



Analgesia en el postoperatorio de hemorroidectomía

Ulises Rodríguez-Wong,* Julio César Meza Sánchez,** B. Teresa Ríos García***

RESUMEN

El dolor después de una hemorroidectomía continúa siendo una preocupación para el paciente y para el cirujano. Con la finalidad de reducir este dolor, se han mejorado las técnicas quirúrgicas de hemorroidectomía, se utilizan mejores analgésicos y se indican medidas generales; es necesario el trabajo conjunto del cirujano, el anestesiólogo y el grupo de enfermería para el mejor tratamiento de este síntoma.

Palabras clave: Dolor postoperatorio, hemorroidectomía, dolor, analgesia postoperatoria.

ABSTRACT

Pain after hemorrhoidectomy still is a cause of preoccupation for the surgeon and the patient. To relieve this pain, techniques of hemorrhoidectomy have been improved, better analgesic drugs have been used and general recommendations are indicated; collaboration between surgeon, anesthesiologist and nurses is necessary to treat this symptom better.

Key words: Postoperative pain, hemorrhoidectomy, pain, postoperative analgesia.

INTRODUCCIÓN

El dolor postoperatorio se caracteriza por ser habitualmente de gran intensidad y corta duración. Se calcula que el 77% de los pacientes presenta dolor posterior a la realización de un procedimiento quirúrgico, y de éstos 80% lo refiere de intensidad moderada a severa.¹ El dolor postoperatorio es más frecuente e intenso en pacientes sometidos a cirugía torácica, abdominal alta y baja, renal, ginecológica, ósea² y ano-rectal; se caracteriza por ser agudo, previsible, de duración limitada, afecta al sueño (en 30% de los pacientes lo impide).³

Los principales factores que influyen en la aparición, intensidad, cualidad y duración del dolor postoperatorio dependen del paciente (edad, sexo, factores psicológicos, factores étnicos y socioculturales), la intervención quirúrgica (localización, naturaleza, duración, tipo y extensión de la o las incisiones, traumatismos quirúrgicos, complicaciones relacionadas con la intervención, especialidad quirúrgica), la técnica anestésica (fármacos, técnica de administración), además de otros factores (formación y actitudes del personal sanitario, instalaciones, entre otros).⁴

El dolor asociado con una hemorroidectomía, no es considerado por sí mismo una complicación de este procedimiento; sin embargo, constituye la causa principal por la que los pacientes con enfermedad hemorroidal, evitan el tratamiento quirúrgico.⁵

Con la finalidad de disminuir el dolor en el postoperatorio de una hemorroidectomía, se han realizado intentos por mejorar las técnicas quirúrgicas, los procedimientos analgésicos y las medidas generales de manejo postoperatorio.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

El tratamiento de la enfermedad hemorroidal en fase temprana con algún recurso no quirúrgico ha disminuido en grado considerable la necesidad de realizar hemorroidectomía. Por ello, este procedimiento quirúrgico, se reserva para los pacientes que presentan hemorroides internas grados III y IV, o bien para los pacientes con enfermedad hemorroidal mixta, con síntomas severos de prolapso hemorroidal y rectorragia, también son candidatos a tratamiento quirúrgico los pacientes con hemorroides grandes asociadas con otra enfermedad ano-rectal que requiere tratamiento quirúrgico.⁶

* Coloproctólogo, Hospital Juárez de México.

** Médico Residente de Cirugía General, Hospital Juárez de México

*** Médico Interno de Pregrado, Hospital Juárez de México.

Con el paso del tiempo se han desarrollado diferentes técnicas de hemorroidectomía; no obstante existe gran controversia, con respecto a las ventajas y desventajas de cada una de ellas, por lo que ninguna puede considerarse el procedimiento ideal para la resolución de todos los casos. El principio fundamental de todas las técnicas consiste en la ligadura y/o la extirpación de los paquetes hemorroidarios; la diferencia entre las técnicas se debe al manejo de las heridas quirúrgicas, que pueden dejarse cerradas o abiertas; una variante de esta técnica consiste en cerrar las heridas hasta la línea dentada y dejar abierta la herida externa; esto se denomina técnica semicerrada.⁷ En los estudios comparativos realizados, parece no haber ventajas con la técnica cerrada sobre la técnica abierta.⁸ Corman, no encontró diferencias entre una y otra técnica con respecto al grado de dolor en el postoperatorio.⁵

Sir Alan Parks describió en 1956 una técnica con disección submucosa y reconstrucción del canal anal, con la finalidad de preservar la continencia sensorial y deducir el dolor postoperatorio.⁹ El procedimiento de Parks, reduce las molestias postoperatorias del paciente y es un procedimiento reconstructivo del conducto anal, tiene la desventaja de que el tiempo quirúrgico puede ser más largo comparado con la técnica cerrada o la abierta.

Se ha sugerido que la esfinterotomía parcial del esfínter interno, pudiera disminuir el dolor postoperatorio en una hemorroidectomía, sin embargo este procedimiento puede ocasionar algún grado de incontinencia sobre todo en los pacientes de edad avanzada; por lo que en ausencia de fisura anal, no se recomienda este procedimiento.⁵

A mediados del decenio de 1980, la hemorroidectomía con rayo láser apareció como una variante de la técnica convencional que pretendía provocar menos dolor postoperatorio; sin embargo estudios comparativos no lograron demostrar ventajas significativas y, en cambio, si corroboraron un mayor costo.⁶ En un estudio de la Ferguson Clinic, se compararon dos grupos: en uno se realizó hemorroidectomía de Ferguson (técnica cerrada) y en el segundo mediante Nd-YAG láser de contacto; no hubo diferencias significativas en cuanto a tiempo operatorio, sangrado transoperatorio, dolor postoperatorio o tiempo de retorno al trabajo, sin embargo en el grupo tratado con láser hubo mayor inflamación y dehiscencia de las heridas al séptimo día postoperatorio.¹⁰

En fechas recientes se ha recomendado la utilización de diatermia (electrocoagulación) o incluso el uso de bisturí armónico para disminuir el dolor postoperatorio, no obstante la disminución del dolor no es tan importante como con las alternativas quirúrgicas ya comentadas.¹¹ A finales del decenio de 1990, aparecieron las técnicas que utilizan engrapadoras circulares, como un procedimien-

to para hemorroides prolapsadas (PPH); aún existe controversia sobre el sitio actual de estas técnicas, sin embargo, en los casos bien indicados, existe menor dolor postoperatorio.^{12,13}

ANALGÉSICOS EN EL POSTOPERATORIO

El dolor es una experiencia subjetiva, que puede involucrar la activación inducida por estímulos de las vías neurales aferentes u otros componentes como el procesamiento somatosensorial o factores psicosociales. La analgesia postoperatoria eficaz, aporta al paciente bienestar durante este periodo, modificando a su vez los reflejos autonómicos y somáticos al dolor que retrasan la recuperación.¹⁴ Las técnicas analgésicas pueden establecerse mediante la administración de un solo fármaco, tratamiento monomodal, o mediante la combinación de medicamentos, tratamiento multimodal.

La respuesta a los analgésicos es prácticamente individual, se deberá establecer una estrecha vigilancia del paciente, a fin de detectar oportunamente algún efecto colateral indeseable de algún fármaco. También es importante señalar que el objetivo del tratamiento antiálgico no debe limitarse a disminuir de manera temporal el dolor, sino de prevenirlo de manera continua.

Las vías de administración de analgésicos en el paciente postoperado de hemorroidectomía son: oral, sublingual, intramuscular, intravenosa, subcutánea, transdérmica, infiltración local, tópica, espinal (peridural y subaracnoidea).

La vía oral constituye una buena opción de administración de analgésicos, con excepción de aquellos pacientes que tengan alguna contraindicación (náusea, vómito, gastritis, úlcera péptica, oclusión intestinal, etc.); esta vía es cómoda, barata, sencilla de utilizar, la desventaja es que la absorción del medicamento puede ser más lenta o alcanzar concentraciones menores en el torrente sanguíneo. La mayoría de los analgésicos opioides y no opioides tienen un tiempo de acción de 4 a 6 horas, por lo que un horario cómodo de administración para el paciente es a las 6-12-18 y 24 horas. En el Cuadro 1 se enlistan los analgésicos del grupo AINE (anti-inflamatorios no esteroideos) de uso más frecuente. En nuestros pacientes, postoperados de hemorroidectomía, utilizamos la vía oral en el postoperatorio mediano y tardío, y preferimos el ketorolaco, el ketoprofeno y el clonixinato de lisina.

La administración sublingual de algunos analgésicos, permite una rápida absorción sistémica a través de los plexos venosos que drenan directamente a la vena cava superior, sin que el medicamento pase por el sistema hepático, con lo que se logra una latencia muy corta con concentraciones sanguíneas elevadas.¹⁵ Actualmente sólo

**Cuadro 1.** Analgésicos del grupo AINE de uso frecuente.

Salicilatos Ac. acetil salicílico	Ácidos propiónicos Ibuprofeno Ketoprofeno Naproxeno
Pirazolonas Metamizol Fenilbutazona	Fenamatos Ácido mefenámico Ionixinato de lisina
Ácidos acéticos Indometacina Sulindaco Ketorolaco Aceclofenaco Diclofenaco	Otros Piroxicam Nabumetona Nimesulida

se cuenta con un opioide (buprenorfina) y un AINE (ketorolaco), para ser administrados por vía sublingual.

En el paciente hospitalizado y en el paciente con dolor agudo, la vía intravenosa es la más comúnmente utilizada. El fármaco puede ser administrado en dosis con horario o bien mediante infusión continua. Existen una gran variedad de "bombas de infusión" para la administración regular y continua de los analgésicos por vía intravenosa, lo cual mejora su efectividad. En nuestros pacientes, postoperados de hemorroidectomía, hemos observado buenos resultados tanto con la administración del analgésico (ketorolaco) con horario como con la infusión continua del mismo. Recasens, reportó buenos resultados con la utilización de infusión continua endovenosa con metamizol, tramadol y ondansetrón; de manera domiciliaria en pacientes postoperados de hemorroidectomía.¹⁶

Otra medida útil en el control del dolor postoperatorio después de una hemorroidectomía ha sido la infiltración local en el postoperatorio inmediato de algunos fármacos como el ketorolaco¹⁷ y la bupivacaina al 5%.¹⁸

En virtud de que el espasmo del esfínter anal juega un papel importante en la aparición del dolor postoperatorio después de una hemorroidectomía, se han utilizado algunos medicamentos tópicos con la finalidad de relajar el esfínter anal y disminuir el dolor; como la nitroglicerina¹⁹ y el bitartrate.²⁰ También existen algunos medicamentos con anestésicos locales, que pueden ser utilizados por vía tópica.

La vía subcutánea no se usa con tanta frecuencia en nuestro medio, dentro de los fármacos disponibles para esta vía se encuentran la nalbufina y la buprenorfina; estos fármacos tienen un límite de potencia analgésica, por

lo que una vez alcanzada ésta, es necesario cambiar de vía y de medicamento.

La vía intramuscular se sigue utilizando en nuestro medio; sin embargo puede ocasionar molestias al paciente por la constante administración del fármaco, además de que se pueden ocasionar lesiones nerviosas o infecciones. Uno de los medicamentos que hemos utilizado en nuestros pacientes por esta vía es el ketoprofeno.

Las vías epidural y subdural son de uso exclusivo del anestesiólogo, actualmente es posible la perfusión continua de analgésicos opiodes²¹ o de algunos otros fármacos como la neostigmina,²² para el alivio del dolor postoperatorio en cirugía de enfermedad hemorroidal.

MEDIDAS GENERALES

Dentro de las medidas generales en el manejo del dolor postoperatorio después de una hemorroidectomía, se encuentran los baños de asiento con agua tibia para permitir la relajación del esfínter anal; el uso de laxantes para permitir una evacuación blanda, que disminuya el dolor; y desde luego el apoyo psicológico que debe darse al paciente, explicándole el tipo de procedimiento realizado y la magnitud del dolor esperado después de dicho procedimiento.

CONCLUSIONES

La hemorroidectomía continúa siendo una causa de aparición de dolor en el postoperatorio, es necesario el trabajo conjunto del cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería para poder utilizar los mejores recursos a fin de aliviar este dolor. El mejoramiento de las técnicas quirúrgicas, el uso adecuado de los analgésicos y la aplicación de las medidas generales, ha disminuido el dolor postoperatorio en los pacientes con hemorroidectomía

REFERENCIAS

1. American Society of Anesthesiologists. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting. *Anesthesiology* 2004; 100: 1573-81.
2. Neira F, Ortega JL. Etiopatogenia y efectos funcionales del dolor postoperatorio. En: Torres LM. Tratamiento del dolor postoperatorio. Vol. 1. Madrid: Ergon; 2003, p. 3-29.
3. Soler E, Faus T, Montaner MC. Prevalencia, tratamiento y factores determinantes del dolor postoperatorio en un servicio de cirugía general y de aparato digestivo. *Rev Soc Esp Dolor* 2001; 8: 317-26.
4. Ortega JL, Neira F. Prevalencia, medición y valoración del dolor postoperatorio. En: Torres LM (ed.). Tratamiento del dolor postoperatorio. Vol. 2. Madrid: Ergon; 2003, p. 31-55.

5. Corman ML. Complications of hemorrhoid and fissure surgery. In: Ferrari BT (ed.). Complications of colon and rectal surgery, prevention and management. Vol. 6. Philadelphia: WB Saunders; 1985, 91-100.
6. Rodríguez-Wong U. Enfermedad hemorroidal. En: Takahashi T (ed.). Colon recto y ano. Vol. 41. Enfermedades médico-quirúrgicas. México: Ed. Textos Mex; 2002, p. 295-303.
7. Ruiz-Moreno F. Hemorrhoidectomy. How I do it: Semiclosed technique. Dis Colon Rect 1977; 20: 177-9.
8. Arbman G, Krook H, Haapaniemi S. Closed vs. Open hemorrhoidectomy is there any difference? Dis Colon Rect 2000; 43: 31-4.
9. Hosch SB, Knoefel WT, Pichlmeier U, Schulze V, Busch C, Gawad KA, et al. Surgical treatment of piles: prospective, randomized study of Parks vs. Milligan-Morgan hemorrhoidectomy. Dis Colon Rect 1998; 41: 159-64.
10. Senagore A, Mazier WP, Luchtefeld MA, MacKeigan JM, Wengert T. Treatment of advanced hemorrhoidal disease: a prospective, randomized comparison of cold scalpel vs. Contact Nd. YAG laser. Dis Colon Rect 1993; 36: 1042-9.
11. Andrews BT, Layer GT, Jackson BT, Nicholls RJ. Randomized trial comparing diathermy hemorrhoidectomy with the scissor dissection Milligan-Morgan operation. Dis Colon Rect 1993; 36: 580-3.
12. O'Connor JJ. Staplers and hemorrhoids. Dis Colon Rect 2000; 43: 118-9.
13. Correa-Rovelo JM, Téllez O, Obregón A. Closed hemorrhoidectomy vs. Rectal mucosectomy with stapler: a randomized clinical trial. Dis Colon Rect; 2001; 44: A5-A26.
14. Rodríguez-Wong U. El dolor durante el postoperatorio. Rev Hosp Jua 1996; 63: 24.
15. Bullingham R, McQuay HJ, Porter EJB. Sublingual buprenorfina used postoperatively: ten hour plasma drug concentration analysis. Br J Clin Pharmacol 1982; 13: 665-73.
16. Recasens J, Boada S, Puig R, Ferrer C, Jubera P, Rull M. Control del dolor postoperatorio en hemorroidectomía. Rev Soc Esp Dolor 2005; 12: 74-80.
17. Mateo F, Torres E, Vega V, Fernández SJL, Torres LM, Velasco MA. Control del dolor postoperatorio tras hemorroidectomía con ketorolaco interestestinal. Rev Soc Esp Dolor 2000; 7: 138-140.
18. Jirasritham S, Tantivitayatan K, Jirasritham S. Perianal blockage with 0.5% bupivacaine for postoperative pain relief in hemorrhoidectomy. J Med Assoc Thai 2004; 87: 660-4.
19. Wasvary HJ, Hain J, Mosed VM, Benedick P, Barkel DC, Klein SN. Randomised, prospective, double blind, placebo-controlled trial of effect of nitroglycerin ointment on pain after hemorrhoidectomy. Dis Colon Rect 2001; 44: 1069-73.
20. Silverman R, Benedick PJ, Wasvary HJ. A randomized, prospective. Double-blind, placebo-controlled trial of the effect of a calcium channel blocker ointment on pain after hemorrhoidectomy. Dis Colon Rect 2005; 48: 1913-6.
21. Wheatley RG, Samaan AK. Relief of postoperative pain. Br J Surg 1995; 82: 292-4.
22. Cordovi L, Pérez M, Vallongo MB, Gutiérrez AR, Llanes G, Aguilar FJ. Administración neuroaxial de neostigmina para analgesia poshemorroidectomía. Ensayo clínico. Rev Mex Coloproct 2004; 10: 9-20.

Solicitud de sobretiros:

Tepic 113-611, Col. Roma Sur
C.P. 06760, México, D.F.
Tel. 5264-82-66