52° Congreso Chileno de Anestesiología 2026

Contenido

Contents i

Trabajos Científicos 1

Efecto de la dexmedetomidina sobre el consumo de opioides en amigdalectomía pediátrica: estudio observacional retrospectivo con propensity scores 1

El exponente aperiódico del EEG deja de correlacionar con la dosis de propofol en profundidades hipnóticas propias de la cirugía 2

Bloqueo QL3 en artroplastia total de cadera: asociación con menor consumo de opioides y dolor postoperatorio en cohortes ajustadas por puntaje de propensión 3

Interacción de factores de riesgo clínicos en el desarrollo de delirium postoperatorio: un estudio observacional prospectivo multicéntrico 5

Detección automatizada por video de dolor, apnea y vómito en la Unidad de Recuperación Post-Anestésica: Resultados preliminares de un sistema de vigilancia no invasiva 6

Extubación ultra-fast track en cirugía de la aorta torácica con paro circulatorio hipotérmico. Resultados postoperatorios: estudio de cohorte retrospectivo 8

Estudio del patrón electroencefalográfico (EEG) frontal de pacientes clasificados en sedación profunda según SAS y RASS en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI): estudio de cohorte prospectivo observacional 9

Estudio de los factores de riesgo que determinan una prueba cognitiva de MoCA postoperatoria alterada tras una perturbación farmacológica intencional (supresión en salvas) con propofol en pacientes mayores 11

Estudio de la respuesta electroencefalográfica frontal tras una perturbación farmacológica intencional (supresión en salvas) con propofol en pacientes mayores según su nivel de fragilidad 12

Modelo farmacocinético poblacional de Cipepofol desde la infancia hasta la adultez: Implicancias para la dosificación y la infusión controlada por objetivo 14

Recuperación poscesárea con metadona subcutánea versus morfina intratecal: estudio de cohorte pragmático utilizando ObsQoR-10 15

Casos Clínicos 18

Abordaje anestesiológico del parto en madres con fisiología univentricular. A propósito de un caso 18

Primer reporte de neurocirugía intracraneal en paciente con MELAS y monitorización neurofisiológica: Estrategia anestésica multimodal sin Propofol 19

Reporte de caso: embolia de líquido amniótico con paro cardiorrespiratorio materno, coagulación intravascular diseminada y hemorragia obstétrica masiva, con sobrevida materno-neonatal sin secuelas neurológicas 21

Uso de bomba intratecal en dolor oncológico pediátrico refractario: reporte de caso 22

Del modelo al paciente: impresión y simulación 3D en una vía aérea difícil por neurofibroma orofaríngeo 24

Manejo anestésico de la resección de un paraganglioma retroperitoneal (Feocromocitoma) con infiltración de la vena cava inferior mediante exclusión vascular hepática total con perfusión hipotérmica in situ (técnica ante situm) y bypass venovenoso con ECMO..... 25

Ecocardiografía Transesofágica de Rescate en el Diagnóstico de SAM y Obstrucción Dinámica Durante Colectomía: reporte de caso..... 26

Reporte de caso: sarcoma cardiaco resecado mediante explante cardiaco y reimplante..... 28

Enfermedad de Von Willebrand tipo 2N y analgesia epidural: decisiones hemostáticas en el periparto..... 29

Cirugía torácica y mediastínica sin intubación con ventilación espontánea en pacientes con riesgo elevado para ventilación monopulmonar: serie de cinco casos..... 31

Posters..... 33

Aplicación de un potencial relacionado a evento nociceptivo (ERP-N) mediante electroencefalografía (EEG) bajo anestesia general..... 33

Evaluación clínica versus ecografía gástrica en cirugía abdominal de urgencia: impacto sobre la decisión de realizar una secuencia rápida de inducción..... 34

Impacto de la anestesia espinal en el tiempo al alta en cirugía ambulatoria: análisis retrospectivo mediante propensity scores (AIPW)..... 35

Eficacia del parche de buprenorfina en la analgesia postoperatoria tras amigdalectomía en adultos: ensayo clínico aleatorizado..... 37

Protocolo anestésico de cirugía cardiaca con recuperación acelerada y extubación ultra rápida en el quirófano: Experiencia en la Patagonia Austral de Chile..... 38

Evaluación subrogada de la proximidad dural según distintas técnicas de pérdida de resistencia durante la anestesia combinada espinal-epidural: estudio de cohorte prospectivo..... 39

Estudio de la variabilidad en la evaluación preanestésica en Chile: una encuesta nacional basada en casos clínicos simulados..... 40

Evolución del dolor, consumo de morfina y eventos adversos en cirugía lumbar: análisis interino de un ensayo aleatorizado sobre bloqueo retrolaminar..... 42

Diferencias dependientes de la edad en la sensibilidad anestésica y su asociación con monocitos circulantes: estudio prospectivo preliminar..... 44

Anemia preoperatoria como factor de riesgo independiente de transfusión y complicaciones perioperatorias en cirugía cardíaca: cohorte retrospectiva..... 45

Perfil tromboelastométrico del sangrado post-bomba en cirugía cardíaca: caracterización de una cohorte manejada con algoritmo hemostático guiado por ROTEM..... 47

Buprenorfina transdérmica para analgesia postoperatoria en hernioplastía inguinal ambulatoria: estudio aleatorizado doble ciego exploratorio..... 48

Características de los pacientes derivados y la duración de un programa de prehabilitación en un centro universitario de Santiago de Chile..... 49

Prehabilitación y Desenlaces Posoperatorios en Cirugía Cardíaca: cohorte retrospectiva..... 51

Implementación y resultados clínicos iniciales de un modelo colaborativo remoto e interdisciplinario para el manejo del dolor crónico pediátrico en Chile.....52

Cirugía ambulatoria a bordo de un buque multipropósito chileno: serie de casos..... 53

Titulación de sevoflurano guiada por electroencefalografía frontal en amigdalectomía pediátrica: efecto sobre el consumo intraoperatorio de fentanilo y la calidad del despertar. Estudio exploratorio aleatorizado..... 55

Evolución de los síntomas depresivos (PHQ-9) en pacientes tratados con infusiones de ketamina intravenosa: cohorte retrospectiva de práctica real.....56

Predicción del delirium postoperatorio mediante movimientos oculares.....58

Incidencia y dinámica temporal del dolor de rebote posterior a cirugía de manguito rotador: punción única frente a catéter de nervio periférico continuo. Análisis secundario de un ensayo clínico aleatorizado.....59

Trabajos Científicos

Efecto de la dexmedetomidina sobre el consumo de opioides en amigdalectomía pediátrica: estudio observacional retrospectivo con propensity scores

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-31

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
16.099.646-3	Francisca Folsch Cubillos	Clínica Dávila
9.522.669-8	Dagoberto Ojeda Dinamarca	Clínica Dávila
17.960.014-5	Magdalena Estefó Aroztegui	Clínica Dávila
18.484.777-9	Carlos Alvarez Brauning	Clínica Dávila, Universidad de los Andes
20.834.732-2	Nicolás Merino	Universidad de los Andes
21.072.025-1	Mikhail Loutsko	Universidad de los Andes

Introducción

La amigdalectomía es uno de los procedimientos más frecuentes en pediatría y se asocia a dolor postoperatorio significativo. La analgesia multimodal busca optimizar el control del dolor y reducir el uso de opioides. La dexmedetomidina ha despertado interés como coadyuvante anestésico por sus propiedades analgésicas y su potencial efecto ahorrador de opioides; sin embargo, la evidencia en amigdalectomía pediátrica ambulatoria continúa siendo limitada.

Objetivo(s)

Evaluar el efecto de la administración de dexmedetomidina 0,5 µg/kg en bolo endovenoso al inicio de la cirugía sobre el consumo perioperatorio de opioides en pacientes sometidos a amigdalectomía pediátrica electiva.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo, aprobado por el Comité de Ética Científico de Clínica Dávila. Se incluyeron pacientes de 3 a 9 años, ASA I–II, sometidos a amigdalectomía electiva ambulatoria. La cohorte expuesta correspondió a pacientes intervenidos tras la incorporación de dexmedetomidina 0,5 µg/kg en bolo endovenoso durante la inducción anestésica como parte de la práctica habitual; la cohorte histórica correspondió a pacientes intervenidos previamente. En ambos períodos la anestesia se realizó mediante anestesia general balanceada con sevoflurano, óxido nitroso, propofol y fentanilo, sin relajantes musculares. El desenlace primario fue el consumo total de fentanilo intra y postoperatorio (µg). El efecto del tratamiento se estimó mediante augmented inverse probability weighting (AIPW) utilizando un propensity score estimado mediante un modelo probit ajustado por edad, peso, talla y clasificación ASA. El balance de las covariables se evaluó mediante diferencias estandarizadas (<0,1) y el efecto se expresó como average treatment effect. Se realizaron dos análisis de sensibilidad preespecificados: exclusión de pacientes que recibieron metadona intraoperatoria y evaluación del efecto del tipo de hemostasia.

Resultados

Se incluyeron consecutivamente 500 pacientes. Treinta y seis pacientes que recibieron midazolam oral fueron excluidos por ausencia de solapamiento de los propensity scores entre ambas cohortes, lo que impidió la estimación del efecto mediante AIPW. Finalmente, 464 pacientes fueron incluidos en el análisis (244 en la cohorte dexmedetomid-

ina y 220 en la cohorte histórica). El AIPW logró un adecuado balance de las covariables entre ambas cohortes. En el análisis principal, el consumo estimado de fentanilo fue de 102,5 µg (IC95% 98,0–107,0) en la cohorte control. La dexmedetomidina se asoció a una diferencia de −4,0 µg (IC95% −13,2 a 5,2; p=0,395), sin reducción significativa del consumo de fentanilo. En el análisis de sensibilidad que excluyó a los pacientes que recibieron metadona intraoperatoria, la diferencia fue de −7,6 µg (IC95% −14,2 a −1,0; p=0,024). La técnica de hemostasia no modificó el efecto sobre el consumo de fentanilo (−0,001 µg; IC95% −0,1 a 0,01; p=0,981).

Conclusiones

La administración de dexmedetomidina en bolo durante la inducción anestésica no mostró un efecto ahorrador de opioides clínicamente relevante en pacientes pediátricos sometidos a amigdalectomía electiva. Los análisis de sensibilidad mostraron una reducción de pequeña magnitud, sin modificar la interpretación global de los resultados. En conjunto, estos hallazgos sugieren que el uso de dexmedetomidina con este objetivo no aporta un beneficio clínicamente relevante.

Contacto

Nombre: Francisca Folsch Cubillos

Correo electrónico: magdalenaestefo@gmail.com

Teléfono / Móvil: / 979865505

El exponente aperiódico del EEG deja de correlacionar con la dosis de propofol en profundidades hipnóticas propias de la cirugía

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-32

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
16.612.082-9	Gonzalo Boncompte Lezaeta	Pontificia Universidad Católica de Chile, División de Anestesiología.
	Luis Ignacio Cortinez	Pontificia Universidad Católica de Chile, División de Anestesiología.
	Juan Cristobal Pedemonte	Pontificia Universidad Católica de Chile, División de Anestesiología.
	Mauricio Ibacache	Pontificia Universidad Católica de Chile, División de Anestesiología.
	Natalia Calderon	Pontificia Universidad Católica de Chile, División de Anestesiología.
	Daniela Biggs	Pontificia Universidad Católica de Chile, División de Anestesiología.

Introducción

El exponente aperiódico de la señal electroencefalográfica (EEG) se ha sugerido como un marcador robusto del balance entre las actividades corticales excitatorias e inhibitorias [1]. Evidencia reciente ha mostrado que la administración de anestésicos GABAérgicos como propofol o sevoflurano induce un aumento del exponente aperiódico [2]. En esta línea, esta propiedad del EEG se ha propuesto como un marcador confiable de la pérdida de conciencia en

contextos de anestesia. Sin embargo, este rol de marcador se sustenta en resultados que comparan dicotómicamente estados de vigilia versus anestesia, sin una mayor exploración por rangos intermedios de excitación e inhibición.

Objetivo(s)

En este trabajo buscamos explorar la capacidad del exponente aperiodico del EEG para reflejar tanto las diferencias entre vigilia y anestesia como entre distintas dosificaciones intraoperatorias.

Material y Métodos

El presente fué un estudio secundatio y exploratorio. Registramos EEG de alta densidad (64 canales, fs = 2000 Hz) y analizamos los exponentes aperiódicos y las propiedades espectrales clásicas antes y durante anestesia inducida por propofol en 17 pacientes de cirugía electiva. Hicimos dos grupos de comparaciones de las propiedades del EEG, uno entre vigilia y anestesia (t-test) y otro entre distintos estados estables intraoperatorios de 20 minutos a diferentes dosis de propofol intra e intersujeto (correlación de Pearson). A cada paciente se le registró un período de baseline y de 2 a 6 períodos intraoperatorios con distintas concentración sitio efecto (Marsh).

Resultados

Nuestros pacientes tenían edades entre 21 y 57 años (promedio de 41.8, D.S. = 12.6). Las dosis sitio efecto intraoperatorias variaron entre 2.3 µg*ml-1 y 5.0 µg*ml-1 con un promedio de 3.27 µg*ml-1 (D.S. = 0.6) dependiendo del criterio clínico. Analizamos visualmente cada segmento de EEG y rechazamos en promedio un 17.5% (D.S. = 12.2%) del tiempo evaluado por contener artefactos eléctricos. Nuestros resultados de EEG muestran que el exponente aperiódico diferencia robustamente entre vigilia y los estados de anestesia iniciales post-inducción ($t(16) = 15.0$, $p < 0.001$), pero no correlaciona con la dosis de propofol entre distintas dosis intraoperatorias ($R2 = 0.011$, $p = 0.43$). En contraste, encontramos que el poder de la banda delta (0 a 4Hz) presenta una asociación consistente pero más débil entre vigilia y anestesia ($t(16) = 10.5$, $p<0.001$). Además, el poder de delta sí presenta una consistente correlación positiva con la dosis de propofol intraoperatoria; en particular una mayor potencia en estados de anestesia más profundos comparado con estados más superficiales ($R2 = 0.23$, $p = 0.001$).

Conclusiones

Nuestros resultados apoyan la idea del exponente aperiódico como un buen indicador de pérdida de conciencia, pero llaman cuestionan su posible rol como indicador de profundidad hipnótica que permita diferenciar entre distintas dosificaciones intraoperatorias.

Contacto

Nombre: Gonzalo Boncompte Lezaeta

Correo electrónico: gnboncompte@uc.cl

Teléfono / Móvil: / 964319978

Bloqueo QL3 en artroplastia total de cadera: asociación con menor consumo de opioides y dolor postoperatorio en cohortes ajustadas por puntaje de propensión

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-33

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
13482481-6	Francisco Espinoza Aguayo	Clinica Alemana UDD
14169471-5	Javiera Vargas Zúñiga	Clinica Alemana UDD

9.668.064-3	Carrasco Poblete Ma-Esperanza	Clinica Alemana UDD
19.890.935-1	Bania García Luarca	Residente Anestesia Clinica Alemana UDD
14.709.852-9	Claudia Núñez Pinto	Residente Anestesia Clinica Alemana UDD

Introducción

En la artroplastia total de cadera (ATC), los programas de recuperación acelerada (ERAS) priorizan una analgesia multimodal que limite la exposición a opioides y preserve la movilización precoz. La infiltración analgésica local (LIA) asociada a analgesia controlada por el paciente (PCA) constituye una estrategia habitual, mientras que el bloqueo del plano cuadrado lumbar tipo III (QL3) representa una alternativa regional potencialmente ahorradora de opioides. En nuestro centro, un cambio de práctica clínica abandonó la analgesia peridural, privilengiando solo LIA. La evidencia comparativa en condiciones de práctica clínica real a nivel nacional es limitada.

Objetivo(s)

Comparar la eficacia analgésica del QL3 mediante el consumo de morfina equivalente durante las primeras 24 horas postoperatorias entre pacientes sometidos a ATC que recibieron QL3 versus LIA/PCA, diferencias en dolor agudo, eventos adversos, duración de hospitalización y capacidad de bipedestación precoz.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de enfoque pragmático basado en dos cohortes históricas definidas por un cambio institucional de estrategia analgésica. Se incluyeron pacientes ≥65 años sometidos a ATC electiva en Clínica Alemana de Santiago durante 2019 (LIA/PCA) y 2022 (LIA/QL3). La cohorte inicial incluyó 127 pacientes: 59 LIA/PCA y 68 LIA/QL3. Para reducir confusión por diferencias basales se realizó emparejamiento 1:1 por puntaje de propensión, sin reemplazo y con caliper 0,1 sobre el logit. Se utilizaron dos modelos: PS por regresión (Stata 16) y uno por grafos acíclicos dirigidos (DAG) mediante consenso experto (R ‘dagitty`). El desenlace principal fue el consumo de morfina equivalente a 24 horas. El efecto ajustado se estimó como efecto promedio del tratamiento en los tratados (ATET), con IC95%. Los desenlaces secundarios incluyeron intensidad y carga de dolor postoperatorio, náuseas y vómitos, duración de hospitalización y capacidad de bipedestación precoz.

Resultados

Se parearon 58 pacientes por grupo (11 pacientes excluidos por ausencia de un par comparable) LIA/QL3 se asoció consistentemente con menor consumo de morfina a 24 horas: ATET −5,41 mg (IC95% −6,92 a −3,89; p<0,001) con el modelo ampliado y −5,16 mg (IC95% −6,60 a −3,70; p<0,001) con el modelo DAG, sin heterogeneidad entre estimaciones (p =0,81). En los desenlaces secundarios, el grupo LIA/QL3 presentó menor carga de dolor durante las primeras 2 horas (AUC EVA: diferencia −2,24; IC95% −3,10 a −1,38; p<0,001), menor tiempo con dolor intenso EVA≥7 (−9,13 min; IC95% −13,67 a −4,59; p<0,001) y se asoció a una menor duración de hospitalización (−2,05 días; IC95% −2,51 a −1,59; p<0,001). Las náuseas y vómitos postoperatorios ocurrieron en 11,9% con LIA/PCA versus 0% con LIA/QL3 (p=0,003). La bipedestación precoz fue posible en 84,7% versus 94,1%, respectivamente (p=0,084)

Conclusiones

En adultos mayores sometidos a ATC electiva, LIA/QL3 se asoció con una reducción consistente > 5 mg de morfina equivalente durante las primeras 24 horas frente a LIA/PCA. Los outcomes secundarios mostraron menor carga de dolor, menor incidencia de náuseas y vómitos y menor duración de hospitalización, sin evidencia de bloqueo motor. Tras la adopción de QL3 intraoperatorio, el uso de PCA ev postoperatorio no ha sido clinicamente necesaria como estandar.

Contacto

Nombre: Francisco Espinoza Aguayo

Correo electrónico: fespinozaa@alemana.cl

Teléfono / Móvil: / 966296010

Interacción de factores de riesgo clínicos en el desarrollo de delirium postoperatorio: un estudio observacional prospectivo multicéntrico

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-34

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
13256949-5	Antonello Penna Silva	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Facultad de Medicina y Hospital Clínico de la Universidad de Chile
	Filomena Di Vezza	Policlinico Tor Vergata: Rome, Lazio, IT
13.257.315-8	Tomás Stamm Moreno	Instituto Nacional del Cáncer
8.189.621-6	Pablo Sepúlveda Voullieme	Hospital San José Base de Osorno
	Karen Azagra Maldonado	División de Anestesiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
17.028.436-4	Rodrigo Gutiérrez Rojas	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Facultad de Medicina y Hospital Clínico de la Universidad de Chile
12.455.440-3	José Ignacio Egaña Tomic	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Facultad de Medicina y Hospital Clínico de la Universidad de Chile
	Federico Billota	Department of Anesthesiology, Intensive Care and Pain Medicine, University of Tor Vergata, 00133 Rome, Italy

Introducción

El delirium postoperatorio (DPO) es una complicación neurológica aguda (1). Si bien factores preoperatorios como la edad avanzada y el deterioro cognitivo están documentados, la mayoría de los modelos asumen una relación aditiva ignorando si interactúan de manera sinérgica (2). Este trabajo es un análisis secundario derivado del estudio PEUMA, prospectivamente inscrito en ClinicalTrials.gov, cuyo objetivo original fue determinar si biomarcadores del electroencefalograma (EEG) predicen el desarrollo de DPO.

Objetivo(s)

Analizar la interacción y el efecto combinado de los factores de riesgo clínicos preoperatorios en el desarrollo de DPO en pacientes adultos mayores.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, multicéntrico y prospectivo en cuatro centros hospitalarios de alta complejidad. Tras la obtención del Consentimiento Informado de todos los participantes, se reclutó un total inicial de 373 pacientes ≥ 60 años programados para cirugía mayor electiva no cardíaca bajo anestesia general. La incidencia de DPO (resultado primario) se evaluó mediante el Confusion Assessment Method (CAM) durante cinco días postoperatorios (3). El análisis estadístico constó de regresión logística multivariable y árboles de clasificación de decisión (CART, por sus siglas en inglés). La sinergia biológica se cuantificó formalmente mediante el Riesgo Relativo de Exceso por Interacción (RERI), complementado con la Proporción Atribuible (AP) y el Índice de Sinergia (S).

Resultados

La cohorte analizada constó de 333 pacientes, con una incidencia global de DPO del 16,2% (n = 54). En el modelo multivariable, la edad (OR 1,07 por año; IC 95%: 1,02–1,13; p = 0,005) y un menor puntaje cognitivo basal MoCA (OR 0,91 por punto; IC 95%: 0,84–0,98; p = 0,009) emergieron como predictores independientes, neutralizando la significancia aislada del puntaje ASA (Tabla 1). El modelo CART (AUC-ROC 0,608) estratificó el riesgo jerárquicamente: en pacientes ≤ 71,75 años, el deterioro cognitivo (MoCA ≤ 23,5) determinó el alto riesgo para desarrollo de DPO (Figura 1). Mientras que, en mayores de 71,75 años, una alta carga fisiológica (ASA ≥ 3) definió el fenotipo más vulnerable. El análisis de interacción para este subgrupo (edad ≥ 75 y ASA > 2) arrojó un RERI de 1,59 (IC 95%: -0,27 a 3,81) y una AP de 0,44.

Conclusiones

La edad y el estado cognitivo preoperatorio son factores de riesgo independientes para el desarrollo de DPO. De manera interesante, el deterioro cognitivo es el principal predisponente en pacientes menores de 71,75 años, mientras que, en los pacientes mayores a esa edad, la carga fisiológica (clasificación ASA) y la edad per se pasan a ser los factores de riesgos más relevantes. Por otro lado, solo la coexistencia de edad ≥ 75 años y un ASA > 2 mostró una tendencia a la sinergia biológica, siendo el resto de las asociaciones netamente aditivas. Estos hallazgos permiten identificar subgrupos de vulnerabilidad, lo que podría optimizar la asignación de intervenciones preventivas.

Contacto

Nombre: Antonello Penna Silva

Correo electrónico: apenna@uchile.cl

Teléfono / Móvil: / 956766623

Detección automatizada por video de dolor, apnea y vómito en la Unidad de Recuperación Post-Anestésica: Resultados preliminares de un sistema de vigilancia no invasiva.

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-35

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
20.370.788-6	Carlos Zamorano Carreño	Escuela de Ingeniería Eléctrica, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
15.216.787-3	Gabriel Enrique Hermosilla Vigneau	Escuela de Ingeniería Eléctrica, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
20.012.592-4	Carlos Izan Morris Pizarro	Escuela de Ingeniería Eléctrica, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
17.028.436-4	Rodrigo Gutiérrez Rojas	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Facultad de Medicina y Hospital Clínico de la Universidad de Chile
12.455.440-3	José Ignacio Egaña Tomic	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Facultad de Medicina y Hospital Clínico de la Universidad de Chile
18.934.692-1	Catalina Díaz Papapietro	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Facultad de Medicina y Hospital Clínico de la Universidad de Chile

19.694.457-5	Roy Ignacio Pardo Pérez	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Facultad de Medicina y Hospital Clínico de la Universidad de Chile
18.921.733-1	Francisco Cornejo Molina	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Facultad de Medicina y Hospital Clínico de la Universidad de Chile
12.440.826-1	Claudio Tapia Malebrán	Departamento de Kinesiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
13.256.949-5	Antonello Penna Silva	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Facultad de Medicina y Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Introducción

La monitorización continua postquirúrgica es fundamental para la pesquisa oportuna de complicaciones. Lamentablemente, el reconocimiento tardío del deterioro clínico sigue siendo frecuente, impactando negativamente los desenlaces y manteniendo la mortalidad a 30 días tras cirugía mayor en torno al 1% (1,2). La implementación de sistemas automatizados de vigilancia representa una oportunidad invaluable (3). Este trabajo describe el entrenamiento de un sistema de detección visual automatizado en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) para detectar tempranamente complicaciones postoperatorias.

Objetivo(s)

Determinar la viabilidad y precisión de un sistema automatizado de análisis de video para reconocer dolor, apnea y vómitos en el postoperatorio inmediato.

Material y Métodos

Estudio observacional prospectivo en pacientes adultos (≥ 18 años) ingresados a la URPA. Tras obtener el consentimiento informado preoperatorio, los pacientes fueron monitorizados de forma continua con dos cámaras de video, una de color (RGB) y una térmica. Concurrentemente, investigadores capacitados registraron los eventos clínicos utilizando el sistema Capnostream™ (apnea), la Escala Numérica (dolor) y observación directa (vómitos). Con estos datos, se entrenaron algoritmos de visión computacional utilizando las secuencias etiquetadas. Cabe señalar que, por motivos de protección de propiedad intelectual, no se detallan las especificaciones técnicas del hardware de cámaras ni la arquitectura exacta del modelo predictivo. El modelo se evaluó mediante validación cruzada de cinco iteraciones (5-fold cross-validation), entrenando iterativamente con cuatro subgrupos de pacientes y validando en un quinto, completamente ciego al algoritmo. El rendimiento diagnóstico se reporta mediante la media y desviación estándar de las iteraciones.

Resultados

Se analizaron 367 secuencias (51 pacientes) para dolor, 81 (9 pacientes) para apnea y 72 (17 pacientes) para vómitos, con una prevalencia de eventos cercana al 33% por cohorte. El dolor se reconoció con mayor consistencia: exactitud 98,6% ± 1,4 en color y 99,3% ± 0,6 en térmica, sensibilidad 97,5–98,4% y especificidad 98,8–99,6%, con 3 y 2 episodios no detectados y 3 y 1 falsas alarmas sobre el total de las cinco iteraciones. En vómitos la exactitud fue 85,3% ± 4,7 y 87,2% ± 4,9, con sensibilidad 70,8–87,5% y especificidad 83,3–95,8%. La apnea alcanzó 90,0% ± 5,5 y 86,6% ± 12,0, con la mayor varianza por el reducido tamaño muestral, sensibilidad 77,8–81,5%, especificidad 88,9–94,4% y 5 a 6 episodios no detectados. Comparar la validación cruzada con una partición única (hold-out) reveló discrepancias de hasta 13 puntos porcentuales, evidenciando y corrigiendo un sesgo de sobreajuste inicial (de un aparente 100% a 86,6% en apnea).

Conclusiones

Este análisis demuestra la viabilidad tecnológica de un sistema de cámaras para detectar complicaciones postoperatorias con una precisión prometedora, siendo el dolor el evento identificado con mayor confiabilidad. Los errores más relevantes en clínica son los falsos negativos, que se concentran en apnea y vómitos, justamente las complicaciones con menos pacientes disponibles; ampliar la cohorte es la prioridad antes de evaluar impacto clínico. A futuro, este

sistema de vigilancia no invasiva posee el gran potencial de ser utilizado a lo largo de todo el período postoperatorio, abarcando tanto su fase precoz como tardía.

Contacto

Nombre: Carlos Zamorano Carreño

Correo electrónico: carlos.zamorano@pucv.cl

Teléfono / Móvil: / +56 9 6719 7728

Extubación ultra-fast track en cirugía de la aorta torácica con paro circulatorio hipotérmico. Resultados postoperatorios: estudio de cohorte retrospectivo.

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-36

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
9299421-k	Mauricio Gonzalez Luza	Clinica Santa María. U.Andes Profesor Asociado Hospital Clinico Universidad de Chile
19243697-4	Fuad Alamo Anich	Clínica Santa María, U. Andes
7567539-9	Mario Portilla Flores	Clínica Santa María, U. Andes.
9522669-8	Dagoberto Ojeda Dinamarca	Clinica Davila

Introducción

La extubación precoz (antes de 6 horas del postoperatorio) es clave en protocolos de recuperación acelerada en cirugía cardíaca, dado que disminuye complicaciones, acorta la estancia en UCI y optimiza recursos (1). Esta recomendación se basa en cohortes de cirugía coronaria y valvular, pero excluyen la cirugía aórtica con paro circulatorio hipotérmico, donde la ventilación prolongada sigue siendo la complicación más frecuente (2). La evidencia sobre extubación temprana en este escenario clínico es escasa, de centros únicos y excluye a la población local, lo que hace imperativo investigar su viabilidad en nuestra región (3).

Objetivo(s)

Comparar el tiempo de estadía en la unidad de cuidados intensivos (como desenlace primario de efectividad) entre pacientes extubados en pabellón (grupo UFT) y no extubados en pabellón (grupo no-UFT) sometidos a cirugía cardíaca de aorta torácica electiva con paro circulatorio hipotérmico (PCH).

Material y Métodos

Cohorte retrospectiva unicéntrica (periodo 2022-2026) de 112 pacientes operados de aorta con PCH: 98 en el grupo UFT y 14 en el no-UFT. Las covariables de ajuste se definieron a priori por consenso de cardiocirujanos y cardioanestesistas, limitadas a las asociadas a mayor estadía: índice de masa corporal, EuroSCORE-II, extensión del arco intervenido, temperatura nadir y duración del paro. Por la distribución asimétrica de días de UCI, se empleó regresión cuantílica simultánea en los percentiles 25, 50 y 75, con intervalos de confianza del 95% (IC 95%) por bootstrapping, y se contrastaron la asociación global y la homogeneidad entre cuantiles. Las complicaciones mayores se compararon mediante regresión logística ajustada.

Resultados

Los días de UCI fueron menores en el grupo UFT: 1,0 vs 3,0 (P25), 2,0 vs 4,5 (mediana) y 3,0 vs 6,0 (P75). Tras el ajuste, la extubación temprana se asoció a una reducción de 1,89 días en el percentil 25 (IC95% -3,19 a -0,59; p=0,005), de 2,17 días en la mediana (IC95% -4,04 a -0,31; p=0,023) y de 1,59 días en el percentil 75 (IC95% -3,96 a 0,77; p=0,185). La asociación global fue significativa (F(3,101)=6,02; p=0,0008), sin heterogeneidad entre cuantiles (p>0,05; Figura 1). En el percentil 75, el EuroSCORE-II fue la única covariable asociada a la estadía (0,39 días por punto porcentual; p=0,022). No hubo diferencias en complicaciones mayores ni en mortalidad intrahospitalaria o a seis meses (Figura 2).

Conclusiones

La extubación en pabellón se asoció a una reducción cercana a dos días de estadía en UCI, consistente a lo largo de toda la distribución. En el percentil 75 la estimación fue menos precisa, aunque la asociación global se mantuvo significativa, y el EuroSCORE-II se asoció de forma independiente a una estadía más prolongada. La ausencia de diferencias en complicaciones mayores y en mortalidad nos orienta a la seguridad del procedimiento. El diseño observacional y el tamaño del grupo comparador limitan la inferencia causal y obligan a confirmarlos prospectivamente. Aun así, en una cirugía donde la ventilación prolongada se ha sostenido más por historia que por evidencia contundente, este trabajo muestra la seguridad de esta práctica e invita hacia el avance de protocolos que favorezcan la extubación precoz y recuperación acelerada.

Contacto

Nombre: Mauricio Gonzalez Luza

Correo electrónico: magoluza@gmail.com

Teléfono / Móvil: / +56 9 9250 4636

Estudio del patrón electroencefalográfico (EEG) frontal de pacientes clasificados en sedación profunda según SAS y RASS en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI): estudio de cohorte prospectivo observacional.

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-37

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
13830785-9	Juan Pedemonte Trewhela	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Damián Urbina	Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Nicolás González	Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Gonzalo Boncompte	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Karen Azagra	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Víctor Contreras	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

	Vanessa Oviedo	Departamento de Medicina Intensiva, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Macarena Amthauer	Departamento de Medicina Intensiva, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Guillermo Bugedo	Departamento de Medicina Intensiva, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Magdalena Vera	Departamento de Medicina Intensiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción

Los pacientes críticos experimentan dolor y ansiedad secundarios a las patologías que los aquejan o a los procedimientos necesarios para su cuidado (1,2). El objetivo de la sedación en pacientes conectados a ventilación mecánica (VM) en UCI es asegurar el confort del paciente con la dosis apropiada de sedantes necesarios, ya que tanto la subdosificación como la sobredosificación se han asociado a desenlaces clínicos adversos (3). El estándar de oro actual para la monitorización de la sedación en UCI es el uso de escalas clínicas validadas, como SAS y RASS. Sin embargo, estos instrumentos son subjetivos y pierden utilidad en niveles más profundos de sedación, especialmente cuando el riesgo de sobredosis es mayor. La evaluación del estado de sedación mediante herramientas objetivas, como el EEG frontal procesado, no es una práctica rutinaria en UCI. Nos preguntamos qué patrón de EEG frontal procesado presentan pacientes sedados y en VM en UCI que son clasificados en sedación profunda según las escalas SAS y RASS.

Objetivo(s)

Describir el patrón espectral del EEG y la incidencia de supresión en salvas de pacientes conectados a VM, clasificados en sedación profunda según las escalas SAS y RASS, en dos UCI de Santiago de Chile.

Material y Métodos

Estudio de cohorte, observacional, prospectivo, subanálisis del estudio ROMANTIC (ID24I10057, NCT06667869). Pacientes adultos en UCI, que requieran sedación y VM por más de 24 horas fueron incluidos. Se excluyeron aquellos con patología neurológica, embarazo, discapacidad psíquica o intelectual previa, dependencia a drogas, daño hepático crónico con encefalopatía hepática o con limitación de esfuerzo terapéutico. Posterior a su ingreso a UCI, sedación y conexión a VM, se obtienen datos demográficos, de comorbilidades, gravedad. Además, se recolectan 6 horas de datos de clasificación de sedación con escalas SAS y RASS (cada 1 hora) más el registro del EEG frontal (en un intervalo entre las primeras 18 a 60 horas posintubación). Se obtuvieron las características espectrales de las bandas canónicas del EEG, los valores de límite espectral (SEF50, SEF90, SEF95), permutation entropy (PE), Lempel Ziv Complexity (LZC) y BS (% de tiempo en supresión en salvas).

Resultados

Los pacientes que se encontraron en sedación profunda según las escalas SAS y RASS en la ventana de sedación analizada fueron 77/81 (95%). Los pacientes provinieron en un 52% de una UCI de un hospital público, la edad promedio fue de 55 (±17) años, el sexo fue mayoritariamente masculino (48 (62%)) y la principal patología de ingreso fue insuficiencia respiratoria aguda (33(43%)) (Tabla 1). Las principales características del EEG se presentan en la Tabla 2, donde destacan un alto poder de delta (dB, mediana (RIC): 7.89 [5.47 - 10.44]), un bajo SEF95 (Hz, mediana (RIC): 7.23 [5.03 - 9.34]) y una alta tasa de supresión (%, mediana (RIC): 13.38 [5.33 - 28.17]), valores compatibles con un exceso de sedantes (sobredosificación) (Tabla 2).

Conclusiones

El patrón electroencefalográfico (EEG) de pacientes clasificados en sedación profunda en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es más compatible con anestesia general profunda y supresión en salvas (BS) que con sedación.

Contacto

Nombre: Juan Pedemonte Trewhela

Correo electrónico: jcpedemo@uc.cl

Teléfono / Móvil: / 998798836

Estudio de los factores de riesgo que determinan una prueba cognitiva de MoCA postoperatoria alterada tras una perturbación farmacológica intencional (supresión en salvas) con propofol en pacientes mayores.

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-38

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
13830785-9	Juan Pedemonte Trewhela	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Magdalena Ibacache	Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Esteban Godoy	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Karen Azagra	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Gonzalo Boncompte	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Matías Vargas	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Víctor Contreras	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Mauricio Ibacache	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Ricardo Fuentes	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Ignacio Cortinez	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Programa de Farmacología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción

Las alteraciones cognitivas postoperatorias son frecuentes en pacientes mayores sometidos a cirugía (1). Se ha planteado que los pacientes con alteraciones cognitivas preoperatorias y con mayor nivel de fragilidad son

más propensos a presentar alteraciones cognitivas en el postoperatorio (2). Se desconoce si existen patrones preoperatorios o del EEG que puedan asociarse con una prueba cognitiva (MoCA) alterada en el postoperatorio en esta población tras una perturbación farmacológica intencional (supresión en salvas, BS). Nos preguntamos qué factores de riesgo se asocian con una puntuación alterada en la prueba MoCA a las 24 horas tras una perturbación farmacológica intencional en pacientes mayores sometidos a cirugía no cardíaca con anestesia general.

Objetivo(s)

Describir los factores de riesgo asociados a la aparición de alteraciones en las pruebas cognitivas postoperatorias (MoCA) tras una perturbación farmacológica intencional (BS) durante una inducción controlada con propofol en pacientes mayores que van a cirugía no cardíaca.

Material y Métodos

Estudio de cohorte, prospectivo, cuasiexperimental, secundario a estudio farmacodinámico de Propofol en adultos mayores (NCT05790720). Se incluyeron: pacientes mayores de 64 años que van a cirugía no cardíaca programada, ASA I - III, con estadía hospitalaria postoperatoria mayor a 24 horas. Se excluyeron: cirugía de emergencia, neuroquirúrgicos, antecedentes de abuso de alcohol o drogas, alergia al Propofol, IMC ≥ 35 kg/m², angina inestable e insuficiencia cardiaca. Se recolectaron características demográficas, comorbilidades, educativas y de fragilidad. Se registró el nivel cognitivo preoperatorio con MMSE y con MoCA a las 24 horas poscirugía, considerándose un puntaje de co< 22 como alterado (3). Durante la inducción, se inició una infusión de propofol a una concentración plasmática de 6 mcg/ml (Eleveld) hasta que se obtuvo el inicio de BS (Tasa de Supresión > 1 en monitor el BIS) y se mantuvo por 1 minuto. Posterior a esto, se detuvo la infusión y se buscó la recuperación de respuesta al estímulo verbal (ROR). Se realizó un análisis estadístico descriptivo según la distribución de las variables mediante test de Fisher o Chi-cuadrado (categóricas), Wilcoxon rank-sum o t-Student para muestras independientes (continuas). Se realizaron regresiones logísticas univariadas para estudiar las variables asociadas a MoCA alterado. Tamaño de la muestra es por conveniencia.

Resultados

Se estudiaron 32 pacientes, de los cuales 13 (41%) presentaron un MoCA alterado. Los pacientes con prueba de MoCA alterada eran mayores y presentaban un mayor índice de comorbilidad de Charlson. No se observaron diferencias significativas en la prueba cognitiva preoperatoria de MMSE ni en el tiempo hasta BS, tiempo en BS o el tiempo desde el inicio de BS hasta ROR (Tabla 1 y Figura 1). En el estudio de asociación univariable, solo la edad de los pacientes fue predictora de una puntuación alterada en la prueba MoCA a las 24 horas (Tabla 2).

Conclusiones

En esta cohorte de pacientes mayores sometidos a una perturbación farmacológica intencional (supresión en salvas) con propofol, solo la edad fue predictora de una prueba cognitiva alterada (MoCA) a las 24 horas postoperatorias.

Contacto

Nombre: Juan Pedemonte Trewhela

Correo electrónico: jcpedemo@uc.cl

Teléfono / Móvil: / 998798836

Estudio de la respuesta electroencefalográfica frontal tras una perturbación farmacológica intencional (supresión en salvas) con propofol en pacientes mayores según su nivel de fragilidad.

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-39

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
20.185.674-4	Esteban Godoy Zumaeta	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Karen Azagra	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Gonzalo Boncompte	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Matias Vargas	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Daniela Biggs	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Víctor Contreras	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Mauricio Ibacache	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Ricardo Fuentes	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
	Ignacio Cortìnez	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
13.830.785-9	Juan Pedemonte Trewhela	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Programa de Farmacología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción

La supresión en salvas (BS) del electroencefalograma (EEG) frontal durante la anestesia general se asocia a deterioro cognitivo postoperatorio (1) y es más frecuente en pacientes mayores y frágiles (2). Se desconoce si un episodio de perturbación farmacológica (BS) (3) modifica el EEG según su nivel de fragilidad. El presente trabajo busca responder si el EEG de pacientes mayores frágiles/prefrágiles difiere tras una perturbación farmacológica intencional con propofol (BS) en comparación con pacientes mayores robustos.

Objetivo(s)

Comparar las características del EEG frontal durante una inducción controlada con propofol tras una perturbación farmacológica intencional (BS) en pacientes mayores frágiles/prefrágiles y robustos.

Material y Métodos

Estudio prospectivo, cuasiexperimental, secundario a estudio farmacodinámico de propofol en adultos mayores (NCT05790720). Se incluyeron: pacientes mayores de 64 años que van a cirugía no cardíaca programada, ASA I - III, con estadía hospitalaria postoperatoria mayor a 24 horas. Se recolectaron características demográficas, comorbilidades, educacionales, de fragilidad, y pruebas cognitivas perioperatorias. Se registró el EEG frontal en distintas ventanas durante la inducción: basal (despierto, ojos cerrados); posteriormente, se inició una infusión a concentración plasmática a 6 ug/ml (Eleveld) hasta que se obtuvo pérdida de respuesta (LOR) y luego, hasta el inicio de BS. Un minuto después, se detuvo la infusión y se buscó recuperación de la respuesta (ROR). Finalmente, se inició una concentración plasmática aleatoria (aCp) durante 5 minutos. Se obtuvieron los tiempos entre ventanas, las características espectrales de las bandas canónicas del EEG y los valores de límite espectral 95 (SEF95). Se hizo un análisis estadís-

tico descriptivo según distribución de las variables mediante test de Fisher o Chi-cuadrado (categóricas), Wilcoxon rank-sum o t-Student para muestras independientes (continuas). Se realizaron regresiones lineales uni y multivariables para la predicción del poder de alfa en aCp. Tamaño de la muestra por conveniencia.

Resultados

Se estudió 34 pacientes mayores (65 a 86 años), los cuales se clasificaron como frágiles/prefrágiles (53%) y robustos (47%) según FRIED. Los pacientes frágiles/prefrágiles eran mayores (años, media [DE]: 75 [6] vs. 70 [3] años; p = 0,002). El poder de alfa no difirió en el basal (p = 0,9) ni post-LOR (p = 0,8). Los frágiles/prefrágiles tuvieron mayor tiempo en supresión (%, mediana [RIC]: 8 [5 - 13] vs. 3 [2 – 13], p = 0,030), mayor tiempo desde el inicio BS hasta ROR (s, mediana [RIC]: 598 [360–655] vs 401 [359–456], p=0,036) y un menor poder de alfa posterior a la supresión (dB, media [DE]: 3,21 [2,81] vs. 5,35 [2,38], p = 0,022) en comparación con pacientes robustos (Tabla 1, Figura 1). Adicionalmente, el tiempo en supresión se asoció a menor poder en alfa posterior a dicha perturbación, independiente de la edad, la dosis aleatoria utilizada y el estado de fragilidad (Beta [IC95%]: -0,16 [-0,22; -0,11]; p = <0,001) (Tabla 2).

Conclusiones

El EEG de pacientes frágiles/prefrágiles cambió significativamente tras supresión farmacológica con propofol. Estos resultados apoyan que un episodio de supresión modifica el patrón EEG con un menor poder de la banda alfa, que depende de la magnitud de dicha supresión.

Contacto

Nombre: Esteban Godoy Zumaeta

Correo electrónico: esteban.godoy@uc.cl

Teléfono / Móvil: / 91288936

Modelo farmacocinético poblacional de Cipepofol desde la infancia hasta la adultez: Implicancias para la dosificación y la infusión controlada por objetivo

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-40

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
15349671-4	Andrea Araneda Vilches	Pontificia Universidad Católica de Chile
	Mauricio Ibacache Figueroa	Pontificia Universidad Católica de Chile
	Ricardo Fuentes Henríquez	Pontificia Universidad Católica de Chile
	Pauline Van Slobbe	Pontificia Universidad Católica de Chile
	Juan Cristobal Pedemonte Trehuela	Pontificia Universidad Católica de Chile
	Luis Ignacio Cortínez Fernández	Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción

El cipepofol (ciprofol; HSK3486) es un anestésico intravenoso emparentado con el propofol[1], de creciente interés para su administración mediante infusión controlada por objetivo (TCI). Existen modelos farmacocinéticos separados para adultos[2] y niños[3], pero ninguno las cubre continuamente. Un modelo único evita el cambio de parametrización en los adolescentes y permite implementar el fármaco en bombas TCI en todo el rango etario.

Objetivo(s)

Caracterizar la disposición compartimental de cipepofol y la influencia del tamaño corporal y la edad sobre sus parámetros farmacocinéticos.

Describir la diferencia de concentración arterio-venosa para su aplicación directa en TCI. Simular las implicancias en la dosificación de carga y mantención en todo el rango etario.

Material y Métodos

Se agruparon datos de siete estudios clínicos (fases 1-3) de Haisco Pharmaceutical Group: 236 sujetos, 2 a 64 años, 9,3 a 98 kg, con 2583 concentraciones plasmáticas obtenidas por muestreo arterial y venoso. El análisis se realizó con modelamiento no lineal de efectos mixtos (NONMEM 7.5, FOCE-I). El peso se escaló alométricamente (exponentes fijos 0,75 para clearances y 1 para volúmenes, centrados en 70 kg). Las covariables se evaluaron por inclusión progresiva y eliminación retrógrada. La diferencia arterio-venosa se representó mediante un compartimento de lectura venosa sin masa que equilibra con la concentración arterial por un proceso de primer orden, manteniendo la disposición arterial y su utilidad en TCI. La incertidumbre se estimó por bootstrap no paramétrico.

Resultados

Un modelo tricompartimental alométrico describió adecuadamente los datos. Estandarizado a 70 kg, el clearance fue 1,01 L min^{-1} (IC95% 0,95 a 1,06) y el volumen central 3,55 L (3,14 a 3,99). Los clearances intercompartimentales disminuyeron con la edad; el clearance de eliminación se explicó exclusivamente por el peso. El sexo no se retuvo tras ajustar por peso, con el que estaba correlacionado. La masa libre de grasa no fue distinguible del peso total, pues la cohorte no incluyó obesos. La semivida de equilibrio venoso fue 0,27 min, compatible con un rápido equilibrio arterio-venoso. Los parámetros estimados se muestran en la tabla.

Simulaciones a concentración objetivo constante, la velocidad de mantención a los 60 minutos fue 2,07 mg kg^{-1} h^{-1} en un niño de 3 años y 14 kg, 1,77 en uno de 8 años y 25 kg, y 1,37 en un adulto de 45 años y 70 kg. Los niños pequeños requieren cerca de un 50% más de fármaco por kilogramo para la misma concentración, por el escalamiento alométrico del clearance y no por la edad. La dosis de carga por kilogramo fue equivalente en todo el rango, pues el volumen central escala linealmente con el peso. (Figura).

Conclusiones

Presentamos un modelo farmacocinético poblacional de cipepofol aplicable desde los 2 años hasta la adultez y parametrizado para TCI. El peso y edad gobiernan la disposición, y la diferencia arterio-venosa se describe sin alterar la disposición arterial que rige la bomba. La necesidad de velocidades de infusión mayores por kilogramo en niños pequeños tiene implicancia directa en la dosificación manual y respalda el uso de TCI en esta población.

Contacto

Nombre: Andrea Araneda Vilches

Correo electrónico: andreaaraneda10@gmail.com

Teléfono / Móvil: / 923884077

Recuperación poscesárea con metadona subcutánea versus morfina intratecal: estudio de cohorte pragmático utilizando ObsQoR-10.

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-41

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
19.276.907-8	Juan Pablo Rosende Arratia	Clínica Alemana de Santiago - Univerisdad del Desarrollo
14.169.471-5	Javiera Vargas	Clínica Alemana de Santiago
14.222.011-3	David Soto	Clínica Alemana de Santiago
16.143.088-9	Juan Pablo Ghiringhelli	Clínica Alemana de Santiago
17.603.496-3	Magdalena Raggio	Clínica Alemana de Santiago
15.934.016-3	Jose Coloma	Clínica Alemana de Santiago
10.335.490-0	Jorge Gigoux	Clínica Alemana de Santiago
17.982.644-5	Nicolás Muller	Clínica Alemana de Santiago

Introducción

La analgesia poscesárea se basa en estrategias multimodales orientadas a optimizar la recuperación materna y reducir los efectos adversos asociados a opioides. La morfina intratecal es el estándar de referencia por su efecto prolongado, aunque se asocia con frecuencia a prurito, náuseas, vómitos y sedación. La metadona, por su agonismo μ y su antagonismo NMDA, podría ofrecer analgesia efectiva con un perfil de efectos adversos distinto.

Objetivo(s)

Primario: evaluar si la metadona subcutánea proporciona una calidad de recuperación poscesárea no inferior a la morfina intratecal, medida mediante el ObsQoR-10. Secundarios: comparar la incidencia e intensidad de náuseas y vómitos, la intensidad del prurito y la sedación autorreportada.

Material y Métodos

Estudio prospectivo, pragmático y unicéntrico, realizado entre marzo y mayo de 2026 en pacientes sometidas a cesárea electiva bajo anestesia espinal. Sin aleatorización y según la práctica habitual del anestesiólogo tratante, las pacientes recibieron morfina intratecal o metadona subcutánea al finalizar la cirugía. Ambos grupos recibieron bupivacaína hiperbárica y fentanilo intratecal, además de analgesia multimodal y profilaxis de náuseas y vómitos posoperatorios. El desenlace primario fue el puntaje total del ObsQoR-10 al segundo día posoperatorio. Se preespecificó un margen de no inferioridad de 6 puntos; considerando una desviación estándar de 11 puntos, alfa unilateral de 0,025, potencia de 80% y 10% de pérdidas, se definieron 60 pacientes por grupo. Las variables continuas se compararon mediante t de Student o U de Mann-Whitney, y las categóricas mediante chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher.

Resultados

Se analizaron 120 pacientes, 60 por grupo. Los grupos fueron comparables en edad, talla, IMC y dosis de fentanilo intratecal; la única diferencia significativa fue una mayor dosis de bupivacaína hiperbárica en el grupo metadona (9,6 ± 0,8 vs. 9,1 ± 1,1 mg; p = 0,018). La dosis mediana [RIC] fue de 10 [10-10] mg de metadona y de 60 [60-80] µg de morfina. El ObsQoR-10 promedio fue de 79,2 con metadona y de 78,3 con morfina; la diferencia media (metadona − morfina) fue de +0,88 puntos (IC 95% −4,24 a 6,00). El límite inferior del intervalo no cruzó el margen preespecificado de −6 puntos, por lo que se cumplió el criterio de no inferioridad (p unilateral = 0,004) (Figura 1). La incidencia de náuseas y vómitos no difirió significativamente (20% vs. 35%; p = 0,101), aunque su intensidad fue menor con metadona (3 [1-6] vs. 5 [3-7]; p = 0,033). El prurito también fue menos intenso con metadona (3 [2-5] vs. 5 [4-7]; p = 0,006) (Figura 2). No hubo diferencias en la sedación autorreportada.

Conclusiones

La metadona subcutánea fue no inferior a la morfina intratecal en calidad de recuperación poscesárea medida mediante el ObsQoR-10, y se asoció a menor intensidad de prurito y de náuseas y vómitos, sin diferencias en sedación. Dado el diseño observacional y la asignación según preferencia del anestesiólogo, estos hallazgos requieren confirmación: actualmente se desarrolla un ensayo clínico aleatorizado destinado a validarlos y a superar las limitaciones metodológicas de esta cohorte.

Contacto

Nombre: Juan Pablo Rosende Arratia
Correo electrónico: juanpablo.rosendea@gmail.com
Teléfono / Móvil: / 966466209

Casos Clínicos

Abordaje anestesiológico del parto en madres con fisiología univentricular. A propósito de un caso.

https://doi.org/10.25237/-2026-01

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
15538676-2	Antonio Gálvez Verdugo	División de Anestesiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
18453854-7	Julio Orrego Arroyo	División de Anestesiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
8322760-5	Héctor Lacassie Quiroga	División de Anestesiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción

Las cardiopatías congénitas corresponden a un espectro de anomalías estructurales cardiacas que afectan al 8% de la población mundial. Debido al desarrollo del tratamiento médico y quirúrgico, más del 90% de los pacientes portadores de cardiopatía congénita llegan a la edad adulta1.

Revisten especial complejidad aquellas pacientes con diagnóstico de ventrículo único, las cuales son sometidas en una edad temprana a una secuencia de cirugías que finaliza con la operación de Fontán. Como resultado, la sangre venosa sistémica llega a través de un conducto directamente a las arterias pulmonares del forma pasiva, sin pasar por el corazón. Dicha fisiología tiene riesgos importantes frente a situaciones de aumento de demanda cardiocirculatoria (como son el embarazo y el parto)2.

En EEUU las cardiopatías son la principal causa de mortalidad materna. El manejo de la paciente obstétrica con cardiopatía conocida exige un enfoque multidisciplinario3. A continuación presentamos el caso de la atención obstétrica en una paciente con fisiología univentricular. La paciente dio su consentimiento para la publicación del caso.

Antecedentes y hallazgos clínicos

Paciente de sexo femenino, 26 años. Antecedentes de hipoplasia de ventrículo derecho (atresia tricuspídea y pulmonar). Sometida a cardiocirugía en 4 oportunidades: Shunt de Blalock-Taussig (conexión de la arteria subclavia a la arteria pulmonar), operación de Glenn (derivación cava superior-arteria pulmonar), operación de Fontán (derivacion cava inferior-arteria pulmonar), y cierre de fenestración. Cursando embarazo de 37 semanas, con feto único en posición cefálica, ingresa para inducción del parto.

Asintomática cardiovascular, con buena capacidad funcional, 63 kg y 151 cm. Ecocardiograma realizado a las 33 semanas de embarazo informó: Hipoplasia de ventrículo derecho (VD), ventrículo izquierdo (VI) de tamaño y función conservados (volumen de fin de diástole de VI: 58 ml, fracción de eyección VI: 68%), válvula mitral competente, tracto de salida de VI y aorta amplios, Glenn derecho permeable, Fontán permeable y sin fenestración visible.

Calendario (cronologıá)

1.- Reunión multidisciplinaria para discusión y planificación del caso (octubre 2025).

2.- Evaluación preoperatoria (noviembre 2025)

3.- Ingreso para interrupción del embarazo (2 de diciembre de 2025)

4. -Alta a su domicilio (7 de diciembre de 2025).

Plan anestesíco

Monitorización estándar asociada a línea arterial, dos vías venosas periféricas gruesas y monitorización continua con cardiotocografía. Analgesia peridural precoz, bolos epidurales intermitentes programados (PIEB) asociado a analgesia epidural controlada por la paciente (PCEA). En caso de cesárea de urgencia, anestesia peridural asociada a profilaxis de hipotensión (co-hidratación e infusión de norepinefrina).

Conflictos de interés

Paciente en trabajo de parto fase latente (2 cm). Tras obtener una vía venosa 18G, se instala un catéter peridural a nivel L4 - L5, fijo a 11 cm en piel. Se inicia analgesia peridural precoz con bupivacaina 0,0625% y fentanilo 2 mcg/ml administrada mediante PIEB (bolo de 9 ml con lock-out de 45 minutos) y PCEA (bolo de 10 ml con lock-out de 10 minutos). Se instala línea arterial a los 6 cm de dilatación, momento en el cual comienza a desaturar hasta 90% en relación a las contracciones.

Tras 12 horas de trabajo de parto y por dilatación estacionaria se decide cesárea de urgencia. Se instala en el quirófano una vía venosa adicional 16G y se administra un suplemento peridural con una mezcla de lidocaína 1,7%, fentanilo 5 mcg/ml y epinefrina 1:200.000. Se inicia la cirugía con una dosis de 8 ml de la mezcla, administrándose bolos posteriores según necesidad, para un total de 18 ml. Se mantuvo una infusión de norepinefrina (0,03 - 0,07 mcg/kg/min) asociada a co-hidratación con solución ringer lactato (15 ml/kg). Como retractor uterino se utilizó oxitocina en infusión (44 UI/hora). Procedimiento quirúrgico de 40 minutos, sin incidentes, con pérdidas sanguíneas estimadas en 500 ml. Se administró 1 mg de morfina peridural previo al retiro del catéter y se suplemento con analgesia multimodal. Se mantuvo 48 horas en el intermedio coronario, siendo dada de alta al quinto día postoperatorio en buenas condiciones.

Discusioń y Conclusiones

La posibilidad de estas pacientes de llegar a edad fértil y cursar embarazos representa un desafío clínico, que involucra el manejo especifico de cada caso en dependencia de la fisiología de la paciente. En este sentido, las pacientes con fisiología univentricular representan uno de los mayores retos.

El abordaje multidisciplinario y loa planificación son fundamentales. Mantener una precarga óptima minimizar los factores que aumenten la resistencia vascular pulmonar, mantener el ritmo sinusal y evitar descensos bruscos de la poscarga, son los pilares del manejo anestesiológico. El postoperatorio en una unidad de cuidados críticos representa un requisito indispensable. Un manejo individualizado con enfoque multidisciplinario permitirá un desenlace favorable.

Contacto

Nombre: Antonio Gálvez Verdugo

Correo electrónico: antonio.galvez.verdugo@gmail.com

Teléfono / Móvil: / +56998656907

Primer reporte de neurocirugía intracraneal en paciente con MELAS y monitorización neurofisiológica: Estrategia anestésica multimodal sin Propofol

https://doi.org/10.25237/-2026-02

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
16.608.930-1	Alejandro Salazar Torres	Instituto de Neurocirugía Asenjo y Clinica las Condes
16.213.049-8	Andrea Vega Gonzalez	Instituto de Neurocirugía Asenjo
18.167.098-3	Stefan Walkowiak Navas	Instituto de Neurocirugía Asenjo
17.316.139-5	Karin Acevedo Lizana	Instituto de Neurocirugía Asenjo
18.582.195-1	Claudia Canessa Ossandon	Universidad de Santiago de Chile
19.958.108-2	Felipe Zambrano Vargas	Universidad de Santiago de Chile

Introducción

El síndrome de MELAS (Miopatía mitocondrial, Encefalopatía, Acidosis Láctica y Episodios Stroke-like) es una citopatía mitocondrial de baja prevalencia secundaria a disfunción de la cadena respiratoria celular y con afectación multiorgánica.(2) Su manejo anestésico representa un desafío mayor, dado que anestésicos de uso habitual —incluido el propofol— inhiben en mayor o menor medida el complejo mitocondrial, incrementando el riesgo de crisis metabólicas graves.(1) La complejidad se amplifica cuando la cirugía requiere monitorización neurofisiológica intraoperatoria (MNIO), técnica que exige minimizar los anestésicos halogenados para preservar la calidad de los potenciales evocados. La coexistencia de ambas restricciones en neurocirugía intracraneal no ha sido descrita previamente en la literatura.

Antecedentes y hallazgos clínicos

Paciente masculino de 25 años, diagnóstico de MELAS desde 2013, epilepsia focal refractaria, discapacidad intelectual y síndrome de Wolff-Parkinson-White asociado. Clasificado ASA III. En tratamiento con levetiracetam, fenobarbital, clobazam, lacosamida y suplementación mitocondrial. Estudio con video-EEG localizó el foco epileptogénico en el cuadrante posterior izquierdo, indicándose cirugía de desconexión. Destaca lactato basal persistentemente elevado de 40 mg/dL.

Calendario (cronologiá)

2013: Debut como infarto occipital izquierdo; diagnóstico de MELAS 2024: 2026:Video-EEG confirma foco epileptogénico; se indica desconexión de cuadrante posterior izquierdo más callosotomía. 06/2026: Se realiza cirugía. Intraoperatorio: procedimiento de 11 horas; extubación sin incidentes (GCS 13). Postoperatorio día 2: shock séptico e insuficiencia respiratoria aguda (UCI); pico de lactato 69 mg/dL. Hora 96: extubación definitiva; lactato 34 mg/dL al egreso de UCI.

Plan anestesíco

Anticipando un tiempo quirúrgico prolongado y siguiendo las recomendaciones de la Mitochondrial Medicine Society, se descartó el uso de propofol para esta cirugía.(3) Preoperatorio se mantiene la suplementacion mitocondrial y se evita ayuno prolongado. Se planifica un esquema multimodal libre de propofol: inducción con lidocaína 60 mg, midazolam 4 mg, rocuronio 20 mg y remifentanilo TCI (target 4,5 ng/mL); mantenimiento con remifentanilo TCI (3,0–4,0 ng/mL), dexmedetomidina (0,5–0,6 µg/kg/h), midazolam (0.015mg/kg/h) y Sevoflurano MAC 0,4. Monitorización EEG procesado. Se implementó MNIO multimodal con potenciales evocados somatosensitivos (PESS) y motores (PEM). Además, se realiza control seriado de lactato, glicemia capilar y gasometría arterial cada 1 - 2 horas.

Conflictos de interés

Desconexión de cuadrante posterior izquierdo y callosotomía. La MNIO permitió identificar el surco central y las áreas motoras de mano, pie y geniogloso, logrando la desconexión sin daño de la vía piramidal. No se registraron crisis epilépticas intraoperatorias. El lactato intraoperatorio se mantuvo entre 25–31 mg/dL.

Discusioń y Conclusiones

La combinación de remifentanilo, dexmedetomidina, midazolam y sevoflurano a bajas concentraciones constituye una alternativa factible y segura para neurocirugías con MNIO en pacientes con MELAS.(1,2) La doble restric-

ción anestésica —exclusión de propofol y preservación de potenciales evocados— puede sortearse con planificación multimodal y monitorización metabólica estricta. Este reporte aporta experiencia clínica relevante sobre el manejo anestésico de citopatías mitocondriales en neurocirugía intracraneal compleja con MNIO.

Contacto

Nombre: Alejandro Salazar Torres

Correo electrónico: alejandrosalazartorres@gmail.com

Teléfono / Móvil: / +56990514451

Reporte de caso: embolia de líquido amniótico con paro cardiorrespiratorio materno, coagulación intravascular diseminada y hemorragia obstétrica masiva, con sobrevida materno-neonatal sin secuelas neurológicas.

https://doi.org/10.25237/-2026-03

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
16207682-5	Alejandro Jankelevich Schwammenhofer	Clinica Las Condes
14713748-6	Francisco Alvarez Garcia	Clinica Las Condes
13257102-3	Sebastian Eulufi Muñoz	Clinica Las Condes
20165730-K	Maria Fernanda Carter Ruiz	Universidad Finis Terrae
20473323-6	Constanza Portoles Cabezas	Universidad Finis Terrae

Introducción

La embolia de líquido amniótico (ELA) es una emergencia obstétrica impredecible y no prevenible, con incidencia de 1,9-6,1 por 100.000 partos y mortalidad materna de 20-60%1. Presentamos un caso de ELA con paro cardiorrespiratorio (PCR) y coagulación intravascular diseminada (CID), con sobrevida materno-neonatal sin secuelas neurológicas.

Antecedentes y hallazgos clínicos

Multípara de 1, 33 años, embarazo de 39 semanas en trabajo de parto activo con analgesia peridural. Previo a la anestesia neuroaxial presentó metrorragia abundante, fresca y roja, atribuida a origen cervical. Veinte minutos después de la última dosis peridural evolucionó con vómitos y colapso cardiovascular súbito: cianosis, respiración agónica, hipotensión severa, hipoxemia y compromiso de conciencia, con bradicardia fetal sostenida. El problema clínico fue reconocer una ELA sin prueba confirmatoria mientras se reanimaban dos pacientes, diferenciándola de bloqueo neuroaxial alto, toxicidad por anestésicos locales, anafilaxia, tromboembolismo pulmonar (TEP), desprendimiento placentario y hemorragia primaria.

Calendario (cronologıá)

Sin respuesta al soporte ventilatorio se activó el código de emergencia (Figura 1). Se realizó cesárea de emergencia con intubación de secuencia rápida (ISR), naciendo un recién nacido vivo. Inmediatamente tras la extracción presentó PCR en asistolia, con retorno a circulación espontánea tras un ciclo de reanimación avanzada y tres dosis de 1 mg de

adrenalina. La ecocardiografía transtorácica mostró dilatación aguda de ventrículo derecho. Siguió sangrado uterino y por sitios de punción compatible con CID. Cursó disfunción multiorgánica con regresión completa; fue extubada al tercer día y dada de alta sin déficit neurológico, con capacidad funcional plena a las dos semanas.

Plan anesteśico

El abordaje priorizó oxigenación, extracción fetal inmediata y reanimación materna simultánea. Se aseguró la vía aérea mediante ISR, con sevoflurano a baja concentración, titulando fentanilo, midazolam y rocuronio según tolerancia hemodinámica. Línea arterial y catéter venoso central precoces. La ecocardiografía a la cabecera guió el diagnóstico diferencial y el soporte vasoactivo con noradrenalina y adrenalina, orientado a la función del ventrículo derecho. En el postoperatorio: ventilación mecánica, sedoanalgesia y vigilancia neurológica.

Conflictos de interés

Bajo examenes "Point of Care", se activó el protocolo de transfusión masiva con esquema balanceado, ácido tranexámico, fibrinógeno y corrección de hipocalcemia y acidosis. La hemorragia se controló con balón de taponamiento intrauterino, evitando la histerectomía. Ante exanguinación, siendo la paciente y su donante familiar RhD negativos y con stock insuficiente, se transfundieron unidades RhD positivas como medida salvadora, seguidas de inmunoglobulina anti-D. El Angio.TAC mostró defectos de llene pulmonares bilaterales coexistiendo con hematoma subdural laminar, decidiéndose anticoagular bajo vigilancia neuroimagenológica seriada

Discusioń y Conclusiones

El cuadro cumplió los cuatro criterios de Clark. Retrospectivamente, la metrorragia previa pudo ser la primera manifestación un desprendimiento de placenta o daño cervical, precediendo al colapso. El eco-doppler venoso fue negativo y los defectos pulmonares se resolvieron casi totalmente en siete días, sugiriendo trombosis in situ por CID más que tromboembolismo clásico, con impacto en la anticoagulación. Fortalezas: reconocimiento precoz, ecocardiografía perioperatoria y hemostasia escalonada. Limitaciones: sin registro de tiempos críticos ni monitorización viscoelástica. Enseñanzas: una metrorragia desproporcionada puede ser signo centinela; la extracción fetal inmediata es parte de la reanimación materna; y la incompatibilidad RhD no debe retrasar la transfusión en exanguinación.

Contacto

Nombre: Alejandro Jankelevich Schwammenhofer

Correo electrónico: janke24@gmail.com

Teléfono / Móvil: / 56992355319

Uso de bomba intratecal en dolor oncológico pediátrico refractario: reporte de caso.

https://doi.org/10.25237/-2026-04

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
14119548-4	Eduardo Vega Pérez	Pontificia Universidad Católica de Chile
17599978-7	Javiera Vásquez Moya	Clinica Santa María
17046568-7	Patricio Araneda Agurto	Pontificia Universidad Católica de Chile
18013102-7	Edgar Molina Espinoza	Pontificia Universidad Católica de Chile
15380551-2	Jaime Guarda Aguirre	Hospital Luis Calvo Mackenna

13883168-k	Francisca Elgueta Le-Beuffe	Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción

El dolor oncológico pediátrico se reporta como clínicamente significativo en hasta el 78% de los pacientes[1]. En casos refractarios, los sistemas intratecales implantables constituyen una alternativa terapéutica. Sin embargo, la evidencia en pediatría es escasa; una revisión sistemática identificó 7 pacientes con dolor oncológico tratados mediante el uso de una bomba intratecal (BIT) implantable, siendo 15 años la edad mínima reportada[2].

Antecedentes y hallazgos clínicos

Previa firma del consentimiento informado de la madre, se describe el caso de un paciente masculino de 12 años, con diagnóstico de condrosarcoma ilíaco derecho y compromiso lumbosacro, tratado con quimioterapia, resección tumoral y artrodesis lumbosacra. Evolucionó con recidiva tumoral L4-S2 e infiltración del canal raquídeo, sin opción de tratamiento curativo. Pese a analgesia multimodal con paracetamol, ketorolaco, metamizol, pregabalina, carbamazepina, duloxetina, parches de lidocaína, ketamina en infusión (350 mg/día más rescates) y opioides con metadona y morfina (dosis total de opioides de 190 – 280 mg/día de equivalentes de morfina oral), persistió con dolor mixto severo, con alteraciones de la funcionalidad y del sueño. En este contexto, se decidió la implantación de una BIT para infusión de morfina.

Calendario (cronologıá)

- Enero–julio 2025: Quimioterapia neoadyuvante, resección tumoral extensa y estabilización lumbosacra.- Marzo–abril 2026: Recidiva lumbosacra L4-S2, descartándose tratamiento curativo e ingresando a cuidados paliativos.- Junio 2026: Dolor refractario pese a analgesia multimodal, se decide implantación de BIT (Imágenes 1-2).- Junio–agosto 2026: Ajuste de dosis de BIT durante 10 semanas. Se observó mayor movilidad de tronco, mantención de 6 – 7 horas de sueño, suspensión de la infusión de ketamina y de los rescates de morfina endovenosa, y reducción del consumo de metadona desde 40 mg hasta 10 mg/día en promedio (dosis total de opioides de 36 – 60 mg/día de equivalentes de morfina oral).

Plan anesteśico

La BIT fue implantada bajo anestesia general y monitorización no invasiva, sin complicaciones perioperatorias. Durante las 10 semanas de seguimiento, no se registraron complicaciones asociadas al dispositivo ni al uso de morfina intratecal.

Conflictos de interés

Implantación de BIT de morfina a una dosis inicial de 1 mg/día, con titulación progresiva hasta 5 mg/día.

Discusioń y Conclusiones

El uso de una BIT implantable es una alternativa en el manejo del dolor oncológico refractario, asociándose a una reducción de los requerimientos de opioides sistémicos y una mejoría de la funcionalidad. Aunque su uso en pediatría fue descrito por primera vez en el año 2000[3], la evidencia sigue siendo limitada[2]. Esta escasa representación en la literatura podría atribuirse a la baja frecuencia de neoplasias pediátricas, a la limitada familiaridad con esta modalidad analgésica y a las dificultades técnicas en su implantación en pediatría. En nuestra revisión de la literatura no identificamos reportes pediátricos previos publicados en Chile ni casos de dolor oncológico tratados con BIT implantable en menores de 13 años a nivel internacional. En nuestro caso, la morfina intratecal permitió la suspensión de la infusión de ketamina, una reducción de alrededor del 80% de los requerimientos de opioides sistémicos, además de una mejoría de la funcionalidad y del sueño. Este caso destaca el potencial de la analgesia intratecal como parte de un abordaje multidisciplinario en pacientes pediátricos con dolor oncológico refractario.

Contacto

Nombre: Eduardo Vega Pérez

Correo electrónico: eavega@uc.cl

Teléfono / Móvil: / 944845607

Del modelo al paciente: impresión y simulación 3D en una vía aérea difícil por neurofibroma orofaríngeo

https://doi.org/10.25237/-2026-05

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
15.339.192-0	Nicolás Villablanca Uribe	Instituto Nacional del Cáncer, Unidad de Anestesia y Pabellón
16.209.570-6	Nicolás Valls Jiménez	Instituto Nacional del Cáncer, Unidad de Anestesia y Pabellón
16.427.752-6	Roberto González Cornejo	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Universidad de Chile
13.127.307-K	Karen Venegas Lanaida	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Universidad de Chile
14.523.559-6	Felipe Maldonado Caniulao	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Universidad de Chile
17.086.098-5	Cristobal Araya Salas	Instituto Nacional del Cáncer, Unidad de Cirugía Maxilofacial

Introducción

La reconstrucción y la impresión tridimensional (3D) pueden complementar la evaluación convencional de una vía aérea difícil al transformar imágenes seccionales en una representación anatómica tangible y permitir el ensayo de una estrategia antes de contactar al paciente [1-3].

Antecedentes y hallazgos clínicos

Varón de 38 años con neurofibromatosis, disfagia progresiva y disnea de esfuerzo, programado para resección de una masa orofaríngea. La tomografía computada mostró un neurofibroma voluminoso desde la base de la lengua hasta la epiglotis, con obliteración de la vallécula izquierda, extensión paraglótica y marcada reducción del lumen. La nasofibroscopía confirmó la distorsión supraglótica.

Calendario (cronologıá)

Tras la evaluación clínica, se revisaron la tomografía y la nasofibroscopía. En la fase preoperatoria se realizó reconstrucción 3D desde archivos DICOM, se imprimió en 3D un modelo específico del paciente y se completó la simulación del abordaje. El día de la cirugía se efectuó intubación hibrida con el paciente despierto al primer intento; la resección transcurrió sin complicaciones y el paciente fue dado de alta el primer día postoperatorio.

Plan anestesico

En la discusión multidisciplinaria entre anestesiología, cirugía maxilofacial y radiología, se acordó preservar la ventilación espontánea y realizar una intubación híbrida con el paciente despierto. El modelo impreso permitió examinar directamente la relación espacial entre lesión y vía aérea (Figura 1), probar tubos de diámetro creciente y seleccionar un tubo endotraqueal de 7,0 mm. Además, se ensayó la trayectoria con el mismo fibrobroncoscopio flexible previsto para la cirugía, reproduciendo la posición del paciente y la postura del operador.

Conflictos de interés

Con monitorización estándar, preoxigenación, sedación conservadora y anestesia tópica de la vía aérea, con una técnica hibrida por medio de videolaringoscopio desplazó la base de la lengua mientras el fibrobroncoscopio, precargado con el tubo de 7,0 mm, avanzó rodeando la lesión hasta la glotis. La tráquea se intubó al primer intento y la posición se confirmó mediante capnografía. Durante el procedimiento, la secuencia visuoespacial y los movimientos para sortear la lesión fueron prácticamente iguales a los entrenados en el modelo (Figura 2).

Discusioń y Conclusiones

El modelo convirtió una anatomía compleja en un objeto manipulable y sirvió como simulador específico del paciente. Su mayor aporte fue integrar comprensión anatómica, selección de equipo y práctica deliberada de la trayectoria fibrobroncoscópica, además de facilitar un modelo mental compartido por el equipo. La impresión reproduce anatomía estática y no simula secreciones, sangrado ni colapso dinámico; asimismo, un caso aislado no permite atribuirle causalmente el éxito. No obstante, la concordancia entre las maniobras ensayadas y las realizadas en el paciente sugiere que la reconstrucción, impresión y simulación 3D pueden reducir la incertidumbre técnica y apoyar una planificación más segura de vías aéreas anatómicamente complejas.

Contacto

Nombre: Nicolás Villablanca Uribe

Correo electrónico: nicolas.villablanca@incancer.cl

Teléfono / Móvil:

Manejo anestésico de la resección de un paraganglioma retroperitoneal (Feocromocitoma) con infiltración de la vena cava inferior mediante exclusión vascular hepática total con perfusión hipotérmica in situ (técnica ante situm) y bypass venovenoso con ECMO

https://doi.org/10.25237/-2026-06

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
9.299.421-k	Mauricio González Luza	Anestesiólogo Centre Cardiovascular Hospital DIPRECA. Profesor asociado Hospital Clínico Universidad de Chile
10.070.432-3	Francisco Pizarro Iturriaga	Anestesiólogo. Hospital DIPRECA, Hospital Salvador, Hospital Clínico Mutual de Seguridad
19.244.373-3	Vicente Jiménez Thompson	Residente Anestesiología Universidad Mayor. Hospital DIPRECA, Hospital Félix Bulnes Cerda

Introducción

Los paragangliomas retroperitoneales funcionantes que infiltran la vena cava inferior (VCI) retrohepática son excepcionales y superponen dos problemas anestésicos mayores: la inestabilidad catecolaminérgica y la exclusión vascular hepática total. Presentamos un caso resuelto mediante técnica ante situm.

Antecedentes y hallazgos clínicos

Varón de 57 años, IMC 22, hipertenso, diabético tipo 2, dislipidémico, con cardiopatía coronaria revascularizada (2017 y 2022). Destacaban una crisis hipertensiva durante biopsia percutánea y una laparotomía frustra que lo catalogó irresecable por infiltración de la VCI suprarrenal y retrohepática. Imágenes: masa retrocava de 66x67x55 mm, hipercaptante en PET-CT, compatible con feocromocitoma, con metanefrinas urinarias elevadas.

Calendario (cronologıá)

3 semanas previas: preparación por endocrinología con bloqueo alfa y luego betaadrenérgico. Día 0: cirugía. Día 2: extubación. Día 4: alta de unidad crítica.

Plan anestesíco

Inducción con propofol y remifentanilo, rocuronio; mantención con sevoflurano y dexmedetomidina en infusión. Analgesia multimodal endovdenosa y peridural. Monitorización: dos líneas arteriales, catéter venoso central, introductor de Swan-Ganz, ecocardiografía transesofágica, oximetría cerebral, temperatura y gasometría seriadas. La reposición de hemoderivados y factores se guió por test viscoelásticos, con cell saver disponible. El caso se planificó en comité interdisciplinario con endocrinología, cirugía oncológica, de trasplante, cardiocirugía, perfusión y dos anestesiólogos, definiendo roles en reuniones previas. Se anticiparon tres momentos críticos: crisis hipertensivas, exclusión vascular y colapso vasodilatador post-exéresis.

Conflictos de interés

La manipulación tumoral desencadenó crisis hipertensivas con sistólicas sobre 200 mmHg, controladas con nitroprusiato y urapidilo en infusión más bolos de labetalol. Cardiocirugía instaló bypass venovenoso femoro-yugular con circuito de ECMO. Previa anticoagulación con HNF 1 mg/kg se clampeó la VCI supra e infrahepática, completando la exclusión vascular total con maniobra de Pringle. Se perfundió el hígado con solución de Wisconsin y hielo tópico. Se resecó el tumor junto al segmento de VCI comprometido, reconstruido con prótesis de tejido bovino. La cirugía duró 9 horas, con 120 minutos de bomba, 80 minutos de isquemia hepática y sangrado estimado de 3.000 mL. El cell saver rescató 1.800 mL con hematocrito de 48%. Recibió 2 unidades de glóbulos rojos, 6 de plasma, 1 aféresis de plaquetas y 1 g de fibrinógeno liofilizado. Al salir de bomba se revierte anticoagulación. Tras la exéresis (Figura 1) presentó colapso vasodilatador que requirió adrenalina, noradrenalina, dobutamina y vasopresina. Desarrolló un pseudoaneurisma femoral tratado sin incidentes. Se trasladó intubado a unidad coronaria.

Discusioń y Conclusiones

La preparación adrenérgica y la disponibilidad de fármacos titulables permitieron controlar dos transiciones hemodinámicas opuestas. La estrategia ante situm evita la fase anhepática prolongada del ex situ y sus riesgos de falla hepática, a costa de una exclusión vascular que exige soporte extracorpóreo. La reposición guiada por test viscoelásticos y el recuperador celular limitaron la exposición a hemoderivados alogénicos pese al sangrado masivo. El manejo interdisciplinario fue el factor clave, desde la preparación endocrinológica hasta la ejecución coordinada de seis especialidades en pabellón. Como limitación, se trata de un caso único con seguimiento acotado. Enseñanza: ante un tumor funcionante con compromiso de la VCI retrohepática, el trabajo interdisciplinario y planificar la anestesia como un trasplante hepático sumado a un feocromocitoma permiten anticipar y resolver crisis previsibles.

Contacto

Nombre: Mauricio González Luza

Correo electrónico: magoluza@gmail.com

Teléfono / Móvil: / 992504636

Ecocardiografía Transesofágica de Rescate en el Diagnóstico de SAM y Obstrucción Dinámica Durante Colectomía: reporte de caso

https://doi.org/10.25237/-2026-07

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
01469937999	Eric Lineburger Benedet	Hospital São José Criciúma
04188953098	Amanda Dal Ponte	Hospital São José Criciúma
10918665973	Mariana Frassetto Dornelles	Hospital São José Criciúma

Introducción

La obstrucción dinámica del tracto de salida del ventrículo izquierdo (LVOTO), asociada al movimiento anterior sistólico de la válvula mitral (SAM), es una causa reversible e infradiagnosticada de hipotensión perioperatoria cuyo manejo empírico puede agravar la obstrucción. Presentamos un caso ocurrido durante una cirugía no cardíaca, en el que la ecocardiografía permitió diferenciar la hipovolemia de la fisiología obstructiva y orientar el tratamiento.

Antecedentes y hallazgos clínicos

77 años, ASA IV, hipertenso y portador de enfermedad arterial coronaria. Había presentado infarto agudo de miocardio en octubre de 2025 y mayo de 2026. El ecocardiograma preoperatorio mostraba una fracción de eyección del 57 %, alteración segmentaria de la contractilidad y disfunción diastólica de grado II. Presentaba capacidad funcional de 4 MET, limitada por disnea. Fue hospitalizado por melena, siendo diagnosticado con adenocarcinoma de ciego e indicada colectomía.

Calendario (cronologiá)

El paciente fue hospitalizado el 10/07/2026 y sometido a colectomía derecha el 13/07/2026. Durante el procedimiento, presentó tres episodios de hipotensión. Los episodios iniciales fueron tratados con metaraminol y efedrina, con respuesta transitoria. Ante la recurrencia de la inestabilidad, se realizó una ecocardiografía transesofágica (ETE) de rescate, seguida de evaluaciones seriadas. Tras la identificación del mecanismo obstructivo y la instauración del tratamiento dirigido, se produjo la estabilización hemodinámica sin nuevos episodios. Al finalizar la cirugía, el paciente fue trasladado a la UCI. Evolucionó sin eventos adversos y recibió el alta hospitalaria al séptimo día posoperatorio.

Plan anestesíco

Se realizó monitorización completa, incluyendo presión arterial invasiva y monitorización cerebral. Se optó por anestesia intravenosa total con propofol y remifentanilo en infusión continua, asociada a rocuronio y anestesia epidural. La planificación contempló vigilancia hemodinámica continua, reposición de volumen y sangre de acuerdo con las pérdidas y utilización de vasopresores, con incorporación de la ETE de rescate tras la recurrencia de la hipotensión.

Conflictos de interés

Proyección transgástrica: hipertrofia ventricular izquierda, cavidad reducida con obliteración sistólica e hipercontractilidad. En el eje largo medioesofágico, el velo anterior mitral se desplazaba hacia el septo durante la sístole, con aproximación mitroseptal y estrechamiento fásico del tracto de salida. El septo basal medía 22 mm. El Doppler color mostró aliasing subaórtico e insuficiencia mitral leve. Estos hallazgos, asociados a la hipotensión recurrente, sustentaron el diagnóstico de LVOTO dinámica. Se administraron Ringer lactato, albúmina y un concentrado de hematíes. El metaraminol restableció la poscarga. El esmolol y el metoprolol redujeron la frecuencia cardíaca y la contractilidad. La ETE seriada mostró aumento de la cavidad ventricular y reducción del SAM y de la turbulencia subaórtica, con estabilidad hemodinámica y ausencia de recurrencia. El diagnóstico fue comunicado al equipo intensivista. Se recomendó considerar la recurrencia de la LVOTO ante una eventual hipotensión posoperatoria, ya que los inotrópicos podrían agravar la obstrucción y la administración indiscriminada de volumen podría provocar sobrecarga.

Discusioń y Conclusiones

La hipovolemia hemorrágica y la LVOTO coexistieron como causas de hipotensión. La ETE permitió diferenciarlas y orientar la reposición intravascular, la vasoconstricción y el betabloqueo. El SAM asociado a LVOTO debe considerarse ante hipotensión recurrente durante cirugía no cardíaca, especialmente cuando la respuesta al tratamiento convencional sea inadecuada o transitoria.

Contacto

Nombre: Eric Lineburger Benedet

Correo electrónico: lineburger@unesc.net

Teléfono / Móvil: / + 55 54 988145463

Reporte de caso: sarcoma cardiaco resecado mediante explante cardiaco y reimplante

https://doi.org/10.25237/-2026-08

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
17552399-5	Roberto Vergara Fernández	Hospital Clínico Universidad Católica
15.115.352-6	Sebastián Silva Gutiérrez	Hospital Clínico Universidad Católica
18.022.977-9	Santiago Arze Irarrázabal	Hospital Clínico Universidad Católica

Introducción

Los tumores cardiacos son infrecuentes y, dentro de los malignos, los sarcomas son una entidad grave y de pronóstico desfavorable.[i] La sobrevida es menor a seis meses sin tratamiento quirúrgico, mientras que si se realiza resección completa puede aumentar significativamente.[ii] La ubicación y extensión tumoral determinan la técnica quirúrgica y en casos seleccionados se puede realizar el explante del corazón para permitir una resección radical y luego reimplantarlo. [iii]

Antecedentes y hallazgos clínicos

Presentamos el caso de una paciente de 62 años, hipertensa e hipotiroidea, que consultó por disnea de inicio súbito. El estudio evidencia una masa intracardiaca en la aurícula izquierda, compatible con sarcoma, con extensión a vena pulmonar inferior derecha y compromiso de la válvula mitral. Teniendo en cuenta la extensión tumoral y el objetivo de lograr resección completa, se planificó la explantación cardiaca, resección de la aurícula izquierda, el septo interauricular, la vena pulmonar inferior derecha y la válvula mitral, asociada a lobectomía pulmonar inferior derecha y reconstrucción de las estructuras resecadas con pericardio bovino y reemplazo valvular mitral.

Calendario (cronologıá)

No aplica.

Plan anestesico

Desde el punto de vista anestésico, se planificó anestesia general, monitorización invasiva, ecocardiografía intraoperatoria, catéter de Swan-Ganz y tromboelastografía (TEG), anticipando un procedimiento prolongado con alto riesgo de disfunción miocárdica, vasoplejia y coagulopatía.

Conflictos de interés

La inducción anestésica se realizó sin incidentes. La ecocardiografía transesofágica confirma la extensión tumoral y su relación con las estructuras cardiacas, además de descartar valvulopatías y disfunción miocárdica. La cirugía se realizó según lo planificado, incluyendo la explantación cardiaca, resección tumoral amplia y reconstrucción de las estructuras comprometidas. Se reimplantó el corazón con tiempo de circulación extracorpórea de 298 minutos y clampeo aórtico de 220 minutos.

A salida de circulación extracorpórea, la paciente presentó fibrilación ventricular que requirió cuatro desfibrilaciones, asociado a disfunción sistólica y aquinesia de la pared inferior. Se inició soporte con dobutamina, norepinefrina y vasopresina. El TEG permitió guiar la reposición de hemoderivados, transfundiéndose dos unidades de glóbulos rojos, crioprecipitado y plaquetas. El intraoperatorio estuvo marcado por los principales problemas anticipados, disfunción miocárdica, vasoplejia y coagulopatía.

Discusioń y Conclusiones

En una paciente con escasas comorbilidades y con el objetivo de lograr una resección oncológica completa, se determinó realizar una estrategia quirúrgica de alta complejidad, que permitió un abordaje óptimo para resecar completamente el tumor. El manejo anestésico se orientó a anticipar y detectar las complicaciones esperadas de una cirugía y circulación extracorpórea prolongada, teniendo en consideración que se explantó y reimplantó el corazón. El uso de ecocardiografía y tromboelastograma fueron herramientas fundamentales para identificar y orientar el manejo de las alteraciones hemodinámicas y la coagulación durante el procedimiento.

Contacto

Nombre: Roberto Vergara Fernández

Correo electrónico: rvergaraf1990@gmail.com

Teléfono / Móvil: / 994496761

Enfermedad de Von Willebrand tipo 2N y analgesia epidural: decisiones hemostáticas en el periparto

https://doi.org/10.25237/-2026-09

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
20.473.323-6	Constanza Sofía Portolés Cabezas	Interno de séptimo año. Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae.
14.169.471-5	Javiera Paola Vargas Zúñiga	Servicio Anestesiología, Departamento de pabellones quirúrgicos. Clínica Alemana-UDD
20.491.744-2	Francisco Augusto Martínez Pérez	Interno de séptimo año. Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae.
10.335.490-0	Jorge Alberto Gigoux Müller	Servicio Anestesiología, Departamento de pabellones quirúrgicos. Clínica Alemana.

Introducción

La enfermedad de von Willebrand (EVW) tipo 2N es un subtipo cualitativo infrecuente caracterizado por menor afinidad del factor de von Willebrand (FVW) por el factor VIII (FVIII), favoreciendo su eliminación acelerada y fenotipo similar a hemofilia A leve. Durante el embarazo, el aumento fisiológico de FVW y FVIII puede ser variable[1]. La evidencia sobre analgesia neuroaxial en EVW 2N es escasa y proviene principalmente de reportes de caso, por lo que requiere manejo individualizado y multidisciplinario.[1,2]

Antecedentes y hallazgos clínicos

Primigesta de 22 años, 72 kg, con EVW tipo 2N diagnosticada en la infancia. Refería epistaxis y sangrado oral diarios. A las 29+2 semanas se documentaron FVIII 216%, FVW:Ag 126% y FVW:Act 125%, con FVW conservado y FVIII elevado. No se realizaron nuevas determinaciones de FVIII/FVW previas al parto ni al procedimiento neuroaxial.

Calendario (cronologıá)

A las 13:00 h se inició inducción y ácido tranexámico. Tras coordinación multidisciplinaria se administró concentrado plasmático FVW/FVIII (Alphanate) 45 minutos antes de la analgesia epidural, realizada alrededor de las 15:00 h. El parto ocurrió a las 20:30 h. La dosis se repitió a las 23:00 h y al día siguiente, 30 minutos antes del retiro del catéter epidural a las 10:02 h.

Plan anesteśico

Se planificó analgesia epidural considerando el diagnóstico de EVW tipo 2N, el fenotipo hemorrágico mucoso persistente y la ausencia de determinaciones recientes de FVIII/FVW. Se decidió realizar cobertura hemostática con Alphane antes de la inserción del catéter, durante su permanencia y antes del retiro, además de vigilancia neurológica posterior dirigida a dolor lumbar, parestesias y déficit motor, como manifestaciones de posible hematoma neuroaxial.

Conflictos de interés

Se administraron tres dosis periparto de Alphanate 1.000 UI asociadas a ácido tranexámico 1 g cada 8 h. No se realizaron controles seriados de FVIII/FVW posteriores a la reposición. El catéter fue retirado bajo cobertura reciente de factor, sin déficit neurológico ni signos clínicos sugerentes de hematoma neuroaxial durante la observación.

Discusioń y Conclusiones

Las recomendaciones ASH/ISTH/NHF/WFH sugieren FVW:Act 0,50-1,50 IU/mL para una técnica neuroaxial y mantener >0,50 IU/mL durante la permanencia del catéter y al menos 6 h tras su retiro; además, recomiendan determinar FVW y FVIII en el tercer trimestre y establecer un plan multidisciplinario.[3] Brennan et al. realizaron analgesia epidural con reposición dirigida a mantener FVIII >50 U/dL, sin complicaciones hemorrágicas reportadas,[1] mientras Li et al. efectuaron técnica combinada espinal-epidural tras elevar FVIII de 40% a 138%, sin complicaciones neuroaxiales.[2] En nuestra paciente, los valores obtenidos a las 29+2 semanas no permitían establecer el estado hemostático al parto. Ante el fenotipo hemorrágico activo se adoptó una estrategia conservadora de reposición. Como limitación, la ausencia de monitorización seriada impide confirmar los niveles alcanzados, ajustar la reposición y descartar eventual sobrecorrección. La analgesia neuroaxial puede considerarse en EVW 2N mediante planificación multidisciplinaria, integrando fenotipo hemorrágico y determinaciones recientes de FVIII/FVW, idealmente con monitorización durante inserción, permanencia y retiro del catéter.

Contacto

Nombre: Constanza Sofía Portolés Cabezas

Correo electrónico: cportolesc@uft.edu

Teléfono / Móvil: / +56996579584

Cirugía torácica y mediastínica sin intubación con ventilación espontánea en pacientes con riesgo elevado para ventilación monopulmonar: serie de cinco casos

https://doi.org/10.25237/-2026-10

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
19837445-8	Fernanda Araya Derpich	División Anestesiología Universidad Católica de Chile
18577652-2	Felipe Navarrete Fajardo	División Anestesiología Universidad Católica de Chile
15371029-5	Loreto Mosqueira Podestá	División Anestesiología Universidad Católica de Chile

Introducción

La ventilación monopulmonar (VMP) con tubo de doble lumen bajo anestesia general (AG) es el estándar en cirugía torácica videoasistida (VTC). Existen, sin embargo, dos escenarios en que esto se vuelve una técnica compleja de utilizar. El primero de ellos es en la masa mediastínica con compromiso de vía aérea o grandes vasos, donde la pérdida del tono muscular, el desplazamiento diafragmático y la presión positiva pueden convertir una compresión tolerada en una obstrucción crítica bajo AG. El otro escenario es la enfermedad pulmonar intersticial fibrótica, donde la VMP sobre parénquima heterogéneo se asocia a exacerbación aguda postoperatoria. La estrategia no intubada con ventilación espontánea evita ambos mecanismos. El objetivo es describir las situaciones clínicas, el desarrollo intraoperatoria y los desenlaces inmediatos de cinco procedimientos realizados con esta técnica anestésica.

Antecedentes y hallazgos clínicos

Cinco pacientes adultos (21 a 53 años) con riesgo elevado para anestesia general con VMP. Tres presentaban masa mediastínica anterior: uno en linfoma no Hodgkin con progresión hiliar durante radioterapia; otro con síndrome de vena cava superior, compresión traqueal distal, fibrilación auricular y derrame pericárdico severo; y un tercero con masa de 15 cm en su longitud mayor y biopsia percutánea no concluyente, todos tenían alto grado de compresión de VA. Dos presentaban enfermedad parenquimatosa: enfermedad mixta del tejido conectivo con patrón de neumonía intersticial usual y nódulo en crecimiento, y hemorragia pulmonar criptogénica con fibrosis y disnea de mínimos esfuerzos.

Calendario (cronologıá)

La secuencia común fue estudio no invasivo, decisión conjunta de estrategia no intubada y cirugía, con alta posterior para manejo ambulatorio. Caso N1 y N5 ingresaron a través de servicio de urgencias, por disnea el primero y neumonía el segundo, tras la indicación cursan un postoperatorio sin complicaciones, completando 12 y 9 días de tratamiento previo al alta, respectivamente. Casos N2, N3 y N4 ingresan de manera electiva para sus cirugías, cursando pre y postoperatorios sin complicaciones, con altas al día 1, 7 y 5 respectivamente.

Plan anestesico

Todos fueron manejados sin intubación traqueal en el inicio, en ventilación espontánea. La técnica analgésica se eligió según el perfil hemodinámico y la extensión quirúrgica: peridural torácica con catéter en tres casos (T7–T8 en dos; T3–T4 en uno), bloqueo del plano erector espinal ecoguiado con 20 mL de levobupivacaína 0,5 % en un paciente

dependiente de precarga, e infiltración local por el cirujano. La sedación utilizada fue con Propofol, dexmedetomidina o midazolam. Se apoyó con oxigenoterapia por Venturi.

Conflictos de interés

Se realizaron biopsias mediastínicas, mediastinotomía anterior de Chamberlain y biopsias o resecciones pulmonares, con duración entre 60 y 120 minutos. Hubo necesidad de conversión a anestesia general en una oportunidad (1/5), ningún paciente tuvo requerimiento de vasoactivos en infusión (0/5) ni complicaciones intraoperatorias (0/5). El paciente que requirió de conversión a Anestesia general con intubación endotraqueal fue extubado en pabellón sin incidentes.

Discusioń y Conclusiones

La serie muestra que la estrategia es factible con recursos habituales, sin embargo, plantea desafíos: elección de la mejor técnica según el tipo de cirugía, paciente y hemodinamia, con pasos escalonados desde anestesia local, bloqueo del plano erector espinal y anestesia peridural. Evitar la simpatectomía en un paciente dependiente de precarga podría ser beneficioso. Existe un aumento gradual del soporte ventilatorio previo a la conversión, cuyos umbrales deben fijarse antes de la incisión, donde siempre existe la posibilidad de conversión. El tamaño y el diseño retrospectivo impiden estimar seguridad comparativa.

Contacto

Nombre: Fernanda Araya Derpich

Correo electrónico: ferarayaderpich@gmail.com

Teléfono / Móvil: / 986769442

Posters

Aplicación de un potencial relacionado a evento nociceptivo (ERP-N) mediante electroencefalografía (EEG) bajo anestesia general

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-11

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
159400832	Felipe Araneda Rios	Alumno Programa Doctorado en Ciencias Biomedicas U. Chile. Anestesiologo UDP
17.028.436-4	Rodrigo Gutierrez Rojas	Servicio de Anestesiologia y Medicina Perioperatoria HCUCH. CICA HCUCH. Brain and Anesthesia Lab (BAL)
12.455.440-3	Jose Ignacio Egaña Tomic	Servicio de Anestesiologia y Medicina Perioperatoria HCUCH. CICA HCUCH. Brain and Anesthesia Lab (BAL)
13.256.949-5	Antonello Penna Silva	Servicio de Anestesiologia y Medicina Perioperatoria HCUCH. CICA HCUCH. Brain and Anesthesia Lab (BAL)
19.694.457-5	Roy Pardo Pérez	CICA HCUCH. Brain and Anesthesia Lab (BAL)

Introducción

La monitorización de la nocicepción durante una cirugía es un desafío vigente. El monitoreo nociceptivo intraoperatorio actual se basa principalmente en respuestas autonómicas, las cuales no logran predecir dolor postoperatorio, ya que son inespecíficas. Los potenciales relacionados a eventos (ERPs) registrados mediante EEG han demostrado correlacionarse a escalas de dolor en sujetos despiertos, pero su comportamiento bajo anestesia general es incierto

Objetivo(s)

Extraer el ERP-N bajo anestesia general, y analizar sus características antes y despúes de la administración de un bolo de fentanilo durante inducción anestésica.

Material y Métodos

Estudio observacional prospectivo en 18 pacientes, con pacientes sometidos a cirugía laparoscópica electiva bajo anestesia general con Propofol. Se aplicó un protocolo de estimulación eléctrica intraepidérmica (IES) para activar selectivamente fibras Aδ, a 3 intensidades distintas para umbrales de dolor diferentes en el preoperatorio (Sensibilidad, NPRS 3, NPRS 6), además de calcularse un umbral supramáximo (Umbral NPRS 6 + 20%). En pabellón, se aplicaron los umbrales NPRS 3, NPRS 6 y Supramáximo en bloques de 100 repeticiones. Registramos el ERP-N en tres condiciones: Basal, Bajo anestesia pre-fentanilo, y anestesia post-fentanilo.

Se analizaron los registros via MATLAB con toolbox Fieldtrip. Se aplico rechazo de bloques por criterios de voltaje para excluir artefactos (> 50 uV). Se aplico un filtro Notch de 8-12 Hz para minimizar la interferencia de las ondas alfa. Se extrajeron los componentes N2 (una deflexión negativa a 160-230 ms) y P2 (una deflexión positiva a 350-390 ms), además de mediciones compuestas como la amplitud pico a pico (Peak to Peak de N2 y P2, PtP) y el voltaje medio en los intervalos de medición de N2 y P2 (mean PtP, mPtp). Las diferencias entre condiciones se eval-

uaron mediante análisis estadístico pareado (pruebas T-test pareado y Wilcoxon), considerando significativo un valor $p < 0.05$.

Resultados

La anestesia con propofol redujo la amplitud de N2 ($p = 0.033$) y el mPtP ($p = 0.022$), frente a estímulos NPRS 6. Pese a lo anterior, se logro extraer el ERP-N, manteniéndose significativamente frente al límite de ruido (mPtP $p < 0.05$ en todas las intensidades). Tras la administración de fentanilo, hubo atenuación de la morfología del ERP-N, con caída significativa en la amplitud pico a pico (PtP, $p = 0.040$) y del mPtP de 2.3 µV a 0.7 µV ($p = 0.030$) frente a estimulación supramáxima. Las intensidades NPRS 3 y 6 no demostraron reduccion significativa.

Conclusiones

Pese a reportes negativos previos, logramos generar y extraer el ERP-N bajo anestesia general con propofol, gracias a nuestro protocolo de estimulación. El ERP-N experimenta una disminucion de amplitud significativa, pero aun así está presente, lo que traduce que el procesamiento nociceptivo cortical persiste en este estado de inconciencia. Al adicionarse fentanilo, dicho ERP-N experimenta una drástica caída de amplitud, que se hace significativa para estimulación supramáxima. Estos resultados sugieren que el mPtP del ERP-N podría funcionar como un biomarcador de nocicepción intraoperatoria basado en actividad cerebral cortical

Contacto

Nombre: Felipe Araneda Rios

Correo electrónico: felipe343@hotmail.com

Teléfono / Móvil: / 969084914

Evaluación clínica versus ecografía gástrica en cirugía abdominal de urgencia: impacto sobre la decisión de realizar una secuencia rápida de inducción

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-12

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
10.590.228-k	Milko Zott Meza	Clínica Dávila
19.089.419-3	Franz Huber Queirolo	Clínica Dávila, Universidad de los Andes
17.960.0145	Magdalena Estefó Aroztegui	Clínica Dávila
9.522.669-8	Dagoberto Ojeda Dinamarca	Clínica Dávila

Introducción

La aspiración pulmonar continúa siendo una de las complicaciones más graves de la anestesia general. En cirugía abdominal de urgencia, la evaluación clínica del riesgo presenta limitaciones para identificar pacientes con estómago lleno, lo que puede conducir tanto a la indicación innecesaria de secuencia rápida de inducción (SRI) como a la subestimación del riesgo de aspiración. La ecografía gástrica a pie de cama (POCUS) permite evaluar objetivamente el contenido gástrico, aunque existe escasa evidencia sobre su impacto en la toma de decisiones durante la inducción anestésica en este escenario.

Objetivo(s)

Determinar el impacto del POCUS gástrico sobre la decisión de realizar una SRI en pacientes sometidos a cirugía abdominal de urgencia y, secundariamente, evaluar el desempeño diagnóstico de la evaluación clínica para identificar estómago lleno.

Material y Métodos

Estudio observacional prospectivo, aprobado por el Comité Ético Científico institucional, con obtención de consentimiento informado escrito de todos los participantes. Se incluyeron 103 pacientes adultos sometidos a cirugía abdominal de urgencia por abdomen agudo no obstructivo. Antes de conocer el resultado del POCUS, el anestesiólogo tratante realizó la evaluación clínica habitual, estimó el riesgo de aspiración y definió la estrategia inicial de inducción. Posteriormente, un operador entrenado y cegado al juicio clínico efectuó un POCUS gástrico siguiendo un protocolo estandarizado. Se definió estómago lleno como la presencia de contenido sólido o un volumen estimado de líquido ≥1,5 mL/kg. Se comparó el desempeño diagnóstico de la evaluación clínica utilizando el POCUS como método de referencia y se evaluó el impacto de la información ecográfica sobre la decisión de realizar una SRI.

Resultados

La incidencia de estómago lleno fue de 20,4% (21/103). La evaluación clínica presentó una sensibilidad de 66,7%, especificidad de 30,5%, valor predictivo positivo de 19,7% y valor predictivo negativo de 78,1%.

La información obtenida mediante POCUS modificó la decisión inicial sobre la inducción anestésica en 37 pacientes (35,9%). En 30 pacientes (29,1%) permitió evitar una SRI inicialmente planificada al demostrar un estómago vacío, mientras que en 7 pacientes (6,8%) identificó un estómago lleno no sospechado clínicamente, motivando la indicación de una SRI.

Conclusiones

En cirugía abdominal de urgencia, la evaluación clínica mostró una capacidad limitada para identificar pacientes con estómago lleno. La incorporación del POCUS modificó la decisión sobre la inducción anestésica en más de un tercio de los pacientes, permitiendo evitar SRI potencialmente innecesarias e identificar pacientes cuyo riesgo de aspiración había sido subestimado. Estos hallazgos respaldan el uso del POCUS como herramienta complementaria para individualizar la estrategia de inducción anestésica en pacientes con riesgo de aspiración.

Contacto

Nombre: Milko Zott Meza

Correo electrónico: magdalenaestefo@gmail.com

Teléfono / Móvil: / 979865505

Impacto de la anestesia espinal en el tiempo al alta en cirugía ambulatoria: análisis retrospectivo mediante propensity scores (AIPW).

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-13

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
9522669-8	DAGOBERTO OJEDA DINAMARCA	ANESTESIÓLOGO CLÍNICA DÁVILA
20.162.499-2	NICOLAS MERINO LLERAS	INTERNO MEDICINA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

21072025-1	MIKHAIL LOUTSO SYTCHEVSKAIA	INTERNO DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
15119244-0	KATALINA MORA PAVEZ	ENFERMERA JEFE UNIDAD CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA CLÍNICA DÁVILA
8483998-1	PATRICIA CISTERNAS MARTÍNEZ	ANESTESIÓLOGA JEFE SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA CLÍNICA DÁVILA

Introducción

La cirugía ambulatoria representa la mayor parte de la actividad quirúrgica electiva, superando el 60% en nuestra institución durante el año 2022. La creciente complejidad de los pacientes y de las cirugías incorporadas a esta modalidad exigen técnicas anestésicas eficientes. Por su simplicidad, bajo costo y control analgésico, la anestesia espinal es habitual en cirugía infraumbilical; sin embargo, el bloqueo autonómico prolongado de la bupivacaína puede retrasar la deambulación y la micción espontánea, criterios indispensables para el egreso. Esto genera controversia sobre su beneficio neto frente a la anestesia general.

Objetivo(s)

Determinar si la anestesia espinal prolonga el tiempo hasta el alta en comparación con la anestesia general en cirugía ambulatoria.

Material y Métodos

Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes sometidos a cirugía ambulatoria elegibles para anestesia espinal durante el año 2024. Se seleccionaron casos con alta domiciliaria efectiva, excluyendo conversiones a anestesia general por falla del bloqueo. Para controlar variables de confusión, se estimaron propensity scores mediante ponderación de probabilidad inversa aumentada (AIPW) en Stata (modelo probit). El tratamiento fue anestesia espinal vs. general, y el outcome, tiempo hasta el alta. Se evaluaron exhaustivamente el balance de covariables y el overlap. Debido a la falta de overlap, la hernia inguinal fue subanalizada de forma independiente del resto de las especialidades (safenectomía, coloproctología y menisectomía).

Resultados

Se incluyeron 1.231 pacientes: 1.001 con anestesia general y 230 con anestesia espinal. El grupo espinal tuvo menor edad, mayor IMC, más ASA 3 y cirugías coloproctológicas. Las hernias inguinales recibieron principalmente anestesia general. Tras el ajuste (AIPW), el tiempo medio al alta fue mayor con anestesia espinal que con general: 351,2 vs 302,7 min (diferencia: 48,5 min; IC95% 33,2–63,7). Esta prolongación persistió al comparar anestesia general versus dosis de bupivacaína ≤7,5 mg: 20,4 min (3,8–37). El subanálisis en hernia inguinal (evaluada por separado por falta de overlap y mayores dosis de bupivacaína) mostró la mayor prolongación con anestesia espinal: 66,9 min (21,3–112,5). Finalmente, el subanálisis de anestesia espinal aislada en safenectomías, coloproctologías y menisectomías evidenció que el uso de bupivacaína+fentanilo y de dosis >7,5 mg prolongaron el alta en 44,3 min (17,5–71,1) y 36,7 min (9,0–64,3), respectivamente, en comparación con el uso de bupivacaína sola en dosis ≤7,5 mg.

Conclusiones

La anestesia espinal prolonga significativamente el tiempo hasta el alta en cirugía ambulatoria, especialmente al utilizar dosis altas de bupivacaína o asociarla a fentanilo. Estos hallazgos sugieren desaconsejar su uso rutinario en este escenario, o limitarla estrictamente a procedimientos que requieran niveles bajos de bloqueo anestésico

Contacto

Nombre: DAGOBERTO OJEDA DINAMARCA

Correo electrónico: eojedadinamarca@gmail.com

Teléfono / Móvil: / 994990958

Eficacia del parche de buprenorfina en la analgesia postoperatoria tras amigdalectomía en adultos: ensayo clínico aleatorizado

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-14

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
9522669-8	DAGOBERTO OJEDA DINAMARCA	ANESTESIÓLOGO CLÍNICA DÁVILA
	MAGDALENA ESTEFÓ ARISTEGUI	ANESTESIOLOGA CLÍNICA DÁVILA
15119244-0	KATALINA MORA PAVEZ	ENFERMERA JEFE UNIDAD CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA CLÍNICA DÁVILA
8483998-1	PATRICIA CISTERNAS MARTÍNEZ	ANESTESIÓLOGA JEFE ANESTESIA Y PABELLÓN CLÍNICA DÁVILA

Introducción

La amigdalectomía en adultos se realiza de forma ambulatoria. La hemorragia y el dolor son las complicaciones postoperatorias más frecuentes; este último alcanza mayor intensidad al tercer día, prolongándose hasta dos semanas, lo que demanda esquemas analgésicos sostenidos en pacientes no hospitalizados.

La buprenorfina es un opioide sintético 25 a 50 veces más potente que la morfina, agonista parcial de receptores μ y δ, antagonista κ y agonista parcial ORL-1. Su elevada lipofilicidad permite una absorción transcutánea sostenida. El parche cutáneo no se recomienda para dolor agudo, pues alcanza concentraciones terapéuticas a las 11 horas y efecto máximo entre las 48 y 60 horas, con duración de hasta 7 días. Se metaboliza por vía hepática, con riesgo mínimo de depresión respiratoria y estreñimiento, siendo preferido en pacientes ancianos con pluripatología. La evidencia en dolor postoperatorio es limitada por su prolongada latencia.

Objetivo(s)

Comparar el parche de buprenorfina frente a placebo en el control del dolor al tercer día postoperatorio de amigdalectomía en adultos, evaluando secundariamente su efecto durante 7 días.

Material y Métodos

Ensayo clínico aleatorizado y doble ciego. La asignación a placebo o buprenorfina 5 mcg/hora se realizó en Stata por un estadístico independiente. El parche se colocó en región pectoral, cubierto con Tegaderm. El tamaño muestral se calculó en 66 pacientes, asumiendo una distribución del dolor de leve 15,5%, moderado 44,6% y severo 39,9%, con Odds Ratio esperado de 0,27. Se registraron variables basales, anestésicas y analgésicas intraoperatorias. El seguimiento telefónico durante 7 días evaluó dolor mediante escala verbal análoga (EVA: 0-10), rescate con tramadol, náuseas, vómitos y somnolencia. El análisis se realizó mediante regresión logística ordinal y modelo multinivel.

Resultados

Se enrolaron 48 pacientes (21 placebo, 27 parche), interrumpiéndose el reclutamiento tras un análisis interino. Las características basales estaban balanceadas, salvo la clasificación ASA (placebo 52,4% vs. parche 77,8% ASA 2); los análisis se ajustaron por esta variable. Al tercer día, más del 75% del grupo parche presentó valores de EVA≤3 frente a casi 50% >3 en el grupo placebo (OR 0,28; IC 0,08–0,95; p=0,0421). Durante los 7 días, el parche redujo el dolor

globalmente (OR 0,35; IC 0,13–0,94; p=0,0347). La ocurrencia de vómitos (10,7%), náuseas (7,4%) y somnolencia (21,4%) correspondientes al grupo parche, aunque más elevados que en el grupo placebo, no demostraron diferencias estadísticamente significativas. Tampoco hubo diferencias en el consumo de rescate. Al no alcanzarse el tamaño muestral, la potencia fue 66,7%.

Conclusiones

ConclusionesEl parche de buprenorfina de 5 mcg/hora reduce eficazmente el dolor al tercer día y a lo largo de los primeros 7 días postoperatorios de amigdalectomía en adultos, sin incremento de efectos adversos, siendo altamente recomendable.

Contacto

Nombre: DAGOBERTO OJEDA DINAMARCA

Correo electrónico: eojedadinamarca@gmail.com

Teléfono / Móvil: / 994990958

Protocolo anestésico de cirugía cardiaca con recuperación acelerada y extubación ultra rápida en el quirófano: Experiencia en la Patagonia Austral de Chile.

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-15

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
16068190k	Natalia vidal maldonado	hospital clinico magallanes
184502526	marcelo von hausen alcaino	hospital clinico magallanes
83990929	paulo carrasco garcia	hospital clinico magallanes
190374009	marcelo concha infante	hospital clinico magallanes
153595380	carlos ramirez palma	hospital clinico magallanes
82459561	david torres perez	clinica santa maria

Introducción

La enfermedad cardiovascular constituye la principal causa de mortalidad en Chile y representa un desafío mayor en regiones australes, donde aislamiento geográfico y clima extremo dificulta la derivación a otros centros. En este contexto, el Hospital Clínico de Magallanes (HCM) retomó en 2024 su programa de cirugía cardíaca, incorporando un protocolo de recuperación acelerada (ERAS) con énfasis en extubación ultrarrápida en quirófano (EUQ), siguiendo consensos internacionales que demuestran beneficios en reducción de estadía hospitalaria y complicaciones.

Objetivo(s)

Describir la experiencia con este protocolo durante su primer año de implementación en el HCM.

Material y Métodos

Estudio descriptivo de los primeros pacientes consecutivos intervenidos entre agosto 2024 y agosto 2025. Variables fueron obtenidas de la base de datos institucional y un investigador independiente las anonimizo, se incluyeron cirugías electivas con fracción de eyección preservada; se excluyeron casos de alta complejidad o contraindicación para extubación precoz. Se observaron características de la población: sexo, edad, peso, altura, índice de masa corporal, prevalencia de comorbilidades: hipertensión, diabetes; laboratorio: hematocrito y creatinina, puntajes de morbimortalidad: Euroscore II, STS. También se revisaron tiempos de circulación extracorpórea, clampeo aórtico, estadía en UCI y hospitalización, así como complicaciones y mortalidad.

Resultados

El total de pacientes incluidos fue 48. La cohorte presentó alta prevalencia de obesidad, hipertensión y diabetes. La mayoría de cirugías correspondió a revascularización miocárdica (71%), seguida de recambio valvular aórtico. La tasa de EUQ alcanzó 97%, con estadías en UCI breves, 3 días (RIC 3-4). Las complicaciones más frecuentes fueron arritmias (12.7%) e insuficiencia renal aguda (6.3%), concordantes con la literatura. No se registró mortalidad ni necesidad de reintubación.

Conclusiones

La implementación de un protocolo de extubación ultrarrápida en cirugía cardíaca en un hospital regional extremo resulta factible, alcanzando resultados similares al consenso internacional de Grant et al (2024). Esta estrategia evita derivaciones de alto costo y fortalece la resolución local en la Patagonia austral.

Contacto

Nombre: Natalia vidal maldonado

Correo electrónico: nati.vidal@gmail.com

Teléfono / Móvil: / 982196541

Evaluación subrogada de la proximidad dural según distintas técnicas de pérdida de resistencia durante la anestesia combinada espinal-epidural: estudio de cohorte prospectivo

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-16

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
19506631-0	Jose Tomas Urquieta Monsalve	Universidad del Desarrollo - Clinica Alemana Vitacura

Introducción

La técnica de pérdida de resistencia (LOR) sigue siendo el estándar para identificar el espacio epidural. Persisten dos variables en debate: el medio empleado (aire o suero fisiológico) y el modo de aplicación de presión (intermitente o continuo). La revisión Cochrane sobre aire versus suero no halló diferencias en desenlaces clínicos mayores, con evidencia de baja calidad y sin evaluar la interfaz aguja-duramadre. El suero es incompresible y puede desplazar hidráulicamente la duramadre al momento de la pérdida de resistencia; el aire, compresible, carece de esta propiedad. La presión continua permitiría además el reconocimiento inmediato del espacio epidural y un menor riesgo de tenting dural.

Objetivo(s)

Comparar cinco técnicas de pérdida de resistencia mediante un marcador subrogado de proximidad dural: avance adicional (mm) de la aguja espinal más allá de la punta de la Tuohy necesario para obtener líquido cefalorraquídeo (LCR) durante anestesia combinada espinal-epidural.

Material y Métodos

Cohorte prospectiva unicéntrica en una unidad obstétrica terciaria, en pacientes sometidas a CSE para analgesia del parto con un kit estandarizado de marcas calibradas. Las participantes provienen de un registro institucional de cuidados anestésicos aprobado por el comité de ética local, con consentimiento informado escrito.

El desenlace primario fue el avance adicional (mm) de la aguja espinal más allá de la punta de la Tuohy hasta obtener LCR, registrado con las marcas calibradas del equipo. Dado que el orificio distal de la Tuohy se ubica a unos 2 mm de la punta, se consideró clínicamente relevante una diferencia de 3,0 mm; el cálculo de tamaño muestral estimó 19 pacientes por grupo (80% de poder).

Se compararon cinco técnicas: suero continuo 4 mL (S/C4, referencia), suero continuo 1 mL (S/C1), suero intermitente (S/I), aire continuo (A/C) y aire intermitente (A/I), elegidas por el anestesiólogo tratante según su preferencia habitual. Se aplicó regresión lineal con la técnica como variable categórica y corrección de Bonferroni para cuatro comparaciones (significancia $p<0,01$), en STATA 14.0.

Resultados

Se analizaron 107 participantes, con características basales comparables en edad, IMC y distancia piel-espacio epidural (Tabla 1). Se observaron diferencias significativas en la distancia Tuohy-duramadre entre técnicas ($F[4,102]=7,62$; $p<0,001$). Respecto de S/C4, presentaron distancias significativamente menores A/C (beta=-3,14; $p<0,001$), S/I (beta=-3,13; $p<0,001$) y A/I (beta=-1,83; $p=0,009$). S/C1 mostró una diferencia menor (beta=-1,39; $p=0,034$) que no alcanzó significancia tras la corrección de Bonferroni. En la técnica con menor distancia estimada (A/C), el límite inferior del intervalo de confianza de 95% se mantuvo en 7,3 mm o más. No se registraron casos de cefalea post punción dural.

Conclusiones

La inyección continua de suero, particularmente con volumen alto (4 mL), se asoció al mayor desplazamiento de la duramadre al momento de la pérdida de resistencia, sugiriendo un perfil mecánico más seguro para la identificación del espacio epidural y un margen de seguridad potencialmente relevante en formación. En manos experimentadas, sin embargo, todas las técnicas resultaron clínicamente aceptables, con distancias mínimas estimadas de al menos 7 mm respecto de la duramadre.

Contacto

Nombre: Jose Tomas Urquieta Monsalve

Correo electrónico: jtomasurquieta@gmail.com

Teléfono / Móvil: / +56984731868

Estudio de la variabilidad en la evaluación preanestésica en Chile: una encuesta nacional basada en casos clínicos simulados

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-17

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
18.934.692-1	Catalina Díaz Papapietro	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Facultad de Medicina y Hospital Clínico de la Universidad de Chile
	María Jesús Olivos	Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
	Víctor Peña González	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Facultad de Medicina y Hospital Clínico de la Universidad de Chile
	Rodrigo Gutiérrez Rojas	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Facultad de Medicina y Hospital Clínico de la Universidad de Chile
	José Ignacio Egaña Tomic	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Facultad de Medicina y Hospital Clínico de la Universidad de Chile
	Antonello Penna Silva	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Facultad de Medicina y Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Introducción

La evaluación anestésica preoperatoria constituye un pilar fundamental de la planificación quirúrgica, orientada a minimizar la morbimortalidad perioperatoria y optimizar la recuperación funcional del paciente (1). Si bien la medicina basada en la evidencia provee directrices claras, su extrapolación a la realidad clínica nacional representa un desafío frecuente. Esta situación genera una importante variabilidad en la toma de decisiones entre anestesiólogos al enfrentar casos complejos, impactando directamente en la decisión de proceder o suspender una cirugía, así como en la solicitud de exámenes complementarios e interconsultas (2). Consecuentemente, esta falta de estandarización puede traducirse en cancelaciones quirúrgicas evitables, sobreutilización de recursos y un manejo perioperatorio subóptimo (3).

Objetivo(s)

Determinar si existen variaciones significativas en la toma de decisiones clínicas durante la evaluación preoperatoria entre distintos anestesiólogos a lo largo de Chile.

Material y Métodos

Estudio transversal analítico mediante encuesta digital anónima a médicos especialistas en anestesiología ejerciendo en Chile. El tamaño muestral se calculó en 90 individuos utilizando G*Power (tamaño del efecto 0.15, error alfa 5%, poder 80%, análisis de dos colas). El instrumento recolectó variables demográficas y 5 escenarios clínicos simulados. Para evaluar la dispersión y concordancia estandarizada, el análisis se centró exclusivamente en la acción de suspender o no la cirugía. Se calculó el porcentaje de aciertos (respecto a la evidencia), el Índice de Variación Cualitativa (IQV) y el coeficiente Kappa de Fleiss.

Resultados

Se obtuvieron 101 respuestas (edad promedio 45,8 ± 11,5 años; 54,5% mujeres; 72,3% en hospitales públicos; 69,3% en la Región Metropolitana). Frente a los escenarios propuestos, se observó alta variabilidad al suspender el procedimiento: Caso 1 (57,4% suspende), Caso 2 (25,7% suspende), Caso 3 (46,5% suspende), Caso 4 (81,2% suspende) y Caso 5 (20,8% no otorga el pase).

El porcentaje de aciertos global fue 69,1%. Se constató una marcada variabilidad con un IQV global de 0,801 (1 representa variabilidad máxima) y un Kappa de Fleiss de 0,169, indicando una concordancia apenas superior al azar (acuerdo leve) (ver Tabla 1).

Al dividir por la mediana etaria (43 años), el grupo más joven (≤43 años, n=54) obtuvo 73,7% de aciertos, menor dispersión (IQV 0,710) y un Kappa de 0,268 (acuerdo regular). El grupo mayor (>43 años, n=47) presentó menor adherencia a la evidencia (63,8% de aciertos), mayor dispersión (IQV 0,863) y concordancia casi nula (Kappa 0,071) (ver Tabla 2).

No hubo diferencias sustanciales entre la RM y otras regiones (aciertos: 68,9% vs. 69,7%; Kappa: 0,173 vs. 0,182). Por origen de formación, el Grupo 1 superó levemente al Grupo 2 (aciertos: 70,9% vs. 67,1%; IQV: 0,759 vs. 0,838; Kappa: 0,186 vs. 0,137) (ver Tabla 1).

Conclusiones

Existe una variación clínica significativa y una concordancia deficiente (acuerdo leve) en las decisiones de suspensión quirúrgica entre los anestesiólogos encuestados. Esta baja estandarización es transversal e independiente de la región de ejercicio o la formación universitaria. Los hallazgos subrayan la necesidad de establecer consensos nacionales y guías clínicas estandarizadas para optimizar la evaluación preoperatoria.

Contacto

Nombre: Catalina Díaz Papapietro

Correo electrónico: catalinadiaz@ug.uchile.cl

Teléfono / Móvil: / 968454581

Evolución del dolor, consumo de morfina y eventos adversos en cirugía lumbar: análisis interino de un ensayo aleatorizado sobre bloqueo retrolaminar.

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-18

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
17.319.375-0	Roberto Coloma Díaz	Clinica Universidad de los Andes, Servicio de Anestesiología
15.220.001-3	Jaime Martinez Bravo	Clinica Universidad de los Andes, Fellow Anestesia Regional - Servicio de Anestesiología
20.445.201-6	Vicente Lira Andrade	Clinica Universidad de los Andes, Interno de Medicina - Servicio de Anestesiología
20.444.714-4	Jose Pedro Alday Vidal	Clinica Universidad de los Andes, Interno de Medicina - Servicio de Anestesiología
14.484.804-7	Hector Hugo Valenzuela Salamanca	Clinica Universidad de los Andes, Servicio de Anestesiología
15.636.421-5	Stefano Biancardi González	Clinica Universidad de los Andes, Servicio de Anestesiología
15.551.264-4	María Paz Ramírez Correa	Clinica Universidad de los Andes, Servicio de Anestesiología
15.705.460-0	María José García Meza	Clinica Universidad de los Andes, Servicio de Anestesiología
16.209.570-6	Nicolás Valls Jiménez	Instituto Nacional del Cáncer, Unidad de Anestesia y Pabellón

Introducción

La cirugía lumbar genera dolor postoperatorio relevante y suele requerir opioides, asociados a náuseas, sedación y recuperación más lenta. El bloqueo retrolaminar ecoguiado deposita anestésico local sobre la lámina vertebral y podría complementar la analgesia multimodal de las estructuras posteriores. Sin embargo, su beneficio clínico añadido en esta cirugía permanece poco definido[1].

Objetivo(s)

Comparar consumo acumulado de morfina, evolución del dolor, tiempo hasta primera analgesia no PCA en recuperación y eventos adversos seleccionados entre los grupos cegados.

Material y Métodos

Análisis interino exploratorio de un ensayo aleatorizado paralelo (muestra final planificada: 50). El protocolo compara bloqueo retrolaminar bilateral ecoguiado con levobupivacaína 0,25%, 15 mL por lado (75 mg totales), realizado en el preoperatorio inmediato, más analgesia multimodal y PCA, frente a analgesia multimodal y PCA. El corte interino a 18 participantes, fue definido antes de realizar comparaciones entre grupos y se analizó inicialmente sin abrir el ciego. La aleatorización por bloques permitió un análisis de 9 pacientes por grupo; control y bloqueo retrolaminar (BRL). Por intención de tratar se evaluaron morfina PCA acumulada a 24, 48 y 72 horas; escala numérica de dolor consignada como EVA (0–10) a 0, 6, 12, 24, 48 y 72 horas; EVA media ponderada 0–72 horas; primera analgesia no PCA exclusivamente durante Unidad de cuidados anestésicos (UCPA); y eventos adversos seleccionados. Se informaron diferencias con IC95%; la trayectoria de dolor se analizó mediante modelo mixto y la primera analgesia mediante Kaplan–Meier y Cox. El protocolo contó con consentimiento informado y aprobación ética local (Universidad de los Andes, Octubre 2025).

Resultados

Morfina y EVA estuvieron completas en 18/18 pacientes. Existió una correlación positiva entre EVA y morfina a las 24h (ρ=0,48; p=0,044), 48h (ρ=0,66; p=0,002) y 72h (ρ=0,58; p=0,011). En el grupo control 24 horas, la morfina acumulada fue 10,2±9,6 mg, y 8,4±5,9 mg en BRL: diferencia Control–BRL 1,78 mg (IC95% −6,33 a 9,89; p=0,644). Las diferencias acumuladas fueron 4,56 mg a 48 horas (IC95% −8,47 a 17,58; p ajustada=0,919) y 4,67 mg a 72 horas (IC95% −10,60 a 19,94; p ajustada=1,000) (Tabla1). Las medias de EVA fueron ≤2,3 desde 6 hasta 72 horas. No se observó un efecto global de grupo (p=0,513) ni interacción grupo×tiempo (p=0,533) (Figura 2). La EVA media ponderada fue 2,00 en los controles y 1,38 en BRL: diferencia 0,63 puntos (IC95% −0,58 a 1,83; p=0,284). En UCPA hubo siete eventos y dos censuras por grupo; la mediana hasta primera analgesia fue 30 minutos en ambos (HR BRL versus control 0,75; IC95% 0,25–2,22). No se registraron náuseas/vómitos, hematoma, infección ni toxicidad sistémica por anestésico local en 18 pacientes, ni lesión neurológica nueva.

Conclusiones

No se identificaron diferencias concluyentes entre individuos del grupo control y BRL en consumo de morfina, trayectoria del dolor o primera analgesia en PACU. Los IC95% aún permiten efectos clínicamente relevantes en ambas direcciones. No se registraron eventos adversos seleccionados; la ausencia de eventos adversos graves permiten sugerir un correcto nivel de seguridad. Estos hallazgos exploratorios justifican continuar la conducción del ensayo.

Contacto

Nombre: Roberto Coloma Díaz

Correo electrónico: rcoloma90@hotmail.com

Teléfono / Móvil:

Diferencias dependientes de la edad en la sensibilidad anestésica y su asociación con monocitos circulantes: estudio prospectivo preliminar

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-19

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
18934692-1	Catalina Díaz Papapietro	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria Hospital Clínico Universidad de Chile
	Carlos Mandiola Bunster	Departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile
	Yessia Hidalgo Fadic	Corporación IMPACT/ Universidad de Los Andes
	José Corrales Bermúdez	Corporación IMPACT/ Universidad de Los Andes
	Patricia Luz Crawford	Centro de Investigación e Innovación Biomédica, Universidad de los Andes
	José Ignacio Egaña Tomic	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria Hospital Clínico Universidad de Chile
	Rodrigo Gutiérrez Rojas	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria Hospital Clínico Universidad de Chile
	Antonello Penna Silva	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción

Los adultos mayores presentan mayor sensibilidad a anestésicos como el propofol, incrementando el riesgo de sobredosificación inadvertida y desenlaces clínicos adversos (1). Clásicamente, esto se atribuye a cambios farmacocinéticos de la edad. No obstante, modelos animales muestran que la inflamación sistémica aumenta la sensibilidad anestésica por vías farmacodinámicas, magnificando la respuesta de los receptores GABAA (2). Dado que el envejecimiento conlleva un estado proinflamatorio crónico y aséptico (mediado por monocitos y citoquinas) denominado inflammaging (3), es plausible que este fenómeno celular incremente directamente la susceptibilidad anestésica.

Objetivo(s)

Determinar si los adultos mayores presentan mayor sensibilidad clínica a los anestésicos generales frente a una cohorte joven, y evaluar la asociación de este fenómeno con alteraciones en las subpoblaciones de monocitos circulantes como marcadores de inflammaging.

Material y Métodos

Análisis preliminar de un estudio observacional prospectivo en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva bajo anestesia general. Se incluyeron adultos jóvenes de 18–40 años y mayores de 60–80 años. Se excluyeron cirugías de urgencia, sepsis, embarazo, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o inmunológicas y exposición reciente a inmunomoduladores. Se realizó inducción lenta estandarizada con propofol sin opioides concomitantes

hasta pérdida de conciencia (LOC). La sensibilidad al propofol se evaluó mediante dosis hasta LOC ajustada por peso magro y tiempo hasta LOC. Se registró EEG frontal bilateral durante la mantención anestésica con sevoflurano y se cuantificó potencia relativa alfa y delta. Las subpoblaciones de monocitos se determinaron mediante citometría de flujo en muestras pre-inducción. Las variables continuas se compararon mediante U de Mann–Whitney y las categóricas mediante prueba exacta de Fisher. Las asociaciones se exploraron mediante rho de Spearman. Se consideró $p<0,05$ significativo.

Resultados

De 53 pacientes evaluados, 14 fueron elegibles y 8 reclutados: 3 jóvenes y 5 adultos mayores. Los datos anestésicos estuvieron disponibles en los 8 pacientes y el fenotipo de monocitos en 6 (2 jóvenes, 4 adultos mayores). Adultos mayores presentaron menor dosis de propofol ajustada por peso magro para LOC (1,70 [1,53–1,72] vs 2,58 [2,25–2,78] mg/kg; p=0,071), y menor tiempo hasta LOC (366 [325–372] vs 510 [453–564] s; p=0,071). El EEG mostró menor potencia alfa y mayor delta bilateral en adultos mayores (Figura 1). La mediana de monocitos clásicos fue 48,6% en mayores y 27,0% en jóvenes (p=0,267), mientras que los no clásicos fueron 17,4% y 38,2%, respectivamente (p=0,133) (Figura 2). El tiempo hasta LOC se correlacionó con monocitos no-clásicos (rho=0,49; p=0,356) e intermedios (rho=-0,54; p=0,297). Exploratoriamente, los mayores coeficientes correspondieron a onda Delta I y monocitos clásicos (rho=0,46; p=0,372).

Conclusiones

En esta cohorte preliminar, los adultos mayores requirieron dosis menores de propofol para alcanzar la pérdida de conciencia (LOC) y exhibieron un perfil de monocitos distinto al de los jóvenes. Si bien las asociaciones entre estas subpoblaciones celulares y la respuesta anestésica fueron exploratorias y no alcanzaron significancia estadística, estos hallazgos justifican la expansión de la muestra. Un mayor tamaño muestral permitirá precisar el rol del fenotipo inmunológico periférico en la mayor sensibilidad anestésica asociada al envejecimiento.

Contacto

Nombre: Catalina Díaz Papapietro

Correo electrónico: catalinadiaz@ug.uchile.cl

Teléfono / Móvil: / +56968454581

Anemia preoperatoria como factor de riesgo independiente de transfusión y complicaciones perioperatorias en cirugía cardíaca: cohorte retrospectiva.

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-20

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
20073801-2	Antonia Vega Oliva	Universidad de los Andes
28833979-1	Steven Chávez Narváez	Universidad de los Andes
20445779-4	Chiara Mauriziano Abumohor	Florida International University
15828395-6	Ignacio Sarmiento Goldberg	Universidad de los Andes, Clínica Santa María
20642878-3	Fernanda Tudela Miranda	Universidad de los Andes

Introducción

La anemia preoperatoria es un factor de riesgo reconocido para transfusión y morbilidad en cirugía cardíaca[1,2], pero la evidencia institucional local es escasa. Además, se desconoce su impacto en el contexto de un manejo hemostático perioperatorio moderno[2]. En Clínica Santa María existe, desde el año 2019, un algoritmo hemostático guiado por estudios viscoelásticos y uso de concentrados liofilizados de factores de coagulación como terapia hemostática prioritaria, acorde con las recomendaciones más recientes[3] — pero sin un manejo estructurado de la anemia preoperatoria. La falencia de un programa completo de gestión de sangre del paciente, que incluya el manejo de la anemia preoperatoria, deja abierta la pregunta de cuánto impacta este factor de riesgo no corregido sobre el riesgo transfusional y los desenlaces clínicos deletéreos en esta población.

Objetivo(s)

Determinar la asociación entre anemia preoperatoria y transfusión perioperatoria, ajustada por confundentes clínicos y quirúrgicos relevantes, y explorar su relación con desenlaces adversos (lesión renal aguda, estadía hospitalaria, fibrilación auricular postoperatoria, reexploración quirúrgica, rehospitalización e infección de sitio operatorio) en cirugía cardíaca.

Material y Métodos

Cohorte retrospectiva unicéntrica de pacientes de cirugía cardíaca con registro preoperatorio completo, Clínica Santa María, mayo 2024–febrero 2026 (n=211). Anemia definida según criterio OMS (Hb <13 g/dL hombres, <12 g/dL mujeres), categorizada en leve (Hb ≥10 g/dL), moderada (Hb 7–9.9 g/dL) y severa (Hb <7 g/dL). El desenlace primario (transfusión) y los desenlaces secundarios se evaluaron primero de forma bivariada (Fisher exacto); cuando los eventos lo permitieron, se aplicó regresión logística multivariable. Análisis realizado en Python 3 (statsmodels). Significancia estadística: $p<0.05$.

Resultados

De 211 pacientes, 48 (22.7%) presentaron anemia preoperatoria. Ajustada por fibrinógeno preoperatorio, cirugía compleja, urgencia, reoperación y edad, la anemia se asoció a mayor transfusión de cualquier hemocomponente (OR 7.51; IC95% 3.30–17.13; $p<0.001$) y de GR específicamente (OR 7.08; IC95% 2.62–19.17; $p<0.001$), con gradiente dosis-respuesta por severidad (sin anemia 12.3%, leve 58.8%, moderada 69.2%, severa 100%; rho=0.500; $p<0.001$). Hb ≥13 g/dL se asoció a menor transfusión (11.7% vs 56.1%). Ajustada por los mismos confundentes quirúrgicos (sin fibrinógeno), la anemia se asoció también a mayor lesión renal aguda (KDIGO ≥1; OR 5.58; IC95% 2.15–14.49; $p<0.001$) y, mediante regresión log-lineal, a mayor estadía hospitalaria (16 vs 8 días; +59.8%; $p<0.001$) y en UCI (4 vs 3 días; +38.3%; $p=0.004$). La fibrilación auricular postoperatoria fue más frecuente en anémicos (43.6% vs 16.8%; $p=0.002$), pero sin alcanzar significancia ajustada (OR 2.29; $p=0.064$). Sin diferencias crudas en reexploración, rehospitalización ni infección de sitio operatorio. Mortalidad no se incluyó en el análisis por baja frecuencia de eventos.

Conclusiones

La anemia preoperatoria es un factor de riesgo independiente y robusto de transfusión perioperatoria y de peores desenlaces clínicos en cirugía cardíaca en nuestra institución. Estos resultados respaldan la necesidad de implementar un programa estructurado de Gestión de la Sangre del Paciente con énfasis en la optimización preoperatoria de anemia como complemento al algoritmo hemostático perioperatorio ya vigente.

Contacto

Nombre: Antonia Vega Oliva

Correo electrónico: antonia.vega@usach.cl

Teléfono / Móvil: / 996411397

Perfil tromboelastométrico del sangrado post-bomba en cirugía cardíaca: caracterización de una cohorte manejada con algoritmo hemostático guiado por ROTEM

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-21

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
28833979-1	Steven Chávez Narváez	Universidad de los Andes
20073801-2	Antonia Vega Oliva	Universidad de los Andes
20445779-4	Chiara Mauriziano Abumohor	Florida International University
15828395-6	Ignacio Sarmiento Goldberg	Universidad de los Andes, Clínica Santa María
20642878-3	Fernanda Tudela Miranda	Universidad de los Andes

Introducción

El sangrado clínico posterior a circulación extracorpórea es multifactorial, y su manejo mediante estudios viscoelásticos permite dirigir la terapia hemostática hacia el déficit específico[1]. En Clínica Santa María existe, desde 2019, un algoritmo hemostático guiado por ROTEM que prioriza reposiciones hemostaticas mediante concentrados liofilizados de factores de coagulación por sobre hemocomponentes. Sin embargo, no existe caracterización local de qué patrón de coagulopatía predomina en el sangrado post-bomba, ni qué proporción presenta un trazado ROTEM sin alteraciones pese al sangrado clínico.

Objetivo(s)

Caracterizar el perfil tromboelastométrico y el uso de productos hemostáticos en pacientes con sangrado clínico post-bomba, describir la frecuencia de cada gatillo del algoritmo institucional, y explorar su asociación con la tasa de reexploración quirúrgica.

Material y Métodos

Cohorte retrospectiva unicéntrica de pacientes de cirugía cardíaca con sangrado clínico post-bomba (débito de drenaje ≥200 mL/h o score VIBe ≥3) y ROTEM realizado dentro de las primeras 24 horas postoperatorias, Clínica Santa María, enero 2022–febrero 2026 (n=92). Se describieron características basales y se aplicaron los umbrales del algoritmo hemostático institucional: hipofibrinogenemia (FIBTEM A5 <9 mm), déficit de potencial de trombina (EXTEM CT >80 segundos con FIBTEM A5 ≥9 mm) y déficit plaquetario (EXTEM A5 <25 mm con FIBTEM A5 ≥9 mm). Análisis descriptivo; comparación de reexploración por sangrado y de valores ROTEM entre pacientes con estudio único vs repetido mediante test exacto de Fisher y U de Mann-Whitney, respectivamente. Análisis realizado en Python 3 Statsmodels. Significancia estadística: $p<0.05$.

Resultados

La cohorte (n=92) tuvo edad mediana 65 años (83.7% hombres), predominando arco aórtico (37.0%), cirugía compleja (54.3%), esternotomía previa (38.0%) y urgencia (23.9%), CEC mediana 91 min. La anemia preoperatoria fue frecuente (47.8%). Del perfil ROTEM post-bomba, el 27.2% presentó hipofibrinogenemia y el 23.9% déficit de potencial de trombina; ningún paciente cumplió criterio aislado de déficit plaquetario, y 45.7% no presentó ningún gatillo. Ácido tranexámico se administró en 94.6%; fibrinógeno liofilizado en 30.4% y concentrado de complejo protrombínico en 27.2%; solo 16.3% recibió plaquetas (todos con EXTEM A5 sobre umbral). Débito de drenaje a 12 horas: mediana 445 mL. La reexploración afectó al 22.8%, sin diferencia entre pacientes con y sin gatillo (p=0.81);

en el subgrupo sin gatillo, los tratados empíricamente tuvieron mayor reexploración (35.3% vs 20.0%; p=0.21). El 18.5% requirió un segundo ROTEM, precedido por FIBTEM A5 y EXTEM A5 iniciales más bajos (p=0.001 y p=0.003).

Conclusiones

El sangrado post-bomba en esta cohorte se explica predominantemente por déficit de fibrinógeno y de potencial de trombina, con un componente plaquetario aislado prácticamente ausente. Casi la mitad de los pacientes no presentó coagulopatía por ROTEM, lo que podría reflejar sangrado de origen quirúrgico/mecánico, pero también evidencia los límites diagnósticos de la tromboelastometría. La necesidad de un segundo ROTEM se asoció a menor polimerización de fibrina y menor fuerza total del coágulo, coherente con mayor severidad de la coagulopatía inicial. La mayor reexploración observada en el subgrupo tratado empíricamente pese a un ROTEM cercano a la normalidad es un hallazgo exploratorio, sin significancia estadística, amerita confirmación en una cohorte mayor.

Contacto

Nombre: Steven Chávez Narváez

Correo electrónico: svchaveznarvaez@gmail.com

Teléfono / Móvil: / 986032777

Buprenorfina transdérmica para analgesia postoperatoria en hernioplastía inguinal ambulatoria: estudio aleatorizado doble ciego exploratorio

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-22

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
11.896.266-4	Florence Gazabatt Saure	Clínica Dávila
18.299.772-2	Jaime Lira Muñoz	Clínica Dávila, Universidad de los Andes
17.960.014-5	Magdalena Estefó Aroztegui	Clínica Dávila
	Gabriel Cavada Chacón	Clínica Dávila

Introducción

La hernioplastía inguinal abierta es un procedimiento frecuente y, pese al uso de analgesia multimodal, una proporción relevante de pacientes presenta dolor postoperatorio que puede interferir con la recuperación ambulatoria. La buprenorfina transdérmica podría ofrecer una analgesia más sostenida durante el periodo postoperatorio. Sin embargo, su utilización en dolor agudo ha sido menos estudiada que en dolor crónico y la evidencia disponible sigue siendo limitada, particularmente en cirugía ambulatoria.

Objetivo(s)

Explorar la intensidad del dolor postoperatorio y la frecuencia de eventos adversos asociados al uso de buprenorfina transdérmica en pacientes sometidos a hernioplastía inguinal abierta ambulatoria, con el propósito de generar información para futuros estudios confirmatorios.

Material y Métodos

Estudio aleatorizado, doble ciego, unicéntrico y exploratorio en adultos ASA I–II sometidos a hernioplastía inguinal abierta ambulatoria entre enero y abril de 2025. El protocolo fue aprobado por el Comité Ético Científico institucional y todos los participantes otorgaron consentimiento informado. Los pacientes fueron asignados en proporción 1:1:1 a placebo, buprenorfina transdérmica 5 µg/h o 10 µg/h, instalada inmediatamente después de la inducción anestésica. Todos recibieron un esquema analgésico perioperatorio estandarizado. Se realizó una estimación preliminar del tamaño muestral con fines exploratorios; el estudio no fue diseñado para evaluar eficacia de manera confirmatoria. El desenlace principal fue la intensidad del dolor a las 24 horas mediante escala numérica de dolor (NRS, 0-10). Se evaluó además dolor a las 48 y 72 horas y a los 7 días, junto con eventos adversos. La intensidad del dolor se describió mediante mediana y rango intercuartílico y se exploró mediante regresión cuantílica. Los análisis posteriores al desenlace principal se consideraron exploratorios y generadores de hipótesis.

Resultados

De los 29 pacientes aleatorizados, 27 completaron el seguimiento postoperatorio; dos presentaron complicaciones intraoperatorias graves que requirieron intubación y traslado a UCI, por lo que no fue posible evaluar los desenlaces protocolizados. A las 24 horas, la mediana de NRS fue 2 [0-3] en el grupo buprenorfina 5 µg/h, 2 [1-3] en el grupo 10 µg/h y 3 [3-3] en placebo. No se observaron diferencias en la mediana respecto de placebo (5 µg/h: p=0,260; 10 µg/h: p=0,229). En análisis secundarios exploratorios, el grupo de 10 µg/h presentó a las 48 horas una mediana de dolor 2 puntos inferior a placebo (IC95% −3,21 a −0,79). En evaluaciones posteriores se observaron diferencias de pequeña magnitud y sin un patrón uniforme entre los grupos. Los eventos adversos fueron infrecuentes; la constipación fue más frecuente en los grupos con buprenorfina. No se registraron consultas a urgencia ni rehospitalizaciones durante el seguimiento.

Conclusiones

En este estudio aleatorizado exploratorio de pequeño tamaño, la buprenorfina transdérmica no se asoció a una reducción de la mediana del dolor a las 24 horas. Las diferencias observadas en algunos análisis secundarios no permiten establecer eficacia y deben interpretarse como hallazgos generadores de hipótesis. Estos resultados aportan estimaciones preliminares que podrían contribuir al diseño y dimensionamiento de futuros estudios confirmatorios sobre el uso de buprenorfina transdérmica en cirugía ambulatoria.

Contacto

Nombre: Florence Gazabatt Saure

Correo electrónico: magdalenaestefo@gmail.com

Teléfono / Móvil: / 979865505

Características de los pacientes derivados y la duración de un programa de prehabilitación en un centro universitario de Santiago de Chile.

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-23

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
18863311-0	Ignacio Coo Aravena	Programa de Prehabilitación UCCHRISTUS
16.937.790-1	Detlef Balde Sepúlveda	División de anestesiología UC
13.883.168-K	Maria Francisca Elgueta Le-beuffe	División de anestesiología UC

13.875.697-1	Victor Contreras Ibacache	División de anestesiología UC/ Escuela de Enfermería UC

Introducción

La prehabilitación es una intervención multimodal orientada a mejorar la reserva funcional del paciente antes de una cirugía electiva, cuyo objetivo es disminuir el riesgo de complicaciones y acelerar la recuperación postoperatoria(1). En pacientes mayores, una prehabilitación de al al menos tres semanas se ha asociado a beneficios clínicos(2), por lo que una ventana temporal suficiente entre derivación a prehabilitación y cirugía es clave para su efectividad.

Objetivo(s)

Describir las características de los pacientes derivados y la duración de un programa de prehabilitación en un centro universitario de Santiago de Chile.

Material y Métodos

Este estudio observacional prospectivo incluyó a los pacientes derivados por sus cirujanos tratantes al programa de prehabilitación en un centro universitario entre noviembre de 2025 y agosto de 2026. Los criterios establecidos de derivación incluyen ser mayor de edad, tener indicación de cirugía electiva de riesgo intermedio o alto y la presencia de comorbilidades y/o fragilidad. Los pacientes fueron contactados por vía telefónica y quienes aceptaron participar del programa fueron evaluados mediante una valoración integral estandarizada (capacidad funcional, cribado nutricional y psicológico, tamizaje de anemia y evaluación del dolor). Todos los pacientes fueron evaluados por enfermería, kinesiología, nutrición y medicina interna, con derivación a psicología según tamizaje. Se recolectaron datos demográficos y clínicos de los pacientes y del periodo perioperatorio. Se definió duración del programa al periodo desde el día de evaluación al día de la cirugía. Las variables continuas se expresan como mediana y rango intercuartil (IQR) y las categóricas como frecuencia y porcentaje. La descripción estadística se realizó en Pythonv3.14.

Resultados

31 pacientes fueron derivados en el periodo analizado. 28 pacientes (90%) participaron y 3 pacientes rechazaron el programa. Las especialidades con más derivaciones fueron Coloproctología (45%) y Cirugía Vascular (26%). Ninguna cirugía se pospuso para completar el programa de prehabilitación.

La mediana de edad fue 77 años (IQR 70–82); el 90% (n=28) tenía 60 años o más. La mayoría de los pacientes fueron ASA III (57%) y frágiles (61%). Un 43% (n=12) tenía anemia al ingreso; el 66% (n=8) recibió una intervención (fierro endovenoso=4, eritropoyetina=2, fierro+EPO=2). El 90% de los pacientes derivados presentaron sobrepeso (IMC 27,3 kg/m², IQR 23,0–29,3) y la mayoría fueron independientes para ABVD (Barthel 100 puntos, IQR 95–100, ver Tabla 1).

La duración del programa tuvo una mediana de 38 días (IQR 27–45). El 51,6% pacientes operados (n=16) contaron con al menos tres semanas de prehabilitación efectiva y 48,4% con cuatro semanas o más (Figura 1).

Tras la cirugía, la mediana de estadía hospitalaria fue 8 días (IQR 3–17). No hubo muertes entre los 14 pacientes con seguimiento a 30 días (Ver Tabla 1).

Conclusiones

El programa de prehabilitación mostró una alta aceptación entre los pacientes derivados. La ventana temporal disponible para optimizar a los pacientes previo a la cirugía fue suficiente en la mayoría de las derivaciones, lo que respalda la factibilidad de implementar un programa de prehabilitación. Se requiere una cohorte de mayor tamaño para evaluar el impacto postoperatorio de la intervención.

Contacto

Nombre: Ignacio Coo Aravena

Correo electrónico: igcoo@ucchristus.cl

Teléfono / Móvil: / 974265440

Prehabilitación y Desenlaces Posoperatorios en Cirugía Cardíaca: cohorte retrospectiva

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-24

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
01469937999	Eric Lineburger Benedet	Hospital São José Criciúma
04188953098	Amanda Dal Ponte	Hospital São José Criciúma
	Mariana Frassetto Dornelles	Hospital São José Criciúma
08891067970	Eduardo Burigo Meller	Hospital São José Criciúma

Introducción

Las complicaciones posoperatorias aumentan la morbimortalidad tras cirugía cardíaca. La evaluación ambulatoria permite tratar riesgo modificables, aunque no todos los pacientes acceden a ella. Investigamos la asociación entre prehabilitación estructurada y desenlaces posoperatorios, ajustada por riesgo perioperatorio.

Objetivo(s)

Determinar si, en pacientes sometidos a cirugía cardíaca, la prehabilitación ambulatoria estructurada, comparada con la evaluación preanestésica convencional la víspera de la cirugía, se asocia con menos complicaciones posoperatorias y menor duración de las estancias hospitalaria y en UCI, tras ajustar por el riesgo perioperatorio basal.

Material y Métodos

Cohorte retrospectiva de 266 adultos sometidos a revascularización miocárdica, cirugía valvular, cirugía combinada o cierre de comunicación interauricular, entre mayo de 2025 y junio de 2026, en un hospital del sur de Brasil. Se excluyeron procedimientos del laboratorio de hemodinamia. El grupo de prehabilitación recibió evaluación ambulatoria por anestesiología ocho semanas antes de la cirugía; el grupo control, evaluación preanestésica convencional la víspera del procedimiento.

La prehabilitación incluyó evaluación clínica, detección de factores de riesgo modificables y fragilidad, tamizaje cognitivo y estratificación con STS y EuroSCORE II. Hemoglobina glucosilada >8% o alteraciones del TSH, T3 o T4 indicaban derivación a endocrinología; albúmina <3 g/dL, a nutrición; tasa de filtración glomerular <60 mL/min/1,73 m², a nefrología. Se aplicaron el Montreal Cognitive Assessment y el Mini-Examen del Estado Mental; un puntaje <24 o un accidente cerebrovascular reciente indicaban evaluación neurológica. Hemoglobina <13 g/dL determinaba tratamiento inmediato con sulfato ferroso y eritropoyetina, según el protocolo institucional.

Se evaluaron transfusión, fibrilación auricular, neumonía, muerte, lesión renal aguda, reoperación, delirium, infarto de miocardio, infección del sitio quirúrgico y estancias hospitalaria y en UCI. Se aplicó regresión logística ajustada por EuroSCORE II, puntaje STS y tabaquismo; para infarto de miocardio y delirium, regresión penalizada de Firth. Las estancias se analizaron mediante regresión lineal tras transformación logarítmica. Se consideró significativo $p<0,05$.

Resultados

La edad media fue de 62,2 ± 10,5 años; 120 pacientes (45,1%) recibieron prehabilitación, 146 (54,9%) evaluación convencional. Los procedimientos fueron revascularización miocárdica (60,2%), cirugía valvular (24,8%), cirugía combinada (8,6%) y cierre de CIA (6,4%).

Todos los desenlaces mostraron estimaciones favorables. Tras el ajuste, la prehabilitación se asoció con menor ocurrencia de neumonía (10,8% vs. 24,8%; OR: 0,38; p=0,007), muerte (5,0% vs. 18,5%; OR: 0,29; p=0,014), lesión renal aguda (2,5% vs. 15,9%; OR: 0,16; p=0,004), delirium (4,2% vs. 11,7%; OR: 0,34; p=0,024) e infarto de miocardio (0% vs. 13,1%; OR: 0,03; p<0,001). Fibrilación auricular fue menos frecuente con prehabilitación (16,7% vs. 29,7% OR: 0,55; p=0,056). Transfusión, reoperación e infección del sitio quirúrgico fueron numéricamente menos frecuentes, sin significación estadística, posiblemente por el tamaño muestral y el escaso número de eventos. Las medias geométricas de las estancias hospitalaria y en UCI fueron un 48% (7,64 vs. 14,70 días; p<0,001) y un 27% (3,43 vs. 4,68 días; p<0,001) menores, respectivamente.

Conclusiones

La prehabilitación se asoció con menos complicaciones y estancias hospitalarias y en UCI más breves, tras ajustar por riesgo perioperatorio. Los desenlaces sin significación estadística también mostraron tendencia favorable, posiblemente limitada por el tamaño muestral y la escasez de eventos.

Contacto

Nombre: Eric Lineburger Benedet

Correo electrónico: lineburger@unesc.net

Teléfono / Móvil: / + 55 54 988145463

Implementación y resultados clínicos iniciales de un modelo colaborativo remoto e interdisciplinario para el manejo del dolor crónico pediátrico en Chile

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-25

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
13.883.168-K	María Francisca Elgueta Le-Beuffe	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile - Red de Salud UC CHRISTUS
17.403.750-7	Antonia Cárdenas Cornejo	División de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile - Red de Salud UC CHRISTUS
17.046.568-7	Patricio Araneda	
18.775.304-K	Rosario Mosqueira	
18.718.253-0	Alejandra Menares	
20.424.747-1	John Fernández	
19.554.748-3	Yailin Molina	

Introducción

El acceso a atención especializada para pacientes pediátricos con dolor crónico continúa siendo limitado en Chile debido a la concentración geográfica de los equipos de dolor. Bajo esta premisa, surge el programa descrito en este

estudio, que fue desarrollado como un modelo colaborativo remoto e interdisciplinario para acercar este tipo de atención a pacientes de regiones con acceso restringido a especialistas.

Objetivo(s)

Describir la implementación inicial del programa “Más Sonrisas, Menos Dolor”, caracterizar a la población atendida y explorar los cambios en intensidad del dolor y calidad de vida después de una intervención interdisciplinaria remota.

Material y Métodos

Estudio observacional de cohorte de un solo brazo, con evaluación inicial y final de la intervención. Se incluyeron 23 niños, niñas y adolescentes con dolor crónico de al menos tres meses de duración. Se registraron variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas, además de indicadores descriptivos de alcance, entrega de los componentes asistenciales y retención en el programa. La intensidad del dolor se evaluó mediante la Escala Numérica del Dolor o Faces Pain Scale-Revised, y la calidad de vida mediante el Pediatric Quality of Life Inventory. Las comparaciones pre-post se realizaron mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Los intervalos de confianza se estimaron mediante bootstrap y la magnitud del efecto mediante el coeficiente r de Wilcoxon.

Resultados

23 pacientes ingresaron al programa. La cohorte estuvo constituida predominantemente por adolescentes de 13 a 18 años (82,6%) y pacientes de sexo femenino (82,6%). El dolor musculoesquelético fue el más frecuente (73,9%) y el 91,3% presentaba al menos una comorbilidad. El 87,0% recibió un manejo combinado de kinesioterapia, psicoterapia y farmacoterapia.

Durante este período se realizaron 223 prestaciones asistenciales: 47 consultas médicas, 90 sesiones de kinesiología, 82 sesiones de psicología y 4 procedimientos intervencionales. La evaluación final pareada estuvo disponible en 17 pacientes para intensidad del dolor y en 16 para el Pediatric Quality of Life Inventory.

Se observó una reducción significativa del dolor en reposo —cambio mediano de −4,00 puntos; IC95% −6 a −2; p=0,0016; r=0,829— y durante las crisis —cambio mediano de −3,00 puntos; IC95% −5 a −1; p=0,0016; r=0,829 —, ambas con tamaño del efecto grande. La dimensión física del Pediatric Quality of Life Inventory mostró una mejoría significativa, con un cambio mediano de +12,50 puntos (p=0,0335; r=0,538). Los restantes dominios presentaron cambios numéricamente favorables, pero sin significancia estadística.

Como complemento a este programa, se realizaron dos actividades de educación continua para tratantes locales; 18 de 22 profesionales inscritos (81,8%) participaron en una jornada presencial de capacitación y ocho completaron un curso en dolor.

Conclusiones

La implementación de un modelo colaborativo remoto e interdisciplinario fue operacionalmente posible y se asoció con una reducción significativa en la intensidad del dolor, además de una mejoría en la función física. Debido al diseño de un solo brazo y al reducido tamaño muestral, estos hallazgos deben considerarse preliminares. Este modelo permite visibilizar el dolor crónico pediátrico y proporciona una base para futuras evaluaciones de efectividad, acceso, aceptabilidad, sostenibilidad, costos y utilización de recursos sanitarios.

Contacto

Nombre: María Francisca Elgueta Le-Beuffe

Correo electrónico: panchielgueta@gmail.com

Teléfono / Móvil: / +56 9 6218 7863

Cirugía ambulatoria a bordo de un buque multipropósito chileno: serie de casos

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-26

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
17854231-1	Mariana López San Martin	Universidad de los Andes
	Juan Pablo Ghiringuelli Morales	

Introducción

El aumento de las listas de espera quirúrgicas ha impulsado la implementación de estrategias alternativas para mantener la capacidad resolutiva de los sistemas de salud. En Chile, el buque multipropósito LSDH Sargento Aldea de la Armada de Chile fue utilizado como plataforma para la realización de cirugía ambulatoria en un entorno asistencial no convencional.

Objetivo(s)

Describir las características clínicas, los procedimientos quirúrgicos, las técnicas anestésicas y los resultados perioperatorios de pacientes sometidos a cirugía ambulatoria a bordo del LSDH Sargento Aldea, incluyendo su evolución hasta 10 días después del procedimiento.

Material y Métodos

Estudio observacional descriptivo que incluyó a todos los pacientes sometidos a cirugía electiva ambulatoria a bordo del buque entre abril y septiembre de 2020. Se registraron características demográficas y clínicas, procedimientos quirúrgicos, técnicas anestésicas, duración quirúrgica, tiempo de recuperación postanestésica y eventos adversos. La aptitud para el alta se evaluó mediante la escala de Aldrete. Se realizó seguimiento telefónico a las 24 horas y control a los 10 días.

Resultados

Se intervinieron 119 pacientes. La edad media fue de 40,4 ± 17,1 años, con un rango de 13 a 79 años. La anestesia local fue la técnica más utilizada (82 pacientes; 68,9%). La mediana de duración quirúrgica fue de 28 minutos (rango: 9–110) y la mediana del tiempo de recuperación postanestésica fue de 80 minutos (rango: 15–210). Durante la recuperación, 13 pacientes (10,9%) presentaron mareos, cinco (4,2%) náuseas y tres (2,5%) hipotensión arterial. No se registraron traslados hospitalarios inmediatos ni hospitalizaciones no planificadas durante los 10 días de seguimiento; un paciente (0,8%) requirió una consulta no programada en un servicio de urgencia, sin requerir hospitalización.

Conclusiones

La cirugía ambulatoria realizada a bordo de un buque es factible en pacientes cuidadosamente seleccionados sometidos predominantemente a procedimientos de baja complejidad, con baja frecuencia observada de eventos adversos perioperatorios y sin hospitalizaciones no planificadas durante el seguimiento. Los hallazgos requieren confirmación mediante estudios comparativos y de mayor escala.

Contacto

Nombre: Mariana López San Martin

Correo electrónico: marianalopezsm@gmail.com

Teléfono / Móvil: / 982494964

Titulación de sevoflurano guiada por electroencefalografía frontal en amigdalectomía pediátrica: efecto sobre el consumo intraoperatorio de fentanilo y la calidad del despertar. Estudio exploratorio aleatorizado.

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-27

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
8398756-1	Mauricio Ibacache Figueroa	División de Anestesiología. Programa de Farmacología y toxicología. Pontificia Universidad Católica de Chile
11870703-6	Ricardo Fuentes Henriquez	División de Anestesiología. Pontificia Universidad Católica de Chile
NYDC18519	Pauline van Slobbe	Erasmus University Rotterdam / Pontificia Universidad Católica de Chile
17086604-5	Francisco Cruzat Riquelme	División de Anestesiología. Pontificia Universidad Católica de Chile
17726539-k	Sebastian Fuentes Torres	División de Anestesiología. Pontificia Universidad Católica de Chile
	Felipe Yañez Herrera	División de Anestesiología. Pontificia Universidad Católica de Chile
	Victor Contreras Ibacache	Escuela de Enfermería / División de Anestesiología. Pontificia Universidad Católica de Chile
	Karen Azagra Maldonado	División de Anestesiología. Pontificia Universidad Católica de Chile
19948343-9	Luis Cortés	División de Anestesiología. Pontificia Universidad Católica de Chile
9493488-5	Luis Cortinez Fernandez	División de Anestesiología. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción

En cirugías pediátricas con bloqueo regional, titular el sevoflurano mediante electroencefalografía (EEG), reduce la exposición al fármaco, disminuyendo la supresión en ráfaga, tiempos de despertar y delirio postoperatorio. Sin embargo, en cirugías dolorosas sin bloqueo regional, disminuir la profundidad anestésica guiada por EEG frontal podría aumentar el consumo intraoperatorio de opioides y neutralizar estos beneficios

Objetivo(s)

Principal: explorar la magnitud y variabilidad del consumo de fentanilo intraoperatorio entre una técnica anestésica estándar y una guiada por EEG frontal en amigdalectomías pediátricas, generando las estimaciones necesarias para dimensionar un estudio comparativo, definitivo.Específicos: Comparar consumos de fentanilo y sevoflurano intraoperatorios, EEG intraoperatorio y recuperación anestésica.

Material y Métodos

Estudio experimental, prospectivo, aleatorizado (1:1) y ciego, aprobado por Comité de Ética institucional, consentimiento informado parental y asentimiento (>7 años). Se incluyó pacientes de 2-8 años, ASA I-II, programados para amigdalectomía electiva, con monitorización estándar y EEG frontal. Inducción inhalatoria con sevoflurano 4%, fentanilo, rocuronio, dexametasona, paracetamol y parecoxib endovenoso ajustados por peso. El Grupo Estándar recibió sevoflurano 1 CAM ajustado por edad (anestesiólogo ciego al EEG). El Grupo EEG-guiado, recibió sevoflurano titulado a la menor concentración (piso 0,5 CAM) para mantener ondas lentas-delta, alfas frontales y un SEF95 < 22 Hz. En ambos grupos, el rescate analgésico fue fentanilo 1µg/kg, ante incrementos >15% de la FC y/o PAM basales, ventilación espontánea o movimientos. En recuperación, un evaluador ciego registró dolor (FLACC/EVA), consumo de fentanilo, agitación (PAED), NVPO y tiempo de alta (Aldrete). Tamaño muestral: 25 pacientes/grupo incluyendo un 10% de pérdidas esperadas) se calculó para detectar una diferencia de 2±2 µg/kg de fentanilo con 90% de poder y alfa 0,05.

Resultados

Se analizaron 25 pacientes por grupo, sin diferencias demográficas. La titulación guiada por EEG permitió aportar concentraciones significativamente menores de sevoflurano, modificando los patrones cerebrales frontales; y si bien se evidenció una tendencia hacia un mayor consumo intraoperatorio de fentanilo (Estándar:6,66±2,10 v/s EEGg:7,77±2,10 µg/kg/h; DM:1,10(IC95%: -0,10 a 2,30); p=0,07), los tiempos de extubación fueron significativamente menores. El dolor, analgesia de rescate y NVPO postoperatorios fueron similares entre grupos. La incidencia de delirio de emergencia fue menor en el grupo EEG-guiado (reducción absoluta del riesgo 24%, IC95% 2,9-45,2%; RR 4,0, IC95% 0,94-17,0, estándar vs. EEG-guiado, no significativo). A partir de la diferencia observada en el consumo de fentanilo (d de Cohen=0,526), se estima que un estudio definitivo requeriría 60 pacientes por grupo (120 en total, asignación 1:1) para prueba t bilateral con 80% de poder y alfa 0,05. Resultados se resumen en Tabla y Figura adjuntas.

Conclusiones

Este estudio exploratorio cumplió su objetivo de estimar la magnitud y variabilidad del consumo de fentanilo entre ambas técnicas, aportando el tamaño de efecto (d de Cohen=0,526) necesario para dimensionar un estudio definitivo de 60 pacientes por grupo. Los hallazgos exploratorios (tendencia no significativa hacia mayor consumo de fentanilo, menores tiempos de extubación y menor incidencia de delirio de emergencia con la técnica EEG-guiada) impresionan clínicamente relevantes, son generadores de hipótesis y requieren confirmación en dicho estudio.

Contacto

Nombre: Mauricio Ibacache Figueroa

Correo electrónico: meibacac@uc.cl

Teléfono / Móvil: / 56984421425

Evolución de los síntomas depresivos (PHQ-9) en pacientes tratados con infusiones de ketamina intravenosa: cohorte retrospectiva de práctica real

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-28

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
21.075.895-K	Sebastián Andrés Moraga Farías	Universidad de Chile
21.028.119-3	Matías Alonso Oyarce Fuentes	Universidad de Chile

21.031.134-3	Martín Alonso Olea Concha	Universidad de Chile
17.028.436-4	Rodrigo Gutiérrez Rojas	Universidad de Chile
9.752.679-6	Verónica Varas Vega	Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria Universidad de Chile
12.722.567-2	Paul Vohringer Cárdenas	Clínica Psiquiátrica, Universidad de Chile
10.551.595-2	Cristian Norambuena Oviedo	Clínica Psiquiátrica, Universidad de Chile

Introducción

La ketamina intravenosa se ha posicionado como una alternativa terapéutica de acción rápida en trastornos depresivos y en cuadros de dolor crónico refractario. Sin embargo, la evidencia sobre su efectividad en condiciones de práctica clínica real, fuera del contexto de ensayos clínicos controlados, y los factores del esquema de infusión asociados a mayor respuesta clínica, sigue siendo limitada.

Objetivo(s)

Caracterizar la evolución longitudinal de los síntomas depresivos medidos mediante la escala PHQ-9 en una cohorte de pacientes tratados con infusiones de ketamina, e identificar variables del tratamiento y del paciente asociadas a la magnitud de la respuesta clínica.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de una cohorte anonimizada de 140 pacientes (1.667 infusiones analizadas, tras excluir un registro duplicado) tratados con ketamina intravenosa por trastornos del ánimo. En cada sesión se registraron dosis (mg/kg), velocidad de infusión, concentración y puntaje PHQ-9 (rango 0-27). El basal y el final se definieron como la primera y la última medición válida disponible por paciente; los análisis de cambio se restringieron a los 121 pacientes con dos o más mediciones válidas. La comparación basal-final se realizó con prueba de Wilcoxon pareada; la tendencia longitudinal se modeló mediante un modelo lineal mixto con intercepto aleatorio por paciente (REML); las asociaciones con dosis, velocidad, concentración, edad, sexo y número de sesiones se evaluaron mediante correlación de Spearman y modelos mixtos ajustados. Se definió respuesta como reducción ≥50% del PHQ-9 basal, remisión como PHQ-9 final <5, y diferencia mínima clínicamente importante como reducción absoluta ≥5 puntos.

Resultados

La cohorte fue 71,4% mujeres, con edad media de 38,6±14,7 años (dato disponible en 110 pacientes) y mediana de 7 sesiones por paciente (rango intercuartílico 3-15). Entre los 121 pacientes evaluables, el PHQ-9 descendió de 18,8±5,8 a 13,6±6,6 puntos (cambio −5,2±6,9; $p<0,0001$; d de Cohen=−0,76). El modelo mixto mostró un descenso significativo y sostenido del PHQ-9 por sesión ($p<0,0001$) (Figura 1). El 75,2% mostró mejoría, el 52,1% alcanzó la diferencia mínima clínicamente importante, el 26,4% cumplió criterio de respuesta (≥50%) y el 9,1% remisión (PHQ-9<5) (Figura 2). Una mayor severidad basal se asoció a mayor reducción absoluta (rho=−0,42; $p<0,0001$). A nivel intrasujeto, una mayor dosis administrada en una sesión se asoció a menor PHQ-9 en esa misma sesión ($p=0,001$), mientras que la dosis promedio entre pacientes no se relacionó con el nivel de PHQ-9, lo que sugiere confusión por indicación más que un efecto dosis-respuesta poblacional. No se observaron diferencias significativas por sexo.

Conclusiones

En esta cohorte de pacientes tratados con ketamina intravenosa en condiciones de práctica real se observó una reducción estadísticamente significativa y clínicamente relevante de los síntomas depresivos medidos por PHQ-9, sostenida a lo largo de las sesiones. El diseño observacional, sin grupo control, y la heterogeneidad diagnóstica impiden establecer causalidad; los hallazgos son generadores de hipótesis para estudios prospectivos controlados.

Contacto

Nombre: Sebastián Andrés Moraga Farías

Correo electrónico: seba.moraga.farias@gmail.com
Teléfono / Móvil: / 986369054

Predicción del delirium postoperatorio mediante movimientos oculares.

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-29

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
12.455.440-3	José Ignacio Egaña Tomic	Departamento de Anestesiologia y Medicina Perioperatoria. Facultad de Medicina / Hospital Clínico Universidad de Chile
17.103.703-4	Iván Plaza Rosales	Departamento de neurociencias. Facultad de Medicina Universidad de Chile
13.962.820-9	Valeria Epulef Sepúlveda	Departamento de Anestesiologia y Medicina Perioperatoria. Facultad de Medicina / Hospital Clínico Universidad de Chile
21.094.869-4	Maite Riquelme Quezada	Universidad de Chile
21.157.468-2	Sebastián Palavecinos Balboa	Universidad de Chile

Introducción

Introducción: El delirium postoperatorio (DPO) es un trastorno neurocognitivo agudo y fluctuante, común en adultos mayores, que altera la cognición, la atención y la conciencia e incrementa la morbimortalidad perioperatoria. Los movimientos oculares (MO) reflejan la integridad de las redes corticales y subcorticales. Por ello, la evaluación oculomotora preoperatoria surge como una estrategia innovadora, objetiva y no invasiva para detectar disfunciones sutiles de la ejecución rápida y de la atención que preceden al delirium clínico. Postulamos que patrones sacádicos alterados y una exploración espacial desorganizada basal se asocian con el desarrollo de DPO.

Objetivo(s)

Objetivo: Evaluar la viabilidad y el rendimiento pronóstico de los movimientos oculares, mediante oculografía automatizada, como biomarcadores subclínicos tempranos de DPO en adultos mayores sometidos a cirugía de riesgo moderado a alto.

Material y Métodos

Métodos: estudio piloto en 9 adultos mayores. Se evaluaron la carga de morbilidad (índice de Charlson) y el estado cognitivo basal (test MoCA). La función oculomotora se midió preoperatoriamente con una batería automatizada de tareas prosacádicas y de exploración libre de imágenes, programada en PsychoPy y sincronizada con el hardware de seguimiento ocular Pupil Core (Figura 1). En el postoperatorio, se aplicó el método CAM dos veces al día durante los primeros tres días para evaluar la incidencia de DPO. Los datos oculomotores se compararon entre pacientes con y sin DPO.

Resultados

Resultados: De los 9 pacientes incluidos, el 33,33% (n = 3) presentó DPO (Tabla 1). El grupo que desarrolló DPO mostró diferencias en la dinámica ocular en comparación con el grupo libre de delirium. En las tareas prosacádicas,

el grupo DPO mostró una menor tasa de aciertos (40.67% vs. 49.70%), una marcada hipometría sacádica (menor ganancia: 0.81 vs. 0.93), un mayor error espacial absoluto y una menor velocidad pico de los movimientos sacádicos (161.04 vs. 188.25 deg/s) (Figura 2). Paralelamente, en la tarea de exploración libre, el grupo con DPO reveló una pérdida del anclaje central (mayor distancia al centro: 9.29 vs. 7.02 px), una mayor entropía espacial y una duración de fijaciones marcadamente más breve (109.22 ms vs. 138.16 ms) (Figura 3). No obstante, el análisis comparativo mediante la prueba U de Mann-Whitney reveló que estas diferencias no alcanzaron significancia estadística en ninguna de las dos tareas ($p > 0.05$) lo que sugiere una tendencia más que una afirmación. Esperamos que al completar el tamaño muestral propuesto se verifique la robustez de estas diferencias.

Conclusiones

Conclusión: Estas alteraciones oculomotoras basales evidencian un déficit atencional y de control inhibitorio subclínico profundo en los pacientes vulnerables. Los hallazgos exploratorios permiten considerar la oculografía automatizada como un biomarcador preoperatorio objetivo, ecológico y de rápida ejecución para la estratificación de la vulnerabilidad neurocognitiva geriátrica en el entorno perioperatorio.

Palabras clave: Delirium Postoperatorio; Movimientos oculares; Seguimiento ocular; Biomarcadores; Adulto mayor.

Contacto

Nombre: José Ignacio Egaña Tomic

Correo electrónico: jiegana@uchile.cl

Teléfono / Móvil: / 999391214

Incidencia y dinámica temporal del dolor de rebote posterior a cirugía de manguito rotador: punción única frente a catéter de nervio periférico continuo. Análisis secundario de un ensayo clínico aleatorizado.

https://doi.org/10.25237/congresogastrolat-2026-30

Autores

Identificación	Autor	Afiliación
19808619-3	Sebastian Ignacio Herrero Borquez	Pontificia Universidad Católica de Chile
12455044-0	Fernando René Altermatt Couratier	Pontificia Universidad Católica de Chile
13232386-0	Marcia Antonia Corvetto Aqueveque	Pontificia Universidad Católica de Chile
14217989-k	Rousery Katherine Atton Marti	Pontificia Universidad Católica de Chile
16245514-1	Pierangela Pietrantoni Figallo	Pontificia Universidad Católica de Chile
19177123-0	Natalia Patricia Molina Espinoza	Pontificia Universidad Católica de Chile
13875697-1	Victor Eliseo Contreras Ibacache	Pontificia Universidad Católica de Chile
18374927-7	Karen Nicole Azagra Maldonado	Pontificia Universidad Católica de Chile
19948343-9	Luis Eduardo Cortes Zuñiga	Pontificia Universidad Católica de Chile
7034623-0	Juan Carlos De La Cuadra Fontaine	Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción

El dolor de rebote es un fenómeno de inicio agudo, clinicamente significativo, que se presenta posterior a la resolución de un bloqueo nervioso en un paciente con dolor previamente controlado, dentro de sus factores de riesgo destacan la cirugía traumatológica y ambulatoria. El bloqueo interescalénico (BIE) es la técnica analgésica de elección para la cirugía de manguito rotador, pero se mantiene el debate sobre los beneficios del uso de catéter de nervio periférico frente a la punción unica en el contexto de analgesia multimodal (3).

Objetivo(s)

Comparar la incidencia acumulada y la dinámica temporal de dolor de rebote en pacientes sometidos a BIE continuo frente a punción única para cirugía de manguito rotador.

Material y Métodos

Análisis secundario de un ensayo clínico prospectivo, aleatorizado y doble ciego aprobado por comité de ética. Todos los pacientes recibieron BIE con instalación de catéter (bupivacaína 0.25% 20ml + dexametasona 4mg perineural y 4mg endovenosa) y analgesia basal multimodal (paracetamol, celecoxib y pregabalina). Se aleatorizaron en dos ramas: grupo control (infusión continua de bupivacaína al 0.1% a 4ml/h, n=68) y grupo intervención (infusión a 0ml/h, n=64). Se evaluó el peor dolor con la escala ENA a las 24, 48 y 72 horas de la intervención. Como definición operacional para dolor de rebote se utilizó la aparición de un dolor ENA mayor o igual a 7 en pacientes con dolor previo menor o igual a 3. Para el análisis estadístico se usó el software RStudio con el que se graficaron curvas de Kaplan-Meier.

Resultados

El grupo de BIE continuo mostró una diferencia acumulada de dolor de rebote significativamente menor a los 3 días en comparación con el de punción única (39.7%, n = 27 vs. 57.8%, n = 37; p = 0,01, Test de Cox) (Figura 1). La mayor diferencia se encontró al primer dia (17.6% n = 12 vs. 46.9% n = 30) y no ocurrieron nuevos eventos de dolor de rebote posterior a las 48 horas en el grupo de punción única.

Conclusiones

En este análisis secundario el uso de catéter se asoció a una menor incidencia acumulada de dolor de rebote a los 3 dias de seguimiento en comparación a la punción única utilizando la definición operacional descrita. Esta diferencia es mayor en el primer dia de seguimiento donde esperablemente ocurren la mayor parte de los eventos de dolor de rebote en los pacientes con punción única, sin embargo, a pesar de que siguen ocurriendo eventos en el grupo con infusión, esta diferencia mantuvo la significancia estadística a las 72 horas lo que sugiere que el cateter podría tener un rol en la prevención de esta entidad y no solo retrasa su aparición. Se resalta además la necesidad de estudios prospectivos dirigidos para evaluar su epidemiología y consensuar su definición operacional.

Contacto

Nombre: Sebastian Ignacio Herrero Borquez

Correo electrónico: sebaherreroborquez@gmail.com

Teléfono / Móvil: / +56989713046