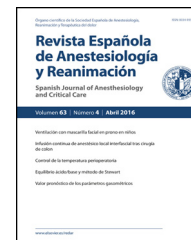




Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



ORIGINAL

Calidad de la recuperación posquirúrgica tras cirugía de mama. Anestesia general combinada con bloqueo paravertebral versus bloqueo del espacio serrato-intercostal

M.A. Pérez Herrero^{a,*}, S. López Álvarez^b, A. Fadrique Fuentes^a,
F. Manzano Lorefice^a, C. Bartolomé Bartolomé^a y J. González de Zárate^a

^a Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

Recibido el 9 de diciembre de 2015; aceptado el 12 de marzo de 2016

PALABRAS CLAVE

Cirugía de cáncer de mama;
Anestesia general;
Gestión de calidad total;
Recuperación postanestésica;
Anestesia regional

Resumen

Introducción: La cuantificación de la calidad de la recuperación posquirúrgica destaca entre los indicadores de calidad utilizados en clínica. Ello es más importante aún tras cirugía oncológica. Nuestro objetivo fue evaluar la calidad de la recuperación tras cirugía no reconstructiva de mama tras anestesia general combinada con bloqueo paravertebral versus bloqueo del espacio serrato-intercostal en el postoperatorio inmediato y tardío.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en 60 pacientes programadas para cirugía no reconstructiva de mama en un periodo de 6 meses bajo anestesia combinada general y bloqueo paravertebral (25 pacientes) o bloqueo del espacio serrato-intercostal (35 pacientes). La calidad de la recuperación postanestésica se midió con la escala Postoperative Quality Recovery Scale, valorando los dominios fisiológico, nociceptivo, emocional, autonomía, cognitivo y estado general en diferentes momentos: basal (previo a cirugía), 15 min tras finalizar la intervención, al alta hospitalaria y al mes postintervención.

Resultados: Se consiguió una recuperación total del 95,93% en el postoperatorio inmediato (15 min unidad de recuperación postoperatoria [URPA]), del 99,07% al alta y del 99,25% al mes de la intervención. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ni en la puntuación total ni en las diversas áreas medidas por la escala.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mapeherrero@gmail.com (M.A. Pérez Herrero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2016.03.006>

0034-9356/© 2016 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Pérez Herrero MA, et al. Calidad de la recuperación posquirúrgica tras cirugía de mama. Anestesia general combinada con bloqueo paravertebral versus bloqueo del espacio serrato-intercostal. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2016.03.006>

KEYWORDS

Breast cancer surgery;
General anaesthesia;
Total quality management;
Postoperative recovery;
Regional anaesthesia

Conclusiones: Con la técnica descrita se ha objetivado una alta puntuación de recuperación con la Postoperative Quality Recovery Scale, que posibilitaría el alta en el postoperatorio inmediato y la vuelta precoz a la vida activa habitual. En ambos grupos se observó un ahorro de opioides y una recuperación excelente de todos los dominios evaluados, sin diferencias significativas.

© 2016 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Quality of postoperative recovery after breast surgery. General anaesthesia combined with paravertebral versus serratus-intercostal block

Abstract

Introduction: The quality of postoperative recovery is one of the most important among all the quality indicators used in clinical situations. This is even more important after cancer surgery. Our aim was to evaluate this after non-reconstructive breast surgery under general anaesthesia and paravertebral blockade or serratus-intercostal plane blockade, in the early and late post-operative period.

Material and methods: A prospective observational study was conducted on 60 patients (25 paravertebral blockade group and 35 serratus-intercostal plane blockade group) scheduled for non-reconstructive breast surgery during a 6 month period. Every patient received general anaesthesia and were randomised to receive either paravertebral blockade or serratus-intercostal plane blockade. The quality of post-anaesthetic recovery was quantified by Postoperative Quality Recovery Scale, which is used to assess physiological, nociceptive, emotional, autonomy, cognitive and general state domains at different times: baseline (before surgery), 15 min after the end of surgery, at discharge to home, and one month after surgery.

Results: A total recovery of 95.93% was achieved in the early postoperative period (15 min PACU), 99.07% at discharge to home, and 99.25% at one month after the intervention. No significant differences were found between groups in total score or in each evaluated area.

Conclusions: A progressive improvement was observed in the scores assessed with the Postoperative Quality Recovery Scale, reaching values that would allow the discharge to home and early return to usual active life from the immediate postoperative period, with no significant differences between the 2 analgesic techniques. Savings in opioid use and the excellent recovery were observed in all measured domains observed.

© 2016 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La cirugía oncológica de mama ocupa un lugar preponderante dentro de las intervenciones quirúrgicas del primer mundo¹. Las técnicas quirúrgicas han ido haciéndose cada vez más conservadoras, con mejores resultados estéticos y la misma eficacia terapéutica. Paralelamente a estos avances, el manejo anestésico-analgésico ha experimentado cambios espectaculares que favorecen una rápida recuperación con un elevado grado de bienestar postoperatorio²⁻⁶. En la literatura se han descrito multitud de procedimientos y abordajes para esta cirugía que abarcan anestesia general, locorregional, local, e incluso perfusión intravenosa de lidocaína⁷. Si bien no hay evidencia científica que apoye un procedimiento anestésico frente otro, las técnicas anestésicas combinadas se consideran de elección dada la compleja inervación de la mama, el alto índice de náuseas y vómitos postoperatorios, y de dolor agudo y crónico asociados, y la posible relación entre el uso de opioides y la aparición de metástasis y recurrencias tumorales⁸.

En el momento actual la técnica regional de referencia para la región torácica sigue siendo la analgesia paravertebral, que ha demostrado una analgesia óptima con una menor recurrencia del cáncer⁹. Si bien las complicaciones con este bloqueo son poco frecuentes y disminuyen con la utilización de ecografía¹⁰, muy pocos anestesiólogos están seguros con la utilización de esta técnica. Sin embargo, desde el año 2011, gracias a los trabajos publicados por Blanco et al., han surgido numerosos bloqueos interfasciales guiados por ultrasonidos para describir un abordaje periférico como alternativa al paravertebral y que aporte la misma eficacia con mayor seguridad y facilidad de realización^{11,12}. Entre estos últimos destaca el denominado bloqueo de ramas cutáneas de los nervios intercostales en línea media axilar (BRILMA), donde se deposita anestésico local en el espacio interfascial entre los músculos serrato anterior e intercostales externos; pero todavía no hay evidencia suficiente sobre su eficacia^{8,12}.

Tanto los avances tecnológicos como la introducción de agentes intravenosos (propofol y remifentanilo) e

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5583829>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5583829>

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