

Analgesia postoperatoria con bloqueo periférico continuo

El control del dolor postoperatorio es imprescindible no sólo en términos de confortabilidad para el paciente, sino en las implicaciones que puede tener en una mejora de la rehabilitación y en la reducción de la estancia hospitalaria¹.

El bloque periférico presenta escasos efectos secundarios, se limita a la zona intervenida, proporciona excelentes condiciones quirúrgicas, reduce el estrés a la agresión quirúrgica, reduce las náuseas y vómitos, provoca menos hipotensión y retención urinaria y es más efectivo para el control del dolor postoperatorio que la analgesia endovenosa y que la espinal¹⁻⁴. Asimismo también requiere menor monitorización⁵.

El bloqueo periférico con punción única permite la obtención de una analgesia postoperatoria de calidad, aunque generalmente durante un periodo no superior a las 16 h, incluso utilizando anestésicos locales (AL) de última generación. El uso de coadyuvantes puede prolongar el efecto de los AL⁶, aunque todavía no han conseguido las ventajas de los bloqueos periféricos continuos BPC⁷.

Mientras no se obtengan AL de duración extraordinariamente prolongada, pero reversible, la colocación de un catéter es la mejor opción terapéutica para obtener analgesia adecuada en la cirugía que provoca intenso dolor de varios días de duración⁸.

La utilización de catéteres para el control del dolor postoperatorio ha permitido prolongar los efectos analgésicos más allá del acto quirúrgico, permitien-

do además una analgesia de calidad, una rehabilitación precoz y una reintegración del paciente en su domicilio de forma adecuada^{1,9}.

Los BPC son seguros, sobre todo si se siguen una serie de recomendaciones, como las descritas por Kayser¹⁰. La bupivacaína al 0,25-0,125% o la ropivacaína al 0,20% son los AL de elección^{9,10}.

A la monitorización normal se ha de añadir el colocar la extremidad bloqueada en posición correcta (fisiológica).

El BPC reduce la necesidad de opioides sistémicos y se considera que tiene menor riesgo de complicaciones hemorrágicas en pacientes anticoagulados¹¹.

Un metaanálisis¹¹ muestra que el BPC proporcionó mejor analgesia que los opioides. Este efecto se vio en todos los tiempos estudiados: 24, 48 y 72 h ($p < 0,001$).

Además, cuando se analizó la localización del catéter, el BPC fue superior a la analgesia con opioides en todas las localizaciones^{11,12}.

Hubo buena evidencia en disminución del EVA, consumo de opioides y satisfacción del paciente^{11,12}.

Varios estudios aleatorizados y con grupo control encontraron que el BPC fue igual de eficaz que la PCA epidural^{4,13}, con menores efectos secundarios.

Para finalizar, quiero animar al lector poco familiarizado con el BPC a la lectura de diversas publicaciones¹⁴⁻¹⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tornero JC, Roqués V, Aliaga L. Técnicas regionales para control del dolor postoperatorio. En: Aliaga L, ed. Dolor agudo y postoperatorio. Teoría y práctica. Barcelona: Caduceo; 2005. p. 231-49.
2. Singelyn F. Stratégie de l'analgésie postopératoire en chirurgie orthopédique lourde. En: Langeron O, Riou B. L'anesthésie pour chirurgie orthopédique. París: Arnette; 1997. p. 69-86.
3. Borgeat A. Improving surgical outcome with patient-controlled peripheral nerve block analgesia. Abstracts XIX Annual ESRA Congress; septiembre 2000; Roma.
4. Capdevila X, Barthelet Y, Biboulet P, et al. Effects of perioperative analgesia technique on the surgical outcome and duration of rehabilitation alter major knee surgery. *Anesthesiology* 1999;91:8-15.
5. Rawal N. 10 years of acute pain services achievements and challenges. *Reg Anesth Pain Med* 1999;24:68-73.
6. Tornero JC, Gracia J, Gambús PL. Use of methadone as adjuvant in brachial plexus block: a randomised prospective study. XXII Annual ESRA Congress; septiembre 2003; Malta.
7. Holly E, Steeler S, Nielsen K, et al. Peripheral nerve blocks and continuous catheter techniques. *Anesthesiology Clin N Am* 2005;23:141-62.
8. Boezaart AP. Bloqueos continuos de nervios periféricos. En: Brown DL, ed. Atlas de anestesia regional. 3.^a ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 13-23.
9. García Muret A, Aliaga L. Técnicas analgésicas periféricas continuas en el tratamiento del dolor agudo. En: Aliaga L, Castro MA, Catalá E, et al., eds. Anestesia regional hoy. 2.^a ed. Barcelona: Permanyer; 2001. p. 471-82.
10. Kayser F. Continuous peripheral blocks. General concepts. En: Chelly JE, ed. Peripheral nerve blocks. A color atlas. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 139-41.
11. Richman JM, Liu SS, Courpas G, et al. Does continuous peripheral nerve block provide superior pain control to opioids. A meta-analysis. *Anesth Analg* 2006;102:248-57.
12. Rathmell JP, Wu CL, Sinatra RS, et al. Acute post-surgical pain management: a critical appraisal of current practice. *Reg Anesth Pain Med* 2006;31:1-42.
13. Singelyn F, Deyaert M, Joris D, et al. Effects of intravenous patient-controlled analgesia with morphine, continuous epidural analgesia, and continuous three-in-one block on postoperative pain and knee rehabilitation after unilateral total knee arthroplasty. *Anesth Analg* 1998;87:88-92.
14. Chelly JE. Peripheral nerve blocks. A color atlas. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 139-41.
15. Hadzic A, Vloka J. Peripheral nerve blocks. Principles and practice. Nueva York: McGraw-Hill; 2004.
16. Aliaga L, Catalá E, García A, Masdeu J, Tornero C. Anestesia regional. hoy. 3.^a ed. Barcelona: Permanyer; 2006.
17. Brown DL. Atlas de anestesia regional. 3.^a ed. Barcelona: Masson; 2006.

Luis Aliaga Font
Pereira Parda. Lugo