
MISCELÁNEA

COMUNICACIONES ORALES

7 NOVIEMBRE 2006

12.00 – 13.00

SALA ARANJUEZ

O-001 – O-006

O-001

VALORACIÓN PREOPERATORIA DEL ÍNDICE DE BRESLOW EN EL MELANOMA CUTÁNEO MEDIANTE ECOGRAFÍA DE ALTA FRECUENCIA

A. Piñero Madrona, M. Fuster, M. Reus Pintado, E. Martínez Barba, J. Martínez Escribano, J.M. Rodríguez González, P.J. Galindo Fernández, J. Frías Iniesta y P. Parrilla Paricio
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: En el manejo del melanoma cutáneo, existen dos decisiones que dependen del espesor del mismo o índice de Breslow: los márgenes oncológicos adecuados y la necesidad del estudio del drenaje linfático.

Objetivo: Determinar si existe correlación entre la medida preoperatoria de la invasión en profundidad del melanoma obtenida mediante fonometría (ecografía-RTSCI), y la medida histológica (índice de Breslow por histometría) y, de ser así, elaborar un modelo matemático que permita predecir, de una forma aproximada lo más exacta po-

sible, el índice de Breslow en el estudio preoperatorio de estos pacientes.

Pacientes y método: Estudio prospectivo observacional sobre 36 pacientes con lesiones cutáneas clínicamente sugestivas de melanoma, en los que se diagnosticaron 34 melanomas de extensión superficial (cuatro de ellos sobre nevus preexistente) y 2 melanomas nodulares. A todos los pacientes se les realizó, de forma preoperatorio, una ecografía en 2D del melanoma utilizando una unidad Philips® HDI 5.000 SonoCT con un transductor compact lineal de 15-7 MHz. En cada lesión se realizó un estudio morfológico y se analizó el patrón ecográfico, registrando la delimitación de los bordes y ecogenicidad (hipoecoica o hipercoica), y el grosor máximo (equivalente ecográfico al índice de Breslow), mediante calíper electrónico (seguridad de 0,01 mm), midiendo la máxima distancia vertical entre el margen inferior de la línea hiperogénica (interfase gel-epidermis) al punto más profundo del tumor en su margen posterior expresado en mm. Después de la cirugía, se realizó un estudio histopatológico con hematoxilina-eosina que, además de confirmar el diagnóstico, permitió determinar el índice de Breslow de la lesión en mm. Para su análisis estadístico se realizó una regresión lineal bivariante del grosor ecográfico y el índice de Breslow, calculando el coeficiente de correlación para estas variables y determinando un modelo empírico de predicción.

Resultados: En todos los casos, el estudio histológico confirmó el diagnóstico de melanoma. La diferencia de medias entre la medición ecográfica del espesor del melanoma y el índice de Breslow, fue de

0,033 mm (intervalo de confianza del 95%: -0,24 a 0,17). El grosor ecográfico osciló entre 0,3 y 8,5 mm con una media de $1,637 \pm 0,271$ mm, y los índices de Breslow determinados por el patólogo variaron entre 0,1 y 8 mm, con una media de $1,604 \pm 0,283$ mm. Se encontró una fuerte correlación entre los valores de ambas variables, con un coeficiente de correlación entre ellas de 0,97 y una significación estadística para una $p < 0,0005$. Considerando como variable independiente al grosor ecográfico, se estableció un modelo de predicción para el índice de Breslow según la siguiente función lineal:

$$y = 0,002 + (1,003 \cdot x)$$

donde "x" sería el grosor ecográfico en milímetros e "y" el de índice de Breslow en milímetros.

Conclusiones: La ecografía de alta frecuencia con RTSCI, es un método sencillo, no invasivo y seguro para obtener la medida del grosor de los melanomas, antes de su intervención.

O-002

CIRUGÍA CITORREDUCTORA CON QUIMIO-HIPERTERMIA INTRAPERITONEAL PEROPERATORIA EN EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL. EXPERIENCIA DE UNA INSTITUCIÓN

P. Bretcha Boix, J. Farre Alegre, M. Molina Molina, J. Rebollo, M. Sureda y A. Brugarolas

USP Hospital San Jaime, Torrevieja.

Introducción: La carcinomatosis peritoneal representa una forma avanzada de un tumor maligno abdominal, y se asocia a un pronóstico infiusto. A pesar de los avances en su diagnóstico desde su descripción en 1931, sigue representando un dilema terapéutico. Ensayos con quimioterapia sistémica con intención paliativa han mostrado buenas respuestas tumorales, pero sin mejoría en la supervivencia. Recientemente varios estudios realizando cirugía citorreductora combinada con quimio-hipertermia intraperitoneal peroperatoria (HIPEC) han mostrado resultados prometedores con una morbi-mortalidad aceptable.

Objetivo: Evaluar la factibilidad, la morbi-mortalidad, supervivencia libre de enfermedad y actuarial global de los pacientes afectos de carcinomatosis peritoneal tratados con HIPEC.

Material y métodos: La resección del tumor se realizó según normas de cirugía oncológica. Las peritonectomías no se realizaron de forma sistemática, sino de acuerdo a la localización del tumor, la exploración del cirujano y biopsias intraoperatorias. Se practicaron resecciones intestinales guiados por el tamaño de los tumores, y se fulguraron los implantes menores. Tras la cirugía citorreductora se realizó la perfusión peritoneal según técnica de Coliseum a 0,5-1 l/min con una temperatura media de 43°C durante 60-90 minutos. Las drogas usadas según el tumor, fueron Paclitaxel 60 mg/m² o Mitomicina 10-12,5 mg/m² o Oxaliplatino 460 mg/m². Los 5 días del postoperatorio se continuó con 5-FU (650 mg/m²) intraperitoneal.

Resultados: De Junio/01 a Febrero/06 han sido tratados 42 pacientes con una media de edad de 57 años (23-78 a). 18 pacientes de cáncer de ovario, 14 colorrectal, 5 gástrico, 3 endometrio, 2 apendicular. Casi todos habían sido previamente tratados con cirugía y quimioterapia sistemica. El Índice de carcinomatosis (PCI) ha sido de 4 (0-24). 36 pts han tenido una cirugía citorreductora completa, mientras en 6 pts ha sido incompleta. En 4 pts se realizó tratamiento simultáneo de metástasis hepáticas. 6 pts precisaron una reintervención. 3 pts se ha practicado otra HIPEC: 1 pt con cáncer de colon (2 procedimientos) y 2 pts de ovario (2 y 3 procedimientos). 6 pts presentaron ileo paralítico prolongado, 2 pts absceso de pared, 2 pts infección urinaria, 1 pt hemorragia intraperitoneal, 3 pts neutropenia severa y 1 pt fracaso renal agudo. 4 pts han muerto en el postoperatorio por sepsis en 2 casos, dehiscencia de sutura 1 pt, perforación gástrica 1 pt. 17 pacientes están vivos y libres de enfermedad, 5 de ellos tras cirugía de rescate en tórax (2pts), abdomen (2 pt) y pelvis (1 pt). 12 viven más de 2 años. La mediana de supervivencia libre de enfermedad es de 14 meses (95%IC 5-24), con una supervivencia actuarial del 50% de 30 meses.

Conclusiones: La cirugía citorreductora más HIPEC es una técnica factible, que puede aportar un beneficio en supervivencia y una posibilidad de cura en pacientes seleccionados que de otra forma no tienen alternativa; y con una morbi-mortalidad aceptable.

O-003

TÉCNICAS DE ENLENTECIMIENTO INTESTINAL DESPUÉS DE RESECCIONES INTESTINALES EXTENSAS EN EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL

P. Barrios Sánchez, I. Ramos Bernadó, J. Mas Jové, V. González Santín, J.L. Ney Sotomayor, J. Sala Ibáñez y J.C. Arias Estévez
Hospital General Hosptitalet, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Actualmente existe una estandarización en la realización de los procedimientos quirúrgicos necesarios para erradicar de forma "óptima" la enfermedad peritoneal maligna (EPM). Entre las diversas causas que durante los últimos 20 años han consideradas como criterios que contraindican la citorreducción quirúrgica "óptima", la enfermedad tumoral parenquimatosa hepática, la afectación ganglionar locoregional y/o retroperitoneal, la infiltración importante de las vías urinarias y la afectación extensa del tracto digestivo; sólo esta última permanece como una limitación firme en la eliminación de la EPM. Independientemente del tipo de tumor, sus características biológicas y su respuesta al tratamiento, la afectación tumoral infiltrante de segmentos múltiples o combinados de alrededor de más de 1 metro de intestino delgado (ID) contraindicarían formalmente la cirugía con criterios curativos debido a la alta posibilidad de provocar un síndrome de intestino corto agravado por los efectos de la QT complementaria. La afectación extensa del tracto digestivo se ha presentado en el 8 % de nuestros pacientes.

Material y métodos: En 15 años de tratamiento multidisciplinar de la EPM en 17 pacientes hemos practicado dos modalidades técnicas de reconstrucción digestiva intercalando segmentos de ID y/o ciego, ambos en situación antiperistáltica con la finalidad de retrasar el tránsito digestivo y crear reservorios en la porción distal del colon. En 10 pacientes interposición de un segmento antiperistáltico de ID; y en 7 pacientes el ciego entre el íleon y el recto distal también en disposición antiperistáltica. **Descripción de la técnica:** 1) Interposición e un segmento de ID en la última porción del intestino delgado residual y la anastomosis cólica. Tras la resección única o de diferentes segmentos de ID infiltrados por el tumor, y después realizar todos los procedimientos de citorreducción se selecciona un segmento de ≈15 cm de ID sano que es interpuerto entre el cabo distal residual de ID y el segmento de colon residual. 2) Interposición del ciego antiperistáltico, entre el íleon y el recto distal, después de la exérésis de todo el colon afectado por el tumor se preserva un segmento de ciego o colon ascendente de ≈20 cm vascularizado por el pedículo de la cólica derecha. Este segmento es liberado y movilizado hasta la pelvis menor en disposición antiperistáltica. Se anastomosa íleon con el cabo distal del ciego/colon ascendente y el ciego con el muñón rectal.

Resultados: No hubo complicaciones anastomóticas en la serie ni mortalidad quirúrgica. Se practicaron estudios radiológicos para valorar el funcionalismo digestivo. Todos los pacientes después de períodos de adaptación (3 sem a 2 m), reiniciaron una ingesta oral sin repercusiones a largo plazo en la nutrición.

Conclusiones: Las exérésis extensas del tubo digestivo continúan siendo una limitación muy importante en el tratamiento curativo de la EPM. Presentamos dos modalidades de reconstrucción del tracto digestivo después de exérésis importantes, y que limitan la velocidad del vaciado digestivo favoreciendo la alimentación oral y la nutrición de estos pacientes.

O-004

PROCEDIMIENTOS DE PERITONECTOMÍA Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA HIPERTÉRMICA EN EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL OVÁRICA

F.C. Muñoz Casares, R. Bru, R. Díaz Nieto, C. Díaz Iglesias, M.J. Rubio Pérez, E. Lizárraga Febres, M.C. Muñoz Villanueva, J. Muntané Relat y S. Rufián Peña
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El cáncer de ovario en estadio avanzado con carcinomatosis peritoneal, representa el 70% de los procedimientos de cirugía radical-peritonectomía con quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (QIIH) realizados en nuestra Unidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo (1996-1999), prospectivo (2000-2006) y multivariante de las 51 pacientes con carcinomatosis pe-

ritoneal ovárica intervenidas en nuestra Unidad durante una década, en las que se realizó cirugía citorreductora radical con procedimientos de peritonectomía y QIIH.

Resultados: En el 65% (33/51) de casos, la carcinomatosis peritoneal intervenida fue sobre cáncer ovárico primario y en el 35% (18/51) sobre cáncer ovárico recurrente. En todas las pacientes se realizó histerectomía abdominal radical + salpingooforectomía bilateral, o se completó ésta en los casos recurrentes con cirugía previa más conservadora. El procedimiento de peritonectomía fue *total* (peritonectomía de todos los cuadrantes incluida cápsula de Glisson + omentectomía mayor y menor ± colecistectomía ± esplenectomía ± apendicectomía) en 19 pacientes (37%), *extenso* (peritonectomía pélvica completa y otros cuadrantes + omentectomía mayor ± omentectomía menor ± colecistectomía ± esplenectomía ± apendicectomía) en 7 pacientes (14%) y *subtotal o infraabdominal*, peritonectomía pélvica completa + omentectomía ± apendicectomía, en 25 (49%). En 25 pacientes (49%) se realizó resección intestinal y en 17 pacientes (33%) linfadenectomía con ganglios linfáticos positivos. El grado de citorreducción alcanzado fue óptimo-R0 (no residuo macroscópico) en 29 pacientes (57%), óptimo-R1 (residuo macroscópico ≤ 1cm) en 16 pacientes (31%) y subóptimo-R2 (residuo > 1cm) en 6 pacientes (12%). Todas las pacientes incluidas en el estudio recibieron QIIH. El tiempo medio operatorio fue 5 horas (4-7) y la estancia postoperatoria media de 11 días (6-31). La morbilidad quirúrgica fue del 37%, requiriendo dos reintervenciones (hemoperitoneo y perforación gástrica). La mortalidad postoperatoria fue del 2% (1/51) secundaria a SDRA-sepsis, en paciente con peritonectomía total y citorreducción R2. La supervivencia global a cinco años, sin considerar grado de citorreducción, fue del 42%, alcanzando el 64% en cáncer ovárico primario y el 57% en cáncer ovárico recurrente, cuando se obtuvo citorreducción óptima R0.

Conclusiones: La cirugía radical-peritonectomía con QIIH, realizada en centros con experiencia, es un procedimiento quirúrgico con baja morbilidad que aumenta la supervivencia de aquellas pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen ovárico primario o recurrente. El grado de citorreducción y la invasión de ganglios linfáticos fueron covariables predictoras de supervivencia.

O-005

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE EL ABORDAJE Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO PERIQUIRÚRGICO (ESTUDIO MADAÍ). PARTE II (MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO)

F. Acín García¹, J.L. Balibrea Cantero⁵, L. Cabero Roura², A. Moreno González⁵, C. Castillo Robles³, R. Cambronero Martínez⁴, A. Herreros⁴ y F. López Timoneda⁵

¹Hospital de Getafe, Getafe. ²Hospital Vall D'Hebrón, Barcelona. ³Bristol-Myers Squibb, Madrid. ⁴Fundación para la Investigación en Salud, Madrid. ⁵Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

A pesar de los recientes avances en el tratamiento del dolor, diversos estudios demuestran que sigue siendo infratratado, lo que ha contribuido a la alta prevalencia del dolor, que se traduce en una ausencia de confort en el paciente y en una peor recuperación.

Objetivo: Obtener información descriptiva sobre el abordaje y el manejo del paciente con dolor agudo periquirúrgico tratado con analgésicos parenterales en el ámbito hospitalario.

Metodología: Estudio epidemiológico, retrospectivo, multicéntrico. Pacientes ingresados en los Servicios de Cirugía General, Torácica y Cardio-Vascular, Angiología y Cirugía Vascular, Ginecología, Traumatología y Urología. Se obtuvieron datos al ingreso, al alta, y en el seguimiento postquirúrgico (0-12 h, 12-24 h, días 2-3, 3-4 y al 4º día). Los resultados se presentan como frecuencias, y la Escala Analógica Visual (EAV) como media ± SEM.

Resultados: 1.972 pacientes fueron evaluables. Los Servicios que más pacientes incluyeron fueron los de Cirugía General y Traumatología (43,9% y 25,5%, respectivamente). El 52,8% de los pacientes tenían más de 60 años, un 31,2% no presentaron ninguna enfermedad concomitante, el 36,7% padecían hipertensión y un 16,5% diabetes. En el 5,8% de los pacientes se utilizaron escalas para valorar la intensidad del dolor al ingreso. En las sucesivas visitas, este porcentaje oscila entre el 10% y el 15%. El valor de la EAV aumenta desde el momento anterior a la intervención desde 4 ± 0,4 a 5,07 ± 0,2, para disminuir posteriormente hasta 1,57 ± 0,2 en el cuarto día tras la intervención. El 48%

presentaban dolor al ingresar, y a un 37,7% de los pacientes se les pautó algún tratamiento para el dolor: AINE —principalmente Metamizol—, al 26% del total de pacientes del estudio, y paracetamol al 14,4%). En el 16,3% de los pacientes se ha empleado *pre-emptive* analgesia (prequirúrgica). En el postoperatorio, los principales analgésicos son los AINE, si bien su uso va bajando desde el 78,7% del total de pacientes a las 0-12 h hasta el 51% en el día 4. El más pautado es el metamizol —de 63,6% a 40,5% del total de pacientes del estudio—, seguido a distancia por el ketorolaco. El porcentaje de pacientes que reciben paracetamol es del 41,3% a las 0-12 h, y del 27% al 4º día. Al ingresar el porcentaje de pacientes del estudio que recibe opioides es del 6,7%, aumenta hasta el 37,8% en el control 0-12 h, y comienza a descender hasta el 5,6% en el 4º día. El porcentaje que recibe medicación de rescate va disminuyendo, desde el primer control (25,7%), al del cuarto día (6%), siendo la medicación más utilizada el Paracetamol. Un 5,4% de los pacientes fueron dados de alta a las 24 horas de la intervención, y un 28,9% lo fue antes del cuarto día. Al alta, a un % importante de pacientes (63,1%) se les pautaron analgésicos (metamizol al 52% y paracetamol al 43% de los pacientes a los que se pautó analgesia).

Conclusiones: Los pacientes evaluados fueron principalmente mayores de 60 años con alguna patología concomitante. El uso de escalas para la evaluación del dolor fue bajo. Los fármacos analgésicos más empleados fueron metamizol y paracetamol. El uso de analgésicos se fue reduciendo en las sucesivas visitas, paralelamente a la reducción en la intensidad del dolor.

O-006

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE EL ABORDAJE Y MANEJO DEL DOLOR AGUDO PERIQUIRÚRGICO (ESTUDIO MADAÍ)-PARTE I (CUESTIONARIO A CIRUJANOS)

J.L. Balibrea Cantero¹, F. Acín García², L. Cabero Roura³, F. López Timoneda¹, A. Herreros⁵, C. Castillo Robles⁴, R. Cambronero Martínez⁴ y A. Moreno González¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Hospital de Getafe, Getafe. ³Hospital Vall D'Hebrón, Barcelona. ⁴Bristol-Myers Squibb, Madrid. ⁵Fundación para la Investigación en Salud, Madrid.

Las pautas publicadas para la optimización del manejo del dolor postoperatorio son: Información al paciente, valoración de forma regular de la intensidad del dolor, formación adecuada del personal sanitario y utilización de protocolos.

Objetivo: Valorar el manejo del paciente con dolor agudo periquirúrgico tratado con analgésicos parenterales en el ámbito hospitalario.

Metodología: Estudio epidemiológico, retrospectivo, nacional. Pacientes ingresados en los Servicios de Cirugía General, Torácica y Cardio-Vascular, Angiología y Cirugía Vascular, Ginecología, Traumatología y Urología. En el presente abstract se presentan los datos obtenidos de una serie de preguntas realizadas a los investigadores acerca de los procedimientos y prácticas empleadas en sus servicios para el manejo del dolor. Los resultados se presentan como frecuencias (%), y las diferencias entre grupos han sido establecidas aplicando el test de χ^2 (significativas cuando $p < 0,05$).

Resultados: 401 médicos participaron en esta parte del estudio, siendo el mayor porcentaje de los Servicios de Cirugía General (43%) y Traumatología (26%). Un 10,7% de los médicos utilizan escalas para valorar la intensidad del dolor (principalmente la Escala Analógica Visual —EAV—, 97,7% de los que responden afirmativamente). Este porcentaje aumenta hasta el 28,6% en Cirugía Torácica, mientras que es mucho menor en Urología y Angiología y Cirugía Vascular (5,3% y 5,6% respectivamente), si bien las diferencias no alcanzaron significación estadística. Un 58% de los médicos no ha recibido cursos específicos en tratamiento del dolor, siendo este porcentaje mayor en Urología (84,2%) y Ginecología (71,4%), y las diferencias globales entre servicios fueron significativas ($p < 0,05$). Por el contrario, los que más formación dicen haber recibido son Traumatología (53,8%) y Cirugía Cardiovascular (51,7%). En cuanto al personal de enfermería, el porcentaje que no recibe formación específica sobre dolor asciende a casi el 75%. Al preguntarles sobre si tienen algún Protocolo escrito para el manejo del dolor, un 34,2% indica que sí lo tiene. El porcentaje fue ligeramente mayor en Cirugía Torácica y Cirugía cardiovascular (46,4% y 44,8%, respectivamente; $p = 0,579$). El 78% indican que sí informa a los pa-

cientes sobre el dolor antes o después de la intervención, alcanzándose un porcentaje del 96,4% en Cirugía Torácica, mientras que en Ginecología sólo informan un 68% ($p = 0,053$). Respecto a si piensan que el tratamiento analgésico pautado es satisfactorio para los pacientes, un 94% piensan que lo es, especialmente en Angiología (100%), siendo en Ginecología el 85,7%, aunque de nuevo las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: A pesar de que en el ámbito de la cirugía se informa a los pacientes sobre el dolor y se considera importante el tratamiento analgésico pautado, la evaluación del dolor y la utilización de protocolos se muestran mejorables. Asimismo, parece conveniente incrementar la oferta de programas de formación en dolor entre los cirujanos y el personal de enfermería de estos servicios.

PÓSTERS

7 NOVIEMBRE 2006

PATIO COMENDADOR/
SALA ESCUDO
P-105– P-106

P-105

PERFUSIÓN AISLADA DE EXTREMIDAD CON TNF Y MELFALAN PARA EL TRATAMIENTO DE LAS RECURRENCIAS DEL MELANOMA

M. Molina, J. Farre, P. Bretcha, M. Sureda, A. Crespo, A. Ballester y A. Burgarolas
Hospital San Jaime, Torrevieja.

Introducción: Las metástasis en tránsito ocurren del 5-10% de los pacientes con melanoma de las extremidades. Los tratamientos locales (cirugía, radioterapia, y terapias intralesionales) solo son posibles cuando existe un número limitado de nódulos, cuando estos fallan, las lesiones son grandes, aparecen en un gran número o son recurrentes, la PAE es el tratamiento de elección, con regresión de los nódulos en un 80% de los pacientes e incluso desaparición en un 50% de estos.

Material y métodos: Desde marzo de 2002 hasta marzo de 2006 se han tratado a 11 pacientes afectos de melanoma localmente avanzado en extremidades. La mediana de edad de los pacientes tratados ha sido de 58 años (rango 38-73). Para llevar a cabo la PAE ha de conseguirse un aislamiento vascular completo de la extremidad afecta del resto del organismo. Se canulan los vasos principales y son conectados a un sistema de circulación extracorpórea, con bomba de perfusión, oxigenador y calentador. Una vez conseguida la estabilidad del circuito, se inyecta respectivamente las dosis de radiotrazador sistémica y en la extremidad, para controlar con fiabilidad suficiente la ausencia de fugas. En el momento en que ambos circuitos están correctamente aislados y la temperatura intramuscular es de 38°C se administra la dosis de TNF (3 mg extremidad superior, 4 mg extremidad inferior). Al cabo de 30' se administra la dosis de melfalán (según el volumen calculado de la extremidad a perfundir, se utilizan 13 mg/L para la superior y 10 mg/L para la inferior, sin superar la dosis total de 150 mg), y se mantiene la perfusión durante 60' adicionales, salvo incidencias que obliguen a la interrupción del procedimiento.

Resultados: Ningún paciente ha presentado episodios de toxicidad local severa, observándose únicamente eritema y edema leves, de forma transitoria (Wieberdink I-II). En 3 casos se objetivó una respuesta completa y en 7 una respuesta parcial. Una paciente no presentó cambios apreciables en sus lesiones segubiles tras el procedimiento. La duración de las respuestas ha oscilado entre 4 y 20 meses (entre 12 y 20 meses en el caso de las completas).

Conclusiones: La PAE con TNF y melfalán e hipertermia en melanoma estadio III en extremidades representa una opción de tratamiento de probada eficacia, no sólo en términos de respuesta sino en mejora de la calidad de vida de los pacientes y conservación de la extremidad.

P-106

ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE EL DOLOR POSTOPERATORIO LEVE O MODERADO. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON PARACETAMOL IV (ESTUDIO EOPEP)

L.M. Torres Morera¹, F. Martínez Peñuela⁴, G. Castilla Peinado³, J.M. Ronda Pérez², C. Castillo Robles², R. Cambronero Martínez² y C. Gomar Sancho²

¹Hospital Puerta del Mar, Cádiz. ²Bristol-Myers Squibb, Madrid. ³Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, Jaén. ⁴Hospital General, Elche.

La efectividad y seguridad del paracetamol iv (P-iv) en el manejo del dolor postoperatorio (DPO) ha sido demostrada. Paracetamol es componente de la analgesia multimodal, permitiendo disminuir las dosis de analgésicos y reducir el riesgo de reacciones adversas.

Objetivos: Obtener información descriptiva sobre el manejo del DPO en pacientes sometidos a cirugía susceptible de producir dolor leve o moderado, evaluar la evolución del DPO y su respuesta al tratamiento con P-iv durante 24 h, valorar la calidad de la analgesia.

Metodología: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico, en pacientes sometidos a cirugía a los que se administró 4 dosis de P-iv según práctica clínica habitual (1 g/4-6 h) solo o en asociación con otros analgésicos. Se realizó un seguimiento postquirúrgico de 24 h, con evaluaciones cada 4-6 h hasta las 24 h mediante escala analógica visual (EVA), y afectación de la actividad y confort. La medicación de rescate se utilizó cuando fue necesaria a criterio del investigador. A las 22-24 h se evaluó la valoración global del tratamiento por el paciente. Los resultados se expresan como frecuencias, mediana y rango intercuartílico (Q1-Q3). Se aplican test paramétricos o no paramétricos, o un modelo de regresión logística, para la comparación de grupos y la asociación de variables. Las diferencias se consideran significativas si $p < 0,05$.

Resultados: 725 pacientes fueron evaluables. Un 56% de pacientes fueron sometidos a cirugía de DPO previsiblemente leve (las más frecuentes: herniorrafia [20,9%], cirugía general menor [14,3%]) y un 43,3% a cirugía de DPO moderado (osteosíntesis de fracturas [10,5%], cirugía obstétrico-ginecológica intraabdominal [9,9%]). El DPO de los pacientes fue disminuyendo en las sucesivas visitas (mediana de EVA: 28 [Q1 10,5-Q3 40] a las 4-6 h, 10 [Q1 3-Q3 20] a las 22-24 h, $p < 0,0001$). Un 46,3% de pacientes no recibieron analgesia adicional, mientras que un 53,7% sí recibieron analgesia en algún momento, si bien el % se fue reduciendo en las sucesivas visitas (de 36,6% a las 4-6 h a 14,5% a 22-24 h). El metamizol fue el fármaco más frecuentemente empleado, seguido de los opioides (46,8% y 44,7% del total de pacientes que recibieron analgésicos, respectivamente). El EVA de que recibieron analgesia concomitante fue significativamente mayor que la de aquellos que no ($p < 0,05$). Al aplicar un modelo de regresión logística, se halló que la visita y la administración o no de analgesia concomitante influyeron significativamente sobre la frecuencia de aparición de DPO, la interferencia del DPO sobre la actividad del paciente y la aparición de náuseas y vómitos ($p < 0,05$). En la visita final, el 78% dijeron sufrir "mucho menos"/"menos" dolor del esperado. El 80,8% estaban "muy satisfechos"/"satisfechos" con el tratamiento, siendo la proporción mayor entre quienes no recibieron analgesia adicional frente a quienes sí (90,8 vs 72,2%, $p < 0,05$).

Conclusión: P-iv parece jugar un papel importante en el manejo del DPO leve-moderado, si bien un porcentaje de pacientes recibieron analgesia adicional. La necesidad de analgesia adicional representa un mayor nivel de dolor padecido, por lo que su administración se asocia con menor bienestar/satisfacción de los pacientes. La valoración de la analgesia por los pacientes fue buena y no se detectaron reacciones adversas destacables.