

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. Estas 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 cefalocaudal, 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

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 intraoperatorio 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. Gorrassi

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 neuro-axial, por dolor lumbar y mala experiencias

en cirugías previas, se le ofrece bloqueo regional ecoguiado 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 premedica con fentanilo 100 mcg, midazolam 4mg, Campbell con FiO₂ 40%, asepsia de la región a bloquear, guiado con ultrasonografía en plano, reconocimiento de la anatomía sonográfica y visualización de la aguja, bloqueo nervio femoral 16 ml, nervio femorocutáneo 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 neuro-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

Parálisis diafragmática prolongada e insuficiencia respiratoria luego de bloqueo interescalénico

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

Hospital Universitario Austral, Pilar. Buenos Aires, Argentina

Introducción: La analgesia regional permite un mejor control del dolor post-operatorio, el ahorro de opiodes y menor tiempo de hospitalización. El bloqueo interescalenico del plexo braquial ecoguiado es una técnica segura y con alta tasa de éxito para analgesia en cirugías de hombro. Una complicación descrita 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 cirugía 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