

Comparación entre la infusión intravenosa continua de tramadol y dextropropoxifeno/dipirona para la analgesia postoperatoria

*Dres. Valentina Folle, Mauricio Pastorino, José García, Karina Rando, Leticia Aren, Julio Díaz,
José Juncal, Mario Balverde, Walter Ayala
Departamento y Cátedra de Anestesiología del Hospital de Clínicas Facultad de Medicina Montevideo, Uruguay. Octubre 2001*

Resumen

Los opioides continúan siendo el pilar de la analgesia postoperatoria. En este estudio se propuso evaluar la eficacia analgésica de un nuevo opiáceo sintético con un mecanismo de acción mixto como el tramadol, comparándolo con la asociación de un opiáceo con un analgésico menor: dextropropoxifeno/dipirona, cuando se los administra en infusión continua, para tratamiento del dolor postoperatorio leve a moderado. En este estudio doble ciego los pacientes fueron distribuidos al azar para recibir tramadol o dextropropoxifeno/dipirona en forma de dosis carga en el postoperatorio inmediato y subsiguientemente como infusión continua durante 24 horas, recibiendo rescates con un opiáceo mayor si lo requerían. En la sala de recuperación postanestésica los pacientes fueron evaluados a la hora, a las 3, 6 y a las 24 horas luego de la operación con respecto al dolor, estado neurológico, náuseas y vómitos, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno.

No se registraron diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon eficacia analgésica valorada por la variación en la escala verbal análoga (EVA) y necesidad de rescates analgésicos, así como tampoco en los efectos adversos y secundarios de ambos planes de administración.

Enterocolitis necrotizante

Dres. Sergio Gutiérrez, Sonia Caldarello

Resumen

La enterocolitis necrotizante (ECN) es una causa importante de morbimortalidad neonatal y es una de las principales causas de tratamiento quirúrgico de urgencia. Se estudiaron 12 pacientes, sometidos a laparotomía exploradora, en el período 1999 - 2000 en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. De la población estudiada destacamos los antecedentes maternos y del recién nacido: edad gestacional de 34,8 semanas (rango 30-39), Apgar al minuto de 5 (2-9), peso al nacer 1.948,3 g (1.160-2.800), necesidad de reanimación en sala de partos y eventual traslado a Unidad de Cuidados Intensivos. El diagnóstico de ECN se realizó a los 8,2 días de vida, se instauró un tratamiento médico basado en reposo del tubo digestivo, antibioticoterapia y reposición hidroelectrolítica y hemoderivados. Se prestó especial atención a la valoración de la calidad y cantidad de la reposición pre e intraoperatoria, así como el comportamiento hemodinámico de estos pacientes y la necesidad de apoyo con fármacos inotrópicos. La mortalidad global fue de 33%, siendo mayor en el grupo que recibió un aporte de volumen menor a 100 ml/g/día en el preoperatorio (50%). Remarcamos la importancia de la valoración preoperatoria por parte de los médicos anestesiólogos y de las medidas terapéuticas tomadas en conjunto con el equipo de neonatología para que la conducta durante la anestesia sea la más beneficiosa para el recién nacido.

Dres. Juan Riva, Alvaro Arroyo, Anabella Samaniego, Neder Beyhaut, Angelina D'Orsi,
Carolina Porras, Eduardo Estellano, Mauricio Pastorino, Pablo Rusomano

En los últimos años hemos asistido a un gran desarrollo de los procedimientos toracoscópicos. Es así que en el Servicio y Cátedra de Cirugía de Tórax corresponden a 40% del total de los procedimientos.

El objetivo es describir nuestra experiencia en el manejo anestésico de este tipo de procedimientos.

Pacientes y métodos. 43 pacientes coordinados para toracoscopia fueron analizados retrospectivamente, correspondiendo al período comprendido entre julio de 2000 hasta agosto de 2001, en el Servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Maciel. Se revisaron la evaluación preoperatoria y las complicaciones. Dado que en la mayoría de los procedimientos se requiere ventilación unipulmonar, se analizó el manejo de las sondas de doble luz (SDL) de acuerdo al algoritmo que usamos rutinariamente ⁽¹⁾. En todos los pacientes se realizó una anestesia general balanceada a predominio inhalatorio. En el postoperatorio fueron trasladados a sala de recuperación anestésica registrando cuando esto no fue posible.

Resultados. De los 108 procedimientos realizados con anestesia general durante este período, 43 (40%) correspondieron a toracoscopías, siendo 10 mediastinoscopías (ocho directas y dos videoasistidas) y 32 (30%) pleuroscopías videoasistidas. A un paciente portador de un linfoma, se le realizó una pericardiotomía por vía laparoscópica por un derrame pericárdico

Características de la población. Pleuroscopías: edad 47 ± 21 años; peso 68 ± 13 kg; sexo femenino 19, masculino 13; ASA 1: 6 (19%), 2: 15 (49%), 3: 11 (34%). Mediastinoscopías: edad $61,6 \pm 13,3$ años; peso $67,2 \pm 14,6$ kg; sexo femenino 6, masculino 4; ASA 1: 0, 2: 4, 3: 6. Con respecto a las enfermedades asociadas, encontramos en el grupo de las pleuroscopías nueve pacientes fumadores (28%), nueve con enfermedades respiratorias (28%), 12 con enfermedades cardiovasculares (37,5%), tres con diabetes (9%), siete con otras enfermedades (22%). El grupo con mediastinoscopías mostró cuatro, cuatro, seis y uno respectivamente. *Características de la cirugía.* El diagnóstico previo confirmado por radiografía o tomografía de tórax fue el siguiente: para las pleuroscopías 10 pacientes presentaron derrame en cavidad libre, ocho derrame tabicado, uno neumotórax total, seis neumotórax parcial, tres paquipleuritis y cuatro a otras. En 20 pacientes el abordaje fue derecho y en 13 fue izquierdo. El tiempo quirúrgico fue de 81 ± 47 minutos. Para las mediastinoscopías, todos los abordajes fueron supraesternales, con diagnóstico confirmado por imagenología de siete tumores sólidos mediastinales y tres adenomegalias. El tiempo quirúrgico fue de 71 ± 26 minutos.

Manejo de la sonda de doble luz (SDL). Se colocaron 32 sondas de doble luz del tipo Robertshaw, 28 izquierdas y cuatro derechas. De acuerdo a nuestro algoritmo, en 2/32 casos no fue posible intubar a la paciente con la sonda seleccionada previamente. En un caso fue necesario cambiar de una sonda izquierda a una derecha y en el otro seleccionar un número menor. En 4/32, clínicamente la sonda estaba incorrectamente colocada, con dificultad para ventilar ambos pulmones y en un caso con disminución persistente de la saturación por pulsioximetría. En tres de ellos el retiro parcial fue suficiente para lograr un bloqueo adecuado, en el otro caso fue necesario recurrir a la fibrobroncoscopia para reposicionar la sonda. En 26/32 casos, clínicamente la sonda estaba correctamente colocada. Sin embargo, en dos de ellos se verificaron dificultades por otros medios. En uno la fibrobroncoscopia mostró que la sonda estaba muy metida, aunque el bloqueo era correcto, y en otro caso el cirujano verificó por visualización directa la persistencia del lóbulo superior izquierdo insuflado. En ambos casos la sonda se retiró parcialmente. En 31/32 casos las condiciones quirúrgicas fueron evaluadas por el cirujano como buenas. El porcentaje total de complicaciones vinculadas a la intubación orotraqueal (SDL) fue de 43%. Estas fueron: aumento de secreciones bronquiales tres, broncoespasmo cuatro, de saturación dos, arritmias tres e hipotensión dos. Ninguna de estas modificó el plan quirúrgico. No hubo reconversiones. Un solo paciente presentó complicaciones vinculadas a la intubación (SDL) que obligó a retroceder en el algoritmo de colocación SDL y recolocarla con fibro. En el resto de los pacientes que tuvieron complicaciones, estas no estuvieron vinculadas a malposición de la SDL. En el intraoperatorio dos

(6%) presentaron desaturación que obligó a reexpandir, dos hipotensión, una hipertensión y dos arritmias. En un caso el paciente debió ingresar a CTI por edema pulmonar postreexpansión con buena evolución posterior.

Conclusiones: La anestesia para cirugía torácica videoasistida es un procedimiento seguro, a pesar de tratarse de pacientes con riesgo aumentado debido a enfermedades respiratorias y enfermedades asociadas, que son sometidos a ventilación unipulmonar obligatoria.

1. Katz JA, Fairley H. Pulmonary surgery. In: Marshall BE, Longnecker DE, Fairley HB. Anesthesia for Thoracic Procedures. Boston: Blackwell, 1988: 383.

Rocuronio en pediatría

Dras. Olga Siré, Clarisa Lauber

Resumen

Introducción. Nuestro objetivo fue estudiar el comportamiento del rocuronio en una población pediátrica, buscando un relajante que nos dé buenas condiciones de intubación orotraqueal (IOT), en menor tiempo, y con mínimos efectos colaterales.

Material y método. Se estudiaron 33 pacientes, comprendidos entre 2 y 14 años, ASA I y II, coordinados para cirugía de elección. Se monitorizaron: parámetros vitales, ventilatorios, y del bloqueo neuromuscular. Este se realizó con método acelerográfico.

En un grupo se realizó inducción inhalatoria y en otro intravenosa. La IOT se hizo en los 60 segundos de inyectar 0,6 mg/kg de rocuronio, el mantenimiento fue con fentanyl, continuando con: inhalatorias, se revertió curare: con neostigmina y atropina.

Se consignaron los tiempos de desvanecimiento, latencia, bloqueo máximo, la respuesta a los 60 segundos, y el tiempo de duración clínica eficaz en minutos. Las condiciones de IOT se evaluaron según escala de Twohig.

Se consignó la frecuencia cardíaca previa al rocuronio y tres minutos luego de su aplicación.

Resultados. El promedio de edad fue de $6,3 \pm 3,34$ años, el tiempo quirúrgico promedio fue de $60 \pm 17,9$ minutos. Sólo en un paciente se consideró de condición regular para la IOT. Los tiempos de bloqueo neuromuscular hallados fueron de desvanecimiento 13,8 segundos ($\pm 4,87$); de latencia 18,66 segundos ($\pm 6,45$); la respuesta a los 60 segundos de 1,15 ($\pm 2,49$); tiempo de bloqueo máximo 43,54 segundos (± 20) y el tiempo de duración en minutos 27,38 ($\pm 7,57$).

Discusión y conclusiones. Antes del minuto los pacientes habían logrado el bloqueo máximo, encontramos mayor rapidez en los que recibieron inducción inhalatoria, por lo que concluimos en su rapidez de acción y que son potenciados por inhalatorios. El tiempo de duración hallado lo ubica como de acción intermedia. No encontramos liberación de histamina, tampoco efecto vagolítico con las dosis empleadas.

A propósito de un caso de cirugía de aneurisma de aorta torácica descendente con hipotermia regional para protección medular

Dres. José Juncal, Jorge Katzenstein, Walter Ayala

Departamento y Cátedra de Anestesiología. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Resumen

Se presenta el primer caso documentado en nuestro país de anestesia para cirugía de aorta torácica descendente en la cual se utilizó una técnica de protección espinal con enfriamiento regional medular por vía peridural. Se describe la técnica de protección orgánica empleada y se discuten la evolución y las complicaciones, así como las dificultades técnicas que se presentaron. Se destaca la ausencia de complicaciones neurológicas (paraplejia) y la buena evolución posoperatoria.