

## RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ANALGESIA Y SEDACIÓN PERIOPERATORIA EN CIRUGÍA DE ESCOLIOSIS

Silvana Cavallieri, Piero Cánepa, Claudio Ricke, Aldo Campusano, Rudy Garrido, Jorge Seguel, Gonzalo Andrighetti, E.U. Elizabeth Echeverría Elizabeth y Marco Guerrero.  
Departamento de Anestesiología, Clínica Las Condes.

**Introducción:** La cirugía de escoliosis es frecuente en la adolescencia, produce un elevado nivel de angustia en los pacientes y es altamente demandante de cuidados analgésicos durante varios días en el postoperatorio.

**Objetivos:** Evaluar los resultados clínicos de un protocolo diseñado para el manejo de la analgesia y la sedación en el postoperatorio (PO) en una serie consecutiva de pacientes sometidos a cirugía de escoliosis y la capacidad de respuesta de un programa de dolor agudo (PDA).

**Material y Método:** Se incluyen todos los pacientes sometidos a cirugía de escoliosis bajo técnica anestésica estándar (inhalatoria con desflurano a 1 MAC + opiodes) en un centro asistencial, a partir de mayo 2008, en que se inicia la aplicación sistemática de un protocolo de analgesia y sedación perioperatoria consistente en: 1) analgesia peridural utilizando bolo de carga en el PO inmediato de 0,25 ml/kg L-bupivacaína 0,25% + 15 µg/kg de morfina, seguida de una infusión continua (IC) de L-bupivacaína 0,04% + 2 µg/ml de fentanilo, a una velocidad de 0,1 - 0,2 ml/kg/h, por catéter instalado por el cirujano en el intraoperatorio (IO) con técnica estandarizada, en el nivel torácico, 2) dexmedetomidina IO y PO (bolo de 0,5 µg/kg a los 10 minutos de comenzada la operación e infusión intravenosa de 0,2-0,5 µg/kg/h por 48 horas en el PO), 3) ketoprofeno (bolo IO de 1,5 mg/kg/dosis IV + IC por tres días), 4) profilaxis antiemética IO y PO con 1 mg/kg de ondansetron c/8 horas y sonda vesical. Se preestableció terapia de rescate para analgesia y sedación en caso de falla de la técnica. Se registró en forma prospectiva: variables demográficas (edad, peso, sexo, niveles vertebrales incluidos

en la cirugía), evaluación del dolor mediante escala visual análoga (EVA) en el PO inmediato, al primer control por el PDA y a las 12, 24, 48 y 72 horas del PO (se considera control satisfactorio del dolor un EVA ≤ 3, control moderado del dolor EVA 4 - 5 y control insatisfactorio del dolor EVA ≥ 6), el tiempo transcurrido al primer control por el PDA, el tiempo total de control por el PDA en horas y el número total de visitas, el nivel de sedación según una escala de aplicación en nuestro Servicio, modificada de la escala de Ramsay (0: despierto, 1: despierta a la voz, 2: despierta al tacto, 3: no despierta al tacto), la incidencia de náuseas y vómitos, prurito, complicaciones neurológicas y las fallas de la técnica por problemas del catéter y otras como hipotensión y depresión respiratoria. Se excluyeron los pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM) por más de 6 h en el PO. En el análisis se utilizó porcentajes (%), promedios (X) y desviaciones estándar (± DS).

**Resultados:** Se estudiaron 52 pacientes consecutivos en 15 meses. Se excluyó 1 paciente por necesidad VM en el PO. La edad X fue 14,7 (± 3,94), el peso X 50,7 (± 14), el sexo 86% mujeres, el N° de niveles X: 11,4 (± 3,02). El EVA alcanzado a todos los tiempos se muestra en la Tabla 1. En 2/51 pacientes se presentó una falla técnica por el uso del catéter (1 filtración a las 24 horas y un retiro accidental a las 12 horas). No hubo depresiones respiratorias. No se presentaron complicaciones neurológicas derivadas de la técnica analgésica; 1 paciente presentó EVA > 4 durante todos los tiempos por dolor neuropático en una extremidad en el territorio S1, que cedió al cabo de 4 días, con EVA 0 en la región dorsal toracolumbar. Un 16% de los

Tabla 1

EVA	1° Control	12 h	24 h	48 h	72 h
EVA 3 ó <	88%	84%	77%	84%	91%
EVA 4-5	5%	14%	18%	12%	4,5%
EVA 6 ó >	7%	4%	4%	4%	4,5%

pacientes presentó uno o más episodios de náuseas y vómitos, un 27% tuvo prurito, un 11, 7% hipotensión que se maneja con disminución de la infusión de dexmedetomidina. Un paciente presentó score sedación 1; el resto tuvo score 0. El tiempo transcurrido hasta el primer control por el PDA fue de 4,4 ( $\pm$  4,2) horas; el tiempo total de control por el PDA fue de 90 ( $\pm$  23) horas. El número total de visitas por el médico del equipo PDA fue de 8,7 ( $\pm$

2,4).

**Conclusiones:** El protocolo diseñado demostró ser una solución adecuada para el manejo del dolor y la ansiedad en el PO de cirugía de escoliosis, lográndose EVA  $<$  a 3 en todos los controles en un alto porcentaje de los pacientes, con un nivel de sedación apropiado y sin complicaciones derivadas de la técnica. La demanda para el PDA fue alta y pudo ser resuelta sin problemas.