

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen 28
Volume

Número 3
Number

Julio-Septiembre 2005
July-September

Artículo:

Complicaciones más frecuentes en 300 bloqueos peridurales lumbares

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Colegio Mexicano de Anestesiología, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



medigraphic.com

Complicaciones más frecuentes en 300 bloqueos peridurales lumbares

Dr. Juan Manuel Reyes-Galindo*

* Médico Anestesiólogo. Hospital General Cadereyta, Pemex. Hospital Central Norte de Concentración Nacional Azcapotzalco, PEMEX.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Juan Manuel Reyes-Galindo
Médico Anestesiólogo
Hospital General Cadereyta PEMEX
Tel: 01 (828) 2-84-01-77 ext. 23279 y 23280
01 (81) 11-06-88-69 celular-
53-83-13-66 casa en México DF.
E-mail: galjman@excite.com

Recibido para publicación: 02-06-03

Aceptado para publicación: 14-12-04

RESUMEN

Introducción: Las complicaciones más frecuentes del bloqueo peridural son: hipotensión arterial, anestesia espinal alta, dolor de espalda, punción dural, retención urinaria, lesión vascular o nerviosa, meningitis, absceso cerebral y toxicidad por absorción del anestésico. El presente estudio se realizó para identificar las complicaciones en 300 bloqueos peridurales. **Material y métodos:** Se analizaron 300 registros anestésicos de bloqueo peridural, en forma aleatoria identificando las complicaciones registradas, presentándose en porcentajes cada una de ellas con respecto a la muestra. **Resultados:** En este estudio sólo se identificó la punción dural como complicación en 10 casos correspondiendo al 3.3% de la muestra. **Conclusiones:** Aunque se documenten múltiples complicaciones del bloqueo peridural en otros estudios, en este hospital, en el cual hay un gran porcentaje de bloqueos peridurales sólo se identificó una de ellas, lo cual nos hace ver que la anestesia regional peridural sigue siendo una técnica adecuada y segura.

Palabras clave: Bloqueo peridural, cefalea, epidural, hipotensión arterial, punción dural.

SUMMARY

Introduction: The most common complications of peridural blockade are hypotension, high spinal anesthesia, backache, dural puncture, urinary retention, vascular or nervous injury, meningitis, cerebral abscess and toxicity due to absorption of the anesthetic. This study was carried out to identify the complications in 300 peridural blockades. **Material and methods:** Three-hundred anesthetic records of peridural blockades were randomly analyzed to identify all recorded complications and the percentage of each one in relation to the sample. **Results:** In this study, the only complication was dural puncture in 10 cases, representing 3.3% of the sample. **Conclusions:** Although other studies report more numerous complications of peridural blockade, in our hospital, where a large number of these blockades are performed, only one complication was seen. This shows that peridural regional anesthesia continues to be a safe and suitable technique for many types of surgeries and patients.

Key words: Peridural blockade, headache, hypotension, dural puncture.

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones más frecuentes de bloqueo peridural son: hipotensión arterial (disminución de tensión arterial por más del 15% del basal), anestesia espinal alta, dolor de espalda, punción dural, retención urinaria, náuseas, lesión vascular o nerviosa, meningitis, absceso cerebral y toxicidad por absorción del anestésico⁽¹⁻³⁾. Es sabido que la cefalea postpunción meníngea es típicamente atribuida a pérdida de líquido cefalorraquídeo, pero Sumihisa A. menciona que la inyección de aire usado como parte de la prueba de pérdida de resistencia, también es causa de la cefalea cuando se utilizan grandes volúmenes de aire⁽⁴⁾. La anticipación y prevención de las complicaciones así como su diagnóstico temprano, son los factores más importantes en el reconocimiento de los riesgos de la anestesia regional⁽⁵⁾. Por lo anteriormente descrito el presente estudio se realiza con la finalidad de identificar las complicaciones más frecuentes en pacientes a quien se les realizó anestesia regional, bloqueo peridural, ya que esta técnica se realiza para un gran número de cirugías en este hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio realizado en forma descriptiva, longitudinal y observacional; en la selección de la muestra se incluyeron 300 pacientes sometidos a cirugía programada electiva independientemente el estado físico del ASA, en donde se incluyeron todos los pacientes sin referir patología aparente de columna vertebral, y se excluyeron los que referían, alteraciones neurológicas de miembros inferiores, procesos infecciosos diagnosticados, cefalea crónica, y/o migraña. Se identificaron las complicaciones por medio de registros anestésicos de la cirugía.

RESULTADOS

La muestra analizada en el presente estudio comprendió un total de 300 bloqueos peridurales, en pacientes con un promedio de edad de 41.8 años en un rango de 8 a 88 años de edad. De las múltiples complicaciones que se mencionaron en su momento en esta muestra solamente se presentó una de ellas; la punción dural en 10 casos 3.3% de los bloqueos.

De los 300 procedimiento anestésico-quirúrgicos realizados, se clasificaron con respecto al tipo de cirugía que se realizó dentro de las que están los siguientes tipos; apendicectomías 30, plastías herniarias 34, safenectomías 15, ginecológicas 63, cesáreas 87, cadera y fémur 4, tibia y peroné 46, urológicas 19, tomas y aplicaciones de injertos de piel 1, lavados de tejidos blandos 1.

DISCUSIÓN

Siendo variables y múltiples las complicaciones del bloqueo peridural, debidas tanto a la técnica del procedimiento, propiedades del fármaco y a condiciones generales del paciente, no es regla el que éstas se presenten en el 100% de los pacientes y solamente algunas de ellas pueden ser predictivas por condiciones preoperatorias del paciente, como puede ser la hipotensión arterial debido a un estado de hidratación deficiente en el paciente, tal y como hace mención Sharrock y colaboradores en donde demuestran en su estudio realizado en pacientes sometidos a artroplastia de cadera comparándolo con pacientes que mantenían adecuado y bajo gasto cardíaco, como era de esperarse el mayor grado de hipotensión se presentó en pacientes con un bajo gasto cardíaco⁽⁶⁾. De este modo también Ramanahan y cols., hacen mención que la hidratación intravenosa profiláctica disminuye la incidencia de hipotensión severa en quienes fueron sometidos a anestesia epidural, así mismo disminuyendo la incidencia de morbilidad pulmonar postquirúrgica, siendo esta hidratación profiláctica adecuada con cristaloides y coloides⁽⁷⁾. La punción dural es una complicación propia de la técnica, frecuente en su presentación, que puede conllevar sintomatología característica, pudiendo ser ésta inadvertida o advertida por el anestesiólogo. La punción inadvertida aún más riesgosa en su momento ya que con ella se puede lograr la inyección inadvertida del anestésico local como lo reporta Rabenow, en donde con una muestra de 2,182 pacientes ocurre una incidencia de 0.82% de inyección inadvertida, presentando diversa sintomatología desde alteraciones del estado de conciencia, cuadriplejía siendo éstos transitorios, los cuales ameritan monitoreo y mantenimiento de vía aérea permeable y previsión de colapso cardiovascular⁽⁸⁾. Sin embargo, a pesar de las complicaciones que se pueden presentar después del uso de bloqueo peridural también se hace gran mención a la disminución de morbilidad y mortalidad postoperatoria en los pacientes sometidos a bloqueo peridural⁽⁹⁾.

CONCLUSIÓN

Con la realización del presente estudio se concluye que el bloqueo peridural es un procedimiento invasivo que se asocia a complicaciones, pero a pesar de ello se demuestra que de éstas sólo se presentó una: la punción dural, lo cual nos confirma que el bloqueo peridural es un procedimiento confiable. La prevención de la punción dural, sólo la da la experiencia y la adecuada comunicación con los pacientes, siendo ésta indispensable para su colaboración en el procedimiento y así obtener una mayor probabilidad de éxito.

REFERENCIAS

1. Kubina P. Two cases of cauda equina syndrome following spinal-epidural anesthesia. *Regio Anaesth* 1997;22:447-450.
2. Lena P. Motor deficit of the lower limbs and urinary incontinence following peridural anesthesia. *AF Anaesth Reanim* 1998;17:1144-1147.
3. Allen D. Risk and recommendations in Bechterew disease. Paraparesis after epidural anesthesia. *Lakartindningen* 1997;94:4771-4774.
4. Sumihisa A, Kiichiro T, Tomohiro Y, Hiroshi E, Kuki S. Headache after attempted epidural block: The role of intrathecal air. *Anesthesiology* 1998;88:76-81.
5. Wedel D. Complicaciones de bloqueo neural central. *Rev Mex Anest* 1998;21:176-181.
6. Sharrock. Deliberate hypotensive epidural anesthesia for patients with normal and low cardiac output. *Anesth Anal* 1994;79:899-904.
7. Ramamathan S. Maternal and fetal effect of prophylactic hydration with crystalloids or colloids before epidural anesthesia. *Anesth Anal* 1983;63:673-678.
8. Rubenow T. Inadvertent subdural injection a complication or an epidural block. *Anesth Anal* 1988;67:175-179.
9. Rodgers A, Walker N, Schug S, Mckee A, Kehlet H, Van Zundert A, Dsage, Futter M, Saville G, Clarck T, MacMahon S. Reductive of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anaesthesia: results from overview of randomized trials. *BMJ* 2000;321:1493.

