

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen **28**
Volume

Suplemento **1**
Supplement

2005

Artículo:

Métodos analgésicos con anestesia regional

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](#)

Métodos analgésicos con anestesia regional

Dr. Alfredo Covarrubias-Gómez*

* Médico Adscrito al Servicio de Medicina del Dolor y Paliativa,
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".
Coordinador de Información Pública del Colegio Mexicano de Anestesiología, A.C.

INTRODUCCIÓN

En anestesiología, el manejo del dolor, usualmente se realiza en el contexto perioperatorio. Diversos grupos de consenso, nacionales e internacionales, han propuesto una serie de recomendaciones para alcanzar este objetivo; las cuales, se sustentan en la evidencia literaria existente. Se debe tener en consideración, que cualquier plan de tratamiento, requiere de planeación, así como, de la evaluación periódica detallada, misma que debe basarse, en las respuestas particulares de cada individuo. Los cambios dinámicos en la condición del paciente, pueden modificar los requerimientos analgésicos después de la cirugía. Por tal motivo, la educación del personal médico y paramédico, así como de los familiares del paciente, sobre el manejo de la analgesia y el reporte del dolor, es indispensable para un control eficiente del mismo; de igual forma, contribuye a la disminución de riesgos y ayuda a la identificación temprana de efectos adversos⁽¹⁻⁴⁾.

MÉTODOS ANALGÉSICOS CON ANESTESIA REGIONAL

Las diversas modalidades para el manejo del dolor, requieren de un alto grado de experiencia y de una estructura organizacional óptima. Los métodos de analgesia regional utilizados para el control del dolor perioperatorio, han probado ser seguros y eficaces. Así mismo, han sido recomendados en casos de dolor moderado o severo. En relación a los métodos de analgesia con técnicas de anestesia regional analizaremos las siguientes técnicas: (a) La analgesia epidural controlada por el paciente (AECPC), (b) la analgesia epidural o intratecal y (c) técnicas de analgesia regional. Estas últimas incluyen a: (a) A los bloqueos de nervios periféricos (ej.: intercostales, ileoinguinales, peneanos, interpleurales o de plexos) y (b) la infiltración de la incisión quirúrgica⁽¹⁻⁴⁾.

Administración perioperatoria de opioides epidurales e intratecales.

En el meta-análisis realizado por el Grupo de Consenso para el Manejo del Dolor Agudo de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA por sus siglas en inglés), se encontró evidencia que soporta la efectividad de la administración de morfina y fentanyl por vía epidural, en la analgesia perioperatoria. Sin embargo, fue insuficiente para caracterizar: (a) La eficacia analgésica epidural contra la intratecal, (b) los riesgos y/o beneficios de la administración (epidural o intratecal) de otros fármacos de este grupo (ej.: hidromorfona y sufentanilo) y (c) la evaluación del efecto analgésico en diferentes tiempos (ej.: preincisional, postincisional y postoperatorio)⁽²⁾.

En el meta-análisis realizado por Block, et al (JAMA: 2003; 209), se concluyó que la analgesia epidural independientemente del agente utilizado, sitio de colocación del catéter y tipo de dolor proporcionó mejor analgesia postoperatoria en comparación con la administración de opioides sistémicos. De igual forma, concluyeron que no existen diferencias significativas respecto al efecto analgésico obtenido con esta técnica durante los períodos que comprende el perioperatorio.

Actualmente existen controversias respecto a la farmacocinética de los opioides administrados por vía epidural e intratecal. Sin embargo, la evidencia señala que se requiere de una dosis menor con esta ruta de administración en comparación con la administración sistémica^(2,4,5).

La morfina para el control del dolor en el perioperatorio mostró mayor efectividad por vía epidural al compararla con la vía intramuscular o el placebo. Sarvela, et al (Anesth Analg: 2002: 95), no encontraron diferencias significativas entre la vía epidural comparada con la intratecal en pacientes sometidas a cesárea electiva. Actualmente, no hay suficiente evidencia respecto a la eficacia analgésica de la administración epidural contra la sistémica, o de la aplicación en bolo contra

la infusión continua. Se ha documentado que la presencia de prurito y retención urinaria son más frecuentes cuando se emplea la vía epidural en comparación con la sistémica, sin embargo la evidencia sobre esta asociación es insuficiente^(2,6).

Por otro lado, la administración de fentanyl epidural durante el postoperatorio, ha mostrado mayor eficacia al compararlo con su administración sistémica. Sin embargo, no encontramos suficiente evidencia respecto a la eficacia analgésica de la vía epidural contra la intratecal, intramuscular o placebo; o bien, de la aplicación en bolo contra la infusión continua. De igual forma, la evidencia en relación a los efectos adversos, ha sido insuficiente⁽²⁾.

Analgesia epidural controlada por el paciente.

En el meta-análisis realizado por el Grupo de Consenso para el Manejo del Dolor Agudo de la ASA, se concluyó que la eficacia comparativa entre la analgesia epidural controlada por el paciente (AACP) y la analgesia intravenosa controlada por el paciente (AICP); al parecer, carece de los elementos cualitativos necesarios para establecer una relación entre estas intervenciones y el resultado final. Lo mismo ocurrió al tratar de establecer una relación entre la administración endovenosa de opioides en bolos únicos, administrados por el personal de enfermería o por el paciente, con las técnicas de analgesia controlada por el paciente (ACP).

Sin embargo, en el meta-análisis realizado por Block, et al (JAMA: 2003: 209) se analizó la eficacia analgésica epidural continua contra la AICP, encontrando una mejor analgesia postoperatoria con analgesia epidural. Ericsson, et al (Acta Anesthesiol Scand: 2003: 47) compararon a la AEPC contra la analgesia epidural continua en 80 pacientes obstétricas en trabajo de parto; utilizaron una mezcla de ropivacaína con sufentanilo, ellos reportan que el grupo de AEPC consumió 33% menos de la solución con la mezcla analgésica en comparación con el grupo de analgesia epidural continua. En este reporte no se encontraron diferencias significativas entre el control del dolor, los efectos adversos y el resultado obtenido posterior al parto⁽²⁾.

Bloqueo de nervios periféricos.

La evidencia reportada por el Grupo de Consenso para el Manejo del Dolor de la ASA, soporta la eficacia analgésica del bloqueo de nervios periféricos (ej.: intercostal, ilioinguinal, peneanos, interpleurales o de plexos). Se encontró mejor eficacia

analgésica para el bloqueo intercostal al compararlo con el interpleural; no se reportaron diferencias significativas en el tiempo de aplicación perioperatoria. De igual forma, documentan una mejor eficacia analgésica con la infiltración incisional con anestésicos locales en comparación al placebo, no encontrando diferencias significativas en relación al tiempo en que ésta se realice (preincisional contra postincisional). Sin embargo, en este estudio no se analizaron la eficacia analgésica comparativa de las diferentes técnicas para el bloqueo de nervios periféricos contra otras técnicas de analgesia regional. Más información en relación al bloqueo de nervios periféricos se encuentra en reportes aislados, por lo que al momento la información es insuficiente para normar un criterio⁽²⁾.

Técnicas multimodales para el manejo del dolor.

En el reporte del grupo de consenso de la ASA, la evidencia soporta que el empleo de dos agentes analgésicos con diferentes mecanismos de acción administrados por una sola vía, proporcionan una eficacia analgésica superior a la administración de sus equivalentes de forma única y además se reducen los efectos adversos. Los efectos adversos dependientes de la dosis, se pueden presentar independientemente de la aplicación aislada o en combinación. Del mismo modo, la evidencia sugiere que la utilización de dos rutas de administración proveen una analgesia perioperatoria más efectiva en comparación a las vías únicas (ej.: opioides epidurales o intratecales combinados con analgesia endovenosa, intramuscular, transdérmica, subcutánea u oral vs opioides epidurales solos). En relación a las terapias no farmacológicas, alternativas o complementarias para el manejo del dolor, no se encontró la suficiente evidencia para normar un criterio⁽²⁾.

CONCLUSIONES

En medicina, el camino del empirismo a la medicina basada en evidencia aún es largo. Para alcanzar este objetivo, es imperativo generar evidencia suficiente con el fin de normar criterios y conductas. Es por esto que se deben replantear los axiomas que se encuentran en el marco de este noble arte-ciencia que es la medicina. Como pudimos observar, los métodos analgésicos con técnicas de anestesia regional no son la excepción. Sirva pues esta pequeña aportación como una breve visión de este camino que aún nos falta recorrer, siempre teniendo en mente, que para garantizar el “bienestar” de los pacientes lo primero en “no dañar”.

REFERENCIAS

1. Ready B, et al. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: A report by the American Society of Anesthesiologist task force on pain management, acute pain section. *Anesthesiology* 1995;82:1071-1081.
2. Ashburn MA, et al. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: An updated report by the American Society of Anesthesiologists task force on acute pain management. *Anesthesiology* 2004;100:1573-1581.
3. Guevara-López U, et al. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. *Rev Mex Anest* 2002;25:277-288.
4. American Pain Society. Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain. 1999.
5. Bernards CM. Sophistry in medicine: Lessons from the epidural space. *Reg Anesth Pain Med* 2005;20:56-66.