

presión hasta unos 55 mmhg. En un quinto paso se nuevamente 10 cm de H₂O de PEEP con lo que vuelve a caer la presión pulmonar valores cercanos a 40 mmhg. Por último, se vuelve a retirar la PEEP con una nueva elevación de la presión.

Discusión: Las zonas de atelectasia en el pulmón generan una zona sin intercambio gaseoso, lo que lleva a la vasoconstricción pulmonar hipóxica. Cuando estas áreas vuelven a ventilarse, este efecto se revierte generando una menor resistencia a la circulación pulmonar, mejorando la post carga del ventrículo derecho. Lo que vemos también es el Incremento de PEEP por sí solo no llega a generar el mismo efecto que la maniobra de reclutamiento para generar re aireación de las zonas de colapso.

Cuando se realiza la maniobra de reclutamiento sobre distiende áreas pulmonares lo que genera disminución del retorno venoso. Muchas veces esto lleva a hablar de efectos negativo sobre la hemodinámica. Pero si la maniobra se realiza con una precarga optimizada, se puede realizar con una mínima repercusión. Obteniéndose beneficios sobre el corazón derecho.

Palabras clave: Reclutamiento pulmonar; Presión pulmonar; PEEP

Referencias

1. Longo S, et al. Lung recruitment improves right ventricular performance after cardiopulmonary bypass: A randomised controlled trial. *Eur J Anaesthesiol.* 2017;34:66–74.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.019>

P-19

Implante de válvula pulmonar percutánea: nuestra experiencia

P. Morgillo

Fundación Favaloro, Capital Federal. Buenos Aires, Argentina

Introducción: La reconstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho con conductos valvulados en pacientes portadores de cardiopatías congénitas eleva a un 90% la sobrevida en la actualidad. No obstante, con el paso del tiempo estos conductos presentan complicaciones como el desarrollo de estenosis o regurgitación. Esto implica una o más reoperaciones a lo largo de sus vidas, con el riesgo que esto conlleva.

Objetivo: Describir la experiencia inicial desde el punto de vista anestesiológico en implantes de válvulas pulmonares Melody y Edwards.

Materiales y métodos: Se incluyeron todos los pacientes tratados con una válvula pulmonar Melody o Edwards desde septiembre de 2016 hasta mayo de 2017.

Descripción de casos: Caso 1: paciente de 20 años, sexo femenino con transposición de grandes vasos con insuficiencia pulmonar severa. se coloca válvula Edwards sin complicaciones

Caso 2: paciente de 15 años, sexo masculino con tetralogía de fallot y estenosis de rama pulmonar izquierda. Se coloca válvula Melody sin complicaciones.

Caso 3: paciente de 39 años, femenino, portadora de tetralogía de fallot, se intenta colocar válvula Edwards, sufre descompensación durante el procedimiento debido a

una hemorragia pulmonar intraparenquimatosa. Se decide colocar en ECMO. Fallece debido a un accidente cerebrovascular a los 10 días.

Caso 4: paciente de 15 años, fallot con insuficiencia pulmonar. Se coloca válvula Melody sin complicaciones.

En todos los casos se efectúa anestesia general balanceada. Inducción con fentanilo 2 mcg/kg, midazolam 3 mg, propofol 2 mg/kg y atracurio 0.5 mg/kg. Mantenimiento: Remifentanilo 0.3 mcg/kg/min y sevoflurano al 1%. Durante todo el procedimiento utilizamos noradrenalina a dosis de 0.02-0.04 mcg/kg/min. Monitoreo: ECG continuo, saturometría y pletismografía, capnografía y presión arterial invasiva.

Conclusión: La controversia principal en estos procedimientos radica en efectuar una sedación profunda versus una anestesia general. A favor de la anestesia general están un mejor control de los cambios hemodinámicos y posibles complicaciones. Asegurar la movilidad y comodidad del paciente. Por otro lado, a favor de la sedación, muchos autores hablan de una disminución de morbilidad relacionada con la inducción anestésica, aporta mayor estabilidad hemodinámica, menor requerimiento de inotrópicos y una estrecha monitorización neurológica. Optamos por la anestesia general tanto por la comodidad del paciente (procedimiento de larga duración y con brazos arriba) y también para tener un mejor control hemodinámico ante diversos escenarios como nos ocurrió.

Palabras clave: Valvuloplastia pulmonar

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.020>

P-20

Reanimación postparo cardiopulmonar en politrauma grave

G. Schiavi, J. Dávalos, L. Neculpan, W. Riveros

Hospital Guillermo Rawson. San Juan, Argentina

Introducción: El trauma severo es un problema de salud pública mundial, siendo responsable de 5,8 millones de muertes anuales. El sangrado incontrolable es la principal causa de muerte potencialmente prevenible en pacientes traumatizados, siendo una carga social y económica para los países con mayor incidencia. En Argentina en el último año se han producido 7.268 muertes, es el país de latinoamérica con la tasa más alta de mortalidad y accidentes de tránsito.

Descripción del caso: Paciente de 23 años de edad, ingresa al servicio de urgencias por accidente de tránsito, se llama a los anestesiólogos de guardia para realizar intubación orotraqueal. Paciente en estado de excitación, ingurgitación yugular bilateral, saturometría 60% en descenso, se sospecha neumotórax bilateral y se procede al drenaje. Luego de realizar SIR con 2 mg/kg de ketamina, rocuronio 1 mg/kg, se produce paro cardiorespiratorio, se realiza RCP, adrenalina 1 mg/bolo cada 5 minutos, luego de 15 minutos de reanimación, el paciente responde con actividad eléctrica cardíaca anómala (TV,FV), se realizó, dosis de carga de amiodarona, dejando infusión a 15 mg/kg/h, se realiza cardioversión eléctrica, entrando en ritmo sinusal. Se decide ingresar a quirófano para realizar laparotomía y toracotomía exploradora, con diagnóstico de estallido esplénico, laceración de arteria bronquial de lóbulo superior

izquierdo. Se realizan 3 vías periféricas 14G, vía arterial, vía central yugular, se inicia protocolo de transfusión masiva, hemodinámicamente inestable, con requerimientos altos de noradrenalina, dobutamina y NTG debido a infradesnivel en ECG. Se decide pasar a servicio de terapia intensiva con abdomen abierto y contenido en ARM.

Información adicional

Laboratorio de ingreso: pH: 6.97 PO₂: 86.1, PCO₂ 69.1, Glucemia: 284, K: 3.23, Na: 142.3, Cl: 106.6, Calcio: 1.107 mmol/L, Lactato: 12.4, Hemoglobina: 4.6 g/dL Hematocrito: 13.8% Para la reanimación se utiliza cristaloides 1000 ml de solución fisiología, 3000 ml de Ringer Lactato, Hidroxietilalmidón 1000 ml; continua con sangrado visible. Se transfunden 6 unidades de glóbulos rojos, 10 unidades de crioprecipitados, 6 unidades de plasma, 1 concentrado plaquetario dosis de carga de 100 mg/kg de ipso, continuado con infusión continua de 15 mg/kg/h, manitol 150 ml 15%.

Comentarios y discusión: La reanimación en politrauma grave, debe ser atendida con rapidez y protocolo, protegiendo la vida de los pacientes poniendo a disposición todos los recursos hospitalarios para atender este tipo de urgencias con la máxima efectividad posible, recordando que cada paciente es distinto, y hasta el peor de los escenarios puede tener un buen desenlace.

Palabras clave: Politraumatismo; Paro cardiorespiratorio

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.021>

P-21

Planificación analgésica en una serie de casos: Dexmedetomidina-Lidocaina-Tramadol-Diclofenac

M. Crivolotti, Franco M. Vitale, L. Varela

Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano, CABA. Buenos Aires, Argentina

Introducción: En conjunto a los analgésicos, se encuentra un grupo de fármacos coadyuvantes capaces de optimizar la calidad analgésica. En los últimos años estos fármacos han tomado importancia, representando un cambio de paradigma, debido a la evidencia de los beneficios en su utilización dentro del marco de la Analgesia Multimodal. Dentro de este grupo encontramos a la Dexmedetomidina y la Lidocaina. En este trabajo se las plantea en conjunto como opción disponible ante la eventualidad de no contar con Remifentanilo para el mantenimiento de la analgesia o con el objetivo de evitar altas dosis de opioide durante la anestesia general y cubriendo la analgesia postoperatoria con Tramadol y Diclofenac.

Objetivos: Evaluar la eficacia analgésica de la técnica. Valorar el grado de Dolor y Sedación al despertar y en las primeras 24hs.

Materiales y método: Se incluyeron 20 pacientes de ambos sexos entre 18 y 70 años, ASA I/II sometidos a Colectomía laparoscópica, excluyéndose aquellos con marcado tono vagal (FC < 40 lpm).

Inducción: midazolam 0,01 mg/kg, fentanilo 2 mcg/kg, lidocaina 1 mg/kg y propofol 1,5 mg/kg, previa medicación con dexametasona 8 mg, metoclopramida 10-20 mg. Se relajó con atracurio 0,5 mg/kg.

Mantenimiento: Dexmedetomidina 0,3-0,7 mcg/kg/h y Lidocaina 0,5 mg/kg/h, Sevoflurano 1,5%.

30-40 min antes del despertar se detiene la infusión de Dexmedetomidina-Lidocaina seguido de Tramadol 1 mg/kg y Diclofenac 1 mg/kg.

Al despertar y dentro de las 6-24hs postoperatorias, se valoró Dolor (por EVN) y Sedación (escala de Richmond). Durante el postoperatorio se planifica analgesia con Diclofenac 150 mg/día y rescates con Tramadol 0,03 mg/kg.

Resultados: El 80% de los pacientes presentó dolor por EVN menor a 4/10 en el despertar, repitiéndose el mismo porcentaje dentro de las 24hs postoperatorias. El 10% requirió rescates.

El total de los pacientes se despertaron sedados, correspondiendo un 50% a -2 de la escala de Richmond, y la otra mitad a -1. En el postoperatorio solo el 25% permaneció con -1.

Discusión: A pesar del grado de sedación observado en el despertar que podría solapar la evaluación del dolor, en el postoperatorio se pudo evidenciar un efecto analgésico adecuado.

Para lograr el plano anestésico se requirió reinyección horaria estricta de atracurio.

Conclusiones: La serie de casos pone de manifiesto la eficacia de la técnica para lograr una adecuada analgesia. El grado de sedación observado fue aceptable y disminuyó en las primeras horas del postoperatorio. Por lo antedicho, esta estrategia puede ser considerada como opción en determinadas planificaciones analgésicas.

Palabras clave: Planificación analgésica; Dexmedetomidina-Lidocaina-Tramadol-Diclofenac

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.022>

P-22

Analgesia Epidural Continua. Complicaciones presentadas en el seguimiento de 150 pacientes

F. Dall'Armellina, S. De la Torre, F. Carlucci, G. Mansilla, F. Gamboz, C. Oyhanarte

Hospital Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La analgesia epidural es una de las formas más efectiva de manejo del dolor post-operatorio. El uso de la analgesia epidural continua está indicado para el manejo del dolor luego de cirugías torácicas, abdominales, urológicas y traumatológicas. El mecanismo de acción es mediante el bloqueo de la transmisión del dolor a nivel de la médula espinal. También ha demostrado disminuir el stress quirúrgico, mejorar la función pulmonar postquirúrgica, disminuir de la incidencia de enfermedad tromboembólica y proveer mejor analgesia durante la deambulación, tos, rehabilitación y otras actividades. La administración epidural de opioides y anestésicos locales también disminuye las complicaciones post-operatorias y la estadía hospitalaria, disminuyendo así los costos.

Descripción del caso: La colocación de catéteres peridurales está a cargo de médicos anestesiólogos. Tiene como fin principal lograr un manejo óptimo del dolor postoperatorio. Hemos sistematizado el seguimiento diario de todos los pacientes que permanecen internados en el hospital con un catéter peridural. Hemos realizado una base de datos que comprende el trabajo del último año y medio en el cual se colocaron y siguieron 150 catéteres peridurales.