



Caso clínico

Trasplante hepático *Split*

Split liver transplant

Rafael Paulino Leal-Villalpando,* Jorge Alberto Rojas-Ureña,*
Mariana Rebeca Báez-Lima*

* Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán», Universidad Nacional Autónoma de México. Alta Especialidad en Anestesiología de Trasplantes.



RESUMEN

El trasplante hepático es la única modalidad de tratamiento para pacientes con enfermedades hepáticas terminales. Así como los trasplantes hepáticos se han mejorado en cuanto a medicamentos inmunosupresores, técnicas y experiencia acumulada, progreso de la medicina intensiva y la anestesiología, también ha aumentado la demanda de injertos hepáticos, la cual no ha sido alcanzada por el suministro. Como resultado de esto, miles de pacientes mueren al año en la lista de espera. El trasplante hepático en *Split* ha sido una estrategia importante para aumentar el suministro de injertos creando dos trasplantes de un órgano, la cual es bastante factible para su realización en México en hospitales en donde se tiene experiencia en trasplante hepático y así disminuir el tiempo en lista de espera. El trasplante hepático *Split* ofrece una manera atractiva de incrementar el número de injertos cadavéricos. Se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán» un trasplante de lóbulo derecho extendido, el cual fue exitoso.

Palabras clave: trasplante hepático *Split*, lóbulo derecho extendido, equipo multidisciplinario.

INTRODUCCIÓN

El trasplante hepático es la única modalidad de tratamiento para pacientes con enfermedades hepáticas terminales. Así como los trasplantes hepáticos se han mejorado en cuanto a medicamentos inmunosupreso-

ABSTRACT

Liver transplantation is the only treatment modality for patients with end-stage liver disease. Just as liver transplantation has improved in terms of better immunosuppressive drugs, techniques and accumulated experience, progress in intensive care medicine and anesthesiology, so has the demand for liver grafts, which has not been met by supply. As a result, thousands of patients die each year on the waiting list. Split liver transplantation has been an important strategy to increase organ supply by creating two transplants from one graft, which is quite feasible to perform in Mexico in hospitals where there is experience in liver transplantation and thus decrease the time on the waiting list. Split liver transplantation offers an attractive way to increase the number of cadaveric grafts. An extended right lobe transplant was successfully performed at the Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán».

Keywords: Split liver transplantation, right extended allograft, multidisciplinary team.

res, técnicas y experiencia acumulada, progreso de la medicina intensiva y la anestesiología, también ha aumentado la demanda de injertos hepáticos, la cual no ha sido alcanzada por el suministro. Como resultado de esto, miles de pacientes mueren al año en la lista de espera. El trasplante hepático *Split* ha sido



Tabla 1: Pruebas de función hepática, renal y biometría hemática durante la hospitalización.

| | 13.03 | 14.03 | 15.03 | 16.03 | 18.03 | 19.03 | 20.03 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| BT | 1.05 | 2.01 | 1.27 | 1.06 | 0.82 | 0.82 | 0.717 |
| BD | 0.27 | 0.83 | 0.52 | 0.38 | 0.242 | 0.228 | 0.207 |
| BI | 0.77 | 1.18 | 0.75 | 0.68 | 0.582 | 0.592 | 0.582 |
| ALT | 34.7 | 723.4 | 988.2 | 876 | 474 | 304 | 208 |
| AST | 51.2 | 660 | 648 | 253 | 43.9 | 26.2 | 19.4 |
| GGT | 42.1 | 52.2 | 75.5 | 124 | 143 | 142 | 129 |
| FA | 169 | 141 | 160 | 190 | 241 | 217 | 200 |
| BUN | 16.7 | 24.4 | 29.7 | 32.3 | 19 | 21.3 | 20 |
| Urea | 35.74 | 52.2 | 69.1 | 40.66 | 45.5 | 43.2 | 44.5 |
| Creat | 0.64 | 0.58 | 0.67 | 0.59 | 0.42 | 0.46 | 0.52 |
| HB | 12.3 | 8 | 7.8 | 7.6 | 9.3 | 8.9 | 9.1 |
| HTO | 38.6 | 23.9 | 23.3 | 28.7 | 28.2 | 26.4 | 27.2 |
| Leu | 3 | 7.1 | 5.7 | 5.6 | 4.3 | 3.4 | 3.7 |
| Pla _q | 98 | 49 | 48 | 44 | 50 | 58 | 73 |

BT = bilirrubina total. BD = bilirrubina directa. BI = bilirrubina indirecta. ALT = alanino aminotransferasa. AST = aspartato aminotransferasa. GGT = gammaglutamil transpeptidasa. FA = fosfatasa alcalina. BUN = nitrógeno de urea sanguíneo. Creat = creatinina. HB = hemoglobina. HTO = hematocrito. Leu = leucocitos. Pla_q = plaquetas.

una estrategia importante para aumentar el suministro de injertos creando dos trasplantes de un órgano.¹ En el abordaje común del procedimiento *Split*, el hígado es dividido en segmento izquierdo, para ser trasplantado a un niño, y lóbulo derecho extendido, para ser trasplantado a un receptor adulto. En una variante del procedimiento un poco más compleja, el hígado se separa en dos hemiinjertos, el lado izquierdo se usa para un adulto joven o adolescente y el derecho para un paciente adulto mediano. La selección del donador, experiencia del cirujano, logística y capacidad del equipo de trasplantes son factores importantes para el desenlace adecuado del paciente posterior al trasplante *Split*.²

REPORTE DE CASO

Con previa valoración del equipo multidisciplinario, se realiza trasplante hepático ortotópico en marzo del 2023 a una paciente de 68 años, peso de 48 kg y talla de 154 cm con diagnóstico de cirrosis hepática Child Pugh B (8 puntos), Model for End-stage Liver Disease (MELD) - Na 13 puntos (probable MAFLD), con presencia de hipertensión hemorrágica, angiodisplasia en íleon tratada con embolización, várices fúndicas gástricas, ascitis grado I con respuesta a diuréticos, encefalopatía hepática tipo C, episódica, precipitada, recurrente, carcinoma hepatocelular BCLC A, postoperada de ablación por radiofrecuencia y embolización transarterial, trombosis portal.

Como comorbilidad, la paciente presenta artritis reumatoide clase funcional I, neumopatía intersticial en estudio con espirometría simple con FVC 1.48 L (53% del predicho), FEV1 0.91 L (45% del predicho), FEV1/FVC 61% (patrón mixto obstructivo-restrictivo), diabetes mellitus 2, hipertensión arterial sistémica, sífilis latente tardía tratada y osteoporosis (*Tabla 1*).

La paciente ingresa a sala, se administra anestesia total intravenosa a base de propofol, fentanilo y rocuronio. Se monitoriza con monitoreo invasivo y colocación de catéter de flotación pulmonar para manejo hemodinámico.

Se mantiene bajo ventilación controlada por volumen, con FiO₂ 50%, frecuencia respiratoria de 16 rpm, volumen corriente de 375 mL, PEEP 6 cmH₂O, saturando 95-98%. Se agrega infusión de calcio, bicarbonato y magnesio, así como ácido tranexámico a 3 µg/kg/min.

Se administra norepinefrina a dosis respuesta, siendo la dosis máxima 2.5 µg/kg/min, vasopresina dosis máxima 0.8 U/min, dopamina 5 µg/kg/min, adrenalina 100 µg utilizados posterior a la reperfusión debido a bradicardia inestable.

Durante la cirugía presentó sangrado de 1,500 mL, diuresis de 750 mL, se transfundió un paquete globular y 1.5 g de fibrinógeno teniendo balance positivo de 822 mL.

El tiempo quirúrgico fue de 5 horas 47 minutos. Se realizó técnica de exclusión total de cavas, anastomo-

sis de la arteria hepática derecha del donador a hepática del receptor. La anastomosis de la vena porta fue porta-porta término-terminal, con previa trombectomía por eversión. La vía biliar se anastomosó de manera colédoco-colédoco término-terminal, cara posterior y anterior surge.

El tiempo de isquemia fría duró 10 horas 10 minutos. El tiempo de isquemia tibia fue de 57 minutos y el tiempo de anhepático de 63 minutos. Se realizó Doppler transoperatorio el cual mostró la porta permeable con adecuadas velocidades. Arteria hepática permeable con IR 0.77. El lactato pico durante la cirugía fue de 6.4 y el lactato al egreso de 5.1. El peso del injerto fue de 750 g (*Anexo 1*).

La paciente salió a unidad de terapia intensiva bajo ventilación mecánica y uso de vasopresor. Al primer día postoperatorio fue extubada y mantenida con puntas nasales a 2 L/min, y se realizó suspensión de vasopresores. Se manejó con tramadol 100 mg para

24 horas, paracetamol 1 g c/8 h y basiliximab dosis única 20 mg IV.

Se realiza Doppler postoperatorio evidenciando el segmento IV hepático con ausencia de flujos arteriales como variante esperada del trasplante hepático. Se agrega cobertura antibiótica con ertapenem 1 g c/24 h por potencial isquemia.

Al segundo día postoperatorio la paciente egresa a piso de hospitalización sin complicaciones, con pruebas de función hepática a la baja y tomografía axial computarizada (TAC) de control con evidencia del segmento IV con aumento de volumen, sin flujo vascular, sin datos de complicación actual (*Figura 1*).

Al presentar mejoría clínica, se da de alta hospitalaria a siete días postoperación. Se realiza TAC de control observando imagen aparentemente quística en zona de segmento IV, la cual es puncionada por el servicio de radiología intervencionista.

Figura 1:

Tomografía computarizada abdominal a tres semanas del postoperatorio. Injerto hepático derecho con estructuras vasculares permeables. Colección en el remanente del lóbulo hepático izquierdo con aire como único dato sugestivo de proceso infeccioso sobregregado.

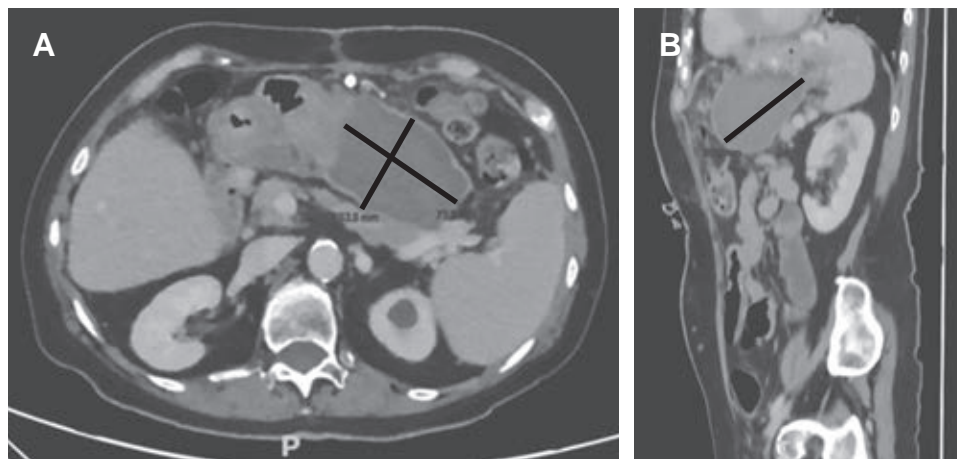
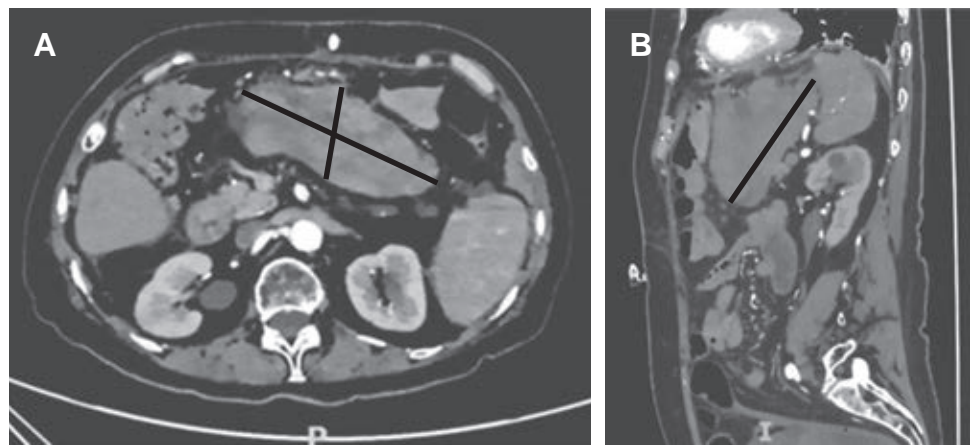


Figura 2:

Tomografía computarizada abdominal a tres meses del postoperatorio. Colección de contenido hipodenso, homogéneo, con dimensiones de 8 × 7.3 × 5.3 cm (previo de 11.8 × 5.5 × 10.8 cm), con atenuación promedio de 38 unidades Hounsfield (UH).

Dos semanas posteriores, la paciente ingresa a hospitalización por síntomas respiratorios y disminución de hemoglobina, por lo que se toma una TAC de control evidenciando un hematoma epigástrico de 11.8 x 5.5 x 10.8 cm sin datos de sangrado activo (*Figura 2*). Se transfunden dos paquetes globulares, logrando estabilidad hemodinámica y posterior alta de hospitalización.

DISCUSIÓN

El porcentaje en la lista de espera es < 20% a un año, por lo que esta es una forma factible de disminuir la mortalidad y acelerar el proceso de trasplante hepático. Si bien, el trasplante en *Split* es técnicamente más complejo, se ha mostrado que el trasplante de un injerto derecho extendido no conlleva mayor número de complicaciones quirúrgicas o de menor supervivencia del paciente o del injerto, por lo que es igual de seguro que un injerto completo.^{3,4}

CONCLUSIONES

El uso de trasplantes *Split* de injertos derechos extendidos es cada vez mayor en adultos, así como la selección adecuada de candidatos, lo cual podría disminuir la mortalidad en lista de espera y es una opción cada vez más factible en centros de trasplantes en México.

REFERENCIAS


1. Doyle MB, Maynard E, Lin Y, Vachharajani N, Shenoy S, Anderson C et al. Outcomes with split liver transplantation are equivalent to those with whole organ transplantation. *J Am Coll Surg*. 2013; 217 (1): 102-112.
2. Emre S, Umman V. Split liver transplantation: an overview. *Transplant Proc*. 2011; 43 (3): 884-887.
3. Mazariegos GV, Garrido V, Jaskowski-Phillips S, Towbin R, Pigula F, Reyes J. Management of hepatic venous obstruction after split-liver transplantation. *Pediatr Transplant*. 2000; 4 (4): 322-327.
4. Broering DC, Schulte am Esch J, Fischer L, Rogiers X. Split liver transplantation. *HPB (Oxford)*. 2004; 6 (2): 76-82.

Correspondencia:

Mariana Rebeca Báez-Lima

E-mail: marabaez.23@gmail.com

Anexo 1.



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

Fecha: 13/Mayo/2023
 Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Reg: 310113

NOTA PREANESTÉSICA:
 Paciente programado para: Trasplante hepático
Antecedentes:
 Tabaquismo: negado Alergias: negadas Transfusionales: (+) 18 p₉ globales (2021)
 Quirúrgicos: _____

Comorbilidades: Cirrosis hepática Child Pugh B probable NAFD -2019, gases J con reinerte a dietético, Artritis reumatoide clase funcional I, mielopatía intestinal en estudio, diabetes, tipo 2 HAS, Sífilis latente tardía tratada
 Anestesia planeada TIVA ASA III
 Medicación preanestésica _____

NOTA TRANSANESTÉSICA:
 Inductores: Lidocaina 60mg Propofol 100mg Fentanilo 200mg Rocuronio 50mg # 7.5 l₁₀ a 14cm con 8cc aire Requirió intubación: si no
 Mantenimiento Propofol, Fentanilo, Rocuronio Eventos adversos en la emersión: si _____ no NA
 Balance de líquidos: ingresos SS 1000 SH 580 PG 298 PL 2000 TI 9,128 egresos 3,306 total 7872
 Se utilizaron fármacos para revertir: no si _____
 Aldrete al llegar a recuperación: NA/10 Sangrado 1500ml
Quetos 750ml

NOTA POSTANESTÉSICA:
 Técnica anestésica: TIVA
 Dosis de medicamentos utilizados: Propofol 1450 mg, Fentanilo 1090 mg, rocuronio 100mg, lidocaina 60mg, ácido tetracáico 1g, Vigoroxina 0.9g, Norepinefrina DR (2.5mg) 1g, Calceol 1g, Sulfato Magnésico 500mg HClO, 117mg, Meloxicam 15g
 Duración de la anestesia: 21:00 Hidroxocloruro 100mg, Manitol 50g, Aclenolol 100mg, Pipe/Furo 4.5g, Oxamnia 5mg, Melazolam 15mg
 Incidentes y/o accidentes atribuibles a la anestesia: Ninguno
 Estado al egreso: JA 100/50 PAM 70 FC 44
FR 14 SAT 97%

NOTA DE RECUPERACIÓN Y EGRESO:
 Evolución y tratamiento durante su estancia en la unidad de cuidados postanestésicos: _____
Hemodinámicamente estable con apoyo de doble vasopresor intubada
 Sitio a donde egresa: UTI 36
 Observaciones: Ninguna

 Nombre y firma del Anestesiólogo

200640

| | Temp | Temp | Temp | Temp | | | |
|---|-------|----------|----------|------------|----------|---------|-------|
| Valores Corregidos por Temp | 7.408 | 7.379 | 7.335 | 7.393 | | | |
| pH(T) _c | 7.401 | 58.5 | 37.8 | 79.4 | 50.6 | mmHg | [-] |
| pO ₂ (T) _c | 59.9 | 43.6 | 38.9 | 39.7 | 40.6 | mmHg | [-] |
| pCO ₂ (T) _c | 37.4 | y metabo | y metabo | s y metabo | y metabo | litos | |
| Valores de electrolitos y metab | 144 | 143 | 138 | 138 | mmol/L | [-] | |
| cNa ⁺ | 144 | 4.0 | 3.8 | 3.5 | 3.7 | mmol/L | [-] |
| cK ⁺ | 3.5 | 107 | 106 | 101 | 102 | mmol/L | [-] |
| cCl ⁻ | 110 | 5.25 | 4.91 | 4.83 | 4.88 | mg/dL | [-] |
| cCa ²⁺ | 4.80 | 209 | 149 | 182 | 240 | mg/dL | [-] |
| cGlu | 142 | 2.4 | 4.9 | 6.4 | 5.1 | mmol/L | [-] |
| cLac | 3.9 | | | | | | |
| Estado Ácido-Base | | 27.6 | 23.0 | 21.5 | 24.9 | mmol/L | [-] |
| cHCO ₃ ⁻ (P) _c | 23.2 | 2.4 | -2.1 | -4.4 | -0.3 | mmol/L | [-] |
| cBase(B) _c | -1.4 | | | | | | |
| Valores de Oximetría | | 11.7 | 10.5 | 8.7 | 10.3 | g/dL | [-] |
| ctHb | 9.9 | 87.0 | 65.3 | 93.3 | 83.6 | % | [-] |
| FO ₂ Hb | 87.0 | 3.3 | 2.1 | 2.4 | 2.2 | % | [-] |
| FCOHb | 2.3 | -0.8 | 0.7 | 0.5 | 0.8 | % | [-] |
| FMethHb | 0.5 | 10.5 | 31.9 | 3.8 | 13.4 | % | [-] |
| FHHb | 10.2 | 35.8 | 32.1 | 26.7 | 31.6 | % | [-] |
| Hct _c | 30.5 | 89.2 | 67.2 | 96.1 | 86.2 | % | [-] |
| sO ₂ | 89.5 | 27.36 | 29.00 | 24.86 | 26.06 | mmHg | [-] |
| p50(T) _c | 27.81 | 14.2 | 9.6 | 11.6 | 12.2 | mL/dL | [-] |
| ctO ₂ _c | 12.2 | 13.3 | 18.3 | 19.1 | 14.8 | mmol/L | [-] |
| Anion Gap, K ⁺ _c | 13.6 | 298.8 | 294.8 | 286.6 | 288.5 | mmol/kg | [-] |
| mOsm _c | 295.1 | | | | | | |
| Baro. | 586 | 583 | 584 | 584 | 582 | mmHg | [-] |
| Valores de Gases en Sangre | 7.401 | Sangre | Sangre | Sangre | Sangre | | |
| pH | 7.399 | 44.6 | 7.372 | 7.318 | 7.380 | | |
| pCO ₂ | 37.6 | 60.5 | 39.7 | 41.9 | 42.2 | mmHg | |
| | 60.3 | | 39.1 | 85.3 | 53.8 | mmHg | |

VENOSA CENTRAL 23:10
 Venosa 01:14
 Venosa 02:08
 Venosa 03:01
 Venosa 09:25

Nota Preanestésica Fecha 14/03/2023 Hora 06:00

Cirugía Programada: Trasplante hepático

Antecedentes Heredo familiares y personales
 Grupo sanguíneo: O+
 - Biliemias negadas
 - Tabaquismo negado
 - Pringos negados
 - Transfusiones de (720 y 100) 18 paquetes globulares + 3 plaquetas
 neg, por sangrado abdominal (sin reacciones transfusionales)

Alergias: Negadas

Antecedentes Anestésicos: cesárea (1984 y 1989), Hernia Umbilical sin mlt (2020)

Padecimiento motivo de la cirugía: Cirrosis hepática Child Pugh B, METD N413 (Posible NAFLD) (2019); hipertensión portal hemorrágica.
 Tratamiento actual:
 - Sulfato magnesio 1g/1h
 - Prokinético prucalopride 100mg/300mg PRN
 - Referinina 200mg/día
 - Sulfato ferroso 100mg/2h
 - Propenolol 10mg/12h
 - Prednisa glósica 100/12h

Patologías actuales:
 Cardiovascular: 1) Cirrosis hepática Child Pugh B - METD N413 posible NAFLD - 2019, hipertensión portal hemorrágica
 Respiratoria: - Asch I con hipertrofia a ductos
- encefalopatía hepática C
 Renal: - CHC BCLC LTABD 3 en la 3da categoría
- PO aneurys por radioterapia
 Hepática:
 2) Artritis reumatoide clase funcional I
 Endocrina:
 3) Pneumopatía intestinal en atresia
 Neuropsiquiátrica:
 4) Diabetes tipo 2
 Otras:
 5) HAS 6) Sifilis latente tardía tratada (2012)

Exploración Física: SaO₂: 85% Ambiente
 FC: 64 TA: 140/70 FR: 14 Temp: 36.5
 Otros: P: 56.4 T: 1.54 Hb: 12.8 PP: 47.5g
DAE 4.5 3.30 METS VF: 282 - 376 ml

Nota Postanestésica
 Cirugía realizada: Trasplante hepático
 Tipo de Anestesia: TIVA
 Complicaciones transoperatorias y manejo: Ninguna
 Egresos a: UTI 36
 Aldrete (Qx): NA

Fecha: 14.03.2023 Hora: 06:00
 Firma de Alta: [Firma]

Vía Aérea: Predictores de Ventilación: OBE
 Mallampati: I Cuello: 6AD-I
 Ap. Bucal: 23.5 DTM: 5.6cm
 Alteraciones subglóticas: No U.2
 Se espera: Fácil ✓ Difícil: _____

| Examen | Result | Fecha | Examen | Result | Fecha |
|-----------|-----------------------------------|-------------|------------|------------|--------|
| Hb/Hto | 12.5/38.6 | | Creatinina | 0.64 | FF: 97 |
| Leucos | 3 | | Albumina | 3.45 | |
| Plaquetas | 98 | | BT/BD | 1.05/10.27 | |
| TP/INR | 11.9/1.1 | Fibrinogeno | FA | 169 | |
| TTP | 31.3 | 230 | AST/ALT | 51/34 | |
| Glucosa | 228 | PD 762 | CVFEV1 | | |
| Urea/BUN | 25/16 | | EGO | | |
| ES | Na 141 K 4.21 Cl 105/169.04 P 311 | | | | |
| Rx tórax | BNP: 245, Tnl 3.1 | | | | |
| EKG | | | | | |

Otros: Acidosis metabólica
 - PFT: 74 = 0.93 TSH: 4.43 Tg: 1.66
 - FSH: 7.9%

ECG: 2022/05: cardiopatía hipertensiva
por más velocidad estimada de 23.5 m/s
intermedia de HAS

Estado físico ASA: III
 Riesgo Respiratorio: Abscat 85 pts / 42.1% a lto
 Riesgo cardiovascular: 20%
 Riesgo tromboembólico: 9 pts / muy alto 110.7%
 Riesgo quirúrgico: 75%
 Riesgo global: III, >5%, urgencia

Medicación preanestésica: _____

Tipo anestesia (Técnica): A TIVA

Recomendaciones: _____

Valoró: RIA Ayala

Nota de Alta:
 Tiempo de estancia: _____
 TA: _____ FC: _____ FR: _____
 SpO₂: _____ FiO₂: _____ Temp: _____
 EVA: _____ Aldrete: _____ NVPO: _____
 Bromaje: _____
 Comentarios: _____
 Recomendaciones: _____

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN
REGISTRO DE ANESTESIA

REG 310113 FECHA 13-03-2022

NOMBRE: _____ CAMA: _____ ESTADO FISICO: 1 2 3 4 5
 SEXO: Femenina EDAD: _____ PESO: 56.4 TALLA: 1.54cm IMC: 23.8 AS: 4TT UI: U2 U3 U4 U5 POSICION: Supina

MEDICACION PRE-ANESTESICA: _____ HORA: _____ REACCIONES ALERGICAS: _____
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____

DIAGNOSTICO PREOP: Cirugía hepática (Child B)
 DIAGNOSTICO POSTOP: _____
 OPERACION: Transplante Hepático

ANESTESIOLOGOS: Dr. Popal, Dra. Susi, Dra. Fabian C. FILLANOSI: Dr. V. Larriba

| AGENTES | DRUGAS | 0.15 | 0.3 | 0.45 | 0.6 | 0.75 | 0.9 | 1.05 | 1.2 | 1.35 | 1.5 | 1.65 | 1.8 | 1.95 | 2.1 | 2.25 | 2.4 | 2.55 | 2.7 | 2.85 | 3.0 | 3.15 | 3.3 | 3.45 | 3.6 | 3.75 | 3.9 | 4.05 | 4.2 | 4.35 | 4.5 | 4.65 | 4.8 | 4.95 | 5.1 | 5.25 | 5.4 | 5.55 | 5.7 | 5.85 | 6.0 | | | |
|---------|--------------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|---|---|--|
| Y | Lidocaina | 0.15 | 0.3 | 0.45 | 0.6 | 0.75 | 0.9 | 1.05 | 1.2 | 1.35 | 1.5 | 1.65 | 1.8 | 1.95 | 2.1 | 2.25 | 2.4 | 2.55 | 2.7 | 2.85 | 3.0 | 3.15 | 3.3 | 3.45 | 3.6 | 3.75 | 3.9 | 4.05 | 4.2 | 4.35 | 4.5 | 4.65 | 4.8 | 4.95 | 5.1 | 5.25 | 5.4 | 5.55 | 5.7 | 5.85 | 6.0 | | | |
| | Propofol | 0.05 | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | |
| | Acetaminofen | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Glu. Calcio | 20ml | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Magne | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Bicarbonato | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

TA: 100/60 FC: 98 T°: 36.5

ETCO2: 71 SPO2: 100% FIO2: 100% PEEACMI: 100% FRECUENCIA: 16 VOL. CORRIENTE: 3.35 P. POSITIVA: 7.8 COMPLIANCE: 7.8 Pm: 2.4 PCO2: 33.4 PO2: 337.7 HCO3: 23.7 ABE: 2.3 TAO2(SVO): 75.1 GLUCEMIA(DTX): 141 DIURESIS: 204 350ml 187

NOTA POST ANESTESICA: Insulina (G) Mumbol 50g. Norquetina max 2.5 mcg/kg/min. Adrenalina 0.8 mcg/kg/min. Acido Tranexámico 1g. HCl 0.125M. Cromolol 5 mcg/kg/min.

TIPO DE ANESTESIA (TECNICA): (G) Inducción TECNICA: Lidocaina 60mg. FARMACOS Y DOSIS: Fentanyl 100mcg, Propofol 100mg, Rocuronio 50mg, Midazolam 10mg, Fentanilo clorato 1g, Fentanilo 1.05mg, Propofol 1.45g, Rocuronio 100mg, Lidocaina 60mg, Pipi/Tan 1.5g, Sulfato Magne 100mg, Hidroclorim 2.5mg, Paracetamol 1g, Aldrimax 30g. DURACION DE LA ANESTESIA: 21:00 a 05:21. DURACION DE LA CIRUGIA: 23:38 a 05:21. TOTAL: 0 15 30 60.

COMENTARIOS (INCIDENTES Y ACCIDENTES ATRIBUIBLES A LA ANESTESIA, EDO CLINICO DEL ENFERMO A SU REGRESO DEL QUIROFANO, PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO INMEDIATO): Anestesia de Soma. Isquemia bra 16:25-01:58 = 9hs 15min. Isquemia colok 57min. Cere Perla 01:28. VCI Paracetamol 01:52. VCI Aldr: 02:36. PEG 298. Clablate 1.