



TIVA Y ANALGESIA MULTIMODAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO

González Martínez, T; Batuecas Asensio, S; Santos Guzmán, D; Cabero Pérez, J A; Ordax Calvo, G; González Pascual, I.

CONTEXTO

Se trata de un caso en el que podríamos encontrar muy adecuado y beneficioso el uso de Anestesia Regional pero dadas las peculiaridades que presenta nuestro paciente, decidimos optar por la realización de TIVA y analgesia multimodal. Nos gustaría exponer el uso de la TIVA y de la analgesia multimodal en pacientes pediátricos.

CASO CLINICO

Paciente de 8 años, con antecedentes de síndrome de regresión caudal, agenesia de columna lumbosacra y del coxis, disgenesia de miembros inferiores y síndrome de lesión medular torácico bajo. Antecedentes de anestesia general inhalatoria e intravenosa, sin incidencias.

PLANTEAMIENTO QUIRÚRGICO

Osteotomía varizante de fémur proximal bilateral, con liberación de abductores de cadera y osteotomía acetabular para mejorar la cobertura bilateral.

- **Objetivo** → llevar el eje de las extremidades inferiores a línea media para poder colocar prótesis externas que permitan la bipedestación.

PECULIARIDADES DE NUESTRO CASO

Fusión compleja cuerpos vertebrales C6-C7-T1, por lo que el catéter epidural quedaría descartado. Agenesia completa lumbar y sacra por Síndrome de Regresión Caudal tipo I-Na de Pang, que impediría la infiltración caudal.

INDUCCIÓN

TIVA con Fentanilo 2 mcg/kg, Propofol 3 mg/kg y Rocuronio 0.6 mg/kg.

Profilaxis antibiótica y antiemética.

MANTENIMIENTO

ANESTÉSICO → Sevoflurano CAM 2.5 y Rocuronio 0.5 mg/kg según monitorización de BNM.

ANALGÉSICO → con medicación intravenosa:

- Remifentanilo PCiv a 0.05 microgramos/kg/min.
- Lidocaína: dosis inicial de 1mg/kg + PCiv a 3 mg/kg/h.
- Dexmedetomidina: 0.5 microgramos/kg + PCiv 0.5 microgramos/kg/h.
- Sulfato de magnesio: dosis bolo de 20 mg/kg a pasar en 10 min.
- Ketamina: 10 mg iv al inicio de la cirugía.
- Paracetamol: 220 mg iv; Metamizol 600 mg iv; Cl. Morfico: 1 mg iv.

POSTOPERATORIO INMEDIATO

Llegada a URPA → extubado, en ventilación espontánea, con O2 suplementario en mascarilla facial. Estable hemodinámicamente, sin soportes. Efectos residuales de la AG. Sat 98% con VMK al 28%.

MANEJO ANALGÉSICO POSTOPERATORIO

Lidocaína: PCiv a 1 mg/kg /h manteniendo la perfusión durante 24h; Paracetamol 220 mg iv/8h; Metamizol 600 mg iv/8h; Cloruro mórfico 0.5 mg iv de rescate.

Con la medicación pautaada se consiguió un buen control analgésico no precisándose medicación de rescate.

ANÁLISIS

Destacar la importancia del manejo multimodal de la analgesia, y la importancia de la adaptación del abordaje anestésico y analgésico a cada caso. Dadas las limitaciones que se presentaban asociadas a la patología del presente paciente, se optó por la realización de TIVA y analgesia multimodal, con buenos resultados.

PUNTOS DE INTERES

Consideramos que la realización de TIVA y analgesia multimodal puede aportar numerosas ventajas y es una buena opción a tener en cuenta, especialmente cuando otro tipo de tratamientos no son una opción.

BIBLIOGRAFÍA

- Kraemer W and Rose J.B, Pharmacologic Management of acute pediatric pain, Anesthesiology Clin 2007, 27: 241-268.
- Manual Hospital sin Dolor: Abordaje integral del dolor agudo postoperatorio.

