

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.