

## CARTA AL DIRECTOR

### Guía de actuación ante una lesión periférica tras un bloqueo nervioso en CMA

*Palabras clave:* Complicaciones neurológicas. Lesiones nerviosas- Bloqueos nerviosos.

*Key words:* Neurological complications. Nerve lesions. Nerve blocks.

*Sr. Director:*

En los últimos años se ha producido un importante aumento en la realización de bloqueos nerviosos periféricos (BNP) en CMA. La posibilidad de producir una lesión nerviosa (LNP) cuando se realizan estas técnicas, aunque baja, siempre debe ser tenida en cuenta. El objetivo de nuestra guía es comunicar nuestra actuación ante la aparición de una LNP tras un BNP.

Tras la realización de los BNP en nuestra unidad realizamos:

1. Control postoperatorio telefónico en las primeras 24 horas.
2. Ante la sospecha de LNP realizamos una documentación del BNP (revisión de la hoja de anestesia, antecedentes y recopilación de síntomas), exploración nerviosa (en colaboración con Neurología) y vascular.

3. Confirmamos la LNP mediante la solicitud de exploraciones complementarias: electromiografía (EMG) y estudios de conducción nerviosa, y estudios de imagen si procede (RNM y ultrasonidos).

4. Finalmente, diseñamos la estrategia a seguir ante una LNP.

Creemos interesante la implantación de esta guía, con la fi-

nalidad de diagnosticar precozmente posibles complicaciones relacionadas con estas técnicas anestésicas locorreregionales y poner en marcha medidas terapéuticas encaminadas a su resolución (Fig. 1).

F. Aguilera Roldán, A. Merina Cárdenas, V. Rubio Cuadrado,  
R. Calvo Peralta y J. Ruiz Giménez

*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba*

### Bibliografía recomendada

1. Doménech Asensi, P. Anatomía de plexo: inervación de miembro superior e inferior. Puesta al día en anestesia regional y tratamiento del dolor 2006; IX.
2. Gallardo J. Complicaciones neurológicas en el bloqueo poplíteo en posición de litotomía. Revista Chilena de Anestesia 2005; 34 (3).
3. Martínez Navas A. Complicaciones de los bloqueos nerviosos periféricos. Rev Esp Anesth Reanim 2006; 53: 237-48.
4. Mulroy MF. Anestesia regional: guía ilustrada de procedimientos. 3ª ed. Ed. McGraw-Hill; 2004.
5. New York School of Regional Anesthesia. NYSORA. Available at: [www.nysora.com](http://www.nysora.com).
6. Sala Blanch X. Hoja de anestesia regional. ¿Qué debe recoger? Puesta al día en anestesia regional y tratamiento del dolor 2006; IX.
7. Sociedad Francesa de Anestesiología y Reanimación. Recomendaciones para la práctica clínica de los bloqueos periféricos de las extremidades en el adulto. En: Aliaga L, editor. Anestesia Regional hoy. 3ª ed. 2006.
8. Tornero JC. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la lesión nerviosa en anestesia regional ambulatoria. ¿Cómo reducir los riesgos? Puesta al día en anestesia regional y tratamiento del dolor 2006; IX.
9. Tornero JC. ¿Qué hacer ante una complicación neurológica tras bloqueo periférico? Monografía en internet 2006.
10. Wikinski JA, Bollini C. Complicaciones neurológicas de la anestesia regional periférica y central. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1999.

*Recibido:* mayo de 2008

*Aceptado:* abril de 2008

*Correspondencia:* F Aguilera Roldán. C/ Fray Diego de Cádiz, 7, 2º A. 14011 Córdoba. e-mail: [fargrande@gmail.com](mailto:fargrande@gmail.com)

<b>Guía de actuación ante una LNP tras un BNP</b>
<b>1. Control posbloqueo nervioso</b>
<p><b>1.1. Información previa al alta</b> Los pacientes intervenidos en CMA con BNP tendrán que ser informados adecuadamente de que, ante cualquier persistencia del bloqueo más allá del tiempo previsto, se pongan en contacto con el centro donde han sido intervenidos.</p> <p><b>1.2. Control telefónico postoperatorio a las 24 horas</b></p>
<b>2. Sospecha de LNP</b>
<p><b>2.1. Documentar el bloqueo</b></p> <p>→ Revisar hoja de anestesia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Características del bloqueo:</b> tipo de bloqueo realizado, abordaje, aguja utilizada, parámetros de NE, anestésico utilizado, dosis, concentración, premedicación, etc.</li> <li>• <b>Incidencias:</b> parestesias, dificultad de localización nerviosa, punciones hemáticas, dolor a la inyección, etc.</li> </ul> <p>→ Antecedentes personales y situación previa a la intervención</p> <p><b>2.2. Recopilar síntomas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aparición.</b> Tras la reversión del bloqueo. En las primeras 24 h si dosis única</li> <li>• <b>Intensidad y duración.</b> En relación con la severidad de la lesión. Desde un leve e intermitente hormigueo o entumecimiento durante pocas semanas hasta parestesias dolorosas persistentes, dolor neuropático y/o déficit sensitivo/motor durante meses o años, llegando incluso a desarrollarse cuadros de distrofia simpático-refleja</li> <li>• <b>Factores que pueden confundir con la percepción de los síntomas.</b> Origen de la lesión. Presencia de dolor postoperatorio. Inmovilidad. Presencia de yesos y vendajes</li> </ul> <p><b>2.3. Exploración física</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen al sistema arterial y venoso del lugar de la cirugía y del bloqueo. Las lesiones de causa vascular (lesión de arterias, venas, la trombosis venosa profunda o la combinación de varias de ellas) pueden originar compromiso vascular nervioso Examinaremos: pulsos, presencia de edema, cambios en la coloración de la piel, hematomas, dolor a la palpación</li> <li>• <b>Examen nervioso</b> Motilidad, sensibilidad y reflejos Colaboración con Neurología</li> </ul>
<b>3. Confirmación de LNP</b>
<p><b>3.1. EMG y estudios de conducción nerviosa</b></p> <p>→ <b>En las primeras 72 horas.</b> Permite valorar neuropatía previa. → <b>A las 3 semanas.</b> Indica si hay lesión. → <b>A los 3 meses.</b> Valora alcance de la lesión y aporta elementos pronósticos.</p> <p>La EMG junto con los estudios de conducción nerviosa nos permiten: confirmar la lesión neurógena, precisar el nivel de la lesión, valorar el grado de severidad, precisar el carácter agudo o crónico de la lesión, precisar el carácter evolutivo o no de la lesión, dar elementos pronósticos en relación a exámenes previos (regeneración axonal,...). Estos estudios no dan un diagnóstico etiológico</p> <p><b>3.2. Estudios de imagen</b></p> <p>→ <b>Resonancia nuclear magnética</b> Permite visualizar estructuras nerviosas como imágenes tridimensionales, proporcionando información de alta calidad sobre compresiones nerviosas, traumas, inflamaciones, etc.</p> <p>→ <b>Ultrasonidos de alta frecuencia</b> Permite identificar cambios morfológicos en los nervios periféricos (rupturas nerviosas, procesos inflamatorios y/o compresivos)</p>
<b>4. Estrategia a seguir</b>
<p><b>4.1. Colaboración entre el equipo quirúrgico y los anestesiólogos</b></p> <p><b>4.2. Informar al paciente</b></p> <p><b>4.3. Lesiones menores</b></p> <p>→ Tratamiento sintomático → Suelen resolverse espontáneamente en el plazo de unas semanas → Control del enfermo en las semanas posteriores, para valorar evolución</p> <p><b>4.4. Lesiones severas</b></p> <p>→ Obligan a un seguimiento y puesta en común con diversos especialistas (traumatólogos, neurofisiólogos, neurólogos, neurocirujanos, rehabilitadores), para un manejo adecuado</p>

Fig. 1.