



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
COMPLEJO HOSPITALARIO VIEDMA
SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA



MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍAS ABDOMINALES

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN REALIZADO PARA OPTAR EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA**

**AUTORA : DRA. JULIETA C. JOANQUINA HIDALGO.
TUTOR : DRA. JANETT JORDAN CRESPO.**

**COCHABAMBA – BOLIVIA
MARZO 2005**



RESUMEN

Todo procedimiento quirúrgico determina dos tipos de dolor: un dolor extremadamente violento debido a las manipulaciones quirúrgicas (dolor intraoperatorio) y un dolor posterior al acto quirúrgico, fomentado por las lesiones tisulares y producido por el estímulo ejercido sobre los receptores periféricos (dolor postoperatorio). Observando las modificaciones en órganos y aparatos, cuyas alteraciones son perjudiciales para el paciente; causadas por el dolor postoperatorio vemos la necesidad, de tratar este tipo de dolor agudo. Luego de una revisión de historia clínica evidenciamos que en nuestros servicios, no existe un manejo adecuado de los pacientes operados, subvalorando las complicaciones y omitiendo las ventajas. Realizamos un estudio en 131 pacientes, sometidos a cirugía abdominal, divididos aleatoriamente en 5 grupos, planteando y evaluando diferentes esquemas de analgesia postoperatoria: el **Grupo I** recibió: Klosidol (Dextropropoxifeno 38 mg. + terapirol 1000 mg.) cada 8 horas (bolos), **Grupo II**: Ketoprofeno dosis de carga 100 mg. endovenosa, (EV), más una infusión de 100 mg. en 1000 cc para cada 8 horas asociado a Klosidol 1 ampolla, **Grupo III**: Nalbufina 150 ug/kg. + lidocaína 200 ug./kg. por vía subcutánea (SC), administrada inmediatamente después de la extubación; **Grupo IV** : Morfina 0.1 mg/Kg. SC, administrada 30 minutos antes de la inducción; **Grupo V**: Morfina 0.1 mg./ kg. SC, aplicada una hora antes de la finalización del acto quirúrgico, posteriormente cada 12 horas, asociado a ketoprofeno 100 mg como dosis de carga y luego en infusión 100 mg. en una solución de 1000 cc cada 8 horas. Comparando las ventajas y desventajas, se demuestra que los grupos III y V, presentaron un mayor tiempo y mejor calidad de analgesia.

Conclusión: El dolor postoperatorio continúa siendo subtratado, precisando medidas para su corrección. Los resultados revelan la necesidad de diseñar protocolos de seguimiento, de analgésicos más adecuados a las necesidades de los pacientes y optimizar la interacción entre los servicios quirúrgicos y el servicio de anestesia.

Palabras clave: Dolor postoperatorio. Esquemas.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
OBJETIVOS	4
MARCO TEÓRICO	5
HIPÓTESIS	16
MATERIAL Y METODOS	17
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	24
CONCLUSIONES	26
RECOMENDACIONES	27
BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXOS	29

INTRODUCCION

El dolor postoperatorio es un tipo especial de dolor agudo, que tiene una repercusión muy grande en el área de la salud, ya que afecta a los pacientes quirúrgicos que lo padecen, a la familia que lo “sufre” junto al paciente, concierne también a los médicos tratantes, al personal de enfermería, que debe lidiar con las ordenes medicas y la sintomatología de los pacientes.

La incidencia del dolor postoperatorio, es del 100% (todas las cirugías duelen, en grado variable). Debemos comprender entonces, que no es un problema minúsculo y es responsabilidad del plantel médico y en especial de los anestesiólogos, realizar un abordaje adecuado y efectivo, por lo que el tratamiento del dolor postoperatorio se inicia, muchas veces antes del estímulo quirúrgico o durante el transoperatorio consiguiendo idealmente, un despertar tranquilo.

A pesar de las continuas innovaciones farmacológicas y los avances tecnológicos, la mayoría de los pacientes quirúrgicos, reciben tratamiento antálgico inadecuado, por lo que experimentan un sufrimiento injustificado, que incrementa notablemente el riesgo de apariciones de complicaciones postoperatorias; La finalidad de administrar un tratamiento postoperatorio se puede resumir en los siguientes puntos:

- a) Disminuir la morbi-mortalidad del paciente
- b) Mejorar el bienestar del paciente.
- c) Disminuir de costos.
- d) Disminución de la estancia intra-hospitalaria.
- e) Aspectos legales (protección para el anestesiólogo).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Posterior a una evaluación realizada en el Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés, a través de una ficha de recolección de datos, se revisaron más de 2000 historia clínicas de los años 2000 – 2003, evidenciando un manejo insuficiente del dolor postoperatorio, probablemente debido a la falta de un protocolo efectivo y adecuado de analgesia postoperatoria, desconocimiento de la farmacología de las drogas usadas, asociado al temor por sus efectos colaterales, al uso de opioides. Comprobando también, que no existe un seguimiento de dolor, en los pacientes operados.

Basándonos en este estudio previo, es que vemos como una necesidad prioritaria, la formulación de varios esquemas de tratamiento de dolor postoperatorio, utilizando fármacos con distintos mecanismos de acción, que actúan en las vías del dolor, a diferentes niveles. Se plantea además el seguimiento normado a través de un registro estandarizado.

OBJETIVO GENERAL

Plantear y evaluar el manejo de esquemas de tratamiento del dolor postoperatorio, en cirugías abdominales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comparar la eficacia y la eficiencia de los diferentes esquemas.
2. Demostrar ventajas, desventajas y efectos colaterales.
3. Demostrar los beneficios de una analgesia adecuada en el Postoperatorio.
4. Comparar costos de los diferentes esquemas.
5. Integrar acciones con el servicio de cirugía en el tratamiento del dolor Postoperatorio.
6. Asumir que el tratamiento del dolor postoperatorio, deberá ser Responsabilidad del servicio de anestesiología.

7. Establecer sistemas de evaluación y registro rutinario en la historia clínica, del dolor postoperatorio.
8. Identificar la necesidad de dosis de rescate, en los diferentes esquemas propuestos.
- 9.- Comparar costos.

MARCO TEÓRICO

La anestesiología en los últimos años, ha expandido su campo clínico fuera del centro quirúrgico. La información de los anestesiólogos, sólida en fisiología y farmacología, y una práctica intensa en bloqueos regionales, nos califica idealmente para el manejo del dolor postoperatorio. La complejidad total del proceso doloroso hace que debamos comprender la terminología y la neurofisiología básica involucrada para prevenir y tratar el malestar en nuestros pacientes.

Es importante recordar algunas definiciones:

DOLOR: Según la Internacional Association for Study of Pain (IASP), se define al dolor como aquella "experiencia displacentera, sensorial y afectiva, asociada a daño tisular actual o potencial, descrita en términos de tales daños".

El dolor puede clasificarse en *fisiológico* o *patológico*; el primero se refiere al mecanismo protector del cuerpo para evitar lesiones tisulares, el segundo es provocado por la lesión tisular, su inflamación o daño a una porción del sistema nervioso. El dolor *patológico* puede ser dividido posteriormente en categorías como *nociceptivo* (deriva de la lesión al tejido periférico), *neuropático* (del daño a los nervios periféricos o la médula espinal) *visceral* (por estimulación de los receptores del dolor en las vísceras abdominales o torácicas) y *somático* (por lesión a los otros tejidos, que no son vísceras, como huesos, articulaciones, músculos y piel). También puede ser definida en función del tiempo, en agudo y crónico.