

Anestesia subaracnoidea hipobárica a dosis bajas para cirugía anorrectal en posición de navaja: comparación entre levobupivacaína-fentanilo y lidocaína-fentanilo

J. de Santiago^{1,2,a}, J. Santos-Yglesias^{3,a}, J. Girón^{2,a}, A. Jiménez^{2,b}, C. L. Errando^{2,c}

^aHospital USP La Colina. S.C. de Tenerife. Tenerife. ^bUnidad Mixta de Investigación del Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Tenerife. ^cConsorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

Resumen

INTRODUCCIÓN: El objetivo de este estudio fue comparar el porcentaje de pacientes que evitaban su paso (bypass) por la unidad de recuperación postanestésica (URPA) después de una anestesia subaracnoidea selectiva con lidocaína-fentanilo respecto a otra de levobupivacaína-fentanilo, en cirugía anorrectal realizada en pacientes en posición de navaja.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio aleatorizado, prospectivo y doble ciego. Se compararon dos grupos de 30 pacientes, ASA I-II. El grupo Lido recibió 18 mg de lidocaína 0,6% más 10 µg fentanilo y el grupo Levo 3 mg de levobupivacaína 0,1% más 10 µg fentanilo. Se monitorizaron las siguientes variables intraoperatorias: tiempo de inicio de la cirugía, nivel máximo de bloqueo sensitivo, necesidad de suplementación analgésica, aparición de eventos hemodinámicos. El nivel sensitivo se registró a los 5, 10 y 15 minutos y al final de la cirugía. Tras la cirugía se registró el grado de bloqueo motor, el nivel de propiocepción, el test de Romberg y si el paciente podía puentear la Unidad de recuperación postanestésica. Los tiempos de deambulación y de alta a domicilio, las complicaciones y la satisfacción postoperatoria también fueron registradas.

RESULTADOS: No se observó diferencias significativas entre los grupos en cuanto a variables intraoperatorias. El 100% de los pacientes del estudio fue directamente a la unidad de adaptación al medio sin pasar por la URPA. Los tiempos para la deambulación, el alta a domicilio, así como las complicaciones y la satisfacción global postoperatoria fueron similares en ambos grupos.

CONCLUSIONES: Ambas soluciones intratecales producen anestesia selectiva efectiva proporcionando un porcentaje de bypass de la URPA similar en cirugía anorrectal en posición de navaja.

Palabras clave:

Cirugía ambulatoria. Anestesia subaracnoidea. Levobupivacaína. Anestesia subaracnoidea selectiva.

Low-dose hypobaric spinal anesthesia for anorectal surgery in jackknife position: levobupivacaine-fentanyl compared to lidocaine-fentanyl

Summary

OBJECTIVE: To compare the percentage of patients who were able to bypass the postoperative intensive care recovery unit after selective spinal anesthesia with lidocaine-fentanyl versus levobupivacaine-fentanyl for anorectal surgery in jackknife position.

MATERIAL AND METHODS: Randomized double-blind clinical trial comparing 2 groups of 30 patients classified ASA 1-2. One group received 18 mg of 0.6% lidocaine plus 10 µg of fentanyl while the other group received 3 mg of 0.1% levobupivacaine plus 10 µg of fentanyl. Intraoperative variables were time of start of surgery, maximum extension of sensory blockade, requirement for rescue analgesics, and hemodynamic events. The level of sensory blockade was recorded at 5, 10, and 15 minutes after the start of surgery and at the end of the procedure. The degrees of postoperative motor blockade and proprioception were recorded, as were the results of the Romberg test and whether or not the patient was able to bypass the postoperative recovery unit. Also noted were times of start of ambulation and discharge, complications, and postoperative satisfaction.

RESULTS: Intraoperative variables did not differ significantly between groups, and all patients in both groups bypassed the postoperative recovery unit. Times until walking and discharge home, complications, and overall satisfaction after surgery were similar in the 2 groups.

CONCLUSIONS: Both spinal anesthetic solutions provide effective, selective anesthesia and are associated with similar rates of recovery care unit bypass after anorectal surgery in jackknife position.

Key words:

Surgery, outpatient. Anesthesia, spinal. Levobupivacaine. Selective spinal anesthesia.

¹DESA. ²Médico Adjunto. ³Jefe de Servicio.

Correspondencia:

Dr. Jesús de Santiago
Departamento de Anestesiología
Hospital USP La Colina
S. C. de Tenerife (Tenerife)
E-mail: jdesantiagom@gmail.com

Aceptado para su publicación en agosto de 2010.

Introducción

La anestesia subaracnoidea puede ser utilizada en cirugía mayor ambulatoria por su sencillez y eficacia¹. Es práctica habitual utilizar dosis bajas de anestésicos locales de acción larga junto a un adyuvante, normalmente un opiáceo, como alternativa a la utilización de lidocaína debido a su asociación con la aparición de síntomas neurológicos transitorios (SNT)²⁻⁴. Aún utilizando bajas dosis es frecuente la aparición de bloqueo motor en miembros inferiores, una razón entre otras de demora del alta de la unidad de recuperación postanestésica (URPA)⁵.

La anestesia subaracnoidea selectiva (ASS) se compone de dosis bajas de anestésicos locales a baja concentración que actúan selectivamente en la médula espinal o en los nervios para proporcionar anestesia de un área corporal específica, preservando la función motora y propioceptiva de los miembros inferiores⁶. La recuperación temprana de la función motora de los miembros inferiores desde el postoperatorio inmediato facilita el bypass de la URPA⁷.

La levobupivacaína es el enantiómero levógiro puro de la bupivacaína. Es un 29% menos potente que la bupivacaína para producir bloqueo motor al ser administrada por vía subaracnoidea⁸. Esta característica de bloqueo diferencial es potenciada con la adición de fentanilo⁹.

Previamente se ha demostrado que la ASS con lidocaína 0,6% proporciona anestesia eficaz en cirugía anorrectal¹⁰. El objetivo de este estudio fue comparar los porcentajes de bypass de la URPA después de una ASS con lidocaína-fentanilo frente a levobupivacaína-fentanilo en cirugía anorrectal.

Material y métodos

Tras la aprobación del comité ético local y la obtención del consentimiento informado por escrito, 60 pacientes, con estado físico según la Asociación Americana de Anestesiólogos (ASA) I-II, programados para cirugía anorrectal ambulatoria fueron incluidos en el estudio. Se excluyeron del estudio los pacientes que presentaban alguna alteración neurológica previa, diabetes mellitus, obesidad mórbida, incapaces de deambular sin ayuda y con cualquier contraindicación para la realización de una anestesia subaracnoidea. Se informó a los pacientes en la consulta de preanestesia que la anestesia consistiría en una técnica selectiva y que por tanto "sus piernas no se paralizarían" a diferencia de con la técnica rutinaria.

Los pacientes se distribuyeron de forma aleatoria en dos grupos, de acuerdo a una lista de números genera-

dos aleatoriamente por un programa informático y se colocaron en sobres cerrados. Según las instrucciones del sobre correspondientemente codificado, una enfermera que no participaba en el estudio preparó la solución anestésica. El grupo Lido recibió 3 ml (18 mg) de lidocaína al 0,6% hipobárica (Lidocaína 2%. B. Braun Medical SA, Barcelona, España) con 10 µg de fentanilo (0,2 ml). Esta solución fue preparada a partir de 1,5 ml (30 mg) de lidocaína al 2% isobárica más 3,5 ml de agua estéril⁹. El grupo Levo recibió 0,6 ml (3 mg) de levobupivacaína 0,5% (Chirocane 0,5%. Laboratorios Abbott, Madrid, España) con 0,2 ml (10 µg) de fentanilo, diluida con agua estéril hasta un volumen total de 3,2 ml. En estudios preliminares se ha comprobado que la densidad específica de estas soluciones a 37°C es de 0,9980 mg mL⁻¹ y 0,9984 mg mL⁻¹, respectivamente^{10,11}.

Al llegar al área quirúrgica, se estableció un acceso venoso y una infusión continua de Ringer Lactato a 5 ml/kg/h. Se limitó la administración de líquido intravenoso a un total de 10 ml/kg y se premedicó a los pacientes con 1-2 mg de midazolam, 50 mg de dexketoprofeno trometamol y 50 µg de fentanilo IV. Dentro del quirófano se realizó monitorización básica de la presión arterial no invasiva, pulsioximetría y ECG.

La punción subaracnoidea se realizó con el paciente colocado en posición de navaja (Fig. 1). Se colocó una almohada debajo del abdomen para corregir la lordosis lumbar. Se utilizó una vía de acceso medial en L3-L4 con una aguja Whitacre de calibre 27 G (Becton Dickinson Medical Systems, Madrid, España). Tras observar la salida de líquido cefalorraquídeo, se aspiró 0,2 ml para confirmar el correcto emplazamiento de la aguja y se inyectó la solución anestésica con el orificio de la aguja colocado en dirección caudal a aproximadamente 0,3 ml s⁻¹.

Otro investigador, que también desconocía el tipo de solución de estudio que se administraba a cada paciente, evaluó la progresión del bloqueo a los 5, 10, 15 minutos y al final de la cirugía. Se evaluó el nivel

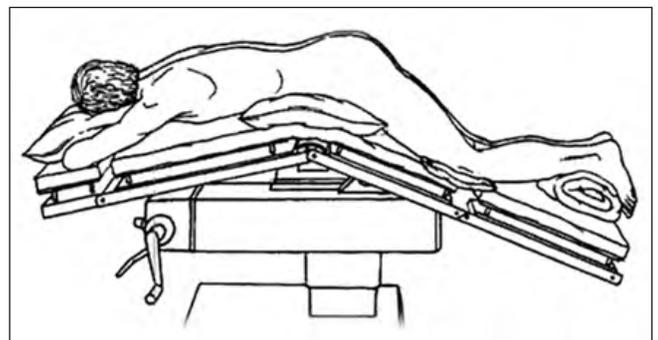


Fig. 1. Posición de navaja.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2769002>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2769002>

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