realizó anestesia general balanceada (Sevoflurane 1% + Remifentanilo 0,4 mcg/kg), no presentó complicaciones en la intubación (FiO2: 50%, TE: 6,5 c/balon, Vt: 7 ml/kg, FR: 12, PEEP: 5). En el intraoperatorio la paciente se mantuvo hemodinámicamente estable, con mínimo sangrado. Para manejo del dolor se utilizó Tramadol 100 mg con profilaxis antiemética. En el postoperatorio inmediato fue observada en Internación Quirúrgica Breve (IQB) y dada de alta el mismo día. Se le indicó continuar con el Ácido Tranexámico VO por 48 h.

Discusión: La enfermedad de Rendu Osler Weber predispone a un mayor sangrado por su fisiopatología. Esto obliga a realizar una valoración diagnóstica prequirúrgica según la complejidad del procedimiento, siempre que no se trate de una urgencia. Los criterios de Curaçao (Figura. 1) son utilizados para el diagnóstico de la patología.

A raíz del caso presentado, nuestro servicio de anestesiología sugiere el siguiente manejo para una posible intervención quirúrgica.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.48>

Cirugía cardíaca con videotoracoscopia: nuevos desafíos para el anestesiólogo

Dominella FG.¹, Longo S.¹, Masco LP.¹

1 Hospital Privado de Córdoba, Córdoba, Argentina.

Introducción: La cirugía cardíaca mínimamente invasiva se impone como el futuro en la cirugía cardiovascular. Dentro de este grupo se destaca la cirugía cardíaca por videotoracoscopia, que presenta múltiples ventajas con respecto al abordaje tradicional. Esta técnica supone cambios y coloca al anestesiólogo en un rol activo: realizamos bloqueo de los erectores de la espina (ESP) para lograr adecuada analgesia post operatoria. Se requiere intubación selectiva con tubo de doble lumen, la canulación venosa se realiza mediante control ecocardiográfico transesofágico.

Métodos: Se analizaron 6 casos de cirugía cardíaca por videotoracoscopia.

Se incluye en el presente trabajo pacientes de 18 a 99 años, ASA I a IV, de ambos sexos cuyo procedimiento quirúrgico se lleve a cabo mediante video toracoscopia.

Se registra para cada paciente edad, sexo, clasificación ASA, procedimiento realizado, tiempo de CEC, tiempo transcurrido a la extubación, complicaciones, dolor postoperatorio, estadía en UTI y tiempo hasta el alta definitiva.

Resultados: La población incluyo cuatro hombres y dos mujeres (media de edad de hombres 62 años y de mujeres 68) Los pacientes presentaban status de ASA III o IV. Este abordaje resulto en mayores tiempos de CEC. Sin embargo, permitió lograr extubación temprana (dentro de las 2 h). Los pacientes presentaron medianas de dolor medidas por EVN más bajos que en el abordaje tradicional. Además, los pacientes permanecieron menor cantidad de días en terapia intensiva.

Conclusión: La cirugía cardiovascular mínimamente invasiva coloca al anestesiólogo en un rol activo, debiendo realizar múltiples procedimientos invasivos. Esta técnica permite lograr un mayor confort postoperatorio para el paciente y permite disminuir las complicaciones postoperatorias.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.49>

Resección de tumores cardíacos: experiencia en el Hospital Privado Universitario de Córdoba

Dominella FG.¹, Longo S.¹

1 Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba, Argentina.

Introducción: Las masas cardíacas constituyen un verdadero desafío debido a que, por su rareza, requieren un alto nivel de sospecha para ser diagnosticadas. Sin embargo, debido a la utilización cada vez mayor de métodos de diagnóstico por imágenes y a la sofisticaciones de los mismos, su hallazgo resulta cada vez más frecuente. Entre los métodos de diagnóstico para las mismas encontramos al Ecógrafo transesofágico, que permite no solo diagnóstico si no monitores perioperatorio de las mismas.

Métodos: Se trata de un estudio observacional descriptivo. Presentamos nuestra experiencia en resección de tumores cardíacos: 25 pacientes, 11 mixomas, 5 fibroelastomas, 3 sarcomas y 5 tumores renales con invasión cardíaca y 1 trombo organizado.

Destacamos la utilidad de la ecocardiografía transesofágica como monitor, hoy imprescindible en cirugía cardíaca.

Resultados: La ecografía trans esofágica nos permitió confirmar la localización del tumor y su completa resección. Así mismo como anestesiólogos y formando parte activa en el equipo quirúrgico pudimos documentar la ausencia de defectos residuales, perforaciones o incompetencia de las válvulas cardíacas; evaluar la función ventricular y la volemia post circulación extracorpórea, obtener información no conocida previamente y realizar así un diagnóstico precoz de complicaciones.

Conclusión: El ETE es un monitor imprescindible para el manejo perioperatorio de las masas cardíacas, permitiendo al anestesiólogo tomar un rol preponderante durante la cirugía, ya que es capaz de guiar la conducta quirúrgica y de detectar las complicaciones derivadas de la misma.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.50>

Bloqueo ecoguiado esp en el manejo del dolor postoperatorio en cirugía bariátrica

Cáceres J.¹, Alonso R.^{1,2}, Crippa NA.¹

1 Hospital San Roque, La Plata, Argentina.

2 Instituto Médico Platense, La Plata, Argentina.

Introducción: El ESP block (bloqueo del erector espinal) es un bloqueo interfascial que consiste en la inyección de solución anestésica entre la fascia de los músculos erectores de la columna y las apófisis transversas vertebrales. La evidencia respalda que la difusión paravertebral y peridural de la solución inyectada brinda bloqueo somático, visceral y simpático.

Objetivos y Métodos: Se comparó retrospectivamente la percepción de dolor en pacientes a los que se les realizó esta técnica anestésica en el preoperatorio de cirugía bariátrica, en relación a pacientes que no la recibieron. Para eso, se revisaron las historias clínicas del Servicio de Anestesia. Se consideraron dos grupos: aquellos que habían recibido el bloqueo ESP guiado por ecografía, y aquellos que no lo recibieron. Criterios de inclusión: pacientes adultos, que recibieron cirugía bariátrica, que hayan aceptado recibir el bloqueo y no presenten signos de infección en la zona de trabajo, en condiciones neurológicas aptas para comprender preguntas y comunicarse correctamente.

El bloqueo se realizó con el paciente sentado, bajo anestesia general, con colaboración de asistentes. ESP block bilateral, a la altura de T6. La solución de elección fue bupivacaína 0,25% 20 ml. por lado. Aquellos que no recibieron el ESP block, solamente recibieron anestesia general.

Se utilizó la escala numérica verbal para evaluar el dolor (ENV)[1] a las 24 horas de realizado el bloqueo.

Resultados: Se incluyeron cinco pacientes con ESP block y 8 sin ESP. La distribución por sexo fue tres mujeres y dos hombres para los dos grupos, siendo el rango etario entre 31 y 56 años.

Se vio que aquellos que recibieron el ESP presentaron significativamente menos dolor que aquellos que no lo recibieron a las 24 h (postoperatorio) ($p = 0,0476$; IC95% = 3,97-6,02) (Tabla 1).

Conclusión: El ESP block demostró ser útil en el manejo del dolor post cirugía bariátrica, sin necesidad de utilizar analgésicos opioides en el postoperatorio y evitando los efectos secundarios de los mismos en este grupo de pacientes.

Referencias: 1. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis.* 1978 Aug;37(4):378-81.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.51>

Revisión retrospectiva de catéteres venosos centrales para quimioterapia instalados por equipo de anestesiología

Villablanca N.¹, Cortés N.¹, Corvalán M.¹, Caballero MG.¹, Almeida C.¹, Ramírez S.¹, López J.¹, Stamm T.¹, Gaete J.¹, Gutiérrez R.^{1,2}

1 Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile.

2 Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: La instalación de un catéter venoso central con reservorio (CVCR) para quimioterapia es un procedimiento de cirugía menor, pero que no se encuentra libre de complicaciones. Desde 2016, y luego de un periodo de entrenamiento, nuestra unidad se ha hecho cargo de su instalación. Por ende, consideramos necesario realizar una revisión retrospectiva de los pacientes a los que se les instaló un CVCR para describir la casuística de nuestro centro, así como también cuantificar la tasa de complicaciones. A la fecha existe un solo estudio con la experiencia de un centro español, donde la división de anestesia instaló alrededor de 400 CVCR [Freire 2008], donde se describen las complicaciones asociadas. Estas se pueden clasificar en aquellas relacionadas al procedimiento mismo, como la punción arterial, el hematoma o el neumotórax, y en aquellas postoperatorios. En estas últimas destacan las migraciones, las infecciones, la trombosis, entre otros [Lockish 1985].

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el Instituto Nacional del Cáncer. Se revisaron las fichas clínicas de todos los pacientes a los que se le instaló un CVCR para quimioterapia y cuyo operador fuera un anestesiólogo del servicio. Se revisaron las fichas entre septiembre de 2015 y febrero de 2019. El estudio cuenta con aprobación por parte del comité de ética correspondiente.

Resultados: En total se instalaron 494 CVCR por parte del equipo de anestesiología. El 55,6% de estos pacientes eran mujeres. En promedio tenían 54 ± 16 años. El cáncer más frecuente fue el de mama (27,5%), seguido por el cáncer colorrectal (22,4%) y el gástrico (11,9%). En solo 2 pacientes fue necesario dar anestesia general para el procedimiento (0,4%). El 92,2% de los CVCR fue instalado al primer intento. El acceso más utilizado fue el yugular derecho (50,4%), seguido por el yugular izquierdo (22,9%) y el subclavio izquierdo (13%). La tasa global de complicaciones fue del 7,1%. De estas las más serias fueron: hematoma del sitio de punción (9 pacientes, 1,8%), infección en los primeros 30 días (2 pacientes, 0,4%), infección después de los primeros 30 días (4 pacientes, 0,8%), trombosis (3 pacientes, 0,6%) y exteriorización (3 pacientes, 0,6%). Se encontró un solo caso de pneumotórax.

Conclusión: Nuestro centro posee una amplia casuística de pacientes a los que se le instaló un CVCR por parte del equipo de anestesiología. Las tasas de complicaciones se encuentra por debajo de lo reportado, en concordancia con el incremento de la experiencia de los operadores.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.52>

Anestesia subaracnoidea continua en paciente embarazada con percretismo placentario

Muñoz LM.¹, Presinky MN.¹

1 Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, Mendoza, Argentina.

Introducción: El acretismo placentario es la adherencia anómala de la placenta en el miometrio, el percretismo incluye la invasión extrauterina a órganos contiguos. El creciente número de cesárea aumenta su incidencia, el riesgo de sangrado perioperatorio y la morbilidad materno-fetal.

Descripción del caso: Paciente femenina, 35 años de edad, ASA II, 3 gestas, 2 cesáreas, cursando embarazo de EG 34 semanas, con antecedentes de extabacismo, enfermedad celíaca, depresión y anemia. Se realizó RMN donde se diagnosticó placenta previa oclusiva total con percretismo placentario. Se decidió colocar catéter peridural previo a balonización de arterias uterina y luego cesárea e hysterectomía programada. Se recibe paciente en quirófano el día previo a la cirugía para colocación de catéter peridural, durante realización de técnica de pérdida de resistencia se evidencia salida de LCR a los 3,5 cm de piel, se decide colocar catéter subaracnoideo y tunelizar para posterior anestesia por dicho catéter. Al día siguiente se recibe paciente en quirófano, se monitoriza con oximetría de pulso, tensión arterial no invasiva e invasiva, ECG continuo, se colocan 2 vías periféricas de grueso calibre (16G), profilaxis antibiótica y antiemética, Ácido tranexámico 1 g, se realiza prueba de catéter subaracnoideo con 3 mg de bupivacaína hiperbárica, se evalúa con prueba frio-calor y estímulo doloroso el nivel de bloqueo (T12), pasado 5 minutos se colocan otros 5 mg de bupivacaína hiperbárica con 20 mcg de fentanilo y se constata bloqueo a nivel de T6. Se procede a la realización de cesárea, se extrae recién nacido vigoroso, luego se procede a hysterectomía, durante las 3 h de cirugía se realiza reinyección de 3 mg de bupivacaína hiperbárica a las 2 h de la primera inyección, se expande con 4 L de cristaloides y se transfunde una UGR, diuresis de 1 L., TA 110-85/60-55 mmHg, saturación de oxígeno 97-99%, pérdida estimada de sangre 2 L, previo a finalizar cirugía se administra 8 mg de ondansetrón, 2 g dipirona y 100 mcg de morfina por catéter subaracnoideo. Se evalúa escala de Bromage 100% bloqueo motor, Ramsay II/VI, compensada hemodinámicamente se traslada a cuidados intensivos.

Comentarios y Discusión: En relación a anestesiología: la cesárea en pacientes con acretismo placentario implica un manejo anestésico minucioso por el riesgo de shock hipovolémico, la técnica de anestesia subaracnoidea continua es una técnica anestésica segura, generando mínimos cambios hemodinámicos durante la cirugía y dando la posibilidad de un primer contacto madre-hijo.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.53>

Abordaje Anestésico Multimodal en cirugía de tórax, con bloqueo del plano del erector espinal

Schiavon V.¹

1 Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo, Santiago del Estero, Argentina.

Introducción: Los procedimientos torácicos llevan aparejado complicaciones, especialmente en el compromiso de la mecánica pulmonar del paciente afectado, lo que hace imperativo lograr un control óptimo del dolor, convirtiendo al manejo anestésico multimodal en un pilar importante en el manejo de esta entidad.

Descripción del caso: Un paciente masculino, de 26 años, 63 kg, ASA II, programado para toracotomía axilar vertical amplia. Como antecedentes; colocación de tubo pleural 2 meses atrás, por derrame pleural paraneumónico, con mala evolución, complicado con empiema tabicado, en tratamiento antibiótico. Al examen físico; Vía Aérea, buena apertura bucal, Mallampati 2; Ap Resp: abolición de MV en base pulmonar derecha con roncus aislados en campo pulmonar derecho. Sat O₂ 97% ambiente; Examen de columna sin particularidades. Exámenes Complementarios: Laboratorio con leve leucocitosis; Rx tórax opacidad difusa homogénea, con borramiento de ángulos costodiafragmáticos derecho.

Previo a la cirugía, se realiza bloqueo del plano del erector espinal, a nivel de T5 y T6 guiado por ecografía, en posición sentado, con aguja estéril 22 G de 50 mm, con técnicas de asepsia y antisepsia, se instauran en total 30 mL de bupivacaina isobárica al 0,25%.

Luego se procede a realizar anestesia general. Premedicación: fentanilo 150 mcg, midazolam 5 mg. Inducción Propofol 80 mg, atracurio 30 mg. IOT sin complicaciones. Mantenimiento: Sevoflurane 1% Remifentanilo 0.3mcg/kg/min. Medicación: Ketamina 20 mg, Diclofenac 75 mg, Ranitidina 50 mg, Metoclopramida 10 mg, Dexametasona 8 mg.

Duración de la cirugía 3 h. Se procede a la extubación del paciente, sin complicaciones. En unidad de recuperación el paciente presenta dolor (EVA) 2/10, se indica plan analgésico con tramadol 50 mg/6 h. El paciente pasa a sala de cuidados intermedios.

Comentarios: La evaluación postoperatoria del paciente dentro de las primeras 24 h fue favorable, con leve dolor a la deambulación y movilización del tubo pleural y drenajes.

Discusión: Actualmente, se ha descrito la utilización del bloqueo del plano del erector espinal con fines anestésicos, debido a su alcance anatómico, y la visualización de los mismos mediante ecografía, sin embargo no hay estudios que comparen la eficacia o la seguridad de este bloqueo, con los que habitualmente se emplean para cirugía de tórax como la colocación de catéter epidural.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.54>

La amplitud de PPG está bien correlacionada con los cambios latido a latido en la TA y en la impedancia vascular

Rudzik NM.¹, Santanera B.¹, Viotti FJ.¹, Portela F.¹, Gerez SA.¹, Venturin N.¹, Acosta CM.¹, Tusman G.¹

¹ HPC, Mar del Plata, Argentina.

Introducción: Correlacionar el comportamiento fisiopatológico de la amplitud de la fotopletimografía (PPG) con la presión de pulso (PP) y la compliance vascular (C_{vasc}) latido a latido, como parte del monitoreo hemodinámico no invasivo en pacientes quirúrgicos.

Materiales y Métodos: Fueron estudiados 23 pacientes bajo anestesia general. La amplitud de la PPG, la presión de pulso (PP) y la compliance vascular (dV/dP calculada desde las señales de PPG y PP) fueron registradas durante cambios en la presión arterial. El RI (índice de resistividad) y la V_m (velocidad media) se midieron con el Doppler de la arteria radial (técnica snuff box) en cada episodio hemodinámico.

El análisis se realizó de la siguiente manera: 1) se seleccionaron 20 latidos en cada episodio de hiper-normo-hipotensión arterial en cada paciente. La información hemodinámica, PPG e índices RI-V_m del análisis Doppler constituyó la base de datos de todos los pacientes; 2) La amplitud de la PPG fue correlacionada con la PP y la C_{vasc}, latido a latido, durante 5-15 segundos de registro.

Resultados: Los principales resultados se observan en la tabla. Se detectaron 111 episodios de cambio en la presión arterial de los pacientes. La amplitud de la PPG disminuyó en un 38% durante la HTA (p = 0,0001) y se incrementó un 25% durante la hipotensión (p = 0,0205) cuando se comparó con la normotensión. En la HTA se evidenció alta PP y en la hipotensión, baja PP (ambas con p < 0,001) comparadas con la normotensión. El RI no mostró diferencia estadísticamente significativa en las diferentes cifras de TA. La V_m fue diferente entre los distintos valores de presión arterial, aumentando con la vasodilatación. Las correlaciones individuales entre la amplitud de la PPG vs PP (mediana -0,90, 1er-3er cuartiles -0,93 y -0,80) y C_{vasc} (mediana 0,95, 1er-3er cuartiles 0,93 y 0,8) fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: La amplitud de la PPG estuvo bien correlacionada con la PP y la C_{vasc} latido a latido. Ambas señales (amplitud PPG y PP), varían en forma opuesta cuando se altera la C_{vasc}, modificando la forma y la velocidad en la que la onda de pulso, de flujo y presión, viajan a lo largo del árbol vascular. Este comportamiento fisiopatológico tiene importantes implicaciones clínicas para el monitoreo hemodinámico no invasivo en pacientes quirúrgicos.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.55>

Manejo anestésico del síndrome del opérculo torácico. Reporte de caso

Bonacina CF.^{1,2}, Ramírez ML.¹

1 Hospital Ángel Cruz Padilla, Tucumán, Argentina.

2 Sanatorio 9 de julio, Tucumán, Argentina.

Introducción: El síndrome del opérculo torácico (SOT) es causado por la compresión de las estructuras neurovasculares en su entrada torácica. Prevalencia variable de al menos 10 por 100.000 habitantes por año. El SOT puede ser categorizado en tres subtipos distintos de acuerdo con el tipo de compresión: neurogénico (95% de los casos), venoso (4-5%) y arterial (1%). Predisponentes: anatómicos (costillas cervicales, primeras costillas anormales) y factores extrínsecos como el trauma o movimientos repetitivos.

Caso clínico: Paciente masculino, 57 años, ex jugador de vóley, con diagnóstico de SOTa de miembro superior derecho (MSD), prueba Ross positiva y motilidad conservada, EMG normal, angiografía de MSD que informó aneurisma subclavio y obstrucción trombotica (edema, palidez y ausencia de pulso), ingresó en plan de cirugía torácica y vascular por abordaje supraclavicular. Se resecó costilla cervical y torácica, se resolvió aneurisma con prótesis y se liberaron trombos. En las 24 h previas se administró pregabalina 75 mg y paracetamol 1 g cada 12 h. Se realizó anestesia general balanceada con bloqueo de plexo cervical superficial ecodirigido con 5 ml de bupivacaina al 0,125%, infusión de dexmedetomidina a 0,2 mcg/kg/min, monitoreo intraoperatorio estándar y con sistema clearlight, analgesia endovenosa postoperatoria con paracetamol 1 g ev. cada 8 h. Se reanudó pregabalina vo a las 12 h.

Complicaciones: Apertura de pleura apical. Pleurorrafia. Paciente con buena evolución clínica, a las 48 h se retiró tubo de tórax y alta a las 72 h.

Discusión: Actualmente, no existen protocolos de manejo anestésico en el SOT por lo que se debería considerar la posibilidad de realizar normas de manejo estandarizado del mismo. Recomendamos la realización de accesos venosos de grueso calibre por el riesgo de hemorragia o embolia aérea, según el subtipo evaluar el uso o no de relajante neuromusculares, en caso de abordaje por otra vía considerar la posibilidad de realizar otro bloqueo analgésico (ESP o Paravertebral).

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.56>

Manejo anestésico de fístula broncopleurales con enfisema subcutáneo: a propósito de un caso

De Estrada S.¹, Esbry MC.¹, Cannizaro MC.¹, Moreno M.¹, Negronida E.¹

¹ Hospital Fernández, Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La fístula broncopleurales es una fuga de aire entre la vía aérea y el espacio pleural, cuya causa más frecuente es la cirugía de tórax.

El enfisema subcutáneo es la presencia de aire dentro del tejido subcutáneo. Tiene una incidencia de hasta 26% en postoperatorio.

Se presenta paciente con diagnóstico de fístula broncopleurales y enfisema subcutáneo posterior a videotoracoscopia (VATS) para decorticación pleural.

Descripción del caso: Paciente de 41 años, con antecedentes de tuberculosis (TBC) pleural, con tratamiento cumplido y empiema organizado izquierdo. Se realizó VATS con decorticación. Evolucionó en el postoperatorio (POP) con bloqueo del tubo de avenamiento pleural (TAVP) y enfisema subcutáneo. Se realiza diagnóstico de fístula broncopleurales izquierda y se programa toracotomía exploratoria para resolverla.

Al examen físico presentaba enfisema subcutáneo generalizado hasta región orbitaria, apertura bucal 2 cm, Mallampati 4 y cambios de la voz (aguda y nasal).

Como estrategia anestésica se decide realizar intubación vigil, previa topicación con lidocaina 10%, infusión continua de dexmedetomidina 0,5 mcg/kg/h, fentanilo 100 mcg, y ketamina 50 mg. Se realiza intubación vigil con tubo doble lumen número 41, se bloquea bronquio fuente izquierdo, se realiza inducción con fentanilo 100 microgramos, propofol 180 mg y rocuronio 40 mg. Se conecta a ARM sin complicaciones. Se realiza toracotomía, se localiza fístula y se cierra la misma.

En el POP evoluciona con mejoría del enfisema subcutáneo, y de la apertura bucal de 2 a 4 cm.

Discusión: El enfisema subcutáneo puede ser generalizado o localizado. Puede generar obstrucción de la vía aérea y de los nervios laríngeos, manifestado con cambios en la voz y dificultad en la respiración.

En cuanto al manejo de la fístula broncopleurales, se debe distinguir entre aquellas de bajo y alto débito. Las primeras no generan complicaciones durante la inducción, a diferencia de las últimas, en las que se debe mantener la ventilación espontánea hasta aislar la fístula.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.57>

Manejo de vía aérea en gastrostomía endoscópica percutánea en paciente con parálisis espástica post ACV

Ianna JA.¹

1 Hospital regional doctor Ramón Carrillo, Santiago del Estero, Argentina.

Introducción: El manejo de la vía aérea es una de las herramientas fundamentales en nuestra especialidad, es por ello, que se propone como objetivo la actualización permanente respecto al manejo de la misma, protocolos, algoritmos, simulaciones y sobre la toma de decisiones.

Descripción del caso: Un paciente masculino de 60 años, 55 kg. ASA III, programado para gastrostomía endoscópica percutánea. Como antecedentes posee Hipertensión Arterial crónica sin tratamiento, Accidente Cerebro Vascular isquémico hace 8 años, con secuela de parálisis Faciobraquiocrural por lo que se encuentra postrado; y por último, un episodio de Neumonía Intrahospitalaria el mes previo. Al examen físico: AR: disminución bilateral de aire leve. ACV: Soplo sistólico mitral. SNC: Glasgow 10/15 afasia de expresión y comprensión. Vigíl Pupilas isocóricasreactivas. Semiología de vía aérea: Apertura bucal regular. Mallampatti IV. Información adicional: Accesos venosos malos. Laboratorio normal. Radiografía tórax infiltrado bilateral. Se administra 100 µg de fentanilo y 120 mg de propofol. Oxigenación con cánula nasal con O2 al 40%.

Comentarios: El paciente a los dos minutos de empezar el procedimiento, comienza a desaturar hasta llegar a 75%, por lo que se decide extraer el endoscopio y reemplazar la cánula nasal por un circuito de Mapleson tipo B; al cabo de 30 segundos aumenta saturación al 100%. Luego se reanuda el procedimiento y concluye con normalidad.

Discusión: Hay mucha controversia respecto al manejo de la vía aérea en estos pacientes (ASA III) ante estos procedimientos. Considero que faltan más protocolos y algoritmos más específicos para estas situaciones para una adecuada toma de decisiones.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.58>

Eficacia del bloqueo pectoral en pacientes sometidas a mastectomía

Guzmán C.¹, Martínez D.¹, Ojeda D.¹, Cisternas P.¹

¹ Servicio de Anestesiología Clínica Dávila, Santiago, Chile.

Introducción: La cirugía de mama se asocia a dolor postoperatorio significativo que puede causar discomfort en los pacientes, prolongación de la estadía hospitalaria e incremento en los costos. Además, se asocia a dolor crónico postoperatorio. Los bloqueos regionales son una alternativa para el manejo analgésico en cirugía de mama y podrían presentar ventajas por sobre la analgesia postoperatoria tradicional con opioides. El Bloqueo Pectoral tipo II (PECSII) es una nueva técnica analgésica que podría minimizar los riesgos asociados al uso de opioides.

Materiales y Métodos: Se realizó un ensayo clínico aleatorizado. Previo aprobación del comité de ética y consentimiento informado firmado, se reclutaron 22 pacientes adultos (de 18 a 65 años), con diagnóstico de cáncer de mama, que fueron sometidos a mastectomía radical y/o parcial con disección axilar. Se excluyeron pacientes con antecedentes de náuseas y vómitos post operatorios, índice de masa corporal mayor a 40, coagulopatía, dolor crónico previo, alergia a anestésicos locales y que no consientan. Los pacientes fueron aleatorizados a dos grupos:

Grupo Control: Analgesia Controlada por Paciente (PCEA) con Morfina endovenosa desde el Intraoperatorio.

Grupo Bloqueo Pectoral: Se realizó un Bloqueo Pectoral tipo II con Levobupivacaína 0,25% 10 ml en el plano interfascial del músculo pectoral mayor y menor, y 20 ml entre pectoral menor y serrato. Se realizó anestesia general estandarizada en ambos grupos. El outcome primario fue dolor (Escala Visual Análoga) a las 2, 12 y 24 horas posterior a la cirugía. También se evaluó parámetros hemodinámicos en el intraoperatorio, consumo de opioides postoperatorio a las 2, 12 y 24 horas, además la presencia de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO). Se analizó estadísticamente en STATA 13 mediante la comparación de 2 medias con T-Test para el consumo de morfina y análisis de medidas repetidas con ANOVA y ecuaciones de estimación generalizadas en el caso de la Escala visual análoga.

Resultados: No hubo diferencias en las características basales de los dos grupos. La analgesia fue similar en ambos grupos a las 2, 12 y 24 horas ($p = 0,291$). El grupo PECSII tuvo valores de Presión Arterial Media más bajos durante el intraoperatorio ($p = 0,003$). El grupo de Bloqueo Pectoral tuvo mayor incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios ($p = 0,033$). No hubo diferencias significativas en el consumo de morfina postoperatorio a las 2, 12 y 24 horas.

Conclusión: El uso de Bloqueo Pectoral presentaría ventajas respecto a la analgesia convencional con Opioides en pacientes sometidos a Mastectomía.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.59>

Bloqueo ecoguiado paraesternal bilateral con catéter para manejo del dolor en cirugía cardíaca

Vásquez Moya JP.^{1,2}, Paz Rodríguez V.¹, Portilla Flores M.^{1,2}, Torres Pérez D.^{1,2}

1 Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

2 Clínica Santa María, Santiago, Chile.

Introducción: El bloqueo paraesternal es una técnica regional efectiva para el manejo del dolor postesternotomía en cirugía cardíaca, dentro del protocolo ultra-fast track. Sin embargo, existen pocas series que describan su efectividad con catéter. El objetivo del estudio es describir los resultados clínicos del bloqueo paraesternal bilateral con dosis repetidas a través del catéter en cirugía cardíaca.

Métodos: Diseño: Serie de casos prospectiva. Inclusión: pacientes sometidos a cirugía cardíaca con esternotomía media o media parcial y bypass cardiopulmonar en Clínica Santa María, Chile, entre octubre de 2018 y febrero de 2019. Se excluyeron cirugías de emergencia y pacientes con infección del sitio de punción o inmunosupresión severa. Se realizó el bloqueo ecoguiado paraesternal bilateral con catéter con un bolo inicial de Chirocaína 0,25% 20 ml por lado, previo a la incisión y bajo anestesia general. En el postoperatorio, se administró un bolo de Chirocaína 0,1% 10 ml por cada catéter paraesternal cada 12 horas durante 48 horas. Se evaluó dolor con la escala visual análoga (EVA) a 24 y 48 horas, analgesia de rescate, incidencia de náuseas y vómitos, complicaciones quirúrgicas mayores y las complicaciones asociadas al catéter. Se utilizó estadística descriptiva para datos paramétricos y no paramétricos.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes. Las características de los pacientes y las cirugías se presentan en la Tabla 1. Nueve cirugías incluyeron más de un procedimiento. Mediana del dolor en reposo fue 2 y 1 a las 24 y 48 horas y 2 durante kinesiterapia, 81% y 100% de los pacientes presentó dolor leve a 24 y 48 horas respectivamente. Veinticinco pacientes requirieron analgesia de rescate con opioides (78 mcg de fentanilo) y 72% requirió rescate en dos o menos ocasiones. Incidencia de náuseas 45% y vómitos 18,3%. Las complicaciones quirúrgicas fueron un taponamiento cardíaco reoperado y un paciente falleció por reinfarto. Las complicaciones de los catéteres fueron un corte de catéter durante el retiro, que se logra retirar completo desde el sitio de punción y un catéter que se desplaza y falla, con aumento de dolor clínicamente significativo (paciente con mayor EVA de la serie).

Conclusión: Esta serie muestra que el bloqueo paraesternal bilateral con catéter es efectivo para el manejo del dolor en cirugía cardíaca, con un número bajo de complicaciones leves. Nuevos estudios deben estar dirigidos a aumentar el número de pacientes y evaluar la técnica mediante estudios comparativos con otras técnicas de manejo del dolor.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.60>

Bolos epidurales intermitentes programados para mantenimiento de la analgesia de parto: estudio de Cohorte

Calderón Lozano M.¹, Moreno Gonzáles R.¹, Segura Pinedo D.¹, Vásquez Rojas G.¹, Arenas Velásquez A.¹

¹ Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú.

Introducción: Una alternativa de régimen de mantenimiento de analgesia de parto son los bolos epidurales intermitentes programados (BEIP), la técnica proporciona bolos epidurales fijos a intervalos programados. Un meta análisis encontró una reducción estadísticamente significativa en el uso de anestésicos locales y mayor satisfacción materna con BEIP, pero también existe la posibilidad de que este método disminuya la tasa de parto instrumentado y la necesidad de intervenciones adicionales.

Objetivo: Evaluar la asociación entre analgesia epidural mantenida por BEIP y las complicaciones materno perinatales según monitoreo electrónico fetal alterado, prolongación del trabajo de parto, desgarro vaginal, terminación del parto en cesárea, depresión al nacer, reanimación neonatal e ingreso a Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), en gestantes en trabajo de parto.

Metodología: Estudio observacional de tipo Cohorte. Se seleccionó gestantes entre 18 y 35 años, multíparas o primíparas en trabajo de parto con dilatación cervical de 4 centímetros o más, se agrupadas en dos cohortes: grupo A con 274 participantes que recibieron analgesia de parto y grupo B con 300 participantes que no recibieron analgesia. Ambos grupos fueron monitorizados con oximetría de pulso, presión arterial no invasiva y monitorización cardiotocográfica externa. En las gestantes del Grupo A, se inició con un bolo vía catéter epidural, con bupivacaína al 0,125% más fentanilo 50ug en un volumen total de 20 cc y dosis de mantenimiento 60 minutos después del bolo inicial mediante BEIP con bupivacaína 0,0625% y fentanilo 25 ug en 10 cc cada hora hasta el parto. Se realizó un análisis univariado, donde se midieron las frecuencias de las variables cualitativas, distribuidas según administración de analgesia. Las variables cuantitativas fueron comparadas usando el test U- Mann Whitney. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Las características demográficas fueron similares entre los grupos. Las características obstétricas difirieron en la paridad, siendo mayor el grupo de primíparas en el grupo A, y predominando las multíparas en el grupo B. Los resultados maternos-perinatales se muestran en los gráficos 1 y 2.

Conclusiones: Las pacientes que recibieron analgesia epidural de parto con BEIP tuvieron una mayor duración tanto del periodo de dilatación en aproximadamente 100 minutos y del expulsivo en sólo 5 minutos aproximadamente, sin repercutir en intervenciones adicionales en la madre como son las cesáreas, ni aumentar la morbilidad neonatal con la gran ventaja de controlar de una manera efectiva el dolor del parto y disminuir la incidencia de desgarros perineales de primer grado.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.61>

Manejo perioperatorio de feocromocitoma en pediatría: reporte de caso

Odicino MC.^{1,2}

1 Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba, Argentina.

2 Córdoba.

Introducción: Los feocromocitomas son tumores que pueden secretar grandes cantidades de catecolaminas. Para su manejo y preparación perioperatoria hay una gran cantidad de información publicada sobre fármacos que pueden utilizarse pero no tan extensa en niños

Caso clínico: Niño de 6 años de edad ingresa en el año 2017 a cirugía para resección de tumor suprarrenal. Desde el inicio de su cirugía el niño mantiene valores de TA por encima del rango esperado y para el plano anestésico otorgado. Durante la manipulación del tumor eleva aún más la tensión y desencadena taquiarritmia que requiere la utilización de Esmolol. Se realiza adrenalectomía y pasa a UTI. Su posquirúrgico fue tórpido, con acidosis metabólica sostenida y de difícil manejo. Mejora y se le otorga el alta. Anatomía patológica de la pieza confirma que era un feocromocitoma. Un año después vuelve a control. Se realiza TAC de abdomen donde se detecta masa en suprarrenal contralateral y el examen físico revela cifras de TA elevada para su edad (160/100). Medición de vainilmandélico y derivados elevados. Ecocardiograma informa hipertrofia ventricular concéntrica con función sistólica conservada. Se inicia tratamiento alfabloqueante (doxazocina) para preparación quirúrgica. Luego, se inicia tratamiento con propranolol. Se consigue estabilizar cifras de tensión arterial 11 días después de su admisión. Ingresa a quirófano premedicado con midazolam (0,1 mg/kg) y carga de hidrocortisona por su adrenalectomía previa. La inducción se realizó con sevoflurano al 2-4% remifentanilo 0,5 µgr/kg/min y vecuronio 0,1 mg/kg. Ventilación e intubación sin dificultad con TET acorde a edad. Mantenimiento con sevoflurano más remifentanilo. El intraoperatorio transcurre dentro de lo esperado, durante la manipulación del tumor se inicia NTG (0,1 0,15 g) luego, durante el clampeo vascular se inició infusión con NAD (0,1 -0,2 g) más expansión con coloides a 10 ml/kg. En todo momento el niño tuvo respuesta favorable a las intervenciones del anestesiólogo. Se decide extubación en quirófano y pasa a UTI con infusión de NAD a 0,05 g. Postquirúrgico bueno. Se retira la infusión de vasopresores a las pocas horas. Recibe alta 5 días después.

Discusión: En la búsqueda de información publicada sobre el tratamiento perioperatorio en niños nos encontramos con que la experiencia es escasa. Algunos autores postulan el uso de alfa bloqueantes de acción corta como prazosin o doxazocina.

Conclusiones: La aparición del segundo tumor en el mismo niño permitió ver la diferencia de comportamiento y evolución tanto en el intraoperatorio como en el posquirúrgico.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.62>

Manejo perioperatorio de alteración de la coagulación con coagulograma normal en cirugía de alto riesgo de sangrado

Bellucci P.¹, Conti M.², Vainstein T.², Mottola M.², Risso J.²

1 HGA Dr. Enrique Tornú, CABA, Argentina.

2 HIGA Dr. Diego Paroissien, Isidro Casanova, Argentina.

Introducción: Las principales alteraciones de la coagulación que podrían provocar sangrado intraoperatorio no se encuentran generalmente correlacionadas con alteraciones en el coagulograma (kPTT y TP) solicitado de rutina como evaluación prequirúrgica. El cuestionario HEMSTOP, ha sido desarrollado para detectar la chance de sangrado intraoperatorio. La sensibilidad del coagulograma es del 26,3% en comparación con la del cuestionario HEMSTOP, del 89,5%. Postulamos este cuestionario como una herramienta de tamizaje sin costo, de fácil implementación y con una tasa de sensibilidad y especificidad igual o mayor que el coagulograma preoperatorio en personas sanas.

Descripción del caso: Paciente femenino de 21 años, sin antecedentes clínicos ni quirúrgicos, que presenta un valor de cuatro respuestas positivas para el cuestionario HEMSTOP. En plan de cirugía para exéresis de tumor cerebral temporal con efecto de masa. Servicio de Hematología informa que frente a los antecedentes de sangrado se pueden suponer alteraciones plaquetarias funcionales o defectos del factor VIII, hallándose tiempo de sangría prolongado. Se sugirió transfusión de plaquetas previa a la cirugía, y disponer de PFC si hubiera sangrado intraoperatorio, también estudio de agregación plaquetaria postalta.

Intraquirúrgico: Monitorización según normas ASA. Profilaxis antibiótica y premedicación. Anestesia general con midazolam, propofol, fentanilo y vecuronio. Acceso femoral derecho y vía arterial radial izquierda. Vías periféricas 14G. Una hora previa a la incisión 1 g ácido tranexámico, desmopresina 12 mcg y 5 U plaquetas. Previo a sección de duramadre 200 mL NaCl hipertónico 3%, 150 mL manitol 10% y furosemida 20 mg. Se extrae muestra basal de gases arteriales, ionograma y hemoglobina. Mantenimiento con sevofluorano y remifentanilo. Se utilizó noradrenalina 0,02-0,1 mcg/kg/min. Sangrado intraoperatorio 1.000 mL, se transfundieron 5 U PFC. Corrección del déficit de calcio. Diuresis 1 mL/kg/hora. Analgesia postoperatoria tramadol 50 mg. Al despertar lúcida, Glasgow 15/15, sin signos de foco motor/sensitivo, hemodinámicamente estable, sin necesidad de vasoactivos. Postoperatorio en UTI sin interurrencias.

Comentarios y Discusión: La baja sensibilidad de las pruebas disponibles para tamizar trastornos de la coagulación en pacientes sanos genera la necesidad de buscar nuevos métodos para su screening. Sin una herramienta que medie esta circunstancia, cirugías de alto riesgo de sangrado pueden conllevar un aumento en la morbimortalidad de estos pacientes; con el aumento de costo en salud pública de todo evento crítico.

Posteriormente a esta experiencia, los residentes decidimos realizar la puesta a prueba del HEMSTOP en los preanestésicos de nuestros pacientes programados, proponiéndolo como una herramienta para la evaluación de los trastornos de la coagulación con mejor predicción del sangrado intraoperatorio.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.63>

Manejo mixto: Anestesia general balanceada y bloqueo subaracnoideo en cirugía bariátrica con paciente pediátrico

Almonte De León A.^{1,2,3}

- 1 Hospital Santa Barbara del Rieti, Durango, México.
- 2 Hospital General 450, Servicios de Salud, Durango, México.
- 3 Instituto Mexicano del Seguro Social, Durango, México.

Introducción: La obesidad infantil es un problema de salud pública grave del siglo XXI. Es mundial y está afectando progresivamente a países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. 1) La prevalencia ha aumentado a ritmo alarmante. Paralelamente al incremento de prevalencia del adulto, la obesidad del adolescente está aumentando; 2) Los procedimientos bariátricos establecen una forma de reducción de peso; 3) El niño obeso presenta aumento de comorbilidades, además de dificultad en el manejo perioperatorio e incremento en las complicaciones perioperatorias; 4) El procedimiento laparoscópico reduce tiempo hospitalario y dolor; 5) Aun permanecen muchas dudas sobre seguridad y eficacia de cirugía bariátrica en niños y adolescentes.

Objetivo general: Describir manejo mediante bloqueo neuroaxial en combinación con anestesia general balanceada para paciente pediátrico en cirugía bariátrica.

Caso clínico: Femenino 13 años de edad con diagnósticos: obesidad exógena + resistencia a la acción de la insulina + hiperlordosis dorsolumbar + talo valgo y genu varo. Peso: 103 kg. Talla 1,63, IMC 39,7 kg/m²sc. Procedimiento quirúrgico: manga gástrica. Valoración por pediatría, endocrinología, psiquiatría y nutrición sin contraindicaciones para procedimiento. Bajo bloqueo neuroaxial con bupivacaína 12,5 mg + morfina 100 mcgr. Anestesia General Balanceada con midazolam 2 mg, fentanilo 200 mcgr propofol 200 mg, atracurio 25 mg. Tubo Endotraqueal #7. Mantenimiento sevofluorane volumen promedio 2%. Transanestésico hemodinámicamente estable. Tasa fentanilo 2,57. Emersión por lisis metabólica, extubación sin incidentes. Aldrete 8 EVA 0 Bromage 2.

Discusión: Hay escasez de información específica de la farmacocinética y farmacodinamia de muchos fármacos frecuentes en niños obesos y las conclusiones se han extraído en gran medida de los trabajos realizados en adultos. La literatura disponible frecuentemente contiene resultados conflictivos para el mismo agente, dependiendo de la edad y el grado de la obesidad estudiada. El manejo con anestesia regional no está descrito para uso común según la literatura, sin embargo, disminuye los requerimientos anestésicos.

Conclusiones: El manejo del paciente pediátrico sometido a cirugía bariátrica con anestesia general balanceada en combinación con anestesia neuroaxial disminuye los requerimientos de anestésicos intravenosos y agentes inhalados y provee una adecuada analgesia postoperatoria.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.64>

Manejo anestésico en un paciente con masa mediastinal y síndrome de vena cava superior

Paredes Alviso T.¹, Icardi G.¹, De Rosa Y.¹, Méndez V.¹, Katzeff A.¹, Roca A.¹, Fernández Lapadou L.¹, Mamani Zárate M.¹, Fondevilla J.¹, Molina M.¹

¹ Hospital Carlos G. Durand, CABA, Argentina.

Introducción: Las masas mediastinales anteriores generan compromiso ventilatorio por compresión mecánica de la vía aérea y alteraciones hemodinámicas de grado variable por colapso de los grandes vasos, que determinan un desenlace fatal de no ser previstos. Es fundamental estratificar el riesgo y planificar la estrategia anestésica.

Se presenta el caso de una paciente con síndrome linfoproliferativo y masa mediastinal en plan quirúrgico para biopsia y diagnóstico.

Resumen clínico: Paciente de sexo femenino de 20 años de edad con ortopnea, dolor precordial y síntomas B de un mes de evolución. Presenta radiografía y Tomografía de tórax con masa mediastinal anterior y colapso parcial de bronquio fuente derecho. Se programa biopsia quirúrgica e inicio de corticoterapia en altas dosis.

En quirófano, se procede a sedación para intubación vigil, la paciente evoluciona con edema en esclavina, desaturación y bradicardia extrema con ventilación inefectiva. Se procede a intubación orotraqueal (IOT), se administra 1 mg de atropina endovenoso y expansión con fluidos constatándose reversión del cuadro. Se lleva a cabo procedimiento quirúrgico y posterior traslado a Terapia Intensiva.

Discusión: Los pacientes con diagnóstico de masa mediastinal anterior deben ser estratificados en riesgo bajo o alto mediante signos clínicos, imágenes complementarias y estudio funcional respiratorio. Se destacan la ortopnea, edema en esclavina, diámetro traqueal, compresión bronquial o carinal, obstrucción de vena cava y espirometría con valor menor del 50% al predicho en posición supina.

Se debe priorizar el uso de anestesia local o citorreducción prequirúrgica. De ser necesaria anestesia general, mantener la ventilación espontánea mediante IOT vigil con paciente semisentado, utilizando fibrobroncoscopio. Evitar el uso de relajantes neuromusculares hasta asegurar la vía aérea, habiendo sorteado la obstrucción. Se recomienda colocar accesos venosos en miembros inferiores y medición invasiva de tensión arterial.

Conclusiones: La evaluación preoperatoria de pacientes con masas mediastinales debe ser multidisciplinaria, valorando signos clínicos y estudios por imágenes. Es fundamental aplicar el procedimiento menos invasivo posible y preservar la ventilación espontánea. De requerirse anestesia general, es vital una adecuada planificación anestésico-quirúrgica.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.65>

¿Es posible capacitar a los residentes de anestesiología en trasplante hepático en Argentina?

Aponte Gatica JF.¹, Sommer Alias D'abate M.¹, Cicconi E.¹, Waldhorn M.¹, Domínguez MX.¹, Teijido C.¹

¹ Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: En los últimos 30 años el trasplante de órganos se ha consolidado como tratamiento médico. En 2018 se realizaron 432 trasplantes hepáticos, justificando la necesidad de creación de múltiples equipos, capaces de responder en simultáneo a esta demanda. Dentro de estos equipos se precisan anestesiólogos con experiencia, conocimiento y habilidades técnicas que permitan llevar un procedimiento de este nivel de complejidad. La habilitación en trasplante requiere en Argentina para su acreditación justificar experiencia. Sin embargo, no todo los programas de residencia están asociados a un centro de trasplante. Esto requiere una revisión de las inequidades en cuanto a oportunidades de entrenamiento en trasplante en las diversas instituciones. La pregunta que surge entonces es ¿dónde se están formando los anestesiólogos de estos futuros equipos? y ¿adquieren capacitación suficiente durante los años de residencia?

Métodos: Se realizó una búsqueda en la central de reportes de procedimientos del Sistema Nacional de Información de procuración y Trasplante en la República Argentina (SINTRA) de los trasplantes hepáticos realizados durante el período comprendido entre 01/01/2014 al 31/12/2018. Se los agrupó por institución de trasplante (privado o público) y provincia. En base a la cantidad de trasplante se dividieron las instituciones en alto (más de 60 trasplantes en 5 años) y bajo volumen (menos de 60 trasplantes en 5 años). El segundo análisis que se realizó es el de determinar cuáles de los centros tienen formación de residencia en anestesiología.

Resultados: Durante el período estudiado se realizaron 1.845 trasplantes hepáticos en 25 instituciones (8 públicas y 17 privadas) del país, con distribución en 6 provincias (CABA, Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, Santa Fe, y Formosa) (Figura 1). Solo 10 instituciones (3 públicas y 7 privadas) realizaron más de 60 trasplantes por lustro (total 1.587 trasplantes, 86% del total), teniendo 7 de ellas un programa de formación de residencia en anestesiología (Figura 2).

Conclusiones: Diez instituciones (3 públicas y 7 privadas) realizaron más de 60 trasplantes por lustro, y en conjunto realizaron 1.587 trasplantes (86% del total). De estas 10 instituciones 7 tienen un programa de formación de residencia en anestesiología, y podrían acreditar que los residentes hayan participado en su formación en la asistencia de 20 pacientes trasplantados hepáticos, cumpliendo con el requerimiento del INCUCAI y organismos internacionales. Sería interesante que los hospitales con residencias, tengan presente que sus residentes roten por estas unidades con Trasplante para que adquieran la experiencia necesaria.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.66>

Manejo perioperatorio de feocromocitoma en una paciente embarazada

Sánchez Crocci F.¹, Vincenti AA.¹, Lawrynowicz M.¹, Gelhorn MN.¹

1 Hospital Zonal General de Agudos Evita Pueblo, Berazategui, Argentina.

Introducción: Los feocromocitomas son tumores neuroendocrinos infrecuentes de la médula adrenal. Producen excesivas cantidades de catecolaminas, generando, especialmente durante la inducción anestésica o la intervención quirúrgica, alteraciones hemodinámicas importantes.

Su asociación con el embarazo es muy poco frecuente (0,07-0,013%) y la similitud entre sus manifestaciones y la eclampsia dificultan el diagnóstico.

Caso clínico: A.M 38 años, 82 kg, 1,70 mts, embarazada de 20 semanas, G6 P4 A1, con antecedentes de hipertensión y diabetes pregestacional, consultó por eclampsismo. Luego de la evaluación clínica, se arribó a la sospecha de feocromocitoma (ecografía abdominal que evidenció imagen solida en polo superior del riñón y medición de ácido vanilmandélico en orina de 24 h) y se decidió la extirpación quirúrgica vía laparoscópica, previo tratamiento alfabloqueante con doxazocina durante 10 días. La paciente recibió además tratamiento con labetalol.

Ingresó a quirófano con 22,5 semanas de gestación. Se colocó acceso venoso 16 G, monitores de ECG, PANI, oximetría de pulso, premedicación con midazolam 3 mg, analgésica subaracnoidea con morfina 200 mcg. Se canalizó arteria radial para medición de TA invasiva. Previa preoxigenación (EtO₂ >90%), se indujo la anestesia con fentanilo 250 mcg, propofol 100 mg y vecuronio 8 mg. Se realizó IOT, colocación de acceso venoso central, sonda vesical y posicionamiento en decúbito lateral izquierdo. El mantenimiento se realizó con sevoflurano 1,5% y remifentanilo TCI 8 ng/ml.

Al producirse un descenso progresivo de la TA, se expandió con 200 ml de cristaloides. Ante la falta de respuesta, se inició infusión con noradrenalina, cuya dosis debió aumentarse progresivamente con leve modificación de la TA. Se decidió infundir adrenalina 0,1 mcg/kg/min con normalización de dicha variable. Se realizaron controles de medio interno cada 30 minutos durante los 90 minutos de cirugía, sin más alteraciones hemodinámicas. Al finalizar la misma, se trasladó a UTI extubada.

El diagnóstico de feocromocitoma fue confirmado por inmunohistoquímica.

Conclusión: En concordancia con la bibliografía publicada, logrado el diagnóstico de feocromocitoma, para conseguir un buen control hemodinámico intraoperatorio debe realizarse un adecuado bloqueo alfa durante 10-14 días.

La cirugía es el tratamiento de elección del feocromocitoma durante el embarazo, y debería practicarse antes de las 24 semanas de gestación, ya que más allá el tamaño uterino dificultaría su exéresis.

Es clave en el manejo anestésico minimizar la ansiedad, garantizar un plano anestésico profundo durante la IOT y cirugía, monitoreo invasivo de TA y utilización de drogas vasoactivas e inotrópicas que rápidamente puedan contrarrestar alteraciones hemodinámicas agudas y pronunciadas.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.67>

Síndrome Progeria y su implicancia anestesiológica: Reporte de un caso y revisión de la literatura

Goldberg L.¹, Murinigo A.¹, Navarro Salgado M.¹, Cury A.¹, Latini C.¹, García Picasso D.¹, Daud O.¹

¹ Hospital Bernardino Rivadavia, CABA, Argentina.

Introducción: El Síndrome Progeria o de Hutchinson-Gilford es una condición genética autosómica dominante extremadamente rara que causa envejecimiento prematuro. Se caracteriza por falla en el crecimiento, pérdida de la grasa subcutánea, baja estatura, alopecia, exoftalmos, micrognatia, retrognatia, rigidez cervical, fragilidad capilar, progresiva aterosclerosis con las posibles complicaciones cardio y cerebrovasculares.

Descripción del caso: Paciente de sexo masculino de 14 años con diagnóstico de Síndrome Progeria, en plan quirúrgico para cirugía de cataratas. Presenta como antecedentes hipertensión arterial y agammaglobulinemia. Mallampati clase 4 y distancia tiromentoniana de 3 cm. Está medicado con enalapril, cilostazol y aspirina. Electrocardiograma: ritmo sinusal, 86 lpm, QTc 388 mseg, ST-T isonivelado. Ecocardiograma Doppler: función sistólica del ventrículo izquierdo conservada, sin cardiopatía estructural. Laboratorio normal.

Se decide realizar anestesia general balanceada. Inducción con sevoflurano 8%, fentanilo 2 mcg/kg, rocuronio 0,5 mg/kg. Ante la posibilidad de una probable vía aérea dificultosa, se dispuso de máscaras laríngeas de distintos tamaños y videolaringoscopia. Presentó dificultad en la inserción de accesos venosos periféricos debido a su fragilidad capilar de base. Se realizó laringoscopia directa visualizándose un Cormack-Lehane grado 3 e intubación orotraqueal utilizando laringoscopia articulado y guía bougie/Eschmann. El mantenimiento anestésico se realizó con sevoflurano 1% y remifentanilo 0,3 mcg/kg/min. El monitoreo neuromuscular intraoperatorio se realizó mediante tren de cuatro (TOF). Al finalizar el procedimiento, el paciente presentaba 2/4 respuestas motoras (Bloqueo Moderado), por lo que se decide la reversión con 2 mg/kg de sugammadex.

Comentarios y Discusión: Las características de este tipo de paciente plantean un verdadero desafío al anestesiólogo. En primer lugar porque las particularidades de los mismos mezclan características tanto pediátricas como de adultos, sumado al resto de sus comorbilidades, por lo cual se debe contar con un anestesiólogo que posea conocimientos en ambos campos. En segundo lugar, se debe tener presente la conformación de la vía aérea, lo que obliga a contar con adecuados dispositivos para lograr la intubación. El propósito del caso es presentar las diversas situaciones con las cuales un anestesiólogo puede encontrarse con esta clase de paciente.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.68>

Alteraciones postquirúrgicas del estado cognitivo según el test MoCA en cirugías programadas

Salas NM.¹, Heredia Moreno MF.¹, Ramírez ML.¹, Llovera L.¹, Masso C.¹, Olaso GB.¹, Joo Turoni C.², Del Carmen D.¹, Camporrotondo N.¹

1 Hospital Ángel C. Padilla, San Miguel de Tucuman, Argentina.

2 INSIBIO - CONICET, San Miguel de Tucuman, Argentina.

Introducción: Las alteraciones cognitivas postoperatorias representan una complicación postquirúrgica frecuente[1]. Una de sus manifestaciones es el Deterioro Cognitivo Postoperatorio (DCP) asociado con el acto anestésico/quirúrgico con una incidencia que varía entre 25 y 80%[2] independientemente del tipo de cirugía y del tipo de anestesia.

Objetivo: Evaluar el estado cognitivo pre y postquirúrgico luego de la administración de diferentes tipos de anestésicos.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo entre marzo y junio de 2019. Se incluyeron 96 pacientes (mayores de 30 años, ASA I-II, de ambos sexos) sin déficit neurológicos, ni alteraciones en la memoria, lenguaje, ni enfermedades psiquiátricas, ni adicción a drogas; los cuales fueron sometidos a cirugías programadas no cardiovasculares realizadas los días martes y jueves en Hospital Ángel C. Padilla de Tucumán. En la visita preanestésica se registró: peso, talla, IMC, factores de riesgo: hipertensión arterial (HTA), diabetes (DBT), tabaquismo, hiper/hipotiroidismo, hiper/hipoparatiroidismo, depresión, neoplasias, epilepsia e insuficiencia suprarrenal. Se evaluó el estado cognitivo prequirúrgico mediante el test Montreal Cognitive Assessment (MoCA Pre-quirúrgico). En las primeras 24 h de postoperatorio se realizó nuevamente evaluación del estado cognitivo (MoCA Post-quirúrgico) y evaluación de dolor según escala EVA. Se recolectaron datos de protocolo anestésico: duración de la cirugía, tipo de anestesia, registro de presión arterial y drogas anestésicas. Se aplicó la prueba t de Student o ANOVA según necesidad. Se uso un software PCS.

Resultados: De los 96 pacientes, 59 fueron masculinos y 37 femeninos, con un promedio de edad de 47,03 años y un IMC de 26,44. Según factores de riesgo: HTA (n = 16), DBT (n = 14), HTA+DBT (n = 9), tabaquistas (n = 26), epilépticos (n = 6). Según tipo de cirugía: abdominales (n = 47), traumatológicas (n = 40), torácicas (n = 2), oncológicas (n = 4), urológicas (n = 2) y ginecológica (n = 1). Según tipo de anestesia: inhalatorias (n = 49), endovenosas (n = 8), neuroaxiales (n = 18) y combinadas (n = 21). La duración promedio de las cirugías fue de 102 ± 12 minutos. Se encontró disminución significativa de MoCA Prequirúrgico 26,1 ± 0,3 vs MoCA postquirúrgico 24,8 ± 0,4 (n = 96; p < 0,001) según datos agrupados (Figura). La disminución de MoCA postquirúrgico no tubo correlación con la edad, ASA ni dolor postoperatorio.

Conclusión: Independientemente del tipo de cirugía y tipo de anestesia, hubo una disminución significativa del estado cognitivo en el postoperatorio inmediato de los pacientes, probablemente asociado a sus factores de riesgo. Se requerirá analizar un mayor número de pacientes sanos ASA I (sin factores de riesgo) para determinar si la anestesia disminuye el estado cognitivo en el postoperatorio inmediato según Test MoCA.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.69>

Efecto de la anestesia epidural sobre el flujo de las arterias mamarias en cirugía cardíaca

Sánchez DN.¹, Felici S.¹, Renna N.²

1 Hospital Central de Mendoza, Mendoza, Argentina.

2 Área de Fisiología Patológica. Facultad de Ciencias Médicas. U.N. Cuyo, Mendoza, Argentina.

Introducción: La anestesia epidural (AE), se usa hace más de 20 años para este tipo de intervenciones, y genera numerosos beneficios, tales como excelente analgesia post-operatoria, disminución del tiempo de asistencia respiratoria mecánica, disminución de la estadía hospitalaria, mejoría de la función pulmonar, disminución de la respuesta al stress, etc.

El objetivo de este trabajo es investigar el impacto de esta técnica en pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica, sobre todo en lo que respecta al flujo de ambas arterias mamarias, desde un punto de vista anatómico y fisiológico. Es importante destacar que mantener un flujo adecuado en las arterias mamarias es fundamental para la irrigación del miocardio revascularizado.

Material y Método: El siguiente trabajo de investigación, se llevó a cabo en el Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Central de Mendoza, en forma prospectiva y aleatorizada. Los participantes fueron sometidos a cirugía de revascularización miocárdica, con doble injerto arterial (con la utilización de Arteria mamaria izquierda AMI, y derecha AMD), y sin la utilización de la bomba de circulación extracorpórea. La totalidad de los participantes fueron informados del estudio y firmaron el consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética del Hospital Central de Mendoza.

Los participantes fueron asignados de manera aleatoria en dos grupos de treinta participantes. El grupo 1 (uno), correspondiente a los pacientes que solo recibieron anestesia general para la cirugía y el grupo 2 (dos), los cuales recibieron anestesia general más anestesia epidural para la cirugía.

Análisis estadístico: ANOVA de una vía.

Resultados:

1) Se realizó el análisis de los flujos de sangre de las arterias mamarias de ambos grupos. El grupo número 1 (sin anestesia epidural) mostró los siguientes resultados $9,31 \pm 5,5/12,4 \pm 6,0$ (AMI/AMD), versus los valores del grupo del grupo 2 (con epidural) $17,43 \pm 6,8/18,8 \pm 5,9$ (AMI/AMD). El análisis estadístico posterior mostró una $p < 0,001$.

2) En el análisis histológico de cortes de tejido de AMI y AMD con tinción de hematoxilina-eosina y tricrómico de masson en ambos grupos, no mostraron diferencia significativa de la relación lumen/media.

Conclusiones:

1) La técnica de anestesia general más epidural, fue altamente efectiva para aumentar el flujo de ambas arterias mamarias, siendo esto muy importante para optimizar la revascularización del miocardio.

2) Se esperan cambios más agudos en las arterias mamarias, por lo cual estudiaremos los cortes obtenidos mediante inmunohistoquímica buscando receptores de inflamación.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.70>

Manejo y monitoreo anestésico en cirugía de laringectomía total

Durán Chávez PD.^{1,2}, Pacheco A.¹

1 Hospital Zenon Santillan, Tucuman, Argentina.

2 Hospital Regional Ramón Carrillo, Santiago del Estero, Argentina.

Introducción: El cáncer de laringe es una enfermedad causada por el crecimiento incontrolado de las células de la laringe. Estas patologías afectan 3: 1 hombres, los factores de riesgo son: tabaquismo, alcohol, mayores de 55 años de edad, dieta inadecuada pobre en frutas y verduras. En caso de que este cáncer afecte la zona supraglótica, los síntomas se manifiestan más tarde: disfonía, adenopatías en el cuello, disfagia, disnea, odinofagia. Tratamiento quimioterapia, radioterapia y/o quirúrgica como la laringectomía total (LT).

Descripción del caso: Paciente masculino de 85 años de edad tabaquista de jerarquía, consulta, por disfonía, presenta lesión de cuerdas vocales, se realizó biopsia con informe de carcinoma epidermoide, a la tac se observa lesión que invade cartilago tiroides correspondiente a T4 de estadificación, plan quirúrgico laringectomía total. En quirófano, parámetros de ingreso: TA 120/80 mmHg; FC 80 latidos/min; S02 98%, venoclisis: MSI con abbocath 16G, MSD abbocath N° 14G, cateterización: de arteria radial izquierda para monitoreo invasivo de TA con abbocath N° 20G. Monitoreo continuo intraoperatorio con CONOX y EV1.000. Premedicación: diclofenac 75 mg, ranitidina 50 mg, dexametasona 8 mg, metoclopramida 10 mg. Cefazolina 2 g. Inducción: fentanilo 100 mcg, remifentanilo 0,5 mcg/kg/min propofol 3 mg/kg/h atracurio 30 mg. IOT satisfactoria con TET espiralado N°7 mm con videolaringo King visión conectado a ARM modo VCV, FIO2 0,60, VT 500 ml, FR 13 resp/min, PEEP 6 cmH2O. Mantenimiento: TIVA con propofol (1,5 mg/kg/h), remifentanilo (0,40-0,80 mcg/kg/min), ketamina (0,10-0,12 mcg/kg/h), lidocaina (1-1,5 mg/kg/h) y atracurio (5 mg refuerzo). Noradrenalina (0,03-0,05 mcg/kg/min). Líquidos EV: 700 ml solución fisiológica, 500 ml ringer lactato. Duración de cirugía: 2 horas. Extubación satisfactoria. Analgesia: morfina ev (4 mg). Control postquirúrgico: A las 4 h lúcido, hemodinamicamente estable, sin requerimiento de vasopresores, Ta 150/65 fc 70x' sat 97% con ventilación espontánea a FiO2 0,21. Drenaje débito serohemático escaso, SNG débito positivo. Diuresis + espontánea. Sin dolor según escala EVA.

Discusión: Los tumores glóticos en estadio temprano pueden ser tratados efectivamente con cirugía o radioterapia, para tumores T1 y T2 incluyen resección de cuerda vocal, microcirugía láser, hemilaringectomía y laringectomía subtotal. La laringectomía total en general se reserva para el cáncer laríngeo más avanzado (T3 y T4) o para pacientes con mala respuesta a tratamientos previos.

Conclusión: La LT es un tratamiento eficaz para el manejo de los pacientes con cáncer de laringe localmente avanzado. Los protocolos de preservación de órgano deberían alcanzar resultados oncológicos similares a los demostrados por la LT.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.71>

Calidad de atención del servicio de anestesiología del Hospital Centro de Salud durante el período mayo-junio de 2019

Dami PG.¹, Gómez Cascales AE.¹, Gramajo JL.¹, Pacheco AF.¹, Scro ME.¹, Véliz Juica G.¹

1 Hospital Centro de Salud, San Miguel de Tucuman, Argentina.

Introducción: La calidad percibida por parte de los pacientes resulta de gran valor en el mejoramiento continuo esta. Es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones y busque ayuda médica. Todo punto débil de asistencia es potencialmente mejorable, y ésta es la razón de ser de la calidad.

Métodos: Se determinaron como criterios de inclusión paciente mayor a 18 años, conscientes, que sean capaces de responder al cuestionario, programados electivamente, ASA I y II. Como criterios de exclusión se prescindieron pacientes que ingresen en emergencias, procedentes de UTI y UTIM, ambulatorios, pacientes cuya cirugía se hubiese suspendido por cualquier motivo o cualquier tipo de alteración que impida contestar el cuestionario, como alteración del estado de consciencia y retraso madurativo. Se utilizó una ficha técnica como instrumento de recolección de datos, obtenida de un trabajo de investigación realizado por el Dr. Bolaño, consistente en una encuesta cerrada, cuya recolección de datos se realizó en dos fases: pre-anestesia y post-anestesia, volcando los datos en Microsoft Excel y finalizando un análisis descriptivo de las variables involucradas en este estudio.

Resultados: Se analizaron a todos los pacientes que ingresaron a quirófano para cirugía programada en el Hospital Centro de Salud Z. S. durante los meses de mayo y julio de 2019. Luego del análisis destaca el poco porcentaje de pacientes que conocen a su médico anestesiólogo tanto antes como después de la cirugía. Aumentó el conocimiento del anestesiólogo de un 19% a un 23% en el postoperatorio, y con respecto al cirujano de un 51% ascendió a un 72% respectivamente. Comparando la proporción de pacientes que conocían los riesgos anestésicos antes y después de la misma, se notó un aumento en el porcentaje de pacientes que tenían conocimiento sobre los riesgos de la anestesia, pasando de un 46% a un 62% en el postoperatorio y la opinión acerca si el anestesiólogo es médico aumentó de un 74% a un 79% en el postoperatorio.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en este trabajo muestran, en general, escaso conocimiento de los pacientes a cerca de su anestesiólogo, y de todas las actividades inherentes a él y al procedimiento anestésico propiamente dicho. El anestesiólogo es un especialista de la medicina que es poco reconocido, del cual se desconocen sus actividades principales aun entre los médicos en formación. Esto no cambia para la población en general la cual tiene una percepción todavía más alejada de la realidad.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.72>

Comparación de dosis de morfina en bloqueos caudales en cirugías traumatológicas de alto impacto

Torres Rivas LP.¹, Neivert FJJ.², Alzugaray E.², Sanz GA.², Andersson SM.², Caliva JA.², Roses MG.¹, Harmut CF.¹, Izasiz E.¹, Pérez G.¹, Cibils M.¹

1 Hospital Provincial de Pediatría Dr. Fernando Barreyro, Posadas, Misiones, Argentina.

2 Hospital de Agudos Dr. Ramón Madariaga, Posadas, Misiones, Argentina.

Introducción: El bloqueo caudal es una de las técnicas de anestesia regional pediátrica más utilizadas, de fácil realización, bajo coste y que proporciona una excelente analgesia postoperatoria.

La duración de la analgesia con bupivacaína en conjunto con morfina se extiende hasta 24 h con aparición de efectos adversos asociados al opioide. Estudios demuestran que podrían administrarse dosis menores de opioides brindando analgesia y disminuyendo las reacciones adversas.

Métodos: Criterios de inclusión: Pacientes < de 9 años, con < 30 kg, de ambos sexos, sometidos a cirugías traumatológicas de miembros inferiores de alto impacto.

Criterios de exclusión: Pacientes con malformaciones de la columna vertebral, antecedentes de cirugía del canalmedular, enfermedades degenerativas con o sin secuelas, infecciones de la piel en zona apunzar, coagulopatía e hipovolemia.

Premedicación: Cefazolina 25 mg/kg, dexametasona 0,1 mg/kg e ibuprofeno 10 mg/kg.

Anestesia general: Inducción: sevoflurano + fentanilo 2 mcg/kg. Mantenimiento: sevoflurano + remifentanilo 0,5 mcg/kg

Grupo 1: Bupivacaína isobárica al 0,25%; 0,5 ml/kg y morfina < 30 mcg/kg.

Grupo 2: Bupivacaína isobárica al 0,25%; 0,5 ml/kg y morfina de 30-50 mcg/kg.

Plan postoperatorio: Ibuprofeno 10 mg/kg cada 8 h y rescate analgésico con tramadol 1 mg/kg.

Se evaluará el dolor al despertar, a las 2, 6, 12 y 24 h; en niños de 1-36 meses con la escala de FLACC, de 3-7 años con la escala de caras de Wong- Baker (Figura 1) y a los mayores de 8 años con la escala numérica.

Se registrará la aparición de sedación, retención urinaria, náuseas y vómitos, si se requirió alguna intervención para revertirlos y la cantidad de días de internación.

Análisis estadístico de tipo descriptivo.

Resultados: Se realizó en 31 pacientes, 18 femeninos y 13 masculinos, con un promedio de edad de 49,22 meses, con un desvío estándar \pm 19,64; 16 pertenecen al grupo 1 y 15 al grupo 2. Se obtuvieron los siguientes resultados: (Figura. 2 y Tabla 1).

Conclusiones: Una cobertura analgésica adecuada con dosis bajas de opioides requiere dosis estándar de anestésicos locales. A partir de 25 mcg/kg de morfina vía caudal se presentó menor incidencia de dolor postoperatorio y de estancia hospitalaria, sin aumentar la frecuencia de retención urinaria ni sedación. Dosis menores a 30 mcg/kg no mostró menor aparición de náuseas y vómitos. La retención urinaria fue más reiterada a partir de los 30 mcg/kg y la sedación a partir de los 40 mcg/kg. Este estudio podría considerarse como preliminar, siendo necesario un mayor número de determinaciones.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.73>

Caracterización de eventos adversos perioperatorios en hospitales de nivel III en Medellín-Antioquia

Arias Botero JH.^{1,2}, Gómez Arias RD.¹, González Gaviria P.¹, Segura Cardona AM.¹, Acosta Rodríguez F.¹

1 Universidad CES, Medellín, Colombia.

2 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, Bogotá, Colombia.

Introducción: Los eventos adversos en salud (EA), entendidos como las complicaciones derivadas del proceso de atención, han cobrado interés dadas las implicaciones a nivel de seguridad, calidad y costos. Aproximadamente 50% de los EA se relacionan a procedimientos quirúrgicos. Aunque se han hecho estudios a nivel hospitalario, existe poca información de EA en el escenario perioperatorio.

El objetivo del presente estudio fue caracterizar los eventos adversos perioperatorios en 5 instituciones de nivel III en Medellín (Colombia).

Métodos: Se revisaron los registros de todas las atenciones quirúrgicas durante 1 mes en 5 instituciones de nivel III de atención en Medellín (Antioquia), con volúmenes de cirugía mayores a 300 procedimientos/mes. Se tamizaron posibles EA aplicando la herramienta Surgical Trigger Tool.

Se analizó la atención quirúrgica, utilizando el instrumento MRF-2 para confirmar la existencia de EA. Se analizaron las características del paciente, el procedimiento quirúrgico y el evento, evaluando la severidad y la evitabilidad.

Los datos fueron tomados por auditores entrenados, con experiencia en la identificación de EA.

Se presenta frecuencia absoluta y relativa para variables cualitativas y mediana con Riq para variables cuantitativas. Para comparar variables según severidad se utilizó prueba de χ^2 y U de Mann Whitney.

Resultados: Se revisaron 3.944 historias clínicas, se detectaron 153 paciente con eventos perioperatorios (Incidencia acumulada 3,88 eventos por 100 procedimientos/mes IC 95% [3,28 - 4,48].

El 72% de los EA ocurrieron en pacientes ASA 1 y 2, en su mayoría en pacientes programados, de consulta primaria en la jornada diurna (Figura 1). Se encontró asociación de la severidad del evento con la edad, la especialidad, la urgencia del procedimiento y especialmente con la jornada de trabajo (Figura 2).

El 54% de los eventos se consideraron evitables.

Conclusiones: En la población estudiada los EA son más frecuentes en pacientes y procedimientos considerados de bajo riesgo acorde a lo reportado en estudios de reclamaciones. La distribución por especialidad y la severidad de los EA también concuerdan con la literatura. Llama la atención el alto porcentaje de eventos considerados evitables.

La incidencia encontrada fue baja al comparar con otros estudios, lo que podría explicarse por la exclusión de las infecciones de sitio operatorio. La jornada de la tarde, la ocurrencia en recuperación y algunas especialidades aumentan el riesgo de eventos severos. Se requieren estudios analíticos que evalúen factores asociados a la presentación de EA.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.74>

Prevalence of postoperative morbidity in patients undergoing major thoraco-abdominal oncosurgery

Mishra S.¹, Nandi R.¹, Agrawal K.¹, Kumar S.¹, Deo S.¹, Bhatnagar S.¹

¹ Dr. BRA, IRCH, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India-110029, NEW DELHI, India.

Background: Due to rapidly advancing surgical techniques and perioperative management more patients with comorbidities and poor physical condition are considered for surgical treatment for thoraco-abdominal cancers leading to increased incidence of postoperative morbidity. Postoperative morbidity has significant impact on length of hospital stay, cost of health care and long term survival. We evaluated incidence, types and risk factors of postoperative morbidity after thoracoabdominal oncosurgery.

Methods: Patients scheduled for elective major thoraco-abdominal oncosurgery that was expected to last more than or equal to two hours and/or with anticipated blood loss more than 500 ml were included in the study. On the 3rd and 5th postoperative day postoperative morbidity survey (POMS) was administered by questioning the patients and their care-givers, examination of the patient and review of patients' charts, investigations and other records.

Results: Total 323 patients were recruited in the study. POMS-defined morbidity was present in 60.4% patients on postoperative day (POD) 3 and in 18.9% patients on POD 5. Most common morbidity on POD 3 was pain (34.8%) followed by gastrointestinal (24.2%) and pulmonary (14.3%) complications. On POD 5, three most common complications were gastrointestinal (7.8%), pulmonary (6.2%) and pain (5.9%). In multivariate analysis female sex, hypertension, duration of surgery, intraoperative urine output and delayed extubation were found to be independent predictors of POMS-defined morbidity on POD 3. However, on POD 5 multivariate analyses showed that intraoperative inotrope requirement, delayed extubation and ICU stay were independent predictors of POMS-defined morbidity.

Conclusion: Postoperative morbidity is a potential problem after thoraco-abdominal oncosurgery. The incidence of postoperative morbidity after thoracoabdominal oncosurgery was 60.4% and 18.9% on postoperative day 3 and 5 respectively. Most common complications were postoperative pain, gastrointestinal and pulmonary complications.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.75>

Cirugía de corrección de mielomeningocele fetoscópica: técnica anestésica y modificaciones de la cirugía abierta

Dall' Armellina F.¹, Carlucci F.¹, Gamboz FV.¹, Allegrotti H.¹

1 Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: A partir del año 2015 se comenzó en nuestra institución con el programa de corrección de MMC intrauterina, este procedimiento presenta dos variables desde el punto de vista quirúrgico que se realizan en distintos centros a nivel internacional (entre ellos el Hospital Austral), una de las mismas se lleva a cabo por vía convencional, realizándose una incisión en el útero; mientras que la otra utiliza un abordaje menos invasivo llevándose a cabo la intervención por vía fetoscópica. En nuestro país la primera de estas cirugías realizadas con abordaje miniinvasivo se realizó en el mes de junio en el HUA.

Objetivos: Describir la técnica anestésica en una paciente sometida a cirugía de corrección de MMC por vía fetoscópica y compararla con aquella realizada por vía convencional.

Materiales y Métodos: Tomando como referencia la primer cirugía de corrección de MMC por vía convencional realizada en la institución se decidió compararlo con el primer procedimiento realizado por vía fetoscópica llevada a cabo en nuestro centro, para ello se utilizaron las historias clínicas de los respectivos pacientes, ambas realizadas con el sistema informatizado PECTRA, utilizado en el Hospital Austral.

En ambos casos se realizó una anestesia general previa colocación de un catéter peridural para manejo de dolor posoperatorio; en los dos paciente se realizó - con midazolam y en la inducción se utilizó propofol, luego de esta se procedió a la colocación de una vía arterial; para el mantenimiento se utilizó remifentanilo y desflurano para la paciente en la cual se realizó la fetoscopia y remifentanilo y sevoflurano para la realizada por vía convencional, se realizaron laboratorios intraoperatorios sin grandes particularidades en ellos.

Resultados: Los tiempos quirúrgicos de las cirugías fueron de 6:05 h para la cirugía fetoscópica Vs 5:25 h para la cirugía convencional, en lo que respecta al manejo del dolor posoperatorio en ambos casos se realizó la colocación de catéteres epidurales a nivel L3-L4 y se indicó paracetamol reglado, obteniéndose excelentes resultados en la cirugía por fetoscopia y regulares resultados en la vía convencional, requiriendo la paciente 3 rescates con fentanilo EV 50 mcg y dos dosis extras de paracetamol VO. Las drogas utilizadas en ambos casos fueron similares con la excepción del relajante muscular y el anestésico inhalatorio.

Conclusiones: Ambas técnicas anestésicas aplicadas fueron similares y no existieron diferencias significativas en cuanto a tiempos quirúrgicos o complicaciones si bien se observó un manejo del dolor superior en la cirugía por fetoscopia.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.76>

Validación del “test del aire” para detectar el shunt inducido por atelectasias en anestesia pediátrica

Venturín N.¹, Rudzik N.¹, Gerez S.¹, Santanera B.¹, Portela F.¹, Viotti F.¹, Acosta MC.¹, Tusman G.¹

¹ Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Argentina.

Objetivo: Las atelectasias pulmonares perioperatorias es un problema común en anestesia que está relacionado con complicaciones pulmonares postoperatorias. Dichas atelectasias crean un efecto shunt que obliga al uso de fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) altas para evitar la hipoxemia. El principal problema del uso de FiO₂ altas es que la hemoglobina se satura al máximo y pierde su habilidad para detectar problemas en la oxigenación de la sangre arterial. El “Test del Aire” es una técnica sencilla ideada para detectar shunt en presencia de una fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) elevada. El objetivo de esta presentación es validar la precisión de dicho test para detectar el shunt inducido por las atelectasias intraoperatorias en pacientes pediátricos anestesiados.

Métodos: Efectuamos un análisis retrospectivo de 88 pacientes pediátricos anestesiados que presentaban valores basales de SpO₂ ≥ 97%. El Test del Aire se realizó luego de la intubación traqueal y consistió en un descenso abrupto de la FiO₂, de 50% a 21%, durante 5 minutos. Un valor de SpO₂ ≤ 96% respirando aire ambiente representa un shunt patológico mayor al 10%. El test fue positivo cuando la SpO₂ ≤ 96% y negativo cuando la SpO₂ se mantuvo ≥ 97%. Las atelectasias se diagnosticaron con ultrasonido pulmonar realizado durante el test usando una sonda lineal (9-12 MhZ) e investigando cada hemitórax en sus áreas ventrales, laterales y posteriores. Se definió las atelectasias a las consolidaciones subpleurales con presencia de broncogramas aéreos.

Resultados: 67 pacientes presentaron un test positivo y 21 un test negativo. La SpO₂ basal fue similar en los pacientes con test positivo (98,6 ± 0,6%) y negativo (98,9 ± 0,6%; p = 0,051). Durante el Test del Aire, la SpO₂ de los pacientes con test positivo fue más baja (93,3 ± 2,0 %) que en los pacientes con test negativo (97,9 ± 0,7%; p < 0,0001). El ultrasonido pulmonar detectó atelectasias en 71 de los 88 pacientes (prevalencia de 81%). De los pacientes con atelectasias observada con la ecografía, 65 tuvieron test positivos y 6 test negativos. La figura adjunta muestra dos ejemplos, uno con test positivo y otro negativo. El análisis ROC determinó un área bajo la curva ROC de 0,95 (Intervalo de Confianza 95% entre 0,92 y 0,99) para detectar atelectasias con el Test del Aire tomando las imágenes de ecografía como referencia.

Conclusiones: El Test del Aire es una forma sencilla y no invasiva para diagnosticar el shunt inducido por atelectasias en pacientes pediátricos anestesiados.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.77>

Anestesia en cirugía de cadera en paciente con estenosis aórtica crítica. Rol del bloqueo iliofascial

Ficcadenti S.¹, Frillochi E.¹, Moreno M.¹, Negronida E.¹

1 Hospital Fernández, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Se reporta la utilidad del bloqueo iliofascial guiado por ecografía y el manejo anestesiológico en una paciente de 100 años de edad con diagnóstico de estenosis aórtica crítica sometida a RAFI de cadera.

Descripción del caso: Paciente de sexo femenino de 100 años de edad cursando fractura medial de cadera derecha de 7 días de evolución es programada para RAFI de la misma.

Antecedentes:

1. Estenosis aórtica crítica.

2. Insuficiencia cardíaca.

3. HTA.

Examen físico:

Ingurgitación yugular 2/3. Crepitantes bibasales. Disnea clase funcional III.

Ecorcardiograma:

FSGVI severamente disminuida. Estenosis aórtica severa: vel. Pico 3,8 m/s, gradientes 58 y 34 mmHg, AVA 0,5 cm².

Procedimiento anestésico: Al ingreso: SpO₂ 96% con cánula nasal; Fc 95x³; TA 145/55. Colocación acceso venoso 16G y catéter arterial. Se administra 1 ug/kg de fentanilo y 2 mg midazolam. Se realiza bloqueo iliofascial ecoguiado con 25 cc de bupivacaína al 0,375%. Simultáneamente al inicio de la cirugía, se inicia infusión de noradrenalina 0,05 ug/kg/min. Fueron necesarios bolos intermitentes de fenilefrina. Tiempo quirúrgico: 75'. Sin cambios electrocardiográficos. Adecuado plano analgésico y manejo del dolor durante el acto quirúrgico. Se traslada a la paciente hemodinámicamente estable a UTI, donde evoluciona favorablemente sin exacerbación de su clínica de base. Sin cambios en ECG ni elevación de enzimas cardíacas.

Comentarios y Discusiones: Documentamos el uso del bloqueo de fascia ilíaca con sedación leve como única técnica anestésica para cirugía de cadera en paciente con estenosis aórtica crítica. Dada su seguridad, eficacia, adecuada analgesia y estabilidad hemodinámica, consideramos a este bloqueo una alternativa muy útil cuando el uso de anestesia general o subaracnoidea no son las opciones más adecuadas debido a su potencial compromiso hemodinámico asociado. Presenta un balance óptimo que satisface las necesidades quirúrgicas y hemodinámicas del paciente.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.78>

Malformación anorrectal neonatal asociada a bradicardia sinusal

Coria A.¹, Martínez G.², Membrives C.²

1 Hospital Lagomaggiore, Mendoza, Argentina.

2 Hospital Notti, Mendoza, Argentina.

Introducción: Las malformaciones anorrectales (M.A.R.) presentan una frecuencia de 1/5.000 nacidos vivos. Pudiendo ser defectos de nacimiento congénitos aislados o como parte de un síndrome.

Las anomalías asociadas están presentes en un 60-70% de los casos, siendo las más graves las urológicas y/o cardíacas.

Los trastornos del ritmo en la época neonatal son muy frecuentes y comprenden un espectro clínico variado, generalmente benigno.

Caso clínico: Paciente de 4 días de edad, grande para edad gestacional con M.A.R. baja con fístula a escroto, micropene probable y cefalohematoma frontal.

Examen físico: soplo funcional, grado 3/6 ,mesosistólico. E.C.G: bradicardia fetal 75 lpm. Presentó 2 episodios de hipoglucemia.

Ante dichos hallazgos se solicita ecocardiograma informado, que muestra no asociación con cardiopatía estructural; se prepara quirófano contando con la disponibilidad de drogas vasoactivas. Se coloca monitorización no invasiva y estetoscopio esofágico, se realiza inducción con sevofluorano y fentanilo 2 mcg/kg. Se intuba al paciente y se coloca en decúbito ventral. El procedimiento quirúrgico es llevado a cabo sin contratiempos. Dada la estabilidad hemodinámica (FC:130 lpm) se procede a la extubación y traslado a neonatología. Nuevamente se constata FC:70 lpm, se interpreta como bradicardia sinusal.

Información adicional: Hay tres patologías en las cuales tenemos que pensar ante una bradiarritmia en el período neonatal. Bloqueo AV congénito, síndrome de QT largo, y enfermedad del nodo sinusal.

Los bloqueos AV se encuentran relacionados con patología materna (LES, SJÖGREN) suele necesitar seguimiento, utilización de corticoides en casos leves y colocación de marcapasos en bloqueos AV de 3º grado.

El síndrome de QT largo congénito, es una de las patologías que causa muerte súbita del lactante.

La enfermedad del nodo sinusal, afecta generalmente a niños con cardiopatía congénita o post-cirugía cardíaca. Suele ser asintomática, siempre debemos descartar otras causas como: hipotiroidismo, hipoglucemias, medicación materna, enfermedades autoinmunes maternas.

El tratamiento en todas estas patologías se debe realizar en base a la funcionalidad cardíaca, puede realizarse con atropina, isoprotenerol, marcapasos transitorio y permanente.

Comentarios y Discusión: Es importante descartar la gran cantidad de malformaciones relacionadas, como diabetes gestacional que incluye agenesia de sacro, o síndrome de VATER entre otras.

Ante un paciente de estas características siempre debemos plantearnos descartar posibles alteraciones estructurales mediante ecocardiograma, incluso holter en algunos casos. La preparación previa con drogas inotrópicas y carro de paro, es esencial para poder resolver futuros eventos desafortunados.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.79>

Abordaje anestésico en paciente obstétrica con TEP masivo

Sbriglio GG.¹, Muñoz LM.¹, Canaan KR.¹

1 Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, Mendoza, Argentina.

Introducción: El TEP es una causa de alta mortalidad materna durante el embarazo. El estado procoagulante propio de esta condición, predispone a mayor incidencia de esta patología.

Descripción del caso: Paciente de 27 años, con antecedentes de tabaquismo, gastritis crónica, sobrepeso, cursando embarazo gemelar de 29 semanas de gestación.

Ingresa a UCO por disnea súbita de 48 h de evolución, taquipnea, dolor torácico en hemitorax derecho, ortopnea, afebril. Se realiza TAC con protocolo para TEP y se diagnostica TEP masivo por lo que se indica Trombolisis con rTpa. En la evaluación preanestésica se constata: SatO₂ AA: 94%, PAI: 125/74 mmHg, TAM 92 mmHg FC: 98 FR: 24. Laboratorio: Hb 11,1 gr/dl, Hto 32,9%, TP 62% TTPK 51, PL 166.000, Fibrinógeno 3,4 g/L, RIN 1,38 Ur. 0,32 g/l Cr. 0,55 mg/dl anticuerpos SAF negativos. ECG: patrón S1Q3T3 Ecocardiograma: Cavidades derechas dilatadas con moderado-severo deterioro de función sistólica. Guía arterial radial Izquierda, VVC yugular interna derecha, sonda urinaria. Infusión Continua de Heparina Sódica 1.100 IU/h. Dobutamina 2 mcg/Kg/min.

Se realiza Ecografía de urgencia por posible desprendimiento de placenta con hematoma retroplacentario. Se indica cesárea de Emergencia. En quirófano, es monitorizada: ECG, SatO₂, PAI, se comprueba permeabilidad de vías, se coloca vía periférica 16G en ambos MMSS. Se comienza con inducción de secuencia rápida: Ketamina 70 mgs., Propofol 60 mgs. Se administra relajante neuromuscular Succinilcolina 100 mgs. Se procede a la Intubación con tubo endotraqueal n°7 con balón, exitosa en primer intento. Se extrae dos fetos vigorosos y luego se mantiene anestesia balanceada con Sevoflurano 1%, Remifentanilo 0,15 Mcgs/kg/min y 3 mgs de Midazolam. Requirió Noradrenalina para mantener TAM (70-80 mmHg). Se revirtió heparina con Sulfato de Protamina y Fibrinógeno 4 g. Para analgesia postoperatoria 6 mgs de Morfina y se revirtió BDZ con flumazenil. Pérdida sanguínea estimada 500 ml, Se expandió con 500 ml de S.F. 0,9%, diuresis de 300 ml. Tiempo quirúrgico total 1 hora. Se extuba paciente sin complicaciones.

Paciente es trasladada a UTI con suplemento de oxígeno y semisentada. A la salida de quirófano paciente lucida, TA 127/80 mmHg, SatO₂ 96% con FiO₂ 100% FC85.

Comentarios y Discusión: El abordaje anestésico en paciente obstétrica con TEP masivo resulto en un gran desafío, por la gravedad de la patología que incluía Insuficiencia Cardíaca derecha y el riesgo potencial de hemorragia debido a la anticoagulación y tratamiento fibrinolítico. El abordaje interdisciplinario de estos pacientes es de suma importancia para tomar recaudos necesarios para el manejo perioperatorio.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.80>

Cornelia de Lange: a propósito de un caso

Morgillo P.¹, Francos G.²

1 Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina.

2 Hospital Fernández, Buenos Aires, Argentina.

El Síndrome de Cornelia de Lange es un trastorno del desarrollo hereditario. Afecta por igual a hombres y mujeres con un ligero predominio de mujeres y se da en 1 de cada 10.000 o cada 30.000 nacimientos. Sus características clínicas principales son, el retraso madurativo severo, microcefalia, nariz pequeña y ancha, paladar ojival, anomalías estructurales en miembros, hirsutismo, pérdida de la audición, micrognatia, malposición dental y erosión dental producida por el reflujo gástrico. A nivel conductual, suelen tener un perfil de personalidad caracterizado por rigidez e inflexibilidad al cambio y una preferencia por el entorno estructurado (rasgo autista), falta de atención, hiperactividad y comportamiento repetitivos.

Se presenta caso de 11 años, de sexo masculino, con síndrome de Cornelia de Lange para amigdalectomía programada. Como antecedentes presenta: retraso madurativo severo, subluxación de cadera bilateral, secuencia de Pierre Robin y secuelar respiratorio. Medicación habitual: Baclofeno 5 mg cada 8 h. Cirugías previas: traqueostomía (hasta los 6 años), gastrostomía y tenotomía bilateral de miembros inferiores. Examen físico: poca apertura bucal, retrognatia, mallampatti III, distancia tiromentoniana disminuida, clasificación de cormack GIII-IV. Premedicación: dexametasona 2 mg/kg, dipirona 20 mg/kg, ketorolac 2 mg/kg. Se decide anestesia general balanceada, midazolam 1 mg, fentanilo 2 mcg/kg, rocuronio 1,5 mg/kg propofol 2 mg/kg y sevoflurano 1%. Se utiliza para intubación un laringoscopio óptico AIRTRAQ® combinado con una vara de eischmann con resultado satisfactorio. La cirugía transcurre sin complicaciones. Se extuba sin inconvenientes. Pasa a sala, donde permanece las primeras 24 horas. Se deja analgesia reglada con ibuprofeno a 40 mg/kg/día.

Como conclusión, el síndrome de Cornelia de Lange presenta generalmente escenarios de vía aérea dificultosa. En este caso resolvió con el empleo de un laringoscopio óptico más una vara de eischmann.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.81>

Disreflexia autonómica en cirugía de columna cervical

Deambrosi MV.¹, Durán Chávez PD.¹, Cianferoni JL.¹, Deltrozzo JO.¹, Bolzón I.¹

1 Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo, Santiago del Estero, Argentina.

Introducción: Reportamos caso de disreflexia autonómica (DA) en paciente con trauma cervical alto de seis días de evolución.

Caso clínico: Paciente masculino de 21 años, ingresa a quirófano para cirugía programada instrumentación de columna cervical, diagnóstico luxofractura de C5 tras traumatismo vial de moto.

Paciente lucido, vigil, orientado en tiempo y espacio, cuadripléjico, sensibilidad conservada a 3 cm superior de línea intermamilar, refiere drogadicción y tabaquismo. Preoperatorio registro inicial: TA: 103/54 mmHg Fc: 60 lxm So2 98%. Se instaura plan anestésico: posición en olfateo, preoxigenación Fio2 100% durante 3 minutos e inducción secuencia rápida: propofol y succinilcolina. Se procede realizar intubación con videolaringoscopio con Introdutor de Eschmann infructuoso, segundo intento laringoscopio McCoy rama 4, intubación con tubo espiralado exitosa, ARM modo vcv, Fio2: 0,30, Vt: 0.400 Peep: 6 Fr: 12 I: E 1:2,5 Etco2: 35 mmHg t° 36,4° C, diuresis inicial: 100ml. Mantenimiento: sevoflurane, remifentanilo y atracurio. Luego de 15 minutos, registro hemodinámicos intraoperatorios tormentosos que varían TA: 210/90 -180/85 mmHg Fc: 45-110 lxm, coincidiendo con toma de injerto óseo en cresta iliaca. Después de 30 minutos, estabilidad hemodinámica. Duración acto quirúrgico 3 horas. Diuresis final: 1.250 ml. Egresa paciente a servicio de Unidad de Terapia Intensiva.

Discusión: La DA es la desregulación del sistema nervioso autónomo que conduce a una respuesta autónoma desordenada que puede resultar en un episodio hipertensivo potencialmente mortal. Se desarrolla típicamente después de una lesión torácica alta o completa, superior a T6, a este nivel existe pérdida del control supraespinal sobre las neuronas preganglionares simpáticas (SPN) caudal a la lesión, lo que hace que las SPN sean susceptibles a episodios de hiperactividad resultantes de estímulos por debajo del nivel de lesión, sin un control supraespinal descendente, generando inestabilidad vascular extrema.

Los factores que desencadenan esta inestabilidad implican hipertono noradrenérgico y motor, puede ser un estímulo cutáneo, propioceptivo o visceral; el 85% se debe a distensión vesical. Generando ascensos del 20% presión arterial media basal o aumentos superiores de 150 mmHg de presión sistólica, acompañado de bradicardia o taquicardia en lesiones cervicales altas. Generalmente se desarrolla entre un mes a un año de producido el trauma, pero se ha descrito en primeros días o semanas.

Conclusión: Dado que el funcionamiento del sistema nervioso simpático en estos pacientes no se puede predecir, se sugiere una inducción suave y lenta de la anestesia. Si presenta hipertensión debe pensarse en forma inmediata en una DA y realizar la búsqueda y manejo del evento desencadenante como inicio del tratamiento, profundizar acto anestésico seguido de vasodilatadores de acción rápida.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.82>

Enfisema subcutáneo consecuencia de divertículo traqueal en cirugía ambulatoria

Tarrico LE.¹, Torrellas BG.¹

1 Sanatorio Británico, Rosario, Argentina.

Introducción: La rotura de tráquea es una complicación rara potencialmente mortal (0,03-0,37%). Posee etiología multifactorial, existen factores de riesgo anatómicos y mecánicos.

Su detección ocurre en el post operatorio inmediato y requiere de sospecha clínica y de estudios complementarios (TAC y fibrobronoscopia) para diagnóstico definitivo.

Caso clínico: Mujer de 66 años, 68 kilos, altura 162 cm, hipotiroidea post tiroidectomía, Goldman 1, medicación levotiroxina.

Ingresa para colecistectomía videolaparoscópica ambulatoria, suspendida 10 días antes por cuadro neumónico. Sin parámetros de vía aérea dificultosa.

Se realiza TIVA, se intuba con King-Visión sin dificultad, TET n°7, se insufla balón con 3,5 ml de aire, dígito-palpación del balón como método de medición de la presión. Al no obtenerse un volumen de oclusión satisfactorio se insufla volumen adicional hasta el cese de fuga peritubo (3 ml). Cirugía de 55 minutos sin particularidades. Diez horas posteriores al alta reingresa por dolor en hombro derecho y dorso con enfisema subcutáneo cervical y torácico.

TAC de cuello y tórax: Imagen sacular en cara posterior de tráquea a 41 mm de cuerdas vocales de 40 mm de longitud x 10 x 5 mm, con cuello de 5 mm, extenso enfisema subcutáneo y entre planos musculares.

Extenso enfisema mediastinal, ligero neumotórax en ambos ápices pulmonares mayor en lado derecho.

Fibrobronoscopia: solución de continuidad en pared traqueal en la porción media de forma lineal alineada a la luz traqueal con bordes romos sin rasgaduras ni sangrado. Compromete pared posterolateral derecha abriéndose a mediastino con una extensión entre 3 y 4 anillos traqueales.

Se decidió conducta conservadora dado la estabilidad clínica, el tamaño menor a 40 mm y ausencia de lesión esofágica.

Comentarios: Considerando la sumatoria de factores de riesgo para una debilidad de la pared traqueal (mujer, > 50 años, tiroidectomía, neumonía reciente), sospechamos que se produjo herniación de la mucosa por aumento de la presión endoluminal con laceración ulterior. Los divertículos adquiridos son de gran tamaño con amplia conexión con la tráquea, como es el caso de nuestra paciente.

Si bien la causa más frecuente de injuria es un inflado excesivo del balón en una pared previamente alterada, en este caso no podríamos asegurar que la lesión haya sido ocasionada por el mismo.

Conclusión: Es mandatoria la realización de fibrobronoscopia ante un enfisema subcutáneo inexplicado en el contexto de una intubación reciente.

Considerando la gravedad de esta complicación recomendamos el uso de manómetros para evitar presiones mayores a 30 cmH₂O causantes de isquemia de la mucosa.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.83>

Protocolo libre de opioides en el Hospital Universitario Austral para pacientes sometidos a cirugía de bariátrica

Ponte T.¹, Gamboz F.¹

1 Hospital Universitario Austral, Pilar, Argentina.

Introducción: El desarrollo de cirugía bariátrica laparoscópica y la integración de un equipo multidisciplinario han hecho que esta se convierta en el tratamiento más eficaz y eficiente contra la obesidad severa y sus comorbilidades.

Desde el punto de vista de la anestesia, el desarrollo de técnicas alternativas libre de opioides para el manejo intraoperatorio ha demostrado tener una menor incidencia de efectos adversos en el post operatorio inmediato.

Objetivos: Primario: describir la anestesia libre de opiáceos.

Secundarios:

- Describir intensidad de dolor postoperatorio en UCPA.
- Describir la cantidad de rescates analgésicos y tiempo transcurrido desde el ingreso hasta el alta.
- Incidencia de náuseas y vómitos.

Materiales y Métodos: Se realizará un estudio descriptivo en pacientes que han recibido anestesia libre de opioides:

- Hipnosis: Sevoflurano 1,5%.
- Relajación muscular: Rocuronio 0,6 mg/kg.
- Analgesia multimodal: Dexmedetomidina 0,5 mcg/kg/h (carga 1 mcg/kg a pasar en 10 minutos), Lidocaína 2 mg/kg/h peso corregido (carga 1,5 mg/kg a pasar en 10 minutos), Ketamina 0,2 mg/kg + 0,1 mg/kg cada hora, Ketorolac 1 mg/kg, Paracetamol 10 mg/kg, Dexametasona 0,2 mg/kg (Max 8 mg).
- Prevención náuseas y vómitos: Ondansetron 4 mg.

Criterios de inclusión: Pacientes sometidos a cirugía bariátrica en Junio en el hospital universitario austral.

Criterios de exclusión: Pacientes con alergia a cualquiera de las drogas utilizadas.

Pacientes en tratamiento por dolor crónico.

Pacientes que se realicen cirugía bariátrica tipo revisional o de conversión.

Resultados: Se analizó la historia clínica de 10 pacientes de cirugía bariátrica, evaluando los requerimientos de rescates en el post operatorio y la cantidad de días de internación requerida.

El promedio de rescates recibidos fue de: 2,1 rescates de fentanilo 50 mcg, siendo 4 rescates el máximo recibido por un paciente y 0 el mínimo.

En cuanto a los días de internación, el promedio fue de 1,3 días de internación. Siendo el máximo 3 días por una complicación correspondiente al área quirúrgico (sangrado post operatorio inmediato).

El 80% de los pacientes fue dado de alta al día siguiente de la cirugía cumpliendo con los objetivos de trabajo del equipo quirúrgico.

Conclusión: Si bien serían necesarios mayores estudios para corroborar los beneficios los resultados obtenidos en la presente recopilación de casos consideramos que es una técnica válida para realizar, en caso que amerite.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.84>

Prevención en la formación de atelectasias durante la inducción anestésica en pediatría. Estudio randomizado

Gerez SA., Venturin N., Rudzik N., Santanera B., Portela F., Viotti F., Tusman G., Acosta MC.

Introducción: En pacientes adultos la inducción anestésica con CPAP ha demostrado disminuir la incidencia de atelectasias y se asocia con una mejor oxigenación. Nuestro estudio fue diseñado para evaluar el efecto de 5 cmH₂O de CPAP durante la inducción anestésica en pacientes pediátricos, para prevenir la formación de atelectasias inducidas por anestesia general. Presentamos datos preliminares de este estudio.

Método: Cuarenta y dos niños de 6 meses a 7 años, ASA I-II, programados para cirugía bajo anestesia general con ventilación mecánica recibieron un seteo de ventilación protectora controlada por volumen con un volumen tidal 6 ml/kg, PEEP 5 cmH₂O, relación I:E 1:1,5, FiO₂ 40%, utilizando un Aespire 7900 (Datex-Ohmeda, GE Healthcare, Helsinki, Finland). Los pacientes fueron randomizados en dos grupos: 1) Grupo Control (grupo-C), n = 21, recibieron inducción anestésica a través de un circuito circular sin CPAP (presión positiva continua en la vía aérea); 2) Grupo CPAP, n = 21, los pacientes recibieron inducción con circuito circular utilizando CPAP. Durante el intra-operatorio aquellos pacientes del grupo CPAP que presentaron atelectasias post-inducción anestésica, evidenciadas por ultrasonido pulmonar o test del aire positivo (SpO₂ ≤ 96%) recibieron maniobra de reclutamiento con un seteo posterior de PEEP de 8-9 cmH₂O.

Un score de aireación pulmonar fue obtenido utilizando ecógrafo portátil Esaote (MyLab Gamma, Genova, Italy) con sonda lineal HF 6-12 MHz post-inducción (T1) y al finalizar la cirugía (T2).

Resultados: Enrolamos 42 pacientes ASA I, las características demográficas y duración de la cirugía fueron similares en ambos grupos estudiados (Tabla 1).

El score de aireación fue obtenido en ambos grupos en T1 y T2 (Figura 1) Post-inducción anestésica (T1) el grupo CPAP obtuvo un score de aireación significativamente menor al grupo-C, (3,48 ± 8,76; p < 0,001, respectivamente). En T2 el score de aireación disminuyó en el grupo CPAP (3,48 vs 1,76) manteniendo una diferencia significativa con el grupo-C (1,76 vs 9,62; p < 0,001).

Conclusiones: Las atelectasias inducidas por anestesia general observadas frecuentemente en pacientes pediátricos fueron prevenidas más eficazmente en los pacientes que recibieron una inducción con CPAP. Esta estrategia aporta oxígeno y anestésico inhalatorio a una presión positiva de 5 cmH₂O, lo cual mantendría abiertos los alveolos y mejoraría la oxigenación al reducir el shunt a través de áreas atelectásicas.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.85>

Analgesia postoperatoria materna - cirugía fetal cierre mielomeningocele. Experiencia Hospital Carlos Van Buren

Márquez D.¹, Astele F.^{1,2}, López N.^{1,2}

1 Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

2 Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

Introducción: El Mielomeningocele es una malformación congénita caracterizada por un defecto en el desarrollo y cierre del tubo neural. La cirugía de corrección fetal, ha demostrado ser útil para revertir la herniación cerebral secundaria y ha disminuido la necesidad de derivación de líquido céfalo raquídeo postnatal. A pesar, que se han desarrollado múltiples protocolos de manejo quirúrgico y anestésico orientados a la corrección prenatal del defecto (con énfasis en resultados perinatales), no existen publicaciones sobre el manejo analgésico postoperatorio seguro de estas pacientes. En este estudio se describe el manejo analgésico durante las primeras 24 horas postoperatorias de pacientes, sometidas a cirugía abierta para el cierre de defectos del tubo neural fetal en nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes sometidas a cirugía reparación abierta de mielomeningocele fetal, en Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso), Chile, entre diciembre de 2014 - julio de 2019. Se analizaron 18 fichas, incluyéndose 17 pacientes que tenían registro completo, con edades gestacionales entre 23 - 26 semanas, feto único y diagnóstico de mielomeningocele prenatal. La técnica anestésica empleada fue anestesia general (Sevorane, y Remifentanil - TCI) asociada o no a analgesia neuroaxial, paracetamol y/o AINES en postoperatorio.

Resultados: En 15 de 17 pacientes (88%) se utilizó Morfina intratecal preoperatoria, en rango de 80 - 120 ug. Se obtuvo analgesia satisfactoria en un 73% (11/15) de éstas, (considerando satisfactorio EVA < 4/10 hasta las 24 h siguientes). En 4 de 15 pacientes con morfina se asoció el uso de analgesia peridural con bolo intermitente programado (Bupivacaína 0,1%). En 3 pacientes de éstas últimas se logró analgesia satisfactoria. Las pacientes que no recibieron morfina intratecal fueron manejadas con Metamizol en infusión y Paracetamol oral. Dos pacientes requirieron morfina endovenosa (ev) de rescate. Complicaciones como náuseas y vómitos fueron referidas en el grupo de morfina intratecal en 29% de los casos y en 100% del grupo de Morfina ev. No reportamos otras complicaciones del uso de opiodes (prurito, retención orina y depresión respiratoria).

Conclusiones: La morfina intratecal fue la técnica analgésica más utilizada en estas pacientes, logrando analgesia satisfactoria en la mayoría. Complicaciones como náuseas y vómitos postoperatorios estuvieron presentes en un tercio de esta serie. No se reportaron otras complicaciones. Dadas las limitaciones propias del estudio, falta evidencia que nos permita establecer un esquema analgésico estandarizado y seguro para este grupo de pacientes, sin embargo, parece prometedor la utilización de opiodes neuroaxiales y/o anestésicos locales en modalidad PCEA.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.86>

Cirugía cardiovascular libre de opioides: un estudio prospectivo observacional

Cukierman D.¹, Fernández E.¹

1 CEMIC, CABA, Argentina.

Introducción: El objetivo de este estudio fue comparar la anestesia general libre de opioides con la anestesia general balanceada con remifentanilo en cirugía cardiovascular (CCV) en términos de dolor agudo postoperatorio. Si bien en la práctica habitual en CCV se suelen utilizar grandes dosis de opiáceos la tendencia actual consiste en minimizar las dosis de los mismos. Presentamos como alternativa la realización de una anestesia totalmente libre de opioides para CCV.

Métodos: Se presentan resultados parciales de un estudio prospectivo observacional que está siendo realizado en el Hospital Universitario CEMIC. La hipótesis del mismo consiste en que la anestesia libre de opioides (OFA por sus siglas en inglés) permite un mejor control del dolor medido por escala verbal numérica y menores requerimientos de morfina en el postoperatorio que la anestesia basada en opiáceos en CCV. Se incluyeron todos los pacientes mayores de edad que requieran CCV programada en nuestra institución. Se excluyeron del análisis pacientes con antecedentes de dolor crónico, trastornos psiquiátricos medicados con drogas que puedan interferir con la correcta evaluación del dolor.

Comparamos la intensidad de dolor postoperatorio en pacientes que recibieron una anestesia general libre de opioides (grupo OFA) (n = 8) contra aquellos que recibieron una anestesia general balanceada con remifentanilo (n = 5). Durante la cirugía ambos grupos recibieron Sevoflorane 0,8% espirado, infiltración de herida y drenajes con ropivacaína 0,75% y ketorolac 1 mg/kg. Como diferencias el grupo OFA recibió una infusión de ketamina 0,25-0,5 mg/kg/h Lidocaina 1,5-3 mg/kg/h, Dexmedetomidina 0,3 mcg/kg/h y esmolol 5 mcg/kg/min, paracetamol 10 mg/kg, dipirona 20 mg/kg; el grupo control recibió una infusión de remifentanilo 0,2-0,4 mcg/kg/h y morfina 0,1 mg/kg. Se realizaron mediciones de dolor según Escala Numérica Verbal (ENV) a las horas 0, 2, 4, 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42 y 48 h respecto del momento de la extubación, además se midió consumo de morfina o equivalente durante las primeras 48 h postoperatorias, estadía hospitalaria y complicaciones postoperatorias.

Resultados: El dolor agudo postoperatorio fue de menor intensidad en el grupo OFA comparado con el grupo control (Grafico 1). El consumo promedio de opioides fue de 6,125 mg en el grupo OFA y 4,4 mg en el grupo control. No se observaron diferencias significativas en la estadía hospitalaria ni en las complicaciones postoperatorias salvo una tendencia a mayor duración de ventilación mecánica y mayor incidencia de excitación psicomotriz y trastornos cognitivos en el grupo con opioides.

Conclusión: Creemos que la anestesia libre de opioides es una alternativa válida y segura en cirugía cardiovascular.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.87>

Respuesta al estrés quirúrgico: Gasto metabólico basal, cortisol y glucemia. Tratamiento perioperatorio

Ferro S.¹, Mangiarotti E.¹, Peroni D.¹, Godoy SM.¹, Tami MF.¹, Martínez A.¹, Pineda F.¹, Salvatori F.¹, Chávez D.¹

1 Hospital Magdalena V de Martínez, Gral Pacheco, Argentina.

Introducción: El estrés quirúrgico desencadena en el paciente alteraciones secretorias del eje neurohipófiso-suprarrenal, con la consecuente liberación de cortisol.

Este, junto a otras hormonas endógenas (catecolaminas, prolactina, glucagón) es liberado al plasma en cuadros de ansiedad o estrés produciendo hiperglucemia, taquicardia, taquipnea, hipertensión arterial y malestar general.

La magnitud del estímulo estresor, el ayuno innecesariamente prolongado y/o un sueño liviano no reparador condicionan también aumentos en el Gasto Metabólico Basal (GMB).

En un alto porcentaje de pacientes la respuesta metabólica al estrés provoca el consumo de reservas (hormonas catabólicas que favorecen la proteólisis) y al mismo tiempo, la adaptación al ayuno se bloquea.

Todo esto conlleva a alteraciones hemodinámicas y del metabolismo que se manifestaran en la morbimortalidad perioperatoria.

El objetivo de este trabajo es medir concentraciones de cortisol, glucemia y nitrógeno urinario como indicadores de estrés y gasto metabólico en pacientes seleccionados que reciben premedicación ansiolítica, confort intraoperatorio y ayuno estricto de ocho horas.

Materiales y Métodos: Se seleccionan treinta pacientes de ambos sexos, ASA I - II, entre 20 y 60 años de edad, con indicación de cirugía electiva de mediana complejidad.

Se excluyen pacientes en tratamiento con depresores del SNC o con patología endócrina.

Se dividen al azar en dos grupos de quince pacientes:

Grupo A: Visita preanestésica; Alprazolam 0,02 mg/kg VO (al inicio del ayuno); Musicoterapia al ingreso a quirófano hasta el momento del despertar. Ayuno que NO supere las 8 h.

Grupo B: Visita preanestésica con indicaciones habituales.

Ambos grupos recibirán anestesia general balanceada y se les realizan los siguientes controles:

Niveles de cortisol entre las 8 h y las 9 h de la mañana el día previo a la cirugía y en el mismo horario el día de la intervención.

Controles de glucemia al ingreso a quirófano.

Glucemia y nitrógeno urinario a las 24 h del postoperatorio.

Intraoperatorio, registros de: Tensión arterial, Frecuencia cardíaca, Requerimiento de estabilizadores de TA.

Postoperatorio, se evalúa: Sensaciones displacenteras; Requerimiento de analgésicos; Estabilidad emocional; Recuerdo del procedimiento; Condiciones de alta.

Resultados: A través de métodos farmacológicos (ansiolíticos) y no farmacológicos (empatía prequirúrgica, confort intraoperatorio) se logra: Disminución de liberación de cortisol y hormonas de estrés; Mayor estabilidad intraoperatoria; Menor proteólisis, mejor adaptación al ayuno y menor gasto energético basal; Estabilización normoglucémica en el postoperatorio.

Lo anteriormente dicho se ve reflejado en menor requerimiento de analgesia en las 24 h postoperatorias, disminución del tiempo de internación y recuerdo placentero del evento quirúrgico.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.88>

Una comparación randomizada entre inyección única y doble en el bloqueo costoclavicular guiado por ultrasonido

Layera S.¹, Bravo D.¹, Fernández D.¹, Jara Á.¹, Aliste J.¹

1 Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: El bloqueo costoclavicular con inyección única no ha demostrado diferencias respecto al abordaje infraclavicular convencional. Esto se explicaría por la distribución no homogénea del anestésico local luego de una inyección única entre los 3 cordones. Nuestra hipótesis es que una inyección doble en el espacio costoclavicular permitiría compensar este efecto, disminuyendo la latencia de bloqueo.

Métodos: Se reclutaron pacientes entre 18 a 75 años programados para cirugía de extremidad superior distal a codo bajo anestesia regional y sedación intravenosa. Se excluyeron sujetos con contraindicaciones para bloqueo de plexo braquial, dolor crónico y cirugía previa en región infraclavicular. Una vez obtenido el consentimiento, los pacientes fueron randomizados para recibir un bloqueo costoclavicular con inyección única, o bien una inyección doble, con 35 ml de bupivacaína 0,25%, lidocaína 1%, epinefrina 5 mg/ml y dexametasona 2 mg. Posteriormente, un evaluador ciego a la randomización realizó una medición del bloqueo sensitivo-motor de los nervios terminales del plexo braquial cada 5 minutos hasta los 30 minutos post-bloqueo, determinando el tiempo de latencia hasta conseguir un bloqueo exitoso. Además de las variables demográficas, se registraron el tiempo de ejecución, dolor asociado al procedimiento, la incidencia de anestesia quirúrgica y ocurrencia de eventos adversos relacionados con el bloqueo.

Los datos fueron analizados con STATA 15.

Resultados: Durante un período de 2 meses se reclutaron 36 pacientes. No se registraron diferencias entre ambos grupos en cuanto a tiempo de ejecución, dolor procedimental, incidencia de eventos adversos o tasa de éxito de bloqueo quirúrgico. Comparado con una inyección única, la inyección doble no logró mostrar una diferencia en el tiempo de latencia (19,6 [5,5] vs 19,6 [6,9] minutos).

Conclusiones: En este reporte preliminar, la inyección doble en el bloqueo costoclavicular con 35 ml de solución anestésica no disminuye el tiempo de latencia en comparación con la inyección única. Se requieren estudios adicionales utilizando menores volúmenes para evaluar si existen beneficios con la inyección doble en relación al tiempo de latencia o tasa de éxito.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.89>

Técnica dormido-despierto-dormido en paciente anciano, uso lma y tiva, para resección tumoral cerebral

Díaz NB.¹, Acosta MA.¹, Carabajal Rodríguez JM.¹, Sandez FN.^{1,2}, Bolzón I.¹

1 Hospital Regional Ramón Carrillo, Santiago del Estero, Argentina.

2 Sanatorio Alberdi, Santiago del Estero, Argentina.

Introducción: La neurocirugía con paciente despierto es un método útil en lesiones próximas a áreas elocuentes cerebrales para optimizar la resección de tumores y preservar la función neurológica.

Descripción del caso: Paciente femenina de 79 años, 65 kg, con disartria y ataxia en mano derecha, evoluciona a hemiparesia severa derecha, con evidencia de lesión expansiva quística subcortical temporoparietal izquierda en íntima relación con el área motora y del lenguaje, afasia mixta a predominio derecho. Antecedente de cáncer de mama y metástasis pulmonar (resuelto), anticoagulada, con arritmias cardíacas, hipotiroidismo. Se realiza resección de tumor, bajo técnica dormido-despierto-dormido, con uso de potenciales evocados somatosensitivos y motores. Inicio: dosis de carga de dexmedetomidina de 1 mcg/kg, en 20 minutos, infusión de remifentanilo 0,03 mcg/kg/min 5 minutos antes de realizar la inducción con propofol en bolo lento de 60 mg, para la colocación de la máscara laríngea Aura Gain N° 4 sin complicaciones. Infiltración del colgajo con bupivacaína isobárica 0,25%. Mantenimiento: ARM, infusión de propofol a 6 mg/kg/h los primeros 10 minutos luego a 4 mg/kg/h, remifentanilo a 0,3 mcg/kg/min y dexmedetomidina 0,03 mcg/kg/h. A los 40 minutos de iniciada la cirugía se procede a suspender las infusiones de propofol y remifentanilo y se continúa con infusión de dexmedetomidina a 0,03 mcg/kg/h. Aproximadamente a los 15 minutos la paciente despierta, se retira la máscara laríngea, se coloca cánula nasal, se realiza evaluación del habla y respuesta a órdenes sin inconvenientes, se le pide a la paciente que abra la boca, se coloca LMA con buena tolerancia, inmediatamente se realiza bolo de propofol 60 mg. Continuamos con propofol a 4 mg/kg/h, remifentanilo a 0,3 mcg/kg/min, se mantiene la dosis de dexmedetomidina a 0,03 mcg/kg/h. Tiempo quirúrgico 180 min. Paciente se recupera con Aldrete 10/10 y se traslada a terapia intensiva.

Información adicional: Colocación de línea arterial, sonda Foley y dos vías periféricas 20 G y una 16 G. Hemodinámicamente estable durante toda la cirugía. Posición de cirugía: decúbito dorsal con rotación de la cabeza hacia la derecha. Uso de bomba jeringa.

Discusión: Los adultos mayores presentan mayor sensibilidad a los anestésicos intravenosos a nivel del SNC y tienen respuestas hemodinámicas incrementadas. El uso de máscara laríngea está aceptado para este tipo de cirugía. El paciente adulto mayor debe ser previamente evaluado cognitivamente para verificar si será colaborador y disminuir su ansiedad dándole las herramientas e información necesarias para la comprensión del procedimiento.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.90>

¿Es segura la técnica combinada espinal-epidural en analgesia para trabajo de parto en instituto de formación?

Roland H.¹, Priotto A.¹

1 Hospital Privado, Córdoba, Argentina.

Introducción: El dolor del parto es de los dolores más intensos que una mujer puede experimentar. Los bloqueos neuroaxiales son los medios más efectivos para proporcionar analgesia durante la dilatación y el parto, por ser más flexibles y con menos efectos depresores sobre la madre y el feto.

La técnica combinada espinal-epidural (TCEE) ofrece analgesia de comienzo rápido, con riesgo mínimo de toxicidad o de bloqueo motor intenso, permite prolongar la analgesia tanto como sea necesario y se puede realizar anestesia para cesárea.

La realización de técnicas neuroaxiales dependen de la pericia y experiencia del operador y en instituciones formadoras la incidencia de complicaciones podría aumentar.

El alivio del dolor inmediato, luego de la punción raquídea, permite realizar la punción epidural y colocación de catéter con mayor tiempo y cuidado, para evitar complicaciones.

Hipótesis: La TCEE en trabajo de parto, es segura, efectiva y con baja tasa de reacciones adversas.

Objetivos:

-Valorar eficacia de TCEE en mismo espacio lumbar, técnica de Dogliotti, avance intermitente.

-Evaluar incidencia de complicaciones y seguridad de la técnica en institución formadora.

Material y Métodos: Estudio longitudinal, retrospectivo, de 2.171 pacientes, consecutivas, embarazadas a término, con parto vaginal electivo y que solicitan analgesia para el trabajo de parto, entre 01/05/2010 y 30/04/2015 en Hospital Privado de Córdoba.

Cada paciente firmo consentimiento. Bajo Asepsia, se realiza TCEE, primero punción raquídea, al retirar aguja espinal se marca distancia desde la piel hasta la punta de la aguja, luego se la enfrenta a la aguja epidural y se mide la distancia que tendremos desde la piel hasta la membrana Duramadre, así determinamos hasta donde podremos avanzar de manera "segura" y cuando estamos ante el riesgo de una PDA. (Figuras 1, 2) Luego se realiza epidural, en el mismo espacio lumbar, técnica pérdida de la resistencia, avance intermitente.

Resultados: Muestra final: 2.171 pacientes, edades: 13-44 años, peso promedio 72,16 kg, altura promedio 1,63 mts. El 29,8% de procedimientos fueron realizados por anestesiólogos staff y 70,2% por residentes supervisados.

Registramos complicaciones en 3,15% de los procedimientos realizados (69 casos), 54 correspondieron a complicaciones menores y de resolución inmediata, 15 pacientes presentaron complicaciones que requirieron intervenciones posteriores (Tabla).

Conclusiones: La TCEE es una técnica segura para la analgesia del trabajo de parto, ya que proporciona alivio inmediato del dolor, presenta pocas reacciones adversas y permite ser realizada por anestesiólogos en formación sin inconvenientes.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.91>

Bloqueo femoral continuo: Opción para control de dolor en reemplazo total de rodilla con movilización inmediata

Acosta Larrosa M.^{1,2}, Díaz, N.¹, Carabajal JM.¹, Rojas S.¹

1 Hospital Regional Ramón Carrillo, Santiago del Estero, Argentina.

2 Santiago del Estero.

Introducción: La cirugía de reemplazo total de rodilla está asociada a dolor posoperatorio que se cataloga como intenso por lo que es necesario un adecuado manejo del dolor para una rehabilitación temprana. Esto genera un desafío para los anestesiólogos ya que no hay un acuerdo sobre que esquema analgésico es mejor. El bloqueo femoral continuo es una opción válida para su control.

Descripción del caso: Paciente masculino de 55 años, 90 kilos, BMI 30. Antecedentes patológicos hipertensión. Antecedentes quirúrgicos: artroplastia total de rodilla, extracción de prótesis con colocación de espaciador con pésimo manejo del dolor posoperatorio en ambos procedimientos. Cirugía: artroplastia total de rodilla. Intraoperatorio: monitoreo de signos vitales con oxímetro de pulso, presión arterial no invasiva y cardioscopio. Sedación con Midazolam 3 mg cada 45 min. Se realiza bloqueo neuroaxial subaracnoideo con bupivacaina hiperbárica 0,5% 15 mg + clonidina 80 mcg, seguido de bloqueo femoral izquierdo con bupivacaina isobárica 0,125% sin epinefrina y colocación de catéter bajo guía ecográfica y neuroestimulación. Duración de cirugía 130 minutos, sin complicaciones. Pasa a sala común. Posoperatorio: se indica analgesia con infusión continua de bupivacaina 0,125% sin epinefrina a 10 ml/h, diclofenac 75 mg cada 12 h y dipirone 2 gramos cada 8 h endovenoso. Comienza con rehabilitación a las 2 h. Control exitoso del dolor con EVA 2/10 en la hora 1, 6, 12, 18, 24, 36 y 48 h luego de la cual se retira el catéter femoral manteniendo la indicación de diclofenac 75 mg cada 12 h endovenoso y rescate con tramadol 37,5 mg más paracetamol 325 mg vía oral y logrando un adecuado control del dolor sin necesidad de rescate. Alta hospitalaria al 4º día.

Discusión: Existen múltiples opciones analgésicas y cada una con ventajas y contras por lo que no hay acuerdo sobre un esquema único y superior. El bloqueo femoral continuo presenta ciertas ventajas frente a analgesia endovenosa en relación al uso de opioides y sus efectos adversos. En nuestro caso el manejo del dolor fue óptimo, generando mayor confort y satisfacción en el paciente en comparación con cirugías previas. Esta técnica es una de las mejores opciones en nuestro ámbito ya que no contamos con personal idóneo en sala de internación para manejar otro tipo de analgésicos como son los opioides.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.92>

Uso de protocolo Vórtex en el manejo de vía aérea en paciente con eclampsia

Acosta Larrosa MA.^{1,2}, Díaz NB.¹, Beltrán VL.¹, Isorni GM.¹, Bolsón I.¹

1 Hospital Regional Ramón Carrillo, Santiago del Estero, Argentina.

2 Santiago del Estero.

Introducción: El manejo de vía aérea dificultosa resulta un desafío para los anestesiólogos. Actualmente existen diferentes protocolos y guías para abordar esta problemática. El protocolo Vórtex intenta detectar y resolver anticipadamente los problemas. Su manejo mejora la toma de decisiones y promueve el trabajo en equipo. El embarazo predispone a las pacientes a esta situación clínica y aun más cuando se asocia a hipertensión, coagulopatía, entre otras.

Caso clínico: Paciente femenino 31 años gesta 3, cesárea 2. Hipertensión inducida por el embarazo medicada con alfa metil dopa. Es derivada de Hospital Zonal por presentar un episodio de convulsión tónico clónica. Se interna en terapia intensiva, se realiza tratamiento antihipertensivo con labetalol, amlodipina y alfa metil dopa, más dosis de ataque y mantenimiento de sulfato de magnesio, sin éxito, por lo cual se decide paso a quirófano. Al ingreso, se encuentra somnolienta, desorientada en tiempo y espacio, tensión arterial 180/110, frecuencia cardíaca 90 lpm, saturación 96%. Se decide anestesia general. Se realiza preoxigenación con máscara facial y FIO₂ de 100% e inducción de secuencia rápida, con propofol, succinilcolina y maniobra de Sellick. En la primera laringoscopia, se observa, Cormack Lehane 3 A, mucosa edematosa y friable. Se intenta intubación con vara de Eschmann, fallida. Al realizar una segunda laringoscopia, luego de reposicionar a la paciente y cambiar de laringoscopio, se observa Cormack Lehane 3 B, sangrado de mucosa, saturación de 92%, por lo cual se decide ventilación con máscara facial y al no lograr una ventilación efectiva, se pasa a colocar máscara laríngea supreme N°4 consiguiendo de esta manera una adecuada ventilación de la paciente, continuando así con la cesárea sin complicaciones. Se coloca sonda k10 a través del canal de la máscara laríngea para drenar el estómago.

Discusión: Los protocolos actuales de vía aérea dificultosa no anticipada, son bastante resistidos por los profesionales por su seguimiento dificultoso y la falta de disponibilidad de ciertos dispositivos. Vórtex es una herramienta que complementa los algoritmos de vía aérea dificultosa, siendo una guía cognitiva, fácil de recordar en situaciones de estrés. La paciente embarazada con patologías hipertensivas asociadas, implica un desafío en situaciones de emergencia, respecto del manejo de la vía aérea.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.93>

Valoración del paciente al trabajo del anestesiólogo ¿El anestesiólogo da a conocer el rol que lleva en la cirugía?

Sáenz Fernández DM.¹

1 Hospital Pablo Soria, San Salvador de Jujuy, Argentina.

Introducción: La anestesiología es una especialidad médica que no es muy conocida en sus roles por el paciente teniendo este la idea que es solo el profesional que “lo duerme” no llegando a englobar la multiplicidad de funciones que realiza, llegando a esto en parte por el trato del profesional hacia su paciente y el desaprovechar oportunidades de entablar relación médico paciente sea en visita preanestésica por ejemplo. El objetivo fue analizar la valoración por el paciente de la función del anestesiólogo, así también la relación que logran entablar y objetivar posibilidades desaprovechadas de relacionarse con el paciente.

Métodos: Se usó criterios de inclusión población de mayor igual a 15 años con capacidades cognitivas y psíquicas físicas de poder resolver el cuestionario y se excluyó pacientes con déficit cognitivos físicos o que presenten trastornos psiquiátricos en la población de pacientes ASA 1,2 programados para cirugía que previamente se le realizó la visita preanestésica, en el período junio julio de 2019 empleando para ello encuestas de opción múltiple. Se analizó los datos estadísticos con gráficos sectoriales barras (Excel).

Resultados: Se tomó una muestra de 40 pacientes ASA 1 y 2 programados para cirugía con visita preanestésica realizada. Se observa una mayoría femenina en la muestra (64%) con una distribución etaria mayormente entre los 23 a 37 años con un nivel de escolaridad en su mayoría no superior al nivel secundario, tendiendo cirugías previas la mitad de los paciente de los cuales (77%) no recuerda haber llegado a conocer a su anestesiólogo, creen en gran número 50% de consultados que el anestesiólogo solo los duerme responden en 60% no llegar a comprender que técnica anestésica se les efectuara aunque ya haya sido realiza la visita preanestésica, manifiestan en 65% de los casos desear conocer a su anestesiólogo antes de su cirugía y responden en un 20% que la anestesia les genera ansias versus 22% de la cirugía.

Conclusión: Los médicos anestesiólogos no llegamos a entablar una relación médico paciente sea por el breve encuentro que se efectúa aun con visita preanestésica, y mantienen un claro concepto que el anestesiólogo solo los duerme y no realiza muchas más funciones, se observa un claro deseo por parte del paciente de conocer a su anestesiólogo previamente y que le sea explicada la técnica anestésica que le aplicaran con detalle y paciencia adaptada a su nivel educativo.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.94>

Absceso profundo de cuello: intubación vigil con fibrobroncoscopia

Carabajal Rodríguez JM.¹, Rojas S.¹, Avila R.¹, Acosta Larrosa M.¹, Díaz NB.¹

1 Hospital Regional Ramón Carrillo, Santiago del Estero, Argentina.

Introducción: Es un proceso inflamatorio - infeccioso de las fascias cervicales. Causas: invasión de bacterias de flora bucal, generalmente polimicrobiana con predominio de anaerobios. Clínica: disfagia, odinofagia, disnea, síndrome febril, dolor cervical, trismus, adenopatías. Tratamiento: antibióticos de amplio espectro - drenaje quirúrgico. Complicaciones: mediastinitis, neumonía, derrame pleural, tromboembolismo pulmonar, insuficiencia respiratoria aguda, lesión vascular, sepsis y falla orgánica múltiple.

Descripción del caso clínico: Paciente sexo masculino de 32 años ingresa a quirófano con diagnóstico de absceso dental - cervical con el fin de realizar cervicotomía universal derecha. Antecedentes patológicos: consumo de tabaco y alcohol, obesidad (IMC 40 kg/m²), ASA III. Estable hemodinamicamente, saturación 97% (cánula nasal con 3 lts/min de oxígeno). Examen complementarios: ECG; Radiografía de Tórax; TAC de cuello; laboratorio (leucocitosis con neutrofilia). Valoración de vía aérea: ventilación dificultosa (masculino, IMC 40 kg/m², Mallampati 4); intubación dificultosa (incapacidad de protrusión mandibular - trismus - apertura bucal < 2 cm - distancia tiromentoniana < 6 cm - circunferencia de cuello > 40 cm - movilidad cervical limitada - Mallampati 4 - macroglosia). Monitorización ECG - presión arterial no invasiva - oximetría de pulso - capnografía. Se realiza intubación vigil mediante fibrobroncoscopia con tubo endotraqueal N°7 (premedicación fentanilo 150 mcg ev; lidocaína 2% 400 mg en orofaringe - seno piriforme - laringe - tráquea). Inducción propofol - atracurio. Mantenimiento: sevoflurane - atracurio - remifentanilo. Extubación en quirófano, paciente vigil, sin bloqueo neuromuscular residual, normotermia y analgesia adecuada, sin complicaciones.

Comentarios: En el caso de una vía aérea difícil, el anestesiólogo cuenta con diferentes guías-protocolos (ASA - DAS) y herramientas (laringoscopios - videolaringoscopios - máscara laríngea) para asegurar vía aérea y permitir una oxigenación adecuada de los tejidos. En este caso clínico se realizó intubación vigil mediante fibrobroncoscopia (Plan A) con el fin de mantener al paciente con tono muscular adecuado de vía aérea y ventilación espontánea, estabilidad hemodinámica y reducir el riesgo de pasaje de contenido purulento a tráquea. Desventajas que se pueden presentar: hemorragia - secreciones en vía aérea. Ante eventuales complicaciones se disponía de materiales para realizar cricotomía (Plan B) o traqueostomía quirúrgica (Plan C).

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.95>

Concordancia de monitores de temperatura para el postoperatorio inmediato. Cohorte observacional

Paz V.¹, Vásquez J.¹, San Martín P.¹, Torres D.^{1,2}

1 Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

2 Clínica Santa María, Santiago, Chile.

Introducción: La monitorización de temperatura central en el intraoperatorio está estandarizada mediante monitores invasivos o de flujo de calor cero (FC0), pero en recuperación los métodos invasivos son incómodos para los pacientes.

El objetivo de este estudio fue evaluar la concordancia entre el monitor de FC0 (Gold estándar) con dos termómetros no invasivos en el postoperatorio inmediato.

Métodos: Diseño: Cohorte observacional. Luego de aprobación por IRB, se incluyeron cincuenta pacientes adultos que ingresaron a la unidad de recuperación postanestésica después de haber sido sometidos a anestesia general. Después de la monitorización inicial, a todos los pacientes se les puso el monitor de FC0 (SpotOn, 3M, USA) y cuando se estabilizó la lectura, se realizó la medición simultánea con los dos métodos no invasivos: un monitor sublingual electrónico (SLE) (FILAC 3000 AD Electronic thermometer, Covidien, USA) y un dispositivo infrarrojo (IRT) (DT-8806C IR Thermometer, China). Todos los monitores fueron debidamente calibrados y se utilizaron siguiendo las indicaciones del fabricante. Las mediciones se realizaron con cada dispositivo, cada 10 minutos, hasta completar 90 minutos de monitorización. Estadística: Se describen las variables basales de los pacientes y se calculó el coeficiente de correlación intraclase (ICC) para cada instrumento comparado con el gold estándar y diferencia de promedios con ANOVA pareado (Bonferroni-Scheffe) (Stata 15. 2017. StataCorp LLC). La correlación se consideró estadísticamente significativa con $p < 0.05$ y se consideró significación clínica con diferencia $< 0,5^{\circ} \text{C}$.

Resultados: Datos de la cohorte en Tabla 1. Concordancia ICC entre FC0/SBE y FC0/IRT fue buena/moderada en todas las mediciones (Gráfico 1). Ambos termómetros mostraron una diferencia promedio menor de $0,5^{\circ} \text{C}$ comparado con FC0 en cualquiera de las mediciones, por lo que la diferencia no es clínicamente relevante (Gráfico 2).

Conclusiones: Tanto el monitor SBE como el IRT son precisos en la monitorización de temperatura en el postoperatorio inmediato, con una mejor concordancia en el caso de SBE. Cualquiera de los tres monitores se puede utilizar indistintamente en la unidad de recuperación.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.96>

Anestesia para craneotomía en paciente despierto

Bocci CF.¹, Pérez Prieto F.¹, Aredes VE.¹, Villarino L.¹, Pérez A.¹

1 FLENI, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La craneotomía en el paciente despierto es el gold estándar para intervenciones neuroquirúrgicas que involucran áreas elocuentes de lenguaje, cuyo daño pueden generar un déficit neurológico significativo. Mediante el mapeo cerebral se pueden identificar estas áreas y ampliar los márgenes de resección tumoral.

Es fundamental una previa selección y preparación de los pacientes, así como una adecuada técnica anestésica para que el procedimiento sea exitoso.

Métodos: Durante el período septiembre de 2006 a agosto de 2018 fueron intervenidos en nuestra institución 25 pacientes mediante la técnica de craneotomía con paciente despierto.

Criterios de inclusión: Pacientes con tumores localizados en áreas elocuentes del lenguaje con dominancia cerebral previamente evaluada mediante resonancia magnética funcional (RMf).

Criterios de exclusión: Negación del paciente; Trastornos mentales y/o del lenguaje que impidan una interacción adecuada intraoperatoria.

Todos los pacientes fueron intervenidos con la misma técnica anestésica. Se mantuvo la ventilación espontánea con cánula nasal, monitoreo de capnografía y frecuencia respiratoria durante todo el acto quirúrgico.

Previo a la colocación del cabezal de Mayfield se realizó el bloqueo del cuero cabelludo con lidocaína 1% con epinefrina y bupivacaína 0,25%.

Se utilizó infusión continua de propofol 5-6 mg/kg/h y remifentanilo 0,05 ug/kg/min. Como medida anticonvulsiva se administró levetiracetam 20 mg/kg. Las lesiones fueron identificadas mediante neuronavegador.

Una vez realizada la craneotomía, las infusiones fueron detenidas para despertar al paciente y realizar el mapeo cerebral. Se evaluó el lenguaje en sus distintos aspectos y se definieron los límites de la resección.

Como técnica de relajación cerebral se le pidió al paciente que hiperventile aproximadamente cada 10 minutos.

Se realizó la exéresis tumoral y hemostasia aún con el paciente despierto.

Posteriormente, se volvieron a infundir los anestésicos para realizar un cierre rápido de la duramadre y piel. Se trasladó el paciente al resonador para evaluar el grado de resección tumoral y finalmente se realizó el cierre completo y se despertó al paciente.

Resultados: Se analizaron 25 pacientes con tumores en áreas elocuentes del lenguaje que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados.

No se presentaron complicaciones ni dificultades en la vía aérea o en el despertar intraoperatorio.

Como intercurencia, 8% de los pacientes (n = 2) presentaron crisis comiciales intraoperatorias que fueron controladas mediante la irrigación de solución salina fría en el campo quirúrgico y la administración de propofol.

Conclusión: En todos los pacientes se pudo llevar a cabo con éxito la técnica anestésica elegida, asegurando una adecuada resección del tumor.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.97>

Cesárea de urgencia en paciente trasplantada hepática

Mangiarotti E.¹, Ferro S.¹, Godoy M.¹, Arbizu B.^{1,2}, Salvatori F.¹, Pineda F.¹, Chávez Neira D.¹, Peroni D.¹, Martínez A.¹

1 Hospital Magdalena V. Martínez, Pacheco, Argentina.

2 Hospital José M. Penna, CABA, Argentina.

Introducción: El embarazo en mujeres pos trasplante hepático (TH) suele ser exitoso aunque se considera de alto riesgo debido a secuelas persistentes de la enfermedad hepática y al efecto de los inmunosupresores.

Caso clínico: Paciente de 26 años primigésta, con antecedentes de trasplante hepático cadavérico a los 9 años. El embarazo había evolucionado favorablemente con crecimiento fetal, tensión arterial, función renal, bilirrubinemia, glucemia dentro de los rangos normales y anemia leve. Ingresa a la guardia cursando embarazo de término en trabajo de parto. Luego de 3 horas, ante la falta de progresión y descenso del feto, se decide realizar cesárea abdominal. El anestesiólogo de guardia decide realizar anestesia neuroaxial intrarraquídea según esquema habitual. Se realiza la cesárea abdominal sin complicaciones. Nace un niño sano, Apgar 7/9, quien continuó con cuidados neonatales sin inconvenientes. La madre continuó internada según protocolo de cesárea. Madre e hijo fueron dados de alta al tercer día posoperatorio.

Discusión: Se recomienda posponer el embarazo un año luego del TH asegurando la adecuada función del injerto y requerimientos mínimos de inmunosupresores. La evaluación preoperatoria incluye adecuada función del injerto, presencia de hipertensión gestacional, diabetes gestacional, secuelas de la enfermedad hepática, infecciones y comorbilidades relacionadas con los inmunosupresores.

Dado el aumento de pacientes trasplantadas, es preciso que el anestesiólogo de guardia ante estos casos considere la profilaxis antibiótica bajo el mismo esquema que para la paciente no trasplantada, mantener la inmunosupresión perioperatoria o, suplementar con corticoesteroides ante la reciente suspensión de la terapia inmunosupresora y presencia de hipotensión refractaria. Se recomienda el uso de ultrasonido para la colocación de accesos centrales, la trombosis o estenosis de vasos centrales es frecuente. Los hemoderivados deben estar siempre disponibles, ya que existe un aumento de la incidencia de anemia, plaquetopenia, y sangrado masivo luego de una cirugía abdominal o pélvica en estas pacientes. La respuesta al estrés del injerto desnervado es prácticamente nula. Sin alteraciones en la coagulación ni plaquetopenia, la anestesia regional neuroaxial puede implementarse para cesárea abdominal y analgesia del trabajo de parto. La elección de los fármacos para una anestesia general debe ser de acuerdo a la función hepática y renal, sin alterar el metabolismo de los inmunosupresores para no incrementar el riesgo de rechazo agudo. El mantenimiento de la hemodinámica, la perfusión uteroplacentaria y hepática es prioritario.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.98>

Anestesia en laparotomía exploradora en síndrome de Body Packer por oclusión intestinal

Cannizzaro C.¹, Dávila Dextre C.¹, Nartallo A.¹

1 Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El “Body packing” es una modalidad de tráfico de sustancias ilegales al tragar paquetes con envolturas especiales, frecuentemente cocaína, un alcaloide psicoestimulante (Erythroxyton coca) de vida media de 30-90 minutos, y es metabolizado por enzimas plasmáticas y hepáticas hacia compuestos hidrosolubles que se excretan por la orina.

Descripción del caso: Ingresar por guardia paciente masculino de 30 años, 75 kg, bajo custodia policial, refiriendo ingesta de 60 paquetes de cocaína de 24 horas de evolución, asintomático, laboratorio y examen cardiológico normales.

Imágenes: Radiografía simple de abdomen, observándose múltiples estructuras cilíndricas de bordes finos. Confirmando presencia de cuerpos extraños mediante Tomografía con reconstrucción 3D.

Se instauró tratamiento laxante con polietilenglicol. Luego de 4 horas el paciente inicia con epigastralgia, náuseas y vómitos de 23 paquetes. Interpretándose como cuadro de “oclusión intestinal” e ingresa a quirófano para cirugía de urgencia.

Previo evaluación y consentimiento se decide intubación vigil, por riesgo de broncoaspiración: 1 mg Midazolam + Dexmedetomidina infusión 1 µg/kg (10') + 75 µg Fentanilo + topicación con Lidocaína spray 10%, bajo monitoreo (TAM, SpO₂, EtCo₂, Electrocardiograma). Disposición inmediata de Nitroglicerina y carro de paro.

Se realiza anestesia general balanceada + Sonda nasogástrica.

Por enterotomía transversa a 5 centímetros de válvula ileocecal se extraen 33 paquetes y por gastrotomía de cara anterior, 4 paquetes adicionales, indemnes.

Mantuvo estabilidad hemodinámica durante todo el procedimiento.

Morfina 0,1 mg/kg + Ondansetrón 4 mg + Lidocaína 1 mg/kg (previa extubación).

Comentarios y Discusión: Se clasifican en tres grupos: asintomáticos (80-88%), por oclusión intestinal (0,3-5%) e intoxicación (0,6-3%). La radiografía simple abdominal es el método diagnóstico de elección. Inicialmente el tratamiento es conservador teniendo como objetivo la eliminación de los paquetes y prevenir complicaciones. El polietilenglicol es utilizado como laxante y por su pH alcalino inhibe la liberación transmembrana de cocaína e incrementa la conversión a metabolitos inactivos en caso de ruptura. En caso de persistencia o progreso de la sintomatología serían indicaciones absolutas de laparotomía: signos de intoxicación adrenérgica, hemorragia digestiva alta, perforación de víscera hueca o peritonitis, convulsiones y/o hipertensión arterial refractaria y oclusión intestinal, frecuentemente a nivel de la válvula ileocecal.

El manejo de la vía aérea resulta crucial, debe ser asegurada y tratarse como “estómagos ocupados” (secuencia rápida de intubación/vigil). En caso de intoxicación al no contar con antídoto las medidas están destinadas al control farmacológico de la urgencia hipertensiva (Nitroprusiato de sodio/Nitroglicerina), agitación/convulsiones (Benzodiazepinas) y alteraciones cardiovasculares (RCP).

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.99>

Bloqueo ecoguiados para cirugía de artroplastia de ligamentos cruzados anterior

Canaan KR.¹, Salazar CH.², Nannini F.¹, Estelrich G.³

- 1 Hospital Lagomaggiore, Mendoza, Argentina.
- 2 Hospital de Figueres, Figueres, España.
- 3 Hospital Notti, Mendoza, Argentina.

Introducción: La cirugía de rodilla es una de los procedimientos más frecuentes en el área de la traumatología, siendo que puede ser con fines diagnósticos o terapéuticos, por lo cual la anestesia y analgesia son uno de los pilares más importantes debido a que las cirugías de mediana u alta complejidad se asocian con un dolor postoperatorio de moderado a severo que pueden contribuir a complicaciones relacionadas con la inmovilidad, retraso en el alta hospitalaria e interferir con los resultados funcionales. Por tanto un adecuado alivio del dolor en el posoperatorio inmediato permite comenzar la movilidad precoz e iniciar fisioterapia, entonces el manejo del dolor es primordial ya que sus resultados afectan sobre los costos asistenciales y la estancia hospitalaria.

Caso clínico: Paciente de 29 años, peso 93 kg, altura de 1,71 metros sin antecedentes clínicos relevantes que concurre a la sala de quirófanos para realizar una artroplastia de ligamento cruzado anterior derecho por vía artroscópica. ECG: sinusal 74 lpm, trazado normal. Radiografía de tórax: normal sin otras particularidades. En la sala de pre anestesia se coloca en el miembro superior izquierdo, vía periférica un abocath N°18 y se administra 1 g de Cefazolina. El paciente desea recibir anestesia regional pero solicitando también anestesia general a la hora de realizar dichos procedimientos. Ingres a quirófano se constatan los siguiente signos vitales FC: 86 lpm, TA = 142/83, SAT O = 97%, se realiza preoxigenación con FIO₂ = 1, administra 100 mg de lidocaína, 100 mcg de fentanilo, 170 mg de propofol, coloca Mascara laríngea N°5 y mantiene por ventilación mecánica, modo volumen, VT = 450 ml, FR = 15, TI:TE = 1/2, PEEP = 5 manteniendo al paciente con 1 CAM sevoflurano con FGF de 2 litros, se proceda desinfectar cara lateral, anterior, interna del muslo con iodopovidona, bajo técnica de asepsia se aísla sonda lineal, se utiliza aguja de 100 mm ecorefriente se procede a realizar bloqueo del nervio femoral con mepivacaina 1% (7,5 ml) y bupivacaina 0,37% (7,5 ml), continuo con bloqueo del nervio obturador mepivacaina 1% (5 ml) y bupivacaina 0,5% (5 ml) y por último se utilizo sonda convexa, se aisló bajo las mismas técnicas de asepsia, permitiéndo bloqueo del nervio ciático por cara anterior utilizando bupivacaina 0,37% (20 ml). Permaneciendo sin complicaciones en al acto quirúrgico, se extuba, permanece en sala de recuperación sin dolor y se da el alta en las siguientes 8 horas, acompañado de AINES.

Comentarios y Discusión: Actualmente son muchas las técnicas de anestesia regional a utilizar, teniendo en cuenta que una de estas es el bloqueo de la capsula posterior o las infiltraciones intraarticulares con opioides

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.100>

Realidad virtual. ¿El nuevo coadyuvante? Uso de la realidad virtual en pacientes y su utilidad para generar confort

Rioja FO.¹, Cayguara CC.²

1 Sanatorio Los Lapachos, San Salvador de Jujuy, Argentina.

2 Clínica Nuestra Señora de Fátima, Palpalá, Argentina.

La RV es una inmersión sensorial basado en entornos reales o no, generado artificialmente mediante computadora, percibida gracias a gafas de RV. Es una terapia de distracción, usa estímulos auditivos y visuales, utilizados por el paciente con objetivos: educativos, informativos, psicoterapéuticos y de entretenimiento.

Métodos: Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, de corte transversal, no aleatorio, voluntario, desde junio de 2018 - junio de 2019, en el Servicio de Anestesiología, Sanatorio Los Lapachos, San Salvador de Jujuy, Jujuy.

Población: 63 pacientes, rango de edad desde 21-70 años, de ambos sexos, programados para cirugía traumatológica de miembros inferiores bajo anestesia raquídea.

Criterios de exclusión: Pacientes hipoacúsicos, trastornos visuales y del equilibrio, también los que no firmaron la autorización.

Consideraciones éticas: Se mantuvo el secreto, confidencialidad y anonimato de sus integrantes. Se informó al participante la temática y finalidad del trabajo. Se contó con consentimiento informado (CI) escrito, estuvo vigente siempre el derecho a negarse y/o abandonar el estudio. Se solicitó autorización escrita al Comité de Ética y Dirección médica.

Procedimientos e instrumental: En visita preanestésica se explica procedimiento anestésico, se solicita el CI y participación. Se entrega encuesta. En quirófano se realiza anestesia raquídea, no se utilizaron sedantes. Previo a incisión se colocaron gafas VR-SHINECON, con celular Samsung S7 Edge, Auriculares Sony. Se transmitieron videos con información sobre anestesia regional, clips musicales en 2D y 3D, películas, documentales, con duración entre 50-120 minutos. Luego se entregó otra encuesta.

Procesamiento y análisis de datos: Se realizó análisis descriptivo de variables en estudio y sus asociaciones mediante Test Exacto, considerándose el nivel de significación 5%. Los datos se almacenaron en una planilla de cálculo Excel.

Resultados: 31,7% corresponde al sexo femenino, 68,3% masculino. 22,2% tenían entre 21-39 años, 39,7% entre 40-59 años y 38,1% entre 60-70 años.

85,7% utilizaron RV hasta finalizar la cirugía, 3,2% se durmieron, 1,2% se mareo, 3,2% le incomodaron las gafas, 6,7% no les gusto el contenido.

79,4% disfrutaron la experiencia, 95,2% no tuvieron dolor/molestias, 93,6% recomendarían la experiencia a familiar/amigo. 80,9% manifestaron haber aprendido sobre anestesia regional. Todos estos últimos recomiendan la RV como método educativo.

Conclusiones y Discusión: Consideramos como nuevo paradigma el confort del paciente dentro del quirófano. La RV es una herramienta útil para generar un ambiente adecuado, bienestar y comodidad, disminuyendo la ansiedad y estrés, aboliendo la utilización de sedantes. Podemos combinar nuevas técnicas antiestrés: aromaterapia, musicoterapia. El principal objetivo: ser mejores personas y profesionales transmitiendo seguridad y bienestar a nuestros pacientes.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.101>

Modificación del intervalo QT tras el uso de Sevoflurano vs Propofol

Molinari GE.¹, Molinari GE.¹

1 Hospital San Roque, Córdoba, Argentina.

Introducción: El intervalo QT en el electrocardiograma puede sufrir una prolongación de origen adquirido, es decir por el uso de numerosos fármacos; o puede tener un origen congénito, debido a la mutación de canales iónicos. El síndrome de QT largo se encuentra asociado a la aparición de pos potenciales tempranos y el aumento de la dispersión del QT en el miocardio. En anestesiología, diariamente se utiliza un gran número de fármacos. La motivación de este trabajo es observar la relación entre el uso de Sevoflurano como fármaco de mantenimiento en anestesia general, y la prolongación del segmento QT, teniendo como base la reconocida capacidad del halogenado de prolongar la repolarización ventricular, comparado con las modificaciones que produce el Propofol.

Métodos: Se realizó un estudio de tipo retrospectivo y analítico en pacientes que se sometieron a procedimientos de baja y moderada complejidad en el Hospital San Roque de la Ciudad de Córdoba, en el período comprendido entre enero y julio del año 2016, se recolectaron datos de las HC de los ECG de los pacientes de cirugías programadas. Medición del segmento QT previo a la exposición de los pacientes a algún tipo de droga, tomando como parámetro electrocardiogramas prequirúrgicos. Posteriormente se formaron dos grupos según la droga utilizada para el mantenimiento anestésico: Sevoflurano o Propofol.

Resultados: La media de QT postquirúrgico, en el caso de los pacientes tratados con Sevoflurano fue de 412,9 mili segundos (D.E = 26,8) y en el caso de Propofol fue 420,7 mili segundos (D.E = 22,9) la diferencia entre estas medias no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

Conclusión: Todos los pacientes pertenecientes a ambos grupos de estudio sufrieron modificación del intervalo QT post quirúrgico. La media de QT postquirúrgico del grupo de pacientes expuestos a Sevoflurano incremento con respecto a la media de QT prequirúrgico del mismo grupo de pacientes, sin embargo, fue inferior a la media de QT posquirúrgico del grupo expuesto a Propofol.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.102>

Extubación en cirugía aórtica con paro sistémico electiva en Clínica Santa María

Monsalve Fuentes VB.^{1,2,3}, Portilla Flores M.^{1,2}, González Luza M.², Retamales Mercader S.¹, Ojeda Dinamarca D.³

1 Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

2 Clínica Santa María, Santiago, Chile.

3 Clínica Dávila, Santiago, Chile.

Introducción: Los protocolos ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) en cirugía cardíaca corresponden a una práctica cada vez más utilizada, a fin de reducir complicaciones y reintegrar precozmente al paciente a su vida cotidiana. Este estudio describe los resultados del centro Clínica Santa María en la implementación de un protocolo de extubación en pabellón y ver si influye en los días de hospitalización.

Diseño: Se analizó retrospectivamente la base de datos de los pacientes cardio operados en la Clínica Santa María en el período mayo 2016-2019. Como criterios de inclusión se consideró a todo paciente sometido a cirugía de reemplazo aórtico ascendente con paro sistémico electivo. Se excluyeron los pacientes sometidos a cirugía de urgencia. Se analizaron las variables demográficas descritas en la Tabla 1. Se buscó asociación entre la extubación en pabellón y días de estadía hospitalaria con un análisis regresión lineal generalizado (GML) con distribución gamma para una variable cuantitativa que no tenía distribución normal.

Resultado: De un universo de 60, 40 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión (n). Un 77,5% hombres; edad $59,1 \pm 12,8$ años ; CLAMP $84,9 \pm 34,1$ min ; CEC $108,9 \pm 37,2$ min; Paro $21,7 \pm 13,3$ min; T° mínima $28,8 \pm 2,1$ (°C); Estadía hospitalaria $9,5 \pm 6,8$ días; Extubados en pabellón 57,5%. Del análisis crudo para el resultado primario, los pacientes extubados en pabellón versus no extubados, tuvieron $7,4 \pm 2,5$ vs $12,4 \pm 10$ días de estada, coeficiente crudo 1,6 (p = 0,019; IC 95 1,1 - 2,3) vs coeficiente ajustado 1,2 (p = 0,802; IC 95 0,3 - 6,0), lo que significa que los pacientes no extubados en pabellón tuvieron una estadía 60% más prolongada, que corresponde a solo un 20% al realizar el análisis ajustado, siendo entonces este último, un resultado sin significancia estadística (Figura 1).

En cuanto al análisis de variables cualitativas extubados en pabellón versus no extubados:

Arritmia (%) 30,4 vs 29,4 p = 1; ACV (%) 13 vs 0 p = 0,248; convulsión (%) 8,7 vs 5,9 p=1,0; re operación (%) 4,3 vs 0 p = 0,575; re ingreso (%) 21,7 vs 5,9 p = 0,216 ninguna presentó asociación estadística con el tiempo de extubación.

Conclusión: No existe diferencia estadísticamente significativa en el tiempo de estadía hospitalaria entre el grupo de pacientes no extubados y extubados en pabellón, ni tampoco para las complicaciones expresadas como: transfusión, arritmia, convulsiones, reingreso, accidente cerebrovascular y reoperación. Esto último, podría estar limitado al ser un análisis retrospectivo con tamaño muestral pequeño.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.103>

Estudios prequirúrgicos: Costos y consecuencias de su práctica

Rullán Corna NF.^{1,2}, Grancelli S.¹, Mangiavillano Á.¹, Cambas L.¹, Cuis Taccari M.¹, Pintos E.¹,
Martínez A.¹, Iribarren C.¹

1 Hospital Militar Central, CABA, Argentina.

2 Hospital Universitario Cemic, CABA, Argentina.

Introducción: La valoración preoperatoria está consensuada como un elemento fundamental en el tratamiento multidisciplinario de cualquier patología quirúrgica. Bajo esta prerrogativa se diseñaron un conjunto de consensos para normatizar la indicación de estudios según el cuadro clínico del paciente y el riesgo inherente al procedimiento. La baja adhesión a los mismos trae diversas consecuencias tales como el retraso en la programación de las intervenciones, aumento del costo para el sistema de salud y hallazgos clínicos de implicancia patológica poco clara.

Métodos: Se cuantificó la totalidad de los pacientes valorados por el servicio de Evaluación Preoperatoria del Hospital Militar Central en el primer semestre del año 2019 (01 de enero 30 de junio inclusive), y se lo relacionó con la totalidad de los pacientes intervenidos en el mismo período de tiempo. En segunda instancia se identificó cuáles de los pacientes que fueron evaluados según el Score de ASA como 1 o 2 en consultorio habían concurrido con estudios que, en función de las guías, no eran necesarios para su intervención. Por último, se calculó en función de los costos para el sistema de salud del hospital, el monto total de los estudios prescindibles.

Resultados: Sobre un total de 3.203 casos intervenidos en el primer semestre de 2019, sólo 512 pacientes acudieron previamente a la consulta; el 15,98% de los casos. De esos 512 pacientes, el 65,03% (333 pacientes) fue definido según los evaluadores como un score de ASA 1 o 2, pudiendo prescindir de uno o más de los estudios indicados de forma reglada por los médicos tratantes (ECG - Laboratorio Completo - Placa de Tórax). Las implicancias económicas de ésta decisión se traduce en una pérdida para el sistema de salud de al menos 5.091 pesos argentinos (U\$S 116 aproximadamente) per cápita que, de mantenerse la proporción en el total de la muestra, nos sugiere una erogación de 1.057.289 pesos argentinos (U\$S 24.128 dólares).

Conclusiones: El sistema hospitalario no ha logrado gestionar de forma eficaz y eficiente tanto la concurrencia de los pacientes a la evaluación prequirúrgica, como la indicación de estudios previos, traduciéndose esto en la subvaloración de los pacientes de riesgo y la excesiva en los pacientes de bajo riesgo, redundando esto en una elevación del costo en salud y una demora en la asignación de los turnos quirúrgicos.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.104>

Cricotiroidotomía por punción en paciente politraumatizado

Mangiarotti E.¹, Ferro S.¹, Botero R.¹, Godoy M.¹, Pineda F.¹, Salvatori F.¹, Chávez Neira D.¹, Martínez A.¹, Zaietta N.¹, Peroni D.¹

¹ Hospital Magdalena V. Martínez, Pacheco, Argentina.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino, de 57 años de edad ingresa inestable a la guardia del hospital luego de sufrir un politraumatismo con traumatismo encéfalo craneano. El paciente se encontraba excitado, con fractura mandibular bilateral, sangrado activo en la bucofaríngea, múltiples heridas sangrantes superficiales, saturando 68% aire ambiente, hemodinámicamente inestable. Ante la necesidad inminente de asegurar la vía aérea, sospecha de fractura de base de cráneo e imposibilidad de utilizar dispositivos video asistidos, se decide realizar una cricotiroidotomía de urgencia asistida con vara de Eschmann. Se realizó premedicación con 100 mg de ketamina endovenosa, se identificó la membrana cricotiroidea, se aplicó anestésico local y, con un bisturí número 11 se realizó una punción horizontal y consiguiente re direccionamiento vertical para la colocación de la vara de Eschmann y posterior pasaje de un tubo endotraqueal número seis asegurando la adecuada oxigenación y ventilación del paciente. Inmediatamente después, el equipo quirúrgico comenzó realizar la traqueotomía de urgencia. El ecofast extendido no diagnosticó sangrado activo torácico ni intraabdominal. Luego de estabilizar hemodinámicamente al paciente y curar las heridas, fue derivado a centro de mayor complejidad.

Discusión: La situación no puedo ventilar/no puedo intubar es infrecuente pero muy temida por los anestesiólogos. En éste caso la técnica de cricotiroidotomía guiada con vara de Eschmann fue utilizada satisfactoriamente en un caso de intubación imposible, por profesionales que anteriormente únicamente habían practicado la maniobra con fantomas. La técnica de punción de la membrana cricotiroidea puede realizarse de distintas formas. Es de nuestro interés resaltar que esta herramienta fácilmente disponible en cualquier guardia hospitalaria fue la que nos brindó el tiempo necesario para la realización de la traqueostomía de urgencia, exámenes complementarios y estabilización hemodinámica del paciente.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.105>

