



Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



ORIGINAL BREVE

Bloqueo interfascial serrato-intercostal como estrategia ahorradora de opioides en cirugía supraumbilical abierta

M.T. Fernández Martín^{a,*}, S. López Álvarez^b y M.A. Pérez Herrero^c

^a Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Medina del Campo, Valladolid, España

^b Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Abente y Lago, A Coruña, España

^c Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

Recibido el 21 de diciembre de 2017; aceptado el 23 de marzo de 2018

PALABRAS CLAVE

Bloqueo interfascial serrato-intercostal ecoguiado;
Opioides;
Analgésia multimodal;
Dolor postoperatorio;
Cirugía abierta supraumbilical

Resumen

Introducción: La administración de anestésico local en el espacio serrato-intercostal (BRILMA) proporciona analgesia adecuada en cirugía no reconstructiva de mama. Nuestro objetivo ha sido evaluar si el bloqueo de los últimos nervios intercostales (T7-T11) puede permitir un ahorro de opioides en procedimientos de cirugía abierta supraumbilical.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes sometidos a cirugía supraumbilical abierta bajo anestesia general y bloqueo del plano serrato-intercostal (BRILMA modificado) como estrategia analgésica asociada. El dolor postoperatorio se valoró mediante la escala verbal numérica (EVN 0 a 10) al ingreso en la unidad de recuperación postanestésica, a las 6, 12, 24 y 48 h postintervención y mediante la necesidad de rescates analgésicos con opioides (2 mg iv de morfina si los valores eran superiores a 3 en EVN). También se registraron los eventos adversos relacionados con la técnica. El paquete estadístico aplicado fue SPSS® para Windows en el análisis de los datos.

Resultados: El estudio reclutó 52 pacientes. Intraoperatoriamente, con $p < 0,05$, se han encontrado diferencias en el consumo de fentanilo: $400 \pm 80 \mu\text{g}$ versus $110 \pm 50 \mu\text{g}$ en pacientes a los que se realizó el bloqueo preincisional. En las primeras 24 h solo tres casos (dos gastrectomías y una colecistectomía) precisaron morfina (bolo único de 2 mg). Entre las 24 h y 48 h fue necesario administrar varios bolos de morfina (8 ± 2 mg) en cuatro pacientes (tres gastrectomías y una colecistectomía). Presentaron náuseas y/o vómitos cuatro pacientes y no hubo complicaciones relacionadas con la técnica analgésica.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Maitefm70@hotmail.com (M.T. Fernández Martín).

<https://doi.org/10.1016/j.redar.2018.03.007>

0034-9356/© 2018 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Fernández Martín MT, et al. Bloqueo interfascial serrato-intercostal como estrategia ahorradora de opioides en cirugía supraumbilical abierta. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2018.03.007>

KEYWORDS

Ultrasound-guided
serratus-intercostal
interfascial block;
Opioid;
Multimodal analgesia;
Post-operative pain;
Open supra-umbilical
surgery

Conclusión: El bloqueo de los nervios intercostales (T7-T11) en el espacio serrato-intercostal puede constituir una estrategia analgésica ahorradora de opioides en cirugía abierta supraumbilical.

© 2018 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Serratus-intercostal interfascial block as an opioid-saving strategy in supra-umbilical open surgery

Abstract

Introduction: The administration of local anaesthetic in the serratus-intercostal space provides adequate analgesia in non-reconstructive breast surgery. The aim of this study was to evaluate whether the blockage of the last intercostal nerves (T7-T11) can lead to opioid savings in supra-umbilical open surgery procedures.

Material and methods: A prospective observational study was conducted on patients undergoing open supra-umbilical surgery under general anaesthesia and with a serratus-intercostal plane block [modified Blocking the bRanches of IntercostaL nerves in the Middle Axillary line (BRILMA)] as an associated analgesic strategy. Post-operative pain was assessed with the numerical verbal scale (NVS 0 to 10) on admission to the post-anaesthesia recovery unit, at 6, 12, 24, and 48 h postintervention and by need for analgesic rescues with opioids (2 mg iv of morphine, if values higher than 3 in NVS). Adverse events related to the technique were also recorded. The statistical package used in the analysis of the data was SPSS® for Windows.

Results: The study recruited 52 patients. Differences, with a $p < .05$, were found intraoperatively in the consumption of fentanyl: $400 \pm 80 \mu\text{g}$ versus $110 \pm 50 \mu\text{g}$ in patients who underwent pre-incisional blockade. In the first 24 hours, only 3 cases (two gastrectomies and one cholecystectomy) required morphine (single bolus of 2 mg). Between 24 h and 48 h it was necessary to administer several morphine boluses ($8 + 2 \text{ mg}$) in four patients (three gastrectomies and one cholecystectomy). Four patients presented with nausea and / or vomiting and there were no complications related to the analgesic technique.

Conclusion: The intercostal nerves block (T7-T11) in the serratus-intercostal space may constitute an opioid-sparing analgesic strategy in open supra-umbilical surgery.

© 2018 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Dentro de las estrategias perioperatorias destinadas a lograr una mejor recuperación y a disminuir las complicaciones y la mortalidad en cirugía abdominal destaca el control adecuado del dolor postoperatorio. En este contexto, el abordaje laparoscópico de gran número de procedimientos abdominales contribuye a un descenso del estrés quirúrgico, permitiendo su incorporación a los programas de rehabilitación multimodal e intensificada¹. Sin embargo, en ocasiones, problemas técnicos o complicaciones intraoperatorias obligan a la reconversión de la técnica laparoscópica en cirugía abierta. Estas incisiones imprevistas (incisión subcostal, laparotomía media) generan un dolor postoperatorio moderado-intenso que nos obliga a buscar una técnica analgésica adecuada pero que no retarde la recuperación funcional del paciente².

Dado que la inervación de la pared abdominal superior depende fundamentalmente de los últimos nervios intercostales³, el bloqueo de los mismos debería

considerarse una buena estrategia analgésica para evitar el dolor somático.

Estudios previos han demostrado la eficacia del bloqueo de las ramas cutáneas de los nervios intercostales en la línea medio axilar (BRILMA o bloqueo interfascial del plano serrato-intercostal) como técnica analgésica en cirugía no reconstructiva de mama⁴. Nuestro grupo obtuvo resultados satisfactorios en la analgesia postoperatoria de pacientes sometidos a colecistectomías abiertas realizando una modificación del BRILMA, de manera que se depositó el anestésico local en el mismo plano interfascial pero a nivel de T7-T11 (BRILMA modificado)⁵.

El objetivo de este estudio fue analizar si la administración de anestésico local a nivel de la octava costilla en el espacio interfascial entre el músculo serrato anterior e intercostal externo contribuye, dentro de una estrategia multimodal, a disminuir las necesidades de opioides en procedimientos abiertos de abdomen superior, proporcionando un buen control del dolor agudo postoperatorio y facilitando la recuperación de estos pacientes.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/11015314>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/11015314>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)