

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 5º 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 prolífico 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 difícil

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 transoleocraneana 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, reboteando 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 Perón, San Martín. 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