

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

cirugías, el anestésico de larga duración utilizado y el doble ciego existente en el ensayo clínico no lo han hecho posible. Esto también comporta que los resultados puedan estar infravalorados por tener una mayor tasa de fallos respecto a lo previsto (5 %), pero se podría descartar ya que los posibles errores están distribuidos homogéneamente a lo largo de los años en que hemos realizado el estudio y no están todos al principio como cabría esperar por la posible inexperiencia.

**Conclusiones:** Realizar una anestesia combinada con un BPVT en cirugía de cáncer de mama sin reconstrucción disminuye el requerimiento de opioides peroperatorios, aunque no de manera significativa. La limitación del estudio han sido los 5 años que hemos tardado en incluir a todas la pacientes del estudio y la poca eficacia del estudio para detectar las fallidas técnicas al realizar el BPVT ecoguiado que pueden haber modificado algún resultado.

**Agradecimientos:** No financiación ni conflictos de interés.

#### Bibliografía recomendada:

1. Glen, et al. Perioperative breast analgesia. *Reg Anesth Pain Med.* 2017;42:609-31.
2. Sessler D, et al. Can regional analgesia reduce the risk of recurrence after breast cancer? *Methodology of a multicenter randomized trial.* *Contemp Clin Trials.* 2008;29:517-26.

### P-013 USO ALTERNATIVO DEL BLOQUEO PENG PARA MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

S. A. Córdoba Holt

*Hospital Mateu Orfila, Maó*

**Palabras clave:** PENG block, fractura de cadera, ultrasonido, dolor agudo.

**Introducción:** Es sabido el dolor que genera la movilización de pacientes con fractura de cadera previo a la osteosíntesis, tanto en el traslado como para su posicionamiento a la hora de la anestesia neuroaxial.

Recientemente se ha descrito el bloqueo PENG (*Pericapsular Nerve Group*, por sus siglas en inglés) como parte de la estrategia analgésica para la fractura de cadera en el periodo postoperatorio (1). Aunque inicialmente descrita con este objetivo, en esta comunicación se presenta un uso alternativo.

**Objetivo:** Valorar el uso alternativo del bloqueo PENG para controlar el dolor en pacientes con fractura de cadera durante la movilización.

**Material y método:** De forma prospectiva y durante un periodo de tiempo preestablecido, se presentaron 6

pacientes con fractura de cadera con indicación de corrección quirúrgica mediante osteosíntesis. Se obtuvieron los consentimientos informados respectivos, y tras su firma, todos los pacientes fueron sometidos a un bloqueo PENG como técnica analgésica previo a su ingreso en quirófano (URPA). Se midió la EVA durante la movilización en camilla y posicionamiento para la anestesia, como también la satisfacción del paciente con técnica mediante 5 preguntas cerradas.

Se empleó una sonda curva de 7 Mhz, mediante guía ecográfica en plano con aguja 22 G/8 mm. Se administró una dosis de 25 mg de bupivacaína 0,25 % c/v + 200 mg mepivacaína 2 % (volumen total 20 ml) depositado entre el tendón del psoas y la rama púbica, ipsilateral a la fractura.

**Resultados:** Durante la movilización, los pacientes reportaron una EVA media de 3 y durante la sedestación para la anestesia una EVA de 5, sin el uso coadyuvante de analgésicos y/o sedantes excepto en un caso (durante la sedestación). Respecto a la satisfacción del paciente, un 66,6 % de los pacientes se encontraron satisfechos con la técnica en cuanto al control del dolor.

**Discusión:** La fractura de cadera es una patología quirúrgica que no pasa desapercibida en cuanto a su frecuencia, en especial en la población adulta mayor. El control del dolor durante la movilización de los pacientes suele ser un problema principalmente a la hora del traslado dentro del área quirúrgica donde el paciente carece de monitorización adecuada para garantizar el empleo seguro de analgésicos y sedantes. Por otro lado, el posicionamiento para la anestesia neuroaxial también se convierte en un momento incómodo para el personal de quirófano pero principalmente doloroso para el paciente.

El bloqueo PENG hace referencia al manejo multimodal del dolor postquirúrgico en la fractura de cadera. Ha sido descrito recientemente como un bloqueo basado en el volumen de anestésico local inyectado; nos viene a la mente su análogo en el caso de la artroplastia de rodilla, el IPACK (*Infiltration between Popliteal Artery and Capsule Knee*). Sus principios anatómicos hacen referencia a la extensa inervación de la cápsula anterior de la articulación coxofemoral que incluye el nervio obturador, el obturador accesorio y las ramas sensitivas capsulares del nervio femoral (1,2). Es una técnica sencilla, que no requiere de punciones múltiples para cubrir cada uno de los nervios implicados en la inervación sensitiva de la cápsula articular. Al tratarse de un bloqueo diseñado con otro objetivo, surge la inquietud de si podría extender su uso hasta el periodo preoperatorio, dando una solución a la situación descrita anteriormente.

En este estudio se valora el uso alternativo del bloqueo PENG en 6 pacientes con 2 tipos de fractura de cadera (perrotrocantérica y subcapital de fémur) que acudieron de urgencias de nuestro hospital durante un periodo de 4 semanas. En los resultados no resulta despreciable la disminución de la EVA durante la movilización, teniendo en cuenta