

Paro cardiorrespiratorio durante inducción anestésica – 2004

Dra. Marisa Ayala

Queridos amigos

Transcribo una consulta que envía la Dra. Marisa Ayala, de Rio Negro, Argentina.

Un abrazo

Edgardo

Estimado Edgardo:

Desearia hacerle una consulta a raíz de un caso que se nos presentó en nuestro lugar de trabajo y no contamos con bibliografía que nos ayude a resolver nuestras dudas.

Recibimos en nuestra terapia un paciente de 18 años, que ingresa de quirófano, donde minutos previos en el momento de la inducción de una anestesia presenta descompensación hemodinámica severa con PCR.

El anestesista nos refiere que se presentó como edema agudo de pulmón, que se realizó RCP con administración de vasopresores e inotrópicos, al ingreso a nuestro servicio el paciente requirió elevada dosis de vasopresores, y con parámetros de ARM de fio2 100 % y PEEP DE 20 cm de agua.

El paciente poseía como único antecedente haber tenido reanimación durante el parto y haber sido prematuro.

Nosotros lo asumimos como reacción anafiláctica perioperatoria, sin haber descartado otras causas como posibles.

El paciente evoluciona mal, le realizamos un ecocardiograma donde nos informan miocarditis severa con corazón pequeño y rígido, a los 15 minutos el paciente presenta Asistolia y no responde a RCP y fallece.

Nuestras dudas son muchas, pero la pregunta es si en la anafilaxia se puede dar compromiso miocárdico agudo.

El paciente había ingresado a quirófano para colocación de un diábolo en oído.

Esperamos nos ayude con su opinión y nos oriente de dónde poder leer más acerca de este tema

Muchas gracias

Dra Ayala Marisa

Rio negro.

TERAPIA INTENSIVA SANATORIO RIO NEGRO

OPINIONES DE COLEGAS

A Dra não poderia descrever o ECG da admissão? O melhor colocarlo escaneado.

Para pode ter uma orientacao basica, Please. Como era el area cardiaca no Rx de tórax. Tinha? E a circulacao pulmonar? Muito importane eses dados. Favor mande para nao falar besteiras.

Andres R. Pérez Riera.

Hola amigos y Edgardo

Me pregunto:

1- si tenía historia previa de Insuf. Cardíaca o algún otro signo o síntoma que hiciera pensar en esta patología.- si hacía deporte o caminaba o trotaba, si no había algún elemento que orientara a su patología.-

2- que paraclínica preoperatoria le hicieron y que resultados dió. (ecg, sangre, proteínas, rx tórax, etc)

3- por qué se piensa en un EAP anafiláctico y no por falla cardíaca?

4- si se hizo autopsia y que resultado dió.-

Muchas gracias a todos y saludos cordiales desde Uruguay.-

Un abrazo fraterno.-

Dr Vartan Vartanian, Migués, Canelones

Estimados amigos, si bien la pregunta es para el Profesor Edgardo, podemos con todo respeto dar nuestra opinión sobre este caso.

1) Sería importante saber de la evaluación preoperatorio y cuál de los protocolos de evaluación preoperatorio se usa en el servicio.

2) Qué tipo de anestésico se estaba usando (pues es importante saber si se trata de un cuadro hiperérgico, de idiocinracia, sobredosis etc.)

3) ¿Se presentó el cuadro como un edema agudo de pulmón o se presentó como una neumonitis aguda acompañado de coagulación intravascular diseminada?

4) ¿Cual fue el resultado de la autopsia?

Atte.

José. A. Carrillo.

Estimados Colegas:

Entre los aspectos a investigar en este paciente, deseo sugerir incluir sexo, peso y talla. Precisar la edad gestacional al momento del nacimiento, si la madre requirió algún tipo de anestesia durante el parto y de ser posible cuál fué la causa de su nacimiento prematuro. También hacer referencia al tipo racial del paciente.

Algo me hace sospechar que por lo repentino e inesperado del paro cardiorespiratorio durante la inducción de la anestesia, este puede obedecer a un trastorno enzimático hereditario ó congénito. El hecho de que la operación fuese para implantar un diablolo también hace necesario investigar si el paciente presentaba cuadros infecciosos óticos y rinofaríngeos crónicos desde la niñez que de alguna manera le hayan impuesto un estilo de vida sedentario sin grandes esfuerzos físicos que hiciesen evidente alguna cardiopatía latente.

Atentamente,

Dra. Muralida Márquez López

Venezuela.

Dra Ayala, he leído su caso y realmente quedé preocupado por tan infortunio, quisiera conocer de ser posible de como son las evaluaciones prequirúrgicas que se realizaron, dado que se me ocurre pensar que puede haberse escapado algo allí. ¿Tenia consulta previa con anestesista?

Saluda cordialmente.

Dr. Bilotta Constante.

General Villegas.

Estimados colegas:

Los saludo atte. y me gustaría saber los resultados de los estudios prequirúrgicos del paciente. Sería muy importante para comprender , el cuadro y desenlace.

Desde ya gracias.

Miguel Sánchez

Estimada Dra:

He leído su caso y me apena mucho. Tal vez me equivoque pero me atrevería a pensar que este paciente no tenía EKG basal y tal vez ni Rx de Torax. Al menos aquí en Nicaragua sería excepcional una valoración cardiológica con EKG, en un paciente de 18 años sin diagnóstico de cardiopatía o bien aparentemente sano, en todo caso cabría evaluar la evaluación preanestésica la cual no creo que aporte mucho si se piensa en una miocarditis aguda: hipocinesia global sin dilatación del VI. Creo que el estudio histológico cardíaco es el que puede señalar la etiología probable del fenómeno.

Gracias.

Dr. Pablo Hurtado

Hola amigos. Me gustaría conocer el récord de Anestesia y la hoja de fármacos que se aplicaron durante la inducción anestésica. Por la edad del paciente y la falta de antecedentes notorios se debe estudiar en primer lugar reacción alérgica severa o defecto enzimático

Yo que soy anestesi loga no descartaria la hipertermia maligna como posible diagnóstico que solo tiene un único tratamiento: el dantrolene

Saludos a toda la Red M Chahin

Queridos amigos:

Abajo encontraran el trazado ECG del paciente de la Dra. Marisa Silvina Ayala y el informe del Ecocardiograma, junto a otro trazado ECG (solo derivaciones St)

Además, Marisa me hizo llegar esta breve descripción clínica que se agrega a los datos que ya teníamos.

El paciente poseía una placa de tórax prequirúrgica normal y al ingreso de quirófano con franco edema y congestión.

El laboratorio previo al ingreso muestra una linfocitocis de 38% con leucocitos normales.

Durante la inducción se utilizó Fenflorano, pentotal y succinilcolina.

En breve vamos a tener los resultados de la necropsia.

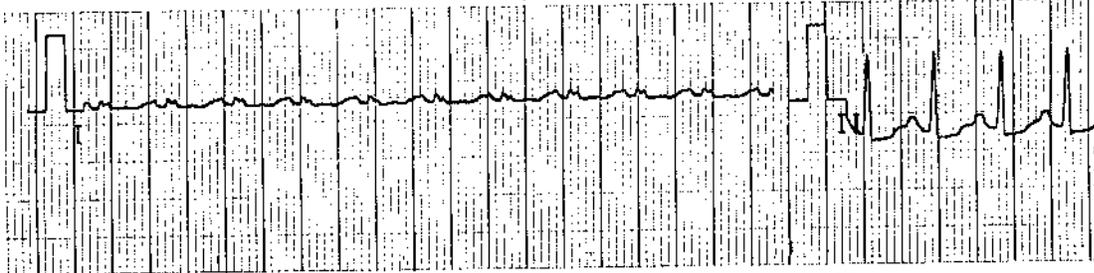
Atte

Dra Ayala Marisa Silvina

D I - D II

NUMB:

ID:

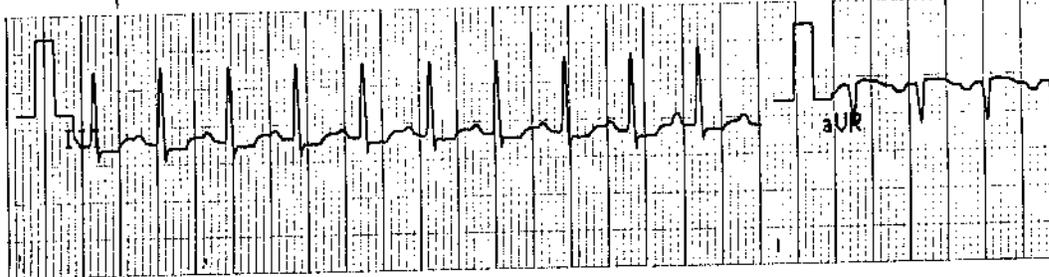


CARDIO CHARTS

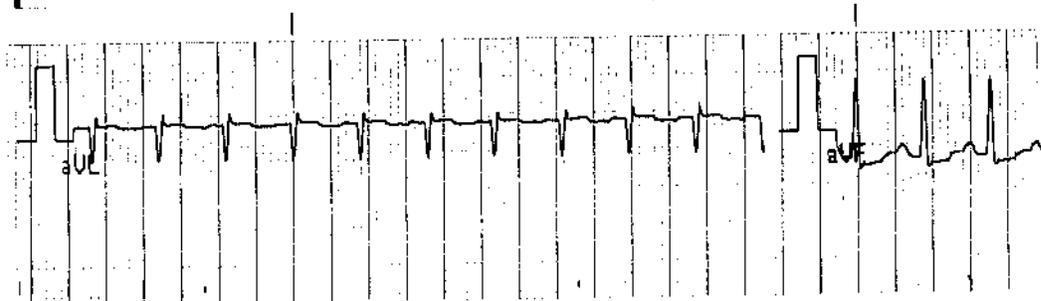
D III - aVR

EURU:

SEXU:



aVL - aVF



Estudio Solicitado: ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL

Cavidades derechas normales.

Ventriculo izquierdo de dimensiones internas y espesor parietal conservado.

Se observa practicamente una acinesia global de las paredes del VI con severo deterioro de la función sistólica ventricular izquierda.

Diámetro auricular izquierdo normal.

Válvula aórtica tricúspide de características normales.

Válvula mitral normal con marcado aumento de la distancia mitroseptal.

Válvula tricúspide normal.

Pericardio sin particularidades. No se visualiza derrame.

CONCLUSION: El estudio es compatible con una miocardiopatía, probablemente miocarditis aguda con severísimo deterioro de la función sistólica del VI.

Dimensiones:

VD: 21 mm. DSVI: 39 mm. SIVD: 8 mm. Ao: 35 mm. DMS: 18 mm.

DDVI: 45 mm. PPD: 9 mm. AI: 37 mm. F. Acort: 10 % F Ey. 23 %.

CARDIO

V3 - V4

