

“Anestesia en pacientes felinos pediátricos sometidos a procedimientos quirúrgicos de urgencia”

Goich V, M, M.V;

Anestesiología en animales pequeños

mgoich@uchile.cl

1^{er} caso clínico

Paciente “Julián”, felino, 2 meses, DSH, 1,5 Kgs llega a la clínica por un historial de decaimiento agudo, anorexia parcial de curso de 1 día. Como anamnesis remota el paciente fue recogido hace 2 semanas, desde lo cual era alimentado con un extraído comercial, no presentaba vacunas ni deparasitaciones al momento de la consulta y convivía con varios gatos también recogidos.

El paciente al examen físico presenta un estado de conciencia normal, color de mucosas rosado pálido, TLLC 1 segundo, deshidratación 6%, auscultación cardiopulmonar normal, pulso femoral fuerte y concordante. Al examen lo más relevante era que a la palpación abdominal el paciente presentaba abdomen agudo y se palpaban asas intestinales muy distendidas con una masa en abdomen medio de 3 cm, se presume que podría ser un ganglio o una intususcepción. Por lo que se plantearon como prediagnósticos: cuerpo extraño intestinal, intususcepción, y PIF. Por lo que se solicitó un estudio ecográfico de abdomen, el cual no fue absolutamente concluyente, por lo que realizó luego un enema baritado

El diagnóstico derivado del enema baritado fue de intususcepción ileocólica, por lo que se planificó la cirugía de urgencia.

Previo al comienzo de la preanestesia se comenzó con una estabilización del paciente, con suero ringer lactato, a una velocidad de 20 ml/Kg/hr. El paciente se mantenía atento al medio, con una frecuencia cardiaca de 184 lat/min, frecuencia respiratoria de 36cpm y presentó una presión sistólica de 140 mmHg. Posteriormente se realizó la premedicación con morfina a 0,2mg/Kg/SC, atropina a 0,02 mg/Kg/EV, lográndose una

sedación moderada. Luego la inducción se realizó con propofol a 4 mg/Kg/EV. La mantención se realizó con isofluorano.

Durante la cirugía se mantuvo con parámetros normales, sin embargo, luego de 20 minutos de cirugía, lo cual coincidió con la manipulación de vísceras, se observó una leve disminución de frecuencia cardíaca (110 lat/min), lo cual fue tratado con atropina, revirtiéndose esta bradicardia. La otra complicación fue una hipotensión moderada, de 70 mm Hg de presión sistólica, tratada con coloides, además de una disminución del plano anestésico. En general, se mantuvo en un plano ligero a moderado, manteniéndolo con isofluorano desde 1 a 3%. Su recuperación fue rápida y antes de la extubación se administró 2,2 mg/Kg/SC de rimadyl. Luego de 1 hr postanestesia el paciente estaba muy recuperado y sin signos manifiestos de dolor.

Caso clínico 2:

Paciente “lucas”, felino, 1 mes, DSH. Se presenta a la clínica el paciente debido a un trauma ocurrido hace 4 hrs, cayendo desde un séptimo piso. Como historial el paciente no presentaba enfermedades previas, y no presentaba desparasitaciones al día. Luego del trauma se realizaron maniobras de estabilización. El paciente no presentaba signos de TEC, y presentaba una fractura a nivel palatino y el resto de los parámetros eran normales. Luego de 12 hrs de estabilización se realizó la sutura de paladar.

El paciente presentaba una frecuencia cardíaca de 192 latidos/min, frecuencia respiratoria de 30 ciclos/min, TLLC 1 segundo, pulso femoral y metatarsiano presentes, auscultación cardiopulmonar normal. Se realizó una premedicación con tramadol (1mg/Kg), atropina (0,02mg/Kg/EV), y se realizó una inducción con propofol a 4 mg/Kg. Se realizó intubación con traqueotubo 2,5 sin balón y se mantuvo con isofluorano. Luego se realizó el bloque maxilar bilateral con 0,5 ml de lidocaína diluída. Durante el procedimiento el paciente mantuvo la frecuencia cardíaca entre 160 y 200 lat/min, y mantuvo una frecuencia respiratoria de 12 a 24 ciclos por minutos, manteniendo oximetría normal. Luego de la inducción se presentó una hipotensión moderada (70-80 mm Hg de presión sistólica), que fue manejada con coloides, luego de lo cual se mantuvo en valores normales, con pulsos fuerte y concordante, lingual y metatarsiano. Posterior a la cirugía se administró 1 mg/Kg de

dexametasona, y ranitidina, indicándose para el tratamiento posterior rimadyl como analgésico y antiinflamatorio, además de tramadol.

Caso clínico 3

Paciente “minino”, felino, 1 mes y medio, DSH, 1 Kg. Es derivado a la clínica debido a un trauma ocurrido hace 1 día.

El paciente fue recogido hace muy poco tiempo por lo que no hay mayores antecedentes. Al examen físico el paciente presenta mucosas rosado pálido, TLLC 1 segundo, frecuencia cardiaca de 180 lat/min y presenta una frecuencia respiratoria muy aumentada (>60 ciclos/min). Presentaba auscultación con ruidos pulmonares agregados, siendo muy difícil de determinar si eran crépitos, y el paciente presentaba una disnea moderada. Con el examen físico se pensó en los siguientes diagnósticos presuntivos: hernia diafragmática, contusión pulmonar y/o neumotórax.

El paciente posteriormente a maniobras de estabilización fue sometido a estudios radiográficos de tórax, diagnosticándose finalmente una hernia diafragmática con presencia de lobos hepáticos.

El paciente tuvo una muy buena evolución con una terapia de sostén y oxigenoterapia, por lo que no fue sometido a cirugía, además de la reticencia de sus dueños. Finalmente fue dado de alta solicitada 5 días después. Posteriormente el paciente llega 2 días después con disnea severa y cianosis leve, con lo que se planeó la cirugía de urgencia. Para poder acceder a una vía venosa el paciente recibió una dosis mínima de acepromacina (0,05mg/Kg/SC) debido a que el stress producido por la manipulación producía mayor dificultad respiratoria y cianosis marcada. Finalmente se comenzó con fluidoterapia y oxigenoterapia, previo a la inducción. Fue premeditado con tramadol y atropina, y la inducción se realizó con propofol, tras lo cual se accedió inmediatamente a una vía aérea y oxigenoterapia directa. La mantención se realizó con isofluorano, luego de la inducción se comenzó inmediatamente con ventilación a presión positiva (VPP), debido a que su saturación no sobrepasa el 90%, luego de iniciar VPP el paciente mejoró drásticamente su saturación. Luego se comenzó con la administración de rocuronio (0,2mg/Kg/EV) con lo cual se logró un bloqueo neuromuscular adecuado y se

prosiguió con VPP: Finalmente se debió repetir en 3 ocasiones este bloqueador aproximadamente cada 20 minutos. Luego de la segunda administración se observó una disminución en la frecuencia cardiaca tras lo cual se aplicó atropina y remitió. La cirugía duró 45 minutos aproximadamente, y la mayor complicación fue la hipoxia producida en un inicio, que luego fue controlada. Como terapia posterior se indicó tramadol 2mg/Kg cada 6 hrs y rimadyl (2,2mg/Kg/SC) cada 12 hrs. Este paciente presentó una recuperación rápida, sin embargo, luego el paciente manifestó nuevamente disnea pero en menor grado. Se mantuvo con oxígeno por 2 días postquirúrgico, sin embargo, 12 hrs. después de la cirugía, el paciente ya presentaba una respiración normal y saturación normal. El paciente fue dado de alta 5 días después de la cirugía.