

- Hay que seguir un protocolo estricto que garantice la mayor seguridad a la paciente y al neonato.
- En los casos de pacientes embarazadas con neuroestimuladores la perfusión con remifentanilo parece ser la opción más eficaz para la analgesia del trabajo de parto.

Bibliografía:

1. Actualización de los protocolos asistenciales de la sección de Anestesia Obstétrica de la SEDAR. 2.a ed. 2016;50-54. Disponible en: <https://www.sedar.es/images/stories/documentos/Obstetricia/protocolo.pdf>
2. Weibel S, Jeltng Y, Afshari A, Pace N, Eberhart LHJ, Jokinen J, et al. Patient-controlled analgesia with remifentanil versus alternative parenteral methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 4. Art. n.o: CD011989. DOI: 10.1002/14651858.CD011989.pub2.

P-011 IMPORTANCIA DE LAS UNIDADES DEL DOLOR AGUDO Y LA VISITA ANESTÉSICA POSTOPERATORIA PARA CONTROL DE LAS COMPLICACIONES Y DOLOR POSTQUIRÚRGICO

C. Aragón Benedí, P. Oliver Forniés, Y. Durán Luis, J. Martínez Andreu, J. Viñuales Cabeza
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Palabras clave: dolor agudo, visita postoperatoria, complicaciones postquirúrgicas, EVA.

Introducción: La evaluación preoperatoria y postoperatoria inmediata en URPA y REA es una práctica universal, con protocolos bien definidos (1). No obstante, hay eventos y complicaciones relacionados con la anestesia que se ponen de manifiesto durante el ingreso en planta. Actualmente la visita postoperatoria en nuestro centro de trabajo se realiza de manera puntual (1), ya que no contamos con unidades de dolor agudo, con objetivos claros, ni protocolos de actuación para llevarla a cabo. Por otro lado, la satisfacción de los pacientes es considerada un indicador de calidad de gran importancia en los sistemas sanitarios, ligada al contacto prolongado entre el médico y el paciente.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es analizar la incidencia de las complicaciones postoperatorias (náuseas y vómitos, hemorragia, hipotensión) así como el dolor postoperatorio y analgesia requerida durante el postoperatorio a las 8 h y a las 24 h del alta de la URPA.

Material y métodos: Se realizó un estudio epidemiológico observacional, en un hospital de tercer nivel. Se elaboró un cuaderno de recogida de datos con 10 ítems (datos del paciente, fecha intervención, tipo intervención, estado médico previo, tratamiento previo, técnica anestésica, des-

tino postquirúrgico, tratamiento analgésico, complicaciones y valoración del dolor postoperatorio mediante EVA).

Los pacientes fueron seleccionados de forma aleatoria de noviembre de 2018 a marzo de 2019. Criterios de inclusión: pacientes intervenidos de cirugía abdominal abierta y cirugía ortopédica y traumatología. Criterios de exclusión: complicaciones graves en el perioperatorio que requiriesen ingreso en una unidad de críticos.

Resultados: Durante el periodo de intervención 64 pacientes fueron incluidos en nuestro estudio. Del total de pacientes 2 eran ASA I (4 %), 31 pacientes eran ASA II (68 %), 13 pacientes eran ASA III (28 %) y no hubo ningún paciente ASA IV.

Hemos evaluado el dolor mediante la EVA, considerando un valor entre 1 y 3 como dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 dolor moderado-grave, y un valor de 7 o superior como dolor muy intenso.

A las 8 h de la cirugía únicamente 7 pacientes no presentaron dolor alguno (15 %), 23 tuvieron un dolor leve (50 %), 11 un dolor moderado-grave (24 %) y únicamente 5 de ellos (11 %) presentaron dolor elevado.

Sin embargo, a las 24 h posteriores a la cirugía estas cifras se redujeron siendo 8 pacientes (17 %) los que presentaban una EVA de 0, mientras aún 38 pacientes (83 %) presentaban un dolor leve o leve-moderado (EVA 1-3) con analgesia convencional (paracetamol + AINE). Las complicaciones postoperatorias (náuseas y vómitos, hemorragia, hipotensión, etc.) ocurrieron en el 44 % de nuestros pacientes en el periodo de 24 h posterior a la cirugía.

Discusión: Una encuesta nacional realizada en EE. UU. reveló que aproximadamente el 80 % de los pacientes experimentaron dolor agudo tras cirugía. La visita postanestésica durante las primeras 24 h es una perfecta oportunidad para aliviar el dolor mediante la optimización del tratamiento analgésico personalizado a cada paciente. Además el 60-80 % de las complicaciones postoperatorias se producen en los primeros 4 días.

Numerosos estudios (2-4) han demostrado que la visita postanestésica en estos 4 días disminuye las complicaciones postoperatorias y promueve la mejoría clínica, reduciendo la duración hospitalaria y la mortalidad. Resulta difícil evaluar rutinariamente a todos los pacientes en el postoperatorio; ello hace necesario tener unas directrices y especificaciones de a qué pacientes hemos de realizar la visita postoperatoria.

Sultan y cols. (5) demostraron que los pacientes de mayor alto riesgo, > ASA IV y aquellos intervenidos de urgencia, tienen mayor probabilidad de morbilidad postoperatoria grave y son los que más se beneficiarían de una evaluación anestésica postoperatoria.

Conclusiones: En conclusión, la incidencia de complicaciones y los pacientes con dolor en el postoperatorio inmediato se podrían reducir con unidades de dolor agudo con protocolos definidos para la visita postoperatoria.

Estas son fundamentales para evaluar la calidad del acto anestésico, la satisfacción del paciente, control del dolor y eventos adversos relacionados con la anestesia, mejorando por tanto la calidad perioperatoriamente en globalidad del paciente quirúrgico.

Bibliografía:

1. Bajwa SJ, Takroui MS. Post-operative anesthesia rounds: Need of the hour. *Anesth Essays Res.* 2013;7(3):291-3.
2. Foss NB, Christensen DS, Krasheninnikoff M, Kristensen BB, Kehlet H. Post-operative rounds by anaesthesiologists after hip fracture surgery: a pilot study. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2006;50(4):437-42.
3. Saal D, Heidegger T, Nuebling M, Germann R. Does a postoperative visit increase patient satisfaction with anaesthesia care? *Br J Anaesth.* 2011;107(5):703-9.
4. Patle VR. Advantages of a same-day postoperative visit. *Br J Anaesth.* 2012;108(3):534.
5. Sultan P, Jigajinni S, Mcglennan A, Butwick A. The postoperative anaesthetic review. *J Perioper Pract.* 2011;21(4):135-9.

P-012 ESTUDIO DE EFICACIA EN LA INTRODUCCIÓN DEL BLOQUEO PARAVERTEBRAL TORÁCICO ECOGUIADO (BPVTE) EN LA CIRUGÍA DE CÁNCER DE MAMA SIN RECONSTRUCCIÓN

C. Samaniego González, O. Pineda, B. Casagran, M. Plantés, J. Meléndez, M. Buixó
Hospital Santa Caterina, Salt (Gerona)

Palabras clave: *paravertebral, torácico, ecografía, mama, anestesia.*

Introducción: La cirugía del cáncer de mama comporta un dolor moderado durante el postoperatorio, con una alta incidencia de náuseas y vómitos postoperatoria (PONV) y un elevado componente emocional que favorece la cronificación de este dolor (la tasa de cronificación del dolor estimada es del 47 %). En los últimos años se ha planteado la hipótesis de que una anestesia combinada podría reducir el consumo de opioides, la incidencia de PONV y el estrés quirúrgico. El gold estándar de las técnicas locorregionales en esta zona es el BPVTE.

Objetivos: El objetivo principal es valorar la eficacia del BPVTE en la cirugía de cáncer de mama en términos de disminución del consumo de opioides peroperatorios entre los dos tipos de anestesia (anestesia general más BPVTE con o sin anestésico local). Los objetivos secundarios son determinar la factibilidad del BPVTE con un ecógrafo con sonda recta, valorar la seguridad de la técnica, observar la frecuencia de PONV, determinar la satisfacción de las pacientes y comparar la estancia en reanimación. Se asume un índice de técnica fallida del 5 %.

Material y métodos: Es un ensayo clínico aleatorizado y controlado a doble ciego con 84 pacientes que son intervenidos de cáncer de mama sin reconstrucción, a los cuales se realiza un BPVT con suero fisiológico en los 42 pacientes del grupo control y con anestésico local en los 42 pacientes del grupo caso. El BPVT se realiza preoperatoriamente con una media de tiempo de 5,6 min.

Resultados: En el intraoperatorio, el grupo caso consume menos microgramos de fentanilo, aunque no de manera significativa (cuantitativo con t-Student $p : 0,194$; cualitativo con test $X^2 p : 0,077$) y más miligramos de efedrina intravenosa de manera estadísticamente significativa ($p : 0,025$). En el postoperatorio inmediato en reanimación, el grupo caso consume menos miligramos de morfina intravenosa, aunque tampoco de manera significativa (cuantitativa con t-Student, $p : 0,510$).

No se han encontrado diferencias significativas entre los dos grupos respecto a PONV, estancia en reanimación, dolor/satisfacción al alta de hospitalización y a los 7 días postoperatorios.

Discusión: Clásicamente, la cirugía del cáncer de mama sin reconstrucción en nuestro hospital se realizaba bajo anestesia general con una incidencia variable pero notable de PONV. Este estudio nace en el año 2013 para intentar demostrar si el BPVTE es factible, seguro y efectivo para llevar a cabo una anestesia combinada en este tipo de cirugías y asimismo reducir el dolor agudo postoperatorio y la incidencia de PONV. Paralelamente, se publican ya hipótesis sobre la inmunosupresión que pueden inducir los opioides, modificando así la posible evolución de la enfermedad a largo plazo. También la dexametasona utilizada para la profilaxis de PONV en la cirugía de cáncer de mama se comporta como inmunosupresor.

En nuestro ensayo clínico, la anestesia combinada con BPVTE se realiza asociada a monoterapia para la profilaxis de PONV (ondansetrón 4 mg por vía intravenosa) sin dexametaxona intravenosa para minimizar los inmunosupresores en una cirugía oncológica.

Aunque no hemos tenido resultados positivos significativos como esperábamos con respecto a los requerimientos de opioides intra- y postoperatorios, este trabajo nos ha permitido objetivar que si ajustamos al máximo la posología de los opiáceos según parámetros objetivos, podemos ajustar tanto las dosis que también desaparecen las PONV incluso sin usar biterapia para la profilaxis antiemética.

La mayoría de parámetros estudiados han resultado mejores en el grupo de casos (BPVTE con anestésico local) aunque no han llegado a ser significativos, a excepción de la efedrina intravenosa. En algún caso, incluso el uso de efedrina ha inducido a pautar bolus extra de fentanilo intraoperatorio.

En este estudio nos ha faltado poder determinar los fallos de la técnica mediante un control sensitivo postinfiltración, pero el poco tiempo del que disponemos entre