

**DOI:** 10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.755-765

**URL:** <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2019>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 755-765









## Bloqueos regionales en el tratamiento del dolor postoperatorio

Regional blocks in the treatment of postoperative pain

Bloqueios regionais no tratamento da dor pós-operatória

**Silvio Eleuterio Ortiz Dueñas<sup>1</sup>; Anita Mishelly Cueva Figueroa<sup>2</sup>; Cinthya Lilibeth Padilla Naranjo<sup>3</sup>; William Josue Medina Montoya<sup>4</sup>; Norma Stephanie Briones Nieto<sup>5</sup>; Jonathan Efrén Zambrano Basurto<sup>6</sup>**

**RECIBIDO:** 28/04/2023 **ACEPTADO:** 15/05/2023 **PUBLICADO:** 27/06/2023

1. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia; Docente en Genética Clínica en la Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; seod801@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-8080-2748>
2. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; adriana-toapanta@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0007-4332-6341>
3. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; lilibeth.padilla20@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-0698-6969>
4. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; will\_medina\_14@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-5731-0390>
5. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; n.s.b.93@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-4917-3853>
6. Médico Cirujano; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; jonathan199420@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0004-4450-8006>

### CORRESPONDENCIA

Silvio Eleuterio Ortiz Dueñas  
seod801@hotmail.com

**Guayaquil, Ecuador**

## RESUMEN

El dolor agudo postquirúrgico constituye uno de los principales problemas en el período postoperatorio, por su asociación con futuras complicaciones y la posibilidad de largas estancias hospitalarias, por tanto, es una prioridad su manejo efectivo. La presente investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo bibliográfica documental. Ya que es un proceso sistematizado de recolección, selección, evaluación y análisis de la información, que se ha obtenido mediante medios electrónicos en diferentes repositorios y buscadores tales como Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre otros, empleando para ellos los diferentes operadores booleanos y que servirán de fuente documental, para el tema antes planteado. La evidencia analizada es determinante al afirmar las grandes ventajas y bondades de los bloqueos regionales en el manejo del dolor postoperatorio, con la utilización de la analgesia multimodal, sin embargo, en muchos casos esto sigue siendo un desafío para los anestesiólogos, el poder bloquear el paso de la señal de dolor en todas sus fases es primordial.

**Palabras clave:** Dolor, Tratamiento, Bloqueos, Postoperatorio, Analgesia.

## ABSTRACT

Acute post-surgical pain is one of the main problems in the postoperative period, due to its association with future complications and the possibility of long hospital stays, therefore its effective management is a priority. This research is framed within a documentary bibliographic type methodology. Since it is a systematized process of collection, selection, evaluation and analysis of information, which has been obtained through electronic means in different repositories and search engines such as Google Scholar, Science Direct, Pubmed, among others, using the different Boolean operators for them. and that will serve as a documentary source, for the topic raised above. The evidence analyzed is decisive in affirming the great advantages and benefits of regional blocks in the management of postoperative pain, with the use of multimodal analgesia, however, in many cases this continues to be a challenge for anesthesiologists, being able to block The passage of the pain signal in all its phases is essential.

**Keywords:** Pain, Treatment, Blocks, Postoperative, Analgesia.

## RESUMO

A dor aguda pós-cirúrgica é um dos principais problemas no pós-operatório, devido à sua associação com complicações futuras e à possibilidade de longos internamentos hospitalares, pelo que a sua gestão eficaz é uma prioridade. Esta investigação enquadra-se numa metodologia do tipo bibliográfica documental. Uma vez que se trata de um processo sistematizado de recolha, seleção, avaliação e análise de informação, que foi obtida através de meios electrónicos em diferentes repositórios e motores de busca como o Google Scholar, Science Direct, Pubmed, entre outros, utilizando os diferentes operadores booleanos para os mesmos. e que servirá de fonte documental, para a temática acima levantada. A evidência analisada é decisiva na afirmação das grandes vantagens e benefícios dos bloqueios regionais no manejo da dor pós-operatória, com o uso da analgesia multimodal, porém, em muitos casos isso continua sendo um desafio para os anestesiologistas, sendo fundamental conseguir bloquear a passagem do sinal da dor em todas as suas fases.

**Palavras-chave:** Dor, Tratamento, Bloqueios, Pós-operatório, Analgesia.

## Introducción

El dolor agudo postquirúrgico constituye uno de los principales problemas en el período postoperatorio, por su asociación con futuras complicaciones y la posibilidad de largas estancias hospitalarias, por tanto, es una prioridad su manejo efectivo. A nivel mundial se realizan cada año millones de procedimientos electivos que presentan dolor, y de estos pacientes aproximadamente entre el 40% y el 60% refiere dolor severo en el postquirúrgico mal controlado (Guevara León, 2022).

El tratamiento del dolor ha sido una acción sanitaria usualmente echada a menos en el contexto asistencial; no obstante, dicha percepción se ha transformado actualmente, donde los pacientes solicitan cada vez con más empeño, que les reduzcan el dolor para conservar la calidad de vida. El dolor agudo postoperatorio surge como resultado de la lesión quirúrgica y resulta uno de los primordiales constituyentes que retrasan la recuperación funcional del enfermo y el alta hospitalaria. El manejo del dolor junto con la reducción del estrés preoperatorio y la pronta rehabilitación, reducen a su vez la morbimortalidad postoperatoria y establecen la base del manejo presente del paciente quirúrgico. Actualmente existe la posibilidad de novedosas formas de administración que han facilitado la ampliación de los analgésicos, donde la vía epidural se conforma como una de las más significativas (Guamba Leiva et al., 2019).

El dolor suele ser multifactorial, provocado por la incisión quirúrgica, lesión de las costillas, sondas de tórax o resección de algún segmento pulmonar; esto evidencia la importancia de conocer la fisiopatología del dolor agudo y crónico, los factores de riesgo de dolor posoperatorio, y las diferentes opciones terapéuticas dentro de la analgesia multimodal donde los bloqueos regionales toman un rol fundamental (Vargas Villalobos, 2022).

La principal complicación a largo plazo asociada al manejo inadecuado del dolor postquirúrgico, es el desarrollo de dolor crónico,

entre un 10% y 15% de los pacientes desarrollan dolor independientemente de la cirugía realizada y entre un 10% a 50% sucede a raíz de una intervención quirúrgica como: laparoscópica abdominal, cirugía torácica, mastectomía, cirugía ortopédica mayor, amputación de miembros y bypass coronario. Del 2% a 10% de los pacientes persistió con dolor de intensidad severa en el posoperatorio, por ello, es necesario durante el perioperatorio aplicar las técnicas analgésicas adecuadas (Maldonado Quinatoa, 2021).

El dolor después de la cirugía causa molestias, falta de sueño, náuseas, vómitos y retraso en el alta. El dolor agudo puede retrasar la reincorporación del paciente a sus actividades cotidianas, aumentar el consumo de recursos sanitarios y también puede conducir al desarrollo de dolor crónico si no se trata. La cirugía mayor ambulatoria (CMA) requiere un régimen analgésico perioperatorio multimodal que proporcione un alivio efectivo del dolor, tenga efectos secundarios mínimos, sea intrínsecamente seguro y el paciente y sus familiares puedan manejarlo fuera del hospital. La evidencia actual sugiere que estas mejoras en el resultado del paciente, relacionadas con el control del dolor, se pueden lograr mejor mediante el uso de una combinación de técnicas analgésicas preventivas, que incluyan analgésicos de acción central y periférica (Reina & García, 2021).

Las técnicas de anestesia regional tienen la capacidad de controlar el dolor de manera efectiva tanto en reposo como en movimiento, reducen los espasmos musculares, permiten una movilización e incorporación más tempranas a fisioterapia, menor estancia intrahospitalaria y mayor satisfacción del paciente. Por lo tanto, estas técnicas regionales tienen el potencial de mejorar tanto la recuperación y rehabilitación del paciente como el resultado después de cirugías abiertas y artroscópicas (Galván Talamantes et al., 2020).

## Metodología

La presente investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo bibliográfica documental. Ya que es un proceso sistematizado de recolección, selección, evaluación y análisis de la información, que se ha obtenido mediante medios electrónicos en diferentes repositorios y buscadores tales como Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre otros, empleando para ellos los diferentes operadores booleanos y que servirán de fuente documental, para el tema antes planteado.

## Resultados

**Clasificación de dolor:** Según su etiología el dolor nociceptivo es conceptualizado como el mecanismo

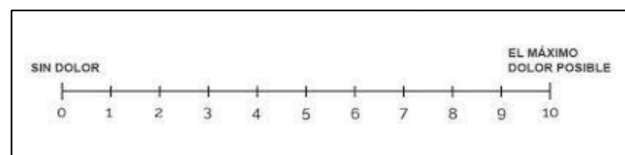
**Fisiología del dolor:** La Nocicepción involucra cuatro procesos fisiológicos:

- **La transducción:** Proceso por el que los estímulos nocivos son convertidos en un potencial de acción a nivel de los receptores.
- **La transmisión:** Proceso por el que el potencial de acción se propaga de manera centrípeta y ascendente a través de las vías del sistema nervioso periférico (SNP) y el sistema nervioso central (SNC)
- **La modulación o antinocicepción:** Proceso por el que la transmisión es atenuada en distintos niveles.
- **La percepción:** Es el proceso final por el que la transducción, la transmisión y la modulación interactúan con la psicología del paciente para crear la experiencia emocional y, como tal, subjetiva que se percibe como dolor” (Larrea Ascue, 2021).

## Escala de medición del dolor

Existen muchas escalas para la evaluación del dolor en pacientes adultos, una de las más sencillas, es la utilización de la escala numérica análoga (ENA) que se representa con una línea de 10 cm, en el extremo izquier-

do el 0 representa “no dolor” y en el extremo opuesto el 10 “dolor muy intenso”. La distancia en centímetros desde el punto de “no dolor” hasta la que elige el paciente, representa la intensidad del dolor (Huerta Rivas, 2022).



**Figura 1.** Escala numérica análoga

**Fuente.** Adaptado de Eficacia en la disminución de dolor postoperatorio del bloqueo del plano del músculo erector espinal guiado por ultrasonido versus buprenorfina intravenosa, en pacientes sometidos a toracotomía, por Huerta Rivas, 2022, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

## Factores que influyen en el dolor postoperatorio

- Localización, naturaleza y duración de la cirugía.
- Tipo y magnitud de la incisión y otros traumatismos quirúrgicos
- Contexto fisiológico y psicológico del paciente
- Preparación preoperatoria, psicológica, fisiológica y farmacológica del paciente.
- Presencia de complicaciones relacionadas con la cirugía
- Tratamiento anestésico antes, durante y después de la cirugía
- Calidez de la atención postoperatoria (Larrea Ascue, 2021).

## Ventajas y desventajas de la analgesia regional

Como mencionan Melman-Szteyn y Zaragoza-Lemus (2018) la analgesia regional viene a ser una alternativa efectiva a los opioides sistémicos, ya que brinda un mejor efecto

analgésico con escasos efectos secundarios. Adicional a esto, se puede utilizar como una alternativa excelente cuando la anestesia inhalatoria está contraindicada o el paciente presenta una vía aérea difícil o este presenta un mayor riesgo de aspiración, aumentando así la morbilidad y/o mortalidad. Tal es el caso de enfermedades neuromusculares y metabólicas que tienen un alto riesgo de hipertermia maligna, y otras enfermedades congénitas como las cardiopatías o la broncodisplasia pulmonar (Ledesma Diaz, 2019).

**Tabla 1.** Ventajas y desventajas

Ventajas	Desventajas
Analgésia intra- y postoperatoria	Exige destreza
Relajación muscular	Conocimiento de anatomía
Supresión de reflejos autónomos	Tiempo
Modificación de respuesta al estrés	Para explicar el procedimiento
Menor impacto económico	Para realizar el procedimiento
	Para alcanzar el efecto analgésico

**Fuente.** Adaptado de Dolor post operatorio en pacientes con analgesia regional perioperatoria del Instituto Nacional de Salud del Niño Breña 2019–2021, por Ledesma Diaz, 2019, Universidad Ricardo Palma.

- La disminución del uso total de opioides que consigue la AR, tiene un efecto positivo no solo en la disminución de complicaciones, sino que además consigue un beneficio desde el punto de salud pública: En EE.UU existe una crisis de consumo y abuso de los opiáceos, la cual se ha generado en parte por la indicación excesiva de opiáceos en el postoperatorio lo que favorece el consumo recreativo. El 2017 en ese país hubo más de 17000 muertes por sobredosis de opiáceos relacionadas con la prescripción de estos medicamentos para manejo del dolor.

- Otra ventaja de la AR es que ha permitido que pacientes ASA 3 puedan ser sometidos a CMA, cuando la cirugía se realiza exclusivamente bajo esta técnica, porque presenta un menor riesgo de complicaciones, mayor estabilidad hemodinámica, y finalmente permite la ambulatorización en estos pacientes, lo cual de otra manera no sería posible.
- La evidencia ha demostrado que la AR en CMA consigue una alta satisfacción de los pacientes (97%) dado que se logra un adecuado manejo del dolor, sin efectos secundarios de los analgésicos opioides. Mientras más efectivos y de efecto prolongado sean los bloqueos, los pacientes presentan una mayor satisfacción usuaria en comparación con las cirugías realizadas solo con anestesia general o bloqueos fallidos o de corta duración.
- En CMA, la AR ha logrado disminuir los costos, las readmisiones, la carga asistencial de enfermería en la recuperación y/o en la unidad de hospitalización transitoria e incluso puede lograr hacer bypass de la unidad de recuperación, trasladándolos directamente a la unidad transitoria de hospitalización o pre alta, que en este periodo de pandemia es altamente deseable para disminuir la cercanía y acumulación de pacientes en áreas comunes como la recuperación (González & Recart F, 2020).

**Utilidad de los bloqueos regionales**

- Conocer la anatomía y las referencias anatómicas.
- Establecer una vía endovenosa previa al bloqueo.
- Medicación preoperatoria (sin atropina) en niños mayores de seis meses de edad.
- Monitorización adecuada.
- Mantenimiento de la temperatura corporal.



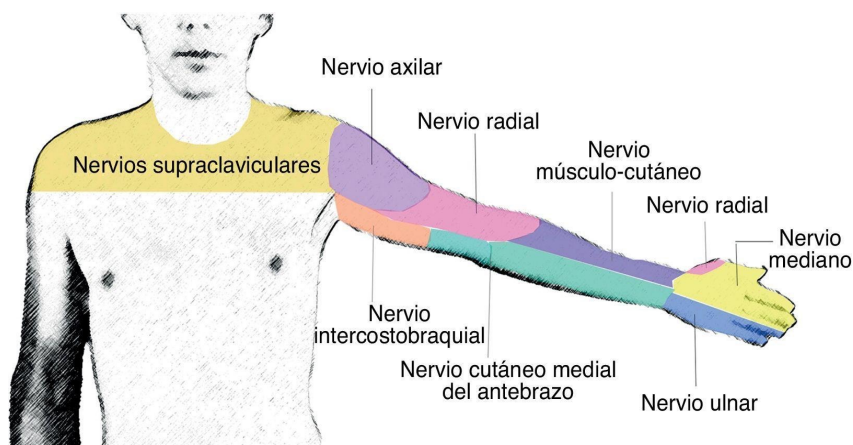


- Equipo anestésico para resolver cualquier emergencia que se presente y específico para analgesia regional pediátrica como agujas hipodérmicas cortas y sobre todo de bisel corto, Tuohy para caudal y/o lumbar-torácico, así como catéteres radiopacos.
- Técnica estéril estricta.
- Tunelizar el catéter cuando se elige la técnica continua (Ledesma Diaz, 2019).

**Tabla 2.** Tipo de bloqueo locorregional en función del tipo de cirugía realizada para el control del dolor postoperatorio

Tipo de cirugía	Bloqueo Nervioso Regional
Cirugía de Hombro	Bloqueo inter-escalénico supraclavicular Bloqueo nervio supraescapular y axilar Bloqueo nervio supraescapular e infraclavicular
Ligamentoplastia de rodilla	Bloqueo femoral Bloqueo safeno subsartorial
Rizartrosis de mano	Bloqueo plexo braquial
Cirugía hallux valgus	Bloqueo ciático-poplíteo con o sin bloqueo nervio safeno Bloqueo de ramas terminales a nivel del tobillo
Hernioplastia inguinal	Bloqueo ilioinguinal e ilio hipogástrico
Cirugía anal	Bloqueo nervio pudendo
Cirugía torácica	Bloqueo paravertebral Bloqueo interfascial torácico Bloqueo intercostal

**Fuente.** Adaptado Analgesia postoperatoria: Manejo de las náuseas y vómitos postoperatorios, por Guamba Leiva et al., 2019, Cirugía Andaluza.



**Figura 2.** Bloqueo axilar del plexo braquial en relación a los dermatomas de la parte anterior de miembro superior

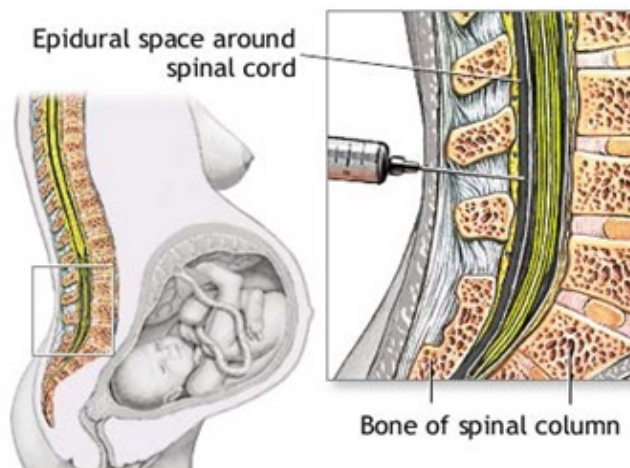
**Fuente.** Adaptado de Bloqueo axilar guiado por ultrasonido y neuroestimulador, por Lopera-Velásquez & Restrepo-Garcés, 2016, Revista Colombiana de Anestesiología.

El bloqueo axilar es utilizado en cirugía de la mano, la muñeca y el antebrazo. Su uso en cirugía de codo no es tan efectivo como otros bloqueos del plexo braquial. El paciente se ubica en decúbito supino, con el brazo en abducción 90 grados y flexión del antebrazo y se debe realizar asepsia hasta la parte distal del brazo. El paquete vasculo nervioso se ubica de 1 a 2 cm debajo de la piel. Se infiltra la piel con el anestésico local y luego, con una aguja neuroestimuladora de 50 mm y 22G con un abordaje en plano, se realiza la localización de los nervios con el neuroestimulador. Se recomienda utilizar una corriente de 0,5-1,0 mA para disminuir el riesgo de disfunción o lesión nerviosa. Estimulación con corrientes de 0,3-0,5 mA aumentan el éxito del bloqueo y aceleran el tiempo de inicio, pero aumentan el riesgo de lesión neurológica. Cuando se obtiene estimulación muscular con corriente de 0,2mA o menor, debe sospecharse que la inyección será probablemente intraneural. Una vez se obtiene la contracción muscular correspondiente, se aspira la jeringa para descartar inyección intravascular y se procede a inyectar el anestésico local.

### Aplicación de Técnicas de Bloqueo regional o neuroaxial

Con respecto a cirugía ginecobstetricia especialmente cesárea los autores Ramos et al. 13 compararon el uso de opioides entre 100 ug y 200 ug administrados de manera intratecal, donde se determinó que las dosis de 200 ug de morfina proporciona menor dolor posoperatorio y prolongan analgesia hasta 24 horas en contraposición a 100 ug. Sin embargo, la náusea posoperatoria, el riesgo de presentarla es significativamente mayor, al igual que el riesgo de presentar prurito en comparación con 100ug de morfina, no hubo diferencias significativas en desenlaces fatales neonatales establecidos por el opioide (Maldonado Quinatoa, 2021).

El metaanálisis de Abdalla et al en artroplastia de rodilla con 379 personas demostró que el bloqueo de nervio ciático simple redujo el dolor en reposo y durante el movimiento hasta 8 horas después de la operación, mientras que, el bloqueo de nervio ciático continuo redujo el dolor en reposo hasta 36 h y dolor con el movimiento hacia arriba a 48 h. Este bloqueo como ventaja adicional redujo la incidencia de náuseas y vómitos posoperatorios en un 91% (Maldonado Quinatoa, 2021).



**Figura 3.** Anestesia epidural

**Fuente.** Adaptado de Anestesia Epidural durante el parto y complicaciones en el recién nacido: ¿es oro todo lo que reluce?, por Martínez Hurtado, 2015, [anestesar.org \(https://anestesar.org/2015/anestesia-epidural-durante-el-parto-y-complicaciones-en-el-recien-nacido-es-oro-todo-lo-que-reluce/\)](https://anestesar.org/2015/anestesia-epidural-durante-el-parto-y-complicaciones-en-el-recien-nacido-es-oro-todo-lo-que-reluce/)

## Abordaje multimodal en el dolor agudo postoperatorio

En el año 2016 la American Pain Society (APS) y la American Society of Anesthesiologists (ASA) presentaron sus recomendaciones para el control del dolor agudo postoperatorio, muchas de ellas en relación directa con la analgesia multimodal. La estrategia multimodal requiere la asociación

de fármacos y diferentes vías de aplicación de los mismos. Entre las combinaciones de fármacos que han demostrado ser eficaces y que se aplican hoy en día en la práctica clínica habitual están:

- **Paracetamol- AINES:** Opioides+ AINES y /o paracetamol Anestésicos locales+ AINES y/o paracetamol.

**Tabla 3.** Recomendaciones de la American Pain Society (APS) y la American Society of Anesthesiologists (ASA) sobre la analgesia multimodal para el control del dolor agudo postoperatorio

<b>Recomendaciones de APS y ASA en el manejo del dolor agudo postoperatorio.</b>	
<b>Recomendaciones en cuanto a la analgesia multimodal</b>	
<b>Recomendación 6</b>	Se recomienda la analgesia multimodal preferiblemente el clínico debe conocer los efectos adversos de las diferentes técnicas y analgésicos empleados.
<b>Recomendación 10</b>	Se debe seleccionar la vía oral para la administración de opioides siempre que sea posible. No se recomiendan opioides de larga duración. No se recomienda opioides en el preoperatorio.
<b>Recomendación 11</b>	Evitar la vía intramuscular por ser más dolorosa y errática que otras alternativas igualmente eficaces
<b>Recomendación 12</b>	Se recomienda el empleo de analgesia controlada por el paciente cuando se requiere la vía parenteral.
<b>Recomendación 13</b>	No se recomienda la analgesia controlada por el paciente con opioides en casos que no han tenido contacto previo con opioides
<b>Recomendación 14</b>	Los pacientes en tratamiento analgésico con opioides deben ser seguidos periódicamente para detectar complicaciones asociadas y efectos secundario
<b>Recomendación 15</b>	La administración de paracetamol y AINES deben formar parte del tratamiento analgésico multimodal en el Dolor agudo postoperatorio asociados o no a opioides.
<b>Recomendación 16</b>	Se recomienda una dosis prequirúrgica de celecoxib vía oral en paciente que se van a someter a cirugía mayor sin contraindicaciones.
<b>Recomendación 17</b>	El empleo de gabapentina y pregabalina se asocian con una mejora del control del dolor.
<b>Recomendación 18</b>	Se recomienda administración de ketamina intravenosa en el marco de la analgesia multimodal.



<b>Recomendación 19</b>	En la cirugía abdominal se recomienda la infusión de lidocaína intravenosa como parte de la analgesia multimodal
<b>Recomendación 20</b>	El empleo de anestésicos locales en la herida quirúrgica o a nivel intraarticular debe ser considerado como parte de la analgesia multimodal.

**Fuente.** Adaptado Analgesia postoperatoria: Manejo de las náuseas y vómitos postoperatorios, por Guamba Leiva et al., 2019, Cirugía Andaluza.

**Estadísticas de manejo del dolor actual Latinoamérica**

País	Año	Investigadores	Prevalencia del dolor postoperatorio
Brasil	2012	Ribeiro SBF, et al <sup>(12)</sup>	48%
	2009	Couceiro TC, et al <sup>(16)</sup>	46% (moderado/severo: 70.6% de ellos)
	2020	Da Silva RFF, et al <sup>(19)</sup>	42% (moderado/severo)
	2014	De Mello LC, et al <sup>(20)</sup>	29% (leve/moderado en reposo) 79-85% (moderado/severo en actividades)
Colombia	2016	Machado-Alba JE, et al <sup>(21)</sup>	59.1%
	2013	Machado-Alba JE, et al <sup>(22)</sup>	38.8% (49.2% en ortopedia)
	2007	Cadavid-Puentes AM, et al <sup>(11)</sup>	Moderado: 31.3%; severo: 22.3%
Chile	2013	Machado-Alba JE, et al <sup>(23)</sup>	Moderado: 20.8%; severo o muy severo: 30.6%
	2013	Rico MA, et al <sup>(24)</sup>	93% (moderado/severo: 59%)
México	2012	García-Miranda GM, et al <sup>(25)</sup>	Moderado/severo: 85.2 y 79.5% (24 y 72 horas)
	2016	Garduño-López AL, et al <sup>(26)</sup>	Moderado/severo: 63.9% (6-24 horas)
	2012	Calderón-Estrada M, et al <sup>(27)</sup>	94.7% (24-36 horas)
	2016	Gómez Morales, et al <sup>(28)</sup>	67.7% refirieron haber presentado dolor y 31.6% de carácter severo, 24 horas
Cuba	2018	García-Ramírez, et al <sup>(29)</sup>	66.3% (dolor moderado, severo o muy severo, 24 horas)
	2019	Hernández JM, et al <sup>(30)</sup>	61.7% (dolor moderado) y 15.2% (dolor severo), 24 horas
	2012	Velázquez González, et al <sup>(31)</sup>	59.2% (dolor moderado)
Costa Rica	1998	Sáenz-Campos D, et al <sup>(32)</sup>	38.5% con dolor moderado y 18.6% severo o muy severo, 24 horas
Uruguay	2006	Saralegui J, et al <sup>(33)</sup>	33% de dolor moderado/severo, pero 24 horas después ese porcentaje había bajado a 14%
	2011	Ayala S, et al <sup>(34)</sup>	27.5% (dolor moderado/severo)

**Figura 4.** Estudios realizados en Latinoamérica sobre el problema del dolor postoperatorio en centros de salud de la región

**Fuente.** Adaptado de Control inadecuado del dolor agudo postoperatorio: prevalencia, prevención y consecuencias. Revisión de la situación en Latinoamérica, por Guillén-Núñez et al., 2021, Revista Mexicana de Anestesiología.

Las causas de la prevalencia del dolor postoperatorio presentados en la tabla 4, pese a que se han adecuado a las guías internacionales como el “Achieving Improved Measurement” del Canadian Council on Health Services Accreditation, en cuanto a la creación de unidades especializadas de control del dolor en los centros de salud, instalaciones adecuadas con equipos y personal capacitado, recursos clínicos, dispositivos novedosos de control de dolor, entre otros. Están asociadas a la inconsistente o poca formación tanto del anestesiólogo como del

cirujano, enfermeros, fallas en la aplicación de las metodologías de control del dolor, lo que evidencia la importancia de contar tanto con unidades especializadas de control del dolor, como del adecuado entrenamiento del personal de salud.

**Conclusión**

La evidencia analizada es determinante al afirmar las grandes ventajas y bondades de los bloqueos regionales en el manejo del dolor post operatorio, con la utilización de la analgesia multimodal, sin embargo, en



muchos casos esto sigue siendo un desafío para los anestesiólogos, el poder bloquear el paso de la señal de dolor en todas sus fases es primordial. Los bloqueos regionales también tienen otras ventajas, ya que para todo procedimiento quirúrgico que se vaya a realizar existe la zona donde se puede acceder al bloqueo del nervio, el manejo adecuado del dolor representa la satisfacción del paciente, reducción de costos, menor estancia hospitalaria, mejores condiciones de rehabilitación y como ya se ha mencionado, menores complicaciones.

## Bibliografía

- Galván Talamantes, Y., Álvarez Reséndiz, G. E., Cisneros García, J., López Hernández, M. N., Fernández Soto, J. R., & Fajardo Pérez, M. (2020). Manejo analgésico postoperatorio con bloqueos regionales guiados por ultrasonografía en cirugía de hombro. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC*, 65(2), 114–121. <https://doi.org/10.35366/94364>
- González, A., & Recart F, A. (2020). La Cirugía Mayor Ambulatoria: Rol de la Anestesia Regional. En *Curso de anestesia regional para cirugía ambulatoria*. Sociedad de Anestesiología de Chile. <https://doi.org/10.25237/carsach2020.03>
- Guamba Leiva, J. M. M. A., Herrera García, R. J., Gallardo Aluisa, S. G., Morales Cajas, E. L., & Pazmiño Jara, J. D. (2019). Manejo del dolor en el postoperatorio de cirugías articulares. *Nuevos enfoques*. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(1). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2555861>
- Guevara León, W. X. (2022). Bloqueos de nervio periférico como una alternativa en el manejo del dolor postoperatorio en cirugías de miembro superior. Artículo de revisión. Universidad Central de Ecuador.
- Guillén-Núñez, R., Herrero-Martín, D., Salomón-Molina, P. A., Narazaki, D. K., Hernández-Porras, B. C., Barsella, A. R., Arias-Amézquita, F., & Abella-Palacios, P. (2021). Control inadecuado del dolor agudo postoperatorio: prevalencia, prevención y consecuencias. Revisión de la situación en Latinoamérica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 44(3), 190–199. <https://doi.org/10.35366/99666>
- Huerta Rivas, S. V. (2022). Eficacia en la disminución de dolor postoperatorio del bloqueo del plano del músculo erector espinal guiado por ultrasonido versus buprenorfina intravenosa, en pacientes sometidos a toracotomía. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- Larrea Ascue, J. A. (2021). Evaluación del dolor postoperatorio en pacientes intervenidos por fractura de cadera, con anestesia raquídea más morfina como adyuvante y anestesia raquídea más bloqueo del grupo de nervios pericapsulares (PENG) en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega-Abá. Universidad Católica de Santa María.
- Ledesma Diaz, I. F. (2019). Dolor post operatorio en pacientes con analgesia regional perioperatoria del Instituto Nacional de Salud del Niño Breña 2019–2021. Universidad Ricardo Palma.
- Lopera-Velásquez, L. M., & Restrepo-Garcés, C. (2016). Bloqueo axilar guiado por ultrasonido y neuroestimulador. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 44(1), 30–35. <https://doi.org/https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-anestesiologia-341-articulo-bloqueo-axilar-guiado-por-ultrasonido-S0120334715001100>
- Maldonado Quinatoa, G. B. (2021). Analgesia multimodal una alternativa en el manejo del dolor postoperatorio. Universidad Central del Ecuador.
- Martínez Hurtado, E. (2015). Anestesia Epidural durante el parto y complicaciones en el recién nacido: ¿es oro todo lo que reluce? 10-08-2015. <https://anestesiario.org/2015/anestesia-epidural-durante-el-parto-y-complicaciones-en-el-recien-nacido-es-oro-todo-lo-que-reluce/>
- Reina, F. N., & García, J. L. O. (2021). Tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía mayor ambulatoria. XXX Congreso de la Asociación andaluza del Dolor y Asistencia Continuada.
- Vargas Villalobos, A. (2022). Bloqueos Regionales para Analgesia en Cirugía de Tórax. Universidad de Costa Rica.



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

**CITAR ESTE ARTICULO:**

Ortiz Dueñas, S. E., Toapanta González, A. S., Padilla Naranjo, C. L., Medina Montoya, W. J., Briones Nieto, N. S., & Zambrano Basurto, J. E. (2023). Bloqueos regionales en el tratamiento del dolor postoperatorio. *RECIMUNDO*, 7(1), 755-765. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(1\).enero.2023.755-765](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.755-765)