

P-48

BIS: monitoreo de hipnosis como predictor de descompensación hemodinámica

M.J. Bouyssede, E. Malerba, L. Minetto

Clínica Pediátrica San Lucas, Neuquén, Argentina

Introducción: Sabemos la importancia de la monitorización de la hipnosis en anestesia, con el fin de preservarnos de despertares intraoperatorios, y planos anestésicos muy profundos que pueden conllevar a trastornos cognitivos. Puede también resultarnos útil ante descompensación de hemodinámicas.

Descripción del caso: Paciente de 13 años de edad de 91 kg de peso, 136 cm de altura, con un peso magro de 46 kg cirugía de colecistostomía video laparoscópica. Laboratorio y evaluación cardiológica normales. Premedicación midazolam 5 mg con sus padres, consiguiendo score 3 en la escala de Ramsay, (a pesar de no ser usada frecuentemente en los pacientes pediátricos). Ingresa a quirófano, monitor BIS (81) se completa inducción con midazolam 5 mg, consiguiendo score 5 escala de Ramsay (BIS 75), se administra remifentanilo en infusión de 5 mcg/kg/m durante, se completa inducción con atracurio 20 mg y propofol 50 mg se ventila manualmente durante cuatro minutos y se realiza intubación, (BIS 62) analgesia: diclofenac 75 mg, dexametasona 8 mg, ketamina 30 mg, dexmedetomidina 90 mcg, tramadol 100 mg. Mantenimiento remifentanilo 0,5 mcg/kg/min, y dosis de midazolam en bolo de acuerdo a parámetros hemodinámicos, no realizando repiques de midazolam durante todo el procedimiento, (BIS mínimo de 62 máximo 68 con un promedio de 65). Valores de tam máximo preinducción de 79 y mínimos de 60 mm/hg, postintubación, promedio de 65 mm/hg. Durante toda la cirugía hubo correlación entre los valores obtenidos por el BIS y los de t.a y f.c. a los 35 minutos de la intubación se observa aumento de frecuencia cardíaca con un leve aumento de presión arterial, se sospecha por haber transcurrido 40 minutos de la última dosis de midazolam disminución de hipnosis, pero observamos disminución de BIS a 35 y luego de esto disminución de saturación de O₂ de 98% a 90% por lo que se desiste de realizar repique de midazolam o dosis propofol, auscultamos al paciente escuchándose rales crepitantes en ambos hemitórax, diagnosticándose edema agudo de pulmón. En el postoperatorio, se realiza evaluación cardiológica, observando en ecocardiograma disminución de motilidad en ventrículo derecho que habría desencadenado el cuadro.

Comentarios y discusión: El uso del monitoreo de hipnosis en el paciente BIS, resultó muy útil para realizar el diagnóstico precoz de la descompensación hemodinámica. De no haber contado con ella la conducta adoptada hubiera sido profundizar el plano anestésico de nuestro paciente, con la consecuente agravación del cuadro.

Palabras clave: BIS; Edema agudo de pulmón.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.049>

P-49

Monitoreo de saturación de oxígeno regional con NIRS durante cirugía de coartación aórtica

M.E. García Guzzo, T.J. Vainstein, S. Traverso, C. Tejjido

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La cirugía de reparación de coartación aórtica implica clampeo a nivel proximal o distal a la arteria carótida izquierda. Suponiendo suficiencia del polígono de Willis, el lecho cerebral no debería sufrir episodios de isquemia significativa en ninguna de las dos situaciones. Sin embargo, son conocidos los efectos deletéreos en los lechos distales al clampeo (isquemia medular, intestinal y renal) que se exacerban en pacientes menores a un año debido al escaso desarrollo de circulación colateral.

Descripción del caso: Se describe el caso de una paciente de 30 días de vida, nacida a término, sin antecedentes de relevancia con diagnóstico incidental de coartación aórtica yuxtaductal severa con istmo hipoplásico. Se decidió reparación quirúrgica vía toracotomía izquierda posterior. Se realizó para el procedimiento anestesia general balanceada con sevoflurano, remifentanilo y dexmedetomidina. Se colocó acceso central yugular, periférico, línea arterial radial derecha y sonda vesical. Se realizó previo al inicio de cirugía bloqueo regional paravertebral. Posterior a la inducción se colocó sensor de espectrometría cercano al infrarojo (NIRS) cerebral izquierdo con valor inicial de 72% y sensor somático en flanco izquierdo con valor inicial de 90%. Tras al clampeo aórtico la paciente presentó hipertensión arterial que se manejó con nitroglicerina. Durante el clampeo se observó caída de saturación de oxígeno regional en ambos lechos, con una variación porcentual máxima del 15% a nivel cerebral y del 26% a nivel somático. Posterior al clampeo (catorce minutos) se observó recuperación de la saturación regional ad integrum en ambos territorios. La paciente se extubó en quirófano en forma exitosa, requiriendo nitroglicerina para control de tensión arterial. En la evolución posterior no presentó complicaciones.

Discusión: La caída en los valores de saturación regional se observó en forma inmediata al clampeo en ambos territorios, siendo significativa (>20%) a nivel somático lo cual sirvió como guía para el manejo de la presión arterial buscando obtener valores cercanos al 120% de la tensión arterial media basal para lograr circulación colateral. Los cambios en el NIRS no se vieron reflejados en los parámetros de laboratorio de perfusión tisular (ácido láctico). Tampoco la paciente experimentó deterioro de la función renal durante la internación posiblemente en contexto de la corta duración del clampeo. El empleo de NIRS resultó útil en el manejo hemodinámico especialmente durante el clampeo aórtico en un paciente neonatal con escaso desarrollo de circulación colateral.

Palabras clave: NIRS; Cirugía de coartación aórtica; Clampeo aórtico

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.050>