

técnica analgésica está sobradamente establecida (epidural o paravertebral torácica), aún no existe ningún estudio de relevancia que determine cuál es el método analgésico de elección en la cirugía VATS. Lo que sí que se desprende de dichos estudios y publicaciones es que, posiblemente, tanto el bloqueo epidural como el paravertebral sean técnicas que, por su perfil de dificultad y riesgo, no sean las más adecuadas para el control del dolor en la cirugía videotoroscópica. En nuestro estudio, tanto el bloqueo intercostal como la morfina intratecal han demostrado ser métodos seguros y eficaces para el control del DAPO tras VATS.

#### Conclusiones:

- Resaltar la importancia del tratamiento del dolor tras cirugía VATS.
- Resultados preliminares de no inferioridad y parcialmente favorables en consumo de morfina de rescate i.v. hacia la morfina intradural *versus* bloqueo intercostal, en el control del dolor en cirugía mayor VATS.
- La necesidad de tener un tamaño muestral mayor para poder determinar el perfil eficacia/seguridad de la morfina intradural frente al bloqueo intercostal en el control del dolor agudo y crónico de estos pacientes.

#### Bibliografía recomendada:

1. Alzahrani T. Pain relief following thoracic surgical procedures: A literature review of the uncommon techniques. *Saudi J Anaesth.* 2017;11(3):327-31.
2. Steinhorsdottir KJ, Wildgaard L, Hansen HJ, Petersen RH, Wildgaard K. Regional analgesia for video-assisted thoracic surgery: A systematic review. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2014;45(6):959-66.

### P-010 ANALGESIA INTRAVENOSA CON REMIFENTANILO EN EL TRABAJO DE PARTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

**B. Albercicio Gil, L. Pradal Jarne, M. Carbonell Romero, S. Gil Clavero, J. L. Sola García, P. Cía Blasco**  
*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza*

**Palabras clave:** *remifentanilo, parto, gestación, analgesia.*

**Introducción:** La analgesia epidural es considerada el gold estándar de la analgesia en el parto, pero esta en ocasiones puede estar contraindicada (1).

La analgesia intravenosa con remifentanilo puede ser una alternativa útil ya que, usada en PCA, los estudios disponibles indican que reduce el dolor de un 8 a un 4 en la EVA (1).

El remifentanilo es el opioide de elección ya que es eliminado rápidamente por el neonato sin afectar a la gaso-

metría del cordón ni al apgar, con una tasa de reanimación neonatal más baja en comparación con otros opioides (1).

El efecto adverso más importante del remifentanilo es la depresión respiratoria (1).

**Caso clínico:** Paciente de 31 años, gestante, sin alergias medicamentosas. Con antecedentes de costocondritis posquirúrgica, con dolor neuropático secundario, en tratamiento en la unidad del dolor desde 2002. En tratamiento actual con ácido fólico, hierro y paracetamol. Portadora de un neuroestimulador en el ganglio de la raíz dorsal T8 izquierda tunelizado hasta nivel lumbar, actualmente desactivado durante la gestación, que contraindica la colocación de un catéter epidural.

**Dolor:** Ante la contraindicación de epidural se decide administrar como analgesia del parto remifentanilo en PCA 40 mcg en bolo con un tiempo de cierre de 2 min. El botón debe ser pulsado ante la primera percepción de contracción para intentar coincidir el pico de efecto de remifentanilo con el pico de la contracción. Para evitar los efectos adversos de remifentanilo hay que seguir un estricto protocolo de administración: no opioides las 4 h previas, vía única para su administración, consentimiento informado, saturación de oxígeno continua, matrona 1 a 1, escalas de sedación EVA y frecuencia respiratoria cada 30 min.

**Discusión:** La Cochrane en abril de 2017 estudió la bibliografía disponible sobre la analgesia con remifentanilo frente a otras alternativas en el alivio del dolor en el trabajo de parto, siendo los resultados de escasa evidencia por la poca calidad metodológica de los estudios encontrados. A pesar de ello, algunas de las conclusiones encontradas fueron que las pacientes a las que se administró remifentanilo en PCA tuvieron mayor alivio del dolor y estuvieron más satisfechas que con otros opioides intramusculares o intravenosos. En cuanto a los efectos adversos, la analgesia con remifentanilo se asocia con mayor riesgo de depresión respiratoria respecto a la analgesia epidural y menor riesgo respecto a otros opioides intravenosos. Tampoco se ha encontrado evidencia de mayor riesgo de Apgar menor de 7 a los 5 min en comparación con la analgesia epidural ni mayor riesgo de cesárea (2).

En cuanto a la dosis a utilizar no hay un consenso claro; hay múltiples estudios con distintas dosis y protocolos para intentar identificar el método más seguro y eficiente. Las recomendaciones que hay desde la sección obstétrica de la SEDAR hacen referencia a la utilización de un bolo fijo de 20-40 mcg en PCA con un intervalo de cierre de 1-3 min, no recomendando añadir la infusión basal o usándola a dosis baja (0,025-0,05 mcg/kg/min) (1).

En pacientes portadoras de neuroestimuladores la analgesia con remifentanilo es una opción útil.

#### Conclusión:

- El remifentanilo en PCA puede ser una alternativa útil cuando la analgesia epidural está contraindicada.

- 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.