

Información adicional: La MEI utilizando potenciales evocados en la cirugía medular facilita la toma de decisiones quirúrgicas evitando lesiones. Resulta esencial la elección de agentes anestésicos puesto que es notable el efecto que ejercen sobre los PESS y los PEM. Los AI (anestésicos inhalatorios) han mostrado ser factor de confusión en la interpretación de los PEM aunque, en dosis menores a una CAM, permiten una monitorización efectiva. Asimismo, TIVA permite la realización con facilidad de la MEI. El propofol ha demostrado una mejor estabilidad hemodinámica. En la intubación debería utilizarse algún relajante de vida media muy corta para poder registrar las líneas de base al inicio de la cirugía, durante el resto del acto quirúrgico se debería evitar la relajación muscular.

Comentarios y discusión: Son componentes fundamentales en el plan anestésicos los opioides al igual que la ketamina puesto que no producen cambios significativos en el monitoreo. Con respecto a los relajantes musculares, es determinante el efecto de los mismos en los potenciales motores. Consecuentemente, su uso debería limitarse y el grado de bloqueo determinarse de acuerdo a la respuesta a un tren de cuatro.

Palabras clave: MEI; TIVA; Relajantes musculares; Anestésicos inhalatorios

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.025>

P-25

Reemplazo total de cadera no cementado en paciente con síndrome de Brugada. A propósito de un caso

I.N. Sagastume, M.D. Bonifacio

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: El Síndrome de Brugada (SB) es una enfermedad congénita del sistema de conducción (autosómica dominante) prevalente en varones jóvenes cuyo patrón electrocardiográfico característico es una elevación persistente del ST en V1-V3 con un QT normal. Se asocia a mutaciones del canal de sodio que originan un acortamiento del potencial de acción y un mecanismo de reentrada en células miocárdicas del ventrículo derecho aumentando el riesgo de taquiarritmias ventriculares, paro cardíaco o muerte súbita.

Descripción del caso: Paciente masculino de 22 años, 65 kg, 1,7m, ASA 3, que concurre al consultorio de preanestésico en plan de RTC secundario a lesión coxofemoral izquierda. Es tabaquista (20pack/año), consumidor de cocaína, no refiere alergias ni consumo de medicamentos, CF > 4METS, laboratorios y evaluación de VA normales. Como único antecedente quirúrgico menciona osteosíntesis de tibia bajo anestesia general sin complicaciones. Adjunta un RCV elevado con diagnóstico de SB tipo 1 (ECG: sinusal, 73 lat/min, eje 0°, PR 180mseg, QRS 100mseg, QT 360mseg, buena progresión de R en precordiales, Rf en V1-V2 con SST V2-V5) sin episodios previos de eventos cardiovasculares.

El día de la cirugía se realiza inducción con 0,15 mg/kg de midazolam, 1 mg/kg de tiopental sódico, 4mcg/kg fentanilo y 0,5 mg/kg de atracurio y, realiza mantenimiento con anestesia balanceada (sevoflurano 1,2% y remifentanilo

0,5mcg/kg/min) sin detectarse modificaciones electrocardiográficas ni inestabilidad hemodinámica en el perioperatorio procediéndose a la educación anestésica sin complicaciones y pase a UCO para control evolutivo durante 36hs.

Comentarios y discusión: En estos pacientes se recomienda optimizar parámetros de laboratorio (especialmente ionograma: hiper/hipopotasemia o hipercalcemia empeoran SST), monitorear temperatura central (la hipertermia acentúa modificaciones electrocardiográficas), PAI, ECG continuo de V1-V3 con registro de ST, disponibilidad de carro de paro en quirófano y un mantenimiento con anestesia general balanceada (sevoflurano, isoflurano u óxido nítrico). También se sugiere evitar antiarrítmicos clase I y IV (usar isoproterenol 1-2mcg IV en bolo); ketamina o propofol principalmente en infusión continua y prolongada (usar tiopental sódico y/o midazolam); anestésicos locales tanto ésteres como amidas (se prefiere lidocaína a bupivacaína); BNMD y neostigmina (usar BNMND y sugammadex); metoclopramida y tramadol ya que se asocian a un mayor número de complicaciones potencialmente mortales.

Referencias

1. Kloesel B, et al. Anesthetic management of patients with Brugada syndrome: a case series and literature review. *Can J Anaesth.* 2011;58(9):824-36.

2. Postema PG. Drugs and Brugada syndrome patients: review of the literature, recommendations and an up-to-date website (www.brugadadrugs.org). *Heart Rhythm* 2009;6(9):1335-41.

Palabras clave: Anestesia; Síndrome de Brugada

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.026>

P-26

Inducción y mantenimiento en obesos con modelo Schneider basado en parámetros clínicos ¿es posible?

D. Lujan, F. Nannini

Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

Introducción: El manejo de pacientes obesos durante la inducción y mantenimiento en la anestesia total intravenosa (TIVA) continúa siendo una gran reto para los anestesiólogos, debido a la gran cantidad de definiciones respecto al peso adecuado para poder realizarla y a los diferentes modelos farmacocinético actualmente disponibles.

Objetivo: A pesar de que el modelo MARSH se postula como el más adecuado farmacocineticamente para inducción en el obeso. Nuestro objetivo es demostrar que el modelo farmacocinético TCI Schneider con inducción titulada se adapta al obeso, priorizando las variaciones en la farmacodinamia: cambio de ramsay y monitoreo clínico básico de tensión arterial y frecuencia cardíaca, siendo evaluado por un segundo anestesiólogo quien es el único que observa los cambios en BIS;

Método: Después de la aprobación por el comité de docencia del hospital, se seleccionaron 5 pacientes obesos ASA II-III entre 18-65 años, con índice de masa corporal (IMC) hasta 32 kg/m² en la mujer y hasta 35 Kg/m² en el hombre, cálculo realizado con peso corregido (PC), programados para cirugía de colecistectomía convencional o laparoscópica. Los criterios de exclusión fueron IMC mayor a 32 Kg/m² en la

mujer y 35Kg/m² en el hombre, pacientes ASA IV, trastornos de alcoholismos y abusos de drogas.

Estos pacientes recibieron monitorización básica, colocación de BIS, se midieron parámetros basales y se comenzó la inducción titulada con infusión de Propofol TCI Schneider en 1mcg/ml sitio efecto hasta el equilibrio, y luego de transcurrido 1 minuto, se modificó la diana 0.5 mcg/ml repitiendo el mismo proceder hasta obtener el cambio de ramsay II a III/ IV, considerando esta concentración la adecuada para el mantenimiento intraoperatoria.

Al modificar el ramsay se comienza con la infusión de Remifentanilo TCI Minto sitio efecto escalonado de 2-4-6 Ng/ml, una vez comprobada la apnea y adecuada ventilación se procede a la relajación neuromuscular con succinilcolina 1 mg/kg y a la IOT.

Resultados: Con esta técnica se vio que las concentraciones para inducción y mantenimientos basados en la clínica son adecuadas en la totalidad de los casos, sin reportes de despertar o recuerdos intraoperatorios

Discusión: El paciente obeso recibe 30% menos de la dosis en la inducción con Schneider comparado con Marsh, basándonos en la farmacodinamia, al titular la inducción nos aseguramos con el cambio de ramsay un efecto clínico adecuado para la realización de una anestesia general.

Conclusión: El modelo Schnider se adapta al obeso con titulación basada en parámetros clínicos.

Palabras clave: Obesidad; Anestesia total intravenosa

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.027>

P-27

Anestesia general en paciente con dermatomiositis

M.M. Ares, N.A. Nigro, D. Porticella, M.C. Maroni, S.L. Olguin

Hospital de Clinicas José de San Martín, CABA, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Anestesia general en paciente con dermatomiositis con severo compromiso respiratorio, deglutorio, dérmico y muscular

Descripción del caso: Paciente de 22 años con diagnóstico de DERMATOMIOSITIS (dx 2015). Presenta severo compromiso muscular a predominio del tronco, trastornos deglutorios (antecedentes de broncoaspiración), compromiso cutáneo. Tratamiento: Meprednisona 40 mg, Aziatropina 50 mg, Hidroxicloroquina 200 mg. Motivo de consulta: fiebre y disminución de la movilidad de la articulación del hombro izquierdo. Evaluación por traumatología. Se realiza una primera toilette quirúrgica: inducción con mdz 2 mg, fentanilo 100 mcg, propofol 100 mg. Se coloca máscara laríngea Supreme n 3. Mantenimiento con remifentanilo 0,3 mcg/kg/min y sevofane 1%. Al despertar, se coloca cánula nasal hasta pase a sala. Una semana después se realiza nueva toilette, en este caso: inducción Propofol 120 mg, fentanilo 150 mcg, atracurio 20 mg. TET n7,5, mantenimiento con Propofol 8 mg/kg/min y remifentanilo 0,5mcg/kg/min. La paciente se extuba y requiere apoyo de oxígeno con cpap por 15 minutos. Pasa a UTI con oxígeno suplementario por cánula nasal.

Discusión: elección de anestesia regional o general, uso de relajantes musculares

Conclusión: Se recomienda la anestesia general, para mantener control absoluto sobre la vía aérea considerando el riesgo de broncoaspiración de estos pacientes. El uso de relajantes musculares no está contraindicado. Son de elección los no despolarizantes, teniendo cuenta que puede existir aumento de la sensibilidad a los mismos. Constituye una indicación de monitoreo de la función neuromuscular. Evitar el uso de succinilcolina por aumento de la sensibilidad a la misma.

Palabras clave: Relajantes musculares; Succinilcolina; Dermatomiositis; Miopatías inflamatorias

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.028>

P-28

Dificultad respiratoria aguda y colapso materno durante el parto. A propósito de un caso

B. Dobry^a, O. Rey^a, L. Deganutti^b

^a Hospital San Martín, Paraná, Entre Rios, Argentina

^b Hospital Materno-Infantil San Roque, Paraná. Entre Rios, Argentina

Introducción: El colapso cardiopulmonar durante el trabajo de parto es una condición infrecuente de consecuencias drásticas, ocasionada por condiciones quirúrgicas y/u obstétricas. Dentro de éstas, la embolia de líquido amniótico (ELA) es una de las más devastadoras.

Caso clínico: Paciente de 34 años, ASA I, multipara, con embarazo controlado y a término, desarrolló un cuadro de dificultad respiratoria aguda, hipotensión arterial severa y depresión del sensorio durante su trabajo de parto, que derivó en su ingreso inmediato a quirófano para soporte hemodinámico y cesárea de urgencia. Durante la intervención se corroboró fibrilación ventricular, por lo que se aplicaron maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada, con resultados favorables. Posteriormente, se constató sangrado profuso vaginal consecuente a atonía uterina, y en sitios de venopunción y en vía aérea, considerando este cuadro compatible con una coagulopatía. Esto derivó en inestabilidad cardiovascular por lo cual se administraron uterotónicos, hemoderivados, antifibrinolíticos y se efectuó la hemostasia quirúrgica.

Información adicional: La ELA es una condición infrecuente (1 por cada 40.000 a 60.000 partos), impredecible y no prevenible, que se asocia con elevada mortalidad materno-fetal (20 al 60%) y graves secuelas neurológicas. Su fisiopatología parece implicar una respuesta materna anormal a la exposición al tejido fetal, con activación de mediadores proinflamatorios, similar al síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Comentarios y discusión: Existen varias condiciones médicas y/u obstétricas que pueden conducir al colapso cardiopulmonar durante el trabajo de parto. Entre ellas, tromboembolismo pulmonar, eclampsia, desprendimiento placentario, accidentes vasculares, afecciones cardíacas, anafilaxia, ELA. Sin embargo, es importante destacar que su manejo no requiere de un diagnóstico etiológico ya que el tratamiento inicial es el mismo. Consideramos que la paciente presentó una ELA como causa desencadenante de dificultad respiratoria aguda y colapso materno durante el parto, que derivó en paro cardiopulmonar, seguido de