

Artículo Completo

Actas del 33º
Congreso

Septiembre de 2004

Soporte inotrópico

LEJBUSIEWICZ, GLADYS.

Mesas Redondas

Congreso Argentino

Niño de 2 años de edad, de 10 kg de peso, coordinado para una relaparotomía de urgencia.

AP : neumonía con internación domiciliaria al año de edad. Niega otros APP.

AEA : 19 días previos a esta cirugía se opera de urgencia en un centro hospitalario del interior del país, con diagnóstico de hernia estrangulada. Los hallazgos quirúrgicos fueron : vólvulo de delgado con sufrimiento isquémico de intestino, que reperfundió con medidas físicas y se realizó el cierre parietal sin incidentes.

A las 72 horas se traslada a Montevideo, por persistencia del dolor, distensión abdominal y detención del tránsito digestivo.

A las 48 horas siguientes se realiza la primera relaparotomía, constatándose oclusión de delgado alta cerrada por bridas, realizándose viscerolisis, pasando a cuidados intermedios. En la evolución , se constata supuración de herida operatoria (stph + en el cultivo) y fiebre persistente.

4 días previos a esta cirugía : polipnea, anemia, plaquetopenia, leucocitosis 24.000. Se realiza una TAC de abdomen que muestra escaso líquido en el Douglas.

El día de la cirugía se constata aumento de la frecuencia respiratoria (88 rpm), desaturación de 89%, por lo que se coloca máscara de O₂ con reservorio, acidosis metabólica que se corrige antes de su traslado a sala de operaciones.

Ingresa a BQ, lúcido, llorando, ventilando espontáneamente con máscara con O₂, con VVC y VVP pasando glóbulos rojos y plasma.

Al monitorizar , se comprueba : ritmo sinusal de 160 cpm, PA : 90/60, FR : 86 cpm. , el pulsioxímetro no registra en ninguno de los miembros. Luego de intubado se completa monitorización con Et CO₂, y termómetro faríngeo (37.1°C). Se aspiran secreciones sero-sanguinolentas por SET. Se coloca SNG y sonda vesical.

Los hallazgos son de una peritonitis plástica, un absceso pelviano que se evacúa, y asas delgadas no funcionantes.

Hasta ese momento se mantiene con buena PA y taquicardia sinusal.

Al resecar las asas delgadas se observa disminución de la FC a 40cpm y disminución de la PA e inmediatamente paro en asistole. Se realiza reanimación completa con adrenalina total 3 mg, pasa a fibrilación ventricular se realiza desfibrilación eléctrica con 75 J, no sale y luego con 100 J saliendo con ritmo sinusal con taquicardia de 170 cpm, se coloca un goteo de dopamina.

Se extrajeron muestras para 2 gasometrías durante las maniobras de reanimación que mostraron acidosis metabólica, lo que se repuso con un total de 70 ml de SBM ½ Molar.

Dada la situación los cirujanos deciden hacer abocamiento precario de cabos a piel.

Diuresis en 2h 30 : 0 ml .Nueva gasometría : pH 7.44, pCO₂ 28, EB - 4

Se traslada a CTI, con las mismas vías y goteo de dopamina a 16 mcg/kg/min.

A las 2 H 45 min reingresa a CTI en PARO.

1. ¿Cuál es el problema más importante?

- hacer diagnóstico de situación del paciente
- encararlo como un paciente grave, con toque a nivel : respiratorio, cardiovascular, hematológico, ¿renal? Y con un probable foco a nivel abdominal

2. ¿Cuál es la solución?

- visita preoperatoria en el CTI : prevenir
- pensar en el caso y en el encare perioperatorio

3. ¿Estrategia anestésica?

- tener preparado un plan previo : cálculos hechos, drogas diluídas, etc.
- prepararse para la reanimación : drogas, monitores, bombas de infusión, etc.

4. ¿Qué se debe hacer?

- PREVENIR, VISITA PREOPERATORIA
- Drogas de reanimación : adrenalina, atropina, calcio, bicarbonato, etc.
- Seleccionar de acuerdo a la situación del paciente y al diagnóstico y trabajar en equipo
- Registrar todo : ficha de anestesia

5. ¿Qué no se debe hacer?

- no conocer a los pacientes
- no hacer diagnóstico de situación
- ¿SB ½ M y dopamina en este paciente?
- ¿se debe trasladar un paciente en paro de BQ a CTI?

[Federación Argentina de Asociaciones de Anestesia, Analgesia y Reanimación](#)

Fragata Sarmiento 541 - 1er Piso (1405) - Cap. Fed.

Tel: 4431-2463/2547 Fax: (5411) 4431-2463

© 1997-2003. Derechos Reservados. webmaster@anestesia.org.ar