



Compartint l'Anestesiologia a les Tres Nacions

Una Comarca, un Hospital, tres Idiomes...



Palau d'Esports i Congressos d'Alp, Girona



XIV Congrés de la Societat Catalana
d'Anestesiologia, Reanimació i
Terapèutica del Dolor

8 i 9 de novembre de 2018

WWW.CONGRESSCARTD.ORG

MONITORIZACIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA VALORAR RESPUESTA A FLUIDOS Y DROGAS VASOACTIVAS EN SEGMENTECTOMÍA HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA

Antonio Ortega; Esteban Osorio Salazar; Jose Maria Sistac Ballarín; Marta Mur Irizar; Alejandro Pérez Requena; Mercedes García Domínguez; Sandra Martín Infantes
Hospital Universitari Arnau Vilanova Lleida

La segmentectomía hepática laparoscópica para cirugía oncológica se está viendo incrementada debido principalmente a la reducción de la morbilidad con respecto a hepatectomía y a una mayor preservación del tejido hepático. Así pues, La morbilidad intraoperatoria en segmentectomías únicas es de un 30% (respecto al 78%) y la mortalidad entorno al 1%. Los riesgos más frecuentes son la hemorragia, la embolia gaseosa y las complicaciones derivadas de la reperfusión.

Paciente de 68 años sin AMC, con AP de HTA, FA con disminución severa de FEVI (35%), no EPOC con PFR con patrón obstructivo (CVF 48% FEV1 54%), VHC+ en actual tratamiento, se diagnosticó de nódulo hepático en segmento VII tributario a segmentectomía hepática laparoscópica por sospecha de colangiocarcinoma.

Se realizó anestesia general balanceada con Propofol 200 mg, Fentanilo 100 mcg, Rocuronio 50 mg, BPC de Remifentanilo 0,1 mcg/kg/min y Sevoflurane a CAM 1, se canalizó 2 vías periféricas y CVC 3 lúmenes en yugular interna y línea arterial periférica donde se realizó monitorización hemodinámica con Pulsion.

Gracias a la monitorización mínimamente invasiva se corrigió los valores deficitarios hemodinámicos según la valoración de los indicadores y la respuesta a las necesidades de cristaloides/coloideos y/o drogas vasoactivas.

Al finalizar la intervención se revirtió bloqueo NM con 180 mg de Sugammadex y se trasladó a UCI extubado, hemodinámicamente estable con soporte vasoactivo (NA 0,05 mcg/kg/min y dobutamina 6 mcg/kg/min en BPC) y con un balance de aporte de 1,5L de cristaloides y 1L de coloide.

Las guías clínicas de terapia guiada por objetivos de fluidoterapia en pacientes sometidos a cirugías de alto riesgo nos indican la necesidad de una monitorización del gasto cardíaco poco invasiva para el control de las necesidades perioperatorias. No está aclarado el rol del soporte vasoactivo pero en pacientes seleccionados y bajo una correcta supervisión es indispensable para el soporte hemodinámico.