

CATETER INTRAPECTORAL EN LA ANALGESIA DE CIRUGIA DE MAMA COMPARATIVA ANALGESIA IV

Bruque Jiménez ,María del Carmen; López Moraleda, Pedro;García Figueroa , María Jose. Enfermer@s. Hospital Universitario Virgen de Valme . Sevilla

INTRODUCCIÓN .

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la mujer occidental, representando aproximadamente un 20–30%, y es la primera causa de muerte entre ellas. El pronóstico está influido por múltiples factores o características del tumor, como es su tamaño, la presencia de diversos receptores hormonales, el grado histológico y los factores moleculares (1)

El tratamiento de la enfermedad será quirúrgico y sistémico siendo el primero el que mejora el pronóstico de la enfermedad a largo plazo. La cirugía de mama está considerada de alto riesgo por lo que es de vital importancia entre otras cosas ajustar la técnica anestésica a las condiciones médicas de la paciente. Desde hace décadas se ha ido popularizando la utilización de bloqueos de ramas nerviosas (bloqueos paravertebrales, intercostales múltiples) junto con la anestesia general durante esta cirugía demostrando beneficios tales como la disminución del sangrado quirúrgico , menos riesgo tromboembólico , y efecto cardioprotector .(2)

En los últimos años están técnicas anestésicas regionales han evolucionado hacia bloqueos guiados de ramas más superficiales demostrando gran eficacia y seguridad.

En nuestro centro hospitalario , en cirugía oncológica de mama , se ha empezado a realizar , como técnica anestésica , junto a la anestesia general , un bloqueo pectoral. Simultáneamente, para la analgesia postquirúrgica, en caso de linfadenectomía axilar , se coloca un catéter interpectoral que permite la infusión continua de anestésicos locales produciendo un bloqueo pectoral continuo, mediante PCA en la 24 h primeras hora del postoperatorio inmediato, frente a la analgesia IV tradicional

OBJETIVOS:

Conocer ventajas e inconvenientes de ambos tipos de analgesia postquirúrgica mediante valoración de :

- ❖ Efectos adversos (la cirugía de mama es considerada de alto riesgo emético las primeras 24h)
- ❖ Control del dolor. (Valoración del dolor postquirúrgico mediante escala EVA o EVS modificada)

METODOLOGIA:

Estudio retrospectivo , en el H.U. de Valme, mediante la recogida de datos de las hojas de valoración de PCA a las 24h (enero –julio 2014) (3)

Se han estudiado un total de 24 pacientes intervenidas de mastectomía o tumorectomía más vaciamiento ganglionar axilar bajo anestesia general.

A 11 pacientes , además se les realizó un bloqueo pectoral intraoperatorio y se les colocó un catéter interpectoral para posterior analgesia en PCA mediante anestésicos locales (ropivacaína 2%)

Al resto, 13 pacientes se les colocó una pauta analgésica intravenosa en PCA con metamizol + tramadol + ondasetrón)

RESULTADOS:

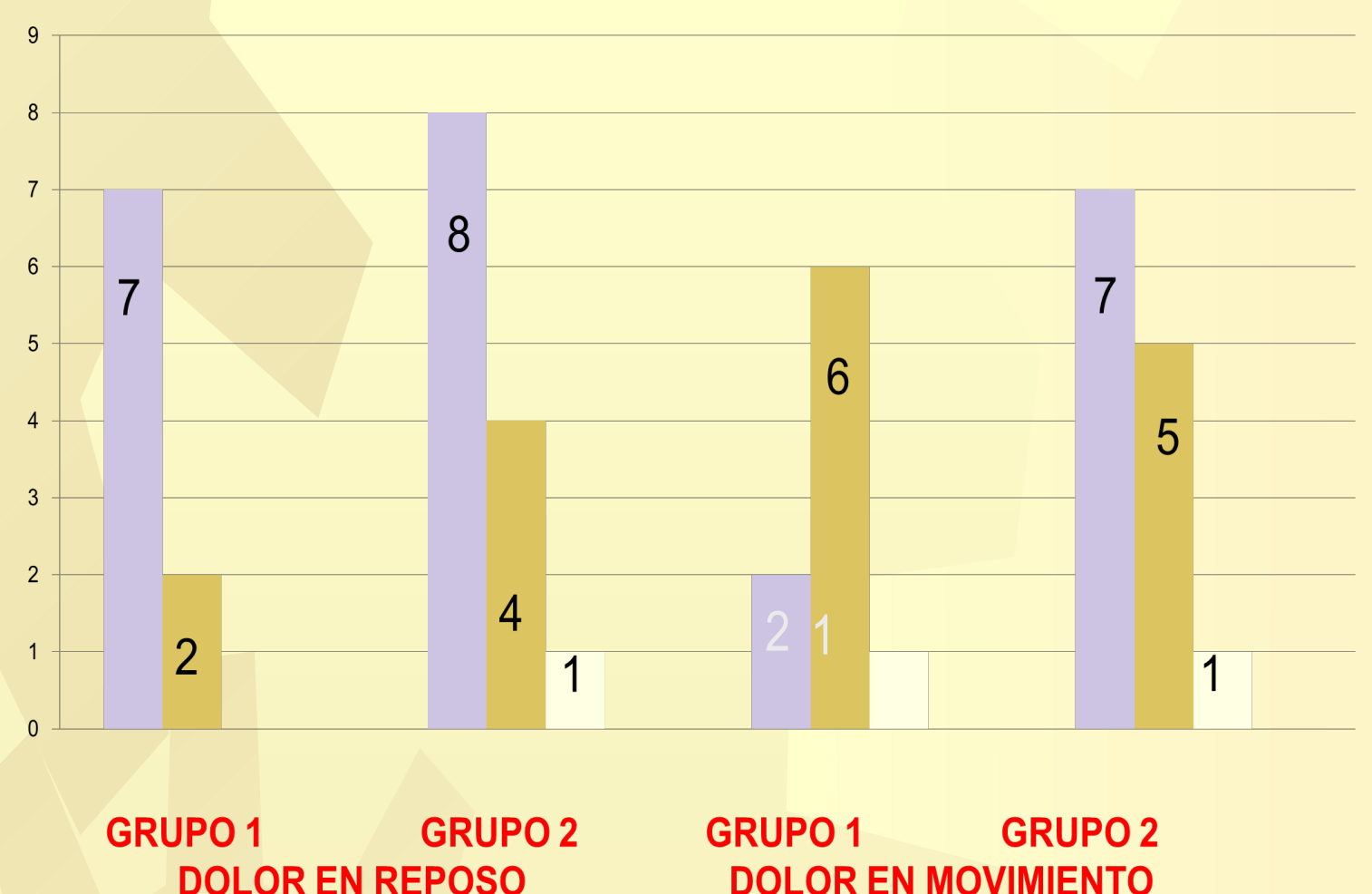
GRUPO 1. PCA CATETER INTERPECTORAL ROPIVACAINA 2%

- Efectos adversos : 1 paciente presentó parestesia leve del MS de la axila intervenida.
- Ninguna paciente ha presentado NVPO, pérdida del catéter , complicación de la técnica o alteración del punto de punción.

GRUPO 2. PCA IV . METAMIZOL + TRAMADOL + ONDASETRON

- Efectos Adversos : 2 pacientes presentaron NVPO provocando en 1 caso el abandono del tratamiento.
- 1 paciente presentó ardor venoso.

- ✦ NO DOLOR
- ✦ DOLOR LEVE
- ✦ DOLOR MODERADO
- ✦ DOLOR INTENSO



CONCLUSIONES :

Efectos Adversos: A pesar de el alto potencial emético tanto de la cirugía como de los analgésicos utilizados en pauta IV , en NVPO no ha habido diferencias significativas (quizás por tamaño de la muestra) , aunque si la provocado uno de los dos casos registrados la retirada del tratamiento analgésico .

Control del dolor : Similar en ambas pautas analgésicas , la mayoría de las paciente no refirieron dolor en reposo, aunque en movimiento la pacientes con analgesia por catéter interpectoral refieren en mayor porcentaje un dolor leve – moderado al movimiento.

Se puede concluir que ambos grupos ha habido un buen control del dolor postoperatorio , efectos secundarios escasos y no importantes
A destacar que para la colocación del catéter interpectoral se precisa personal (Anestesiólogo) entrenado en la realización de la técnica frente a la facilidad relativa de la colocación de una vía venosa periférica.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.1. Antoni MH, Lutgendorf SK, Cole SW, Dhadhar FS, Sephton SE, McDonald PG, et al. The influence of bio-behavioural factors on tumour biology: pathways and mechanisms. Nat Rev Cancer. 2006;6:240-8.
- 1.2. Base de datos de la UDAP. UGQBQ. H.U. De Valme. Sevilla

