

Descripción del Caso: 18/02/2016 - Rnpt (26,5 semanas / 710 grs). Apgar 8/8. Embarazo mal controlado, madre poli adicta, cesárea por desprendimiento de placenta. Osteopenia del prematuro ARM (VAFO/ convencional) durante 89 días totales, 14 días en CPAP y O2 desde el nacimiento. DBP severa. O2 domiciliario. Programado para corrección quirúrgica de Hernioplastia inguinal izquierda. Actualmente 8 Meses de edad al momento de corrección (23/10/2016)

Comentarios y Discusión: Por antecedente y comorbilidades del paciente, se decide realización de Anestesia Raquídea para cirugía programada. Ingres a sin venoclisis, con cánula nasal (O2 a 2 Lts/min), se realiza inducción escalonada con sevoflorane 1-6% hasta lograr acceso venoso (24G en ambos MS). Se coloca en posición sedente y bajo técnica aséptica se realiza BSA a nivel L4-L5, con Bupivacaina Hiperbárica 0,5% (1 mg/kg). Punción única y atraumática.

Se cierra sevoflorane para evaluar instauración de Bloqueo. Se adiciona dispositivo bucal con dextrosa al 10% para favorecer sedación. Paciente no moviliza miembros inferiores ante estímulos en región infraumbilical. Se mantiene constantemente flujo O2 por cánula nasal y se adiciona Sevoflorane 1% lográndose paciente sedado en ventilación espontánea. Tiempo Quirúrgico 30 min. Sin complicaciones.

Conclusión: La utilización de anestesia regional en patologías respiratorias crónicas y cirugías de corta duración es de interés considerable y primera opción anestésica en lo posible sin invasiones agresivas de la vía aérea, brindando excelentes condiciones quirúrgicas.

Palabras clave: Anestesia regional; Anestesia raquídea pediátrica; Displasia Broncopulmonar

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.011>

P-11

Estrategia anestésica para paciente oncológico con compromiso neurológico

J. Rodríguez Molina, M.C. Martín, R.A. Timpano, J. Deltrozzo

Hospital Regional Doctor Ramon Carrillo, Santiago del Estero, Argentina

Introducción: El bloqueo 3 en 1 y ciático es un procedimiento poco frecuente. Actualmente, gracias a la ecografía se ha transformado en un bloqueo fácil y rápido de realizar, con escasas complicaciones, ideal para la anestesia del miembro inferior otorgando analgesia posoperatoria prolongada, menor incidencia de náuseas y vómitos, consumo de opioides y tiempo recuperación.

Descripción del caso: Paciente masculino, 57 años, Peso 80 kg, 1,75 metros. Programado para cirugía de osteosíntesis de fémur por fractura patológica.

Antecedentes: Cáncer de pulmón con metástasis a riñón, hueso, y cerebro. Tabaquismo 20 cigarrillos/día/40 años. Convulsiones, medicado con fenitoina.

Examen físico: rocus-sibilancias bilaterales con hipoventilación en pulmón derecho (tratamiento con nebulizaciones con salbutamol). Vigil, orientando en tiempo y espacio, fuerza y sensibilidad conservada en miembros. Laboratorio: dentro de los parámetros normales. TAC: imágenes nodulares (rodeadas de alo edema), desviación de línea media hacia

la izquierda produciendo una hernia subfalciforme del cíngulo). RX: neumotórax.

Manejo anestésico: 1. Vía central subclavia derecha; Dosis de carga de ácido tranexánico; Premedicación con 100 mcg fentanilo y 3 mg de midazolam. 2. Bloqueo periférico del nervio femoral y ciático guiado por ecografía y neuroestimulación con bupivacaina isobárica 0,125% más lidocaína sin epinefrina 0,5%

3. Bloqueo neuroaxial peridural con catéter. 4. Al comienzo de la cirugía el paciente refiere dolor por lo que se le realiza una dosis de bupivacaina isobárica 40 mg más fentanilo 100mcg por catéter epidural.

Información adicional: Distintos autores han publicado la utilidad del bloqueo femoral 3-1 y ciático vía anterior en la cirugía de miembro inferior. Sus indicaciones son múltiples, incluyen la anestesia para fracturas de fémur. La estabilidad hemodinámica y la adecuada analgesia, producto de cambios mínimos en el nivel simpático, permite manejar a los individuos con menores cargas de líquidos que las requeridas con los bloqueos espinales o peridurales.

Comentarios y discusión: Lo expuesto pone en evidencia que la anestesia regional contraindica en forma relativa "problemas neurológicos pre existentes", siendo una alternativa el bloqueo regional guiado por ecografía, más la colocación de catéter peridural, para analgesia intraoperatoria y postoperatoria, disminuyendo las dosis habituales.

El bloqueo 3 en 1 por su fácil aplicación, alto porcentaje de efectividad y la gran estabilidad hemodinámica, es de elección en los pacientes ASA III y IV con fractura de fémur, en los que la homeostasis se encuentra en un frágil equilibrio, que puede ser alterado por las técnicas de bloqueo del neuroeje, implicando cambios hemodinámicos más importantes.

Palabras clave: Bloqueo 3 en 1; Bloqueo femoral; Bloqueo obturador; Bloqueo ciático; Anestesia peridural

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.012>

P-12

Uso de dexmedetomidina intratecal para prolongación de bloqueo neuroaxial

M.J. Colaiacovo^{a,b}, E.N. Ferrara^b, W. Ledesma^b, C.L. Baxley^c, J. DeLong^c, R. Virasoro^c

^a CEMIC, CABA. Buenos Aires, Argentina

^b Physicians For Peace, Santo Domingo. Santo Domingo, República Dominicana

^c Physicians For Peace, Norfolk. Virginia, EEUU

Descripción del caso: Paciente de 22 años con antecedentes de politraumatismo grave en el año 2008 con múltiples cirugías de fémur izquierdo ingresa a quirófano de forma programada para realizar cirugía de estenosis pan uretral con injerto de mucosa yugal bilateral.

El procedimiento tiene lugar durante una misión médica en un hospital de bajos recursos en República Dominicana. Con una duración estimada de 6hs y al no contar con la disponibilidad de catéteres peridurales se decide realizar anestesia subaracnoidea con 12 mg de bupivacaina hiperbárica, 20 mcg de fentanilo y buscando una prolongación del bloqueo se agrega 10 mcg de dexmedetomidina intratecal, en combinación con 2 mg de midazolam endovenoso.

Inmediatamente luego de constatar el nivel del bloqueo se realiza una anestesia general con 150 mcg de fentanilo, 15 mg de ketamina, 100 mg de propofol y 100 mg de succinilcolina. Se intuba por vía nasotraqueal para la extracción de los injertos de mucosa yugal necesarios para el procedimiento (reconstrucción uretral). Se mantiene con isoflurane (2%) y se infiltra localmente con lidocaina al % 1 (30cc) A los 35 minutos se extuba al paciente y continúa la cirugía con la anestesia del bloqueo subaracnoideo debido a que no se contaba con posibilidad de realizar ventilación mecánica.

Post entubación se constata bromaje de 3 con un nivel de sedación que alcanza un valor de 2 en la escala de Ramsay. Luego continúa el procedimiento sin la necesidad de nueva administración de fármacos sedantes por vía endovenosa.

La cirugía finaliza luego de 8 hs con 45 minutos con un bromaje de 0 y Ramsay de 2 nuevamente.

Conclusión: Los agonistas alfa dos centrales son fármacos que potencian la duración de los bloqueos neuroaxiales con su uso endovenoso. Existen publicaciones recientes que demostraron que el uso intratecal de dichos fármacos también tendrían efectos de las mismas características y con buenos niveles de analgesia postoperatoria.

Palabras clave: Dexmedetomidina; Intratecal; Bloqueo prolongado

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.013>

P-13

Tromboelastometría vs coagulograma convencional para evaluar hipercoagulabilidad en cirugía cardíaca

A. Cavadas, D. Deluca Bisurgi

Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA. Buenos Aires, Argentina

Introducción: Las complicaciones tromboembólicas se encuentran dentro de las causas más importantes de morbilidad. Los estados de hipercoagulabilidad no son detectados con pruebas de coagulación basadas en plasma. La tromboelastometría rotacional (ROTEM®) ha demostrado ser un método confiable para el diagnóstico de dicha afección.

Descripción del caso: Paciente de 67 años en plan de reoperación cardíaca para reemplazo bivalvular aórtico y mitral. Presenta antecedentes de reemplazo de dichas válvulas en mayo 2017 por estenosis mitral severa y enfermedad aórtica moderada, además de fibrilación auricular crónica anticoagulada con warfarina e insuficiencia tricuspídea severa.

En junio 2017, se le diagnostica fiebre y accidente cerebro vascular isquémico. La paciente se interna con sospecha de endocarditis infecciosa, recibe tratamiento antibiótico y se suspende la warfarina e inicia anticoagulación con bomba de heparina. El día de la operación ingresa a quirófano con el siguiente laboratorio: hematocrito 26, plaquetas 53900, creatinina 0,53, tiempo protrombina (TP) 49, tiempo de tromboplastia parcial activada (KPTT) 34, tiempo de trombina (TT) 19,6 y fibrinógeno 530. Se realiza una tromboelastometría rotacional (ROTEM®) basal que arroja los siguientes resultados: A10 EX 69 mm, MCF EX 74 mm, A10 IN 68 mm, MCF IN 71 mm, A10 FIB 41 mm, MCF FIB 42 mm.

Se repitió la tromboelastometría previo a la salida de circulación extracorpórea: A10 EX 51 mm, MCF EX 61 mm, A10 FIB 24 mm, MCF FIB 26 mm.

Luego de la reversión con protamina y de transfundir 7 unidades de plaquetas, se realizó un laboratorio completo y un nuevo ROTEM®: hematocrito 24, plaquetas 133800, TP 33, KPTT 39, TT trombina 20,2, fibrinógeno 283, CT EX 94 seg, A10 EX 57 mm, MCF EX 65 mm, CT IN 190 seg, A10 IN 57 mm, MCF IN 63 mm, A10 FIB 21 mm, MCF FIB 22 mm, CT HEP 175.

A partir de estos resultados se administraron 500 unidades de concentrado de complejo protrombínico.

Comentarios y discusión: Las pruebas de coagulación habituales en esta paciente indicaban un estado de anticoagulación, sin embargo, los resultados del ROTEM®, correspondían a un estado de hipercoagulabilidad. Esto último, es de suma importancia para la toma de decisiones, no sólo por el hecho de que los resultados de la tromboelastometría se encuentran disponibles más rápidamente, sino porque éstos han demostrado ser confiables para el diagnóstico de hipercoagulabilidad. Contrariamente, las pruebas de coagulación basadas en plasma, carecen de sensibilidad y especificidad para el diagnóstico del estado protrombótico.

Palabras clave: Hipercoagulabilidad; Cirugía cardíaca; Tromboelastometría rotacional

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.014>

P-14

Reconstrucción valvular aórtica con técnica de Ozaki en paciente pediátrico

F. Perez^a, R. Melchiori^a, M. Clerici^a, F. Leone^a, F. Dall Armerilla^a, S. de la Torre^a, F. Sosa^a, A. Martinez^b

^a *Hospital Universitario Austral, pilar. Buenos Aires, Argentina*

^b *Hospital Zonal Magdalena V. Martínez, Gral. Pacheco. Buenos Aires, Argentina*

Introducción: La cirugía reconstructiva de válvula aórtica ha ganado gran popularidad en los últimos años. A este respecto la reconstrucción valvular con pericardio autólogo (técnica de Ozaki) ha demostrado prometedores resultados a largo plazo. Presentamos a continuación la experiencia del empleo de esta técnica en nuestro centro, siendo el primero en latinoamérica en implementarla.

Descripción del caso: Se trata de un paciente de 14 años con antecedentes de FR a los 7 años de edad que como complicación presento una insuficiencia aórtica severa. Ingresó al servicio de cardiología del HUA en plan de reemplazo valvular aórtico Vs. plástica valvular. No presenta IC ni bajo gasto. Se plantea realización de técnica de Ozaki, bajo by pass cardio-pulmonar. Intercurre en post operatorio con sme post pericardiectomía y endocarditis infecciosa. El paciente luego de completar tratamiento de sostén y antibiótico es dado de alta con IAo clínicamente no significativa.

Información adicional: La reconstrucción valvular aórtica con pericardio autólogo es una opción adecuada en pacientes en crecimiento, una alternativa válida frente a la utilización de válvulas mecánicas o biológicas. No requiere de anticoagulación, y, asimismo los resultados a la fecha indican una menor tasa de complicaciones. La disminución