

P-63

Incidencia de la obesidad en la provincia de JUJUY y la implicancia en el manejo de la VA

BD. Condori

*Hospital Pablo Soria, San Salvador de Jujuy. Jujuy, Argentina***Further reading**

[1]BD. Condori Incidencia de la obesidad en la provincia de JUJUY y la implicancia en el manejo de la VA, doi: 10.1016/j.raa.2017.11.064.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.064>

P-64

Manejo de vía aérea en paciente pediátrico con hemangioendotelio kaposiforme cervical compresivo

M.P. Bandi, M.S. Fernández

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

Introducción: El Hemangioendotelio Kaposiforme es una neoplasia vascular rara (incidencia 1:100.000), frecuentemente congénita, de aparición en el tronco y extremidades. La localización cervical es infrecuente, manifestándose con estridor, dificultad respiratoria o hemoptisis. Es localmente agresivo, y se asocia en el 60% de los casos al fenómeno de Kasabach-Meritt, caracterizado por plaquetopenia y coagulopatía de consumo.

Descripción del caso: Paciente femenina de 4 meses de edad traqueostomizada de urgencia en otro centro por insuficiencia ventilatoria secundaria a compresión de la vía aérea por masa cervical gigante. La obstrucción intermitente de la cánula de traqueostomía por edema cervical severo determinaba la aparición de atelectasias pulmonares, acidosis, hipercapnia y episodios frecuentes de hipoxia con bradicardia extrema y requerimiento de maniobras de reanimación. Ingres a quirófano de urgencia en plan de broncoscopia, biopsia tumoral diagnóstica, recambio de traqueostomía y traqueoplastia. Bajo estricto monitoreo hemodinámico, anestesia general y asegurando la posición de la cánula, se realiza videolaringobroncoscopia, con dificultad en la identificación de la glotis por desviación y distorsión de la laringe, edema orofaríngeo y ocupación de retrofaringe. El edema glótico y subglótico impidió la progresión del broncoscopio rígido más allá de la tráquea cervical. Conservando la cánula de traqueostomía, se tutorizó la glotis bajo visión endoscópica con intercambiador Cook 8 French. Fue necesario retirarla para progresar el tubo endotraqueal n°3 a través del intercambiador más allá de la glotis, que al ocupar la luz traqueal impedía el paso del tubo. Asegurada la vía aérea, se prosiguió con la intervención quirúrgica.

Información adicional: La RMN evidenciaba lesión cervical en línea media, con compromiso de la vía aérea y extensión mediastinal, altamente vascularizada asociada a edema celular subcutáneo.

Comentarios y discusión: Los tumores cervicales pueden dificultar el acceso a la vía aérea, por compresión y desplazamiento de las estructuras anatómicas. El Hemangioendotelio kaposiforme cervical compresivo ha sido escasamente reportado en la literatura, ya que es muy infrecuente, pero presenta graves complicaciones. Es necesario contar con estudios por imágenes a fin de planificar el abordaje de la misma, anticipándose a las dificultades y definiendo múltiples estrategias ante posibles escenarios de intubación y/o ventilación dificultosa. Tutorizar la vía aérea con intercambiadores o guías resulta clave cuando la distorsión anatómica impide la progresión del tubo endotraqueal. La dificultad en el manejo de la vía aérea en tumores tan voluminosos puede requerir el uso de medidas no tradicionales que suponen un riesgo para el paciente y desafío para el anestesiólogo.

Palabras clave: Tumor cervical; Vía aérea pediátrica, Hemangioendotelio kaposiforme

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.065>

P-65

Intubación nasal en niño, con fibrobroncoscopio, en anquilosis temporomandibular

P.B Rubia Laria, E.S Zorrilla Albert, F. Sotarello, W.I Riveros

Hospital Doctor Guillermo Rawson, San Juan, Argentina

Introducción: El manejo de las vías respiratorias en la anquilosis de articulación temporomandibular (ATM) sigue siendo un desafío en anestesia. Esta dificultad es aún más complicada en niños por la necesidad de anestesia general y la limitada apertura bucal.

La intubación nasal con fibra óptica sigue siendo el método de primera elección en aquellos que tienen experiencia en la técnica.

Descripción del caso: Paciente de sexo femenino de 10 años de edad (34 kg) presentada para cirugía de liberación de anquilosis bilateral de la ATM

Se realizó la anestesia con sevoflurano y oxígeno al 100%, se coloca vía periférica calibre 18 G, se realiza atropina 0.2mg/kg, se continua durante todo el procedimiento de intubación con sevoflurano al 4%, siempre manteniendo la ventilación espontánea.

En la monitorización se contó con oximetría de pulso, capnografía, electrocardiograma, presión arterial no invasiva, bis, y sonda vesical.

Se introdujo fibrobroncoscopio pediátrico con tubo traqueal espiralado 5,5 mm lubricado con lidocaína gel 2% a través de la fosa nasal derecha, una vez que se visualizó la glotis se instilo lidocaína al 2% (40 mg), y se procedió a el paso del tubo endotraqueal por las cuerdas vocales de forma exitosa en un intento. Todo el curso intraoperatorio y postoperatorio fue sin incidentes.

Comentario y Discusión: Siempre que se anticipa la dificultad en la intubación y sobre todo en pacientes con anquilosis de ATM, se requiere una cuidadosa preparación y atención en detalle al manejo de la vía aérea.

La intubación vigil suele ser la opción más segura. Sin embargo, en niños la anestesia general es esencial. Esto sumado a la apertura bucal limitada es que se realiza una intubación nasal con fibrobroncoscopio.

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 periodos 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 dificultosos en adultos ASA I y II: Una escala para predecirlos

S. Degreé^{a,b}, S.D Berardi^{a,b}, M.A Acencio^{a,b}, N.J.M Apendino^{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 vasculares 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 vasculares dificultosos 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 estadificación 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 dificultoso (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 dificultoso) 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 dificultosos.

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

<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.