



P-086 - USO COMBINADO DE ANALGESIA LIBRE DE OPIOIDES Y BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO ABDOMINAL PARA CONTROL DEL DOLOR POSOPERATORIO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Fernández-Mateo, Helena; López-González, Ruth; Sánchez-Cordero, Sergi; Serra, Meritxell; Montealegre, Mayra; Pujol, Elisenda; García, Sira; Güenaga, Olaia

Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí.

Resumen

Introducción y objetivos: El control del dolor posoperatorio es un aspecto crucial en el paciente quirúrgico, ya que ha demostrado favorecer el proceso de recuperación. Este hecho implica una reducción en el tiempo de hospitalización y posibilita plantear la opción de altas precoces o incluso cirugía en régimen ambulatorio. Además, se ha demostrado que las técnicas anestésicas libres de opioides (*Opioid-Free Anaesthesia/OFA*) reducen los efectos indeseados de los mismos (náuseas, íleo paralítico, depresión respiratoria...) que podrían comprometer la agilización del alta. La OFA debe llevar asociada, siempre que sea posible, un bloqueo nervioso de la zona anatómica a intervenir, para optimizar el control analgésico. En el paciente de cirugía bariátrica los beneficios de la OFA son más relevantes, dado que son pacientes con mayor sensibilidad al uso de opioides debido a la propia obesidad y sus comorbilidades asociadas. En nuestro centro, de forma protocolizada en cirugía bariátrica, se realiza OFA junto con el bloqueo del plano transverso abdominal (TAP) bilateral guiado por ecografía. El objetivo del estudio es valorar el efecto posoperatorio del uso combinado de OFA y TAP en el paciente bariátrico.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo, descriptivo, de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica desde enero de 2022 a enero de 2024 con análisis del dolor posoperatorio mediante la escala analógica visual del dolor (EVA).

Resultados: Se incluyen un total de 161 pacientes (70,2% mujeres, 29,8% hombres) con una edad media de 50,9 años (± 9 DI). El IMC máximo medio fue de 46,05 Kg/m², siendo las comorbilidades más frecuentes el síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS) con un 63%, seguido de la hipertensión (HTA) y la diabetes mellitus (DM). Toda la muestra se clasificaba según la escala de riesgo de la American Society of Anesthesiologists (ASA) en ASA II o III. Se realizó OFA de forma protocolizada en el 100% de los casos y TAP ecoguiado en el 95% (el 5% restante no se pudo llevar a cabo por dificultades técnicas o por ser cirugía abierta). El tiempo prequirúrgico medio (monitorización del paciente, inducción anestésica, intubación, bloqueo regional y colocación del paciente) fue de 40,44 minutos. Durante su estancia en la Sala de Reanimación, en las primeras 6 horas posintervención, el 34% de los pacientes requieren rescate analgésico por EVA mayor a 3, administrándose morfina en un 27% y repitiendo el bloqueo TAP en un 6,8%. Al ser dados de alta a planta de hospitalización, solamente un 3% de los pacientes que requirieron rescate persistieron con

EVA mayor de 3, por lo que se indica administración de un nuevo rescate analgésico según protocolo de cirugía bariátrica. La técnica quirúrgica que más rescate analgésico requirió fue la GV.

Conclusiones: El uso combinado de OFA y TAP en el paciente bariátrico es eficaz para el control del dolor posquirúrgico. Facilitando la movilización y la ingesta oral precoz en los pacientes posquirúrgicos se posibilita un alta segura a domicilio en menos de 48 horas.