

Colocados en postoperatorio de cirugías torácicas, hepato-pancreáticas, urológicas, traumatológicas, cirugía general y en el área de tratamiento del dolor. En este caso buscamos presentar las complicaciones que hemos encontrado durante el seguimiento de dichos catéteres.

Información adicional: El seguimiento fue realizado por los residentes de anestesia de la institución reportando diariamente al anestesiólogo a cargo del paciente. Se realizó un seguimiento diario desde la colocación hasta el retiro del mismo.

Comentarios y discusión (en relación a anestesiología): La colocación de un catéter peridural es un procedimiento invasivo en sí mismo. Como todo procedimiento y tratamiento no se encuentra exento de complicaciones tanto sea complicaciones inherentes al uso diferentes fármacos y concentraciones por esta vía o debido a la manipulación del catéter peridural. Buscamos presentar nuestra experiencia en el seguimiento y el manejo de las complicaciones ocurridas durante el mismo.

Palabras clave: Analgesia; Postoperatorio; Epidural

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.023>

P-23

Déficit de colinesterasa plasmática. Reporte de un caso

R.A. Timpano, M.C. Martín, J.A. Zapico, J. Rodriguez Molina, V.L. Beltran

Hospital Regional Dr. Ramon Carrillo, Santiago del Estero, Argentina

Introducción: Uno de cada 50 pacientes tiene 1 gen de pseudocolinesterasa Normal y otro Anormal (Atípico) enzima atípica heterocigota, produciendo un bloqueo ligeramente prolongado (20-30 min) alterando el metabolismo de los relajantes musculares. Por otro lado, 1: 3000 pacientes tienen los 2 genes anormales, enzima atípica homocigota, produciendo un bloqueo de 4- 8 hs.

Descripción del caso: Paciente masculino 65 años, que ingresa por guardia por fractura expuesta, de miembro superior izquierdo. (GIII de cubito Izquierdo). Al interrogatorio, paciente eupsíquico; Lucido, orientado, Glasgow 15/15, relata haberse cortado con una amoladora mientras trabajaba, no refiere antecedentes patológicos, y niega cirugías previas.

Paciente en actitud pasiva, se le explica el procedimiento anestésico a realizar.

Premedicación: Midazolam 3 mg (dosis 0,04 mg/kg) + Fentanilo 150 mcg (dosis 2 mcg/kg) + Oxígeno por canula nasal.

Inducción: Preoxigenación con máscara facial, Propofol 140 mg (dosis 2 mg/kg) + Succinilcolina 80 mg.

Se realiza intubación sin dificultad, con tubo N 7,5; se acopla a respirador con una FiO2 60%, con FR 12 resp/min, Volumen Corriente de 475 ml.

Mantenimiento anestésico: Oxígeno, sevoflurano al 1%, Remifentanilo (dosis de 0,50 mg/kg), Atracurio 20 mg.

La cirugía transcurre sin inconvenientes, con una duración de 1 hora y 15 min. Se comienza la recuperación, se esperan los tiempos de vidas medias de las drogas y se observa una demora en el despertar, acompañado de una suba de tensión arterial y de la frecuencia cardíaca. Por lo

que se sospecha relajación residual, y se decide revertir con neostigmina, se vuelve a esperar el tiempo de acción de la misma y el paciente continúa sin recuperarse. Se comienzan a evaluar los distintos diagnósticos diferenciales de las causas, y se revierte la situación con la administración de plasma fresco congelado.

Información adicional: Dentro de los diagnósticos diferenciales evaluados se encuentran: Hipotermia, Concentraciones Enzimáticas Bajas (alteraciones renales, hepáticas, hipertiroidismo, acidosis respiratorias, alteraciones hidroelectrolíticas, embarazada).

El tratamiento de elección continúa siendo el plasma fresco congelado, en caso de no tener acceso a colinesterasas purificadas, para el déficit de colinesterasa plasmática.

Comentarios y discusión: Ante la falta de recursos, el diagnóstico se retrasó, lo que hubiese sido evitable si contáramos en nuestro hospital, con laboratorios de enzimas específicas durante la urgencia, al igual que con un neuroestimulador. Es importante que el paciente y sus familiares tengan presente su patología para futuras intervenciones quirúrgicas, y así evitar eventuales complicaciones.

Palabras clave: Colinesterasa plasmática; Enzima Atípica; Bloqueo neuromuscular; Plasma fresco

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.024>

P-24

Manejo anestésico en el paciente sometido a MEI en neurocirugía de extracción de tumor de columna

A. Mazzoleni, C.H. Latini, A. Martínez, D. García Picasso, O. Daud

Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: La monitorización electrofisiológica intraoperatoria (MEI) resulta imprescindible en la evaluación continua de la integridad y función medular durante la cirugía. El daño medular por una compresión o interferencia en el aporte sanguíneo, con el consiguiente déficit motor y/o sensitivo, es la complicación más temida en las intervenciones quirúrgicas espinales. Para obtener PESS (potenciales evocados somatosensoriales) y PEM (potenciales evocados motores) adecuados, es importante una técnica anestésica que no los altere.

Descripción del caso: Paciente masculino de 50 años de edad, consulta por parestesias en miembros superiores e inferiores y retención aguda de orina. Debido a la sospecha de compresión medular, se indica la realización de neuroimágenes. Se diagnostican múltiples tumores de localización intradural extramedular y decide su intervención quirúrgica apoyada por MEI. En el acto quirúrgico se realiza la inducción anestésica con 150 mcg fentanilo, 120 mg de propofol y 70 mg de succinilcolina y se procede con anestesia general total intravenosa (TIVA) con propofol (4-8 mg/kg/min) y remifentanilo (0.5 mcg/kg/min); para el posoperatorio, 7 mg de morfina y 8 mg de ondansetron. Se extuba al paciente, sin complicaciones anestésicas ni quirúrgicas, y traslada despierto a UTI para monitoreo y control posoperatorio.

Información adicional: La MEI utilizando potenciales evocados en la cirugía medular facilita la toma de decisiones quirúrgicas evitando lesiones. Resulta esencial la elección de agentes anestésicos puesto que es notable el efecto que ejercen sobre los PESS y los PEM. Los AI (anestésicos inhalatorios) han mostrado ser factor de confusión en la interpretación de los PEM aunque, en dosis menores a una CAM, permiten una monitorización efectiva. Asimismo, TIVA permite la realización con facilidad de la MEI. El propofol ha demostrado una mejor estabilidad hemodinámica. En la intubación debería utilizarse algún relajante de vida media muy corta para poder registrar las líneas de base al inicio de la cirugía, durante el resto del acto quirúrgico se debería evitar la relajación muscular.

Comentarios y discusión: Son componentes fundamentales en el plan anestésicos los opioides al igual que la ketamina puesto que no producen cambios significativos en el monitoreo. Con respecto a los relajantes musculares, es determinante el efecto de los mismos en los potenciales motores. Consecuentemente, su uso debería limitarse y el grado de bloqueo determinarse de acuerdo a la respuesta a un tren de cuatro.

Palabras clave: MEI; TIVA; Relajantes musculares; Anestésicos inhalatorios

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.025>

P-25

Reemplazo total de cadera no cementado en paciente con síndrome de Brugada. A propósito de un caso

I.N. Sagastume, M.D. Bonifacio

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: El Síndrome de Brugada (SB) es una enfermedad congénita del sistema de conducción (autosómica dominante) prevalente en varones jóvenes cuyo patrón electrocardiográfico característico es una elevación persistente del ST en V1-V3 con un QT normal. Se asocia a mutaciones del canal de sodio que originan un acortamiento del potencial de acción y un mecanismo de reentrada en células miocárdicas del ventrículo derecho aumentando el riesgo de taquiarritmias ventriculares, paro cardíaco o muerte súbita.

Descripción del caso: Paciente masculino de 22 años, 65 kg, 1,7m, ASA 3, que concurre al consultorio de preanestésico en plan de RTC secundario a lesión coxofemoral izquierda. Es tabaquista (20pack/año), consumidor de cocaína, no refiere alergias ni consumo de medicamentos, CF > 4METS, laboratorios y evaluación de VA normales. Como único antecedente quirúrgico menciona osteosíntesis de tibia bajo anestesia general sin complicaciones. Adjunta un RCV elevado con diagnóstico de SB tipo 1 (ECG: sinusal, 73 lat/min, eje 0°, PR 180mseg, QRS 100mseg, QT 360mseg, buena progresión de R en precordiales, Rí en V1-V2 con SST V2-V5) sin episodios previos de eventos cardiovasculares.

El día de la cirugía se realiza inducción con 0,15 mg/kg de midazolam, 1 mg/kg de tiopental sódico, 4mcg/kg fentanilo y 0,5 mg/kg de atracurio y, realiza mantenimiento con anestesia balanceada (sevofluorano 1,2% y remifentanilo

0,5mcg/kg/min) sin detectarse modificaciones electrocardiográficas ni inestabilidad hemodinámica en el perioperatorio procediéndose a la educación anestésica sin complicaciones y pase a UCO para control evolutivo durante 36hs.

Comentarios y discusión: En estos pacientes se recomienda optimizar parámetros de laboratorio (especialmente ionograma: hiper/hipopotasemia o hipercalcemia empeoran SST), monitorear temperatura central (la hipertermia acentúa modificaciones electrocardiográficas), PAI, ECG continuo de V1-V3 con registro de ST, disponibilidad de carro de paro en quirófano y un mantenimiento con anestesia general balanceada (sevofluorano, isofluorano u óxido nitroso). También se sugiere evitar antiarrítmicos clase I y IV (usar isoproterenol 1-2mcg IV en bolo); ketamina o propofol principalmente en infusión continua y prolongada (usar tiopental sódico y/o midazolam); anestésicos locales tanto ésteres como amidas (se prefiere lidocaína a bupi/ropivacaína); BNMD y neostigmina (usar BNMD y sugammadex); metoclopramida y tramadol ya que se asocian a un mayor número de complicaciones potencialmente mortales.

Referencias

1. Kloesel B, et al. Anesthetic management of patients with Brugada syndrome: a case series and literature review. *Can J Anaesth.* 2011;58(9):824-36.

2. Postema PG. Drugs and Brugada syndrome patients: review of the literature, recommendations and an up-to-date website (www.brugadadrugs.org). *Heart Rhythm* 2009;6(9):1335-41.

Palabras clave: Anestesia; Síndrome de Brugada

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.026>

P-26

Inducción y mantenimiento en obesos con modelo Schneider basado en parámetros clínicos ¿es posible?

D. Lujan, F. Nannini

Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

Introducción: El manejo de pacientes obesos durante la inducción y mantenimiento en la anestesia total intravenosa (TIVA) continúa siendo una gran reto para los anestesiólogos, debido a la gran cantidad de definiciones respecto al peso adecuado para poder realizarla y a los diferentes modelos farmacocinético actualmente disponibles.

Objetivo: A pesar de que el modelo MARSH se postula como el más adecuado farmacocineticamente para inducción en el obeso. Nuestro objetivo es demostrar que el modelo farmacocinético TCI Schneider con inducción titulada se adapta al obeso, priorizando las variaciones en la farmacodinamia: cambio de ramsay y monitoreo clínico básico de tensión arterial y frecuencia cardiaca, siendo evaluado por un segundo anestesiólogo quien es el único que observa los cambios en BIS;

Método: Después de la aprobación por el comité de docencia del hospital, se seleccionaron 5 pacientes obesos ASA II-III entre 18-65 años, con índice de masa corporal (IMC) hasta 32 kg/m² en la mujer y hasta 35 Kg/m² en el hombre, cálculo realizado con peso corregido (PC), programados para cirugía de colecistectomía convencional o laparoscópica. Los criterios de exclusión fueron IMC mayor a 32 Kg/m² en la