



Colombian Journal of Anesthesiology

Revista Colombiana de Anestesiología

www.revcolanest.com.co

OPEN

Wolters Kluwer

Analgesia epidural en cirugía abdominal mayor: pros, contras y puntos sin resolver mas allá del control del dolor

Epidural analgesia in abdominal major surgery: pros, cons, and unresolved issues beyond pain control

Fredy Ariza^{a,b,c}, Hector Rodriguez-Mayoral^b, Karen Villarreal^b

^a Universidad ICESI. Cali, Colombia

^b Universidad del Valle. Cali, Colombia

^c Fundación Valle del Lili. Cali, Colombia.

Palabras clave: Analgesia Epidural, Dolor, Morbilidad, Dolor agudo, Imágenes

Keywords: Analgesia, Epidural, Pain, Morbidity, Acute Pain, Image

La analgesia epidural (AED) es un abordaje reconocido para controlar el dolor que se usa en aproximadamente 50–60% de todas las cirugías abdominales mayores alrededor del mundo. Es un factor importante entre todas las estrategias de analgesia multimodal postoperatoria gracias a su potencial para mejorar la rehabilitación, bajos índices de complicaciones y los altos niveles de satisfacción reportados por los pacientes.^{1,2}

Las tendencias en todo el mundo hacia el uso de catéteres epidurales a altos niveles de la columna (usualmente T6-T8) y los nuevos sistemas de dispensación que ofrecen múltiples modalidades para rescate del dolor, en adición a las clásicas infusiones continuas, permiten reducir las tasas de eventos adversos (dolor no controlado, bloqueo motor y retención urinaria).³ Sin embargo, existen detractores que advierten acerca de un incremento en el riesgo de filtración intestinal, pero la información disponible es de baja calidad, en tanto que los trabajos recientes sobre el tema no han encontrado ninguna asociación.^{4,5}

La hipotensión sigue siendo un grave problema relacionado con la AED y las investigaciones futuras deberán concentrarse en estrategias para prevenirla. Los servicios de manejo del dolor agudo juegan un papel fundamental en la implementación de protocolos estandarizados de AED, a fin de reducir la morbilidad postoperatoria y mejorar la calidad y la seguridad (Figura 1).

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales: Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Apoyo financiero

Recursos propios del autor.

Cómo citar este artículo: Ariza F, Rodriguez-Mayoral H, Villarreal K. Analgesia epidural en cirugía abdominal mayor: pros, contras y puntos sin resolver mas allá del control del dolor. Rev Colomb Anestesiología. 2018;46:179–180.

Read the English version of this article at: <http://links.lww.com/RCA/A101>.

Copyright © 2018 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Published by Wolters Kluwer. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correspondencia: Fundación Valle del Lili, Av, Simón Bolívar, Cra. 98 No 18–49. Cali, Colombia. Correo Electrónico: fredyariza@hotmail.com

Rev Colomb Anestesiología (2018) 46:2

<http://dx.doi.org/10.1097/CJ9.0000000000000033>

Analgesia Epidural en Cirugía Mayor Abdominal: Pros, Contras y Temas no Resueltos

Se calcula que la analgesia epidural (AEP) se utiliza en el 50-60% de todas las cirugías abdominales mayores realizadas en el mundo

(Pros) Morbilidad Cardiopulmonar

- Depresión Respiratoria OR 0.61 (95%CI 0.39-0.93)
- Atelectasias OR 0.67% (95%CI 0.48-0.93)
- Neumonía OR 0.56 (95%CI 0.45-0.70)
- Bloqueo Cardíaco A-V OR 0.25 (95%CI 0.11-0.57)
- Fibrilación Auricular OR 0.63 (95%CI 0.49-0.82)
- Otras Taquiarritmias OR 0.69 (95%CI 0.55-0.87)

(Pros) Morbilidad Gastrointestinal²

- Íleo OR 0.43 (95%CI 0.21-0.88)
- NVPQP OR 0.76 (95%CI 0.58-0.99)
- Mareos OR 0.42 (95%CI 0.24-0.72)
- Tiempo para la Primera Deposición 0,67 (95%CI 0.47-0.87)

AEP se considera una opción importante dentro de las estrategias de analgesia multimodal postoperatoria debido a su potencial para mejorar la rehabilitación, su baja tasa de complicaciones y el alto grado de satisfacción reportado por los pacientes.

(Pros) Mortalidad¹

- Mortalidad Global con AEP 3.1% vs. Analgesia Endovenosa (AEV) 4.9%; [OR 0.6 (95%CI 0.39-0.93)]
- Mortalidad en Cirugía Vascul con AEP 2.5% vs. AEV 5.3% [OR 0.39 (95%CI 0.17-0.88)].

(Contras) Morbilidad Cardiovascular

- Hipotensión OR 4.92 (95%CI 3.11-7.78)

Se recomienda que la AEP sea valorada y manejada por un servicio institucional de dolor agudo para asegurar prontitud en los ajustes y en el tratamiento de eventos mórbidos relacionados

Cuando se detecte bloqueo motor unilateral, debe considerarse una reducción en la tasa de infusión o en la concentración de anestésico local. También puede intentarse que el paciente permanezca decúbito lateral sobre el miembro no bloqueado

(Contras) Otras Morbilidades

- Prurito OR 1.47 (IC95% (1.15-1.88))
- Retención Urinaria OR 1.60 (IC95% (1.02-2.51))

Sin Resolver pero Relevantes*

- Estancia Hospitalaria OR 0.8 (95%CI 0.65-0.96)
- Readmisión Hospitalaria OR 1.23 (IC95% (0.56-2.7))
- Fuga Anastomótica OR 1.36 (IC95% (0.72-2.57))

*Calidad de evidencia baja o insuficiente

Mezclas más Frecuentes (pero no limitado a...)

Anestésico Local	Con o Sin Opiode (mcg/ml)	Infusión Continua (ml/hr)	Rescates por el Paciente (ml)
Bupivacaina 0.1-0.125% Ropivacaina 0.1%	Fentanil 2-5 Hidromorfona 5-10	4-7	4-5

Esta infografía está dedicada a la analgesia epidural (AEP), clásica pero permanentemente renovada estrategia para el manejo del dolor luego de cirugía abdominal mayor. La tendencia mundial a usar catéteres epidurales en niveles espinales altos (usualmente T6-T10) y los recientes sistemas de administración que permiten diferentes modalidades de rescate como complemento a las clásicas infusiones continuas, tienen el potencial de reducir la tasa de eventos adversos relacionados (dolor pobremente controlado, bloqueo motor y retención urinaria).³
A pesar de las reconocidas ventajas de la AEP, las cuales son basadas en evidencia moderada a fuerte, existen detractores que advierten sobre un potencial incremento en el riesgo de fuga intestinal a pesar de que la información disponible procede de publicaciones con baja / dudosa calidad metodológica y los trabajos recientes no han encontrado alguna asociación clara.^{4,5} La hipotensión sigue siendo un problema importante relacionado con la AEP que requiere esfuerzos en investigación para buscar estrategias que la puedan prevenir. Los Servicios Institucionales de Dolor Agudo juegan un rol clave en la implementación de protocolos estandarizados para reducir la morbilidad postoperatoria relacionada, mejorando así la calidad y la seguridad de este abordaje analgésico.

Figura 1. Impacto de la analgesia epidural para cirugía abdominal mayor sobre algunos desenlaces postoperatorios y niveles de punción recomendados de acuerdo al tipo de procedimiento. Fuente: Autores.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés implícitos en el escrito del presente manuscrito.

Referencias

- Popping D, Elia N, Van Aken H, Marret E, Schug S, Kranke P, et al. Impact of epidural analgesia on mortality and morbidity after surgery. systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Surg* 2014; 259:1056–1067.
- Guay J, Nishimori M, Koop S. Epidural local anesthetics versus opioid-based analgesic regimens for postoperative gastrointestinal paralysis, vomiting, and pain after abdominal surgery: a cochrane review. *Anesth Analg* 2016; 123:1591–1602.
- Ahmed A, Latif N, Khan R. Post-operative analgesia for major abdominal surgery and its effectiveness in a tertiary care hospital. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 2013; 29:472–477.
- Piccioni F, Mariani L, Negri M, Casiraghi C, Belli F, Leo E, et al. Epidural analgesia does not influence anastomotic leakage incidence after open colorectal surgery for cancer: A retrospective study on 1,474 patients. *J Surg Oncol* 2015; 112:225–230.
- Wang W, Zhao G, Wu L, Dong Y, Zhang C, Sun L. Risk factors for anastomotic leakage following esophagectomy: Impact of thoracic epidural analgesia. *J Surg Oncol* 2017; 116:164–171.