

Control del dolor en procedimientos ambulatorios

Dra. Ana Lilia Garduño-López,* Dra. María Teresa Guizar-Rangel,*
Dr. Ángel Antonio Sarabia-Collazo,** Dra. Lisette Castro-Garcés*

* Departamento de Anestesiología.

** Unidad de Dolor Agudo del Departamento de Anestesiología.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán».

En los últimos años, la evolución de las técnicas quirúrgicas ha cambiado el panorama perioperatorio para la cirugía ambulatoria. Existe mayor utilización de cirugía mínimamente invasiva y menores tiempos quirúrgicos con el objetivo de tener una recuperación más rápida⁽¹⁾.

El tratamiento anestésico y analgésico en el entorno ambulatorio también ha evolucionado para ayudar a reducir la estancia hospitalaria, reducir los reingresos y minimizar los eventos adversos durante el período postoperatorio, como el dolor incontrolado, la náusea y el vómito⁽²⁾. Hasta hace unos años los opioides eran considerados la piedra angular de la analgesia postoperatoria; sin embargo, ante la crisis opioide en Estados Unidos⁽³⁾ y los programas de recuperación rápida (ERAS)⁽⁴⁾, este abordaje ha sido modificado y actualmente existen cambios relevantes en la planeación analgésica, con una tendencia de ahorro opioide⁽⁵⁾, o bien si la cirugía así lo permite, analgesia libre de opioides⁽⁶⁾. Los adyuvantes como la lidocaína, la ketamina y los gabapentinoides han tomado un lugar importante como parte de la analgesia multimodal⁽²⁾. Por lo tanto, actualmente se prefiere tener una analgesia basada en técnicas regionales, neuroaxiales o locales, complementadas con adyuvantes y finalmente rescate analgésico con dosis mínimas de opioide^(2,7) (Figura 1). La evaluación del dolor postquirúrgico también está modificada en función de metas y resultados, enfocados a las actividades que el paciente pueda realizar después de un procedimiento quirúrgico, como respirar profundo, toser, deambular y comer⁽⁸⁾, lo cual le permite retornar rápidamente a sus actividades cotidianas.

Actualmente la analgesia multimodal tiene un abordaje que incorpora medicamentos que pueden trabajar sinérgicamente para ayudar a reducir las reacciones adversas a medicamentos. El esquema ya conocido de AINE o COX2 y paracetamol ha demostrado un efecto sinérgico y útil en el contexto perioperatorio. La infiltración superficial de anestésicos locales alrededor de la incisión quirúrgica con anestesia local proporciona una

adecuada analgesia, recomendación que se encuentra descrita en diversas guías⁽²⁾. Sin embargo en México contamos con anestésicos locales de corta duración por lo que la duración no es mayor a 12 hrs aun con adyuvantes^(9,10), razón por la cual, en algunas ocasiones, requerimos de otras estrategias analgésicas que complementen el manejo después de este tiempo.

La utilización de la anestesia regional ha crecido en los últimos años gracias al uso del ultrasonido, cada vez con más frecuencia un número mayor de intervenciones regionales para dolor agudo postoperatorio se está utilizando en el contexto ambulatorio. Se ha demostrado que los bloqueos nerviosos periféricos están asociados con puntuaciones de dolor reducidas y una menor necesidad de analgésicos opioides en el postoperatorio. Además, existe evidencia en el aumento de la satisfacción del paciente. El ultrasonido ofrece una opción más segura, rápida y, en general, más precisa y eficaz para la realización de bloqueos regionales. La analgesia se puede lograr mediante técnicas de depósito de anestésico local único o inserción de catéteres perineurales continuos^(11,12).

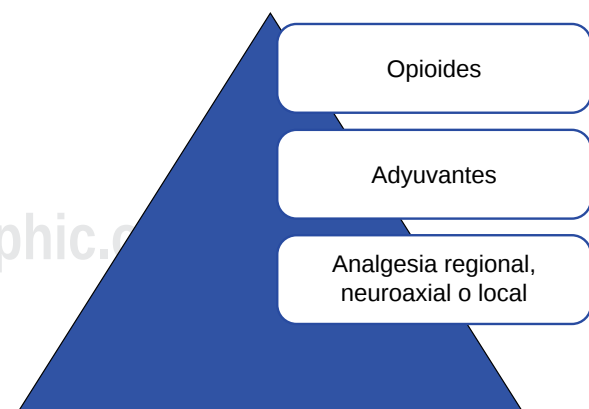


Figura 1. Analgesia multimodal en cirugía ambulatoria.

Este tipo de analgesia tiene varios beneficios y en USA o en Europa es una práctica cotidiana en el contexto ambulatorio^(13,14). Múltiples esquemas han sido recomendados en la literatura para analgesia en cirugías ambulatorias que incluyen analgesia multimodal y procedimientos regionales guiados por USG, como se muestra en el cuadro I^(2,15-20). Sin embargo estas propuestas deben ser individualizadas con cada paciente y en cada centro hospitalario.

CONCLUSIÓN

Los avances tanto en técnicas anestésicas como quirúrgicas han facilitado un mayor número de procedimientos realizados en un entorno ambulatorio. Se requiere de un trabajo en conjunto del equipo quirúrgico y anestésico, para ayudar a acelerar la recuperación del paciente y facilitar la reanudación de las actividades normales después de una cirugía.

Cuadro I. Recomendaciones analgésicas en cirugía ambulatoria.

Procedimiento quirúrgico	Recomendaciones	Rescate (control inadecuado)	Observaciones
Colecistectomía laparoscópica	1. Paracetamol y/o AINE 2. Dexametasona 3. Infiltración de la herida quirúrgica con anestésico local de larga duración	Opioide 2ª opción: 1. Gabapentinoides 2. TAP subcostal 3. Instilación de anestésico local en lecho quirúrgico	Dolor moderado a severo en las primeras 24 hrs Analgésia epidural efectiva en caso de conversión a cirugía abierta
Hernioplastia umbilical/inguinal	1. Paracetamol y/o AINE o COX2 3. Infiltración de herida quirúrgica 4. Infusión continua de herida quirúrgica	Opioides débiles	Dolor leve a moderado en las primeras 24 hrs a infusión continua de herida quirúrgica, analgesia espinal o epidural son efectivas. El grupo no las recomienda por el costo y complicaciones
Histerectomía abierta abdominal	1. Paracetamol y/o AINE o COX2 3. Infiltración de herida quirúrgica 4. Infusión continua de herida quirúrgica 5. Bloqueo epidural continuo 6. Bloqueo subaracnoideo con morfina o bloqueo TAP	Opioides débiles Opioides Fuertes	Dolor moderado a severo en las primeras 24 hrs Considerar analgesia epidural sólo en pacientes de alto riesgo pulmonar
Cirugía abierta de cuello	1. Paracetamol y/o AINE o COX2 2. Infiltración de herida quirúrgica 3. Bloqueo del plexo cervical superficial y profundo	Opioides débiles	Dolor leve a moderado en las primeras 24 hrs
Tiroides y Paratiroides	1. AINE y/o COX2 2. Bloqueo plexo braquial (supraclavicular, infraclavicular)	Opioides débiles	Dolor leve a moderado en las primeras 24 hrs
Cirugía de mano y codo	1. Paracetamol y/o AINE o COX2 2. Bloqueo subaracnoideo con morfina o 3. Bloqueo único o continuo en nervio ciático poplíteo o bloqueo periférico del tobillo	Opioides débiles	Dolor leve a moderado en las primeras 24 hrs
Cirugía abdominal laparoscópica	1. Paracetamol y/o AINE o COX2 2. Infiltración de puertos 3. Infusión de lidocaína * desde el transoperatorio hasta después de 24 hrs o bloqueo TAP 3. Rescates de opioide débil	Opioides débiles	Bloqueo epidural en pacientes de alto riesgo pulmonar
Mastectomía radical	1. Gabapentinoides 2. Paracetamol y/o AINE o COX2 3. Bloqueo paravertebral o Bloqueo PEC1 y PEC2	Opioides débiles	El uso de gabapentina en algunos estudios ha demostrado la reducción de dolor neuropático después de 6 meses de la mastectomía.

REFERENCIAS

1. Prabhakar A, Cefalu JN, Rowe JS, Kaye AD, Urman RD. Techniques to optimize multimodal analgesia in ambulatory surgery. *Current pain and headache reports*. 2017;21:24.
2. Tan M, Law LS, Gan TJ. Optimizing pain management to facilitate Enhanced Recovery After Surgery pathways. *Can J Anaesth*. 2015;62:203-18.
3. Soelberg C, Brown R, Du Vivier D, Meyer J, Ramachandran B. The US opioid crisis: current federal and state legal issues. *Anesth & Analg*. 2017;125:1675-1681.
4. Beverly A, Kaye A, Ljungqvist O, Urman R. Essential elements of multimodal analgesia in enhanced recovery after surgery (ERAS) guidelines. *Anesth clinics*. 2017;35:e115-e143.
5. Kumar K, Kirksey MA, Duong S, Wu CL. A review of opioid-sparing modalities in perioperative pain management: methods to decrease opioid use postoperatively. *Anesth Analg*. 2017;125:1749-60.
6. Kamdar N, Hoftman N, Rahman S, Cannesson M. Opioid-free analgesia in the era of enhanced recovery after surgery and the surgical home: implications for postoperative outcomes and population health. *Anestes Analg*. 2017;125:1089-1091.
7. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, et al. Management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *The Journal of Pain*. 2016;17:131-57.
8. Levy N, Sturgess J, Mills P. "Pain as the fifth vital sign" and dependence on the "numerical pain scale" is being abandoned in the US: Why?. *BJA*. 2018;120:435-438.
9. Emelife PI, Eng MR, Menard BL, Myers AS, Cornett EM, Urman RD, et al. Adjunct medications for peripheral and neuraxial anesthesia. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2018;32:83-99.
10. Zhao WL, Ou XF, Liu J, Zhang WS. Perineural versus intravenous dexamethasone as an adjuvant in regional anesthesia: a systematic review and meta-analysis. *J Pain Res*. 2017;10:1529-43.
11. Malchow R, Gupta R, Shi Y, Shotwell M, Jaeger L, Bowens C. Comprehensive analysis of 13,897 consecutive regional anesthetics at an ambulatory surgery center. *Pain Medicine*. 2017;19:368-384.
12. Neal J. Ultrasound-Guided Regional Anesthesia and Patient Safety: Update of an Evidence-Based Analysis. 2016;41:195-204.
13. Gabriel R, Ilfeld M. Use of regional anesthesia for outpatient surgery within the United States: a prevalence study using a nationwide database. *Anestes Analg*. 2018;126:2078-2084.
14. Zaccagnino M, Bader A, Sang C, Correll D. The perioperative surgical home: a new role for the acute pain service. *Anestes Analg*. 2017;125:1394-1402.
15. Barazanchi AWH, MacFater WS, Rahiri JL, Tutone S, Hill AG, Joshi GP, Lirk P. Evidence-based management of pain after laparoscopic cholecystectomy: a PROSPECT review update. *British journal of anaesthesia*. 2018;121:787-803.
16. Beaussier M, Sciard D, Sautet A. New modalities of pain treatment after outpatient orthopaedic surgery. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. 2016;102:S121-S124.
17. Dunn LK, Durieux ME. Perioperative Use of Intravenous Lidocaine. *Anesthesiology*. 2017;126:729-37.
18. Abdallah F, MacLean D, Madjdpour C, Cil T, Bhatia A, Brull R. Pectoralis and serratus fascial plane blocks each provide early analgesic benefits following ambulatory breast cancer surgery: a retrospective propensity-matched cohort study. *Anestes Analg*. 2017;125:294-302.
19. www.postopain.org
20. www.asecma.org/Documentos/Blog/Guia_DAP.pdf