

Descripción del Caso: 18/02/2016 - Rnpt (26,5 semanas / 710 grs). Apgar 8/8. Embarazo mal controlado, madre poli adicta, cesárea por desprendimiento de placenta. Osteopenia del prematuro ARM (VAFO/ convencional) durante 89 días totales, 14 días en CPAP y O2 desde el nacimiento. DBP severa. O2 domiciliario. Programado para corrección quirúrgica de Hernioplastia inguinal izquierda. Actualmente 8 Meses de edad al momento de corrección (23/10/2016)

Comentarios y Discusión: Por antecedente y comorbilidades del paciente, se decide realización de Anestesia Raquídea para cirugía programada. Ingres a sin venoclisis, con cánula nasal (O2 a 2 Lts/min), se realiza inducción escalonada con sevoflorane 1-6% hasta lograr acceso venoso (24G en ambos MS). Se coloca en posición sedente y bajo técnica aséptica se realiza BSA a nivel L4-L5, con Bupivacaina Hiperbárica 0,5% (1 mg/kg). Punción única y atraumática.

Se cierra sevoflorane para evaluar instauración de Bloqueo. Se adiciona dispositivo bucal con dextrosa al 10% para favorecer sedación. Paciente no moviliza miembros inferiores ante estímulos en región infraumbilical. Se mantiene constantemente flujo O2 por cánula nasal y se adiciona Sevoflorane 1% lográndose paciente sedado en ventilación espontánea. Tiempo Quirúrgico 30 min. Sin complicaciones.

Conclusión: La utilización de anestesia regional en patologías respiratorias crónicas y cirugías de corta duración es de interés considerable y primera opción anestésica en lo posible sin invasiones agresivas de la vía aérea, brindando excelentes condiciones quirúrgicas.

Palabras clave: Anestesia regional; Anestesia raquídea pediátrica; Displasia Broncopulmonar

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.011>

P-11

Estrategia anestésica para paciente oncológico con compromiso neurológico

J. Rodríguez Molina, M.C. Martín, R.A. Timpano, J. Deltrozzo

Hospital Regional Doctor Ramon Carrillo, Santiago del Estero, Argentina

Introducción: El bloqueo 3 en 1 y ciático es un procedimiento poco frecuente. Actualmente, gracias a la ecografía se ha transformado en un bloqueo fácil y rápido de realizar, con escasas complicaciones, ideal para la anestesia del miembro inferior otorgando analgesia posoperatoria prolongada, menor incidencia de náuseas y vómitos, consumo de opioides y tiempo recuperación.

Descripción del caso: Paciente masculino, 57 años, Peso 80 kg, 1,75 metros. Programado para cirugía de osteosíntesis de fémur por fractura patológica.

Antecedentes: Cáncer de pulmón con metástasis a riñón, hueso, y cerebro. Tabaquismo 20 cigarrillos/día/40 años. Convulsiones, medicado con fenitoina.

Examen físico: rocus-sibilancias bilaterales con hipoventilación en pulmón derecho (tratamiento con nebulizaciones con salbutamol). Vigil, orientando en tiempo y espacio, fuerza y sensibilidad conservada en miembros. Laboratorio: dentro de los parámetros normales. TAC: imágenes nodulares (rodeadas de alo edema), desviación de línea media hacia

la izquierda produciendo una hernia subfalciforme del cíngulo). RX: neumotórax.

Manejo anestésico: 1. Vía central subclavia derecha; Dosis de carga de ácido tranexánico; Premedicación con 100 mcg fentanilo y 3 mg de midazolam. 2. Bloqueo periférico del nervio femoral y ciático guiado por ecografía y neuroestimulación con bupivacaina isobárica 0,125% más lidocaína sin epinefrina 0,5%

3. Bloqueo neuroaxial peridural con catéter. 4. Al comienzo de la cirugía el paciente refiere dolor por lo que se le realiza una dosis de bupivacaina isobárica 40 mg más fentanilo 100mcg por catéter epidural.

Información adicional: Distintos autores han publicado la utilidad del bloqueo femoral 3-1 y ciático vía anterior en la cirugía de miembro inferior. Sus indicaciones son múltiples, incluyen la anestesia para fracturas de fémur. La estabilidad hemodinámica y la adecuada analgesia, producto de cambios mínimos en el nivel simpático, permite manejar a los individuos con menores cargas de líquidos que las requeridas con los bloqueos espinales o peridurales.

Comentarios y discusión: Lo expuesto pone en evidencia que la anestesia regional contraindica en forma relativa "problemas neurológicos pre existentes", siendo una alternativa el bloqueo regional guiado por ecografía, más la colocación de catéter peridural, para analgesia intraoperatoria y postoperatoria, disminuyendo las dosis habituales.

El bloqueo 3 en 1 por su fácil aplicación, alto porcentaje de efectividad y la gran estabilidad hemodinámica, es de elección en los pacientes ASA III y IV con fractura de fémur, en los que la homeostasis se encuentra en un frágil equilibrio, que puede ser alterado por las técnicas de bloqueo del neuroeje, implicando cambios hemodinámicos más importantes.

Palabras clave: Bloqueo 3 en 1; Bloqueo femoral; Bloqueo obturador; Bloqueo ciático; Anestesia peridural

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.012>

P-12

Uso de dexmedetomidina intratecal para prolongación de bloqueo neuroaxial

M.J. Colaiacono^{a,b}, E.N. Ferrara^b, W. Ledesma^b, C.L. Baxley^c, J. DeLong^c, R. Virasoro^c

^a CEMIC, CABA. Buenos Aires, Argentina

^b Physicians For Peace, Santo Domingo. Santo Domingo, República Dominicana

^c Physicians For Peace, Norfolk. Virginia, EEUU

Descripción del caso: Paciente de 22 años con antecedentes de politraumatismo grave en el año 2008 con múltiples cirugías de fémur izquierdo ingresa a quirófano de forma programada para realizar cirugía de estenosis pan uretral con injerto de mucosa yugal bilateral.

El procedimiento tiene lugar durante una misión médica en un hospital de bajos recursos en República Dominicana. Con una duración estimada de 6hs y al no contar con la disponibilidad de catéteres peridurales se decide realizar anestesia subaracnoidea con 12 mg de bupivacaina hiperbárica, 20 mcg de fentanilo y buscando una prolongación del bloqueo se agrega 10 mcg de dexmedetomidina intratecal, en combinación con 2 mg de midazolam endovenoso.