

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, Hidroxietilalmidon 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 ipsilon, 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.