



PARÁMETROS DE PRÁCTICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR AGUDO PERIOPERATORIO

Dr. Uriah Guevara López (Coordinador)*, Dra. Diana Moyao García**

CONTENIDO:

1. Definición del dolor agudo perioperatorio
2. Propósito de los parámetros
3. Enfoque y principios básicos
4. Planes preactivos
5. Entrenamiento y educación hospitalaria
6. Entrenamiento y participación del paciente y de sus familiares en el control del dolor perioperatorio
7. Evaluación y documentación del manejo del dolor perioperatorio
8. Tiempo de aplicación de la guía en el paciente quirúrgico
9. Políticas institucionales
10. Metas
11. Modalidades del manejo
12. Manejo no farmacológico

1) Casos no complejos. Estos casos requieren de esquemas de analgesia básicos que pueden (y deben) ser conocidos y aplicados por el médico anestesiólogo (idealmente), por el cirujano o por el médico tratante.

2) Casos complejos. Estos casos requieren de esquemas de analgesia especializados, los cuales deben ser indicados, ejecutados y supervisados por equipos de trabajo a cargo de un anestesiólogo.

4. PLANES PREACTIVOS

Planificación anticipada del esquema analgésico. El plan de analgesia debe elaborarse teniendo en cuenta: edad, estado físico, experiencias dolorosas previas, antecedentes de medicación habitual, terapias de dolor anteriormente empleadas, posibles adicciones, del paciente, etcétera.

El plan de analgesia peri operatoria incluirá medidas preanestésicas, transanestésicas y postanestésicas.

1. DEFINICIÓN DE DOLOR AGUDO PERIOPERATORIO

Dolor presente en un paciente al que se habrá de intervenir quirúrgicamente y cuyo dolor está asociado a la enfermedad preexistente, al procedimiento quirúrgico o a una combinación de ambos.

2. PROPÓSITO DE LOS PARÁMETROS

Facilitar que el manejo del dolor perioperatorio sea eficaz y seguro con el menor riesgo de eventos adversos asociados a esta terapéutica.

3. ENFOQUE Y PRINCIPIOS BÁSICOS

¿A qué tipo de pacientes están dirigidos estos parámetros. Los principios y recomendaciones de ellos pueden aplicarse a todo paciente que haya de someterse a un procedimiento anestésico quirúrgico, de acuerdo a: edad, sexo, cirugía o nivel de atención hospitalaria en donde haya sido intervenido.

El dolor que se presenta en el postoperatorio es en gran parte predecible que puede controlarse en forma planificada.

Dentro de estos lineamientos, es opinión de este grupo de consenso que la indicación por "razón necesaria" (PRN) se evite. De igual forma, es fundamental distinguir dos grupos de pacientes con dolor agudo peri operatorio:

5. ENTRENAMIENTO Y EDUCACIÓN HOSPITALARIA

Existe evidencia de que un programa de educación continua dirigido al equipo de salud (anestesiólogos, enfermeras, jefes de servicio, jefes de farmacia, administradores) impacta en la calidad de la analgesia proporcionada a los pacientes en la fase peri operatoria (ASA). Tal programa debe incluir la difusión y el estudio de las guías terapéuticas para el manejo de dolor perioperatorio a fin de tener una mayor adherencia por parte de todo el personal.

6. ENTRENAMIENTO Y PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y DE SUS FAMILIARES EN EL CONTROL DEL DOLOR PERIOPERATORIO

Desde la consulta preanestésica el anestesiólogo deberá informar al paciente y a su acompañante acerca de su derecho a recibir una analgesia eficaz y segura en el postoperatorio. Al tiempo que lo instruirá en cuanto al empleo de las escalas de medición del dolor y otras condiciones inherentes al acto anestésico quirúrgico, así como la meta a alcanzar.

7. EVALUACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR PERI OPERATORIA

Un concepto fundamental en la implementación de un programa eficaz y seguro de analgesia peri operatoria es la

*Jefe de la Unidad de Medicina del Dolor y Palliativo del INCMNSZ. Presidente del Colegio Mexicano de Anestesiología A.C. México, D.F. **Jefe de Anestesiología del Hospital Infantil Federico Gómez. Vicepresidente del Colegio Mexicano de Anestesiología A.C. México, D.F.

respuesta del paciente a la terapia empleada; respuesta que deberá ser evaluada de forma sistemática, periódicamente. Un control (monitoreo) de esta índole precisa de un protocolo hospitalario sobre escalas de estimación de dolor y otras variables asociadas (v.g. escala de Aldrete, escala de sedación, escala de náusea y vómito). El registro de las evaluaciones se detallará en instrumentos validados para tal fin. (gráficas, hojas de registro, u otros).

En caso de cirugía pediátrica en pacientes menores de 4 años el se recomienda evaluar el dolor sobre la base de la siguiente tabla:

Tabla: Evaluación del dolor en menores de 4 años

Llanto
Sin llanto
Puntuación 0

Llanto
Puntuación 1

Postura
Relajado
Puntuación 0

Tenso
Puntuación 1

Expresión
Relajado o alegre
Puntuación 0

Angustiado
Puntuación 1

Respuesta
Responde cuando se le habla
Puntuación 0

No Responde
Puntuación 1

Interpretación:
Calificación = 1 (dolor ligero)
Calificación = 2 (dolor moderado)
Calificación = 3 (dolor severo)
Calificación = 4 (dolor insoportable -el peor dolor).

Por otra parte, sugerimos el uso de otras escalas que evalúen sedación, náusea/vómito, prurito, etcétera, indicando "presente" o "ausente", según sea el caso.

Es obligado incluir un apartado para la calificación de la escala de Bromage en pacientes sometidos a anestesia epidural o subaracnoidea. Se sugiere incluir en los registros de enfermería, la evaluación y registro de estas variables.

Es deseable elaborar formatos impresos de prescripción de analgésicos que faciliten el seguimiento del régimen analgésico y estado del paciente. (Se Anexa formato).

8. TIEMPO DE APLICACIÓN DE LA GUÍA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

Además de las medidas preventivas se recomienda la observancia de las recomendaciones necesarias durante la estancia hospitalaria hasta el egreso del paciente, procurando que el éste reciba indicaciones claras, precisas y por escrito para el manejo de su sintomatología dolorosa en su domicilio.

Por anterior resulta indispensable que durante las veinticuatro horas del día haya en el hospital personal médico o de enfermería debidamente entrenado y calificado para el manejo del dolor perioperatorio.

9. POLÍTICAS INSTITUCIONALES

El seguimiento de estos lineamientos debe considerarse obligatorio por parte de todo hospital en el que se realicen intervenciones quirúrgicas. La implementación de estos lineamientos estará a cargo de: la dirección del hospital, cuerpo de gobierno, servicio de cirugía y anestesiología Administración del hospital (recursos humanos, abasto, almacén, farmacia etcétera).

La correcta y puntual aplicación de estos lineamientos requiere de un mínimo de personal médico y de enfermería debidamente entrenado y con conocimiento y dominio de estos campos.

10. METAS

Las metas específicas de esta guía son básicamente las siguientes:

- 1) Reducir la incidencia y la severidad del dolor agudo perioperatorio.
- 2) Enseñar a los pacientes a comunicar su dolor cuando no se encuentre controlado para que el dolor sea tratado eficazmente.
- 3) Mejorar el bienestar del paciente.
- 4) Contribuir a disminución de complicaciones postoperatorias y el tiempo de estancia intra hospitalaria.

11. MODALIDADES DE MANEJO

- 1) Tratamiento farmacológico:
Estrategias para el manejo del dolor perioperatorio.
Dolor Leve: Analgésicos antiinflamatorios
Dolor Moderado: Aines, Aines con Opioides, Opioides en Infusión, Técnicas de Analgesia Regional
Dolor Severo: Opioides Endovenosos, PCA, Técnicas Regionales

ANALGÉSICOS NO OPIOIDES

1. FÁRMACO
2. DOSIS
3. COMENTARIO
4. CONTRAINDICACIONES

1. Paracetamol
2. 500-1000mg c/6 hs (no exceder 4 g de paracetamol al día)
3. Profarmaco que se biotransforma en paracetamol, Medicamento irritante
4. Insuficiencia hepática, IRC; idiosincrasia al medicamento

1. Ketoprofeno
2. 50-100 mg c/12 hs.
3. Buena potencia analgésica
4. IRC, trombocitopenia, idiosincrasia al medicamento

1. Ketorolaco
2. 30 mg cada 6 hs. no exceder 120 mg
3. Buena potencia analgésica.
4. IRC, trombocitopenia, idiosincrasia al medicamento

1. Clonixinato de lisina
2. 100-200 mg cada 6 hs. dosis máxima 1200 mg
3. Amplio rango margen de seguridad; menos nefrotóxico con respecto a otros AINES; administración lenta.
4. IRC, trombocitopenia, idiosincrasia al medicamento

1. Diclofenaco
2. 75 mg c 12 hs.
3. Buena potencia analgésica
4. IRC, trombocitopenia, idiosincrasia al medicamento

1. Metamizol
2. 500-1 g cada 6 hs.
No exceder de 6 g día
3. No aprobado por la FDA; admistración lenta
4. IRC, trombocitopenia; discracias sanguíneas

1. Parecoxib
2. 40-80 mg cada 12 hs.
3. Inhibidor COX-2 selectivo; profarmaco del Valdecoxib
4. IRC, alérgicos a las sulfamidas; pacientes con riesgo tromboembólico elevado

Recomendaciones: el manejo con AINES exceda a los 5 días tratamiento; no se recomienda la combinación de dos AINES o bien la combinación de un AINE con un agente antiinflamatorio esteroideo.

En el caso del paciente pediátrico se recomiendan los siguientes fármacos a las siguientes dosis:

Acetaminofen 10-15 mg/kg/dosis (4-6 h).

ASPIRINA 10-15 mg/kg/dosis (4-6 h).

Metamizol 10-20 mg/kg/dosis (4-6 h).

Ibuprofeno 10 mg/kg/dosis (6-8 h).

Indometacina 1 mg/kg/dosis (8 h).

Naproxeno 7 mg/kg/dosis (12 hs.).

Ketoprofeno 2.5 mg/kg/dosis (12 hs.).

ANALGÉSICOS OPIOIDES

Fármacos de primera elección

1. FÁRMACO
2. DOSIS
3. COMENTARIO
4. PRECAUCIONES

1. Tramadol
 2. 50-100 mg cada 6 hs. no exceder de 400 mg al día
 3. Agonista _ que también tiene efecto sobre la recaptura de serotonina; se prolonga en pacientes con insuficiencia hepática
 4. Pacientes con ingesta de antidepresivos tricíclicos y de inhibidores de la recaptura de serotonina;
-
1. Morfina
 2. Iniciar con una dosis de 5 mg cada 6 hs. Aumentar conforme los requerimientos del paciente lentamente
 3. Excelente potencia analgésica; 10 veces más potente que el tramadol
 4. Antecedentes de alergias, asma bronquial (liberador de histamina)

Fármacos de segunda elección
(empleo en caso de no contar con los de primera elección)

1. FÁRMACO
2. DOSIS
3. COMENTARIO
4. PRECAUCIONES

1. Buprenorfina
2. 0.15-0.3 mg cada 6 hs. iv
3. Agonista m parcial, muy emetogénico
4. Dificil reversión con naloxona

1. Nalbufina
2. 5-10 mg cada 6-8 hs.
3. Agonista-antagonista
4. Alto poder adictivo

Recomendación: no se recomienda combinar dos opioides distintos.

Manejo opioide en pediatría. Fentanyl 1-2mcg c/2-4hrs (bolos), o 1 mcg/kg/hr. (Infusión continua). En niños > de 6 meses ó > de 6 Kg. Hasta 50 Kg.:

Fentanyl 1-2mcg/Kg. cada 30/60min ó 1-2mcgmcg/kg/hr en infusión continua.

Morfina 0.1 mg /Kg. cada 4 hrs.

Vía de administración

La vía parenteral intravenosa es la ruta de elección después de la cirugía. Esta vía es conveniente para administración en bolos o infusión continua (incluyendo PCA).

Inyecciones Intramusculares repetidas pueden así mismo causar dolor y trauma a los pacientes.

La vía alterna como la rectal o sublingual, intramuscular, subcutánea u otras serán empleada cuando el acceso es problemático.

La administración oral se establecerá en cuanto el paciente la tolere.

12. MANEJO NO FARMACOLÓGICO

A los pacientes se les podría instruir en el empleo de técnicas cognitivo conductuales como relajación hipnosis, imaginaria, música terapia etcétera.

Las estrategias de relajación pueden ser efectivas y ayudan en el manejo del dolor, esto requiere tan sólo unos minutos para su aprendizaje y pueden reducir el dolor y la ansiedad.

Comúnmente los agentes físicos utilizados incluyen aplicación de calor, frío y masajes. La aplicación de calor y frío cambia el umbral al dolor, reduce el espasmo muscular y disminuye el dolor al nivel local.

La acupuntura resulta útil en algunas situaciones cuando el dolor no es tan intenso.

Estimulación Eléctrica Transcutánea Nerviosa (T.E.N.S) puede ser efectiva y reducir el dolor y mejorar la función física.

Criterios para suspender el egreso de la unidad de cuidados postanestésicos

Anestésicas:

Dolor no controlado

Náusea o Vómito

Imposibilidad para la deambulaci3n.

Quirúrgicas:

Hemorragia

Dehiscencia de herida

Complicaciones transoperatorias inesperadas

Paciente:

Factor geográfico (cirugía ambulatoria)

Solicitud del paciente

Criterios para retrasar el alta

Hipotensi3n ortostática

Reacci3n adversa a fármacos

Retenci3n urinaria

Bloqueo sensitivo o motor persistente

Sospecha de sangrado

Si no se cuenta con acompa1ante (cirugía ambulatoria)

Si no hay un transporte adecuado (cirugía ambulatoria)

Cuidados del anestesi3logo en las primeras 24 hrs

Es importante la disponibilidad del anestesi3logo en cargo del manejo del dolor agudo hospitalario para maximizar el confort y seguridad del paciente, debido a los posibles efectos esperados o complicaciones relacionadas a la administraci3n de analgésicos y permitir la comunicaci3n del personal a cargo.

Se determinara dentro del programa analgésico el protocolo de destete o retiro de la medicaci3n analgésica.

Supervisi3n

La vigilancia de la correcta aplicaci3n de estos lineamientos ser1 efectuada por las autoridades hospitalarias y por las instancias colegiadas de la cirugía y anestesiología, estableciendo un protocolo de auditoria periódica.

La adecuaci3n de las políticas del manejo de dolor agudo a las necesidades y recursos de cada hospital ser1 la norma, en el marco de estas recomendaciones, con el propósito de la estandarizaci3n de dosis, administraci3n de medicamentos, y participaci3n del personal, disminuyendo así el riesgo de errores humanos asociados.

REFERENCIAS

1. Physician Education Program in Regional Anesthesia Becton Dickinson P/P 37 -44 Daniel B. Carr. Director of Division of Pain management. Department of Anesthesia. Massachuset General Hospital. p/p 1-109.
2. A.H.C.P.R. Acute PAIN Managment In Adults Operative Procedures. Quick Reference Guide for Clinicans No. 1 February 1993. P / p 1-38.
3. J. Bonica. John The Management of Pain. Lea & Febiger 1990. Cap I, y Cap 25.
4. Aldrete J Antonio Tratado de Algiología Vol 3 p/p 170 - 206, 211.
5. I.A.S.P. Committee on Refresher Courses. PAIN 1996 and Update Review p/ p 158.
6. L Ceraso Oreste. Los Analgésicos Antitérmicos 1994. Edit. López Libreros Editores p/p 1-30.
7. II Congreso Internacional de Clínica y Terapia del Dolor y Cuidados Paliativos. Memorias Tampico Tamaulipas, 19,20,21 Noviembre de 1998 Uso De Opiáceos.
8. Lain K. Crombie I.A.S.P. Task Force on Epidemiology. Epidemiology of Pain 1999.
9. II Simposio Panamericano de Anestesia Regional XXIII Congreso Chileno de Anestesiología Vi1a del Mar 9-11 Noviembre 1995 p/p 95-96.
10. P. Prithvi Raj. Postoperative Pain Management. Becton Dickinson 1996. p/p 37-44.
11. By Alon Winnie. Department of Anesthesiology University of Illinois College of Medicine at Chicago, Illinois. P/P 27-36.
12. Adriani Labat. Anestesia Regional Interamericana Tercera Edici3n p/p 40-53.
13. H. Dickenson. Pharmacology of Pain Transmission and Control. Department of Pharmacology , University College London. United Kingdom. P/p 113-121.
14. Narinder Rawal. Organization Models for Acute Pain Services. Department of Anesthesiology and Intensive Care. Medical Center Hospital. Orebro, Sweden p/p 195 197.
15. Raymon G. Hill. Discovery of New Analgesic Drugs; Issues Relating to Central Acting Given Systemically. MSD. Research Laboratories. Neurosciencie Reseach Center. Harlow U.K. p/p 311-313.
16. Charles E. Pharmacokinetic - Pharmacodynamic Considerations in the Design of analgesic Studies... Cornell University Mecical College. Memorial Sloan Kettering Cancer Center P/p 441-444.
17. Rolando A. Villareal. Ventana Analgésica Postoperatoria. Rev. Mexicana de Anest. 1993.162-225
18. Uriah Guevara. Buprernorfina IM para el control del dolor postoperatorio. Rev. Méx. Anest. 1992. 15: 151-155.
19. Uriah Guevara. Cual es la Vía de Administraci3n ideal para los agonistas parciales. En el alivio del dolor postquirúrgico. Rev. Méx. Anest. 1995: 18: 194-200.

20. Anguiano M. Maricela. Analgesia Postoperatoria con Buprenorfina en Aplicación Preadnestésica. Rev. Méx. Anest. 1995; 18: 121-124.
21. PAC. Anestesia - 1 Programa de actualización para Anestesiólogos. Farmacología Aplicada a la Anestesia. Farmacología de los Analgésicos Opioides y sus antagonistas Abbott Laboratories p/p 5-17.

22. Jensen N. Accurate Diagnosis and Drug in Pain Patients. Postgrad. Med. J. 1991;67:52-55.
23. Mc. Caffery. Pain Manual Practice Clinical 1989.

* Estos parámetros fueron discutidos y aprobados por consenso por el Colegio Mexicano de Anestesiología en su sesión.

LINEAMIENTOS PRÁCTICOS PARA MANEJO DEL DOLOR PERIOPERATORIO OBSTETRICIA

DEFINICIÓN

El dolor postoperatorio es de carácter agudo que aparece fundamentalmente a consecuencia de la estimulación nociceptiva resultante de la cirugía. La analgesia obstétrica debe comprender la fase de dilatación; clásicamente se reconoce el inicio de este periodo por la pérdida del tapón mucoso que ocluye el cuello uterino.

PROPUESTA DE LAS GUÍAS EN EL MANEJO DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO Y PERIODO POSTOPERATORIO

La propuesta de estas guías es mejorar la calidad de la analgesia en las pacientes obstétricas, reduciendo la incidencia de complicaciones, las cuales resultan de un inadecuado control del dolor tanto durante el trabajo de parto como en el periodo postoperatorio; con el único objetivo de incrementar la comodidad de las pacientes.

ENFOQUE

Estas guías se enfocan en el manejo analgésico de las pacientes en trabajo de parto y operación cesárea, el cual requiere de un alto nivel de experiencia y una estructura organizacional.

Y esta dirigida a todo el personal de la salud involucrado en el manejo del dolor en las pacientes obstétricas.

APLICACIÓN

Estas guías están diseñadas para los algólogos y anestesiólogos, los cuales realizan principalmente el manejo del dolor en sala de labor y en el periodo postoperatorio.

PRINCIPIOS

La valoración exitosa del control del dolor depende, en parte en establecer una relación positiva entre el anestesiólogo y la paciente. Las pacientes deberán ser informados del alivio del dolor el cual es parte importante para su comodidad y evitar complicaciones secundarias a este.

GUÍAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN OBSTETRICIA

El planeamiento proactivo es un proceso de integración en el manejo del dolor dentro de los cuidados perioperatorios del paciente, apoyándose en el reconocimiento de la asociación que existe entre las técnicas analgésicas perioperatorios e intraoperatorios para la reducción del dolor en el periodo postoperatorio de la paciente obstétrica.

PLANEACIÓN

Es indispensable una valoración perioperatoria para una adecuada elección de la técnica analgésica, todo esto de acuerdo al tipo de cirugía y a la etapa del trabajo de parto.

ENTRENAMIENTO Y EDUCACIÓN

El personal involucrado en el manejo del dolor perioperatorio en obstetricia debe de recibir un entrenamiento enfocado en la evaluación del dolor y en la utilización de fármacos, técnicas no farmacológicas y técnicas intervencionista e implica la necesidad de una capacitación específica por las diferencias anatómicas y fisiológicas que se presentan en la paciente obstétrica. Este entrenamiento debe ser supervisado por personal especializado y estar sujeto a una actualización permanente y continua.

EDUCACIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

El anestesiólogo en colaboración con el personal de enfermería deberá preparar a la paciente y a su familiar (esposo) en las reglas para el manejo del dolor, como evaluarlo y en la utilización de los diversos métodos analgésicos que se utilizan, con el objetivo de brindar una mayor comodidad a la paciente. Los conceptos erróneos acerca del riesgo de efectos colaterales y la adicción por los fármacos administrados principalmente opioides deben ser eliminados.

DOCUMENTACIÓN

Es necesario e importante contar con instrumentos adecuados para la evaluación, medición y registro del dolor perioperatorio, así como especificar las indicaciones de los fármacos administrados. Es de gran utilidad contar con una hoja de recolección de datos específica para cada modalidad de analgesia utilizada.

VALORACIÓN PREOPERATORIA

a) Historia Clínica: El anestesiólogo se deberá enfocar a realizar una adecuada historia clínica y un examen físico minucioso de la paciente obstétrica, enfatizándolo en la valoración de la vía aérea y la tensión arterial basal. En el caso de elegir como método analgésico la vía peridural se llevará a cabo una exploración de la columna vertebral. De acuerdo a lo datos recolectados se comentará con el resto del equipo médico.

b) Conteo de plaquetas: En la actualidad no existe un acuerdo en el cual el conteo de plaquetas sea un factor predictivo de complicaciones dentro de la anestesia regional. El conteo de estas se deberá individualizar de acuerdo los antecedentes, examen físico y signos clínicos de coagulopatía. Así mismo queda a consideración del anestesiólogo el solicitar algún componente hematológico de acuerdo a los exámenes de laboratorio y valoración preanestésica, anticipando cualquier evento adverso.

c) La frecuencia cardíaca fetal: Deberá ser monitorizada por personal calificado antes y posterior a la administración de la técnica analgésica.

d) Líquidos: La administración oral de una cantidad moderada de líquidos (agua, jugo de frutas sin pulpa, bebidas carbonatadas té claro y café negro) claros puede ser permitida en pacientes en trabajo de parto no complicado, es importante señalar que el volumen de líquidos tiene menor importancia que el tipo de estos. Sin embargo en pacientes de alto riesgo como pacientes con obesidad mórbida, diabetes o dificultad en la vía aérea, se debe restringir la ingesta de líquidos por vía oral. La ingesta de alimentos sólidos tampoco se ha determinado como un factor predictivo de complicaciones, pero se recomienda un ayuno de 8 hrs o más en pacientes obstétricas programadas para cesárea electiva. Evitándose la ingesta de alimentos durante la estancia en labor.

TÉCNICAS PARA MANEJO DE DOLOR POSTOPERATORIO

La analgesia postoperatoria en la paciente obstétrica puede llevarse a cabo por diferentes vías:

1. PCA con opioides sistémicos
2. Analgesia epidural o intratecal con opioides, anestésicos locales o mezcla de ambos.
3. Técnicas regionales

Analgesia Multimodal

Las revisiones bibliográficas actualmente sugieren el uso de 2 o más técnicas analgésicas (incluyendo métodos no farmacológicos) utilizadas en conjunto para el control del dolor perioperatorio en las pacientes obstétricas, especialmente cuando diversos mecanismos de acción están involucrados en su farmacocinética y farmacodinamia o cuando sus efectos se potencializan. Este método puede tener como resultado una adecuada analgesia, con una disminución importante de los efectos colaterales.

Analgesia Epidural

El uso de dosis única con anestésicos locales por vía epidural proporcionan una mejor calidad analgésica comparada con los opioides parenterales. La aplicación de dosis única de opioides por vía intraespinal no ha resultado tener una mejor calidad analgésica en comparación con el bolo único de anestésico local por vía epidural, pero si ha demostrado producir una mayor incidencia de prurito.

La combinación de anestésicos locales con opioides peridurales ha proporcionado una mayor calidad y duración de la analgesia, en comparación con concentraciones iguales de anestésicos locales sin opioides. Esta combinación disminuye el bloqueo motor y mejora la progresión del trabajo de parto con una mayor incidencia de parto eutócico, la evidencia actual no reporta un aumento de náusea, hipotensión, prolongación del trabajo de parto, deterioro del binomio materno-fetal. Además cuando se adicionan opioides a los anestésicos locales por vía epidural, solo se ha podido constatar un incremento en la frecuencia del prurito.

La analgesia epidural también puede utilizarse en infusiones continuas con anestésicos locales, opioides o la combinación de ambos.

Se ha propuesto que las infusiones continuas peridurales con anestésicos locales con o sin opioides reducen el bloqueo motor con una analgesia equivalente a la administrada por bolos.

Analgesia Espinal

La utilización de opioides con o sin anestésicos locales por vía espinal es un método efectivo sin complicaciones importantes para la madre o el producto, los estudios actuales no muestran preferencia de esta técnica sobre la analgesia epidural ya que no existen suficientes estudios que comprueben que una sea mejor que la otra con respecto a la calidad analgésicas.

Técnica Mixta (epidural - espinal)

Esta completamente demostrado que esta técnica es inocua y segura para la madre y el feto, pero queda por comprobar su superioridad en cuanto analgesia y presencia de efectos colaterales con respecto ala técnica epidural o espinal por separado.

Técnica de anestesia regional y progreso del trabajo de parto

Se considera actualmente que la dilatación cervical no es un método confiable para determinar el inicio de la analgesia regional ya que se ha demostrado que el grado de dilatación cervical que presenta la paciente cuando se inicia la analgesia no es un factor determinante en la evolución del trabajo de parto.

CONCLUSIÓN

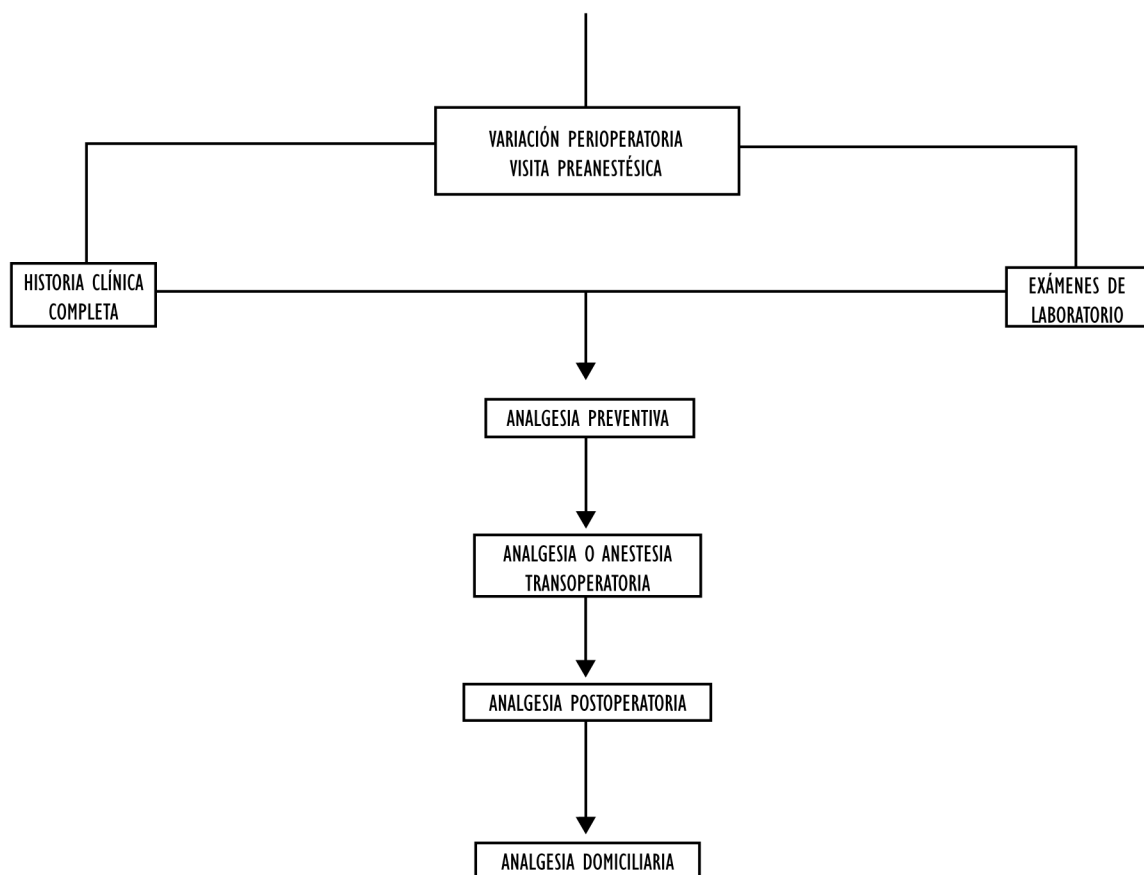
De acuerdo a la revisión realizada, las técnicas descritas deben siempre ser individualizadas. Además se debe tomar en cuenta las habilidades y destrezas de los integrantes del equipo médico quirúrgico, así de los

recursos que se cuentan dentro de cada centro hospitalario.

REFERENCIAS

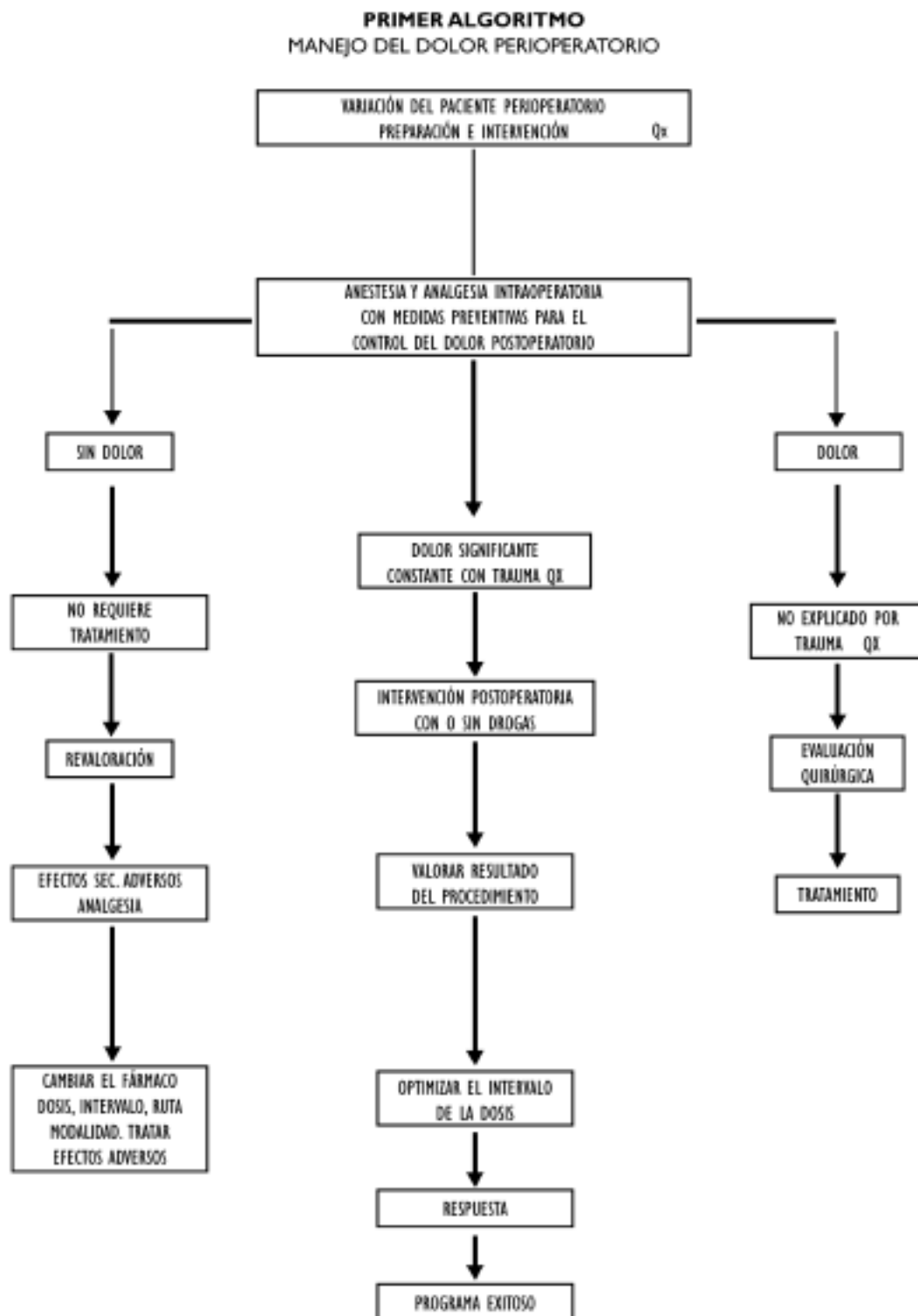
1. Practice Guidelines for Obstetrical Anesthesia. A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force ON Obstetrical Anesthesia. *Anesthesiology* 1999; 90(2): 600-07.
2. Ready LB, Ashburn M, Caplan RA, Carr D. Practice Guidelines for Acute Pain management in the Perioperative Setting. A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Acute Pain Section. *Anesthesiology* 1995; 82(4):1071-81.
3. Guidelines for perinatal Care, 4th ed. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and gynecologists 1997; 100-02.
4. American Society of anesthesiologists: Position on monitored anesthesia care. ASA standars, guidelines and statements; 1997; 20-21.
5. Max MB, Donovan M, Portenoy RK. American pain society quality assurance standars for relief of acute pain and cancer pain, Committe on quality assurance standars, American pain society, Proceedings of the VIth world Congress on Pain. Ed. Elsevier 1991; 185-89.
6. Management of acute of pain: A practical guide, Task Force on Acute Pain, International Associate for Study of Pain. Ed. Seattle IASP; 1992.

CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN OBSTETRICIA

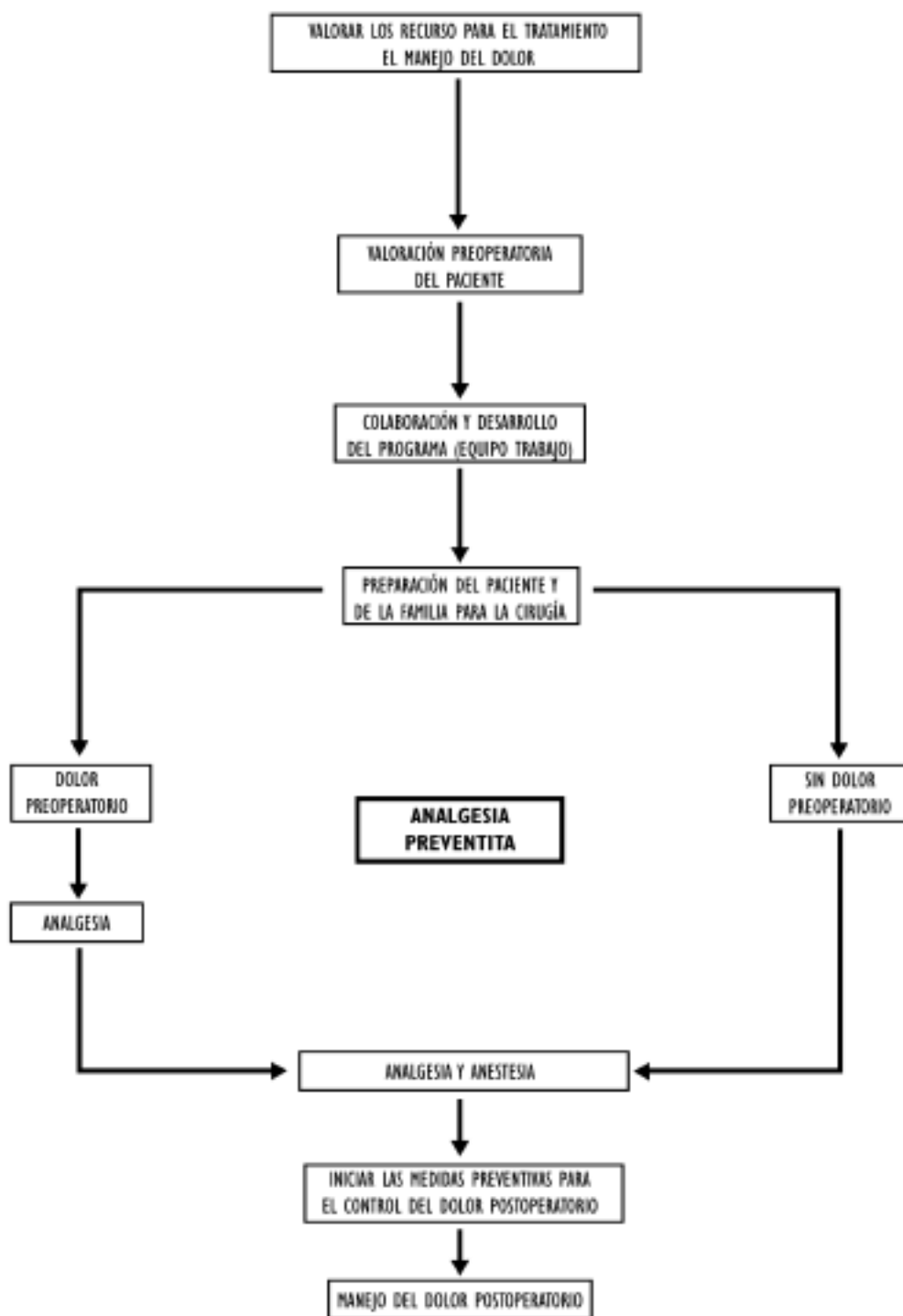


ALGORITMOS DE MANEJO PROPUESTOS

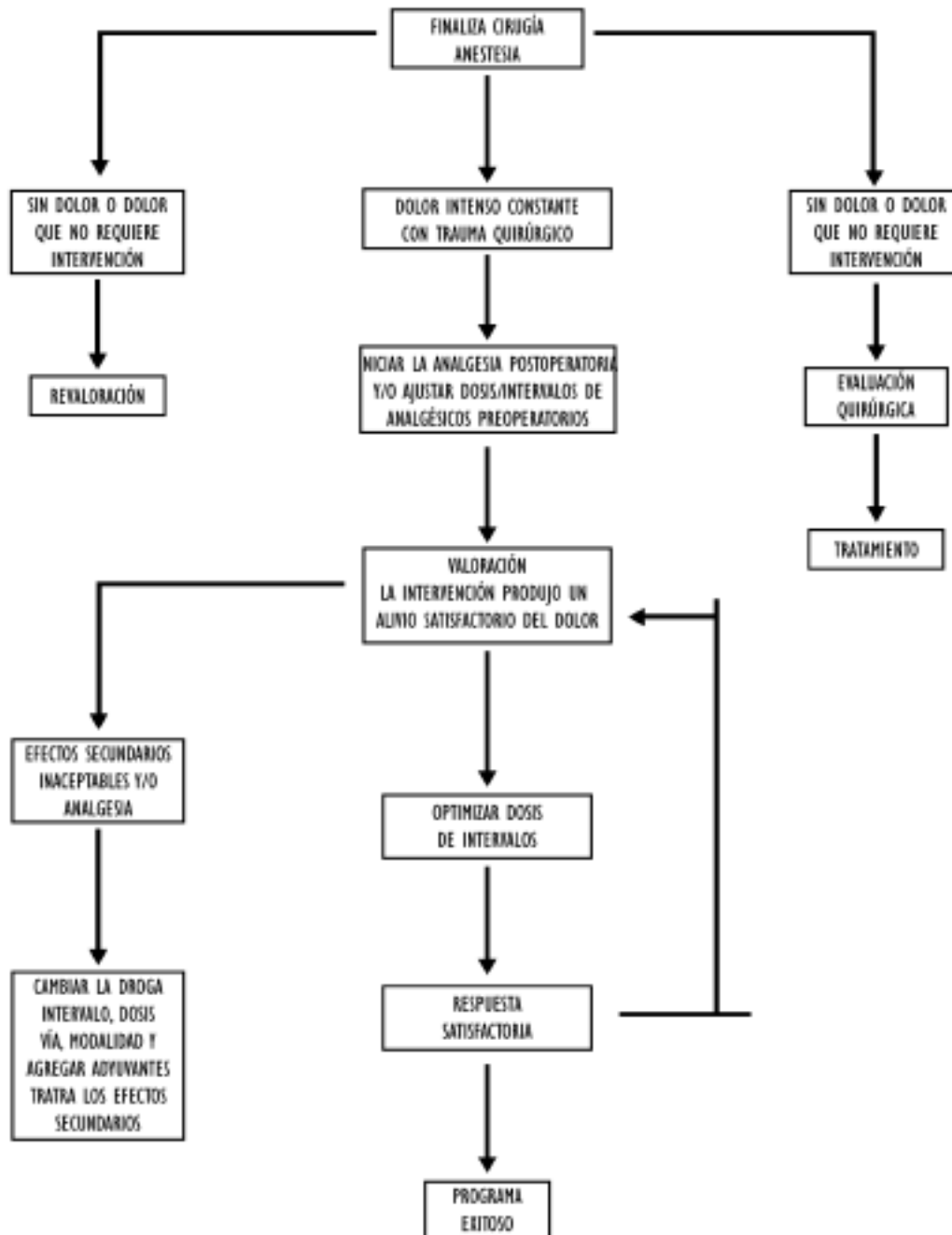
Dada la particularidad de los diferentes ámbitos y especializaciones de la anestesiología actual se anexarán periódicamente lineamientos específicos para cada sub-especialidad. Se adjunta propuesta para el manejo de dolor en Ginec Obstetricia.



SEGUNDO ALGORITMO
TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO (FLUJOGRAMA)
FASES PRE Y TRANSOPERATORIA



TERCER ALGORITMO
TRATAMIENTO DEL DOLOR FLUJOGRAMA
FLUJOGRAMA POSTOPERATORIA



CONSENSO EN DOLOR PERIOPERATORIO PARTICIPANTES

DR. URIAH GUEVARALÓPEZ
Coordinador
Jefe de la Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa del INCMNSZ
Presidente del Colegio Mexicano de Anestesiología A.C.
México, D.F.

DRA. DIANA MOYAO GARCÍA
Jefe de Anestesiología del Hospital Infantil Federico Gómez
Vicepresidente del Colegio Mexicano de Anestesiología A.C.
México, D.F.

ARGELIA LARA SOLARES
INCMNSZ- Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa- México, D.F.

AURELIO CORTÉS PERALTA
Hospital General de Zona No. 1 IMSS Anestesiología OAXACA

ALEJANDRO CRUZ SUÁREZ MENDOZA
Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX- Terapias Intensiva- México, D.F.

ALFREDO COVARRUBIAS GOMEZ
Hospital PEMEX Proadno Anestesiología México, D.F.

AMILCAR JESUS SÁNCHEZ Y SÁNCHEZ
Hospital Dr. Miguel Trijueque SSSTE Anestesiología Algodón, Colima, Colima

ANTONIO CESAR TAMAYO VALENZUELA
Clínica del Dolor- México, D.F.

ANTONIO FEDERICO CAMPOS VILLEGAS
Hospital General Babuena Anestesiología México, D.F.

CARLOS ANTONIO GAONA REYES
INCMNSZ- Clínica del Dolor- México, D.F.

CARLOS RODRÍGUEZ CELAYA
Anestesiología Hermosto, Sonora

DAVID REYES CHIQUETE
Hospital General de Ecatepec del Instituto de Salud del Estado de México Anestesiología

EDUARDO NUÑEZ CABRERA
Hospital PEMEX Proadno Anestesiología México, D.F.

EDUARDO PERALES CALDERA
INCMNSZ- Clínica del Dolor- México, D.F.

ENRIQUE MARIO OLIVARES DURÁN
Hospital de Especialidades No. 10 CMN León IMSS- Terapias Intensiva- León, Guanajuato

GERARDO COLLADO ALCANTARA
ISSSTE Anestesiología Cuernavaca, Morelos

HORTENSIA AYON VILLANUEVA
CMNSX- Clínica del Dolor- México, D.F.

HUGO MARTÍNEZ ESPINOZA
Anestesiología Mexicali, Baja California Norte

JAIME OSCAR DURÁN LOCOER
Clínica del Dolor- Mérida, Yucatán

JAIME RIVERA FLORES
Hospital General Babuena Anestesiología México, D.F.

JOEL SAGO YARAMÍREZ
Nauzapan, Estado de México

JORGE GARCÍA ANDREU
Hospital San José Anestesiología Querétaro

JORGE JIMÉNEZ TORNERO
Guadalupe, Jalisco

JORGE RAFAEL HERNÁNDEZ SANTOS
CMN 20 Noviembre SSSTE Algodón México, D.F.

JOSE ANTONIO CORDOVA DOMÍNGUEZ
Hospital Dr. Rafael Pascasio Gamboa S.S.A. Anestesiología Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

JUAN CARLOS TORRES HUERTA
Hospital 20 de Noviembre Clínica del Dolor- México, D.F.

JULIO ZARAGOZA DEL GADILLO
Hospital Médica Sur México, D.F.

LUIS JAUREGUI FLORES
INCMNSZ México, D.F.

MARGARITA E. ARAUJO NAVARRETE
Hospital Ángeles de las Lomas Torredes Consultorios

MARIA DE LOS ANGELES MARTINEZ ARENAS
Unidad de Oncología Aguascalientes Aguascalientes

MIGUEL ÁNGEL GENIS RONDERO
Hospital de Ortopedia Dr. Victorio de la Fuente IMMS- Clínica del Dolor- Tlanepanilla, Estado de México

PAOLA ANDREA DÍAZ ZULUAGA
INCMNSZ- Clínica del Dolor- México, D.F.

RAMÓN DE LILLY Y FUENTES
Hospital Médica Sur- Clínica del Dolor- México, D.F.

RAÚL CARRILLO ESPER
Hospital Central Sur de Alta Especialidad- Terapias Intensiva- México, D.F.

RICARDO PLANCART SÁNCHEZ
Instituto Nacional de Cancerología- Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos- México, D.F.

RIGOBERTO CASTRO
CHGZM Embudo, Luán, Zacatecas, Zacatecas

SAHIED ALBERTO SUASTEGUI RIVERA
Anestesiología Chapingo, Guerrero

SERGIO TENOPAL VILLEGAS
Hospital 20 de Noviembre- Clínica del Dolor- México, D.F.

SILVIA DEL CARMEN CHAPARRO HERNÁNDEZ
Hospital Orma Chihuahua Anestesiología Chihuahua, Chihuahua