

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 bromage 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 bromage 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 protramina 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. Martinez, 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 pericardiectomia 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

de costos debido a la utilización de tejido del propio paciente (pericardio autólogo) es otro potencial beneficio de este tipo de cirugías en países emergentes.

Comentarios y discusión: Este caso nos demuestra que esta técnica utilizada para reconstrucción valvular puede ser implementada de forma segura en un nuevo centro.

Palabras clave: Reconstrucción valvular aórtica; Ozaki
Referencias

1. Kawase I, Ozaki S, Yamashita H, Uchida S, Nozawa Y, Matsuyama T, et al. Aortic valve reconstruction of unicuspid aortic valve by tricuspidization using autologous pericardium. *Ann Thorac Surg.* 2012;94:1180–4.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.015>

P-15

Utilidad de la ecocardiografía en el taponamiento cardíaco tras la implantación de un marcapasos

L.G. Alvarez Calzaretta, H.D. Viso, A.V. Battistello

Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los dispositivos electrónicos cardíacos implantables (DECI) incluyen marcapasos, cardiodesfibriladores y dispositivos de resincronización.

Los DECI han demostrado mejorar la calidad de vida y la sobrevida.

Tanto la implantación como la extracción de los DECI son procedimientos invasivos que acarrear complicaciones: derrame pericárdico, taponamiento cardíaco (TC), perforación cardíaca, hematoma, hemotórax, neumotórax e infección. La incidencia de dichas complicaciones es del 2%-5% pero puede tener consecuencias catastróficas.

Se define al TC como el derrame pericárdico que ocasiona descompensación hemodinámica y requiere evacuación de urgencia.

El TC se debe sospechar en pacientes que presenten hipotensión, ingurgitación yugular, pulso paradójico, taquicardia, taquipnea y disnea. El ECG puede presentar microvoltaje y alternancia eléctrica. El diagnóstico definitivo se realiza mediante ecocardiografía.

El tratamiento es una pericardiocentesis guiada por ecografía. Excepcionalmente se requiere una ventana pericárdica.

Descripción del caso: Paciente de 88 años, sexo femenino, con antecedentes de disfunción ventricular y estenosis aórtica severa cursando internación por insuficiencia cardíaca descompensada. Se realiza Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI), evidenciándose posteriormente un leak moderado de la válvula. Intercurre con bloqueo auriculoventricular completo paroxístico, por lo tanto, ocho días después de la TAVI, ingresa a quirófano para colocación de marcapasos bicameral, lúcida, hemodinámicamente compensada con infusión de noradrenalina y dobutamina. Se realiza anestesia general balanceada, inducción con etomidato, sin complicaciones.

En sala de recuperación anestésica presenta hipotensión sostenida y taquicardia, sin respuesta a inotrópicos ni expansión con volumen.

Se realiza ecocardiograma transtorácico que evidencia derrame pericárdico moderado a severo, colapso

moderado de la aurícula y del ventrículo derechos, y dilatación de la vena cava inferior sin colapso inspiratorio. Se realiza pericardiocentesis de urgencia evacuándose 280 ml de débito hemático; se coloca drenaje pericárdico, obteniendo un débito final de 620 ml. Evoluciona favorablemente.

Información adicional

El TC luego de la inserción del marcapasos puede producirse como una complicación inmediata o durante el transcurso de los primeros días posquirúrgicos. La incidencia de TC luego de la colocación de un marcapasos es cercana a 0%. Se han reportado incidencias de 0,28% en Estados Unidos y de 0% en Italia.

Los factores de riesgo asociados al TC luego de la colocación del marcapasos incluyen sexo femenino, marcapasos bicameral y enfermedad hepática crónica.

Comentarios y discusión: Es importante el control de signos vitales en la sala de cuidados postanestésicos, para la detección a tiempo de una eventual complicación, resultando de gran utilidad el ecocardiograma transtorácico para el diagnóstico diferencial ante un paciente con descompensación hemodinámica.

Palabras clave: Taponamiento cardíaco; Implantación de marcapasos; Ecocardiografía transtorácica; Complicaciones postoperatorias

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.016>

P-16

Monitoreo de la reanimación cardiopulmonar mediante ecografía

S. Gerez, M. Carpinella, N. Rudzik, N. Venturin, M. Constantini

Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La ecografía se ha convertido en una herramienta diagnóstica y terapéutica en situaciones críticas. Esta permite, excluir rápidamente causas potencialmente tratables y además aumenta la exactitud del examen físico.

Descripción del caso: Paciente de sexo femenino de 86 de edad que ingresa a quirófano en plan de reemplazo parcial de cadera derecha. Presenta antecedentes clínicos de Enfermedad de Waldenstrom, Hipertensión, Dislipemia y Cardiopatía isquémica Clase funcional II. Medicada con Aspirina, Rosuvastatina y enalapril. Se le realizó un Ecocardiograma en el año 2015 que informa: hipertrofia ventricular izquierda, dilatación Auricular izquierda, buena función biventricular.

Se coloca a la paciente en decúbito lateral izquierdo, se realiza anestesia raquídea, con bupivacaina 0,5%, isobara, 1,5 ml más 20 Mcg de fentanilo, a nivel L2-L3, nivel sensitivo de T8. Se realiza monitoreo básico durante la cirugía.

Transcurrida una hora de cirugía, sin alteraciones hemodinámicas y con un sangrado de 150ml aproximadamente, al momento del cementado, del componente femoral de la prótesis, se registra actividad eléctrica sin pulso. Se pide ayuda, se posiciona a la paciente, en decúbito dorsal y se comienzan maniobras de RCP avanzada.

Durante la RCP se realiza monitoreo manual y se decide aplicar el Protocolo FEEL. En vista subxifoidea de cuatro