

ANESTESIA

AN-003 Eficacia de la analgesia postoperatoria domiciliar por vía oral en el procedimiento Hallux Valgus

M. A. Martín López, M. Arberola Martín, M. Yuste Graupera, L. Hidalgo Grau, M. Prats Maeso

AN-004 Utilidad de un protocolo de analgesia postoperatoria en CMA en el procedimiento hernioplastia inguinal unilateral

M. A. Martín López, L. Hidalgo Grau, D. Neira Cedron, M. Garolera Bonamusa, M. Yuste Graupera, M. Prats Maeso

AN-005 Bloqueo de las ramas cutáneas laterales de los nervios intercostales en la línea media axilar (BRILMA) guiado con ecografía en cirugía no reconstructiva de mama. Estudio comparativo frente a analgesia tradicional

J. González García, A. González Bada, J. M. López Ramos, E. Estivalvez Abasolo, M. B. G. Muñecas Herreras, L. Aguilera Celorrio

AN-006 Repercusión en la aparición de dolor crónico postoperatorio (DCP) tras realización de bloqueo BRILMA ecoguiado en cirugía no reconstructiva de mama. La satisfacción importa

J. M. López Ramos, J. González García, M. A. Echevarría Correas, S. Lomas Díaz, M. B. G. Muñecas Herreras, L. Aguilera Celorrio

AN-007 Toxicidad cardiaca por anestésicos locales. Protocolo de estudio en un modelo experimental porcino

M. Zaballos García, D. Callejo, R. López Menchaca, R. Sevilla, D. Flórez, A. Melone, E. Sánchez, D. Salgado, V. Carrasco, E. Martínez

AN-008 Ensayo clínico para evaluar la dosis efecto del propofol con o sin remifentanilo para insertar la mascarilla laríngea Supreme

M. López Martínez, M. J. Etuláin, C. Monteserín, J. Olmedo, M. T. Portas, M. I. Canal, M. T. López Gil, M. Zaballos

AN-009 Ensayo clínico para evaluar la influencia de la técnica anestésica en la presión de sellado de la mascarilla laríngea Supreme

M. López Martínez, M. J. Etuláin, C. Monteserín, J. Olmedo, M. T. Portas, M. I. Canal, M. T. López Gil, M. Zaballos

AN-010 Evaluación de la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios en pacientes intervenidos mediante técnicas de anestesia regional y sedación en CMA

C. Monteserín Matesanz, J. Olmedo, M. López, J. Etuláin, M. I. Canal, D. Callejo, R. Sevilla, M. López, M. Zaballos

AN-011 Clasificación anatómica del procedimiento quirúrgico y su relación con las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) en Cirugía Mayor Ambulatoria

C. Monteserín Matesanz, J. Olmedo, M. López, J. Etuláin, M. I. Canal, D. Callejo, R. Sevilla, M. López, M. Zaballos

AN-012 Microcirugía laríngea en CMA: estudio comparativo entre remifentanilo-sevoflurano vs. remifentanilo-propofol. Evaluación de los parámetros hemodinámicos y de recuperación postoperatoria

J. Olmedo Amarilla, C. Monteserín, M. J. Etuláin, M. López, M. I. Canal, A. Reyes, N. Dueñas, M. López Gil, M. Zaballos

AN-013 Estudio prospectivo observacional para evaluar, desde la perspectiva del paciente, el consejo sanitario preoperatorio administrativo en fumadores intervenidos en Cirugía Mayor Ambulatoria

J. Olmedo Amarilla, C. Monteserín, M. J. Etuláin, M. López, M. I. Canal, A. Reyes, N. Dueñas, M. T. López Gil, M. Zaballos

AN-014 Manejo multimodal incluyendo el bloqueo neuromuscular profundo en la colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Evaluación de la calidad de recuperación

J. Etuláin, M. López, J. Olmedo, C. Monteserín, A. Reyes, N. Dueñas, M. I. Canal, S. Agusti, D. Callejo, M. Zaballos

AN-015 Análisis de los factores que contribuyen a una estancia prolongada en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en la práctica clínica habitual

M. J. Etuláin Santos, M. López, J. Olmedo, C. Monteserín, M. I. Canal, A. Reyes, R. López, M. D. Flórez, S. Agusti, M. Zaballos

AN-018 ¿Una adecuada elección de la técnica anestésica puede mejorar el circuito ambulatorio? Grado de influencia del tipo de anestesia sobre las pernoctas no planificadas en Cirugía Ambulatoria

P. Ruiz Rodríguez, L. Muñoz Corsini, B. Amorós Alfonso

AN-003 EFICACIA DE LA ANALGESIA POSTOPERATORIA DOMICILIARIA POR VÍA ORAL EN EL PROCEDIMIENTO HALLUX VALGUS

M. A. Martín López, M. Arberola Martín, M. Yuste Graupera, L. Hidalgo Grau, M. Prats Maeso

Introducción: La cirugía del Hallux Valgus comporta dolor postoperatorio moderado-severo. Debido a ello, su realización en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) ha determinado en algunos ámbitos la utilización de perfusión endovenosa continua de analgesia mediante elastómeros. Esta modalidad analgésica precisa de personal cualificado para el control del dispositivo domiciliario, no siempre accesible a todas las unidades de CMA. Por esta razón, en nuestra unidad se establecieron pautas específicas de analgesia postoperatoria para este procedimiento por vía oral, que se basaban en antiinflamatorio no esteroideo asociado a paracetamol de forma fija y alterna y tramadol de rescate.

Objetivo: Análisis de los resultados de la analgesia domiciliaria de la UCSI entre los años 2010-2015, en el procedimiento Hallux Valgus.

Material y método: Análisis retrospectivo del indicador: dolor a las 24 horas de la intervención. Se midió el grado de dolor según escala visual analógica (EVA, límites 0-10), mediante encuesta telefónica a las 24 horas de la intervención. Se analizó, además, el grado de prescripción por parte de los anestesiólogos de la pauta establecida para este procedimiento y el cumplimiento por parte de los pacientes de la analgesia pautada.

Resultados: La prescripción de la pauta analgésica establecida se ha mantenido alrededor del 80 %. Los pacientes han cumplido la prescripción pautada a las 24 horas (90-95 %) y los pacientes que refieren EVA > 3 a las 24 horas de la intervención estuvieron entre el 5 y el 12 %.

Conclusiones: La aplicación de un protocolo de analgesia postoperatoria específico y adecuado para procedimientos dolorosos en CMA, complementado con información clara y sencilla a nuestros pacientes, disminuye el dolor postoperatorio y facilita el cumplimiento de la misma.

Palabras clave: Analgesia, postoperatoria, domiciliaria, hallux valgus.

AN-004 UTILIDAD DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA POSTOPERATORIA EN CMA EN EL PROCEDIMIENTO HERNIOPLASTIA INGUINAL UNILATERAL

M. A. Martín López, L. Hidalgo Grau, D. Neira Cedron, M. Garolera Bonamusa, M. Yuste Graupera, M. Prats Maeso

Introducción: En la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) en nuestro centro se establecieron, desde el inicio de su actividad, pautas de analgesia postoperatoria agrupada según nivel de dolor y procedimiento quirúrgico. La unificación de pautas tuvo como objetivo disminuir la variabilidad de prescripción y facilitar la detección y corrección de las posibles deficiencias de la analgesia postoperatoria a domicilio.

Objetivo: Análisis de los resultados de la analgesia domiciliaria de la UCSI entre los años 2010-2015, en el procedimiento hernioplastia inguinal unilateral.

Material y método: Análisis retrospectivo del indicador dolor a las 24 horas de la intervención. La reparación de la hernia se realizó en todos los casos mediante malla de polipropileno. La pauta analgésica utilizada asocia un antiinflamatorio no esteroideo con paracetamol alternos. Se midió el grado de dolor según escala visual analógica (EVA, límites 0-10), mediante encuesta telefónica a las 24 horas de la intervención.

Realizamos un análisis del cumplimiento de la pauta establecida por parte de los profesionales y de la adherencia al tratamiento prescrito por parte de los pacientes.

Resultados: La prescripción de la pauta analgésica dentro del grupo establecido se ha mantenido dentro de los parámetros deseados (75-80 %). Los pacientes han cumplido en alto grado la prescripción pautada a las 24 horas y los resultados de la analgesia postoperatoria a las 24 horas de la intervención se ha mantenido dentro del objetivo fijado por la unidad (inferior a 5 % de pacientes con dolor > 3 en EVA).

Conclusiones: El protocolo de analgesia postoperatoria aplicado según nivel de dolor y agrupado por procedimientos quirúrgicos facilita el control del dolor postoperatorio. El análisis de los resultados permite modificar las pautas y, si es necesario, adecuarlas a las necesidades analgésicas de los pacientes.

Palabras clave: Analgesia, postoperatoria, hernioplastia inguinal.

AN-005 BLOQUEO DE LAS RAMAS CUTÁNEAS LATERALES DE LOS NERVIOS INTERCOSTALES EN LA LÍNEA MEDIA AXILAR (BRILMA) GUIADO CON ECOGRAFÍA EN CIRUGÍA NO RECONSTRUCTIVA DE MAMA. ESTUDIO COMPARATIVO FRENTE A ANALGESIA TRADICIONAL

J. González García, A. González Bada, J. M. López Ramos, E. Estivarez Abasolo, M. B. G. Muñecas Herreras, L. Aguilera Celorio

Objetivo: Exponer los resultados obtenidos en el estudio realizado, comparando la realización del bloqueo BRILMA ecoguiado frente a la analgesia tradicional basada en opioides más AINE en cirugía de mama no reconstructiva.

Método: Se ha realizado un estudio prospectivo, aleatorizado y simple ciego donde todos los pacientes pertenecientes a la muestra fueron sometidos a cirugía no reconstructiva de mama en régimen ambulatorio en el Hospital Universitario Basurto (mayo 2015 hasta marzo 2016). Los pacientes fueron reclutados y aleatorizados a través del software SAS para formar parte del G1 realización del bloqueo BRILMA ecoguiado (infusión de ropivacaína) más dexketoprofeno, paracetamol y tramadol a demanda, o parte del G0 con dexketoprofeno, paracetamol y tramadol a demanda. El seguimiento de ambos grupos se realizó durante las primeras 24 horas por parte de la Unidad del Dolor Agudo. Se realizó valoración del dolor agudo postoperatorio (DAP), según la escala numérica verbal (ENV). De igual forma también se registró el consumo de tramadol como analgesia de rescate.

Resultados: Formaron parte del estudio un total de 26 pacientes: 12 de ellos correspondían al G0 y 14 al G1, no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0,487$). Al cuantificar la analgesia utilizando la ENV, se pudo observar que globalmente se obtenía una mejor puntuación en el G1 respecto al G0, existiendo diferencias significativas a las 2, 6 y 24 horas respectivamente. En relación al consumo de tramadol, se constató la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos, tanto en consumos parciales, (2, 6 y 24 horas respectivamente), como en el global.

Conclusiones: El bloqueo BRILMA ecoguiado es una alternativa eficaz como técnica analgésica en cirugía de mama no reconstructiva frente a la analgesia tradicional, reduciendo eficazmente el dolor y el consumo de opioides en el periodo postoperatorio.

Palabras clave: BRILMA, cirugía mama, ENV, anestésicos locales, opioides.

AN-006 REPERCUSIÓN EN LA APARICIÓN DE DOLOR CRÓNICO POSTOPERATORIO (DCP) TRAS REALIZACIÓN DE BLOQUEO BRILMA ECOGUIADO EN CIRUGÍA NO RECONSTRUCTIVA DE MAMA. LA SATISFACCIÓN IMPORTA

J. M. López Ramos, J. González García, M. A. Echevarría Correas, S. Lomas Díaz, M. B. G. Muñecas Herreras, L. Aguilera Celorrio

Objetivo: Medir el grado de satisfacción de los pacientes y persistencia del dolor en la herida quirúrgica, comparando la realización del bloqueo BRILMA ecoguiado frente a la analgesia tradicional en cirugía de mama no reconstructiva.

Método: Se ha realizado un estudio prospectivo, aleatorizado y simple ciego donde todos los pacientes pertenecientes a la muestra fueron sometidos a cirugía no reconstructiva de mama en régimen ambulatorio en el Hospital Universitario Basurto (mayo 2015 hasta marzo 2016). Los pacientes fueron reclutados y aleatorizados para formar parte del G1 realización del bloqueo BRILMA ecoguiado más dexketoprofeno, paracetamol y tramadol a demanda, o parte del G0 con dexketoprofeno, paracetamol y tramadol a demanda. El seguimiento se realizó durante las primeras 24 horas, incluyendo encuesta de satisfacción, junto con reevaluación posterior a los 1, 3 y 6 meses respectivamente, con objeto de valorar la cronicidad del dolor tras cirugía.

Resultados: Formaron parte del estudio un total de 26 pacientes, 12 de ellos correspondían al G0 y 14 al G1. Globalmente se obtuvo mejor puntuación en la escala de satisfacción global, junto a la calidad del sueño en el G1, destacando que la totalidad del G1 volvería a confiar en el mismo tratamiento analgésico recibido, frente a la negativa de 2 pacientes del G0. Al primer mes se objetivó cronicidad del dolor en herida quirúrgica en el G0, requiriendo para su control toma de analgésicos, existiendo diferencias significativas. En cambio, a los 3 y 6 meses respectivamente no se observaron diferencias significativas.

Conclusiones: El bloqueo BRILMA ecoguiado produce mayor confort durante el postoperatorio, con mejora en la calidad del sueño respecto a la infusión de morfina. Se aprecia disminución en la cronicación del dolor postoperatorio en la zona de la herida quirúrgica, aunque requiere realización de más estudios para valorar con mayor exactitud dicha afirmación.

Palabras clave: BRILMA, cirugía de mama, grado de satisfacción, DCP, anestésicos locales, opioides.

AN-007 TOXICIDAD CARDIACA POR ANESTÉSICOS LOCALES. PROTOCOLO DE ESTUDIO EN UN MODELO EXPERIMENTAL PORCINO

M. Zaballo García, D. Callejo, R. López Menchaca, R. Sevilla, D. Flórez, A. Melone, E. Sánchez, D. Salgado, V. Carrasco, E. Martínez

Introducción: Los anestésicos locales (AL) como la bupivacaína (B) se utilizan ampliamente en cirugía ambulatoria (CA) como parte esencial de la analgesia multimodal. Sin embargo, su utilización no está exenta de riesgo de toxicidad sistémica. La toxicidad cardiológica de la B induce una alteración intensa de la conducción ventricular manifestándose con alteraciones electrocardiográficas, como el ensanchamiento del intervalo QRS. Los modelos animales que estudien la cardiotoxicidad de los AL permiten mejorar nuestro conocimiento y establecer pautas de tratamiento. Nuestro objetivo fue desarrollar un modelo de intoxicación no letal por bupivacaína y correlacionar los niveles en sangre con el intervalo QRS como marcador instantáneo de una intoxicación grave.

Material y métodos: Catorce cerdos fueron premedicados con ketamina, y anestesiados con tiopental sódico y sevoflurano (2,6 %). Se canalizaron los vasos femorales para monitorización y determinaciones analíticas. Al finalizar la instrumentalización se administró bupivacaína en dosis de 4 mg/kg-1. Se realizaron determinaciones de bupivacaína en sangre desde el tiempo 0, 1, 2, 3, 4, 5 y 10 minutos tras su administración. Se analizaron los incrementos en el intervalo QRS y se correlacionaron con los niveles de bupivacaína. Estadística: correlación de Spearman. Significación estadística: $p < 0,05$.

Resultados y conclusiones: Los datos hemodinámicos y parámetros gasométricos permanecieron en rango fisiológico. Se observó una prolongación media máxima del 159 % en el intervalo QRS en un 80 % de los animales, apareciendo taquicardia ventricular en el 20 % restante. Hubo una correlación estadísticamente significativa entre los incrementos porcentuales producidos en el intervalo QRS y los niveles plasmáticos de bupivacaína (coeficiente de correlación de 0,46; $p = 0,017$). El presente modelo porcino ha mostrado que el ensanchamiento del intervalo QRS se ha correlacionado con los niveles plasmáticos de bupivacaína. Este parámetro puede ser un marcador clínico de gran utilidad y fácil obtención en la práctica diaria para la valoración de una intoxicación accidental grave por bupivacaína.

Palabras clave: Bupivacaína, toxicidad cardíaca, intervalo QRS.

AN-008 ENSAYO CLÍNICO PARA EVALUAR LA DOSIS EFECTO DEL PROPOFOL CON O SIN REMIFENTANILO PARA INSERTAR LA MASCARILLA LARÍNGEA SUPREME

M. López Martínez, M. J. Etulaín, C. Monteserín, J. Olmedo, M. T. Portas, M. I. Canal, M. T. López Gil, M. Zaballos

Objetivos: La mascarilla laríngea Supreme™ (MLS) es uno de los nuevos dispositivos supraglóticos (DSG) disponibles actualmente para su uso clínico. Estudios previos han evaluado aspectos relevantes de la MLS, como la presión del sellado y su funcionamiento en diversos contextos clínicos. Sin embargo, la información existente sobre los requerimientos anestésicos para la inserción de la LMA-Supreme™ es limitada. Este estudio pretende evaluar la concentración efecto (CE50) del propofol para insertar la MLS y determinar en qué medida la asociación de remifentanilo influye en las necesidades de propofol.

Material y métodos: Se seleccionaron 58 pacientes ASA I y II con edades comprendidas entre 18 y 60 años y programados para cirugía ambulatoria. Los pacientes fueron asignados de manera aleatoria a: grupo propofol + salino: se realizaba la inducción mediante sistema TCI con propofol y suero salino; y grupo propofol + remifentanilo, en el que se asociaba a la perfusión de propofol remifentanilo en dosis de 5 ng/ml-1 administrado igualmente en sistema TCI. La CE50 de propofol se calculó mediante el método secuencial de Dixon de “up-and-down” con incrementos y decrementos en la dosis de propofol de 0,5 µg/ml-1. Se definió como respuesta de “movimiento” la presencia de tos, movimiento de retirada, mordida o laringoespasma durante y hasta un minuto tras la colocación de la MLS. No se administraron relajantes neuromusculares.

Resultados y conclusiones: En el grupo propofol + salino, la CE50 para la inserción de la MLS fue de $6,32 \pm 0,67$ µg/ml-1 (95 % CI, 5,69-6,94 µg/ml-1). En el grupo de propofol y remifentanilo la CE50 para la colocación de la MLS fue de $2,50 \pm 0,80$ µg/ml-1 (95 % CI, 1,82-3,17 µg/ml-1; $p < 0,0001$). Este estudio ha mostrado que las necesidades de propofol para la inserción exitosa de la MLS fueron un 60 % inferiores cuando se administraba conjuntamente remifentanilo en dosis de 5 ng/ml-1.

Palabras clave: Mascarilla Supreme™, efecto, remifentanilo, colocación.

AN-009 ENSAYO CLÍNICO PARA EVALUAR LA INFLUENCIA DE LA TÉCNICA ANESTÉSICA EN LA PRESIÓN DE SELLADO DE LA MASCARILLA LARÍNGEA SUPREME

M. López Martínez, M. J. Etulaín, C. Monteserín, J. Olmedo, M. T. Portas, M. I. Canal, M. T. López Gil, M. Zaballos

Objetivos: Existen muchos factores que afectan la presión de fuga orofaríngea (PFO) de las mascarillas laríngeas (ML), sin embargo el impacto de la técnica anestésica en la PFO no ha sido mostrado de forma concluyente. En un estudio previo se determinó la concentración efecto de propofol asociado o no a remifentanilo para la inserción de la Mascarilla Laríngea Supreme™ (MLS). Para evaluar el impacto de la técnica anestésica en la PFO se realizó un análisis *post hoc* para evaluar el efecto de los agentes anestésicos en la PFO de la MLS.

Material y métodos: El estudio se realizó en 58 pacientes ASA I y II y edades entre 18 y 60 años, programados para cirugía ambulatoria. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a: grupo propofol + salino: se realizaba la inducción mediante sistema de TCI con propofol y suero salino; y grupo propofol + remifentanilo, en el que se asociaba a la perfusión de propofol remifentanilo (5 ng/ml-1) administrado igualmente en sistema TCI. Tras la inserción de la MLS se infló el manguito y se ajustó la presión a 60 cm de H₂O. A continuación se determinó la PFO con el método con el cierre de la válvula espiratoria, manteniendo un flujo continuo de gas fresco de 3 l/minuto hasta que la presión del sistema alcanzaba el equilibrio.

Resultados y conclusiones: La PS fue superior en el grupo propofol + remifentanilo: media de 26 ± 6 cm H₂O vs. 22 ± 3 cm H₂O en el grupo propofol + salino, p < 0,05. Las diferencias obtenidas en nuestro ensayo clínico, en la PFO entre los dos grupos, sugiere que la combinación de propofol y remifentanilo produce una mayor supresión de los reflejos faríngeos y posiblemente del tono de los músculos laríngeos, permitiendo así un mejor sellado de la MLS.

Palabras clave: Técnica, anestésica, presión, sellado, supreme.

AN-010 EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA DE NÁUSEAS Y VÓMITOS POSTOPERATORIOS EN PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE TÉCNICAS DE ANESTESIA REGIONAL Y SEDACIÓN EN CMA

C. Monteserín Matesanz, J. Olmedo, M. López, J. Etulaín, M. I. Canal, D. Callejo, R. Sevilla, M. López, M. Zaballos

Objetivos: Las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) continúan siendo un problema relevante en la cirugía ambulatoria (CA). La mayoría de los estudios se han centrado en la evaluación de las NVPO asociadas a la anestesia general. Sin embargo, las técnicas de sedación y la anestesia regional no están exentas de riesgo de NVPO. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la incidencia y factores asociados con la aparición de NVPO en pacientes intervenidos en CA con técnicas de sedación y anestesia locorregional.

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre una muestra de datos recogidos de forma prospectiva. Se evaluaron parámetros demográficos, clasificación del riesgo de NVPO según la clasificación de Apfel, profilaxis antiemética realizada, características de la cirugía, incidencia de NVPO y tiempos de estancia. Se realizaron comparaciones entre los pacientes que presentaron NVPO vs. los que no presentaron eventos eméticos. Estadística: t de Student y Chi-cuadrado.

Resultados y conclusiones: Fueron evaluados 343 pacientes, ASA I-III y edad de 47 ± 17 años. El 66 % recibieron sedación y anestesia local, intraarticular el 17 %, bloqueos periféricos el 10 %, regional intravenosa el 6 % y raquianestesia el 1 %. El 39 % de los pacientes no presentaba ningún factor de riesgo (FR) de NVPO, el 51 % riesgo leve, moderado el 8 % y alto el 2 %. Un 2 % de los pacientes presentaron NVPO, el 100 % fue en mujeres ($p = 0,04$) y todas habían recibido opiáceos. El 50 % de los pacientes con NVPO se intervinieron en ORL. Los pacientes con NVPO tuvieron una estancia más prolongada en la unidad: 237 ± 83 min vs. 117 ± 55 min en los que no tuvieron NVPO ($p = 0,0001$). Concluimos que los resultados de este estudio corroboran la baja incidencia de NVPO en las técnicas loco-regionales y que su aparición incrementa significativamente la estancia en la unidad. La limitación del uso de opiáceos como componente del plan anestésico puede ayudar a minimizar esta complicación.

Palabras clave: Náuseas/vómitos postoperatorios, anestesia locorregional, sedación.

AN-011 CLASIFICACIÓN ANATÓMICA DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y SU RELACIÓN CON LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS POSTOPERATORIOS (NVPO) EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

C. Monteserín Matesanz, J. Olmedo, M. López, J. Etulaín, M. I. Canal, D. Callejo, R. Sevilla, M. López, M. Zaballos

Objetivos: El impacto de la cirugía como predictor de las NVPO no ha sido probado de forma consistente. Estudios previos en pacientes ingresados han mostrado que una clasificación anatómica del tipo de cirugía es un factor predictor de NVPO. El objetivo de nuestro estudio fue analizar si la incidencia de NVPO en cirugía mayor ambulatoria (CMA) se relaciona con el tipo de cirugía clasificado de forma anatómica.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo sobre una muestra de datos recogidos de forma prospectiva. Las cirugías (C) realizadas se clasificaron de forma anatómica. Grupo 1: tegumentaria (escisión superficial de piel, músculo, cirugía traumatológica y de pared abdominal). Grupo 2: C de cabeza y cuello (procedimientos de cabeza, cuello, intraorales, oído y nariz). Grupo 3: ginecológica (ligadura, legrados). Se relacionó la incidencia de NVPO con la clasificación anatómica de la cirugía y con otros factores de riesgo (FR) según la clasificación de Apfel. Estadística: Chi-cuadrado y Anova.

Resultados y conclusiones: Fueron evaluados 782 pacientes ASA I-III, con edad media de 40 ± 17 años. La incidencia de NVPO fue superior en el grupo 2: 7,8 vs. 1,9 % en el grupo 1 y un 2,2 % en el grupo 3 ($p < 0,001$). Los grupos 2 y 3 recibieron anestesia general en una proporción superior al grupo 1 (85, 100 y 28 % respectivamente; $p < 0,001$). Pacientes con FR moderado y alto según la clasificación de Apfel presentaron mayor incidencia de NVPO (6,8 y 12,5 vs. 1,6 % con FR bajo; $p < 0,001$). La presencia de NVPO se asoció con una mayor estancia en la unidad (226 ± 68 vs. 148 ± 62 min; $p < 0,001$). Concluimos que la clasificación anatómica de la cirugía en el contexto de la CMA se ha asociado con una mayor frecuencia de NVPO, siendo los procedimientos de cabeza y cuello los de mayor riesgo de esta complicación.

Palabras clave: Clasificación, anatómica, NVPO.

AN-012 MICROCIRUGÍA LARÍNGEA EN CMA: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE REMIFENTANILO-SEVOFLURANO VS. REMIFENTANILO-PROPOFOL. EVALUACIÓN DE LOS PARÁMETROS HEMODINÁMICOS Y DE RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA

J. Olmedo Amarilla, C. Monteserín, M. J. Etulaín, M. López, M. I. Canal, A. Reyes, N. Dueñas, M. López Gil, M. Zaballos

Objetivos: La microcirugía laríngea es un proceso de corta duración que se asocia con un importante estímulo adrenérgico y que, frecuentemente, es realizado en cirugía ambulatoria. Diferentes técnicas anestésicas han sido empleadas para el control hemodinámico. Sin embargo, ningún estudio previo ha comparado la eficacia de la combinación de sevoflurano y remifentanilo frente a propofol y remifentanilo en el control de la respuesta hemodinámica y la posterior recuperación.

Métodos: 37 pacientes ASA I-III con edades comprendidas entre 23-77 años y programados para microcirugía laríngea fueron incluidos en el estudio. Los pacientes fueron randomizados en dos grupos: grupo S-R (sevoflurano y remifentanilo) y grupo propofol (propofol y remifentanilo). La perfusión de remifentanilo se ajustó para mantener valores hemodinámicos alrededor de un 20 % de los basales (dosis de 0,2 a 0,6 $\mu\text{g}/\text{kg}\cdot\text{1}/\text{min}\cdot\text{1}$). Se registraron los parámetros hemodinámicos cada 3 minutos desde la inducción y durante la inserción del laringoscopio rígido. Se compararon los tiempos de extubación y de orientación, y dolor postoperatorio entre ambos grupos.

Resultados y conclusiones: No hubo diferencias entre ambos grupos en los parámetros basales. No hubo diferencias entre ambos grupos en la evolución de los valores hemodinámicos tras la inducción y durante la inserción del laringoscopio rígido. No hubo diferencias significativas entre los grupos en las necesidades de remifentanilo, ni en los tiempos de extubación. Los pacientes del grupo SR presentaron en mayor proporción una puntuación de 10 en el test de Aldrete 5 minutos tras la extubación (100 vs. 67 % en el grupo PR; $p = 0,018$). En la URPA, un mayor porcentaje de pacientes del grupo PR presentaron dolor moderado-severo (33 vs. 5 % en el grupo SR; $p < 0,05$). Los resultados de nuestro estudio demuestran que ambos agentes son eficaces en el control hemodinámico durante la microcirugía laríngea, proporcionando una recuperación precoz y una incidencia escasa de efectos secundarios.

Palabras clave: CMA, sevoflurano, propofol, microcirugía.

AN-013 ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL PARA EVALUAR, DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE, EL CONSEJO SANITARIO PREOPERATORIO ADMINISTRADO EN FUMADORES INTERVENIDOS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

J. Olmedo Amarilla, C. Monteserín, M. J. Etulaín, M. López, M. I. Canal, A. Reyes, N. Dueñas, M. T. López Gil, M. Zaballos

Objetivos: Los pacientes fumadores presentan un riesgo aumentado de complicaciones perioperatorias, siendo las más relevantes las complicaciones respiratorias y las de infección de la herida quirúrgica. La consulta de anestesia representa una oportunidad excelente para promover el cese del tabaquismo. Encuestas realizadas en diferentes países muestran que los anestesiólogos administran consejo sanitario de forma irregular a los pacientes fumadores que precisan una intervención quirúrgica. Sin embargo, ningún estudio ha evaluado directamente, a través del paciente intervenido en cirugía ambulatoria, el consejo administrado en relación al tabaquismo y la cirugía.

Métodos: Estudio monocéntrico, transversal, realizado en un hospital universitario de tercer nivel. Se realizó encuesta telefónica a pacientes fumadores vistos en la consulta de anestesia. Se evaluaron aspectos relacionados con la valoración del anestesiólogo al fumador mediante cuestiones recomendadas para disminuir los riesgos postoperatorios: si advertía de los riesgos del tabaquismo, si aconsejaba dejar de fumar y si enviaba al paciente a una unidad de tabaquismo para favorecer la deshabituación. Al finalizar la recogida de datos, se encuestó a los anestesiólogos para evaluar la autopercepción que los mismos reportaban en relación al consejo sanitario a pacientes fumadores.

Resultados y conclusiones: Se analizaron 615 consultas y un total de 123 fumadores [mediana de paquetes año de 12 (rango intercuartil 3,6-23,12)]. En relación a la intervención de los anestesiólogos, el 37 % avisó de los riesgos del tabaco y cirugía, un 23 % aconsejó dejar de fumar, y tan sólo el 3 % envió a los pacientes a una unidad de tabaquismo. En contraste, el 75 % de los anestesiólogos encuestados consideraba que frecuentemente o siempre aconsejaba dejar de fumar antes de la cirugía. Este estudio demuestra que existe una gran diferencia entre las evidencias que muestran la relevancia del abandono del tabaquismo y la falta de implementación en la práctica habitual durante la consulta de anestesia.

Palabras clave: Tabaquismo, fumadores, preanestesia, CMA.

AN-014 MANEJO MULTIMODAL INCLUYENDO EL BLOQUEO NEUROMUSCULAR PROFUNDO EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE RECUPERACIÓN

J. Etulaín, M. López, J. Olmedo, C. Monteserín, A. Reyes, N. Dueñas, M. i Canal, S. Agusti, D. Callejo, M. Zaballos

Introducción: La recuperación postoperatoria es un proceso complejo en el que influyen aspectos fisiológicos, psicológicos y de la presencia de efectos adversos en el postoperatorio. Muchos estudios evalúan aspectos fisiológicos, sin embargo la medición del estado de salud y la calidad de vida y la capacidad del paciente en reanudar sus actividades diarias es un importante indicador del éxito en el contexto de la cirugía ambulatoria. Nuestro objetivo fue evaluar la calidad de recuperación de pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica (CL) aplicando un manejo anestésico multimodal con la inclusión del bloqueo neuromuscular profundo (BNM) como parte del tratamiento.

Material y métodos: Se incluyeron 40 pacientes programados para CL (ASA I-III) con una edad media de 48 ± 14 años. El protocolo anestésico multimodal incluyó: analgesia multimodal (AINE, infiltración de la herida, dosis mínimas de fentanilo intraoperatorias), profilaxis multimodal de náuseas y vómitos postoperatorios, dexametasona al inicio de la intervención, lidocaína intravenosa, instauración de bloqueo neuromuscular profundo (BNM) (0 respuestas del TOF y 1-2 respuestas en el conteo postetánico PTC), presiones de neumoperitoneo inferiores a 12 mmHg y reversión del BNM con sugammadex. Se realizó un cuestionario de recuperación: QoR-15 (máxima puntuación de 150) que se evaluó el día de la cirugía y a las 24 horas de la misma.

Resultados y conclusiones: Cuatro pacientes tuvieron un ingreso no previsto, todos ellos por complicación quirúrgica. Los datos globales del QoR-15 disminuyeron moderadamente a las 24 horas de la cirugía (preoperatorio: mediana de 150 y rango intercuartil de 148-150; postoperatorio: mediana de 145 y rango intercuartil de 138-149; $p < 0,001$). El porcentaje de cambio en relación con los valores basales fue del 6 %. Los parámetros más afectados fueron en el componente emocional, confort físico y dolor leve. Concluimos que la aplicación de un protocolo multimodal proporciona una excelente calidad de recuperación en la CL ambulatoria.

Palabras clave: Bloqueo neuromuscular profundo, colecistectomía laparoscópica, calidad, recuperación.

AN-015 ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN A UNA ESTANCIA PROLONGADA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

M. J. Etulaín Santos, M. López, J. Olmedo, C. Monteserín, M. i Canal, A. Reyes, R. López, M. D. Flórez, S. Agusti, M. Zaballos

Objetivos: La estancia prolongada en la unidad es uno de los factores que puede complicar la eficiencia en la CMA. Estudios previos han relacionado el tiempo de estancia en la unidad con factores tanto derivados del paciente como del tipo de cirugía y de la técnica anestésica. El objetivo del estudio fue analizar, en el contexto de la práctica habitual de la unidad, qué factores se han asociado con una estancia prolongada en la unidad.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo sobre una muestra de datos recogidos de forma prospectiva. Se definió como estancia prolongada (EP) una duración superior a 180 minutos. Se analizaron datos de los pacientes, duración de la cirugía y presencia de efectos adversos en la recuperación.

Resultados y conclusiones: Fueron evaluados 782 pacientes ASA I-III, con edad media de 40 ± 17 años. Un 26 % de los pacientes presentó EP. El tiempo de cirugía fue superior en los pacientes con EP 69 ± 36 vs. 54 ± 29 minutos; $p < 0,001$. La edad media de los pacientes que presentaron EP fue inferior a la de los que no presentaron EP (37 ± 17 vs. 42 ± 17). La anestesia general se asoció con una mayor EP: 81 vs. 19 %; $p < 0,001$. La presencia de NVPO en la URPA fue superior en los pacientes con EP: 10,4 vs. 1,8 %; $p < 0,001$. La presencia de dolor que precisó rescate analgésico fue superior en los casos con EP 27 % vs. 14,5, $p < 0,001$). A pesar de los avances en las técnicas de anestesia y analgesia multimodal, y de la implantación de estrategias de prevención de NVPO, la práctica clínica muestra que estos factores siguen persistiendo en el contexto actual de la CMA. La estancia prolongada incrementa los costes de la unidad y sigue representando uno de los retos de mejora en la CMA.

Palabras clave: Estancia prolongada, CMA, URPA, NVPO.

AN-018 ¿UNA ADECUADA ELECCIÓN DE LA TÉCNICA ANESTÉSICA PUEDE MEJORAR EL CIRCUITO AMBULATORIO? GRADO DE INFLUENCIA DEL TIPO DE ANESTESIA SOBRE LAS PERNOCTAS NO PLANIFICADAS EN CIRUGÍA AMBULATORIA

P. Ruiz Rodríguez, L. Muñoz Corsini, B. Amorós Alfonso

Objetivos: Evaluar el grado de responsabilidad por parte del tipo de anestesia empleada en la pernocta no planificada en Cirugía Mayor Ambulatoria para poder cambiar nuestra actitud en ciertas patologías quirúrgicas, en caso necesario.

Métodos: Medición continua del índice de calidad “pernoctas no planificadas” desde enero 2012 a diciembre 2015, tanto de la tasa como del servicio y patología implicadas.

Resultados: La tasa de ingresos por años es superior al estándar, entre un 3 y un 5 %, (2012 6,71 %, 2013 6,32 %, 2014 5,96 %, 2015 5,93 %). Por servicios, superan anualmente el estándar cirugía general (superior a 15 %), ginecología (entre un 8 a 10 %), otorrinaringología (9-10 %) y traumatología (6-11 %). Evaluamos los motivos de ingreso no previsto clasificándolos en quirúrgicos (reintervención, sangrado, cirugía más complicada de la prevista), anestésicos [dolor, náuseas y vómitos postquirúrgicos (NVPO), mareo, retención urinaria, bloqueo motor o sensitivo, médicos sobrevenidos] y administrativos (petición del paciente, motivo social, domicilio lejano, falta de tiempo para recuperación), siendo el dolor (2012: 12,43 %; 2013: 12,88 %; 2014: 14,28 %; 2015: 16,45 %), el bloqueo motor residual (2012: 10,27 %; 2013: 3,12 %; 2014: 7,79 %; 2015: 12,08 %), retención urinaria (2012: 11,89 %; 2013: 2,77 %; 2014: 3,03 %; 2015: 9,16 %), las NVPO (2012: 5,94 %; 2013: 5,62 %; 2014: 5,2 %; 2015: 5,94 %) y los drenajes (2012: 3,78 %; 2013: 2,08 %; 2014: 5,19 %; 2015: 7,59 %) los motivos fundamentales de ingreso en orden de frecuencia decreciente. Globalmente, la anestesia raquídea fue responsable directa de ingreso no planificado en el 13,87 %. De todas las patologías atendidas en el circuito ambulatorio, la hernia inguinal y sus variantes es, con más frecuencia, objeto de ingreso inesperado por las causas descritas. Una noche de ingreso por esta patología aumenta los costes de 345,82 a 1.810,91 euros.

Conclusiones: Un ingreso no previsto merma la calidad de los cuidados ambulatorios, disturba el planteamiento familiar y aumenta los costes vertiginosamente. Es fundamental conocer el resultado de nuestra actuación anestésica para poder modificarla y mejorar los resultados. Debemos incentivar la comunicación de resultados.

Palabras clave: Ingreso, pernocta, Cirugía Mayor Ambulatoria.