

cámaras se observa acinesia cardíaca con solo movimiento valvular, en el ventrículo derecho una masa hiperecogénica endocavitaria sospechando un síndrome de implantación de cemento óseo. Luego de varios minutos de RCP de buena calidad y ante la persistente falta de motilidad miocárdica, se decide discontinuar la RCP.

Discusión: La ecografía es una herramienta importante para el diagnóstico y manejo de eventos críticos. Existe suficiente evidencia acerca de que la ecocardiografía permite detectar las causas posibles de inestabilidad hemodinámica en el paciente crítico. En el contexto del paro cardíaco permite descartar y/o diagnosticar las causas tratables de actividad eléctrica sin pulso sin prolongar los períodos de ausencia de flujo y a veces sin detener la reanimación. Además, permite diferenciar la "pseudo AESP" donde es demostrable la motilidad miocárdica de la "verdadera AESP" donde existe acinesia del miocardio. Esto se señala como un marcador objetivo de predicción de la supervivencia en la actividad eléctrica sin pulso y de discontinuidad de la RCP. La ecocardiografía en el contexto de RCP es fácil realización con una baja curva de aprendizaje, la cual permite orientar y comprobar la efectividad de nuestras terapias.

Palabras clave: Ecocardiografía; Paro cardiorrespiratorio; Síndrome de implantación de cemento óseo; Protocolo FEEL

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.017>

P-17

Mixoma auricular en el embarazo: a propósito de un caso

H.S. Trigoso, S. de la Torre, F. Dall Armelina, F. Sosa, J.P. Perotti

Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La incidencia de patologías cardiovasculares durante el embarazo es de 1-4%.¹

Dentro de estas, existe un bajo porcentaje de cardiopatías complejas que requiere resolución quirúrgica (con la utilización de circulación extracorpórea) debido al estado de descompensación severa que producen, poniendo en peligro la vida del binomio madre-feto.

La mortalidad fetal en este tipo de intervenciones es mayor que en la madre, requiriendo de esta manera un enfoque anestesiológico diferente al habitual.

Descripción del caso: Paciente de 39 años, cursando embarazo de 20 semanas con disnea clase funcional (NYHA) II-III de un mes de evolución. Presenta antecedente de prolapso e insuficiencia mitral diagnosticado en la infancia, sin seguimiento desde hace 5 años. Se realiza control ecocardiográfico que evidencia: Fracción de eyección de 63%. Aurícula dilatada de 23 cm². Masa móvil de 10x65 mm, adherida a septum interauricular bajo y base auricular. Insuficiencia mitral severa excéntrica.

Ecografía obstétrica de ingreso: Doppler de las arterias uterinas con un índice de pulsatilidad medio límite. Debido al alto riesgo embólico de este tumor y en contexto del estado de gravidez con descompensación hemodinámica incipiente, se decide realizar cirugía de resección tumoral.

La intervención se realiza a las 21 semanas de gestación, con la utilización de circulación extracorpórea (25 minutos).

Durante la cirugía se administró sulfato de magnesio como neuroprotección y se realizó monitoreo fetal continuo. Se intercurrió con descenso de la FCF a 70-90 lpm, tras un tiempo de clampeo aórtico de 11 min. Procedimiento bien tolerado. Postoperatorio en buena evolución, paciente es dada de alta 7 días después de la cirugía.

Información adicional: La CEC es la principal causa de alteraciones maternas y fetales. En la embarazada tiene particularidades que deben considerarse: determina un patrón no fisiológico, de baja resistencia, aunado a la ausencia de autorregulación del flujo útero-placentario, que hace al feto sensible a la hipotensión.

Comentarios: La patología y estado clínico de la paciente, sumado a su potencial complicación motivada por la mayor sobrecarga de volumen que representa el tercer trimestre de embarazo, determinó una conducta terapéutica quirúrgica con el consecuente riesgo inherente a la misma.

Es preciso determinar la relación riesgo beneficio en cuanto a la intervención a realizar y el momento oportuno de la misma, considerando diversos factores como: estadio de gestación, anatomía valvular, clase funcional y grado de hipertensión pulmonar entre otros.

Palabras clave: Cirugía cardíaca; Gestación; Sustitución valvular cardíaca; Mixoma

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.018>

P-18

Efecto Hemodinámico del reclutamiento pulmonar en un paciente con Hipertensión pulmonar

M.N. Carpinella, S. Gerez, N.M. Rudzik, N. Venturin, G.H. Tusman

Hospital Privado de Comunidad, Mar Del Plata. Buenos Aires, Argentina

Introducción: Las atelectasias producidas por la anestesia general y la circulación extracorpórea, generan áreas pulmonares no que ventiladas. Estas sufren el fenómeno de vasoconstricción pulmonar hipóxica, lo que genera un aumento de la impedancia vascular, pudiendo llevar a la disfunción del ventrículo derecho.

Descripción del caso: Paciente de 80 años en plan para reemplazo de válvula aórtica. Medicado con Nebivolol, rosuvastatina y furosemida. Ecocardiograma presenta HVI, dilatación biauricular, estenosis aórtica severa y buena función del VD.

Se realiza inducción con etomidato, remifentanilo y vecuronio. Se coloca noradrenalina en dosis de 0,03 mcg/kg/min para estresar volumen. Ventilación en VCV con 6 ml/kg, frecuencia respiratoria de 14 por minuto y 5 cm de PEEP. Se introduce vía central y se coloca catéter de Swan-Ganz.

Después de realizada la inducción una presión sistólica pulmonar superior a los 70 mmHg. Se retiran los 5 de PEEP observándose una leve disminución de la presión. Posterior a esto se realiza una maniobra de reclutamiento subiendo la PEEP de manera escalonada. Finalizada la maniobra se establece la PEEP en 10 cm de H₂O. Con esta maniobra la presión pulmonar desciende a valores cercanos a 40 mmHg. Se vuelve a retirar la PEEP evidenciándose una subida de la

presión hasta unos 55 mmhg. En un quinto paso se nuevamente 10 cm de H₂O de PEEP con lo que vuelve a caer la presión pulmonar valores cercanos a 40 mmhg. Por último, se vuelve a retirar la PEEP con una nueva elevación de la presión.

Discusión: Las zonas de atelectasia en el pulmón generan una zona sin intercambio gaseoso, lo que lleva a la vasoconstricción pulmonar hipóxica. Cuando estas áreas vuelven a ventilarse, este efecto se revierte generando una menor resistencia a la circulación pulmonar, mejorando la post carga del ventrículo derecho. Lo que vemos también es el incremento de PEEP por sí solo no llega a generar el mismo efecto que la maniobra de reclutamiento para generar re aireación de las zonas de colapso.

Cuando se realiza la maniobra de reclutamiento sobre distiende áreas pulmonares lo que genera disminución del retorno venoso. Muchas veces esto lleva a hablar de efectos negativo sobre la hemodinámica. Pero si la maniobra se realiza con una precarga optimizada, se puede realizar con una mínima repercusión. Obteniéndose beneficios sobre el corazón derecho.

Palabras clave: Reclutamiento pulmonar; Presión pulmonar; PEEP

Referencias

1. Longo S, et al. Lung recruitment improves right ventricular performance after cardiopulmonary bypass: A randomised controlled trial. *Eur J Anaesthesiol.* 2017;34:66–74.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.019>

P-19

Implante de válvula pulmonar percutánea: nuestra experiencia

P. Morgillo

Fundación Favaloro, Capital Federal. Buenos Aires, Argentina

Introducción: La reconstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho con conductos valvulados en pacientes portadores de cardiopatías congénitas eleva a un 90% la supervivencia en la actualidad. No obstante, con el paso del tiempo estos conductos presentan complicaciones como el desarrollo de estenosis o regurgitación. Esto implica una o más reoperaciones a lo largo de sus vidas, con el riesgo que esto conlleva.

Objetivo: Describir la experiencia inicial desde el punto de vista anestesiológico en implantes de válvulas pulmonares Melody y Edwards.

Materiales y métodos: Se incluyeron todos los pacientes tratados con una válvula pulmonar Melody o Edwards desde septiembre de 2016 hasta mayo de 2017.

Descripción de casos: Caso 1: paciente de 20 años, sexo femenino con transposición de grandes vasos con insuficiencia pulmonar severa. se coloca válvula Edwards sin complicaciones

Caso 2: paciente de 15 años, sexo masculino con tetralogía de fallot y estenosis de rama pulmonar izquierda. Se coloca válvula Melody sin complicaciones.

Caso 3: paciente de 39 años, femenino, portadora de tetralogía de fallot, se intenta colocar válvula Edwards, sufre descompensación durante el procedimiento debido a

una hemorragia pulmonar intraparenquimatosa. Se decide colocar en ECMO. Fallece debido a un accidente cerebrovascular a los 10 días.

Caso 4: paciente de 15 años, fallot con insuficiencia pulmonar. Se coloca válvula Melody sin complicaciones.

En todos los casos se efectúa anestesia general balanceada. Inducción con fentanilo 2 mcg/kg, midazolam 3 mg, propofol 2 mg/kg y atracurio 0.5 mg/kg. Mantenimiento: Remifentanilo 0.3 mcg/kg/min y sevoflurano al 1%. Durante todo el procedimiento utilizamos noradrenalina a dosis de 0.02-0.04 mcg/kg/min. Monitoreo: ECG continuo, saturometría y pletismografía, capnografía y presión arterial invasiva.

Conclusión: La controversia principal en estos procedimientos radica en efectuar una sedación profunda versus una anestesia general. A favor de la anestesia general están un mejor control de los cambios hemodinámicos y posibles complicaciones. Asegurar la movilidad y comodidad del paciente. Por otro lado, a favor de la sedación, muchos autores hablan de una disminución de morbilidad relacionada con la inducción anestésica, aporta mayor estabilidad hemodinámica, menor requerimiento de inotrópicos y una estrecha monitorización neurológica. Optamos por la anestesia general tanto por la comodidad del paciente (procedimiento de larga duración y con brazos arriba) y también para tener un mejor control hemodinámico ante diversos escenarios como nos ocurrió.

Palabras clave: Valvuloplastia pulmonar

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.020>

P-20

Reanimación postparo cardiopulmonar en politrauma grave

G. Schiavi, J. Dávalos, L. Neculpan, W. Riveros

Hospital Guillermo Rawson. San Juan, Argentina

Introducción: El trauma severo es un problema de salud pública mundial, siendo responsable de 5,8 millones de muertes anuales. El sangrado incontrolable es la principal causa de muerte potencialmente prevenible en pacientes traumatizados, siendo una carga social y económica para los países con mayor incidencia. En Argentina en el último año se han producido 7.268 muertes, es el país de Latinoamérica con la tasa más alta de mortalidad y accidentes de tránsito.

Descripción del caso: Paciente de 23 años de edad, ingresa al servicio de urgencias por accidente de tránsito, se llama a los anestesiólogos de guardia para realizar intubación orotraqueal. Paciente en estado de excitación, ingurgitación yugular bilateral, saturometría 60% en descenso, se sospecha neumotórax bilateral y se procede al drenaje. Luego de realizar SIR con 2 mg/kg de ketamina, rocuronio 1 mg/kg, se produce paro cardiorespiratorio, se realiza RCP, adrenalina 1 mg/bolo cada 5 minutos, luego de 15 minutos de reanimación, el paciente responde con actividad eléctrica cardíaca anómala (TV,FV), se realizó, dosis de carga de amiodarona, dejando infusión a 15 mg/kg/h, se realiza cardioversión eléctrica, entrando en ritmo sinusal. Se decide ingresar a quirófano para realizar laparotomía y toracotomía exploradora, con diagnóstico de estallido esplénico, laceración de arteria bronquial de lóbulo superior