

Dolor en el postoperatorio en cirugía de invasión mínima

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

RESUMEN

Se analizan diversos trabajos en donde se compara el dolor postoperatorio después de cirugía abierta contra cirugía de invasión mínima, en la gran mayoría de los estudios el dolor postoperatorio fue menor y la recuperación postoperatoria del paciente fue más rápida en los procedimientos de invasión mínima. Debido a que el trauma quirúrgico se reduce al igual que la respuesta metabólica del enfermo.

Palabras clave: Dolor, dolor en el postoperatorio, cirugía de invasión mínima, cirugía laparoscópica.

ABSTRACT

Diverse works are analyzed where the postoperative pain is compared after surgery opened against surgery of minimal invasion, in the great majority of the studies the postoperative pain was minor and the postoperative recovery of the patient was more rapid in the procedures of minimal invasion. Due to the fact that the surgical trauma diminishes as the patient's metabolic response.

Key words: Pain, postoperative pain, minimal surgical approach surgery, laparoscopic surgery.

INTRODUCCIÓN

El manejo adecuado del dolor en el postoperatorio continúa constituyendo un reto no sólo para el anestesiólogo, sino para todo el equipo de salud que participa en la atención de un paciente durante un procedimiento quirúrgico, el cual incluye, además, al cirujano, sus ayudantes, el personal de enfermería y paramédico.^{1,2} El dolor innecesario se define como aquél que se presenta como consecuencia de un manejo inadecuado o por la ausencia de cualquier tipo de medida, aun disponiendo de la terapéutica eficaz para poder evitarlo; un ejemplo característico es el dolor postoperatorio.³

Existen diversos factores relacionados con la falta de conocimientos, dificultades metodológicas y actitudes incorrectas que se encuentran en la génesis del tratamiento inadecuado del dolor.¹ La técnica quirúrgica es desde luego un factor determinante en la aparición de mayor o menor dolor en el postoperatorio. La cirugía de invasión mínima se ha popularizado en los últimos años con el advenimiento de las técnicas laparoscópicas. Se define como cirugía mínimamente invasiva o de mínimo abordaje al conjunto de técnicas diagnósticas y terapéuticas que por

visión directa o endoscópica o por otras técnicas de imagen, utilizan vías naturales o mínimos abordajes para introducir herramientas y actuar en diferentes partes del cuerpo humano. El desarrollo tecnológico logrado en la actualidad permite realizar por mínimo acceso cirugías que con anterioridad requerían grandes incisiones con elevada morbilidad y trauma para el enfermo. Este nuevo tipo de abordajes ha permitido un menor trauma quirúrgico en los pacientes con una menor respuesta, al mismo.

Las ventajas de la cirugía de invasión mínima con respecto a la convencional son:

- Reducción de la respuesta inflamatoria asociada a la cirugía, con la producción de una mejor respuesta inmunológica.
- Disminución del dolor postoperatorio debido a la ausencia de incisiones importantes y a la disminución del trauma en los tejidos sanos.
- Producción de menos complicaciones en la herida quirúrgica debido a que se efectúan incisiones más pequeñas que cicatrizan rápidamente.
- Disminución del periodo postoperatorio y la estancia hospitalaria. En consecuencia disminuyen los costos asociados y las listas de espera.

El campo de este tipo de cirugía incluye áreas como la cirugía general, la ginecología, la ortopedia, la cirugía pe-

* Médico general. Práctica privada.

** Cirujano General, Hospital Juárez de México.

*** Cirujano Coloproctólogo, Hospital Juárez de México.



diátrica, la oncología, la cirugía de tórax y la urología, entre otras.⁴ En la actualidad, la cirugía mínimamente invasiva se encuentra en fase de evolución. En EUA 10% de las 15 millones de intervenciones de cirugía que se llevan a cabo anualmente se realizan con estas técnicas.

En forma paralela a la evolución de la técnica y del instrumental para este tipo de cirugía, la anestesiología también ha enfrentado nuevos retos. La monitorización, medición y el manejo del paciente han experimentado modificaciones, pues a pesar de la menor incidencia desde el punto de vista de la cirugía, se producen cambios importantes en los parámetros hemodinámicos y respiratorios, esto sobre todo en los procedimientos de cirugía abdominal de invasión mínima en donde se requiere de insuflar la cavidad abdominal con CO₂ provocando un aumento de la presión intraabdominal.

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS

La colecistectomía por laparoscopia es uno de los procedimientos de cirugía de invasión mínima que con mayor frecuencia se realiza en la especialidad de Cirugía General. Pérez Castro, en un estudio de 903 colecistectomías laparoscópicas,⁵ encontró que más de 50% de los pacientes en quienes se realizó este procedimiento egresó a su domicilio con mínimas molestias entre 8 a 10 horas después de la cirugía. Keus, en otro estudio⁶ en donde además analiza la función pulmonar, encontró que los pacientes con colecistectomía con incisión pequeña consumieron mayor cantidad de analgésicos en comparación con el grupo de colecistectomía laparoscópica, sin cambios en el análisis de gases arteriales.

Otro de los procedimientos que actualmente se realizan en Cirugía General con mucha frecuencia es el de apendicectomía por laparoscopia; Villazón⁷ en un análisis de 106 enfermos concluyó que el éxito del procedimiento dependió de la experiencia del grupo con un menor dolor postoperatorio en la apendicectomía por laparoscopia. En otro tipo de procedimientos como la reparación de úlcera péptica perforada, Vettoretto⁸ no encontró diferencias significativas entre el dolor postoperatorio y el tiempo quirúrgico tanto en los pacientes sometidos a cirugía abierta como en la cirugía laparoscópica.

En cuanto a la realización de otras cirugías como la reparación de eventraciones postincisionales, Stickel, en un estudio de 62 pacientes a los cuales se les colocó una malla intraperitoneal por vía laparoscópica, encontró que 62% de los pacientes no presentaron molestias en el postoperatorio y 85% elegiría realizarse nuevamente un procedimiento por vía laparoscópica.⁹ En otro estudio realizado por Lomanto, en un grupo de 100 pacientes en donde se com-

paró la reparación de hernia ventral por vía abierta contra la reparación laparoscópica, encontró que el dolor fue similar en los dos grupos a las 24 y 48 horas, pero fue significativamente menor a las 72 horas en el grupo de cirugía laparoscópica.¹⁰

En otro estudio de Fujita, de 253 pacientes intervenidos por reparación de hernia, tanto por vía laparoscópica como por vía abierta, se encontró una relación inversa significativa entre la edad del paciente y el dolor durante el primer día de postoperatorio; no obstante, los pacientes intervenidos por vía laparoscópica tuvieron menor dolor durante el primer día de postoperatorio, aunque el estudio hace énfasis en que la valoración tiene variables de índole subjetiva.¹¹

En otro tipo de procedimientos de mayor grado quirúrgico existe controversia en cuanto a la disminución del dolor postoperatorio con la utilización de cirugía de invasión mínima.

En un estudio de Lohsiriwat, que incluyó 33 pacientes con cáncer de colon derecho, no fue significativa la diferencia en el tiempo de suspensión de los analgésicos narcóticos por vía intravenosa y el tiempo de estancia hospitalaria, tanto en el grupo de cirugía abierta como en el grupo de cirugía laparoscópica.¹² En un estudio retrospectivo que realizó Hong, en el que incluyó 219 pacientes con cirugía abierta y 98 con resección por vía laparoscópica, encontró que el uso de analgésicos parenterales fue menor en el grupo laparoscópico que en el abierto.¹³

En procedimientos de otras especialidades diferentes a la Cirugía General, García-Juárez, en una serie de 36 pacientes intervenidos quirúrgicamente de artroplastia total de cadera mediante cirugía de invasión mínima, encontró dolor postoperatorio promedio 3 de la escala de EVA, el abordaje de mínima invasión en el reemplazo total de cadera está indicado en pacientes con características especiales, ya que ofrece un beneficio significativo en el postoperatorio inmediato, comparado con la incisión tradicional, ya que el dolor es menor y la movilidad se recupera más rápido, según señalan los autores de este trabajo.¹⁴

En artículos de índole más amplia, como el de Talamini,¹⁵ se propone un índice de recuperación basado en el dolor postoperatorio y la reincorporación del paciente a sus actividades, señalándose que este índice es menor en los pacientes sometidos a cirugía por vía laparoscópica.

CONCLUSIONES

Los procedimientos de cirugía de invasión mínima ocasionan un menor trauma quirúrgico al paciente, con una menor respuesta metabólica al trauma y con la menor aparición de dolor en el postoperatorio; diversos estudios realizados analizados en esta revisión apoyan este hecho, aun-

que en procedimientos más complejos como las resecciones laparoscópicas en cáncer de colon existe controversia en cuanto a la disminución del dolor en el postoperatorio con cirugía laparoscópica.

REFERENCIAS

1. Lara A, Lavin NR, Rogerio-Zamora RH, Esquivel VM. Control del dolor postoperatorio con clorhidrato de tramadol sublingual. Rev Soc Esp Dolor 2001; 8: 486-94.
2. Rodríguez-Wong U. Dolor en el postoperatorio. Rev Hosp Jua Mex 1996; 63(2): 25.
3. Ramírez GA. Mecanismos fisiopatológicos del dolor agudo. Rev Soc Mex Anest 1997; 3: 76-9.
4. Talamini MA, Stanfield CL, Chang DC, Wu AW. The surgical recovery index. Surg Endosc 2004; 18: 596-600.
5. Pérez-Castro E, Ostos LJ, Mejía AF, García LC. Colecistecomía laparoscópica ambulatoria. Rev Med IMSS 2002; 40: 71-5.
6. Keus F, Ahmed Ali U, Norrdergraaf GJ, Roukema JA, Gooszen HG, van Larhoven CJ. Laparoscopic vs. small incision colecistectomy: implication for pulmonary function and pain. A randomized clinical trial. Acta Anaesthesiol Scand 2008; 52: 363-73.
7. Villazón O, Espinosa A, Cárdenas OA, Valdés A. Apendicectomía por cirugía de invasión mínima. Rev Gastroenterol Mex 2004; 69: 58-64.
8. Vettoretto N, Poiatti R, Fisgón D, Diana DR, Balestra L, Giovanetti M. Comparison between laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer. A retrospective study. Chir Ital 2005; 57: 317-22.
9. Stickel M, Rentsh M, Clevert DA, Hernández-Richter T, Jauch KW, et al. Laparoscopic mesh repair of incisional hernia: an alternative to the conventional open repair. Hernia 2007; 11: 217-22.
10. Lomanto D, Iyer SG, Shabbir A, Cheah WK. Laparoscopic vs. open ventral hernia mesh repair: A prospective study. Surg Endosc 2006; 20: 1030-5.
11. Fujita F, Lahmann B, Otsuka K, Lyass S, Hiatt JR, Phillips EH. Quantification of pain and satisfaction follow laparoscopic and open hernia repair. Arch Surg 2004; 139: 596-600.
12. Lohsiriwat V, Lohsiriwat D. Comparison of short term outcomes between laparoscopically-assisted vs. transverse-incision open right hemicolectomy for right-sided colon cancer: a retrospective study. World J Surg Oncol 2007; 5: 49-52.
13. Hong D, Tabet J, Anvari M. Laparoscopic vs. open resection for colorectal adenocarcinoma. Dis Colon Rectum 2001; 44: 10-8.
14. García-Juárez JD, Bravo-Bernabé PA, García-Hernández A, Dávila Sheldon OE, Correa-Domínguez G. Cirugía de mínima invasión en la artroplastia total de cadera. Revisión de 36 casos. Acta Ortop Mex 2007; 21: 37-41.
15. Talamini MA, Stanfield CL, Chang DC, Wu AW. The surgical recovery index. Surg Endosc 2004; 18: 596-600.

Solicitud de sobretiros:

Dra. B. Teresa Ríos-García
Sociedad de Cirugía,
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional 5160
Col. Magdalena de las Salinas
Del. Gustavo A. Madero
C.P. 07760, México, D.F.