

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 sevoflurano 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 descende 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 anestésicas 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.

Objetivo: Determinar factibilidad del uso de RV en anestesia raquídea.

Materiales y Método: Trabajo piloto de investigación aplicada, de campo, cuantitativo, sincrónico, descriptivo, no aleatorio y voluntario. Realizado de enero a junio de 2017 en el Servicio de Anestesiología del Sanatorio Los Lapachos, San Salvador de Jujuy. Con aprobación del Comité de Ética y consentimiento informado.

Los pacientes voluntarios para el estudio fueron 18 (7 mujeres y 11 varones), con edades comprendidas entre 19 años y 56 años. Se utilizó celular Samsung S6 Edge, Auriculares Sony y Gafas de Realidad Virtual VR-SHINECON para transmitir videos clip musicales en 2D y 3D de duraciones variables, con una duración total de 52 minutos a pacientes intervenidos quirúrgicamente en miembros inferiores bajo anestesia raquídea (1 cirugía plástica reconstructiva, una cirugía ginecológica y 16 cirugías de traumatología).

Criterios de exclusión: pacientes hipoacústicos, con problemas visuales y problemas de equilibrio.

Se les realizó una encuesta al finalizar la cirugía que consta de 3 preguntas, ¿disfrutó de la experiencia?, ¿tuvo dolor durante la cirugía?, ¿lo recomendaría a un amigo o familiar?

Resultados: 16 pacientes utilizaron RV hasta el final de la cirugía, una paciente fue suspendida por mareo y un paciente adujo problemas éticos.

En la encuesta 17 pacientes manifestaron que disfrutaron la experiencia, los 18 pacientes no tuvieron dolor ni molestias durante la cirugía y 17 pacientes recomendarían la experiencia a un familiar o amigo. Ningún paciente requirió sedación.

Discusión: La RV parece factible de utilizarse en anestesia raquídea para cirugías de miembros inferiores, pero considero que debería ser aclarado de manera más acertada con un estudio adecuadamente diseñado. El bajo número de participantes, la objetividad personal de cada paciente y la no aleatoriedad impiden tener resultados estadísticamente significativos.

Conclusión: La RV podría ser una herramienta tecnológica muy útil para generar una distracción durante el proceso quirúrgico disminuyendo la ansiedad del paciente y sin requerir la utilización de fármacos sedantes.

Palabras clave: Anestesia virtual; Anestesia regional

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.084>

P-84

Manejo del sangrado crítico guiado por objetivos

A.J. Coria Pasqualotto

Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

Introducción: El sangrado crítico, también llamado masivo o exsanguinante, se podría definir como aquel sangrado en el cual la pérdida es tan rápida o intensa que la resucitación con fluidos y hemocomponentes exceda los mecanismos de compensación.

La incorporación de la tromboplastografía para la evaluación en tiempo real de la coagulación nos ha permitido guiar la reanimación en el sangrado aportando lo necesario, dejando de lado el manejo empírico de estas situaciones.

Descripción del caso: Ingresa por el servicio de guardia de hospital Luis Lagomaggiore, paciente de sexo femenino

de 25 años, la cual es traída por el servicio coordinado. Presenta politraumatismo por accidente vial. Es evaluada por médico gineco-obstetra de guardia quien constata embarazo de 7 meses de edad gestacional por altura uterina, latidos cardíacos fetales en descenso.

Se toma muestra de sangre para tromboplastografía.

Conducta quirúrgica de emergencia: cesárea, seguida de laparotomía exploradora, packing, control del daño. Se constata una pérdida sanguínea de 2500 ml. Se previene hipotermia con métodos físicos. T.A. promedio durante la cirugía: 80/50 mmHg, F.C.: 120 lpm. Tiempo promedio en quirófano: 1 h 10 min

Se realiza un gramo de ácido tranexámico. La tromboplastografía muestra un tiempo de coagulación prolongado, menor elasticidad del coágulo y disminución del fibrinógeno, por lo que se le administran crioprecipitados, concentrado de fibrinógeno y glóbulos rojos.

Información adicional: La coagulopatía aguda del trauma es un cuadro que se desarrolla al tener un trauma grave (ISS > 15) con daño tisular extenso, hipoperfusión aguda severa, acidosis. Esta entidad es poco evidente en el laboratorio de rutina, ya sea con la medición de TP, RIN o plaquetas, siendo de gran ayuda las pruebas viscoelásticas.

Existen varias pruebas que valoran la coagulación, pero la tromboelastografía es la más útil para evaluar la coagulopatía del paciente traumatizado, proporcionando una información dirigida a la detección de deficiencias del sistema hemostático; tales como, deficiencia de factores de la coagulación, alteraciones plaquetarias y del fibrinógeno, permitiendo el manejo de sangrado por objetivos.

Comentarios y discusión: En la práctica clínica no existe ningún examen de laboratorio que evalúe de forma global y adecuada la hemostasia, aunque la TEG se aproxima considerablemente a este ideal.

En las pruebas viscoelásticas, la muestra de sangre se procesa a temperatura del paciente, por lo que la hipotermia está considerada en el análisis de la disfunción. Se puede acceder al resultado en 10 minutos, son fáciles de interpretar y podemos disponer del equipo en la cabecera del paciente.

Palabras clave: Sangrado Crítico; Tromboplastografía; Embarazo

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.085>

P-85

Shunt intra-pulmonar y reclutamiento tidal: signos ecográficos de atelectasia inducida por anestesia

N. Venturín, N. Rudzik, S. Gerez, M. Carpinella, G. Tushman, C.M. Acosta

Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata. Buenos Aires, Argentina

Introducción: El ultrasonido pulmonar (UP) posee una elevada sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de atelectasias inducidas por anestesia general en pacientes pediátricos, permite la monitorización de la aireación pulmonar a la cabecera del paciente en ventilación mecánica, de manera dinámica, no invasiva, guiando además maniobras de reclutamiento pulmonar.