

presión hasta unos 55 mmhg. En un quinto paso se nuevamente 10 cm de H₂O de PEEP con lo que vuelve a caer la presión pulmonar valores cercanos a 40 mmhg. Por último, se vuelve a retirar la PEEP con una nueva elevación de la presión.

Discusión: Las zonas de atelectasia en el pulmón generan una zona sin intercambio gaseoso, lo que lleva a la vasoconstricción pulmonar hipóxica. Cuando estas áreas vuelven a ventilarse, este efecto se revierte generando una menor resistencia a la circulación pulmonar, mejorando la post carga del ventrículo derecho. Lo que vemos también es el Incremento de PEEP por sí solo no llega a generar el mismo efecto que la maniobra de reclutamiento para generar re aireación de las zonas de colapso.

Cuando se realiza la maniobra de reclutamiento sobre distiende áreas pulmonares lo que genera disminución del retorno venoso. Muchas veces esto lleva a hablar de efectos negativo sobre la hemodinámica. Pero si la maniobra se realiza con una precarga optimizada, se puede realizar con una mínima repercusión. Obteniéndose beneficios sobre el corazón derecho.

Palabras clave: Reclutamiento pulmonar; Presión pulmonar; PEEP

Referencias

1. Longo S, et al. Lung recruitment improves right ventricular performance after cardiopulmonary bypass: A randomised controlled trial. *Eur J Anaesthesiol.* 2017;34:66–74.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.019>

P-19

Implante de válvula pulmonar percutánea: nuestra experiencia

P. Morgillo

Fundación Favaloro, Capital Federal. Buenos Aires, Argentina

Introducción: La reconstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho con conductos valvulados en pacientes portadores de cardiopatías congénitas eleva a un 90% la sobrevida en la actualidad. No obstante, con el paso del tiempo estos conductos presentan complicaciones como el desarrollo de estenosis o regurgitación. Esto implica una o más reoperaciones a lo largo de sus vidas, con el riesgo que esto conlleva.

Objetivo: Describir la experiencia inicial desde el punto de vista anestesiológico en implantes de válvulas pulmonares Melody y Edwards.

Materiales y métodos: Se incluyeron todos los pacientes tratados con una válvula pulmonar Melody o Edwards desde septiembre de 2016 hasta mayo de 2017.

Descripción de casos: Caso 1: paciente de 20 años, sexo femenino con transposición de grandes vasos con insuficiencia pulmonar severa. se coloca válvula Edwards sin complicaciones

Caso 2: paciente de 15 años, sexo masculino con tetralogía de fallot y estenosis de rama pulmonar izquierda. Se coloca válvula Melody sin complicaciones.

Caso 3: paciente de 39 años, femenino, portadora de tetralogía de fallot, se intenta colocar válvula Edwards, sufre descompensación durante el procedimiento debido a

una hemorragia pulmonar intraparenquimatosa. Se decide colocar en ECMO. Fallece debido a un accidente cerebrovascular a los 10 días.

Caso 4: paciente de 15 años, fallot con insuficiencia pulmonar. Se coloca válvula Melody sin complicaciones.

En todos los casos se efectúa anestesia general balanceada. Inducción con fentanilo 2 mcg/kg, midazolam 3 mg, propofol 2 mg/kg y atracurio 0.5 mg/kg. Mantenimiento: Remifentanilo 0.3 mcg/kg/min y sevoflurano al 1%. Durante todo el procedimiento utilizamos noradrenalina a dosis de 0.02-0.04 mcg/kg/min. Monitoreo: ECG continuo, saturometría y pletismografía, capnografía y presión arterial invasiva.

Conclusión: La controversia principal en estos procedimientos radica en efectuar una sedación profunda versus una anestesia general. A favor de la anestesia general están un mejor control de los cambios hemodinámicos y posibles complicaciones. Asegurar la movilidad y comodidad del paciente. Por otro lado, a favor de la sedación, muchos autores hablan de una disminución de morbilidad relacionada con la inducción anestésica, aporta mayor estabilidad hemodinámica, menor requerimiento de inotrópicos y una estrecha monitorización neurológica. Optamos por la anestesia general tanto por la comodidad del paciente (procedimiento de larga duración y con brazos arriba) y también para tener un mejor control hemodinámico ante diversos escenarios como nos ocurrió.

Palabras clave: Valvuloplastia pulmonar

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.020>

P-20

Reanimación postparo cardiopulmonar en politrauma grave

G. Schiavi, J. Dávalos, L. Neculpan, W. Riveros

Hospital Guillermo Rawson. San Juan, Argentina

Introducción: El trauma severo es un problema de salud pública mundial, siendo responsable de 5,8 millones de muertes anuales. El sangrado incontrolable es la principal causa de muerte potencialmente prevenible en pacientes traumatizados, siendo una carga social y económica para los países con mayor incidencia. En Argentina en el último año se han producido 7.268 muertes, es el país de latinoamérica con la tasa más alta de mortalidad y accidentes de tránsito.

Descripción del caso: Paciente de 23 años de edad, ingresa al servicio de urgencias por accidente de tránsito, se llama a los anestesiólogos de guardia para realizar intubación orotraqueal. Paciente en estado de excitación, ingurgitación yugular bilateral, saturometría 60% en descenso, se sospecha neumotórax bilateral y se procede al drenaje. Luego de realizar SIR con 2 mg/kg de ketamina, rocuronio 1 mg/kg, se produce paro cardiorespiratorio, se realiza RCP, adrenalina 1 mg/bolo cada 5 minutos, luego de 15 minutos de reanimación, el paciente responde con actividad eléctrica cardíaca anómala (TV,FV), se realizó, dosis de carga de amiodarona, dejando infusión a 15 mg/kg/h, se realiza cardioversión eléctrica, entrando en ritmo sinusal. Se decide ingresar a quirófano para realizar laparotomía y toracotomía exploradora, con diagnóstico de estallido esplénico, laceración de arteria bronquial de lóbulo superior