

## DOLOR AGUDO

### P-001 MORFINA INTRATECAL VERSUS BLOQUEO INTERCOSTAL PARA EL CONTROL DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO TRAS CIRUGÍA VIDEOTORACOSCÓPICA MAYOR

S. González Santos, B. Mugabure Bujedo, B. Aguinagalde Valiente, A. Aguinaga Badiola, I. López Sanz, I. Zubelzu Jaca

Hospital Donostia, San Sebastián

**Palabras clave:** videotoroscopia, dolor postoperatorio, morfina intratecal, bloqueo intercostal.

**Introducción:** La cirugía videotoracoscópica (VATS) es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva que se usa tanto para procedimientos diagnósticos como terapéuticos en cirugía torácica. Esta técnica quirúrgica está convirtiéndose en habitual debido al menor índice de complicaciones, menor morbimortalidad, menor índice de dolor postoperatorio con acortamiento de los tiempos de estancia hospitalaria y, por tanto, de los costes sanitarios. Sin embargo, el régimen analgésico ideal está aún por definir.

**Material y métodos:** En nuestro centro hospitalario hemos utilizado habitualmente la inyección intradural con morfina para el control del dolor agudo postoperatorio (DAPO) en la cirugía mayor VATS. Consiste en la administración de una única dosis intradural de morfina inmediatamente antes de la inducción anestésica. Desde noviembre de 2017 hemos comenzado un ensayo clínico (ISRCTN12771155) para comparar nuestra técnica con el bloqueo intercostal, que es la técnica regional que más frecuentemente aparece en la literatura, y determinar, de esta manera, si la morfina intradural puede ser una técnica eficaz en el control del dolor de estos pacientes, o al menos una técnica alternativa.

Se trata de un ensayo unicéntrico, aleatorizado 1:1, con evaluación ciega a terceros. El estudio valorará la eficacia de la morfina intratecal para el control del DAPO, hasta las 72 h, tras cirugía de resección mayor por VATS, con la medición de la intensidad del dolor (EVA), en reposo y con movilidad, y el consumo de morfina de rescate parenteral postoperatoria. Asimismo, se registran variables como

depresión respiratoria, náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO), prurito, retención urinaria, complicaciones cardiorrespiratorias y dolor a los 6 y 9 meses.

- Grupo control: bloqueo intercostal con levobupivacaína 0,5 % al final de la cirugía. Dosis: 2 mg/kg (dosis máxima 150 mg). Se infiltra a nivel de la incisión por el cirujano, dos espacios superiores e inferiores y en el espacio del drenaje torácico.
- Grupo experimental: administración de morfina intratecal antes de la inducción anestésica. Dosis: 150 mcg si el paciente mide < 1,60 m y pesa < 60 kg; 200 mcg si la altura está entre 1,60 y 1,80 m y el peso entre 60 y 100 kg; y 250 mcg, si altura > 1,80 m y peso > 100 kg.

Todos los pacientes recibieron una analgesia intraoperatoria similar y 1 g de paracetamol/8 h i.v. postoperatorio durante 72 h.

La analgesia de rescate se basó en analgesia controlada por el paciente, ACP-IV morfina; 1 mg/10 min a demanda, máximo en 4 h 10 mg, sin infusión basal.

**Resultados:** Hasta la fecha hemos podido analizar datos de 73 pacientes (análisis estadístico realizado usando el programa SPSS; aplicando el test t Student para valorar la diferencia entre medias y el test <sup>2</sup> para comparar frecuencias y proporciones entre los dos grupos).

No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables medidas: puntuación en la EVA (reposo y actividad) en los tres primeros días del postoperatorio, NVPO, prurito o sedación. Asimismo, no hemos registrado diferencias en incidencia de depresión respiratoria ni de complicaciones cardiorrespiratorias de importancia.

Sin embargo, hemos evidenciado una tendencia a favor de la morfina intradural en cuanto a cantidad de morfina i.v. de rescate, con un consumo inferior en este grupo (7,51 vs. 5,74 mg).

La incidencia de dolor crónico a los 6 meses no difirió entre ambos grupos y fue baja, alrededor del 12 %.

**Discusión:** El control del dolor en cirugía torácica es sumamente importante, no solo porque reduce las complicaciones pulmonares, sino porque acorta el tiempo de recuperación, además de incrementar el grado de satisfacción del paciente. Aunque no tan severo como en las torcotomías, el dolor postoperatorio tras la cirugía VATS sigue siendo importante. Mientras que para la cirugía abierta la

técnica analgésica está sobradamente establecida (epidural o paravertebral torácica), aún no existe ningún estudio de relevancia que determine cuál es el método analgésico de elección en la cirugía VATS. Lo que sí que se desprende de dichos estudios y publicaciones es que, posiblemente, tanto el bloqueo epidural como el paravertebral sean técnicas que, por su perfil de dificultad y riesgo, no sean las más adecuadas para el control del dolor en la cirugía videotorascópica. En nuestro estudio, tanto el bloqueo intercostal como la morfina intratecal han demostrado ser métodos seguros y eficaces para el control del DAPO tras VATS.

#### Conclusiones:

- Resaltar la importancia del tratamiento del dolor tras cirugía VATS.
- Resultados preliminares de no inferioridad y parcialmente favorables en consumo de morfina de rescate i.v. hacia la morfina intradural *versus* bloqueo intercostal, en el control del dolor en cirugía mayor VATS.
- La necesidad de tener un tamaño muestral mayor para poder determinar el perfil eficacia/seguridad de la morfina intradural frente al bloqueo intercostal en el control del dolor agudo y crónico de estos pacientes.

#### Bibliografía recomendada:

1. Alzahrani T. Pain relief following thoracic surgical procedures: A literature review of the uncommon techniques. *Saudi J Anaesth.* 2017;11(3):327-31.
2. Steinhorsdottir KJ, Wildgaard L, Hansen HJ, Petersen RH, Wildgaard K. Regional analgesia for video-assisted thoracic surgery: A systematic review. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2014;45(6):959-66.

### **P-010 ANALGESIA INTRAVENOSA CON REMIFENTANILO EN EL TRABAJO DE PARTO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

**B. Albercio Gil, L. Pradal Jarne, M. Carbonell Romero, S. Gil Clavero, J. L. Sola García, P. Cía Blasco**  
*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza*

**Palabras clave:** *remifentanilo, parto, gestación, analgesia.*

**Introducción:** La analgesia epidural es considerada el gold estándar de la analgesia en el parto, pero esta en ocasiones puede estar contraindicada (1).

La analgesia intravenosa con remifentanilo puede ser una alternativa útil ya que, usada en PCA, los estudios disponibles indican que reduce el dolor de un 8 a un 4 en la EVA (1).

El remifentanilo es el opioide de elección ya que es eliminado rápidamente por el neonato sin afectar a la gaso-

metría del cordón ni al apgar, con una tasa de reanimación neonatal más baja en comparación con otros opioides (1).

El efecto adverso más importante del remifentanilo es la depresión respiratoria (1).

**Caso clínico:** Paciente de 31 años, gestante, sin alergias medicamentosas. Con antecedentes de costocondritis posquirúrgica, con dolor neuropático secundario, en tratamiento en la unidad del dolor desde 2002. En tratamiento actual con ácido fólico, hierro y paracetamol. Portadora de un neuroestimulador en el ganglio de la raíz dorsal T8 izquierda tunelizado hasta nivel lumbar, actualmente desactivado durante la gestación, que contraindica la colocación de un catéter epidural.

**Dolor:** Ante la contraindicación de epidural se decide administrar como analgesia del parto remifentanilo en PCA 40 mcg en bolo con un tiempo de cierre de 2 min. El botón debe ser pulsado ante la primera percepción de contracción para intentar coincidir el pico de efecto de remifentanilo con el pico de la contracción. Para evitar los efectos adversos de remifentanilo hay que seguir un estricto protocolo de administración: no opioides las 4 h previas, vía única para su administración, consentimiento informado, saturación de oxígeno continua, matrona 1 a 1, escalas de sedación EVA y frecuencia respiratoria cada 30 min.

**Discusión:** La Cochrane en abril de 2017 estudió la bibliografía disponible sobre la analgesia con remifentanilo frente a otras alternativas en el alivio del dolor en el trabajo de parto, siendo los resultados de escasa evidencia por la poca calidad metodológica de los estudios encontrados. A pesar de ello, algunas de las conclusiones encontradas fueron que las pacientes a las que se administró remifentanilo en PCA tuvieron mayor alivio del dolor y estuvieron más satisfechas que con otros opioides intramusculares o intravenosos. En cuanto a los efectos adversos, la analgesia con remifentanilo se asocia con mayor riesgo de depresión respiratoria respecto a la analgesia epidural y menor riesgo respecto a otros opioides intravenosos. Tampoco se ha encontrado evidencia de mayor riesgo de Apgar menor de 7 a los 5 min en comparación con la analgesia epidural ni mayor riesgo de cesárea (2).

En cuanto a la dosis a utilizar no hay un consenso claro; hay múltiples estudios con distintas dosis y protocolos para intentar identificar el método más seguro y eficiente. Las recomendaciones que hay desde la sección obstétrica de la SEDAR hacen referencia a la utilización de un bolo fijo de 20-40 mcg en PCA con un intervalo de cierre de 1-3 min, no recomendando añadir la infusión basal o usándola a dosis baja (0,025-0,05 mcg/kg/min) (1).

En pacientes portadoras de neuroestimuladores la analgesia con remifentanilo es una opción útil.

#### Conclusión:

- El remifentanilo en PCA puede ser una alternativa útil cuando la analgesia epidural está contraindicada.