

M.F.D.
Tesis
J. 26 d.
2008

TRABAJO DE INVESTIGACION
DOLOR POSTOPERATORIO: ANALGESIA
PREVENTIVA VERSUS ANALGESIA
POSTOPERATORIA EN
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

A= AUTORA: DRA YENORI HEIDY JALDIN UNDURRAGA
RESIDENTE 2º AÑO HOSPITAL CLINICO VIEDMA
TUTOR: DR GASTON OSORIO OPORTO
DOCENTE RESPONSABLE: DR CASIMIRO AREBALO

Dr. Gaston Osorio Oporto
ANESTESIOLOGO
M.P.O. - 83
HOSPITAL CLINICO VIEDMA
COMPLEJO HOSPITALARIO VIEDMA

2008 - I

73.16
12
Dr. Casimiro Arevalo Bustamante
ANESTESIOLOGO
M.P.A. 252
HOSPITAL CLINICO VIEDMA
COMPLEJO HOSPITALARIO VIEDMA

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la Analgesia Preventiva es mejor que la Analgesia Postoperatoria, usando Ketorolaco.

Pacientes y Método: Estudio prospectivo de 80 pacientes, sometidos a Colectistectomía Laparoscópica electiva; divididos en dos grupos: 1) ketorolaco preventivo 2) Ketorolaco postoperatorio. La Inducción fue con Fentanyl 2 ugr/Kg, Rocuronio 0.6 mg/kg y Tiopental 6mg/kg. Durante la colocación de los campos operatorios se administró Ketorolaco 60mg EV, en el grupo 1. En el mantenimiento: Sevoflurano, Fentanyl 50 ugr cada 30 minutos y Rocuronio 10mg cada 35 min. Se controló los signos vitales y la saturación arterial. Para el grupo 2 se administró Ketorolaco EV 60 mg una vez concluida la cirugía y antes de la extubación. La dosis de rescate fue con Metamizol 2gr EV. Se usó la Escala Análoga Visual para la valoración del dolor. **Resultados:** El EVA promedio postoperatorio fue 2 para el grupo 1 y 5 para el grupo 2, después de 24 horas fue 3 y 4 respectivamente. Los efectos adversos, fueron 17% en el Grupo 1: sangrado, y 10% en el Grupo 2: 1 con urticaria y 2 con náuseas. La dosis de rescate fue necesaria en 7% de los pacientes en el Grupo 1 y 53% en el Grupo 2.

Conclusión: La Analgesia Preventiva es superior a la Analgesia postoperatoria, con Ketorolaco, disminuyendo los requerimientos de analgésicos de rescate.

Palabras clave: Dolor postoperatorio, Analgesia preventiva, Ketorolaco.

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

La International Association for Study of Pain (IASP) definió al dolor como aquella *experiencia displacentera sensorial y afectiva asociada a daño tisular actual o potencial*. Este concepto debe dirigir nuestra atención a que el carácter del dolor que sufre un paciente es *su experiencia propia e intransferible* siendo nuestra tarea evaluarlo y tratarlo, más no juzgarlo.

que aún el control del dolor postoperatorio no se realiza con la misma eficacia debido a una serie de circunstancias entre las que podemos citar:

1. Limitaciones en la función del anestesiólogo
2. Falta de unidades de reanimación y control del dolor
3. Poca mentalización por parte del paciente y de los propios profesionales médicos
4. Temor a la aparición de efectos secundarios
5. Falta de coordinación entre los distintos especialistas implicados
6. Falta de recursos humanos y técnicos

La definición de dolor postoperatorio resulta complicada debido a la gran cantidad de factores que participan en su producción. Se podría considerar como un dolor de carácter agudo secundario a una agresión directa o indirecta que se produce durante el acto quirúrgico, de modo que incluiríamos no solo el dolor debido a la técnica quirúrgica, sino también, el originado por la técnica anestésica, las posturas inadecuadas, contracturas musculares, distensión vesical o intestinal, etc.

Existen 2 mecanismos implicados en la producción del dolor postoperatorio, el primero por una lesión directa sobre las fibras nerviosas de las diferentes estructuras afectadas por la técnica quirúrgica y la segunda por la liberación de sustancias algógenas capaces de activar y/o sensibilizar los nociceptores.

Los nociceptores son terminaciones nerviosas libres de dos tipos principalmente, los mecanorreceptores-A (mielínicos) y los receptores C polimodales (amielínicos). Ambos tienen un umbral alto de activación. La sensación de dolor se produce por la estimulación directa de estas terminaciones nerviosas, pero también la inflamación producida por el procedimiento quirúrgico producirá una sensibilización periférica que aumenta la sensibilidad de estos nociceptores, o lo que es lo mismo, disminuye su umbral de activación. En este fenómeno de sensibilización periférica participan diversas sustancias como las prostaglandinas, potasio, bradicininas, sustancia P, péptido asociado al gen de calcitonina, histamina.

Estas sustancias aumentan la sensibilidad del nociceptor al aumentar la permeabilidad de canales iónicos por acción de segundos mensajeros que tienen

MARCO TEORICO

El control del dolor ha sido uno de los objetivos fundamentales del trabajo de los anestesiólogos. Actualmente podemos considerar que en el período intraoperatorio somos capaces de conseguir un adecuado control del dolor originado por la agresión quirúrgica, mientras que aún el control del dolor postoperatorio no se realiza con la misma eficacia debido a una serie de circunstancias entre las que podemos citar:

1. Limitaciones en la función del anestesiólogo
2. Falta de unidades de reanimación y control del dolor
3. Poca mentalización por parte del paciente y de los propios profesionales médicos
4. Temor a la aparición de efectos secundarios
5. Falta de coordinación entre los distintos especialistas implicados
6. Falta de recursos humanos y técnicos

La definición de dolor postoperatorio resulta complicada debido a la gran cantidad de factores que participan en su producción. Se podría considerar como un dolor de carácter agudo secundario a una agresión directa o indirecta que se produce durante el acto quirúrgico, de modo que incluiríamos no solo el dolor debido a la técnica quirúrgica, sino también, el originado por la técnica anestésica, las posturas inadecuadas, contracturas musculares, distensión vesical o intestinal, etc.

Existen 2 mecanismos implicados en la producción del dolor postoperatorio, el primero por una lesión directa sobre las fibras nerviosas de las diferentes estructuras afectadas por la técnica quirúrgica y la segunda por la liberación de sustancias algógenas capaces de activar y/o sensibilizar los nociceptores.

Los nociceptores son terminaciones nerviosas libres de dos tipos principalmente, los mecanorreceptores A (mielínicos) y los receptores C polimodales (amielínicos). Ambos tienen un umbral alto de activación. La sensación de dolor se produce por la estimulación directa de estas terminaciones nerviosas, pero también la inflamación producida por el procedimiento quirúrgico producirá una sensibilización periférica que aumenta la sensibilidad de estos nociceptores, o lo que es lo mismo, disminuye su umbral de activación. En este fenómeno de sensibilización periférica participan diversas sustancias como las prostaglandinas, potasio, bradicininas, sustancia P, péptido asociado al gen de calcitonina, histamina.

Estas sustancias aumentan la sensibilidad del nociceptor al aumentar la permeabilidad de canales iónicos por acción de segundos mensajeros que tienen