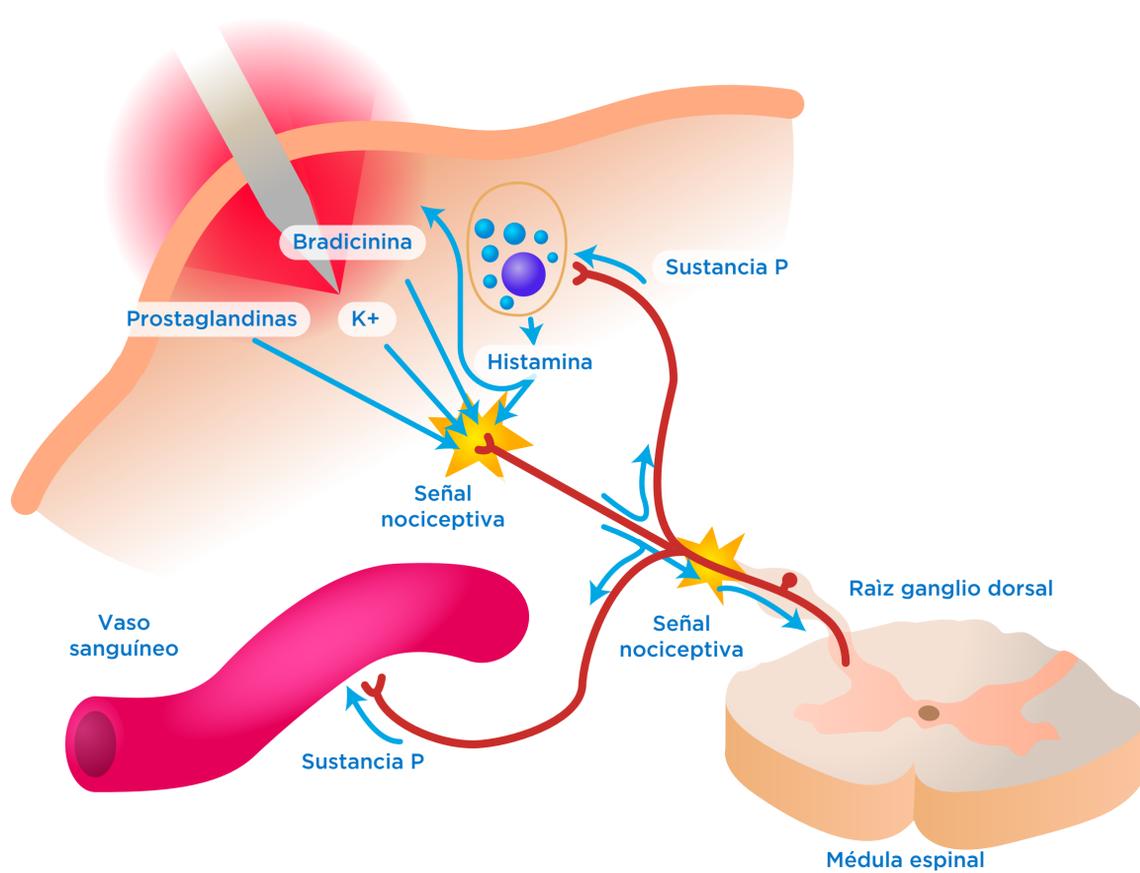


DOLOR AGUDO POSTQUIRÚRGICO, ANALGESIA PRE, INTRA, Y POST CIRUGÍA

Las metas del manejo de dolor perioperatorio son aliviar el sufrimiento, alcanzar movilización temprana y reducir la estancia intrahospitalaria, alcanzando la satisfacción del paciente. Los protocolos de control de dolor deben tomar en cuenta condiciones médicas, psicológicas y físicas, edad, nivel de ansiedad y miedo, tipo de cirugía, preferencia personal y respuesta a agentes previos. La estrategia óptima consiste en la terapia multimodal para minimizar la necesidad de uso de opioides.^{1,2,3}



El manejo óptimo del dolor incluye varios agentes, cada uno actuando en diferentes sitios de la vía del dolor, denominado analgesia multimodal. Así se reduce la dependencia a un medicamento y mecanismo, así como reduce o elimina el uso de opioides. La sinergia entre opioides y no opioides reduce los efectos secundarios del opioide.^{4,5}

La actividad del receptor de dolor puede ser bloqueada directamente (ej, lidocaína) o medicamentos anti-inflamatorios (ej, aspirina, AINE) pueden ser utilizados para disminuir la respuesta hormonal local e indirectamente disminuir la activación del receptor de dolor.^{6,7}

Algunos analgésicos inhiben o aumentan la actividad de los neurotransmisores (ej, ketamina, clonidina, acetaminofen, gabapentina, pregabalina). Para producir analgesia, la actividad de algunos transmisores puede ser afectada, como sustancia P, péptido asociado a calcitonina, aspartato, glutamato y ácido gamma-aminobutírico (GABA).⁷



En cirugía ambulatoria se recomienda manejo en recuperación con analgesia sistémica no opioide, seguida por opioides de acción corta IV si se considera necesario, después utilizar AINE, paracetamol y un curso de opioide oral corto hasta el alta.⁸



En cirugía intra-abdominal de mínima invasión, técnicas de analgesia regional, como infiltración de anestésico local, bloqueo por planos o bloqueo interfascia. Para incrementar analgesia si se requiere ayuno postoperatorio, se sugiere analgesia controlada por el paciente o bolos de opioide IV administrados por enfermería. Se puede agregar un AINE o paracetamol si no hay contraindicación. La administración oral puede iniciarse al ser tolerada.^{9,10}



En cirugía mayor o torácica y en el paciente dependiente de opioides, se sugieren técnicas de analgesia neuroaxial en conjunto con anestesia general, utilizando analgesia epidural continua o inyección única epidural u opioide espinal. El manejo neuroaxial en conjunto con la analgesia preventiva provee analgesia efectiva y dirigida.^{9,10}

El manejo del dolor actualmente debe recaer en las combinaciones adecuadas de los medicamentos, con foco en las necesidades específicas de cada paciente y el tipo de procedimiento utilizado.

Línea analgesia de ASOFARMA pone a su disposición su gama de productos para el dolor agudo y crónico; siempre accesible para su paciente.

#NosQuedamosEnCasaPeroEstamosEnLinea

Material exclusivo para el profesional de la salud y de apoyo durante la consulta

Para notificar una sospecha de Reacción Adversa a Medicamentos escriba a farmacovigilancia@asofarma.com.mx

Referencias:

1. Alam A, Juurlink DN. The prescription opioid epidemic: an overview for anesthesiologists. *Can J Anaesth.* 2016 Jan; 63(1):61-8.
2. Mudumbai SC, Oliva EM, Lewis ET, et al. Time-to-Cessation of Postoperative Opioids: A Population-Level Analysis of the Veterans Affairs Health Care System. *Pain Med* 2016; 17:1732.
3. Sun EC, Darnall BD, Baker LC, Mackey S. Incidence of and Risk Factors for Chronic Opioid Use Among Opioid-Naive Patients in the Postoperative Period. *JAMA Intern Med* 2016; 176:1286. 3. Kelly DJ, Ahmad M, Brull SJ. Preemptive analgesia I: physiological pathways and pharmacological modalities. *Can J Anaesth* 2001; 48:1000.
4. Woolf CJ, Chong MS. Preemptive analgesia--treating postoperative pain by preventing the establishment of central sensitization. *Anesth Analg* 1993; 77:362.
5. Suzuki H. Recent topics in the management of pain: development of the concept of preemptive analgesia. *Cell Transplant* 1995; 4 Suppl 1:S3.
6. Møiniche S, Kehlet H, Dahl JB. A qualitative and quantitative systematic review of preemptive analgesia for postoperative pain relief: the role of timing of analgesia. *Anesthesiology* 2002; 96:725.
7. Rosero EB, Joshi GP. Preemptive, preventive, multimodal analgesia: what do they really mean? *Plast Reconstr Surg* 2014; 134:85S.
8. Katz J, Clarke H, Seltzer Z. Review article: Preventive analgesia: quo vadimus? *Anesth Analg* 2011; 113:1242.
9. Ong CK, Lirk P, Seymour RA, Jenkins BJ. The efficacy of preemptive analgesia for acute postoperative pain management: a meta-analysis. *Anesth Analg* 2005; 100:757.
10. Ke RW, Portera SG, Bagous W, Lincoln SR. A randomized, double-blinded trial of preemptive analgesia in laparoscopy. *Obstet Gynecol* 1998; 92:972.