



DURACIÓN ANALGÉSICA Y LATENCIA DE LA DEXAMETASONA Y EL FENTANILO EN EL BLOQUEO SUPRACLAVICULAR ECOGUIADO

ANALGESIC DURATION AND LATENCY OF DEXAMETHASONE AND FENTANYL IN SUPRACLAVICULAR BLOCK

Soraya Arroyo Vargas* 

*Médico Anestesiólogo Hospital Obrero N°5, Potosí-Bolivia.

Correspondencia: sory267av@gmail.com, (591) 76170810.

Recibido: 02/04/2026

Aprobado: 12/05/2026

RESUMEN

Objetivo: Describir la duración analgésica y los tiempos de latencia observados con el uso de dexametasona y fentanilo en el bloqueo supraclavicular ecoguiado en el Hospital Obrero N°5. **Metodología:** Estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo. Se analizó una muestra de 55 pacientes (18-60 años) sometidos a cirugía de miembro superior, divididos en dos grupos: Grupo A (dexametasona 8mg) y Grupo B (fentanilo 100mcg). **Resultados:** En los casos observados, el grupo de dexametasona registró una duración analgésica de hasta 15 horas, mientras que el grupo de fentanilo registró un máximo de 10 horas. El 50.9% de los pacientes con dexametasona presentaron analgesia superior a 12 horas. La latencia observada fue de 10-15 min con dexametasona y de 15-20 min con fentanilo. **Conclusiones:** El uso de dexametasona se asoció con periodos más prolongados de analgesia postoperatoria y tiempos de latencia menores en la muestra estudiada.

ABSTRACT

Objective: To describe the duration of analgesia and onset times observed with the use of dexamethasone and fentanyl in ultrasound-guided supraclavicular block at Hospital Obrero N° 5. **Methodology:** Prospective, longitudinal, and descriptive study. A sample of 55 patients (18–60 years old) undergoing upper limb surgery was analyzed, divided into two groups: Group A (dexamethasone 8 mg) and Group B (fentanyl 100 mcg). **Results:** In the observed cases, the dexamethasone group showed an analgesic duration of up to 15 hours, while the fentanyl group reached a maximum of 10 hours. In the dexamethasone group, 50.9% of patients experienced analgesia lasting more than 12 hours. The observed onset time was 10–15 minutes with dexamethasone and 15–20 minutes with fentanyl. **Conclusions:** The use of dexamethasone was associated with longer postoperative analgesia periods and shorter onset times in the studied sample.

Palabras clave: Bloqueo Plexo Braquial; Supraclavicular; Dexametasona; Fentanilo; Analgesia.

Keywords: Brachial Plexus Block; Supraclavicular; Dexamethasone; Fentanyl; Analgesia.

Introducción

El dolor agudo postoperatorio afecta al 50% de los pacientes quirúrgicos, impactando negativamente en su recuperación y calidad de vida.

En cirugías de miembro superior, el bloqueo supraclavicular es una técnica de elección; sin embargo, la duración limitada de los anestésicos locales requiere el uso de

coadyuvantes para evitar el rebote algido.

A nivel local, existe una brecha de conocimiento sobre la descripción entre opioides como el fentanilo y corticosteroides como la dexametasona.

Esta investigación se justifica por la necesidad de optimizar protocolos que reduzcan la estancia hospitalaria y los costos de salud en el contexto del Hospital Obrero N°5.

Metodología

Diseño: Estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo.

Población y Muestra: 55 pacientes ASA I - II - III intervenidos de miembro superior. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Variables: Se describieron variables como el fármaco coadyuvante utilizado (variable independiente) y los tiempos de duración, latencia e intensidad del dolor (variables dependientes).

Procedimiento: Bajo guía ecográfica, se administró bupivacaína 50mg y lidocaína 140mg. El Grupo A utilizó 8mg de dexametasona y el Grupo B 100mcg de fentanilo.

Análisis de datos: Se empleó estadística descriptiva con análisis de frecuencias y porcentajes. Dado el diseño descriptivo, no se realizaron pruebas de significancia estadística.

Consideraciones éticas: Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previo a la explicación del procedimiento, respetando los principios de autonomía y confidencialidad.

Tabla 1. Descripción de la Duración Analgésica y Tiempos Clínicos por Grupo (n=55)

VARIABLE DE ESTUDIO	GRUPO A: DEXAMETASONA (N=28)	GRUPO B: FENTANILO (N=27)
Protocolo Farmacológico	Bupivacaína (50mg) + Lidocaína (140mg) + Dexametasona (8mg)	Bupivacaína (50mg) + Lidocaína (140mg) + Fentanilo (100mcg)
Tiempo de Latencia (Inicio del efecto)	10 – 15 minutos (Predominante en 13 pacientes)	15 – 20 minutos (Predominante en 11 pacientes)
Duración Máxima de Analgesia	Hasta 15 horas	Hasta 10 horas
Pacientes con Analgesia > 12 hrs.	14 pacientes (50% del grupo)	5 pacientes (18.5% del grupo)
Intensidad del Dolor (EVA a las 8hrs.)	Dolor Leve (11 pacientes reportaron escala 3)	Dolor Moderado/Intenso (12 pacientes reportaron escala 5-7)

Resultados

La muestra fue mayoritariamente masculina (n=31) en el rango de 18 a 25 años. Como se observa en la Tabla 1, el análisis comparativo de la muestra de 55 pacientes se registró una tendencia observada, hacia una mayor duración analgésica en el grupo de dexametasona. Mientras que el tiempo de latencia fue menor para la dexametasona (10-15 min en el 46.4% de los casos), el fentanilo presentó un inicio de acción más prolongado, superando mayoritariamente los 15 minutos. En cuanto a los resultados observados, el esquema con dexametasona alcanzó un techo analgésico de

15 horas, permitiendo que la mitad de sus pacientes mantuviera una cobertura superior a las 12 horas, a diferencia del grupo fentanilo donde la mayoría (15 pacientes) solo alcanzó un rango de 9 a 12 horas. Finalmente, la valoración del dolor mediante la escala EVA a las 8 horas postquirúrgicas confirmó que el grupo de dexametasona mantuvo niveles de dolor leve, mientras que en el grupo comparativo el dolor evolucionó hacia niveles moderados e intensos.

Conclusiones

Adicionar dexametasona en el bloqueo supraclavicular se asoció con una mayor dura-

duración analgésica proporcionando una ventana analgésica de hasta 15 horas. Asimismo, reduce la tendencia hacia menores tiempos favoreciendo una recuperación funcional temprana y eficiente.

Estos hallazgos observacionales sugieren beneficios potenciales en la recuperación funcional inmediata.

Agradecimientos: Al Servicio de Anestesiología del Hospital Obrero N°5 por el apoyo institucional.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés ni fuentes externas de financiación.

Declaración de uso de IA: Se utilizó inteligencia artificial generativa para la síntesis, traducción de términos técnicos.

Referencias Bibliográficas

1. Alcántara Montero A, González Curado A. Nueva guía de la Asociación Americana del Dolor sobre dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor*. 2016.
2. Aldrete DJ. Texto de anestesiología teórico y práctica. México: El Manual Moderno; 2004.
3. Barash PG. Anestesia clínica. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2001.
4. Guevara León XX. Bloqueos de nervio periférico como alternativa en el manejo del dolor postoperatorio en cirugías de miembro superior. *Rev Fac Cien Med (Quito)*. 2022.
5. Hadzic A. Bloqueo de nervio periférico. New York: McGraw-Hill; 2015.
6. Miller RD. Miller's Anesthesia. Philadelphia: Elsevier; 2021.
7. Fernández Martín MT, Álvarez López S, Aldecoa Álvarez-Santullano C. Papel de los coadyuvantes en la anestesia regional. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2023.
8. Portoles PL. Farmacología básica y clínica. Madrid: Panamericana; 2017.
9. Wasnick JD. Anestesiología clínica de Morgan y Mikhail. México: El Manual Moderno; 2014.
10. Williams BA, Butt MT. Analgesia perineural multimodal con combinación de bupivacaína-clonidina-buprenorfina-dexametasona. *Pain Med*. 2015.
11. Martínez V, Fletcher D. Dexametasona y bloqueos periféricos: ¿sobre el nervio o intravenoso? *Rev Br J Anaesth*. 2014.
12. Emelife PI, Eng MR, Menard BL, Meyers AS, Cornett EM, Urman RD, et al. Adjuvant medications for peripheral and neuraxial anesthesia. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2018.
13. Abella Palacios P, Arias-Amézquita F, Barsella AR, Hernández-Porras BC, Narváez DK, Salomón-Molina PA, et al. Control inadecuado del dolor agudo postoperatorio. *Rev Mex Anesthesiol*. 2021.
14. Bernucci Pérez MF, Merino Urrutia WA, Díaz MF, Feijoo Palacios MJ, Orellana Cáceres JJ, Balkenhol Neumann MA, et al. Dolor crónico posoperatorio: una revisión necesaria de un problema ignorado. *Rev Chil Anest*. 2020.
15. Bolívar M, Toro M, Seijas M. Importancia del anestesiólogo en la prevención del dolor crónico. *Rev Chil Anest*. 2021.

Bupigobbi

— Bupivacaína clorhidrato 0,5% —

"Precisión y Confort en Anestesia"

Bupigobbi

 Mayor densidad en comparación con las formas isobáricas, lo que facilita un control más preciso de la distribución del anestésico.

Bupigobbi

 Ofrece una anestesia más localizada y reduce el riesgo de efectos secundarios sistémicos.

Bupigobbi

 Mejora la experiencia del paciente al minimizar el dolor y la incomodidad durante y después del procedimiento.

