

Tabla 1. Número de pacientes con vaciamiento gástrico completo al final de cada hora. Tiempo de vaciamiento (horas)n= 68%1 3145,62 54 79,43 64 94,14 6697,15 6798,5

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.078>

P-78

**Comportamiento de la saturación venosa central en pacientes sometidos a anestesia general**

G.A. Madrid, M.C. Niño, O. Amaya, L.E. Ferrer, J.E. Hernández, M. González

*Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá. Cundinamarca, Colombia*

**Introducción:** La saturación venosa de Oxígeno es una variable metabólica que complementa la información suministrada por los parámetros hemodinámicos. Esta variable evalúa de manera global la entrega y consumo de oxígeno por parte de los tejidos. Dada su importancia y el desconocimiento de sus valores precisos bajo el efecto de anestesia general, se convierte en una variable de gran interés para la investigación.

**Objetivo:** Evaluar el impacto de la anestesia general sobre los valores de la Saturación Venosa Central de Oxígeno (SvCO<sub>2</sub>) en pacientes sometidos a cirugía mayor durante un período de 6 meses.

**Material y métodos:** Estudio cuasi-experimental antes/después, en el que se compararon los valores de SvCO<sub>2</sub> medidos en muestra de sangre por gasimetría antes de la inducción anestésica y 30 minutos después de iniciado el soporte ventilatorio, en 111 pacientes sometidos a anestesia general y agrupados en tres rangos de edad.

**Resultados:** La SvCO<sub>2</sub> aumentó en un 15,99% del valor basal (de 66.29% a 76.89%) en pacientes bajo el efecto de anestesia general, con un resultado estadísticamente significativo ( $p < 0.001$ ).

**Discusión:** Durante la anestesia general, debido al aumento del aporte de oxígeno y a una disminución en el consumo del mismo, la saturación venosa central aumenta significativamente. Hubo además un descenso de la frecuencia cardiaca, presión arterial y temperatura, y un aumento de la saturación arterial de oxígeno. Sin embargo, estos resultados no tienen impacto clínico, ni tampoco consecuencias al paciente.

**Conclusiones:** Los valores de saturación venosa central aumentan significativamente en los pacientes sometidos a anestesia general, por lo que es posible reevaluar los valores de referencia establecidos como normal en escenarios clínicos diferentes a los del paciente sometido a anestesia general.

**Palabras clave:** Saturación venosa de oxígeno; Entrega de oxígeno; Consumo de oxígeno; Anestesia general

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.079>

P-79

**Reemplazo de válvula aórtica en paciente pediátrico portador de déficit de factor VII**

F. Perez<sup>a</sup>, F.H. Leone<sup>a</sup>, F. Dall Armelina<sup>a</sup>, A.M. Martinez<sup>b</sup>, F. Sosa<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina

<sup>b</sup> Hospital Zonal de Agudos Magdalena V. Martínez, Gral. Pacheco, Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** El déficit de factor VII es una rara enfermedad que puede presentar una serie de graves complicaciones hemorrágicas. El paciente sometido a una cirugía de reemplazo mecánico de válvula aórtica con circulación extracorpórea, trae aparejado un manejo multidisciplinario de la coagulación. Presentamos a continuación un caso de dicha patología.

**Descripción del caso:** Se trata de un paciente de 13 años con diagnóstico de insuficiencia aórtica severa. En estudios prequirúrgicos se diagnostica déficit de factor VII. Se realiza cirugía de reemplazo aórtico con circulación extracorpórea y reposición de factor VII intraoperatorio. El paciente fue dado de alta 11 días después de la cirugía. No presentó sangrado anormal y no presentó ningún otro tipo de complicación.

**Información adicional:** El déficit de factor VII es una enfermedad hemorrágica poco común, donde la cascada de la coagulación se interrumpe prematuramente. Es un trastorno autosómico recesivo. El diagnóstico se hace mediante pruebas de coagulación. El déficit puede ser cualitativo o cuantitativo. La forma de presentación clínica es variable, dependiente de cada persona y no está relacionado con los niveles del factor VII o su actividad.

**Comentarios y Discusión:** El manejo de dicha patología requiere un enfoque multidisciplinario adecuando los conocimientos acerca del estudio de la coagulación durante las distintas fases de la cirugía cardiaca.

**Palabras clave:** Reemplazo de válvula aórtica; Hemorragia; Coagulación; Déficit de factor VII

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.080>

P-80

**Síndrome de estrés laboral en residentes de anestesiología del Hospital Pablo Soria**

Mr. Suarez

*Hospital Pablo Soria, Jujuy. San Salvador de Jujuy, Argentina*

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de estrés laboral en residentes de anestesiología comparado con otras residencias (Terapia intensiva, Traumatología, Toco ginecología y Cirugía general).

**Material y método:** Se realizaron 23 encuestas anónimas a residentes de diferentes especialidades según el cuestionario MBI, en el Hospital Pablo Soria - Año 2017.

**Conclusión:** De la casuística estudiada, un total de 23 residentes pudieron ser analizados. Se estudiaron 3 aspectos del síndrome de burnout –cansancio emocional; despersonalización, realización personal–, categorizán-

los según riesgo bajo, medio y alto. Se observó que el 45% de los residentes de anestesia presentan alto cansancio emocional, el 27% de los residentes presenta despersonalización alta, el 36,6% de los residentes tiene baja realización personal.

**Palabras clave:** Estrés laboral residentes; Salud mental; Burnout; Anestesiología

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.081>

P-81

#### Reacción anafiláctica severa al azul patente

P.I. Chiesa Vaccaro

Hospital Buenos Aires

**Descripción del caso:** Paciente de sexo femenino de 47 años de edad, ASA II, en plan quirúrgico de mastectomía, ganglio centinela y reconstrucción. Como antecedentes presenta cirugía de implantes mamarios, biopsia radioquirúrgica de mama, radioterapia y alergia a dipirona y aspirina (edema de glotis en la infancia). Se establece un acceso venoso (catéter 18G) y monitoreo para ECG, oximetría de pulso y capnografía y TANI. Se realiza inducción con fentanilo 2 microgramos/kilo, midazolam 0,04 mg/kg, propofol 2 mg/kg, atracurio 0,5 mg/kg. Intubación orotraqueal sin dificultad. Mantenimiento con sevofluorano al 2%, FIO2 0,6.

Luego de la infiltración con el azul patente se observa una diseminación del mismo en todo el tejido celular subcutáneo de la mama. Comienza la cirugía en la axila para la búsqueda del ganglio centinela. Luego de 10 minutos se observa caída brusca de la tensión arterial 47/10, taquicardia sinusal 140 latidos por minuto acompañado de un eritema cutáneo generalizado, en zonas sobre elevado. No se auscultan sibilancias ni se detecta aumento de la presión pico inspiratoria. Se interpreta el cuadro como shock anafiláctico. Se administra adrenalina ev en dosis de 20 microgramos en bolo, ante la falta de respuesta satisfactoria se continúa administrando bolos de adrenalina hasta alcanzar 1 mg. Luego se inicia infusión con noradrenalina a 0,05 microgramos/kg/minuto. Se coloca otro acceso venoso y se realiza expansión con 6000 ml de solución fisiológica. Se administran también 500 mg de hidrocortisona, 8 mg de dexametasona y difenhidramina 50 mg ev. Luego de dos horas de iniciado el cuadro se logra mantener una adecuada presión arterial 93/64 sin vasopresores, la frecuencia cardíaca desciende y se estabiliza en 60 por minuto. El eritema desaparece gradualmente. Al finalizar la cirugía, a dos horas de haber normalizado los parámetros hemodinámicos y ante la ausencia de complicaciones respiratorias se decide la extubación. La paciente mantiene adecuadamente la ventilación espontánea sin signos de disnea o broncoespasmo durante una hora. Pasa a UTI. Al día siguiente pasa a sala general sin nuevas complicaciones.

**Comentarios y Discusión:** Se atribuye el shock anafiláctico al azul patente debido a que la paciente había recibido otras anestesias sin complicaciones en las cuales no se había utilizado esa sustancia. A su vez, el compromiso hemodinámico con poca repercusión respiratoria es característica de la anafilaxia por azul patente.

**Palabras clave:** Anafilaxia; Ganglio centinela; Azul patente; Adrenalina

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.082>

P-82

#### Rol de la ultrasonografía en paciente crítico: Reporte de Caso

B. Olivero Moyano, M. Costantini

Hospital Dr. Oscar Alende, Mar del Plata. Buenos Aires, Argentina

**Descripción del caso:** Paciente femenina de 25 años que ingresa a la guardia con cuadro de inestabilidad hemodinámica, hipotensión (70/40 mmhg), taquicardia (120lpm), pálida y sudorosa.

La paciente refiere dolor abdominal a la palpación superficial y profunda, ruidos hidro aéreos disminuidos, sin defensa. Niega náuseas o vómitos. Sin otros signos agregados.

Al encontrarse con el anestesiólogo en la sala de emergencia, junto al servicio de cirugía, se decide hacer un escaneo abdomino-cardio-torácico con ecógrafo Sonosite Micromaxx USA, sonda Convex. En el cual se encuentra líquido libre en el fondo de saco de Douglas y signos de hipovolemia en la ventana subxifoidea con colapso evidentemente mayor al 50% de la vena cava inferior, mala ventana apical. Con lo cual se decide pasar volumen e ingresar a quirófano para una laparoscopia exploradora.

**Conclusión:** La ecografía multiorgánica permite una valoración rápida del estado general del paciente sin necesidad de traslado del mismo ya que se puede realizar fácilmente con los nuevos equipos portátiles, permitiendo de esta manera la rápida instauración de una terapéutica eficaz.

El caso que nos compete es un ejemplo de que la inclusión de la ultrasonografía en áreas críticas, quirófano y salas de emergencia demostrando su eficacia como herramienta para la resolución del diagnóstico y tratamiento en pacientes críticos con inestabilidad hemodinámica.

**Palabras clave:** Ultrasonografía; Paciente crítico.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.083>

P-83

#### Anestesia Virtual. Estudio piloto de beneficios del uso de realidad virtual en anestesia regional

F.O. Rioja

Sanatorio Los Lapachos, San Salvador de Jujuy. Jujuy, Argentina

**Introducción:** La realidad virtual (RV) es una forma de terapia de distracción que implica el uso de estímulos auditivos y visuales generados por ordenador para lograr la creación de la percepción de un objeto virtual en un mundo real. Si bien lleva años de evolución actualmente los celulares colaboraron para que RV sea más accesible y factible de utilizar. RV nos brinda exhaustivo rango de herramientas para que el paciente puede desconectarse del proceso quirúrgico, trasladarse hasta donde su propia imaginación lo permita y disminuir la ansiedad.