

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 PO<sub>2</sub>: 86.1, PCO<sub>2</sub> 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.

Colocados en postoperatorio de cirugías torácicas, hepato-pancreáticas, urológicas, traumatológicas, cirugía general y en el área de tratamiento del dolor. En este caso buscamos presentar las complicaciones que hemos encontrado durante el seguimiento de dichos catéteres.

**Información adicional:** El seguimiento fue realizado por los residentes de anestesia de la institución reportando diariamente al anestesiólogo a cargo del paciente. Se realizó un seguimiento diario desde la colocación hasta el retiro del mismo.

**Comentarios y discusión** (en relación a anestesiología): La colocación de un catéter peridural es un procedimiento invasivo en sí mismo. Como todo procedimiento y tratamiento no se encuentra exento de complicaciones tanto sea complicaciones inherentes al uso de diferentes fármacos y concentraciones por esta vía o debido a la manipulación del catéter peridural. Buscamos presentar nuestra experiencia en el seguimiento y el manejo de las complicaciones ocurridas durante el mismo.

**Palabras clave:** Analgesia; Postoperatorio; Epidural

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.023>

## P-23

### Déficit de colinesterasa plasmática. Reporte de un caso

R.A. Timpano, M.C. Martín, J.A. Zapico, J. Rodríguez Molina, V.L. Beltran

*Hospital Regional Dr. Ramon Carrillo, Santiago del Estero, Argentina*

**Introducción:** Uno de cada 50 pacientes tiene 1 gen de pseudocolinesterasa Normal y otro Anormal (Atípico) enzima atípica heterocigota, produciendo un bloqueo ligeramente prolongado (20-30 min) alterando el metabolismo de los relajantes musculares. Por otro lado, 1: 3000 pacientes tienen los 2 genes anormales, enzima atípica homocigota, produciendo un bloqueo de 4- 8 hs.

**Descripción del caso:** Paciente masculino 65 años, que ingresa por guardia por fractura expuesta, de miembro superior izquierdo. (GIII de cubito izquierdo). Al interrogatorio, paciente eufórico; Lucido, orientado, Glasgow 15/15, relata haberse cortado con una amoladora mientras trabajaba, no refiere antecedentes patológicos, y niega cirugías previas.

Paciente en actitud pasiva, se le explica el procedimiento anestésico a realizar.

**Premedicación:** Midazolam 3 mg (dosis 0,04 mg/kg) + Fentanilo 150 mcg (dosis 2 mcg/kg) + Oxígeno por cánula nasal.

**Inducción:** Pre oxigenación con máscara facial, Propofol 140 mg (dosis 2 mg/kg) + Succinilcolina 80 mg.

Se realiza intubación sin dificultad, con tubo N 7,5; se acopla a respirador con una FiO<sub>2</sub> 60%, con FR 12 resp/min, Volumen Corriente de 475 ml.

**Mantenimiento anestésico:** Oxígeno, sevoflurano al 1%, Remifentanilo (dosis de 0,50 mg/kg), Atracurio 20 mg.

La cirugía transcurre sin inconvenientes, con una duración de 1 hora y 15 min. Se comienza la recuperación, se esperan los tiempos de vidas medias de las drogas y se observa una demora en el despertar, acompañado de una suba de tensión arterial y de la frecuencia cardíaca. Por lo

q se sospecha relajación residual, y se decide revertir con neostigmina, se vuelve a esperar el tiempo de acción de la misma y el paciente continúa sin recuperarse. Se comienzan a evaluar los distintos diagnósticos diferenciales de las causas, y se revierte la situación con la administración de plasma fresco congelado.

**Información adicional:** Dentro de los diagnósticos diferenciales evaluados se encuentran: Hipotermia, Concentraciones Enzimáticas Bajas (alteraciones renales, hepáticas, hipertiroidismo, acidosis respiratorias, alteraciones hidro-electrolíticas, embarazada).

El tratamiento de elección continúa siendo el plasma fresco congelado, en caso de no tener acceso a colinesterasas purificadas, para el déficit de colinesterasa plasmática.

**Comentarios y discusión:** Ante la falta de recursos, el diagnóstico se retrasó, lo que hubiese sido evitable si contáramos en nuestro hospital, con laboratorios de enzimas específicas durante la urgencia, al igual que con un neuroestimulador. Es importante que el paciente y sus familiares tengan presente su patología para futuras intervenciones quirúrgicas, y así evitar eventuales complicaciones.

**Palabras clave:** Colinesterasa plasmática; Enzima Atípica; Bloqueo neuromuscular; Plasma fresco

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.024>

## P-24

### Manejo anestésico en el paciente sometido a MEI en neurocirugía de extracción de tumor de columna

A. Mazzoleni, C.H. Latini, A. Martinez, D. García Picasso, O. Daud

*Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*

**Introducción:** La monitorización electrofisiológica intraoperatoria (MEI) resulta imprescindible en la evaluación continua de la integridad y función medular durante la cirugía. El daño medular por una compresión o interferencia en el aporte sanguíneo, con el consiguiente déficit motor y/o sensitivo, es la complicación más temida en las intervenciones quirúrgicas espinales. Para obtener PESS (potenciales evocados somatosensoriales) y PEM (potenciales evocados motores) adecuados, es importante una técnica anestésica que no los altere.

**Descripción del caso:** Paciente masculino de 50 años de edad, consulta por parestesias en miembros superiores e inferiores y retención aguda de orina. Debido a la sospecha de compresión medular, se indica la realización de neuroimágenes. Se diagnostican múltiples tumores de localización intradural extramedular y decide su intervención quirúrgica apoyada por MEI. En el acto quirúrgico se realiza la inducción anestésica con 150 mcg fentanilo, 120 mg de propofol y 70 mg de succinilcolina y se procede con anestesia general total intravenosa (TIVA) con propofol (4-8 mg/kg/min) y remifentanilo (0.5 mcg/kg/min); para el posoperatorio, 7 mg de morfina y 8 mg de ondansetron. Se extuba al paciente, sin complicaciones anestésicas ni quirúrgicas, y traslada despierto a UTI para monitoreo y control posoperatorio.