

educacional se focaliza en la percepción que los estudiantes tienen del contexto más allá de lo que podría ser apreciado "objetivamente" por un observador externo.

Objetivos: Evaluar el clima educacional de programas de Residencia de Anestesiología en Argentina.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Se utilizó el cuestionario Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM), instrumento específico para evaluar el CE. El PHEEM cuenta con 40 ítems operacionalizados en una escala de Likert de 0 a 4. Ha sido validado y aplicado en Argentina. El cuestionario fue de aplicación auto-administrada, anónimo y de respuesta voluntaria. El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Público Descentralizado Dr. G. Rawson.

Resultados: Se aplicó el cuestionario en el contexto del 2° Encuentro Internacional de Residentes de Anestesiología organizado por la Federación Argentina de Asociaciones de Analgesia, Anestesia y Reanimación (FAAAR). Respondieron 80 residentes (10% del total país) de diferentes programas de residencia de anestesiología, 63,75% varones. La media de CE fue de 95,5/160. Los puntajes obtenidos corresponden con una percepción del CE "más positiva que negativa" con aspectos a mejorar. A pesar de este valor promedio, el 21,25% de los residentes estudiados percibe el CE como "lleno de problemas" (CE < 80/160). El análisis de la dimensión "Calidad de la Enseñanza" desprende que el 30% de los residentes percibe a la enseñanza como

de escasa calidad y con falta de oportunidades de aprendizaje.

Discusión: En promedio la percepción del CE en residentes de Anestesiología es más positiva que negativa. No hemos hallado trabajos que hayan evaluado el CE en residencias de Anestesiología. En comparación con trabajos realizados en otras especialidades, los resultados son similares. Por otro lado, a pesar de que en algunos estudios realizados en otras especialidades se logra aplicar el cuestionario a un número mayor de residentes, se desconoce la proporción que representan del total. Una limitación del presente trabajo es el análisis general que se realizó, sin diferenciar por programa de residencia.

Conclusión: Los residentes de Anestesiología participantes del estudio percibieron al CE como más positivo que negativo con aspectos a mejorar.

Palabras clave: Residencia médica; Evaluación educacional; Educación Médica; Profesionalismo; Currículum

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.088>

P-88

Manejo hemodinámico en fractura de cadera guiada con POCUS

M.N. Carpinella, S. Gerez, N.M. Rudzik, N. Venturin, M.M. Constantini

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

Introducción: Ya hace tiempo la ecografía multiorgánica tiene lugar en quirófano. Nuevos paradigmas como el POCUS permiten utilizar esta herramienta para un rápido

diagnóstico y tratamiento de eventos hemodinámicos, así también como seguimiento de terapias aplicadas.

Descripción del caso: Paciente de sexo masculino de 81 años de edad, que ingresa a quirófano para osteosíntesis de cadera. Antecedentes de HTA, IAM y posteriormente una cirugía de revascularización miocárdica en 2011. Medicado con amiodarona, y bisoprolol Ecocardiograma de 2014 que informa HVI, Dilatación biauricular, buena función biventricular, insuficiencia aortica leve moderada a leve y insuficiencia mitral leve. Presenta un hematocrito de 33% y una hemoglobina de 10,40 g%

Antes de ingresar a quirófano se le realiza un escaneo ecocardiográfico donde se observa: gran hipertrofia ventricular, fracción de eyección del ventrículo izquierdo levemente disminuida. Dilatación bi auricular. Tapse de 10. Disfunción diastólica grado IV con relación e/eí de 14. Vena cava inferior de más 2 cm que no colapsa con la inspiración. Insuficiencia tricúspidea con gradiente de 30 mmhg con lo que se estima 50 mmhg de presión pulmonar. Se escanean ambos pulmones observándose líneas tipo B confluentes en campos medios y aisladas en campos anteriores.

Teniendo en cuenta los hallazgos se decide realizar una anestesia raquídea, con bajo volumen para evitar vasodilatación sumado a un plan de hidratación restrictivo. Se coloca noradrenalina para estresar volumen. Durante la cirugía, se estima un sangrado de 500 ml. Se pasan 450 ml de solución fisiológica durante la cirugía, y se indica probar tolerancia oral cuando el paciente llegue a la terapia.

En el primer día post operatorio se realiza ecografía pulmonar, no observándose cambios con el del día previo. El hematocrito de control es de 28% y 9 mg% de hemoglobina

Discusión: La aplicación del POCUS dentro de quirófano es de gran utilidad, ya que permite una rápida obtención de imágenes que nos sirven para valorar el estado hemodinámico, además como en nuestro caso posibilitó el observar alteraciones que no estaban descriptas en los estudios previos. Con la obtención de estos datos, permite trazar la estrategia a seguir para el perioperatorio y a su vez evaluar los resultados de nuestra terapéutica en tiempo real.

La ventaja del modelo POCUS es la rapidez con que se estudia al paciente. La valoración cualitativa de imágenes, sin necesidad de mediciones, generan una información de un gran valor y fidedigna, lo que facilita el entrenamiento y la aplicación del método.

Palabras clave: Ecocardiografía; POCUS

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.089>

P-89

Trasplante hepático en síndrome de Budd-Chiari: tromboelastografía y estrategia transfusional

D. D'agostino, F. Sosa, C. Martínez Goñi, C. Oyhanarte, F. Gamboz, F. Leone

Hospital Universitario Austral, Pilar. Buenos Aires, Argentina

Introducción: La corrección de la hemostasia por anestesiólogos en cirugías críticas ha sido guiada por conceptos imprecisos y generales. El caso presentado viene a remarcar la utilidad de la tromboelastografía con fundamentos precisos y verificables para guiar la corrección de la hemostasia.

El caso muestra con claridad, que el seguimiento del perfil de coagulación convencional hubiera devenido en transfusiones inadecuadas sometiendo a riesgos innecesarios al paciente.

Descripción del caso: El síndrome de Budd-Chiari es una rara condición que afecta el drenaje venoso suprahepático y la función de dicho órgano en grados variables incluso hasta la insuficiencia. Se presenta un paciente con dicho síndrome, bajo tratamiento anticoagulante con acenocumarol en plan de trasplante hepático con donante cadavérico.

El perfil de laboratorio preliminar muestra serias alteraciones en las pruebas de coagulograma con patrones de déficit en dicha función.

Asimismo se utiliza la tromboelastografía como guía de la homeostasis de la coagulación.

Información adicional: El estudio funcional de la coagulación mostró valores diametralmente opuestos a los datos de laboratorio.

Comentarios y discusión: La enfermedad de Budd-Chiari en cuanto a caso ejemplificador desveló que la corrección de hemostasia basada en datos de laboratorio en cirugías de alta complejidad puede ser muy imprecisa, agregando morbilidad innecesaria por el empleo de hemoderivados.

En el caso presentado no se transfundieron hemoderivados según datos de tromboelastografía. La oposición entre el perfil de laboratorio y los estudios funcionales de la coagulación (tromboelastografía) erige a esta última técnica como la apropiada para el empleo como método mandatorio en la toma de decisiones relativas a la coagulopatía en este tipo de cirugías.

Referencias

Huang YG1, Luo A, Wong KC. Budd-Chiari syndrome and anesthetic challenges: 23 case reports and review of the literature. *Ma Zui Xue Za Zhi*. 1993;31:65-72.

Palabras clave: Tromboelastografía; Budd-Chiari; Trasplante hepático

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.090>

P-90

Derrame pleural masivo en cirugía laparoscópica

M.V. Deambrosi, R. Avila, I. Bolzon, J.L. Cianferoni

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

Introducción: Reportamos caso de hidrotórax post entubación tras colecistectomía programada por vía laparoscópica.

Caso clínico: Paciente de 59 años de edad de sexo femenino, no refiere patología concomitante ni intervenciones quirúrgicas previas, tabaquista 20 cigarrillos/día. Ingresa a quirófano para cirugía programada colecistectomía por vía laparoscópica, se constata Ta:140/80 mmHg Fc:80lpm Fr:12 So2: 97%. Plan anestésico: tiva propofol, remifentanilo y atracurio, iot con tet n°7,5 G, ARM modo vcv, fio2:0,60, Vt:0.450 peep: 7 Fr:12 I:E 1:2.5. Registro hemodinámicos intraoperatorios: Ta:100/60 Fc:65-70lpm etco2: 45 mmHg So2:98-99% t°36.4°C. Duración de acto quirúrgico: 160 min. Se procede a la extubación, se ausculta hipoventilación pulmonar derecha generalizada, disnea, taquipnea, Fr:18, So2:85% sin oxígeno por cánula nasal, se coloca la

misma con un aumento de So2:90%. Inmediatamente se solicita radiografía tórax donde se observa velamiento de hemitórax derecho con desplazamiento de mediastino hacia la izquierda, no se visualiza broncograma aéreo, ni signos de neumotórax. Se realiza tomografía computada de tórax, se visualiza ocupación pleural derecha masiva, se interpreta como derrame pleural. Servicio de cirugía realiza toracocentesis evacuadora donde se extrajeron 1200 ml de contenido. Se retiró drenaje pleural tras resolución radiológica. Evolución satisfactoria.

Discusión: El derrame pleural inmediato, complicación excepcional de cirugía laparoscópica, presenta mayor frecuencia en cirugías laboriosas y de duración prolongada, sobre todo aquellos pacientes donde existe el uso de volúmenes importantes de suero fisiológico para lavado y posición de Trendelenburg. Se cree en varios mecanismos de pasaje de líquido de cavidad abdominal a la pleura: defectos congénitos de pilares diafragmáticos, irritación diafragmática, estomas peritoneales y poros diafragmáticos. La existencia de mayor incidencia de derrame pleural derecho, como en nuestro caso, se debería favorecido al efecto de pistón producido por el hígado.

Ante la clínica respiratoria, y presunción diagnóstica por estudios complementarios, se realiza toma de muestra de contenido pleural (análisis físico-químico, citológico y bacteriológico) arrojándonos como resultado líquido pleural seroso no inflamatorio con presencia de células mesoteliales, descartando citología neoplásica confirmando derrame pleural trasudado.

La instauración de toracocentesis evacuadora temprana como método diagnóstico y terapéutico genero una mejoría clínica, con resolución espontanea sin recidiva alguna.

Conclusión: La presencia de un derrame pleural en cirugías laparoscópica, no debería pasar inadvertida, remarcamos la importancia de la ejecución de diagnósticos diferenciales en pacientes con clínica de patología compatibles, y la realización de estudios complementarios y tratamiento temprano eficaz.

Palabras clave: Derrame pleural; Complicación inmediata; Cirugía laparoscópica.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.091>

P-91

Efectos del polimetilmetacrilato en artroplastias totales de cadera: reporte de caso

M.A. Medrano Pizarro, C. Vaccarelli, J. Alvarez

Hospital Interzonal General de Agudos Dr. O. Alende, Mar del Plata, Argentina

Introducción: Entre las posibles complicaciones de alta morbilidad de las artroplastias totales de cadera, en las cuales se utiliza polimetilmetacrilato como constituyente principal del cemento óseo, se encuentra el síndrome de implantación de cemento óseo, el cual suele manifestarse con una marcada hipotensión arterial acompañada de bradicardia. Ante el conocimiento de esta entidad, que implica una variedad de manifestaciones, se pueden evitar efectos adversos mayores como ser un paro cardiorrespiratorio irreversible producto de la toxicidad propia del material o de una embolia grasa.