

Avances en manejo del DOLOR AGUDO Y POSTOPERATORIO



Los regímenes de control de dolor deben ser personalizados a las necesidades del paciente tomando en cuenta la edad, condiciones médicas y físicas, nivel de ansiedad/miedo, preferencias personales, tipo de procedimiento y respuesta. Una estrategia óptima de control de dolor postoperatorio consiste en la terapia multimodal para minimizar la necesidad y/o tiempo de uso de opioides.¹



En el caso de cirugías ambulatorias, en el postoperatorio inmediato se sugiere analgesia sistémica no opioide seguida de anti-inflamatorios no esteroideos o AINE como inhibidores de COX-2 y un curso corto de opioides orales si es necesario hasta el alta.^{2,4}



En el caso de cirugías mínimamente invasivas, infiltración de la herida con anestésico local, bloqueo de plano transversal abdominal u otros bloqueos de planos interfascia. En caso de necesidad de ayuno postoperatorio la analgesia controlada por el paciente o bolos de opioides IV administrados por enfermería. Paracetamol y un curso corto de opioides orales hasta el alta en cuanto se tolere la vía oral y si no existe contraindicación.³



Para cirugía mayor y torácica y en el caso de pacientes dependientes de opioides, se sugieren técnicas de analgesia neuroaxial utilizando analgesia epidural continua o inyección epidural única u opioide medular. El agregar manejo neuroaxial a la analgesia preventiva produce una analgesia postoperatoria efectiva y dirigida. La analgesia neuroaxial consiste en administrar morfina vía epidural o intratecal para otorgar alivio del dolor por hasta 18 a 24 horas, que puede ser suplementada con AINE como inhibidores de COX-2, sin incrementar el riesgo de depresión respiratoria postoperatoria. Si se requiere mayor analgesia se puede agregar opioides IV en bolo o controlada por el paciente con monitorización apropiada.⁵



En el paciente con dolor moderado a severo con manejo con opioides IV puede recibir opioides orales o terapia combinada, idealmente basándose en la dosis consumida en 24 horas, iniciando con la dosis mínima para alcanzar analgesia. Dentro de las combinaciones más seguras y utilizadas están paracetamol con opioide oral de liberación inmediata como tramadol.⁴



En revisiones de Cochrane de ensayos aleatorizados placebo-controlados de control de dolor postoperatorio, el uso de etoricoxib (120 mg oral) retrasa y disminuye la necesidad de opioides de rescate sin eventos adversos significativos. Inhibidores de COX-2 pueden también administrarse como dosis única preoperatoria o con horario postoperatorio.⁵

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. Mudumbai SC, Oliva EM, Lewis ET, Trafton J, Posner D, Mariano ER, Stafford RS, Wagner T, Clark JD. Time-to-Cessation of Postoperative Opioids: A Population-Level Analysis of the Veterans Affairs Health Care System. *Pain Med.* 2016 Sep;17(9):1732-43.
2. 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 Sep;176(9):1286-93.
3. Woolf CJ, Chong MS; Preemptive analgesia--treating postoperative pain by preventing the establishment of central sensitization. *Anesth Analg.* 1993;77(2):362.
4. Carpenter PS, Shepherd HM, McCrary H, Torrecillas V, Kull A, Hunt JP, Monroe MM, Buchmann LO, Cannon RB; Association of Celecoxib Use With Decreased Opioid Requirements After Head and Neck Cancer Surgery With Free Tissue Reconstruction. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018;144(11):988.
5. Derry S, Moore RA; Single dose oral celecoxib for acute postoperative pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013