

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.