



LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

Analgesia epidural frente a analgesia endovenosa en cirugía ginecológica oncológica

Artículo original: Chen LM, Weinberg VK, Chen C, Powell CB, Chen LL, Chan JK, et al. Perioperative outcomes comparing patient controlled epidural versus intravenous analgesia in gynecologic oncology surgery. *Gynecol Oncol* 2009; 115: 357-61. ([PubMed](#))

Gómez Ríos MA, Nieto L.

C. H. U. A Coruña.

Resumen

La cirugía ginecológica oncológica se asocia a dolor moderado-severo en el postoperatorio, así como a potenciales complicaciones como la pérdida sanguínea, eventos tromboembólicos e íleo paralítico, que incrementan la estancia hospitalaria.

La analgesia epidural ha demostrado ser efectiva en el control del dolor tras cirugía mayor abdominal, sin embargo existen múltiples controversias con respecto a la combinación óptima de fármacos a emplear, el nivel neuroaxial en el que situar el catéter o su repercusión en el postoperatorio de la cirugía oncológica ginecológica.

Introducción

La cirugía ginecológica oncológica se asocia a dolor moderado-severo en el postoperatorio, así como a potenciales complicaciones como la pérdida sanguínea, eventos tromboembólicos e íleo paralítico, que incrementan la estancia hospitalaria.

La analgesia epidural ha demostrado ser efectiva en el control del dolor tras cirugía mayor abdominal, sin embargo existen múltiples controversias con respecto a la combinación óptima de fármacos a emplear, el nivel neuroaxial en el que situar el catéter o su repercusión en el postoperatorio de la cirugía oncológica ginecológica.

Resumen

El objetivo del estudio fue comparar los resultados perioperatorios de analgesia epidural controlada por el paciente

(AEPC) frente a la analgesia endovenosa controlada por el paciente (ACP) tras cirugía ginecológica oncológica.



Material y métodos

Es un estudio de cohortes prospectivo donde se incluyeron pacientes

sometidos a cirugía ginecológica oncológica mediante laparotomía (n=224), siendo excluidas aquellas con tratamiento crónico con opiodes durante el mes previo a la cirugía. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: grupo AECP y grupo ACP según criterios médicos.

Período intraoperatorio

Todas las intervenciones fueron realizadas bajo anestesia general por 3 cirujanos.

Al grupo AECP se le colocó un catéter epidural a nivel torácico (T7-T12) previamente a la cirugía, y la administración intraoperatoria de analgesia epidural se llevó a cabo según criterio del anestesiólogo correspondiente.

Los datos registrados en el intraoperatorio incluyeron anestesia, tiempos quirúrgicos, posibilidad de completar la cirugía planificada, pérdida sanguínea estimada, incidencia de hipotensión que requirió uso de vasopresores y unidades de sangre transfundidas.

Período postoperatorio

En el grupo AECP se inició la infusión continua de ropivacaína al 0,125% y fentanilo 2µg/ml a 6-8 ml/h con posibilidad de bolos de 2-4 ml a demanda e intervalo de cierre de 20 minutos. El ritmo de infusión fue aumentado o disminuido para optimizar el manejo del dolor y según la función motora y sensorial. Si la analgesia no era efectiva se evaluó el nivel administrando un bolo de 5-10 ml de ropivacaína al 2% a través del catéter. Si no se controlaba el dolor se iniciaba una ACP con bolos discontinuos administrados a través del catéter epidural controlados por el paciente. Si,

a pesar de esto, la analgesia no fue adecuada se retiró el catéter epidural.

En grupo ACP se programó la administración de bolos de hidromorfona (0,2 mg) a demanda con un intervalo de cierre de 6 minutos, sin infusión basal.

Todos los pacientes recibieron profilaxis antitrombótica, pero el grupo AECP requirió retirar el catéter epidural previa administración de las heparinas de bajo peso molecular.

El primer día del postoperatorio, tras iniciar tolerancia oral, se retiró la AECP o ACP respectivamente y se inició analgesia oral, administrando opiáceos cuando el control del dolor era inadecuado, haciendo la conversión según la equivalencia con la morfina para su comparación.

Los resultados postoperatorios incluyeron la escala de dolor medido diariamente por la mañana, la necesidad de utilizar analgesia de rescate, incidencia de náuseas y vómitos, tiempo hasta tolerancia, dosis total de opioides y estancia hospitalaria.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 204 pacientes, 107 asignados al grupo de la AECP y 98 al de la ACP. Las características demográficas de ambos grupos fueron muy similares. Sin embargo, hubo tendencia a que las pacientes del grupo ACP padecieran procesos benignos mientras que las del grupo AECP procesos malignos.

La media del tiempo anestésico, el uso de vasopresores intraoperatorios, la necesidad de transfusión de sangre, el traslado a unidades de cuidados intensivos así como el tiempo quirúrgico fue significativamente mayor en el grupo de la AECP.

En el día 1 postoperatorio el 50% de pacientes con AECP tenía una VAS <2 en comparación con el 38% de los pacientes con ACP. Sin embargo, un porcentaje significativo de pacientes del grupo AECP requirieron una ACP de rescate en comparación con el grupo ACP. Además, los requerimientos de opioides fueron mayores en el grupo AECP.

Con respecto al resto de variables estudiadas no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones

La analgesia epidural controlada por el paciente (ACP) no mejora el manejo del dolor en pacientes sometidos a cirugía oncológica ginecológica.

Comentario

Considero que dicho estudio tiene múltiples lagunas en su metodología, lo cual condiciona la existencia de importantes sesgos que lo invalidan.

Primero, no hay un diseño bien definido; es llamativa la inexistencia de un protocolo de estudio que defina claramente los criterios de inclusión y exclusión, lo que hace que los dos grupos sean extremadamente heterogéneos. Es necesario estandarizar el tipo de patología, cirugía, incisión, tipo de anestesia, nivel exacto de colocación del catéter epidural, ritmo de infusión así como dosis de cada bolo y analgesia de rescate, para que la población reclutada sea homogénea y la única diferencia entre los dos grupos sea la intervención objeto de estudio. El dolor en diferentes procesos oncológicos así como el derivado de su respectivo tratamiento quirúrgico no es el mismo. De la misma manera, las intervenciones anestésicas durante la cirugía pueden condicionar el grado de dolor posterior.

Segundo, falta de randomización, lo que hace que la muestra no sea representativa y exista sesgo de selección. Aquellas pacientes con cirugías más complejas fueron dirigidas al grupo AECP, lo que condicionó mayor pérdida sanguínea, mayor frecuencia de ingresos en la unidad de cuidados intensivos, o mayor demora en la deambulación.

Tercero, con respecto a la recogida de datos no existe enmascaramiento, falta por definir qué se entiende por hipotensión, quien se encargó de la recogida de datos...

Considero que la localización del catéter epidural a nivel torácico es incorrecta para la analgesia en el postoperatorio de una cirugía ginecológica, por lo que puede ser causa de la insuficiente analgesia obtenida [2]. En nuestro centro situamos el catéter a nivel lumbar y lo mantenemos durante las primeras 48 horas del postoperatorio con excelentes resultados. Es necesario precisar además que no es ineludible retirar el catéter antes de iniciar la profilaxis antitrombótica. Ésta se puede administrar teniendo en cuenta que antes de retirar el catéter han de pasar 12 horas desde la última dosis de heparina de bajo peso molecular y se deben esperar al menos 6 horas para administrar una nueva dosis.

Por todo ello, en este escenario, me parece inadecuado generalizar los resultados obtenidos o las conclusiones que se derivan de los mismos a toda la población, al igual que concluir que se puede descartar la analgesia epidural para estas pacientes. Para ello el estudio debería tener mayor calidad.

De cualquiera de las maneras, estos datos van en dirección opuesta a la bibliografía [3-5] y la práctica clínica diaria.

Bibliografía

1.- Chen LM, Weinberg VK, Chen C, Powell CB, Chen LL, Chan JK, et al. Perioperative outcomes comparing patient controlled epidural versus intravenous analgesia in gynecologic oncology surgery. *Gynecol Oncol* 2009; 115: 357-61. ([PubMed](#))

2.- Liang Y, Wang S, Gu M. Should epidural analgesia be dismissed in gynecologic oncology surgery? *Gynecol Oncol* 2010. [Epub ahead of print] ([PubMed](#))

3.- Ferguson SE, Malhotra T, Seshan VE, Levine DA, Sonoda Y, Chi DS, Barakat RR, Abu-Rustum NR. A prospective randomized trial comparing patient-controlled epidural analgesia to patient-controlled intravenous analgesia on postoperative pain control and recovery after major open gynecologic cancer surgery. *Gynecol Oncol* 2009; 114: 111-6. ([PubMed](#))

4.- Blythe JG, Hodel KA, Wahl TM, Miller RN, Mayfield WR, Schneider SL. Continuous postoperative epidural analgesia for gynecologic oncology patients. *Gynecol Oncol* 1990; 37: 307-10. ([PubMed](#))

5.- Wattwil M, Thorén T, Hennerdal S, Garvill JE. Epidural analgesia with bupivacaine reduces postoperative paralytic ileus after hysterectomy. *Anesth Analg*. 1989; 68: 353-8. ([PubMed](#))

Correspondencia al autor

Manuel Ángel Gómez Ríos
autor@anestesiario.org
Servicio de Anestesiología
C. H. U. A Coruña.

[Publicado en AnestesiaR el 14 de mayo de 2010](#)

