

Anestesia basada en remifentanyl y analgesia postoperatoria ¿es distinto el enfoque? ¿por qué?

Dr. Gustavo Cortés-Munizaga*

*Anestesiólogo Postgraduado en la P. Universidad Católica de Chile, Anestesiólogo de Staff, Clínica Santa María, Santiago de Chile, Profesor Anestesiología, Fac.de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile, Miembro Fundador de TIVA Chile.

La propiedad más útil de remifentanyl para el intraoperatorio es también la causa de que el manejo de la analgesia postoperatoria deba ser reenfocado.

En el caso de remifentanyl, al caer tan rápidamente la concentración del opioide, desaparece también la analgesia postoperatoria inmediata (1-2 h) que acompaña a los opioides convencionales (morfina, fentanyl).

Por esto, la analgesia postoperatoria se hace independiente de la anestesia, y en estos pacientes se debe planear desde el preoperatorio.

Conceptos a aplicar:

- a) **Analgesia preventiva:** Administración de analgésicos antes de los estímulos dolorosos.
- b) **Analgesia multimodal:** Uso conjunto de varias drogas analgésicas que tengan distintos mecanismos de acción, para obtener mayor analgesia sin aumentar los efectos colaterales de cada una:
 - b.1. AINEs:
 - Opioides de acción prolongada, (iniciar antes del fin de la operación según su latencia)

Paracetamol; infiltración de la herida con anestésico local; Tramadol.

Bloqueos neurales (centrales o periféricos) con anestésicos locales u otras drogas.

Corticoides

- b. 2. En casos especiales:

Ketamina, clonidina, dexmedetomidina, gabapentinoides, Mg++.

c) Opciones no farmacológicas:

- 1. Cognitivo-conductuales; 2. Agentes físicos

- d) **Uso de protocolos:** Procedimiento-específicos de manejo de dolor postoperatorio

(ej.: www.postoppain.org)

Tomar siempre en consideración el tipo y magnitud de la cirugía para estimar la intensidad esperada del dolor postoperatorio.

- e) Adecuada **evaluación** y registro del dolor (EVA)

- f) Creación de **Unidades de Dolor Agudo**