



Comparación analgésica en pacientes colecistectomizados dentro del protocolo ERAS

Dr. José Daniel Olán Álvarez | Dra. en C. Rosalinda Gutiérrez Hernández | Dr. Eduardo Andrés Lanzarín Muñoz

Comparación analgésica en pacientes colecistectomizados dentro del protocolo ERAS

Dr. José Daniel Olán Álvarez ¹

Dra. en C. Rosalinda Gutiérrez Hernández²,

Dr. Eduardo Andrés Lanzarín Muñoz³

¹ Residente del cuarto año de Cirugía General del Hospital General
ISSSTE Zacatecas

² Docente de TC programa Licenciatura em Nutrición de la
Universidad Autónoma de Zacatecas

³ Médico adscrito al servicio de cirugía general del Hospital General del
ISSSTE Zacatecas.

Contacto: danielolan12@gmail.com

Resumen

Introducción: la gestión del dolor postoperatorio en pacientes colecistectomizados es crucial para la recuperación exitosa del paciente y un adecuado manejo del dolor favorecen la reducción de la respuesta metabólica y endocrina al estrés quirúrgico. la OMS recomienda como primera elección la vía oral en el marco multimodal, la vía intravenosa cuando se encuentra el paciente en el ámbito hospitalario cuando la vía oral no está disponible y los bloqueos cuando se desea una analgesia sostenida.

Objetivo: Comparar el bloqueo analgesia multimodal con enfoque en la vía oral y otro con enfoque intravenoso en pacientes colecistectomizados y evaluar la efectividad analgésica. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, con aplicación de encuestas a pacientes que cumplieran con las particularidades del protocolo ERAS en el postoperatorio inmediato. **Resultados:** La administración intravenosa de analgésicos fue eficaz. En el grupo de analgesia IV + bloqueo ningún paciente requirió medicación adicional, lo que refleja un control adecuado del dolor en el postoperatorio inmediato. Según la experiencia analgésica intrahospitalaria un total de 36 pacientes la reportaron “muy buena” lo que representa el 90%.

Palabras clave: Analgesia, protocolo ERAS, colecistectomía laparoscópica

Introducción

La colecistectomía laparoscópica es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes a nivel mundial y. La elección entre la administración de analgesia por vía oral e intravenosa, en combinación con el protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), puede influir significativamente en el control del dolor y la evolución postoperatoria de los pacientes ¹.

Los beneficios de un adecuado manejo del dolor incluyen la reducción de la respuesta metabólica y endocrina al estrés quirúrgico, así como el control eficaz contra el dolor trans y postoperatorio. La combinación de diferentes tipos de anestesia como la general, regional o local, permite un mayor control del dolor, lo que resulta en una recuperación más rápida y en una menor incidencia de íleo paralítico.

La importancia de este enfoque radica en comprender las prácticas en torno al uso de analgésicos, AINEs y combinación de estrategias en el manejo del dolor del paciente y su efecto con la recuperación después de la cirugía.

Lo anterior, derivado entre otras cosas a que el uso de opioides comenzó a generar nuevos problemas, como es el caso de una publicación en el año 2014 reportó cerca de 20,000 muertes en Estados Unidos como un problema social en abuso de opioides (Quinlan, 2021). Y que el uso de opioides se relacionó con la depresión respiratoria y muerte por sobremedicación por lo que se buscó un plan de tratamiento multimodal individualizado que combinara estrategias como el apoyo psicosocial, la coordinación

¹ ERAS, programa de recuperación mejorada, el protocolo ERAS es una guía integral que busca optimizar la experiencia del paciente durante el perioperatorio, desde la preparación hasta la recuperación postoperatoria, con el objetivo de obtener una mejor recuperación y reducir el impacto de la cirugía en el paciente. Los principios clave del protocolo ERAS incluyen asesoramiento preoperatorio, nutrición preoperatoria, evitar el ayuno perioperatorio y la carga de carbohidratos hasta 2 horas antes de la operación, regímenes anestésicos y analgésicos estandarizados (analgesia epidural y no opioide) y movilización temprana.

de la atención, la promoción de comportamientos saludables, enfoques no farmacológicos y medicamentos no opioides para el dolor.

Un estudio realizado en el 2022 por Jin-seok con el título “Comparación de la eficacia analgésica de la analgesia multimodal con ahorro de opioides y la analgesia controlada por el paciente a base de morfina en la cirugía mínimamente invasiva para el cáncer colorrectal”, definió a la analgesia multimodal como; el uso de dos o más modos analgésicos para apuntar a diferentes receptores a lo largo de la vía del dolor para mejorar la analgesia y reducir los efectos secundarios, donde se demostró que el uso elevado de opioides entre pacientes hospitalizados aumenta el riesgo de uso continuo de éstos después de la cirugía (Yeo, 2022).

Claes publicó en JAMA Network Open en 2023, un estudio retrospectivo donde señaló que en Estados Unidos, los cirujanos emitieron aproximadamente 30 millones de recetas de opioides en 2012, constituyendo alrededor del 10% de todos los opioides recetados, señalando que la analgesia multimodal es un abordaje en el que se combinan varios analgésicos para maximizar la analgesia y minimizar sus efectos adversos utilizando técnicas analgésicas regionales, como epidurales, bloqueos espinales, bloqueo de plano transversal del abdomen y los bloqueos de rectos (Gedda, 2023).

En este contexto, la OMS recomienda como primera elección la vía oral en el marco multimodal, la vía intravenosa cuando se encuentra el paciente en el ámbito hospitalario cuando la vía oral no está disponible y los bloqueos cuando se desea una analgesia sostenida con disminución de la dosificación de los AINEs. Así distintos autores han ido ampliando la evidencia sobre la diversidad de usos para favorecer el bienestar del paciente, como el siguiente: “Analgesia postoperatoria, manejo de las náuseas y vómitos postoperatorios”. El método elegido de analgesia multimodal depende de combinaciones asociadas como la intravenosa, la vía oral,

bloqueos locorregionales, infiltraciones intraarticulares, como los menciona Arance G. en su publicación (García, 2022).

La cirugía laparoscopia ofrece ventajas al paciente, durante ésta, el cirujano proporciona un evento de mínima invasión lo que se traduce a una menor respuesta metabólica al trauma para una pronta reanudación de la actividad física y en este tenor otra publicación, mediante un ensayo aleatorizado donde fueron evaluadas 105 mujeres comparando el bloqueo TAP o bloqueo del plano transversal abdominal, guiado por laparoscopia e infiltración de anestésico local en sitio de trocar, donde se concluyó una mayor efectividad analgésica (Sharkwy, 2018).

A pesar de que existe información faltan consensos sobre cuál vía es más efectiva en el contexto postquirúrgico inmediato, especialmente en pacientes colecistectomizados. La variabilidad en las prácticas clínicas y las preferencias individuales de los pacientes complican aún más esta comparación.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo con aplicación de encuestas a pacientes que cumplieran con las particularidades del protocolo ERAS en el postoperatorio inmediato. La muestra se dividió en dos grupos: uno que recibió analgesia multimodal con enfoque en la vía oral y otro con enfoque intravenoso, todos los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica.

Resultados

Un total de 40 pacientes fueron encuestados, en la siguiente tabla se muestran ambos grupos clasificados por sexo, Ver tabla 1.

Tabla 1 | Distribución de los tratamientos de analgesia por sexo

	Mujer	Hombre	Total
Analgesia VO + bloqueo	17	3	20
Analgesia IV + bloqueo	18	2	20
Total	35	5	40

Fuente: Elaboración propia a partir de la recolección de datos.

En la tabla 2 se presentan los recuentos de pacientes que recibieron analgesia multimodal, clasificados según el índice de masa corporal, en la columna de analgesia vía oral con bloqueo, se observa que un total de 5 pacientes presentan sobrepeso, mientras que 8 presentan obesidad y 7 pacientes están en peso normal. En la columna de analgesia intravenosa con bloqueo, se observa que 13 pacientes tienen sobrepeso, no hubo casos de pacientes con obesidad, y en peso normal 7.

El presente estudio comparativo entre analgesia VO + bloqueo de músculos

Tabla 2 | Distribución de casos según índice de masa corporal por tipo de analgesia

	Analgesia VO + bloqueo	Analgesia IV + bloqueo	Total
Sobrepeso	5	13	18
Obesidad	8	0	8
Peso Normal	7	7	14
Total	20	20	40

Fuente: Elaboración propia a partir de la recolección de datos.

transversos y analgesia IV + bloqueo de músculos transversos durante el manejo del dolor postquirúrgico, reveló que la administración intravenosa de analgésicos fue eficaz. En el grupo de analgesia IV + bloqueo, ningún paciente requirió medicación adicional, lo que refleja un control adecuado del dolor en el postoperatorio inmediato. En contraste, el 25% de los pacientes en el grupo de analgesia VO + bloqueo precisaron analgesia adicional, lo que sugiere que este enfoque no fue tan efectivo para todos los pacientes. Además, se observó una relación entre la respuesta analgésica y el índice de masa corporal (IMC) de los pacientes. En el grupo de analgesia VO + bloqueo, fueron casos de obesidad, mientras que en el grupo de analgesia IV + bloqueo, no se registraron pacientes con obesidad. Esta diferencia podría indicar que el IMC influye en la eficacia del tratamiento analgésico, lo que sugiere la necesidad de personalizar la elección del método según las características individuales del paciente.

Los resultados fueron sometidos a análisis estadístico que permitió calcular un intervalo de confianza del 95% por medio del software SPSS.

Según la experiencia analgésica intrahospitalaria de los encuestados se dividió en cuatro categorías; muy mala, mala, buena y muy buena, siendo un total de 36 respuestas con una experiencia analgésica de “muy buena” lo que representa el 90%.

En la siguiente tabla con intervalo de confianza significativo del 95% en el grupo de datos en Analgesia VO + bloqueo, el valor de Shapiro-Wilk es de 0.433, con un grado de libertad de 20 y un valor de significancia de 0.000 pero con poca variabilidad

Tabla 3 | Experiencia analgésica intrahospitalaria

	Frecuencia	Porcentaje (%)
0 Muy mala	0	0
1-3 Mala	0	0
4-6 Buena	4	10.0
7-10 Muy Buena	36	90.0
Total	40	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de la recolección de datos.

de dispersión. Este resultado indica que la distribución de los datos en este grupo no sigue una distribución normal, ya que el valor de significancia es menor que el nivel de significancia (0.05), por lo que se rechaza la hipótesis nula de que los datos siguen una distribución normal en este grupo. Para el segundo grupo de datos en Analgesia IV + bloqueo, el valor de Shapiro-Wilk es de 0.351, con un grado de libertad de 20 y un valor de significancia de 0.000. Al igual que en el primer grupo, el resultado muestra que la distribución de los datos en este grupo no sigue una distribución normal, ya que el valor de significancia es menor que el nivel de significancia utilizado. Por lo tanto, también hay evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula de normalidad en este grupo.

Estos resultados arrojan que tanto el grupo de datos de Analgesia VO + bloqueo como el de Analgesia IV + bloqueo no siguen una distribución normal.

A continuación, en la tabla 5 se describe el uso de los requerimientos de analgesia con un opioide débil para manejo del dolor postquirúrgico en quienes el dolor fue incapacitante en las primeras 24 horas, obteniéndose una mejor respuesta con analgesia intravenosa, sin embargo, se considera una opción verosímil el uso de analgesia vía oral como parte del protocolo postquirúrgico.

Tabla 4 | Prueba de normalidad

Shapiro-Wilk			
	Estadístico	gl	Sig.
Analgesia VO + bloqueo	.433	20	.000
Analgesia IV + bloqueo	.355	20	.000

Fuente: Elaboración propia a partir de la recolección de datos.

Tabla 5 | Requerimiento analgésico en las primeras 24 horas

Requirió otro analgésico en las primeras 24 horas	Analgesia VO + bloqueo	Analgesia IV + bloqueo	Total
Sí	5	0	5
No	15	20	35
Total	20	20	40

Fuente: Elaboración propia a partir de la recolección de datos.

Conclusiones.

Es necesario el conocimiento de factores predisponentes para un pronóstico poco favorable de uso analgésico vía oral en comparación al uso de medicamentos intravenosos postquirúrgicos como es la obesidad y la preferencia del equipo operador. Se sugiere valorar el entorno de acuerdo a las necesidades de cada paciente el uso de medicamentos y pautas preoperatorias que convengan para un mejor desenlace.

Bibliografía:

- Quinlan, A. (2021). the evolution of pain assessment and multimodal analgesia as an integrative pain management approach. En M. F. Cooney, *Assessment and multimodal management of pain* (págs. 1-15). EEUU: ELSEVIER.
- Yeo J, Park JS, Choi GS, Kim HJ, Kim JK, Oh J, Park SY. (08 de Mayo de 2022). Comparison of the Analgesic Efficacy of Opioid-Sparing Multimodal Analgesia and Morphine-Based Patient-Controlled Analgesia in Minimally Invasive Surgery for Colorectal Cancer. *World J Surg.* 2022 Jul;46(7):1788-1795. doi: 10.1007/s00268-022-06473-5. Epub 2022 May 8. PMID: 35527324.
- Gedda, C. (2023). Multimodal Analgesia Bundle and Postoperative Opioid Use Among Patients Undergoing Colorectal Surgery. *JAMA Network Open*, 1-11.
- García, A. (2022). Analgesia postoperatoria. Manejo de las náuseas y vómitos postoperatorios. *Cirugía andaluza*, 431-438.
- Sharkwy, I. A. (2018). Laparoscopic-guided transversus abdominis plane block versus trocar site local anesthetic infiltration in gynecologic laparoscopy. *Springer open*, 1-6.
- Kohnenkampf, R., & Maldonado, F. (2019). Protocolos de recuperación acelerada después de cirugía ¿tienen espacio en nuestra práctica diaria actual? *Revista chilena de anestesia*, 48(1), 20-27. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv48n01.05>