

# Reporte de Casos

## Trauma maxilofacial.

Elmer Gaviria Rivera\* Juan Carlos Villa Velásquez\*\*

### RESUMEN

*El trauma maxilofacial es una condición que potencialmente amenaza la vida del paciente, bien por lesiones que comprometen la vía aérea o durante las maniobras que para permeabilizarla se realicen. El trabajo en equipo previa elaboración de un plan permite una mejor aproximación sin generar mayor morbilidad. Este plan es individual según se trate de una vía aérea que requiera permeabilización de emergencia, urgente o diferible, la evaluación clínica e imaginológica, y los dispositivos con que se cuenten, siendo el fibroscopio un dispositivo eficiente y útil en las situaciones de urgencia y diferibles. La evaluación no sólo debe centrarse en el macizo craneofacial sino en otros órganos y sistemas que con frecuencia se ven comprometidos en los politraumatismos. Se presenta el caso de un paciente con trauma maxilofacial urgente manejado por el Grupo de Vía Aérea de la Universidad de Antioquia-Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín.*

**Palabras Clave:** Vía aérea difícil, trauma maxilofacial, intubación fibróptica

### INTRODUCCIÓN

El paciente con trauma maxilofacial presenta en menor o mayor grado compromiso de la vía aérea que repercutirá necesariamente en el manejo que hagamos de ella, desde fracturas faciales simples que dificulten la adaptación de la mascarilla facial hasta la disrupción misma del esqueleto laríngeo. En todas ellas el anestesiólogo debe estar alerta para reconocer las potenciales alteraciones y así anticiparse a ellas mediante la elaboración de un plan que permita optimizar el recurso, brindando seguridad, sin agregar morbi-mortalidad al paciente. En la elaboración de este plan debe diferenciarse si se trata de una emergencia, una urgencia o un procedimiento diferible.

Se exige una minuciosa evaluación clínica y paraclínica no sólo de la vía aérea sino del individuo dada su condición de politraumatizado por el frecuente compromiso de otros órganos.

### CASO CLÍNICO

Hombre de 24 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia, que presenta trauma maxilofacial contuso en accidente de tránsito en calidad de acompañante de moto. Los estudios radiológicos y tomográficos muestran trauma panfacial con fracturas Lefort III,

subcondilar bilateral, cuerpo mandibular bilateral, base del cráneo, con neumoencéfalo frontal izquierdo asociado (figuras 1, 2 y 3). No hay compromiso de la columna cervical, ni lesiones asociadas en otros órganos. Presenta sangrado activo venoso en región media de la cara sin comprometerlo hemodinámicamente, que lo obliga a adoptar una posición sentada. Se encuentra consciente sin compromiso neurológico y sin signos de obstrucción de la vía aérea. Se programa para lavado, desbridamiento y reducción abierta de la fractura mandibular bilateral.

Se consideraron los siguientes aspectos para el manejo de la vía aérea:

1. Limitación importante de la apertura oral (<2 cms.) por fractura bicondilar de mandíbula (foto 2) que bloquea la articulación temporo-mandibular (ATM), imposibilitando las maniobras laringoscópicas para permeabilizar la vía aérea, llegando incluso a dificultar el paso de una cánula orofaríngea.
2. Fractura LeFort III comprometiendo la base del cráneo (Figuras 1 y 3), que contraindica la inserción a ciegas de cualquier dispositivo a través de las fosas nasales como son la intubación nasal a ciegas, la cánula nasofaríngea y sonda nasogástrica<sup>1,2</sup>.
3. Sangrado activo oral y nasal de origen venoso (foto 4), lo que dificulta de forma importante las técnicas fibrópticas de intubación.
4. Referencias anatómicas en cuello fácilmente identificables.
5. Intolerancia al decúbito supino, por la incapacidad de manejar adecuadamente las secreciones orales y la sangre (por la limitación en la apertura oral)

\* Profesor de Anestesiología y Reanimación Universidad de Antioquia. Coordinador del Grupo de Vía Aérea Universidad de Antioquia Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia. Anestesiólogo Clínica del Prado. Miembro de la Society Management Airway.

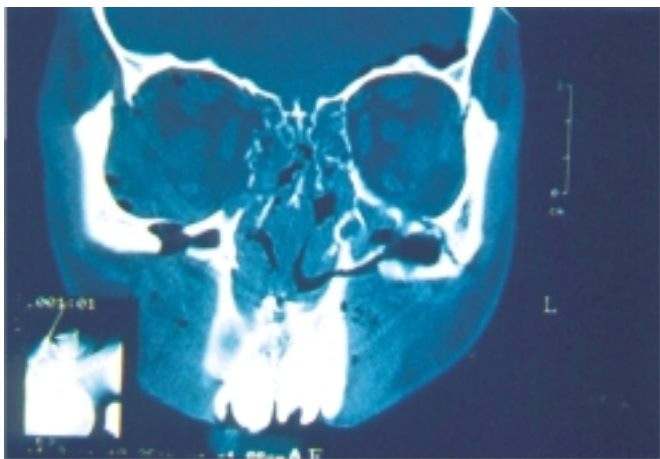
\*\* Anestesiólogo Universidad de Antioquia. Profesor de Anestesiología y Reanimación Universidad de Antioquia. Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

Considerando lo anterior, el Grupo de Vía Aérea decidió realizar intubación nasotraqueal mediante fibroscopio siguiendo como plan:

1. Aspiración y retiro de material extraño de la orofaringe.
2. Preoxigenación mediante máscara ventury.
3. Administración de un antisialogogo 20 minutos antes: atropina 0,5 mg intramuscular.
4. Administración de un antiemético 30 minutos antes: metoclopramida 10 mg intravenoso (IV).
5. Explicación al paciente del procedimiento a realizar y los planes alternos, para obtener el máximo de colaboración
6. Atenuación de la respuesta simpática a la instrumentación de la vía aérea: lidocaína 1% 60 mg IV y topicación por boca con lidocaína en spray 50 mg, ayudado de un baja lenguas.
7. Intubación nasal despierto sin ningún tipo de sedación estando el paciente sentado, guiada por fibroscopio con anestesia glótica y supraglótica instilando lidocaína 1% 50 mg por el canal de trabajo del fibroscopio. Se logra intubación endotraqueal al primer intento observándose sangrado escaso posterior (en faringe). Se administra oxígeno suplementario por el canal del trabajo del fibroscopio a 2 lt/min, con aspiración mediante sonda externa.

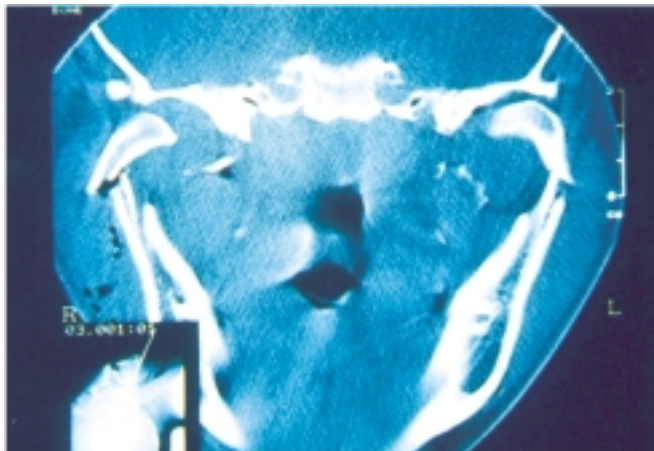
Se tenían como planes alternos para la permeabilización de la vía aérea, en caso de emergencia o electiva, técnicas translaringeas: traqueostomía con anestesia local, cricotirotomía percutánea por dilatación o quirúrgica.

**Figura No. 1**



*Tomografía computarizada que muestra fractura panfacial que compromete paredes laterales de ambas órbitas, hueso malar bilateralmente, celdillas etmoidales, septum nasal con compromiso de la pirámide y maxilar.*

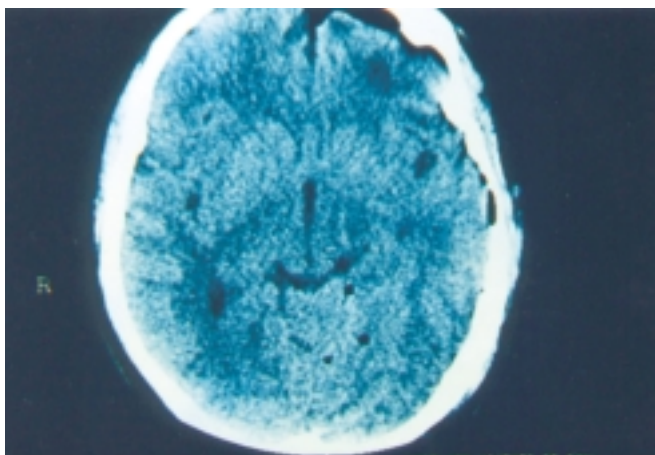
**Figura No. 2**



*Fractura conminuta de ambos cóndilos mandibulares con desplazamiento y angulación de la fractura, que con los fragmentos libres en la articulación temporomandibular limitan la apertura oral.*

Terminado el procedimiento quirúrgico el paciente fue extubado despierto, con reflejos protectores de la vía aérea presente, administrándosele para atenuar la respuesta simpática al tubo endotraqueal lidocaína 1% IV 60 mg en tanto se recuperaba de los efectos residuales de los agentes inhalado e IV empleados.

**Figura No. 3**



*Neumoencéfalo fronto-temporal izquierdo*

## DISCUSIÓN

La evaluación inicial de todo paciente politraumatizado debe incluir el reconocimiento del traumatismo maxilofacial. Hasta un 22% de las víctimas de accidentes de tránsito presentan trauma maxilofacial<sup>3</sup>, siendo las motocicletas el vehículo más frecuentemente involucrado en nuestro medio (figura 1)<sup>4</sup>. El compromiso de la vía aérea puede darse desde el periodo inmediato al trauma por interrupción de la arquitectura maxilofacial o del mismo esqueleto laringotraqueal, u

horas después por edema de los tejidos blandos, siendo la obstrucción de la vía aérea el común denominador en la muerte por hipoxia temprana o mediata, con una mortalidad global del 0,75% atribuible al trauma maxilofacial *per se*<sup>5</sup>.

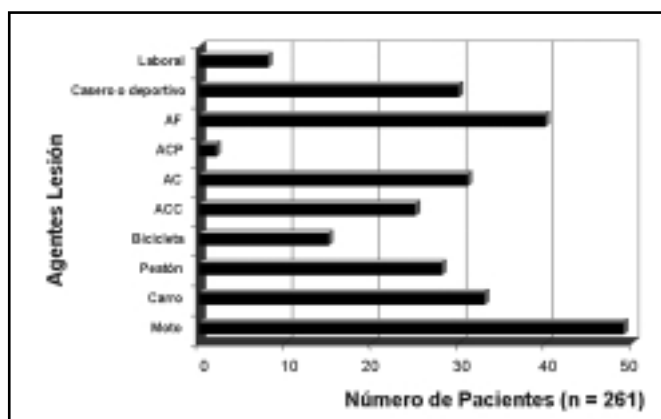
**Figura No. 4**



*Fractura panfacial por trauma contuso en accidente de tránsito, con sangrado venoso nasal activo.*

Durante la evaluación del paciente con trauma maxilofacial no deben descuidarse otros sistemas y órganos que con frecuencia se ven comprometidos, y que pueden modificar el plan para la permeabilización de la vía aérea, como son: lesión de la columna cervical 6%, extremidades 23%, tórax 8%, trauma encefalocraneano (TEC) 22%. Adicionalmente, un 33% de los pacientes se encuentran en estado de alicoramamiento

**Figura No. 5**



Frecuencia según etiología del trauma maxilofacial, 1995-1996, HUSVP, Medellín. AF = arma de fuego, ACP= arma cortopunzante, AC= arma contundente, ACC= arma cortoconduntente.

La evaluación de la vía aérea tratando de identificar los predictores convencionales de intubación difícil (mallampati, distancia esternomentoniana y

tiromentoniana, etc.) no tienen valor en el trauma maxilofacial por la disrupción de la anatomía. La valoración clínica y las ayudas imaginológicas (en especial la tomografía computarizada -con o sin reconstrucción tridimensional-) son el pilar para estructurar el plan de manipulación de la vía aérea.

En la evaluación clínica de la vía aérea deben evaluarse signos de obstrucción de la vía aérea como estridor inspiratorio, posición adoptada por el paciente, cianosis, taquipnea, retracciones, etc.; además se debe ser activo en la búsqueda de deformidades anatómicas del tercio medio de la cara, desviación de la tráquea, apertura oral, sangrado -diferenciando si es venoso o arterial-, dolor cervical, estado de las piezas dentarias, presencia de sangre o cuerpos extraños en cavidad oral y faringe, edema o hematomas progresivos, tamaño y movilidad de la lengua; signos de fractura de base de cráneo como rinorraquia u otorraquia, equimosis periorcular o retromastoidea.

La variabilidad con que se presentan las líneas de fractura, por no existir un patrón puro, hace preferible describirlas más que clasificarlas como LeFort I-II-III (foto 1). Por lo mismo, no existe un plan único de aproximación para el manejo de la vía aérea. Se requiere individualizar cada situación para elaborar un plan específico que permita, con los recursos existentes, sortearla sin agregar morbi-mortalidad. Morbilidad entendida usualmente en términos de lesión o muerte encefálica por hipoxia<sup>6</sup>.

Debe diferenciarse la prontitud con que debe accederse a la vía aérea, ya que determina en gran medida el plan y dispositivos a usar:

- **Emergencia:** debe oxigenarse y/o asegurarse la vía aérea inmediatamente por hallarse en hipoxia, con riesgo inminente de lesión o muerte encefálica.
- **Urgencia:** debe permeabilizarse la vía aérea en los siguientes minutos por el riesgo de pasar a una situación de emergencia.
- **Diferible:** la permeabilización de la vía aérea puede aguardar pues no hay peligro inminente.

Las opciones para el manejo de la vía aérea incluyen:

1. **Permeabilización de la vía aérea despierto vs. sedado:** una adecuada analgesia y explicación amplia del procedimiento al paciente son suficientes para obtener de él la cooperación despierto. El bloqueo sensitivo del nervio laríngeo recurrente (mediante el bloqueo transtraqueal) implica igualmente bloqueo motor de las cuerdas vocales lo que conlleva a riesgo de broncoaspiración, al eliminar la aducción protectora de las cuerdas vocales en caso del paso de elementos extraños a la tráquea (contenido gástrico, secreciones, sangre, etc). En el paciente combativo porque se encuentre hipóxico o bajo efectos del alcohol, debe sopesarse el uso de agentes sedantes o hipnóticos por el elevado riesgo de depresión respiratoria, y de broncoaspiración.

2. **Traqueostomía despierto bajo anestesia local:** para muchos es la técnica de elección en situaciones donde el acceso supraglótico se contraindique o conlleve una mayor morbi-mortalidad<sup>7,8</sup>. Cuando el paciente sólo tolera estar sentado y es incapaz de adoptar el decúbito supino por obstruirse la vía aérea, secundario a glosoptosis (como en la fractura de Andy Gump) o por las secreciones y/o sangrado, se puede realizar con el paciente en posición sentada<sup>9</sup>.
3. **Cricotirotomía percutánea por dilatación:** practicada por personal entrenado permite acceder rápidamente a la vía aérea a nivel subglótico convirtiéndola en una técnica útil en situaciones de emergencia donde apremie oxigenar al paciente; además permite ventilarlo (manejo del dióxido de carbono -CO<sub>2</sub>-). Sin embargo el dispositivo no sella la traquea y por tanto no protege contra la broncoaspiración, así que debe considerársele como un dispositivo de transición a otras técnicas que sí garanticen aislar la vía aérea del tracto gastrointestinal y faríngeo.
4. **Ventilación jet transtraqueal por aguja -catéter de venopunción—:** al igual que la anterior permite oxigenar en situaciones de emergencia, con la diferencia que no permite ventilar al paciente. Es una medida transitoria con la que se gana tiempo mientras se implementan otras técnicas. Cuando hay obstrucción supraglótica (relativamente frecuente en el trauma maxilofacial) debe tenerse especial precaución por el riesgo de barotrauma.
5. **Laringoscopia directa:** la limitación en la apertura oral dificulta e incluso llega a imposibilitar la inserción de cualquier tipo de valva (incluyendo los laringoscopios fibrópticos -Bullard, Wu, Shikany, etc.). Debe diferenciarse si esta limitación es por fenómenos mecánicos (bloqueo de la ATM por fractura condilar de la mandíbula -foto 2- o del arco zigomático) o reflejos (trismus de los músculos maseteros por dolor), pues los primeros no ceden a los anestésicos generales y relajantes neuromusculares, en tanto que los segundos sí. De persistir el trismus o si hay inmovilidad de la ATM por más de 2 semanas puede presentarse fibrosis de los músculos o congelamiento de la articulación, dificultando la apertura de la cavidad oral por bloqueo mecánico. Por las dificultades descritas los laringoscopios fibrópticos optimizan las condiciones para la intubación orotraqueal al mejorar la visualización de la glotis. De no contarse con ellos, la valva recta de Miller ofrece mejores condiciones que la curva de McIntosh.
6. **Intubación nasal a ciegas:** las fracturas de base de cráneo contraindican la inserción a ciegas de cualquier dispositivo por el riesgo de penetrar a la bóveda craneana, como tubos endotraqueales, cánulas nasofaríngeas, etc.  
  
Además la inserción puede agravar el trauma de la mucosa empeorando el sangrado, con el riesgo adicional de crear falsas rutas.
7. **Máscara laríngea:** la limitación en la apertura oral dificulta su inserción mas no la imposibilita. Sin embargo por no sellar la vía aérea y por ende prevenir la broncoaspiración por regurgitación de contenido gástrico limitan su uso en el paciente urgente. Por su anatómico diseño ofrece si, un sello para la broncoaspiración por secreciones o sangre provenientes de la cavidad oral o nasal, de haber sido adecuadamente colocada. Tendría cabida en situaciones de emergencia donde se requiera oxigenar y estabilizar rápidamente al paciente. La máscara laríngea de intubación es una opción en los pacientes bajo anestesia general por los inconvenientes de su inserción e intubación a ciegas en el paciente despierto (aun con anestesia local de la vía aérea).
8. **Combitubo:** al igual que la máscara laríngea tiene limitaciones para su inserción en el paciente despierto, por tanto su uso se restringe al paciente bajo anestesia general o en situaciones de emergencia donde por la hipoxia el paciente no conserva los reflejos protectores de la vía aérea. Tiene como inconveniente la acumulación de secreciones o sangre en la faringe (entre los dos balones -esofágico y faríngeo-) y la imposibilidad de aspirar estas por la interposición del balón faríngeo inflado.
9. **Intubación retrograda con guía de alambre:** por lo dispendioso de la técnica y por requerir anestesia transtraqueal, sólo debe realizarse en pacientes electivos sin estomago lleno. En fracturas de base de cráneo debe tenerse la precaución de recuperar la guía de alambre a nivel oral mediante pinzas de Magill, por el riesgo del paso inadvertido de esta por el foco de la fractura a la bóveda craneana.
10. **Intubación fibróptica:** es una técnica ampliamente aceptada por su efectividad y baja morbilidad. Aunque en personal debidamente entrenado puede lograrse intubación en unos pocos minutos, la premedicación y preparación técnica para el uso de este dispositivo, demandan tiempo con el que no se cuenta en situaciones de emergencia. El sangrado, las secreciones, la distorsión de la vía aérea por el trauma y el edema dificultan la visualización fibroscópica por lo que varios autores no recomiendan esta técnica en los pacientes con trauma maxilofacial<sup>10</sup>. Sin embargo se han descritos nuevas estrategias para obviar estas dificultades como son la intubación asistida por una guía metálica retrograda<sup>11</sup>, avanzar un tubo orotraqueal hasta la abertura glótica orientándose con un silbato<sup>12</sup>, o a través de una máscara laríngea<sup>13</sup>. Esta última fue descrita en un paciente despierto sin anestesia de la vía aérea con abundante sangrado orofaríngeo, donde la máscara laríngea contribuyó a crear un sello que evitara el sangrado posterior, facilitando así la visualización fibróptica. Como alternativa está la intubación fibróptica del paciente sentado e inclinado hacia adelante, para que las secreciones y sangre escurran anterior y no posteriormente.

Cuando se requiere intubación orotraqueal y se contraindica la intubación nasal (generalmente por trauma a este nivel) y al paciente se le practicará fijación intermaxilar, el uso de tubos reforzados con alambre espira lado por vía oral<sup>14</sup> o la abocación submentoniana<sup>15</sup>, pueden obviar la traqueostomía quirúrgica con sus complicaciones.

Tan importante como la elaboración del plan para permeabilizar la vía aérea es el plan para la extubación. Debe realizarse con el paciente despierto, alerta, sin efectos residuales de depresores anestésicos y con un nuevo plan para acceder a la vía aérea en caso de obstrucción luego de la extubación.

## OPINIÓN

El paciente evaluado por el Grupo de Vía Aérea presentaba trauma maxilofacial con varias características que predecían dificultades en el acceso a la vía aérea. Tratándose de una situación de urgencia, permitió al Grupo en un tiempo prudencial la elaboración de un plan donde se contemplaban varias alternativas técnicas y se anticipaba todo posible evento que convirtiese la situación en una emergencia. Toda dispositivo o técnica oral se descartó por la limitación mecánica para la apertura oral. La intubación nasotraqueal guiada por fibroscopio si bien esta descrita en pacientes con fractura de la base del cráneo<sup>16</sup>, se contraindica por el sangrado nasal que hace del paso del fibroscopio por nariz una técnica a ciegas. Sin embargo considerando que el sangrado nasal presentado era de tipo venoso de los plexos anteriores, y por tanto de baja presión, el colocar el paciente en posición sentada inclinado hacia delante permitió que el sangrado y las secreciones drenaran al exterior en su mayoría, tal como se confirmó al visualizar en faringe escaso sangrado, que no obstaculizó la visualización fibróptica. El manipular la vía aérea sin anestesia tópica dificulta aun más las maniobras, pero administrando fármacos IV que no depriman el estado de conciencia como es la lidocaína y más importante, explicando amplia y abiertamente la situación al paciente, se puede obtener condiciones adecuadas de colaboración que faciliten la intubación despierto.

Como segunda alternativa al plan de urgencias se contempló la realización de una traqueostomía quirúrgica con el paciente despierto bajo anestesia local. Si la incapacidad para manejar las secreciones y sangre en decúbito supino llevaba al paciente a hipoxia y por tanto a que no colaborara con el procedimiento despierto, se sugirió realizarla sentado. No se contempló administrar agentes sedantes porque de una situación de urgencia que teníamos controlada hubiésemos pasado a una de emergencia, donde en pocos minutos de no garantizar oxigenación se generaría lesión o muerte encefálica por hipoxia.

Dentro del plan igualmente se anticipaba tener que acceder de emergencia en caso de obstrucción aguda de la vía aérea en los intentos por intubarlo con el fibroscopio. Para ello se contaba con las estructuras laringeas identificadas y marcadas, con el equipo para cricotirotomía percutánea listo para oxigenar y ventilar

el paciente mientras el grupo quirúrgico inmediatamente practicara traqueostomía quirúrgica.

El disminuir la morbilidad-mortalidad durante la intubación de los pacientes con trauma maxilofacial exige el trabajo en equipo de forma coordinada, siguiendo un plan previamente elaborado de acuerdo a:

- los hallazgos de una evaluación clínica e imaginológica amplia y exhaustiva -según el tiempo y circunstancias que lo permitan- de la vía aérea y en general de todos los órganos y sistemas potencialmente traumatizados -especial consideración con la columna cervical<sup>17</sup>,
- la prioridad para oxigenar y/o permeabilizar la vía aérea de emergencia, urgencia o diferible.
- la anticipación a los eventos que pueden presentarse durante la intubación y extubación, y que puedan modificar el plan trazado inicialmente,
- los dispositivos, técnicas y destrezas con que se cuenten y que no generen mayor morbi-mortalidad. Esto se logra mediante la conformación de Grupos Interdisciplinarios de estudio y entrenados en el manejo de vía aérea difícil que sirvan de interconsultantes en las situaciones de urgencia y diferibles, y con la dotación adecuada del Carro de vía Aérea (Figura 6). Sólo el 11% de los Programas de Medicina de Emergencia en Estados Unidos cuentan con dispositivos alternos para la intubación<sup>18</sup>.

**Figura No. 6**



*Carro de vía aérea*

## COLOFÓN

El manejo del paciente con trauma maxilofacial no permite improvisaciones pues las lesiones o muerte encefálica sobrevienen a los pocos minutos de instaurada la hipoxia.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- Hall DB: Nasotracheal intubation with facial fractures. *JAMA* 1989; V261: 1198.
- Horellou Mf, Mathe D, Feiss P: A hazard of nasotracheal intubation (letter). *Anaesthesia* 1978; V33: 73-74
- Nakhgevary K, Libassi, Expositio B: Facial trauma in motor vehicle accidents: etiological factors. *Am J Emerg Med* 1994; V12:160
- Hoyos Ma, Monsalve A, Mercado M: Fracturas faciales en la Sección de Cirugía Plástica, Policlínica Adultos-HUSVP, agosto 1995- julio 1996. Estudio descriptivo retrospectivo. Tesis de Grado 1997, Sección de Cirugía Plástica, Universidad de Antioquia. Medellín.
- Arajavi K, Lindquist C, Santavirta S, et al: Maxillofacial trauma in fatally injured victims of motor vehicle accidents. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1986; V24: 251.
- Caplan Ra, Posner Kl, Ward Rj, Cheney Fw: Adverse respiratory events in anesthesia: a closed claims analysis. *Anesthesiology* 1990; V72: 828-833.
- Cicala Rs: The traumatized Airway. En: Airway Management, principles and practice. BENUMOF JL (Editor). Ed. Mosby, St. Louis, 1996. Págs 736-759.
- Shlomo T, Navot G, Peleg M, Ardekian L: Changing indications for tracheostomy in maxillofacial trauma. *J Oral Maxillofac Surg* 1996, V54: 292-295.
- Williamson R: A case of blunt neck trauma with adverse posture for emergency awake tracheostomy. *Can J Anaesth* 1997; V44 (6): 680.
- Sullivan Ca, Gotta A: Problems in the recognition and management of the traumatized airway. *Anesthesiology Clinics NA* 1996; V14: 13-38.
- Rosenblatt W, Angood Pb, Maranets I, Kaklamanas Ig, et al: Retrograde fiberoptic intubation. *Anesth Analg* 1997; V84: 1142-1144
- Shearer V. Modern airway management for trauma patient. *Current Opinion Anaesth* 2000, V13 (2): 135-139.
- Preis Ca, Hartman Nt, Zimpfer M: Laryngeal mask airway facilities awake fiberoptic intubation in a patient with severe orofaryngeal bleeding. *Anesth Analg* 1998; V87: 728-729.
- Gaviria E, Bornacelli R.: Trauma Maxilofacial. En: Manual Clínico de la Via Área, MESA A (Editor). JGH Ed., México, 2ª ed., 2000. Págs 339- 353.
- Gordon Nc, Tolstunov L: Submental approach to orotracheal intubation in patients with midfacial fractures. *Oral Surg Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995; V79: 269-272.
- Arrowsmith Je, Robertshaw Hj, Boyd Jd: Nasotracheal intubation in the presence of frontobasal skull fracture. *Can J Anaesth* 1998, V45(1): 71-75.
- Lalani Z, Bonanthaya: Cervical spine injury in maxillofacial trauma. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997, V35: 243-245.
- Levitan Rm, Koush S, Hllander J: Devices of difficult airway management in academic emergency departments: results of a national survey. *Ann Emerg Med* 1999; V33: 694-698.

---

## Delirium post-operatorio

María Teresa Gallardo\*

RII Anestesia, Universidad Metropolitana de Barranquilla

---

Paciente de 80 años de edad con diagnóstico de hernia discal L5 - S1 confirmado mediante RMN. Ingresa para laminectomía por dolor radicular intensidad 10/10 en miembro inferior izquierdo.

Antecedentes positivos, hemorragia de vías digestivas altas.

Procedimiento bajo anestesia general con Tiopental Sódico, Rocuronio y remifentanil en infusión.

Duración total del procedimiento: 3 horas. Intraoperatorio estable, sin complicaciones.

Analgesia transicional con Dipirona.

Aldrette en recuperación: 8

A los 30 minutos post-operatorio el paciente presenta episodio de agitación psicomotora caracterizada por agresividad que se interpretó como delirium agudo post-operatorio. Recibió tratamiento con Haloperidol 2.5mg I.V. , en dosis progresivas hasta una dosis total de 7.5mg I.V. obteniendo un control sintomático.

Evoluciona satisfactoriamente.

Reingresa 4 semanas después por dolor de intensidad 10/10 en región lumbar que fue diagnosticado clínicamente y radiológicamente como una espondilolitis L5-S1.

Es interconsultado el servicio de dolor agudo; se inicia manejo con Morfina parenteral mediante PCA con un resultado progresivamente satisfactorio hasta un aceptable control del dolor; 72 horas después de iniciado el tratamiento analgésico desarrolla nuevo cuadro de delirium de características similares al inicial. Recibió tratamiento oportuno con Haloperidol con buena resolución de los síntomas.

### DELIRIUM POST-OPERATORIO

Delirium es un estado confusional agudo que se manifiesta con alteraciones en el comportamiento; no es diagnosticado hasta en un 66% de los casos y por lo tanto es mal manejado.