



19, 20 y 21 de Octubre

Jornada Científica y de Gestión

EFFECTO DE LA ANESTESIA MULTIMODAL MIXTA COMPARADA CON ANESTESIA TRADICIONAL EN PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS ONCOLÓGICOS. UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO.

Servicio de Anestesiología

Fernandez, Maria Eugenia.

Caruso Bidinost, Mariano Gabriel; Berger Alan; Passone Zaiek Nicolas, Montilla Flor; Guevara Maria.

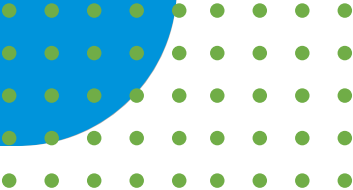


Se comparará el efecto de la analgesia durante la cirugía y en la recuperación post operatoria inmediata en pacientes oncológicos neuroquirúrgicos sometidos a craneotomía entre la anestesia multimodal mixta contra la anestesia tradicional.





IDENTIFICACIÓN, DELIMITACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

- Dolor es la principal consulta.
 - 50% de los pacientes que son sometidos a cirugías presentan dolor en el postoperatorio inmediato, de los cuales 20% presentan dolor crónico.
- 

La analgesia multimodal segura.



Disminución de la utilización de opioides, disminuyendo así la hiperalgesia inducida por estos fármacos y sus efectos adversos.



Disminuye la posibilidad de que ocurra neuroplasticidad y establecimiento de dolor crónico.

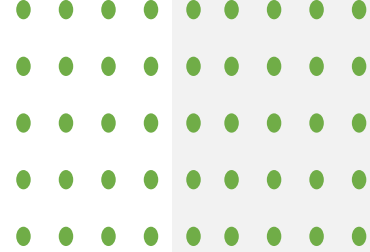
OBJETIVOS

- ✓ Demostrar que la analgesia multimodal segura con técnica mixta es la mejor forma para abordar a los pacientes oncológicos neuroquirúrgicos sometidos a craneotomía.
- ✓ Reducción de la dosis total de opioides intraoperatoria.
- ✓ Disminución del dolor post operatorio agudo.

METODOLOGÍA

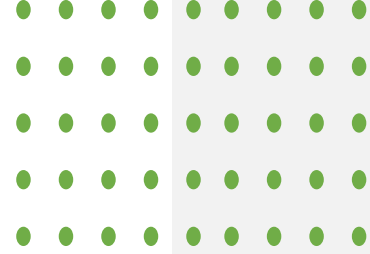


DOBLE CIEGO
RANDOMIZADO Y
ALEATORIZADO.



1. Selección de paciente y firma del consentimiento informado.
2. Randomización del paciente y preparación del quirófano para realizar la anestesia indicada :
 - Grupo número 1: Anestesia tradicional.
 - Grupo número 2: Anestesia multimodal mixta.
3. Recolección de datos por Escalas visual numérica (EVN) y parámetros dinámicos intraoperatorios alegóricos al dolor.
4. Relevamiento estadístico

METODOLOGÍA



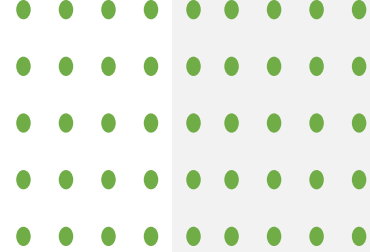
Selección de paciente.

En el consultorio preanestésico con firma del consentimiento informado.

Criterios de selección:

1. Ser mayores de edad o tener autorización.
2. Paciente vigil, orientado en tiempo y espacio,
3. Ser pacientes oncológicos neuroquirúrgicos
4. No deben estar bajo tratamiento de dolor crónico
5. La cirugía que se realice debe ser programada
6. Los pacientes deberán ser extubados en el quirófano para poder evaluar el dolor en el postoperatorio inmediato.

METODOLOGÍA



Randomización del paciente y preparación del quirófano para realizar la anestesia indicada :

	GRUPO 1	GRUPO 2
- INDUCCION ANESTESICA	<ul style="list-style-type: none"> - PREMEDICACION EN 250ML DE SOLUCION FIOSIOLOGICA COLOCAR: DEXAMETASONA 8MG METOCLOPRAMIDA 20MG DIPIRONA 20MG/KG RANITIDINA 50MG CEFAZOLINA 2G O CLINDAMICINA 900MG SI ES ALERGICO. ALTERNATIVA: VANCOMICINA 1G - MIDAZOLAM TITULABLE - FENTANILO 3 MCG/KG - LIDOCAINA 1MG/KG - PROPOFOL 2MG/KG - RELAJANTE MUSCULAR A ELECCION 	<ul style="list-style-type: none"> - PREMEDICACION EN 250ML DE SOLUCION FIOSIOLOGICA COLOCAR: DEXAMETASONA 8MG METOCLOPRAMIDA 20MG DIPIRONA 20MG/KG RANITIDINA 50MG CEFAZOLINA 2G O CLINDAMICINA 900MG SI ES ALERGICO. ALTERNATIVA: VANCOMICINA 1G - MIDAZOLAM TITULABLE - FENTANILO 3 MCG/KG - LIDOCAINA 1MG/KG - PROPOFOL 2MG/KG - RELAJANTE MUSCULAR A ELECCION
- MANTENIMIENTO ANESTESICO	<ul style="list-style-type: none"> - REMIFENTANILO 0.1 A 0.5 MCG/KG/MIN - SEVORANE CAM 0.4 A 0.5 - DEXMEDETOMIDINA 0.2 MCG/KG/HR - LIDOCAINA 1 MG/KG/HR - BLOQUEO SCALP (LIDOCAINA AL 1% Y BUPIVACAINA AL 0.25%) 	<ul style="list-style-type: none"> - REMIFENTANILO 0.1 A 0.5 MCG/KG/MIN - SEVORANE CAM 0.4 A 0.5 - DEXMEDETOMIDINA 0.2 MCG/KG/HR - LIDOCAINA 1 MG/KG/HR - BLOQUEO SCALP (LIDOCAINA AL 1% Y BUPIVACAINA AL 0.25%)
- PRE - EXTUBACION	<ul style="list-style-type: none"> - TRAMADOL 1 MG/KG - KETOROLAC 60MG 	<ul style="list-style-type: none"> - TRAMADOL 1 MG/KG - KETOROLAC 60MG

METODOLOGÍA




Recolección de datos por Escalas visual numérica (EVN) y parámetros dinámicos intraoperatorios alegóricos al dolor.


1. Consulta pre anestésica.
2. Previo a la inducción anestésica.
3. Colocación del cabezal de Mayfield.
4. Tras la extubación.
5. Al dejarlo en la unidad de destino.

Mantener el dolor por debajo de EVN 4/10.

Dolor \square aumento del 20% del basal tanto de la frecuencia y de la presión arterial



RESULTADOS ESPERADOS Y SUS IMPLICANCIAS PARA EL DISEÑO, MONITOREO Y/O EVALUACIÓN DE POLÍTICAS DE PROGRAMAS EN SALUD



- Menor dolor entre los pacientes que se usen la técnica de analgesia multimodal mixta en comparación con la técnica tradicional.
- Disminuir los requerimientos de opioides intra operatorios Que no requieran ningún tipo de rescate los pacientes sometidos a la técnica de anestesia multimodal.
- Disminuir el gasto en el consumo de opioides.
- Mermar el gasto publico en el dolor postoperatorio agudo y crónico.
- Mitigar la neuro plasticidad producto de la utilización excesiva de opioides para contrarrestar los efectos cruentos y dolorosos de la cirugía.