

NÚÑEZ MARTÍNEZ G., DE MIGUEL SANTAMARÍA I., CUADRILLERO RODRÍGUEZ F., CALVO DOMÍNGUEZ M.E., NÚÑEZ PÉREZ S., RODRÍGUEZ VALTUEÑA M.L. D.E. Hospitalización de Urología H.C.U de Valladolid.
GONZÁLEZ DE ZÁRATE APIÑANIZ, J.F.E.A. Anestesia H.C.U.V.

Manejo del dolor posoperatorio en cirugía radical urológica con analgesia epidural

RESUMEN

La analgesia epidural lumbar posoperatoria es una técnica muy útil en el manejo del dolor posoperatorio (D.P.O.) tras cirugía radical urológica (C.R.U.). Presentamos los resultados del análisis de nuestra experiencia con el manejo de ropivacaína 0,2 %, vía epidural, con bomba de perfusión continua. Por el grado de analgesia y confort posoperatorio conseguidos, así como la reducción del trabajo del equipo de enfermería, pensamos que la analgesia posoperatoria epidural con ropivacaína es una técnica idónea y de fácil manejo en planta para la enfermería de urología.

Palabras clave: Dolor posoperatorio, analgesia epidural, cirugía radical urológica.

Key words: postoperating pain, epidural analgesia, Urologic radical surgery.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento del D.P.O. es una obligación médica sanitaria, social y ética, que nos afecta a todos los que atendemos a pacientes posoperados, ya que disminuye la morbilidad de los pacientes, mejora su satisfacción y previene las complicaciones (1, 2).

El planteamiento de la analgesia epidural en C.R.U. es debido a que en los últimos años estamos asistiendo a un aumento en la C.R.U. Hace aproximadamente tres años se introduce en el H.C.U. de Valladolid frente al tratamiento convencional intravenoso, pudiendo observar que la aplicación de la técnica para analgesia epidural ocupa el 80% de los casos intervenidos.

La analgesia epidural se coloca a través de un catéter epidural, siendo los anestelistas los encargados de su realización. Los únicos criterios seguidos para no realizar la técnica son las coagulopatías o la imposibilidad en la colocación del catéter.

Se introduce frente al tratamiento convencional y se aplica como protocolo de analgesia combinada; general más epidural (AC: G+E), en nefrectomías, prostatectomías y cistectomías. La AC: (G+E) intraoperatoria es una técnica idónea para C.R.U. que otorga al paciente una reversión relajante y libre de dolor, permitiendo que el paciente salga despierto del quirófano sin dolor. Además es una analgesia posoperatoria muy eficaz.

Los criterios para la aplicación de analgesia epidural son:

■ Uso frecuente de la C.R.U.

- Duración y hemorragia en C.R.U.
- Cuidados posoperatorios.
- Dolor posoperatorio y duración del mismo.

■ **Los cuidados de enfermería** se ven comprometidos con el tratamiento adecuado del dolor posoperatorio y se pueden beneficiar de las ventajas de la analgesia epidural posoperatoria.

■ **La analgesia epidural** es la mejor técnica actual para el D.P.O. de Cirugía Abdominal, Urológica, Obstetro-Ginecológica y Traumatológica.

El objetivo es describir los resultados del análisis de la aplicación de un protocolo de analgesia posoperatoria epidural con ropivacaína, analgésico local, de larga duración y baja toxicidad, recientemente introducido, en nuestro medio.

JUSTIFICACIÓN

Surge la necesidad de que la enfermería aprenda el manejo de la analgesia epidural posoperatoria.

I. Conociendo los fundamentos de la técnica

a) Corresponde a los anestelistas la realización de la punción y posterior colocación del catéter epidural, con la intención de depositar el anestésico local y bloquear la transmisión de los impulsos, a lo largo de los nervios espinales mixtos; esto permite mantener una anestesia para cirugía de larga duración y analgesia para el periodo posoperatorio muy útil; se utiliza corrientemente el abordaje lumbar.

b) El efecto terapéutico se consigue dentro del espacio extradural (epidural), comprendido entre el ligamento amarillo en la parte anterior y la duramadre en la posterior, que tiene un grosor medio de 0,5 cm.

2. Evaluación del D.P.O.

a) Valoración de la persistencia del efecto terapéutico, estableciendo un umbral del dolor controlado y permaneciendo en alerta para un posible rescate con analgesia combinada si precisa.

3. Manejo de las bombas de perfusión.

4. Manejo y guía de actuaciones en la analgesia epidural:

a) Adecuación del ritmo de la infusión, según precise el paciente, disminución de la dosis hasta la retirada del catéter y actuación en la retirada del catéter.

5. Evaluación de nuestros resultados:

a) Por grupos de pacientes, que deberemos anotar en las hojas de enfermería, para que el equipo valore las próximas actuaciones, en función del tipo, intensidad y duración del D.P.O. según el tipo de intervención a que fueron sometidos y a los efectos terapéuticos, atendiendo al tratamiento seguido.

OBJETIVOS

Pretendemos conseguir el alivio eficaz en el D.P.O. al que, a veces, hay que agregar las molestias propias de la intervención, producidas por la sonda nasogástrica, por la ansiedad, nerviosismo, gases, etc.

Otro objetivo es facilitar la labor del equipo de enfermería, con analgesia epidural versus analgesia I.V. convencional.

Es un camino para aumentar la calidad de los cuidados del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Material y métodos (I)

1. Estudio comparativo abierto, controlado y retrospectivo.

Se ha efectuado un estudio, con 60 historias de pacientes, divididas en dos grupos atendiendo al tipo de analgesia posoperatoria, que corresponden a pacientes de C.R.U. intervenidos de nefrectomías, cistectomías y prostatectomías.

2. Aprobado por la Comisión de Investigación y con el consentimiento informado de los pacientes.

3. 2 GRUPOS: pacientes sometidos a C.R.U.

– G-I (n = 32): Analgesia Epidural.

– G-2 (n = 28): Analgesia Convencional I.V.

G-I: Perfusión Epidural lumbar alta, continua con Ropivacaína 0,2 % (Naropin®), entre 6 - 10 ml/h, 3 - 4 días.

G-II: Paracetamol (Perfalgan®, 1 vial / 6 h) o Metamizol (Nolotil®/ 8 h) o Ketorolaco (Tonum®/ 8 h) + Tramadol (Adolonta®/ 8 h).

– Rescate con Cloruro Mórfico.

Material y métodos (II)

1. Catéter epidural lumbar alto/ torácico bajo, funcional.

– Es la vía de administración de la analgesia, sale del espacio epidural, justo en el lugar donde actúa el efecto terapéutico y mediante sujeción con menfix, recorre la espalda hasta llegar al hombro, terminando en un filtro antibacteriano, donde se conecta el sistema.

– BOMBA DE PERFUSIÓN (ABBOTT®).

Su objetivo es la precisión en el volumen total y ritmo de administración.

Ventajas en seguridad, con señales acústicas y visuales, con alarmas para oclusión, aire y equipo fin de dosis, fallo red eléctrica.

Analgesia con Ropivacaína 0,2%, preparada en bolsas de 100 ml con administraciones entre 6 -10 ml/h, a través de bomba, dura más de 14 horas

cada bolsa a perfundir, manteniendo el efecto terapéutico largo tiempo, manteniendo un umbral en el D.P.O. controlado y con baja toxicidad.

Entre la bolsa, el equipo de la bomba, el filtro antibacteriano y el catéter epidural se crea un circuito cerrado;

en las historias revisadas no se observó ni una sola infección a través del catéter.



RESULTADOS

Resultados (I)

En la primera parte del cuadro se representa el número de pacientes del estudio abierto y el tratamiento que recibieron en la planta de Urología.

En la segunda parte del cuadro se esquematiza los días de analgesia, con tratamiento epidural e I.V.

No olvidemos que el dolor (3), por definición, es una experiencia sensorial y emocional, desagradable, asociada a lesiones tisulares reales o posibles, o bien expresadas como si estas lesiones existieran.

RESULTADOS. 1

Nº PACIENTES	EPIDURAL	I.V.	TOTAL
NEFRECTOMIA	9	11	20
CISTECTOMIAS	12	4	16
PROSTATECTOMIAS	11	13	24
	32	28	60

ESTANCIAS (días)	EPIDURAL	I.V.
NEFRECTOMIA	3	4+sp
CISTECTOMIAS	5	6+sp
PROSTATECTOMIAS	2	3+sp

La ausencia de dolor está en relación directa con la recuperación, el confort y el alta del paciente. En la analgesia epidural hay una importante disminución en los días que el paciente precisa analgesia y está controlada continuamente, se puede decir que generalmente durante el posoperatorio se mantiene el efecto terapéutico.

Con respecto a la analgesia convencional, el estudio refleja que precisaron más días de analgesia pautada y continuaron algún día más con analgesia si precisa y el paciente no tuvo un control adecuado del dolor.

La analgesia preventiva epidural disminuye el dolor posquirúrgico en la prostatectomía radical retropúbica, y permite una recuperación más rápida de la actividad de los pacientes tratados (4).

Según estudios (5, 6) la cistectomía radical es un procedimiento de larga duración que se asocia con una considerable pérdida sanguínea. La combinación de anestesia epidural con la general proporciona excelentes condiciones para esta operación y disminuye las pérdidas hemáticas; en las prostatectomías, con anestesia epidural, se ha referido una menor incidencia de trombosis.

Resultados (II)

Asociaciones más frecuentes en relación con los tratamientos recibidos en planta de Urología.

RESULTADOS. 2

Nº PACIENTES	EPIDURAL SOLO	+AINE	AINE + OPIACEO
NEFRECTOMIA (9/11)	4/-	4/2	1/9
CISTECTOMIA (12/4)	7/-	3/0	2/4
PROSTATECTOMIA (11/13)	10/-	1/9	0/3

AINE: Metamisol, ketorolaco, paracetamol
OPIACEO: tramadol, cloruro morfina

Los pacientes que recibieron analgesia epidural y además se les administró AINE, sólo necesitaron una dosis durante el primero y segundo día.

Como en cualquiera de los ámbitos del estudio y tratamiento del dolor (7), es importante la valoración de sus características (inicio, irradiación, etc.). En este sentido es deseable manejar algún tipo de método reconocido de medición del dolor, que sea sensible, fiable y fácil de aplicar en la práctica. Al ser una experiencia subjetiva, sólo el propio individuo podrá dar información sobre la intensidad, duración y tipo del dolor que padece; las escalas que necesitamos para valorar el dolor se denominan «de valoración subjetiva o autoevaluación del dolor».

La que hemos utilizado y hemos recogido en las hojas diarias de enfermería de cada paciente es la escala de valoración verbal o descriptiva simple, en la que el paciente señala el adjetivo (suave, moderado..., insoportable).

No dolor	Leve	Moderado	Severo	Muy severo	Insoportable
----------	------	----------	--------	------------	--------------

Evaluación del D.P.O. en C.R.U.

En la unidad de R.E.A. y en planta de Urología el estudio abierto alcanzó los siguientes resultados, atendiendo a los tratamientos reflejados en la Tabla 1.

CONCLUSIONES

Ventajas de la analgesia epidural

- Hay una mejoría en el grado de analgesia posoperatoria con respecto a la analgesia I.V.
- Es más cómoda para el paciente facilitando las tareas del equipo de enfermería.
- El paciente tiene mejor confort posoperatorio, se siente mejor y menos angustiado al saber que su dolor va a estar controlado mediante una analgesia continua.
- Aclara dudas en el paciente y disminuye la ansiedad con respecto a la analgesia I.V.

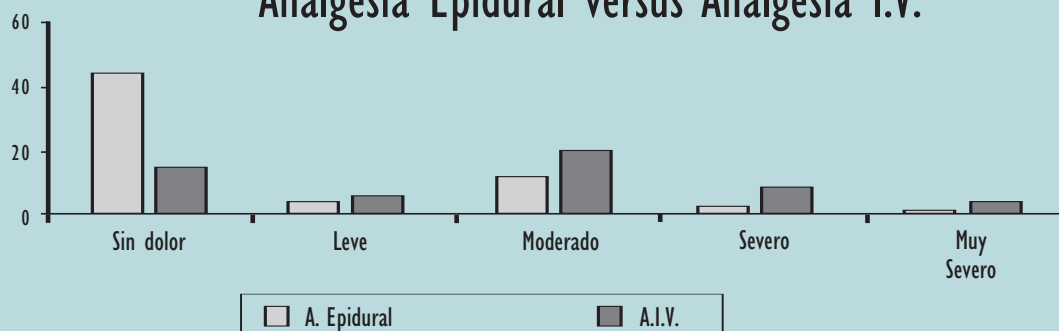
Desventajas

- Algún paciente con bloqueo motor unilateral que cede fácilmente al bajar el ritmo de administración de la ropivacaína o cede espontáneamente.
- En el presente estudio se observó en dos ocasiones hipotensión arterial leve y un solo caso con fallo de analgesia probablemente por desprendimiento del catéter. ▼

TABLA I. Evaluación del D.P.O. en C.R.U.

	Sin Dolor	Leve	Moderado	Severo	Muy severo	Insoportable
CON ANALGESÍA EPIDURAL						
Nefrectomías (9)						
REA	5	2	2			
PLANTA	5	1	2	1		
Cistectomías (12)						
REA	8		3	1		
PLANTA	7		3	1	1	
Prostatectomías (11)						
REA	10		1			
PLANTA	9	1	1			
CON ANALGESÍA I.V.						
Nefrectomías (11)						
REA	3	1	4	3		
PLANTA	3		4		4	
Cistectomías (4)						
REA			4			
PLANTA			1	3		
Prostatectomías (13)						
REA	5	3	5			
PLANTA	4	3	3	3		

Analgesia Epidural versus Analgesia I.V.



BIBLIOGRAFÍA

- (1) LIU S., Carpenter R.L., Neal J. M., «Epidural anesthesia and analgesia: Their role in postoperative outcome». *Anesthesiology* (Revista). 1987; 66: 729-36 ISI/medeine.
- (2) Ferrante F.M., ed, Ostheimer G. W., ed, Covino G.B., *Patient-Controlled Analgesia*. Boston, Mass: Blackwell Scientific Publications. 1990.
- (3) Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP).
- (4) Allan Gottschalk, MD, David S., Smith, MD, David R. Jobes, MD. «Preemptive Epidural Analgesia and Recovery From. Radical Prostatectomy». *Jama* 1998; 279: 1076-1082.
- (5,6)Gottschalk and Frank. The Efficacy of Preemptive for acute postoperative pain management: A Meta Analysis *Anesth Analg* 2005; 100: 757-773.
- (7) Fernández del Busto, E., González de Zárata Apiñaniz, J. *Manual de Urología General 2004*. Lección 36. Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial. Universidad de Valladolid.