

TABLA I

	<i>EVA media</i>	<i>Obesidad I-II IMC &lt; 40 (n = 75)</i>	<i>Obesidad mórbida IMC &gt; 40 (n = 128)</i>	<i>Superobesidad IMC &gt; 48 (n = 73)</i>
<i>Preoperatorio</i>	2,2 (de 2,2)	2,2 (de 2,2)	2,5 (de 2,2)	2,04 (de 2,3)
<i>URPA</i>	3,6 (de 2,7)	3,48 (de 2,1)	3,62 (de 2,4)	3,33 (de 2,4)
<i>24 h postop.</i>	1,0 (de 1,3) p < 0,005	0,77 (de 0,9)	1,0 (de 1,3) p = 0,031	1,03 (de 1,02) p < 0,05
<i>48 h postop.</i>	1,8 (de 1,5) p < 0,005	1,6 (de 1,1)	1,9 (de 1,6)	1,7 (de 1,3)

de efectos adversos en los pacientes que refieren un mayor dolor preoperatorio y que, por tanto, no está directamente relacionado con el procedimiento en sí. Entre los factores de riesgo conocidos, mayor IMC se asocia significativamente a mayor incidencia de dolor. Ello coincide con estudios que apuntan a una sensibilidad alterada del dolor en pacientes obesos (2).

**Conclusiones:** La analgesia multimodal optimiza el control del dolor postoperatorio de los pacientes sometidos a GTL de manera segura, si bien deben ponderarse adecuadamente las características individuales de cada paciente, sobre todo las comorbilidades previas y su IMC para lograr un control más seguro y efectivo.

**Agradecimientos:** Al equipo de Cirugía de Obesidad y a la Clínica del Dolor.

#### Bibliografía:

1. Alvarez A, et al. Postoperative analgesia in morbid obesity. *Obes Surg.* 2014;24(4):652-9.
2. Torensma B, et al. Pain sensitivity and pain scoring in patients with morbid obesity. *Surg Obes Relat Dis.* 2017;13(5):788-95.

### P-018 COLECISTECTOMÍA ABIERTA CON BLOQUEO ECOGUIADO CONTINUO DE LOS ERECTORES ESPINALES (ESP): A PROPÓSITO DE UN CASO

**E. Vidal Agustí, M. Morales Morales, J. L. Camille Clave, F. Duca Rezzulini, C. Pérez Torrentó**  
*Hospital Universitari Mutua de Terrassa, Terrassa*

**Palabras clave:** ESP, dolor agudo, bloqueo, anestesia locorregional, colecistectomía.

**Resumen:** Presentamos un caso clínico de colecistectomía laparoscópica reconvertida a colecistectomía abierta en el que para el control del dolor en el postoperatorio realizamos un bloqueo de los erectores espinales (ESP) con colocación de un catéter en el mismo plano para infusión continua de anestésico local. Se consiguió una excelente

analgesia postoperatoria sin necesidad de rescates de opioides durante todo el ingreso hospitalario.

**Introducción:** El bloqueo ESP es un bloqueo novel que fue descrito por Forero y cols. (1) en 2016 para el control del dolor neuropático torácico. El ESP se basa en la administración de AL en el plano de los erectores espinales a nivel de T5-T8. Para localizar el espacio es necesario colocar la sonda lineal de alta frecuencia sagitalmente, a unos 3 cm lateral a la línea media, y localizamos la apófisis transversa. Puncionamos con la aguja bajo visión directa en plano ecográfico hasta hacer contacto con la superficie posterior de la apófisis transversa. Administramos el AL con el que se creará una zona anecoica con distribución cefalocaudal. La solución difunde a través de la membrana intercostal y es capaz de bloquear las ramas dorsales y ventrales de los nervios espinales torácicos.

Posteriores publicaciones han mostrado las ventajas del ESP en cirugía abdominal alta como la colecistectomía por laparoscopia (2). El ESP puede realizarse con punción única, bilateral o con la colocación de un catéter continuo. Con estas nuevas variables el ESP proporciona una analgesia somática, visceral y continua.

**Caso:** Paciente varón de 53 años, ASA II, con diagnóstico de síndrome de Mirizzi, programado para colecistectomía por laparoscopia. Se procedió a anestesia general balanceada con sevoflurano y remifentanilo en perfusión continua (PC). Fue reconvertida a colecistectomía abierta debido a dificultades en la disección. La cirugía terminó sin incidencias tras 150 min de la incisión inicial. Previamente a la educación se le administró morfina 8 mg intravenosa 50 mg de dexketoprofeno 1 g de paracetamol, 75 mg de tramadol y 4 mg de ondansetrón. Para el postoperatorio se le pautó una PC de 400 mg de tramadol + 200 mg de dexketoprofeno + 5 mg haloperidol en 500 ml de suero fisiológico con un ritmo de infusión de 11 ml/h según protocolo del Servicio. En el postoperatorio inmediato refirió EVA de 10/10. Inicialmente se trató con morfina de rescate (8 mg intravenosa en bolos de 2 mg en intervalos de 5 min) sin conseguir mejoría del dolor. Se decidió realizar bloqueo ESP derecho ecoguiado en el plano de los erectores espinales a nivel de T7 con visión directa continua con aguja tipo Tuohy 18 G. El espacio se encontró a 3,5 cm. Se

administró un volumen de 30 ml (mezcla de mepivacaína 2 % 15 ml y levobupivacaína 0,5 % 15 ml). Sin retirar la aguja se insertó un catéter en el mismo plano, dejando 3 cm introducidos, y se inició una perfusión continua de levobupivacaína 0,125 % a un ritmo de 8 ml/h. El dolor según EVA fue: 2/10 a los 30 min y 1/10 a los 60 min. El catéter fue retirado al tercer día. El alta hospitalaria fue al séptimo día. El registro de EVA en planta fue 0/10 y no precisó rescates de opioide. El grado de satisfacción registrada por paciente y enfermería fue elevado.

**Discusión:** Nuestra experiencia con el bloqueo ESP se limitaba hasta el día de hoy al control del dolor perioperatorio con bloqueos de punción única con lo que la duración del bloqueo está condicionada a la vida media del anestésico local utilizado. La inserción de un catéter en el plano de los erectores con infusión continua de anestésico local es un valor añadido a este novedoso bloqueo, que desvincula el tiempo de analgesia del de la vida media del anestésico local. Considerando la técnica segura y de fácil aprendizaje, aplicable a diversos procedimientos sobre la pared torácica, nuestra experiencia con el ESP ha podido constatar la efectividad desde el punto de vista de la analgesia en la búsqueda de cirugías libres de opioides y con una alta satisfacción del paciente.

#### Bibliografía:

1. Forero M, Adhikary SD, Lopez H, Tsui C, Chin KJ. The erector spinae plane block: A novel analgesic technique in thoracic neuropathic pain. *Reg Anesth Pain Med.* 2016;41:621-7.
2. Bisgaard T. Analgesic treatment after laparoscopic cholecystectomy: A critical assessment of the evidence. *Anesthesiology.* 2006;104(4):835-46.

### P-021 ESTUDIO DE COHORTES DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA Y ORTOPÉDICA AMBULATORIA EN EL PERIODO DE FEBRERO-OCTUBRE 2018

**B. Castel, J. García Cantos, M. A. Ródenas, F. Tomás, F. Femenia, P. Argente**

*Hospital Universitario La Fe, Valencia*

**Introducción:** La cirugía y anestesia ambulatorias están siendo una de las herramientas con mayor éxito de nuestro sistema de salud; los avances tecnológicos dentro de la cirugía y anestesia han conducido a que la cirugía de complejidad avanzada se pueda realizar como cirugía ambulatoria, consiguiendo la incorporación temprana de los pacientes a su vida habitual así como laboral.

#### Objetivos:

1. Descripción de procesos quirúrgicos de cirugía traumatológica y ortopédica intervenidos de forma ambulatoria en el periodo de 2 años.
2. Descripción del tiempo quirúrgico de las cirugías y tiempo de estancia de la UCSI.
3. Obtener la tasa de reingresos y hospitalización en los pacientes de traumatología y ortopedia intervenidos de forma ambulatoria.
4. Describir las técnicas anestésicas realizadas para las diferentes cirugías, así como el dolor postoperatorio de las mismas.
5. Describir las complicaciones tempranas de los pacientes intervenidos de forma ambulatoria.

**Material y método:** Reclutamos a los pacientes intervenidos de cirugía traumatológica y ortopédica de carácter ambulatorio en el periodo de 2018.

Los datos fueron obtenidos de la historia clínica con el sistema informático Mizard (con exención de consentimiento informado de los pacientes al ser retrospectivo). La información obtenida fue de la hoja quirúrgica así como de la llamada postoperatoria en las primeras 24 h que se realiza a los pacientes de cirugía ambulatoria.

Las variables estudiadas fueron: sexo y edad, patología, tiempo quirúrgico, estancia en UCSI, ASA, dolor postoperatorio, complicaciones en actividades 24 h ingreso y hospitalización.

**Resultados:** Se estudian a 695 pacientes, en el periodo de febrero-octubre de 2018, se incluyen 600 pacientes, excluyendo 95 que no contestaron a la entrevista telefónica postoperatoria. De ellos el 65 % eran mujeres y el 35 % hombres, con una edad media de 53,1 ± 17,2 años. El 35 % de los intervenidos fueron sometidos a cirugía de la mano, el 38 % a cirugía del pie, el resto a cirugía de hombro y rodilla.

El 40 % de esas cirugías fueron de complejidad media-alta. El 91 % de los pacientes fueron ASA I-II, el 74 % fueron sometidos a anestesia locorregional, el 25 % a anestesia general, el tiempo quirúrgico medio fue de 50,1 min ± 30,2, la estancia media en UCSI fue de 130 min, en el seguimiento postoperatorio el 4,2 % fueron hospitalizados, las complicaciones se presentaron en < 1 % siendo las más frecuentes el dolor y sangrado de la herida (que no requirieron ingresos). En cuanto al dolor postoperatorio, el 98 % presentaron una EVA < 5, siendo el tratamiento más habitual para el control del dolor opiáceos menores y AINE.

**Discusión:** En estos momentos podemos asegurar que un amplio número de pacientes pueden ser sometidos a cirugía de complejidad variable, con escasas complicaciones y con un buen control postoperatorio.

Esto supone un menor gasto de recursos sanitarios así como de hospitalización. Finalizamos concluyendo que la potenciación de la cirugía ambulatoria supone una vía importante para reducir las listas de espera y de racionalización de los recursos.