

a 2.64 unidades/hra. Se evita administración de bolo por su efecto vasodilatador e hipotensor.

Comentarios: El agregado de Fentanilo a la Ropivacaína prolonga la duración de la analgesia con un deterioro clínicamente insignificante de la hemodinamia y del bloqueo motor.

Palabras clave: Cesárea; Estenosis aórtica severa; Anestesia regional

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.046>

P-46

Bloqueo del plano del erector espinal para cirugía abdominal en pediatría

J. Lapalma^a, L. Palazzi^b, A. Hernandez^b, V. Roques^c

^a Hospital de Niños Orlando Alassia, Santa Fe, Santa Fe, Argentina

^b University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, Pensilvania, Estados Unidos

^c Hospital universitario Virgen de Arrixaca, Murcia, Murcia, España

Introducción: El bloqueo del plano del erector espinal ha demostrado ser eficaz para cirugía abdominal en adultos. Nuestro objetivo es reportar el uso de este bloqueo en pediatría para cirugía abdominal.

Descripción del caso: Niño sano de 2 años, 12Kg; cirugía por peritonitis apendicular. Se realizó anestesia general (propofol 1 mg/kg, remifentanil 0.5mcg/kg/min, fentanil 1mcg/kg, vecuronio 0.1 mg/kg, sevoflurano 1.5CAM) e intubación orotraqueal con sonda número 5F. Analgesia postoperatoria: diclofenac 1 mg/kg y bloqueo del plano del erector espinal (L1) con 0.2 ml/Kg de mezcla lidocaína 1%, bupivacaína 0.25%. En decúbito lateral, con estricta asepsia, se colocó transductor de alta frecuencia en sentido longitudinal parasagital hasta identificar el músculo erector de la espina y punta de apófisis transversa (Figura1). Luego se insertó aguja ecogénica de 5 cm, en plano, en sentido cefalocaudal hasta tocar apófisis transversa y se inyectó anestésico local por debajo de la fascia muscular (Figura2). Hemodinamia estable intraoperatoria. Sin dolor en las primeras 24hs (escala LLANTO). No complicaciones.

Discusión: El desarrollo de la anestesia regional pediátrica ha permitido ampliar las herramientas para manejo de dolor en pediatría. El bloqueo del plano del erector espinal ha aparecido como una técnica alternativa al bloqueo paravertebral clásico. El anestésico local se distribuye hacia el espacio paravertebral bloqueando las ramas nerviosas anteriores, posteriores y simpáticas. Los resultados obtenidos en este paciente apoyan su eficacia en cirugía abdominal en esta población.

Conclusión: Las referencias anatómicas fácilmente identificables y el abordaje lejos del neuro-eje, acompañado de los resultados obtenidos apoyan el uso del bloqueo del plano del erector espinal en pediatría.

Palabras clave: Anestesia regional; Pediatría; Dolor; Cirugía abdominal

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.047>

P-47

Analgesia preventiva multimodal y alta temprana en cirugía de escoliosis con síndrome de VACTERL

M.J. Bouyssede, E. Malerba, L. Minetto

Clinica Pediátrica San Lucas, Neuquen, Argentina

Introducción: El empleo de una analgesia preventiva multimodal en el paciente desde su ingreso a quirófano y bloqueo de todos los receptores de dolor durante el procedimiento quirúrgico, nos permiten mejor manejo de analgesia postoperatoria, con menores efectos adversos, bienestar del mismo y alta temprana a pesar del alto impacto que haya recibido por la complejidad quirúrgica.

Descripción del caso: Paciente de 3 años de edad, sexo masculino, 14 kg de peso, con síndrome de VACTERL: malformación congénita de columna (escoliosis) provocada por, acunamiento de cuerpos vertebrales t2-t3 y t7-t8, atresia de esófago corregida, dextro posición cardíaca, CIA pequeña, agenesia de pulgar en mano derecha.

Ingresó a quirófano el día 04-05-17 a las 8 hs, pre inducción sevoflurano junto a sus padres.

En inducción, fentanilo 225 mcg + 200 mcg dos horas después. Duración de cirugía 4,5 hs (total 7mcg/kg/hora).

Mantenimiento sevoflurano con monitoreo de bis.

Analgesia ibuprofeno 80 mg, dexametasona 4 mg, clonidina 1 mcg/kg, ketamina 0,3 mg/kg, lidocaína 1 mg/kg, paracetamol 10 mg/kg. Infiltración de herida quirúrgica bupivacaína al ingreso y cierre de la misma.

Se realiza artrodesis torácica con colocación de barra de fijación posterior.

Primeras 24 hs sin dolor, tratamiento analgésico postoperatorio: 1ra 24 hs paracetamol, tramadol, dexametasona e ibuprofeno endovenosos.

Segundas 24 hs paracetamol-ibuprofeno-dipirona, vía oral. Sin dolor, con buena tolerancia oral, comienza caminar por sus propios medios a las 18 hs del postoperatorio, sin dolor, buen estado anímico y comunicativo, alta a las 48 hs. (8 hs día 06-05-17).

Información adicional: No fue necesario el uso de morfina en el postoperatorio, logrando manejo del dolor con tramadol, y otros analgésicos, disminuyendo efectos adversos y permitiendo igualmente confort del paciente.

Comentarios y discusión: Logrando un buen manejo del dolor en el intraoperatorio con una analgesia preventiva multimodal, bloqueando todos los mecanismos del dolor que tenemos a nuestro alcance, logramos una analgesia postoperatoria con ingesta y deambulación en pocas horas, permitiendo un alta temprana a las 48 hs, luego de una cirugía de alto impacto doloroso, con menor posibilidad de complicaciones por mayor estadía intrahospitalaria.

Palabras clave: Escoliosis; Síndrome de VACTERL

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.048>