

con compromiso ocular, catarata bilateral y cifoescoliosis degenerativa severa del adulto con compromiso restrictivo severo de la función pulmonar. Se decide realizar anestesia regional central. Por palpación de reparos anatómicos de superficie se ubica espacio intervertebral L4-L5, coincidiendo éste con la máxima curvatura de la escoliosis lumbar. Previa asepsia se realiza abordaje paramedial con aguja raquídea 27 G punta lápiz a 1,5 cm de la apófisis espinosa sobre la convexidad ingresando a 90° de la piel y paralelo al eje sagital. Se comprueba salida de LCR y se inyectan 10 mg. De bupivacaina 0,5%. Se procede luego a la búsqueda del espacio peridural con aguja 16 G Touhy según técnica de pérdida de la resistencia en el mismo sitio. Se progresa el catéter 6 cm pasando la punta de la aguja y se fija a la piel. A los 40 minutos de la primera inyección refiere dolor con la manipulación del peritoneo. Se inyectan 7 ml de ropivacaina 0,5% por el catéter, refiriendo cese del dolor. La hernioplastia finaliza a los 30 minutos sin complicaciones. Se retira el catéter y se otorga el alta al día siguiente.

Información adicional: La espirometría preoperatoria evidenciaba severo compromiso restrictivo, sin embargo, la función cardíaca estaba conservada. Se reservó cama en terapia intensiva en caso de tener que proceder con una anestesia general.

Comentarios y discusión: Las alteraciones estructurales de la columna tienen una alta prevalencia en la población adulta, su mayor implicancia anestesiológica está dada en la población obstétrica por la frecuencia de uso de técnicas neuroaxiales. Es por ello que los anestesiólogos debemos entrenarnos en este tipo de deformidades y comprender su disposición tridimensional. Este paciente presentaba compromiso neuromuscular generalizado con debilidad y compromiso respiratorio agravado por la deformidad ósea torácica. Consideramos como primera opción intentar una anestesia regional sin sedación con el fin de conservar la función respiratoria ya que se trataba de una patología quirúrgica de bajo riesgo.

Palabras clave: Escoliosis; Anestesia regional neuroaxial combinada; Enfermedad pulmonar restrictiva

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.003>

P-03

Utilización de espectroscopia de infrarrojo cercano (INVOS) en artroscopia de hombro

D.S. Guardabassi, L.G. Alvarez Calzaretta, I. Daniotti

Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: La artroscopia de hombro constituye un procedimiento frecuente en la práctica diaria. La mayoría se realizan con el paciente en posición de sentado (silla de playa); bajo anestesia general, dicha posición se ha asociado con caída de la saturación regional cerebral de oxígeno (SrcO2) detectada por INVOS.

Si bien se han reportado escasas complicaciones neurológicas asociadas a tal procedimiento, sus consecuencias fueron catastróficas: pérdida de visión, infarto cerebral, estado vegetativo persistente y muerte, incluso en pacientes previamente sanos.

La disminución de la presión de perfusión cerebral y del gasto cardíaco asociados al posicionamiento y técnica anestésica se postulan como los mecanismos fisiopatológicos que determinan la aparición de isquemia cerebral. La alteración de la autorregulación cerebral producida por los fármacos anestésicos generales sería un factor crucial. El empleo de una técnica de anestesia regional más sedación titulada representa una alternativa para evitar dicho evento.

Objetivos: Evaluar, en pacientes sometidos a artroscopia de hombro en posición de sentado bajo anestesia regional más sedación, la prevalencia de EDC detectados por INVOS (SrcO2 inferior a 55% o disminución del 20% respecto al basal).

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo en 30 pacientes sometidos a artroscopia de hombro en posición de sentado bajo anestesia regional (bloqueo interescalénico ecoguiado) más sedación (infusión de propofol guiada por índice bispectral).

Análisis estadístico: La normalidad de los datos es analizada mediante el test de Wilk-Shapiro. Los datos normalmente distribuidos presentados como media + - desvío estándar, los no-normalmente distribuidos como mediana (rango) y los categóricos como data cruda y frecuencias. Las posibles correlaciones de los EDC con los factores de riesgo del paciente y eventos intraoperatorios son analizados utilizando el coeficiente de correlación de Pearson y el test exacto de Fisher según corresponda. Un valor de p inferior a 0,05 es considerado como significativo.

Resultados: No se ha detectado ningún EDC en la población estudiada.

Discusión: Una técnica de anestesia regional y sedación titulada surge como una alternativa segura y eficaz en este tipo de cirugías. Contribuiría a preservar la autorregulación de la circulación cerebral y la función quimio y barorreceptora, evitando las complicaciones asociadas a la anestesia general.

Conclusiones: El presente estudio descriptivo determina un punto de partida para una investigación futura. Estudios prospectivos comparativos entre anestesia general y regional más sedación que estudien además la relación de los EDC con alteraciones neurocognitivas a corto y mediano plazo, deberían realizarse a fin de comprobar estos hallazgos.

Palabras clave: Artroscopia de hombro; Anestesia regional; Sedación; Saturación regional cerebral de oxígeno; Complicaciones neurológicas

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.004>

P-04

Anestesia en cirugía correctiva de escoliosis y complicaciones postoperatorias. Reporte de 42 casos

L.G. Alvarez Calzaretta, D.S. Guardabassi

Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: La cirugía correctiva de escoliosis es un procedimiento complejo y asociado a numerosas complicaciones postoperatorias. Las comorbilidades de los pacientes, sumado a la agresividad del acto quirúrgico, requieren de

un plan anestésico preciso y adecuado a fin de optimizar los resultados.

Objetivo: Examinar la influencia tanto de las comorbilidades preoperatorias, de las variables y el manejo anestésico intraoperatorio acorde al protocolo institucionalmente establecido, sobre las complicaciones postoperatorias en 42 pacientes sometidos a cirugía correctiva de escoliosis.

Materiales y métodos: 42 pacientes sometidos a cirugía de escoliosis fueron analizados en forma retrospectiva. Se registraron: comorbilidades preoperatorias, variables intraoperatorias (monitoreo y laboratorio) y complicaciones postoperatorias. Éstas últimas fueron clasificadas en mayores y menores.

El análisis estadístico fue realizado utilizando un programa estándar (STATA). La normalidad de los datos fue analizada mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cuantitativas continuas se analizaron mediante t de Student o Mann Whitney acorde a la distribución. Las variables categóricas fueron analizadas mediante test de chi cuadrado o test exacto de Fisher. Los datos normalmente distribuidos son presentados como media + desvío estándar, los no-normalmente distribuidos como mediana (rango) y los categóricos como data cruda y frecuencias.

Resultados: Del total de pacientes evaluados, un 66,7% padecía escoliosis idiopática y un 33,3% secundaria. El 14,3% de la población analizada presentó al menos una comorbilidad asociada; 26,2% dos o más. Un 42,9% (19/42) presentaron complicaciones menores en el postoperatorio (18 constipación - 1 infección urinaria). En el 4,8% (2/42) se registró una complicación postoperatoria mayor (un paciente presentó un hemotórax al 5° día postoperatorio y otra paciente un síndrome de arteria mesentérica). En todos los pacientes se pudo completar el plan quirúrgico planificado y fueron dados de alta de la institución en óptimo estado de salud.

Discusión/ Conclusiones: Un plan anestésico prolijo que incluya una exhaustiva evaluación preoperatoria y un protocolo institucional adecuadamente validado de manejo perioperatorio es primordial para abordar el tratamiento quirúrgico en este grupo de pacientes y disminuir las complicaciones asociadas al mismo.

Palabras clave: Escoliosis; Anestesia; Complicaciones postoperatorias

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.005>

P-05

Uso de aire para visualizar la punta de la aguja en un bloqueo infraclavicular ecoguiado dificultoso

S.T. De Diego, J.L. Stinga

Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: El bloqueo infraclavicular se lleva a cabo fundamentalmente para brindar analgesia y anestesia de codo, antebrazo y mano. Su realización bajo control ecográfico permite la visualización del plexo braquial y la obtención de buenos resultados. Sin embargo, no siempre se obtiene la imagen deseada por la sombra acústica ósea

y la inclinación de la aguja, siendo necesario asegurarse de realizar la inyección de anestésico local en el sitio adecuado.

Descripción del caso: Paciente femenina de 63 años con antecedente de luxofractura transolecraneana y rigidez articular postraumática, ingresa a quirófano para la realización de movilización cerrada de codo bajo anestesia regional. Previa sedación con 0,03 mg/kg de midazolam endovenoso, se sitúa a la paciente en decúbito supino, con la cabeza rotada hacia el lado contralateral al bloqueo y el brazo abducido a 90°. Se procede a colocar un neurolocalizador Braun y, bajo condiciones de asepsia, se sitúa el transductor del ecógrafo vertical, infraclavicular, medial y parasagital a la coracoides para realizar un bloqueo infraclavicular coracoideo clásico, visualizándose los cordones medial, lateral y posterior, rodeando a la arteria axilar. Se realiza la punción con una aguja Stimuplex 50 mm en plano, a 45° de la sonda en dirección anteroposterior y cefalo-caudal, hacia el borde inferior de la arteria axilar. Ante la falta de visualización deseada de la punta de la aguja y, de respuesta a la neurolocalización, se instila una pequeña cantidad de aire como artefacto hiperecogénico que permitió confirmar que se encontraba en el sitio adecuado. Posteriormente, se inyectan 30 ml de solución de ropivacaína 0.375% y lidocaína 1% sin epinefrina, evidenciándose su distribución inferior a la arteria axilar y, obteniendo respuesta anestésica adecuada para el procedimiento luego de unos minutos.

Información adicional: Es importante destacar que al colocar la aguja a 45°, las ondas atraviesan los tejidos, rebotando un porcentaje, hacia estructuras laterales que no retornan al transductor; motivo por el cual se dificulta la plena visualización de la aguja.

Comentarios y discusión: Algunos autores desaconsejan la utilización de aire en la realización de bloqueos regionales periféricos eco-guiados, por la generación de artefacto hiperecogénico, que podría empeorar la visualización de estructuras anatómicas adyacentes; sin embargo, en este caso, ante la falta de óptima visualización de la punta de la aguja, dicho recurso permitió confirmar su localización.

Palabras clave: Bloqueo infraclavicular; Visualización de aguja; Aire; Ecografía

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.006>

P-06

Analgesia Regional con catéter supraclavicular para reimplante de miembro en un paciente pediátrico

J.I. Agostinelli, M.E. Nigro, C.S. Gay Larese, S.D. Vergara

HIGA Eva Peron, San Martin. Buenos Aires, Argentina

Introducción: La anestesia regional continua con catéteres plexuales brinda múltiples beneficios tanto a nivel del manejo del dolor transoperatorio como a nivel tisular, produciendo un efecto vasodilatador beneficioso en el caso de cirugías de reimplante de miembros. Esta técnica resulta particularmente interesante en situaciones en las que el paciente requiere múltiples intervenciones quirúrgicas en el miembro reimplantado.

Descripción del caso: Se presenta el caso de un niño de 5 años que es derivado a nuestra institución para reimplante de miembro superior derecho tras amputación traumática