

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen
Volume **28**

Suplemento
Supplement **1**

2005

Artículo:

Anestesia regional continua para
analgesia postoperatoria

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

Anestesia regional continua para analgesia postoperatoria

Dra. Angélica Peña Riverón*

* Médico Adscrito al Servicio de Anestesiología del Centro Nacional de Rehabilitación y Ortopedia.

El manejo del dolor juega un papel muy importante en el resultado quirúrgico así como en la rehabilitación postoperatoria, se han estudiado numerosas opciones incluyendo sistemas analgésicos con y sin opioides, técnicas neuroaxiales centrales así como técnicas de anestesia regional periférica, así como otras variedades. Con el objeto de aliviar el dolor, reduciendo la morbilidad y facilitando la rehabilitación.

El tipo de bloqueo que puede usarse sin riesgo en el paciente quirúrgico, están limitados únicamente por la habilidad y el interés del anestesiólogo. Por lo tanto la técnica escogida debe ser sencilla de practicar, tener un mínimo de efectos colaterales o carecer de ellos y no alterar la función motora y la ambulación o movilización del paciente postoperatorio.

La ventaja de la anestesia regional favorece un gran alivio del dolor agudo postoperatorio así como menor alteración en la función del sistema nervioso central. Así también la recuperación rápida y la ambulación temprana se suman a los beneficios. Una desventaja potencial de la anestesia regional es la cantidad de tiempo requerido para practicar algunos bloqueos. Las técnicas posibles varían desde la anestesia raquídea, la epidural, la infiltración local hasta los bloqueos de nervios periféricos.

Los analgésicos opioides son efectivos en el control del dolor de moderado a severo, su uso se ha asociado a numerosos efectos como prolongar la estancia hospitalaria y el reingreso no anticipado en los pacientes ambulatorios de manera que estos resultados se van a manifestar en disminución en la satisfacción del paciente. La analgesia intravenosa controlada por el paciente es más efectiva que en bolos pero los beneficios necesitan ser balanceados evaluando los efectos adversos de los opioides, así como los errores mecánicos y del operador.

En la analgesia neural central, como la epidural no se usa comúnmente para cirugía de extremidad superior y pue-

de estar contraindicada en ciertas situaciones. En particular el riesgo de hematoma peridural en los pacientes quienes reciben heparinas de bajo peso molecular evitan que sea una alternativa como técnica analgésica.

Un gran número de autores han demostrado eficacia analgésica en las técnicas regionales contra las intravenosas, demostrando que son técnicas eficaces y seguras, aplicadas en variedad de procedimientos quirúrgicos, la mayoría de los estudios reportados control adecuado del dolor con catéteres perineurales. El uso de localizadores de nervios periféricos ha facilitado la localización de los mismos así como el uso de catéteres estimuladores para confirmar la adecuada localización.

Para realizar cualquier técnica analgésica regional, se debe: Conocer el estado clínico del paciente, tener conocimiento de la técnica quirúrgica a desarrollar, conocimiento farmacológico de los anestésicos locales, así como su interacción con otros medicamentos, el conocimiento anatómico detallado de la zona en cuestión, y las técnicas de abordaje y contar con el material adecuado (localizador de nervios periféricos, agujas, jeringas, bombas de infusión, etc).

Seguir las reglas de seguridad, como en test de aspiración, dosis de prueba del anestésico local, la velocidad de inyección lenta, la repetición de las pruebas de aspiración durante la inyección.

Los bloqueos más frecuentes utilizados para infusión continua son: bloqueo axilar, bloqueo interescalénico, bloqueo tres en uno (bloqueo del nervio femorocutáneo, nervio obturador y nervio crural), bloqueo del nervio ciático poplítico con técnica intertendinosa, bloqueo del nervio ciático posterior y en menor frecuencia: el bloqueo infraclavicular del plexo braquial, el bloqueo torácico paravertebral continuo, bloqueo continuo del plexo lumbar y bloqueo ciático poplítico continuo con técnica lateral.

La bupivacaína ha sido considerada durante décadas el anestésico local estándar de oro. Aunque esto se ha modificado con anestésicos como levobupivacaína y ropivacaína. La levobupivacaína es similar a la bupivacaína pero con menos cardiotoxicidad. La ropivacaína es menos cardiotóxica y ha demostrado beneficios en la analgesia postoperatoria como menor bloqueo motor y mejoría en la rehabilitación postoperatoria. Se ha reportado eficacia analgésica en tasas de infusión de 0.125 a 0.25 mg/kg/hr. En concentraciones de 0.125 a 0.25% para bupivacaína, 0.2% para ropivacaína y 0.25% para levobupivacaína.

Entre las posibles complicaciones se incluyen: salida del catéter, obstrucción de la solución a infundir, migración del catéter a vasos sanguíneos sumado a los altos niveles de anestésico local, se manifestarán como visión borrosa, adormeci-

miento, mareo, lengua y labios dormidos y otros, por lo que es recomendable aplicar inmovilizaciones tanto en la extremidad inferior y superior al menos durante la terapia, evitando flexiones o aumento de la fuerza muscular de los mismos.

Las infecciones en el sitio de inserción del catéter no ha demostrado la existencia de celulitis o formación de abscessos, se han reportado colonización de bacterias como estafilococos epidermidis, enterocosos y klebsiella en poca frecuencia en bloqueos axilares y femorales.

En suma, la analgesia regional continua tiene menos contraindicaciones, provee una excelente analgesia localizada con mínimos efectos colaterales, no requiere de monitorización específica y comparada con la analgesia neuroaxial se asocia a mínimos riesgos y una excelente satisfacción del paciente y su rehabilitación.

REFERENCIAS

1. Grant s, Nielssen K, Greengrass. Continuous peripheral nerve block for ambulatory surgery. *Reg Anesth Pain Med* 2001;26:209-14.
2. Capdevilla, et al. Continuous three in one block for postoperative pain after lower limb orthopedic surgery: Where do the catheters go? *Anest analg* 2002;94:1001-6.
3. Ilfeld, et al. The delivery rate accuracy of portable infusion pumps used for continuous regional analgesia. *Anest analg* 2002;95: 1331-6.
4. Klein SM, Nielsen KC, et al. Interescalene brachial plexus block with continuous intraarticular infusion of Ropivacaine. *Anest analg* 2001;93:601-5.
5. Cuillon P, Ripart J, Lalourcey L, et al. The continuous femoral nerve block catheter for postoperative analgesia: bacterial colonization, infectious rate and adverse effects. *Anest analg* 2001;93:1045-9.

