

La combinación de anestesia inhalatoria profunda manteniendo la ventilación espontánea del paciente, sumada a anestesia tópica y local, brindo muy buenas condiciones para realizar el procedimiento de intubación nasotraqueal sin complicaciones.

Palabras clave: Anquilosis temporomandibular, Vía aérea

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.066>

P-66

Incidencia eventos adversos pacientes pediátricos sometidos a resonancia magnética bajo anestesia

P. Largo

Instituto Alta Tecnología Médica, Medellín, Colombia

Introducción: La resonancia magnética es una técnica en la que se requieren apneas o períodos de inmovilidad considerables para la adquisición de imágenes. Inmovilidad que por condiciones de los pacientes pediátricos es difícil mantener, requiriendo administración de sedación o anestesia, lo que genera riesgos adicionales a los existentes en otras áreas.

Objetivo: Describir la incidencia de eventos adversos en pacientes pediátricos en el servicio de resonancia magnética bajo asistencia por anestesiólogo.

Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo donde se valoró la incidencia de eventos adversos en 4.786 pacientes menores de 15 años que fueron llevados a resonancia bajo asistencia por anestesiólogo para sedación o anestesia en el Instituto de Alta Tecnología Médica entre los años 2010-2014.

Resultados: Se presentaron 12 eventos adversos, con un índice de 2,5 por cada 1.000 pacientes pediátricos, de los cuales 6 eventos adversos fueron graves, 4 moderados y 2 leves. La proporción de mortalidad fue del 0,04%.

Conclusión: Realizar estudios de resonancia magnética bajo sedación o anestesia por anestesiólogo en pacientes menores de 15 años es seguro. Sin embargo, en pacientes hospitalizados o descompensados debe hacerse un análisis riesgo-beneficio y valorar la mejor opción.

Palabras clave: Anestesia; Sedación; Pediatría; Imagen por resonancia magnética; Niño

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.067>

P-67

Accesos venosos periféricos difíciles en adultos ASA I y II: Una escala para predecirlos

S. Degreef^{a,b}, S.D Berardi^{a,b}, M.A Acencio^{a,b}, N.J.M Apedino^{a,b}, A.Y Casales^{a,b}, M.A. Villarroel^{a,b}

^a Hospital Provincial de Neuquén, Neuquén, Argentina

^b ANAAR, Neuquén, Neuquén, Argentina

Objetivos: Los accesos venosos periféricos cobran gran relevancia en anestesiología moderna y siendo un procedimiento de rutina su fallo ocurre regularmente. El presente estudio prospectivo, transversal y observacional busca generar una herramienta para predecir aquellos accesos venosos periféricos difíciles que puedan llegar a requerir más de una punción, planificando así estrategias

alternativas que eviten el sufrimiento innecesario de los pacientes.

Metodología: El estudio fue realizado por el servicio de anestesiología del Hospital Provincial de Neuquén. Se incluyeron pacientes cuya estatificación de ASA fuese de I-II mayores de 18 años sometidos a cirugía programada, previa obtención del consentimiento informado, entre septiembre de 2016 y febrero de 2017. La población incluida fue de 243 pacientes. Las variables a seleccionar fueron seleccionadas mediante regresión logística univariante. Estas fueron palpabilidad de la vena diana sin ligadura ($OR = 6.52 P < 0.0001$), palpabilidad de la vena con ligadura ($OR = 5.40 P 0.0001$) visibilidad de la vena sin ligadura ($OR = 5.25 P < 0.0001$), visibilidad de la vena con ligadura ($OR = 4.46; P < 0.0001$) y el antecedente de acceso venoso difícil ($OR = 3.74, P < 0.0001$). A la presencia de cada una se le asignó en código binario 1 punto (0 ausencia de la variable, 1, presencia de la misma) siendo el puntaje máximo 5 (sin dificultad prevista) y 0 (acceso muy difícil). La escala fue realizada por un operador distinto al que realizó la punción, desconociendo este último el valor de la misma.

Resultados: El fracaso en la colocación del acceso vascular intravenoso se observó en 81/243 pacientes. La herramienta mostró un área debajo de la curva de 0.8017. Utilizando la función coords del paquete pROC calculamos la mejor sensibilidad y especificidad, siendo ésta de un 87% y un 36% respectivamente. Puntajes menores a 1,5 predicen un 75% de fallas al primer intento.

Discusión: En futuras intervenciones se debería incluir a pacientes cuyos estadios ASA fuesen III y IV. Es necesario incluir más pacientes para arribar a una conclusión más precisa, lo cual se logrará con sucesivas validaciones externas de nuestro estudio.

Conclusión: La herramienta mostró ser un predictor fiable, logrando predecir 3 de cada 4 accesos vasculares periféricos difíciles.

Palabras clave: Venoclisis; Cateterización venosa periférica, Acceso venoso periférico difícil

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.068>

P-68

SDRA post extubación

M.A Lucero, M. Fortuny, F. Naninni, I. Grobba

Hospital Buenos Aires

Introducción: La anestesia general genera negativamente en el sistema respiratorio alteraciones en la mecánica y en el intercambio gaseoso. Estas alteraciones convergen en la pérdida de volumen de gas dentro del pulmón, con una reducción de la capacidad residual funcional (CRF) entre el 15 al 30% de su valor normal. El origen de esta pérdida de volumen de gas con la anestesia es multifactorial.

Descripción del caso: Hombre de 38 años, obesidad mórbida, hipotiroidismo y asma mal controlados, impresiona somnoliento, que ingresa por guardia por hernia epigástrica atascada.

M3 DTM 6,5 AB 4 cuello 35° corto y ancho.

Se procede a realizar anestesia general con inducción de secuencia rápida, camilla en rampa, pille interescapular. IOT con guía de Eschman por Cormack 3B.

Tiempo quirúrgico 1,5 hs para hernioplastia.

Se decide despertar al paciente bajo las mismas condiciones que en la inducción. Al obtener respuesta al llamado y por síndrome de excitación psicomotriz se extuba al paciente.

Por caída de la saturación se decide reintubar. Se recupera al paciente llegando a una saturación de O₂ 88%.

Se auscultan ambos campos pulmonares con presencia de sibilancias, roncus, y probables rales a predominio derecho. Se trata al paciente con salbutamol, hidrocortisona y ampicilina sulfactam, más maniobras de reclutamiento alveolar. Mejora la saturación a 96% con FiO₂ 1. Persiste una hipovenilación basal derecha.

Se decide pase a UTI. Requiere maniobras de reclutamiento pulmonar y necesidad de vasopresores. Se mide la PIA siendo el valor hallado de 25.

El paciente mejora y a los 5 días pasa a clínica médica.

Información adicional: A pesar de que la disminución de la CRF y la alteración en el intercambio gaseoso durante la anestesia general pueden ser multifactoriales, la normalización de la oxigenación arterial con la estrategia de reclutamiento alveolar confirma la hipótesis de que el colapso pulmonar es su principal responsable. Esta maniobra se realiza de manera controlada y segura con cualquier tipo de respirador.

Comentarios y discusión: En ateneo se expuso el caso planteándose como diagnósticos diferenciales sdra, atelectasia, broncoaspiración, broncoespasmo, coma mixede-matoso frente a la desaturación aguda donde se llegó a la conclusión que el paciente sufrió un SDRA por influencia de todas las comórbidas que llevaron al colapso alveolar y a su descompensación hemodinámica.

Referencias

De Luis Cabezón, N., Sánchez Castro, I., Bengoetxea Uriarte, U.X., Rodrigo Casanova, M.P., García Peña, J.M., Aguilera Celorio, L. Acute respiratory distress syndrome: A review of the Berlin definition. Rev Esp Anestesiol Reanim.2014;61(6):319-27

Nazar J Claudio, Bastidas E Javier, Zamora H Maximiliano, Coloma D Roberto, Fuentes H Ricardo. Manejo perioperatorio de pacientes con patología tiroidea y tratamiento crónico con corticoides. Rev Chil Cir. 2016 Feb;68(1): 87-93

Carrillo-Esper, R., Garnica-Escamilla, M.A. Intraabdominal pressure. Revista Mexicana de Anestesiología.2010;33;Suppl.1:S175-S179. <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cmas101aq.pdf>

Palabras clave: SDRA; Atelectasia; Desaturación; Reclutamiento

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.069>

P-69

Anestesia para craneotomía y resección tumoral en el paciente consciente

L. Garay, F. Nannini, D.A Casto

Hospital Lagomaggiore, Capital, Mendoza, Argentina

Introducción: La indicación anatómica de craneotomía vigil, dado el compromiso oncológico cerebral elocuente, representa el desafío de mantener distintos niveles de sedación y analgesia con una transición rápida y suave

dependiendo de la etapa de la cirugía con pacientes en un estado de alerta suficiente para lograr una adecuada cooperación para orientar decisiones quirúrgicas.

Caso clínico: JMC, paciente de 26 años, sexo femenino, ASA III, obesa, ex tabaquista, hipotiroidismo, glaucoma, crisis clínicas generalizadas sin alteración de la conciencia y antecedente de IOT dificultosa por TEC con fractura mandibular.

El paciente es informado detalladamente de la naturaleza del procedimiento y la conveniencia de realizar la cirugía en vigilia.

En quirófano se contó con carro de intubación difícil, guía por neuronavegador y psicólogo.

Se procedió con profilaxis antibiótica cefalotina 2 g, profilaxis convulsiones levetiracetam 100 mg, ranitidina 50 mg, metoclopramida 10 mg, dexametasona 8 mg. Sedación con combinación propofol/remifentanilo en modelo TCI. Propofol 1 mcg/mL y remifentanilo 0,5 ng/mL con dexmedetomidina como adyuvante carga 0,8 mcg/kg y mantenimiento 0,2 mcg/kg/h. Monitoreo TANI, TAI, VVC, sonda vesical, oximetría y bigotera con línea de capnografía para detectar rápidamente alteraciones de la ventilación.

Anestesia local y se titulan dosis de Propofol 0,7 mcg/mL y remifentanilo 1,4 ng/mL y dexmedetomidina 0,15 mcg/kg/h.

Durante la estimulación cortical se realizan pruebas de secuencias lingüísticas preestablecidas y se obtienen respuestas adecuadas hasta el momento que presenta una crisis tónica que desvía la comisura al lado derecho, el cirujano inunda el campo quirúrgico con SF 0,9% y se inicia goteo de 500 mg de fenitoína, cediendo el tic en menos de 1 minuto. El paciente refiere cefalea sin otra sintomatología acompañante. A los 15 minutos presenta trastorno del lenguaje caracterizado por una afasia sensorial persistente al solicitarle que repitiera las secuencias. Finalmente pudo resecarse un 50% de la masa tumoral, ya que el resto invadía completamente áreas elocuentes y pasó a UTI manifestando una parálisis facial con desviación de la comisura labial a la derecha.

En UTI presentó tres crisis tónicas con buena evolución posterior y, tras 3 días, pasa a sala común sin trastornos del lenguaje ni crisis tónicas.

Discusión: En nuestra impresión clínica, y según lo consignado en la literatura, el paciente toleró perfectamente el procedimiento sin expresar molestias de decúbito ni dolores durante la craneotomía, permitiendo un manejo quirúrgico hasta los límites de resección a las fronteras de las zonas elocuentes.

Palabras clave: Anestesia; Neurooncología; Craneotomía; Consciente

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.070>