

del mismo. Se plantea la posibilidad de la realización de una técnica regional como complemento de la anestesia general tanto para el manejo del dolor intropotorio y postoperatorio como para la optimización del lecho de reimplante. Se decide la utilización de técnica supraclavicular continua con catéter Contiplex ecoguiada. Luego de la inducción anestésica e intubación orotraqueal se realiza antisepsia de la zona, se coloca el transductor y el abordaje en plano de lateral a media realizando la inyección en el Corner Pocket de 2 mg/kg de Bupivacaina al 0,25% y colocando el catéter. Se instala una infusión continua de bupivacaina 0,1% 5 ml/hr. Luego de la intervención se continua con la infusión en la UTIP. En cada reingreso del paciente a quirófano se realiza una inyección de Bupivacaina y se continua con la infusión a través del catéter. El paciente presenta tanto durante la cirugía como en la UTIP mínimos requerimientos de opioides e hipnóticos sin presentar signos de analgesia insuficiente (TA y FC).

Información adicional: El abordaje supraclavicular del plexo braquial es una técnica de conocida eficacia anestésica para la cirugía del miembro superior, la posibilidad de realizar la colocación de un catéter bajo guía ecográfica resulta una estrategia de singular utilidad en el caso de pacientes que requerirán múltiples intervenciones quirúrgicas en la zona afectada.

Comentarios y discusión: Las técnicas de anestesia regional son válidas en la población pediátrica, presentando similares beneficios que en la población adulta. En el caso de nuestro paciente otorga un beneficio adicional en la prevención de la aparición del dolor por miembro fantasma en caso de un reimplante fallido y en la minimización del requerimiento de opioides durante su estancia en UTIP.

Palabras clave: Anestesia regional continua; Pediatría; Bloqueo supraclavicular; Reimplante de miembro

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.007>

P-07

Bloqueo regional anestésico guiado con ultrasonografía, nervio femoral, obturador y femorocutáneo

A. Torsiglieri, F. Casella, J.M. Gorassi

H.I.G.A. San Felipe, San Nicolás De Los Arroyos. Buenos Aires, Argentina

Introducción: El avance tecnológico permitió alternativas en el manejo anestésico-analgésico de los pacientes. Con la introducción de la ultrasonografía en anestesia regional han mejorado la tasa de éxitos, disminuido las complicaciones, logrando visualizar la difusión del anestésico, guiar a tiempo real la aguja, disminuir el número de intentos de punción. Ganando popularidad en los últimos 15 años.

Descripción del caso: Paciente masculino, 45 años, 100 kg, estatura 170 cm. Cuadro de 5 días de evolución de dolor progresivo, eritema y tumefacción dolorosa en muslo derecho. Se decide conducta quirúrgica. En quirófano: FC 115 lpm, FR 16, T° 38,5°C, TA 160/70 mm Hg, SaO2 95%. Se observa desdentado, AP de 4 cm. Mallampati 3, Patil 5 cm, movilidad cervical de 90°. DBT 2 medicado con metformina 1000 mg/día, HTA medicado con enalapril 20 mg/día. Se explica procedimientos a realizar y se niega al bloqueo nuerro-axial, por dolor lumbar y mala experiencias

en cirugías previas, se le ofrece bloqueo regional eco-guiado como alternativa anestésica/analgésica se obtiene consentimiento (se explican procedimiento, beneficios y riesgos). Se prepara mesa de bloqueo, solución de lidocaína c/ epinefrina 1,5% más bupivacaina 0,125% y antisepsia del equipo. Se premédica con fentanilo 100 mcg, midazolam 4 mg, Campbell con FiO2 40%, asepsia de la región a bloqeuar, guiado con ultrasonografía en plano, reconocimiento de la anatomía sonográfica y visualización de la aguja, bloqueo nervio femoral 16 ml, nervio femorocutaneo 10 ml y nervio obturador 10 ml, bien tolerado. A los 20 min se realiza procedimiento quirúrgico; drenaje de absceso, retiro de placa y tornillo de diáfisis de fémur realizado por servicio de traumatología, duración 140 min. Paciente pasa a sala, se realiza control del dolor POP.

Información adicional: La ecografía se ha convertido, en una herramienta de inestimable ayuda para el anestesiólogo y los profesionales implicados en los procesos de anestesia y dolor. Sin duda que se trata de una técnica costosa y que requiere entrenamiento, sin embargo, por las múltiples ventajas que le ofrece a la anestesia regional, será la técnica de elección en un futuro.

Comentario y discusión: El bloqueo eco-guiado permitió llevar a cabo la cirugía, logrando una analgesia POP, como alternativa al bloqueo nuerro-axial y Anestesia general. Disminución del uso de opioides, rápida recuperación, deambulación y menor estadía.

En nuestra institución los bloqueos eco-guiados han permitido, anestesia y analgesia en todo tipo de cirugías con alta tasa de éxito y mínimo efectos adversos.

Palabras clave: Dolor; Anestesia regional; Ultrasonografía

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.008>

P-08

Paraísis diafragmática prolongada e insuficiencia respiratoria luego de bloqueo interescalénico

G. Mansilla, F.J. Carlucci, O. Sueldo, K.T. Chung, H. Trigozzo

Hospital Universitario Austral, Pilar. Buenos Aires, Argentina

Introducción: La analgesia regional permite un mejor control del dolor post-operatorio, el ahorro de opioides y menor tiempo de hospitalización. El bloqueo interescalénico del plexo braquial ecoguiado es una técnica segura y con alta tasa de éxito para analgesia en cirugías de hombro. Una complicación descripta es la parálisis diafragmática, que suele ser transitoria y asintomática.

Descripción del caso: Presentamos el caso de una mujer de 53 años, 86 kg, (BMI 30,8) extabaquista (15 p/y), ASA II que se presentó para una recirugía programada de manguito rotador. Se realizó anestesia general balanceada. Luego se localizó el plexo braquial a nivel interescalénico con transductor linear (Sonosite Lite II), asepsia de la zona con clorhexidina alcohólica al 2%, se administró con aguja de 50 mm y bajo visión directa 20 ml de bupivacaina al 0,5%, rodeando las raíces del plexo. En UCPA la paciente evoluciona con disnea, desaturación (82%), silencio auscultatorio en hemitórax derecho y requerimientos de O2