



ORIGINAL

Manejo del dolor en reparación artroscópica del manguito de los rotadores. Revisión de conceptos actuales



Leonardo Mauricio Guiot Roa^{a,*} e Ismael Alfonso Moreno Mejía^b

^a Anestesiólogo, Intensivista, Algesiólogo, Clínica Reina Sofía, Unidad Médica Cecimin, Bogotá, Colombia

^b Anestesiólogo, Unidad Médica Cecimin, Bogotá, Colombia

Recibido el 9 de agosto de 2016; aceptado el 16 de agosto de 2016

Disponible en Internet el 19 de septiembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Manguito de los rotadores;
Manejo del dolor;
Reparación artroscópica;
Analgésia multimodal

KEYWORDS

Rotator cuff;
Pain management;
Arthroscopic repair;
Multimodal analgesia

Resumen A pesar de que la reparación artroscópica del manguito de los rotadores ofrece muchas ventajas sobre la reparación abierta, como menor traumatismo sobre el deltoides, reducción en la tasa de rigidez postoperatoria del hombro y mejor rehabilitación postoperatoria junto con menor morbilidad, aquella continúa siendo un procedimiento doloroso, especialmente durante las primeras 48 horas del postoperatorio. El plan de manejo del dolor postoperatorio siempre debe estar enfocado hacia la analgesia multimodal, definida como el uso de varias técnicas y medicamentos analgésicos con diferentes mecanismos de acción periféricos o centrales del sistema nervioso con efecto sinérgico para mayor eficacia analgésica, comparada con su acción individual.

© 2016 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Pain management in arthroscopic rotator cuff repair. Current concepts

Abstract Although arthroscopic rotator cuff repair offers many advantages over open repair as are the least trauma to the deltoid, reduction in the rate of postoperative shoulder stiffness and better postoperative rehabilitation with lower morbidity, it remains a painful procedure, especially during the first 48 hours postoperatively. The postoperative pain management intervention

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mauguiroster@gmail.com (L.M. Guiot Roa).

should always be focused on multimodal analgesia defined as the use of various techniques and analgesic drugs with different mechanisms of peripheral action and/or central nervous system with synergistic effect, greater analgesic efficacy, compared with their single action.
 © 2016 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

A pesar de que la reparación artroscópica del manguito de los rotadores ofrece muchas ventajas sobre la reparación abierta, como el menor traumatismo sobre el deltoides, reducción en la tasa de rigidez postoperatoria del hombro y mejor rehabilitación postoperatoria junto con menor morbilidad¹⁻³, aquella continúa siendo un procedimiento doloroso, especialmente durante las primeras 48 horas del postoperatorio^{4,5}. El dolor, además de causar sufrimiento, produce disminución de la calidad de vida, alteraciones en los patrones de sueño, estrés postoperatorio con elevado riesgo de morbilidad cardiovascular, dolor crónico postoperatorio y un elevado consumo de opioides, y, por consiguiente, la aparición de efectos secundarios tras su administración (efectos adversos) que prolongan la recuperación del paciente y elevan los costos de atención^{6,7}. Ha habido un incremento en este tipo de cirugía en años recientes debido al envejecimiento de la población y, a la vez, de su funcionalidad, con un incremento paralelo de su realización en centros ambulatorios⁸, todo lo cual exige estrategias óptimas multimodales e interdisciplinarias que controlen el dolor perioperatorio y conduzcan a una reducción de la morbilidad asociada en esta población vulnerable, además de proporcionar satisfacción y bienestar en la atención⁹.

Fisiopatología del dolor

La incisión quirúrgica y la manipulación tisular desencadenan la liberación de mediadores químicos intracelulares que incluyen bradicininas, potasio, adenosina, prostanoïdes, factor de crecimiento neural, citocinas, quimiocinas que activan y sensibilizan los nociceptores periféricos A δ y fibras C al estímulo mecánico (hiperalgesia primaria por sensibilización periférica). Estos mediadores inflamatorios, junto con el péptido relacionado con el gen de calcitonina y la sustancia P liberados de los nociceptores, sensibilizan los nociceptores silentes A δ del tejido adyacente no lesionado (hiperalgesia secundaria). La estimulación prolongada y repetitiva de los nociceptores del tejido lesionado y de los elementos que se encuentran a su alrededor perpetúan la descarga de las neuronas de segundo orden del asta posterior de la médula espinal (APME) mediada por la activación de los receptores N-metil D-aspartato (NMDA), tras lo cual se produce la sensibilización central. Dependiendo del adecuado control de estos cambios fisiopatológicos, aparecerán fenómenos como alodinia, hiperalgesia y dolor postoperatorio persistente. Las vías inhibitorias descendentes son importantes moduladoras de la transmisión de la información nociceptora en el APME. El dolor facilita la activación del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal

y del sistema nervioso simpático, que junto a la liberación de citocinas proinflamatorias por la cirugía contribuyen a la resistencia a la insulina y sus consecuencias en la reparación de los tejidos lesionados y la disfunción multiorgánica¹⁰. La razón científica para el uso de la analgesia multimodal está basada en la naturaleza multifactorial del dolor quirúrgico, donde, específicamente en la cirugía de hombro, coexisten el dolor somático y el neuropático. El propósito del manejo analgésico multimodal es controlar el dolor con diferentes clases de medicamentos y técnicas de analgesia regional o local que actúan en diferentes vías del dolor y reducen el uso de los opioides, sus efectos adversos y propician un retorno de la vía oral y rehabilitación temprana para una pronta recuperación de la vida cotidiana¹¹.

Estrategia analgésica multimodal

Teniendo en cuenta que la analgesia multimodal hace referencia al uso de múltiples intervenciones terapéuticas para lograr un control óptimo del dolor¹², el enfoque analgésico multimodal perioperatorio se debe desarrollar en tres momentos, a saber:

1. Educación preoperatoria y planificación del manejo del dolor.
2. Intraoperatorio.
3. Postoperatorio.

La educación preoperatoria y la planificación del manejo del dolor comienzan con la valoración preanestésica, donde al paciente y a sus familiares o cuidadores debe explicárseles de forma comprensible las diferentes opciones de tratamiento para el manejo del dolor postoperatorio y documentar el plan de manejo y las metas de analgesia (tiene recomendación fuerte con evidencia de baja calidad).

Se ha demostrado que los programas de educación y apoyo a grupos de pacientes quirúrgicos con mayores necesidades (múltiples comorbilidades, existencia de ansiedad y depresión y comportamiento desadaptativo de tipo catastrófica) reducen el consumo de opioides postoperatorios¹³, el nivel de ansiedad preoperatoria, la necesidad de sedantes¹⁴ y la estancia hospitalaria¹⁵. Aunque no se ha demostrado un claro beneficio en los pacientes sin mayores necesidades, se recomienda educar al paciente en el plan del manejo analgésico para que resuelva las dudas y haya un empoderamiento del autocuidado para que tenga claras las metas analgésicas propuestas (educación en el uso de escalas de dolor y niveles analgésicos reales por alcanzar). Adicionalmente, es importante informar al paciente de la continuación de medicamentos analgésicos opioides y ansiolíticos por el riesgo de síndromes de abstinencia al ser suspendidos. A pesar de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8803111>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8803111>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)