

La duración de la recuperación depende del procedimiento realizado, puede ser tan corto como de 1 a 2 semanas en cirugías de tipo ambulatorio (Apendicetomía, colecistectomía, procedimientos tubo-ovarios, hernioplastias). Los procedimientos laparoscópicos mayores incluyen a las resecciones oncológicas (ginecológicas, colon y recto, urológicas y gastrointestinales). El empeoramiento en el dolor postoperatorio sugiere posible complicación abdominal. (1,2)

PREOPERATORIO	TRANSOPERATORIO	POSTOPERATORIO
<p>PASO 1</p> <p>EVALUE factores de riesgo (1,2)</p> <p>Técnica quirúrgica: Resección ganglionar (Nivel IIa, Grado A) Dolor preexistente (Nivel III, Grado B) Dolor perioperatorio agudo (Nivel III, Grado B) Edad menor a 65 años (Nivel III, Grado B) Ansiedad/depresión (Nivel III, Grado C) Quimioterapia/radioterapia (Nivel III, Grado B) IMC (Nivel III, Grado B)</p> <p>PLANIFIQUE la analgesia postoperatoria.</p> <p>PREMEDIQUE (3-7) 1 a 2 hrs antes del procedimiento quirúrgico con:</p> <p>Pregabalina 150 mg /Gabapentina 300 mg si no existen contraindicaciones. (Nivel Ia, Grado A)</p> <p>Dexametasona 8 mg IV manejo antiemético (Nivel Ia, Grado A) y requerimiento analgésico (Nivel Ib, Grado B)</p> <p>AINEs/COX2 + Paracetamol disminuye dolor postoperatorio agudo. (Nivel Ia, Grado A)</p>	<p>PASO 2</p> <p>TÉCNICA ANESTÉSICA: AGB ANALGESIA (3-8,19) Bloqueo Neuroaxial: epidural /subaracnoideo con morfina intratecal cirugía intraabdominal mayor (Nivel Ia, Grado A)</p> <p>Bloqueo regional por USG (Nivel Ia, Grado C) Bloqueo Paravertebral Torácico (Nivel Ia, Grado A) (8,11,13) Bloqueo Erector Spinal (Nivel III, Grado B) (8,11,13) Bloqueos de la Pared Abdominal: (3-8,12) TAP (Nivel Ia, Grado A) Recto Abdominal (Nivel Ib, Grado B) Oblicuo (Nivel Ia, Grado A) Cuadrado lumbar (Nivel Ib, Grado B)</p> <p>Alto riesgo de Pronocicepción/ hiperalgesia/ Dolor Neuropático Agudo (Nivel Ia, grado A) (3-8) Ketamina: cirugías mayores y paciente tolerante a opioides. (Nivel Ib, grado B) (18,19) Lidocaína: En casos de anestesia neuroaxial contraindicada/fallido (Nivel Ia, Grado B) (15-19)</p> <p>SIEMPRE COMPLEMENTE</p> <p><i>Infiltración de Herida quirúrgica</i> (Nivel Ia, grado A)</p> <p><i>AINE/COX2 +Paracetamol IV, la sinergia mejora la eficacia</i> (Nivel Ia, Grado A)</p> <p><i>OPIOIDE DÉBIL, incluso con uso de analgesia regional, se debe considerar el uso de opioides débiles en rescates.</i> (Nivel Ia, Grado A)</p>	<p>PASO 3</p> <p>ANALGESIA POR HORARIO por 24 a 48 hrs (Nivel Ia, Grado A)</p> <p>ANALGESIA MULTIMODAL (Nivel Ia, Grado A)</p> <p>Analgesia controlada por el paciente (PCA) con bolos de rescate de opioide potente y sin infusión (Nivel Ia, Grado A) ó Analgesia con infusión de opioide débil. (Nivel Ib, Grado B)</p> <p>En caso de dolor EVA ≥ 4 interroge imposibilidad de movilización, dolor a la inspiración profunda: Indique rescates del opioide utilizado del 10% de la dosis basal.</p> <p>KETAMINA INTRAVENOSA cirugías mayores y paciente tolerante a opioides. (Nivel Ib, Grado B) (18-19)</p> <p>LIDOCAÍNA INTRAVENOSA En casos de anestesia neuroaxial contraindicada/fallido (Nivel Ia, grado B) (15-19)</p> <p>CONSIDERE el uso de terapias no farmacológicas</p> <p>Terapias cognitivo-conductuales. La ansiedad y depresión dificultan el manejo de dolor y se ha relacionado a dolor crónico. (Nivel III, Grado B)</p>
FACTORES DE RIESGO	FACTORES QUIRÚRGICOS	DOLOR DESCONTROLADO
<p>Dolor Perioperatorio (Nivel Ia, Grado A)</p> <ul style="list-style-type: none"> Dolor crónico pre-existente (Nivel Ia, Grado A) Paciente tolerante a opioides (Nivel Ia, Grado A) Mujer (Nivel III, Grado B) Ansiedad, depresión y catastrofización (Nivel III, Grado B) Joven (Nivel III, Grado B) <p>En caso de dolor crónico: PREGUNTE si el paciente usa opioides:</p> <ol style="list-style-type: none"> INVESTIGUE la DOSIS BASAL diaria y la vía de administración. En el postoperatorio SIEMPRE MANTENGA LA DOSIS BASAL DE OPIOIDE (Considere el cambio de vía de administración, puede requerir una rotación equianalgesica calcule en: opioides.heortiz.net/) Utilice TÉCNICAS REGIONALES, deje rescates del 10% de la dosis basal. Si utiliza ANALGESIA INTRAVENOSA INCREMENTE la DOSIS BASAL de un 20% a un 30%. RESCATES del 10% VIGILE Y AJUSTE en caso necesario. (Nivel Ia, Grado A) 	<ul style="list-style-type: none"> Técnica quirúrgica (2-8) Robótica Asistida/ Laparoscópica-endoscópica/ Laparoscópica Mano-asistida (Nivel IIb, Grado B) Insuflación 10-12mmHg (Nivel Ia, Grado A) Lavado con solución salina seguida de succión (Nivel Ia, Grado A) Aspiración de neumoperitoneo (Nivel Ia, Grado A) Puerto único (minipuerto)/múltiples/ tamaño de los mismos (Nivel Ia, Grado A) <p>Considerar si es:</p> <p><i>Cirugía de tipo ambulatoria (intraabdominal menor)</i></p> <p><i>Cirugía oncológica (intraabdominal mayor)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> NO SUBESTIME el dolor del paciente. DESCARTE causa quirúrgica. VERIFIQUE la correcta administración del tratamiento. Si el dolor es PREDOMINANTEMENTE NEUROPÁTICO (con periodos irruptivos de dolor): Aumente gabapentinoide + Continúe infusión de lidocaína postoperatorio (hasta 24 horas) Si descarta dolor neuropático RESCATE con opioide y DETERMINE dosis de opioide basal. CUANTIFIQUE el requerimiento de rescates durante las primeras 24 hrs. AJUSTE sumando la dosis total de los rescates requeridos de las primeras 24 hrs a la infusión analgésica de opioide de base. Si persiste el dolor, RE-EVALÚE la preexistencia de dolor crónico y el uso de opioides y de ser así, CONSULTE a un algólogo.

PERLAS CLINICAS

- El dolor somático dependerá del tamaño de los puertos; el dolor abdominal bajo dependerá de la manipulación intraperitoneal extensa; el dolor abdominal superior/dolor de hombro/dolor de espalda alta será secundario al gas retenido en la cavidad intraperitoneal (2,4,7)
- El dolor por el CO2 es de presentación tardía con un pico máximo a las 24 horas con posibilidad de presentarse hasta el segundo día del postoperatorio, considerar este factor en los pacientes de cirugía ambulatoria intraabdominal menor. (2,4,7,8)
- Para los casos de cirugía ambulatoria, se prefieren el alta con analgesia multimodal con paracetamol+AINEs/COX-2+ opioide débil de rescate vía oral (Grado B) y sólo uso de gabapentinoides y técnicas regionales de infiltración abdominal cuando la analgesia previa no pueda ser administrada (Grado D), la duración del tratamiento una vez egresados recomendado es de 7 días y posterior a este periodo a requerimiento. (1)
- En cirugía intraabdominal mayor laparoscópica (colon y recto) la Inserción de catéter epidural se recomienda cuando existe un gran riesgo de conversión quirúrgica a laparotomía con incisión en línea media (T6-T9) (Nivel I Grado B); también se recomienda su colocación en pacientes con alto riesgo pulmonar y en quienes el manejo de dolor postoperatorio puede ser un reto (pacientes con uso crónico de opioides). (5-8, 19)
- La administración de lidocaína en postoperatorio se recomienda cuando el peridural es inadecuado o fallido, cuando se requirió conversión a procedimiento abierto quirúrgico, en presencia de trauma, prevención y/o tratamiento de íleo postoperatorio, en situaciones de dolor neuropático agudo, como técnica ahorradora de Opiode en paciente de alto riesgo (obeso, SAHOS, adulto mayor, dolor crónico con tolerancia a opioides), eventos adversos a opioides (náusea, vómito, sedación, íleo, constipación, depresión respiratoria) y en pacientes con historia de abuso de sustancias. (15, 16, 17)
- Las indicaciones para uso de ketamina en el postoperatorio son ante un catéter epidural contraindicado/rechazo/fallido/no-tolerado, en casos con dificultad para tratamiento por historia de dolor crónico en el sitio quirúrgico o en un sitio diferente/distante al operado, antecedente de uso crónico de opioides/abuso/dependencia/ tolerancia y dolor pobremente controlado asociado a datos de hiperalgesia Aguda. (18)
- La incidencia de dolor neuropático agudo después de cirugía se ha reportado del 3-4.2% (NIVEL IV ANZCA 2015) después de una cirugía oncológica se ha reportado en un 10% en la primera semana (NIVEL IV) (ANZCA 2015).(3,8)
- Los bloqueos del tronco y la pared abdominal intrafasciales reducen los requerimientos de opioide y las puntuaciones de dolor (NIVEL II ANZCA 2015).(3,5,6,7,8)

ANALGESIA PARA CIRUGÍA INTRAABDOMINAL LAPAROSCOPICA.

Dra. Lisette Castro Garcés. Revista Mexicana de Anestesiología 2019;42(3):pp
Departamento de Anestesiología del Instituto Nacional de nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ), Ciudad de México.

REFERENCIAS

1. Gritsenko K, Khelemsky Y, Kaye AD, Vadivelu N, Urman RD. Multimodal therapy in perioperative analgesia. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2014;28(1):59–79.
2. Tharakan L, Faber P. Pain management in day-case surgery. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain.* 2015; 15 (4):180–183.
3. Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trinca J. *Acute Pain Management- Scientific.* Aust New Zeal Coll Anaesth. 2015; 4th edition.
4. Fawcett WJ, Baldini G. Optimal analgesia during major open and laparoscopic abdominal surgery. *Anesthesiol Clin.* 2015;33(1):65–78.
5. Chou R., Gordon D.B., de Leon-Casasola O, Rosenberg J.M, Bickler S, Brennan T, Carter T, Cassidy C.L, Chittenden E.A, Degenhardt E, Griffith S, Manworren R, McCarberg B, Montgomery R, Murphy J, Perkal M.F, Suresh S, Sluka K, Strassels S, Thirlby R, Viscusi E, Walco G.A, Warner L, Weisman S.J, Wu C.L Guidelines on the Management of Postoperative Pain 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(2):131-157.
6. PROcedure SPECific postoperative pain management (PROSPECT) [PROcedure SPEC postoperative pain management]: Disponible: <http://www.postoppain.org/> <https://esraeurope.org/prospect/>
7. Blencowe NS, Waldon R, Vipond MN. Management of patients after laparoscopic procedures. *BMJ* 2018;360.
8. Krige A, Scott M.J.P. *Analgesia in Major Abdominal Surgery.* Springer International Publishing AG. Switzerland. 2018.
9. De Oliveira GS, Castro-Alves LJ, Nader A, Kendall MC, McCarthy RJ. Transversus Abdominis Plane Block to Ameliorate Postoperative Pain Outcomes After Laparoscopic Surgery: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Anesth Analg.* 2014;118(2):454–63.
10. Hamill JK, Liley A, Hill AG. Rectus sheath block for laparoscopic appendectomy: a randomized clinical trial. *R Australas Coll Surg.* 2015; 85:951–6.
11. Barazanchi A.W.H; MacFater W.S; Rahiri J. L; Tutone S, Hill A.G; Joshi G.P on behalf of the PROSPECT collaboration. Evidence-based management of pain after laparoscopic cholecystectomy: a PROSPECT review update. *BJA.* 2018;121 (4): 787-803.
12. Chin KJ, McDonnell JG, Carvalho B; Sharkey A, Pawa A, Gadsden J. Essentials of Our Current Understanding: Abdominal Wall Blocks. *Regional Anesthesia and Pain Medicine.* 2017; 42(2):133-183.
13. Petsas D, Pogiati V, Galatidis T, Drogouti M, Sofianou I, Michail A, Chatzis A, Donas G. Erector spinae plane block for postoperative analgesia in laparoscopic cholecystectomy : a case report. *J Pain Res.* 2018;1983–90.
14. Hübner M, Blanc C, Roulin D, Winiker M, Gander S, Demartines N. Randomized clinical trial on epidural versus patient-controlled analgesia for laparoscopic colorectal surgery within an enhanced recovery pathway. *Ann Surg.* 2015;261(4):648–53.
15. Eipe N, Gupta S, Penning J. Intravenous lidocaine for acute pain—an evidence based clinical update. *BJA Educ.* 2016; 16:292–8.
16. Dunn L K, Durieux M E. Perioperative Use of Intravenous Lidocaine. *Anesthesiology* 2017; 126:729–37.
17. Weibel S, Jelting Y, Pace NL, Helf A, Eberhart LHJ; et al. Continuous intravenous perioperative lidocaine infusion for postoperative pain and recovery in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
18. Schwenk ES; Vicusi ER; Buvanendran A, Hurley RW, Wasan AD, Nauroze S, Bathia A, Davis FN, Hooten WM, Chosen SP. Consensus Guidelines on the Use of Intravenous Ketamine Infusions for Acute Pain Management From the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the American Academy of Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists. *Reg Anesth Pain Med.* 2018; 43: 456-466.
19. Carmichael JC, Keller DS, Baldini G, Bordeianou L, Weiss E, Lee L, Boutros M, McClane J, Feldman L, Steele S. Clinical Practice Guidelines for Enhanced Recovery After Colon and Rectal Surgery From the American Society of Colon and Rectal Surgeons and Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. *Dis Colon Rectum* 2017;60: 761-784.