

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, Rf 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 (sevoflurano 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 (sevoflurano, isoflurano 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 bupivacaína); BNMD y neostigmina (usar BNMND 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 farmacocinéticos actualmente disponibles.

Objetivo: A pesar de que el modelo MARSH se postula como el más adecuado farmacocinéticamente 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 cardíaca, 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