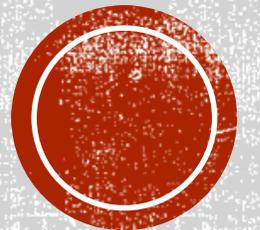


ANESTESIA EN CIRUGÍA ABDOMINAL DE URGENCIAS

Cristina Lagen

H. U. Arnau de Vilanova

Lleida



ÍNDICE

1. Introducción
2. Principales patologías
3. Valoración del paciente
4. Plan anestésico
5. Inducción
6. Mantenimiento
7. Seguridad en anestesia





INTRODUCCIÓN

¿ Que diferencias existen entre una cirugía abdominal de urgencias y una cirugía abdominal programada?



PRINCIPALES PATOLOGÍAS



- Etiología: Traumática vs. No traumática
- Shock Séptico / hipovolémico



PERITONITIS

Peritonitis primaria:

monobacteriana
más frecuente es la
peritonitis
espontánea.

Peritonitis secundaria:

Flora mixta

Peritonitis terciaria:

Inflamación
intraabdominal
persistente

Patógenos causantes
de la infección son
típicamente
nosocomiales.

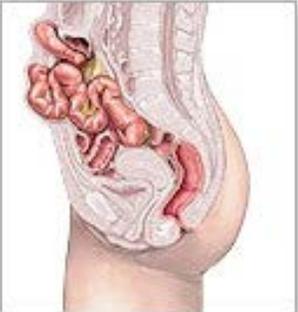




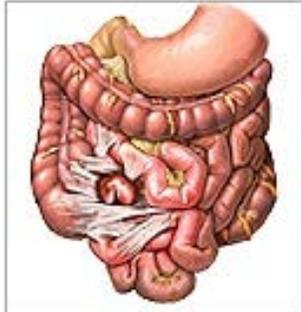
OCCLUSIÓN INTESTINAL

Patología que impide la progresión del contenido intestinal, con repercusión local y sistémica variable según la etiología

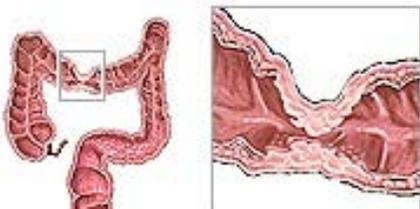
Hernia umbilical



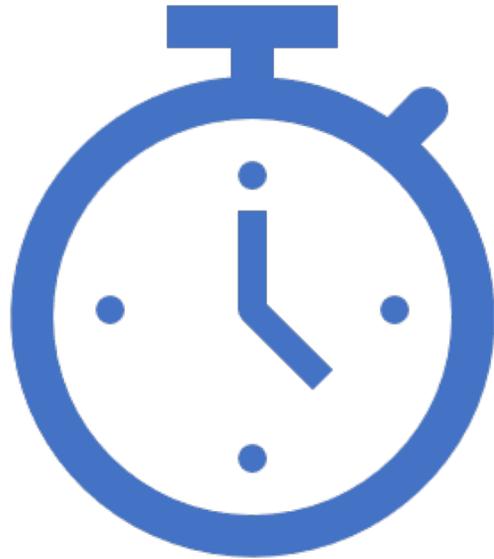
Adherencias



Cáncer de colon



VALORACIÓN DEL PACIENTE

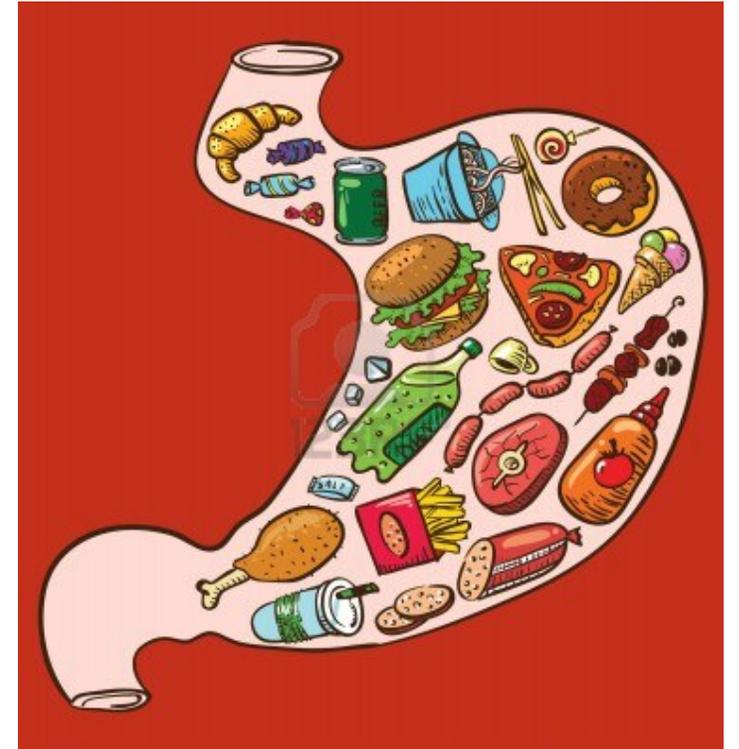


- Preoperatorio
 - Anamnesis
 - Pruebas complementarias
 - Analítica
 - ECG
 - Rx. Tórax
- Consentimiento informado



VALORACIÓN DEL PACIENTE

- Estomago lleno
- Ayuno
 - 2 horas líquidos
 - 4 horas leche materna
 - 6 horas resto de alimentos



MEDICACIÓN EN EL PREOPERATORIO

- Prevenir síndrome de Meldenson
 1. Antiácidos orales: Citrato sódico
 2. Inhibidores de la bomba de protones: Omeprazol 40 mgr
 3. Antagonistas de los receptores H₂ de la histamina: ranitidina 50-100 mg
 4. Metoclopramida: 20 mg ev



BRONCOASPIRACIÓN

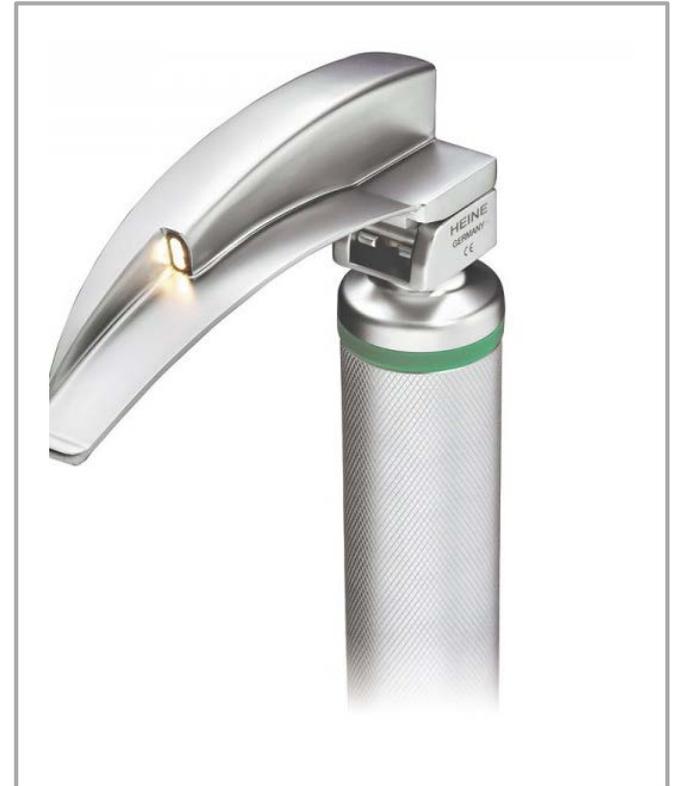
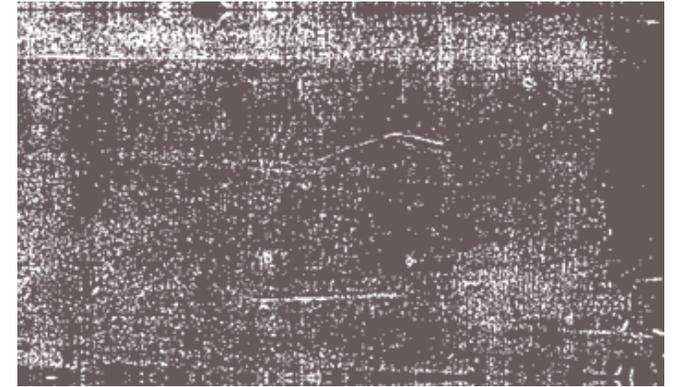
- Paso de material sólido o líquido desde la faringe a la tráquea
- Más grave
 - > 25 ml
 - pH menor a 2,5
 - Contenido particulado
 - Contaminación bacteriana

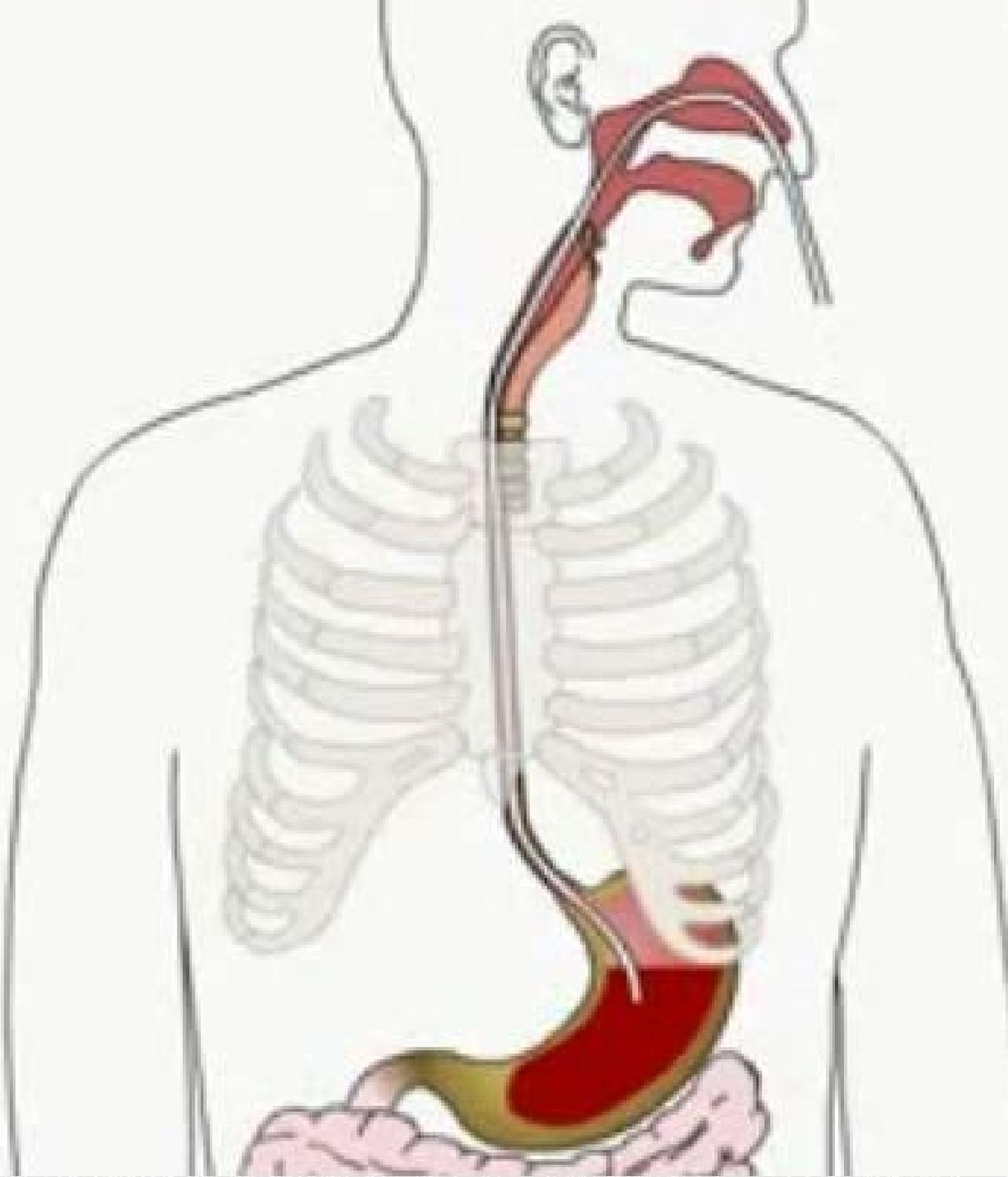


SÍNDROME DE MELDENSON

■ Tratamiento

1. Administrar O₂ al 100%
2. Colocar al paciente posición lateral y Trendelemburg
3. Aspirar y limpiar la vía aérea
4. Intubar aspirar antes de conectar al ventilador y colocar PEEP
5. Profundizar anestesia y tratamiento si broncoespasmo
6. Considerar broncoscopia para retirar material sólido
7. Suspendir cirugía





SNG

- Esfínter esofágico inferior incompetente con presiones superiores a 20 cm HO₂
- Aspirar contenido gástrico previo AG.



SEPSIS

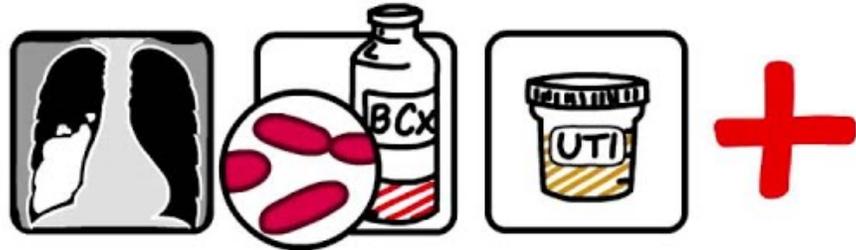
2001 vs 2016 Definitions of Sepsis [1,4]

	OLD	NEW
SEPSIS	SIRS + Suspected Infection	SUSPECTED/DOCUMENTED INFECTION + 2 or 3 on qSOFA (HAT): Hypotension (SBP ≤100 mmHg) AMS (GCS ≤13) Tachypnea (≥22/min) OR Rise in SOFA score by 2 or more
SEVERE SEPSIS	Sepsis + SBP <90 mmHg or MAP < 65 mmHg lactate > 2.0 mmol/L INR >1.5 or a PTT >60 s Bilirubin >34 μmol/L Urine output <0.5 mL/kg/h for 2 h Creatinine >177 μmol/L Platelets <100 ×10 ⁹ /L SpO ₂ <90% on room air	
SEPTIC SHOCK	SEPSIS + HYPOTENSION after adequate fluid resuscitation	SEPSIS + VASOPRESSORS needed for MAP >65 mmHg + LACTATE >2 mmol/L after adequate fluid resuscitation

Sepsis Definitions: Old vs. 3.0

SEPSIS CLINICAL CRITERIA

INFECTION



CHANGE IN:
SEPSIS-RELATED
ORGAN
FAILURE
ASSESSMENT ≥ 2



PaO₂/FiO₂



HYPOTENSION OR VASOPRESSORS



PLATELETS



GLASGOW COMA SCALE



BILIRUBIN



CREATININE, OLIGURIA

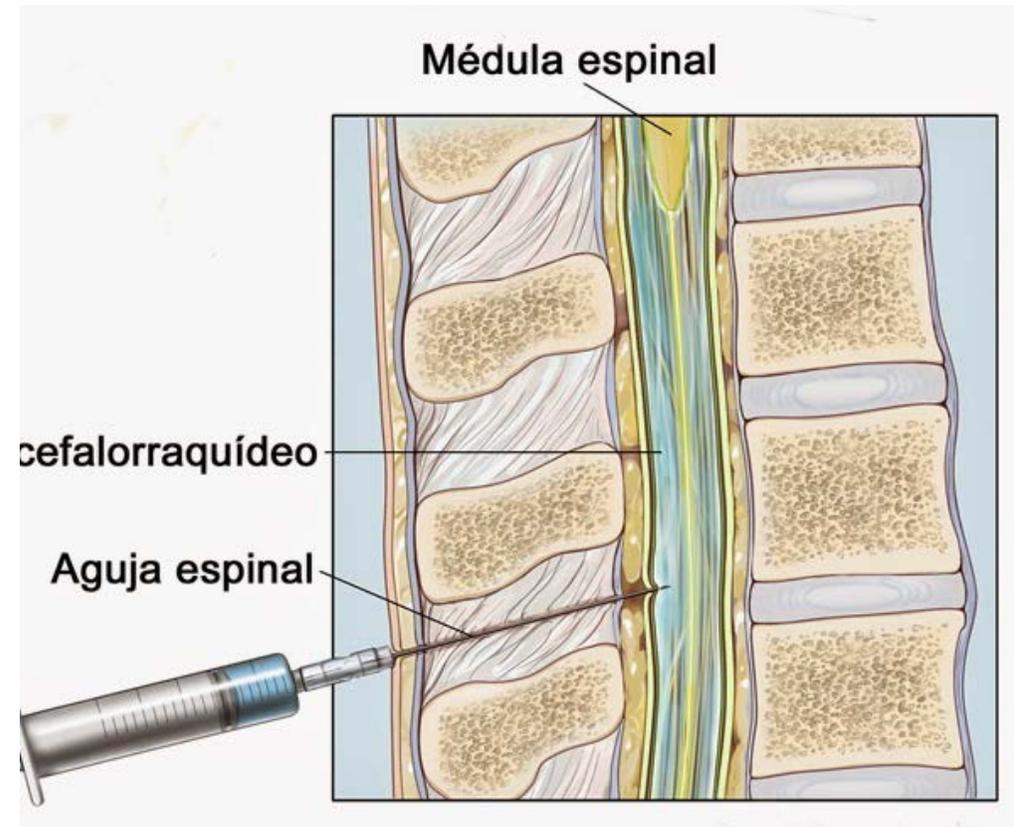


PLAN ANESTÉSICO

Anestesia general vs. Anestesia locoregional

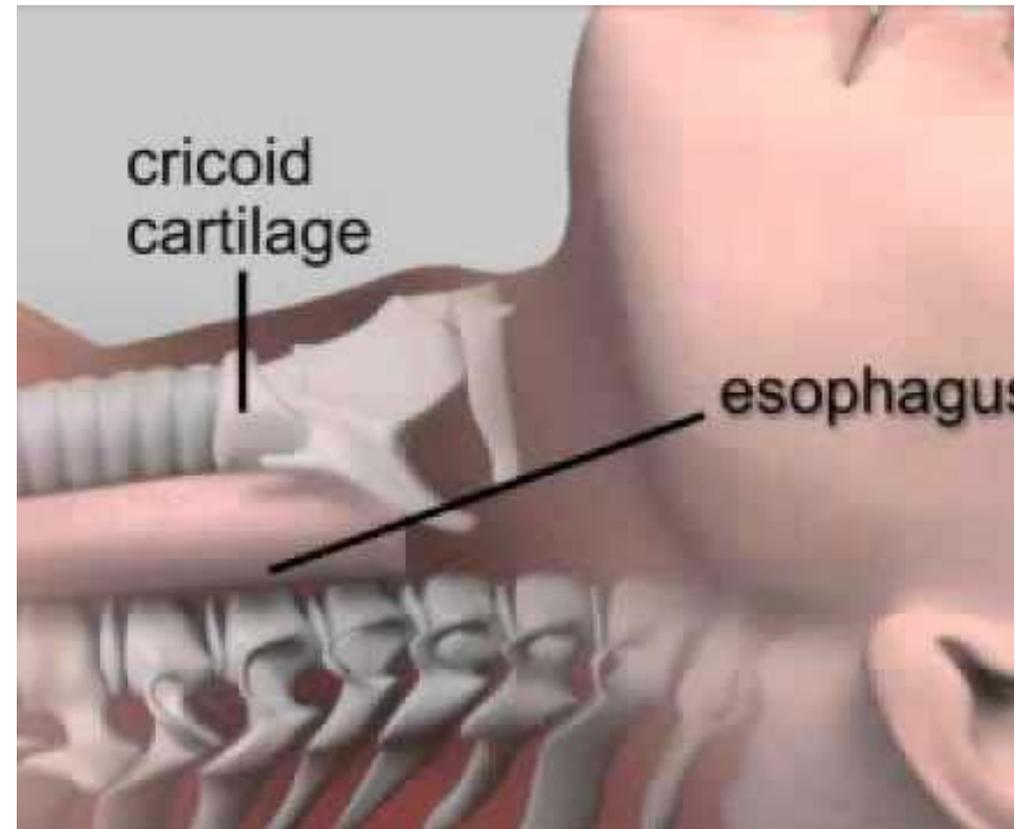
Contraindicaciones absolutas anestesia locoregional

- Rechazo del paciente
- Coagulación inadecuada
- Infección o sepsis
- Hipovolemia
- Enfermedad cardíaca (estenosis mitral o aórtica moderada o severa)
- Presión intracraneal elevada



INDUCCIÓN DE SECUENCIA RÁPIDA

- Paciente que NO cumple criterios de vía aérea difícil.
- Adecuada preoxigenación, estabilización cervical y laringoscopia directa.
- Maniobra de Sellick (NO BURP)

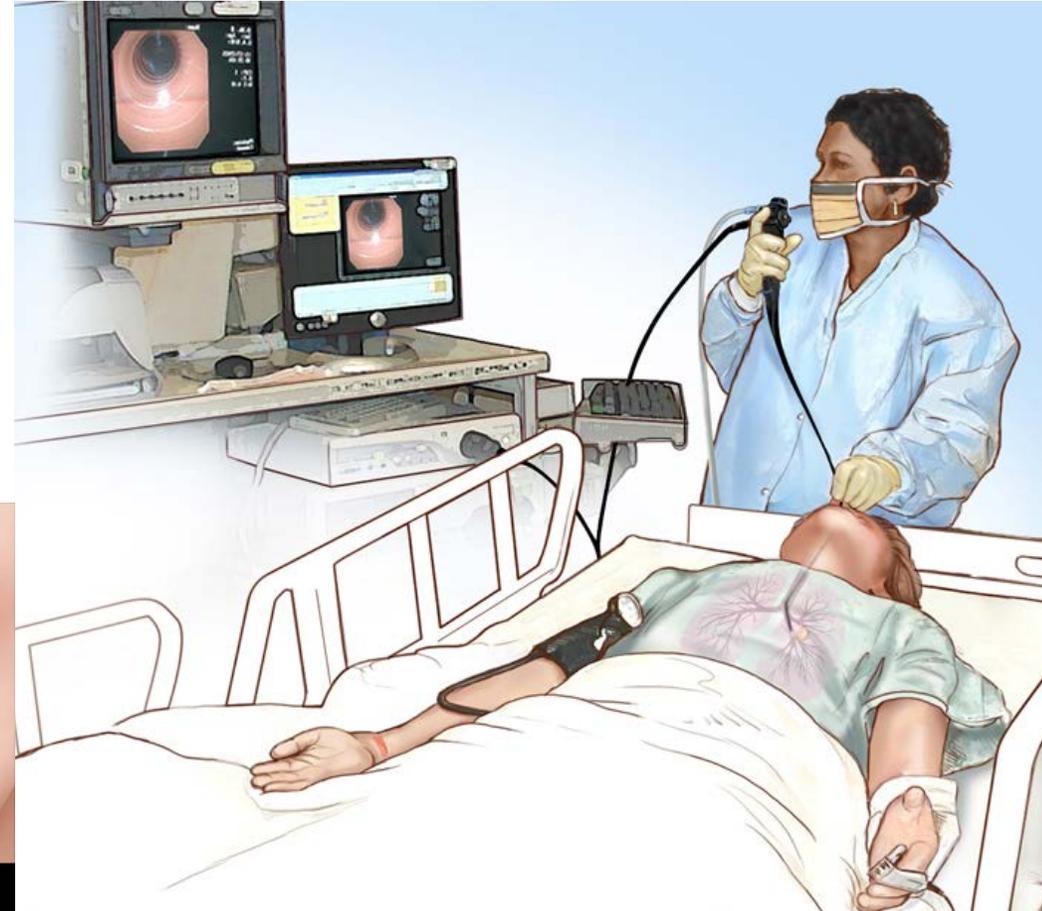
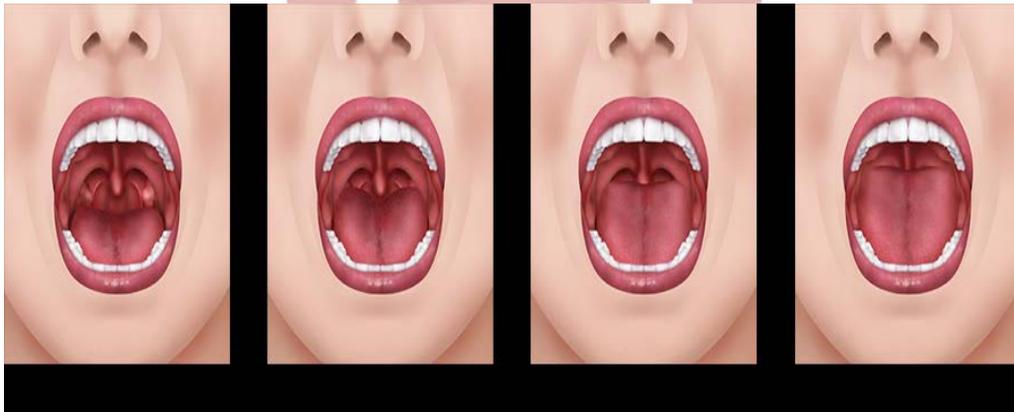
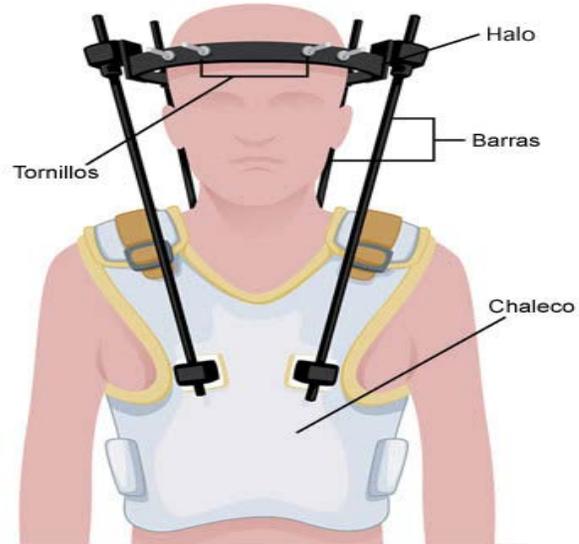


INDUCCIÓN DE SECUENCIA RÁPIDA II

- Inductores: Propofol, Etomidato, Ketamina, Midazolam
- Relajantes: Succinilcolina vs Rocuronio

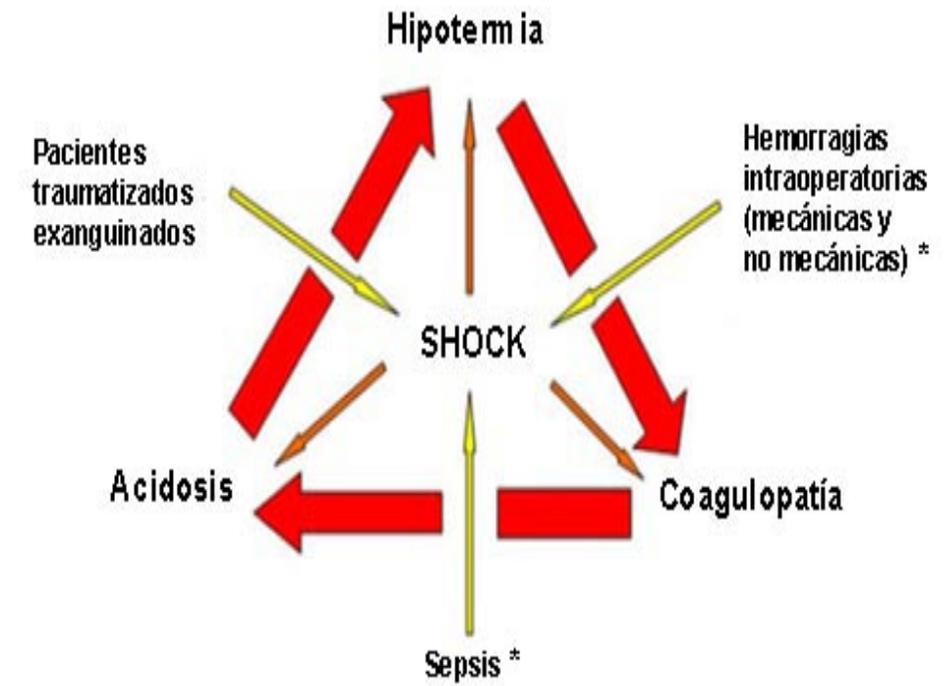


INTUBACIÓN DEL PACIENTE DESPIERTO





MANTENIMIENTO



ANESTESIA DE CONTROL DE DAÑOS

- Prioridades del manejo anestésico del paciente con trauma grave
 1. Facilitar el control del sangrado
 2. Mantener la perfusión tisular
- La reanimación de control de daños consiste en :
 1. La cirugía de control de daños (control quirúrgico de la hemorragia y de la contaminación)
 2. La reanimación hemodinámica (garantizar una adecuada perfusión tisular con unos objetivos de presión arterial (hipotensión permisiva) y administración racional de fluidos)
 3. Reanimación hemostática (evitar coagulopatía inducida por trauma y realizar transfusión proporcional de hemoderivados).





SUEROterapia

Mantener volumen circulante

Evitar la hipoperfusión tisular

Cristaloides: 30 ml/Kg

Cristaloides vs. Coloides

Coloides Sinteticos o naturales

Dado que no está demostrado que los coloides reduzcan la mortalidad en comparación con los cristaloides, parece razonable utilizar como fluido de primera línea los cristaloides, además de ser mas baratos, con menos efectos secundarios y con mayor experiencia de uso.



HEMODERIVADOS Y COAGULOPATÍA



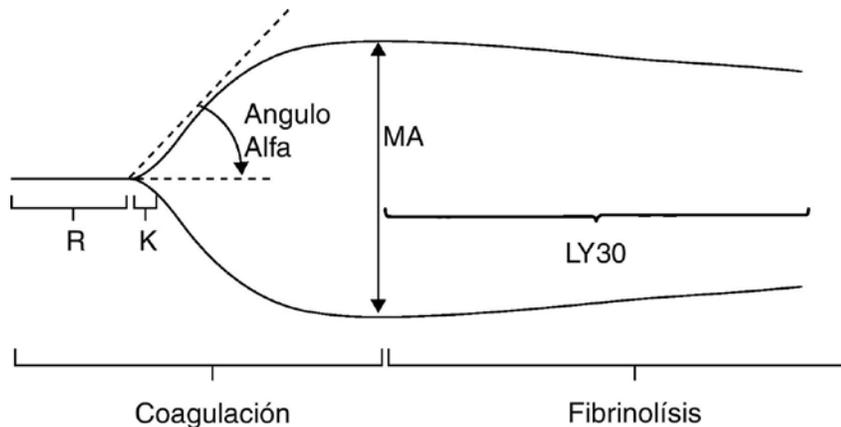
Protocolos de transfusión masiva

Hemorragia masiva

> 150 ml/min durante 10 min

> 2500 ml (50% de la volemia) en 3h

> 5000 ml (100% de la volemia) en 24h



Monitorizar calcio y mantener normocalcemia
Monitorizar glucemia y mantener normoglucemia

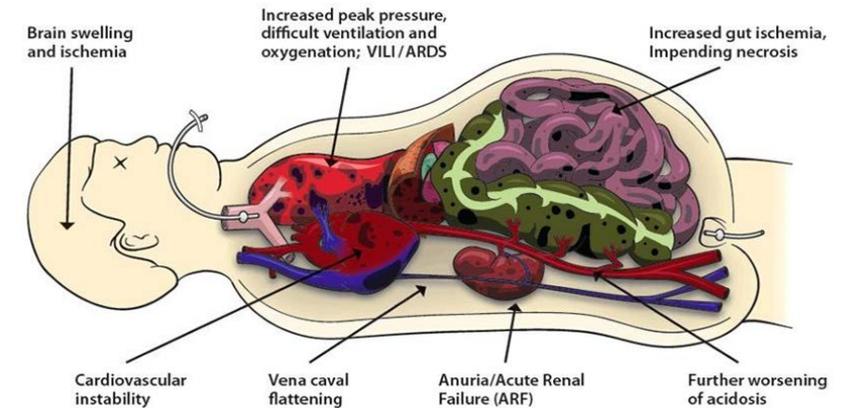
Acido tranexamico



SÍNDROME COMPARTIMENTAL INTRAABDOMINAL

PIA normal 5-8 mmHg

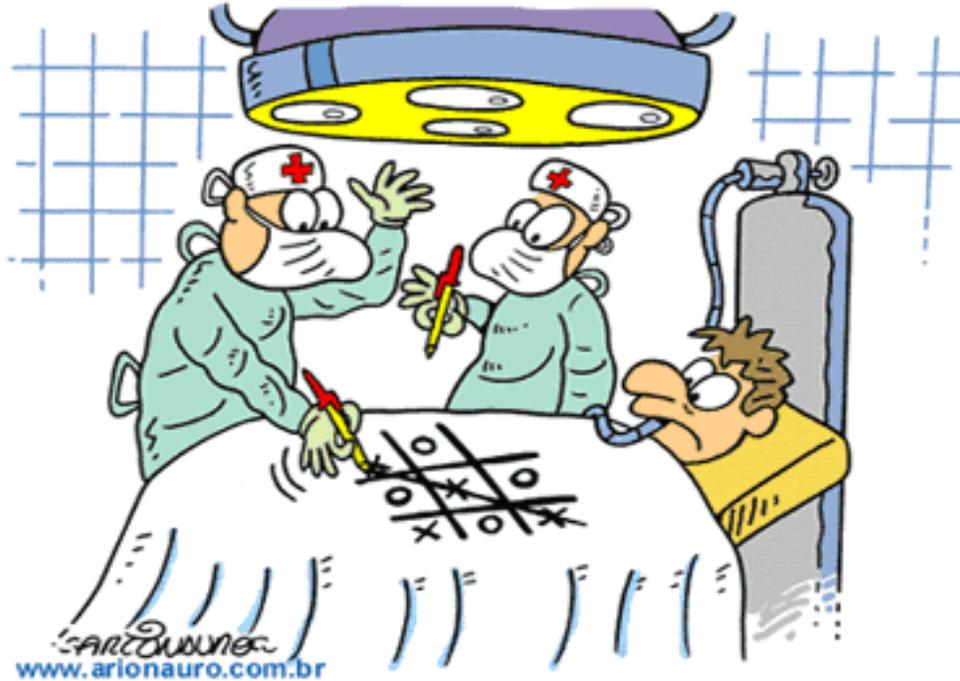
Presión de perfusión intraabdominal: $PPA = PAM - PIA$



	PIA (mmHg)	Alteraciones fisiopatológicas
Grado I	12-15	Períodos cortos de pH ácido en la mucosa intestinal
Grado II	16-20	Aumento P. inspiratoria máx.
Grado III	21-25	Hipercarbia. Disminución de la compliance pulmonar. Oliguria.
Grado IV	>25	Hipercarbia. Disminución de la compliance pulmonar. Oliguria.



SEGURIDAD



Alrededor de 230 millones de pacientes se someten a anestesia para cirugía mayor en el mundo cada año. Siete millones desarrollan complicaciones graves asociadas con los procedimientos quirúrgicos, de los cuales un millón mueren (200.000 en Europa)



RECURSOS PARA EL MANEJO DE CRISIS EN ANESTESIA

1. Conocer el entorno
2. Anticipar y planificar
3. Pedir ayuda pronto
4. Ejercer el liderazgo y saber seguirlo
5. Distribuir la carga de trabajo
6. Movilizar todos los recursos disponibles



RECURSOS PARA EL MANEJO DE CRISIS EN ANESTESIA II

7. Comunicarse eficientemente
8. Utilizar toda la información disponible
9. Prevenir y manejar los errores de fijación
10. Comprobaciones cruzadas (dobles)
11. Utilizar ayudas cognitivas
12. Re-evaluar periódicamente
13. Buen trabajo de equipo
14. Repartir la atención de forma juiciosa
15. Establecer prioridades de forma dinámica



FENTA,
NO FANTA!!

