

su realización, siendo necesario realizarlo bajo sedación anestésica, con cita para ser valorado por anestesiología y realizarlo en cirugía mayor ambulatoria, retrasándose el tiempo de diagnóstico y precisando más recursos.

En algunos casos con sospecha mantenida de carcinoma y biopsia negativa puede realizarse resonancia magnética asociada a una biopsia ecodirigida con mayor probabilidad de diagnóstico positivo (OR: 3,5). En estos casos, se realiza sedación para la biopsia.

Estos casos de sedación no han sido valorados en el actual estudio. Con profunda sedación, el bienestar del paciente podría ser mayor, pero la percepción de dolor y malestar por el paciente según este estudio no parece justificar modificaciones en el actual manejo analgésico, por el retraso en el diagnóstico y mayores recursos necesarios.

Conclusiones: La biopsia de próstata con anestesia local fue tolerada por el 96 % de los paciente, que fue calificada como dolor leve o nulo en todos los casos. Todos repetirían el procedimiento y el trato percibido fue bueno. La sedación anestésica retrasaría el tiempo de diagnóstico y no parece necesaria ante la percepción descrita por los pacientes.

P-017 EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA ANALGESIA MULTIMODAL EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE PACIENTES INTERVENIDOS POR GASTRECTOMÍA TUBULAR LAPAROSCÓPICA

V. de Sanctis Briggs, L. Alsina Estalló, M. Arqués Castro, M. J. Simón Solano, N. Roca Rossellini, A. Álvarez Pérez
Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

Palabras clave: dolor postoperatorio, cirugía bariátrica, analgesia multimodal, obesidad.

Introducción: El control del dolor postoperatorio en cirugía bariátrica es uno de los objetivos terapéuticos más preciados, dado que la eficacia analgésica contribuye a la movilización activa y precoz que, a su vez, disminuye los riesgos de morbimortalidad asociados al procedimiento quirúrgico, sobre todo trombosis venosa profunda, disfunción ventilatoria, digestivas y endocrinometabólicas e infecciones.

La analgesia multimodal constituye la piedra angular del enfoque analgésico ya que se basa en la combinación de los efectos sinérgicos de diferentes fármacos, permitiendo utilizar menores dosis y disminuir los potenciales efectos adversos. Los factores de riesgo que pueden contribuir al dolor postoperatorio más estudiados son el género femeni-

no, la edad más joven, el dolor preexistente y el índice de masa corporal (IMC). Sin embargo, hay escasos estudios que se centren específicamente en los factores que pueden incidir en el dolor postoperatorio de la cirugía bariátrica.

Objetivos: El objetivo primario del presente estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de la analgesia multimodal intravenosa en el postoperatorio inmediato (48 h) de pacientes intervenidos por obesidad mórbida. Como objetivos secundarios se buscó identificar factores de riesgo específicos del perfil de población.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes que se sometieron a una gastrectomía tubular por laparoscopia (GTL) de enero de 2017 a diciembre de 2018 en nuestro centro. Tras revisar las historias médicas, a través del sistema informático hospitalario, se recopilaron datos sobre: género, edad, IMC, patrón de analgesia, y los registros EVA en preoperatorio, URPA, 24 y 48 h tras la cirugía, efectos adversos y dosis de rescate.

El protocolo anestésico consiste en una anestesia general con inducción de propofol, fentanilo y rocuronio, y mantenimiento con desflurane/sevorane, fentanilo y rocuronio. Revertidos con sugammadex.

Resultados: De 338 pacientes sometidos a GTL, se estudiaron 276 (81,7 %) pacientes a los que se administró la misma pauta analgésica postoperatoria: tramadol 600 mg, dexketoprofeno 200 mg, ketamina 75 mg, metadona 75 mg (dosis de rescate metamizol 2 g y ondansetrón 4 mg/8 h).

En general, el 83,7 % eran mujeres, la edad media fue de 47 años (rango 20-71), promedio del IMC 44,05 (rango 31-70). El 35,9 % de los pacientes presentaron efectos adversos y 12 (4,3 %) requirieron un cambio de analgesia. No hubo ninguna depresión respiratoria ni sobredosificación.

Los registros de EVA se recogen en la Tabla I.

No se encontraron diferencias significativas por género ni edad. En los pacientes que presentaron efectos adversas, el valor EVA en el preoperatorio fue significativamente superior (2,9 [DE 2,0] vs. (1,8 [DE 2,3]; $p < 0,005$).

A partir de las 24 h el dolor estuvo controlado (< 3) y el alivio del dolor fue significativo en todos los controles postoperatorios. Los pacientes con IMC > 40 registraron una EVA significativamente superior a las 24 h a los de IMC < 40 . Aquellos con IMC $> 47,9$ mostraron, a su vez, EVA significativamente superior que los IMC $< 47,9$ a las 24 h.

Discusión: Los resultados nos confirman que la analgesia multimodal implementada proporciona un eficaz control del dolor postoperatorio (1), ya que la EVA media de dolor resulta inferior a 3 en todos los controles excepto en URPA, que representa el postoperatorio inmediato, y que los pacientes refieren como el pico máximo de dolor, resultando el mínimo a las 24 h del proceso.

Los factores independientes de la cirugía también desempeñan un papel relevante en el control del dolor postoperatorio, como indica la mayor incidencia significativa

TABLA I

	<i>EVA media</i>	<i>Obesidad I-II IMC < 40 (n = 75)</i>	<i>Obesidad mórbida IMC > 40 (n = 128)</i>	<i>Superobesidad IMC > 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