

V. De Sanctis, L. Alsina, M. Arqués, M.J. Simón, N. Roca, A. Álvarez

Unidad del Dolor, Unidad de Nutrición, Servicio de Anestesiología, Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona
unidaddeldolor.hscor@quironsalud.es

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La analgesia multimodal constituye la piedra angular del enfoque analgésico en cirugía bariátrica, permitiendo utilizar menores dosis y disminuir los potenciales efectos adversos. Sin embargo, hay pocos estudios específicamente centrados en los factores que pueden incidir en el dolor postoperatorio de la cirugía bariátrica.

El objetivo primario fue evaluar la eficacia y seguridad de la analgesia multimodal intravenosa en el postoperatorio inmediato (48 horas) de pacientes intervenidos por obesidad mórbida. Como objetivos secundarios se buscó identificar factores de riesgo específicos del perfil de población.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo: Enero 2017 – Diciembre 2018. Pacientes sometidos a gastrectomía tubular por laparoscopia (GTL).

RESULTADOS

276 pacientes
(81,7%)

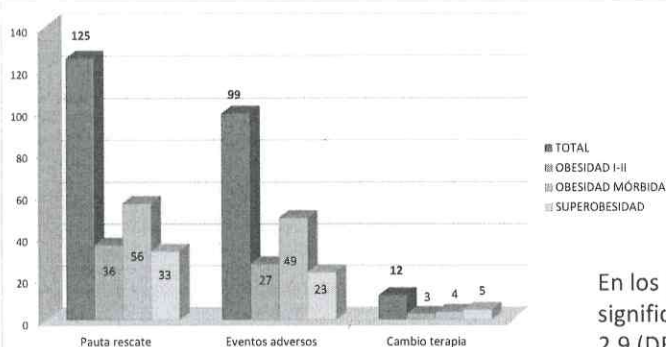
338 pac. GTL

Género	231 (84%) Mujeres 45 (16%) Hombres
Edad media	47,2 años (DE 11,4) (rango 20-71)
Índice Masa Corporal (IMC)	44,0 Kg/m ² (DE 6,1) (rango 31 – 70)
Obesidad I-II	75 (27,17%)
O. Mórbida	128 (46,37%)
Superobesidad	73 (26,45%)
Eventos adversos	
- Náuseas	87 pacientes
- RAO	6 pacientes
- Vómitos	3 pacientes
- Otros	3 pacientes

PAUTA ANALGÉSICA

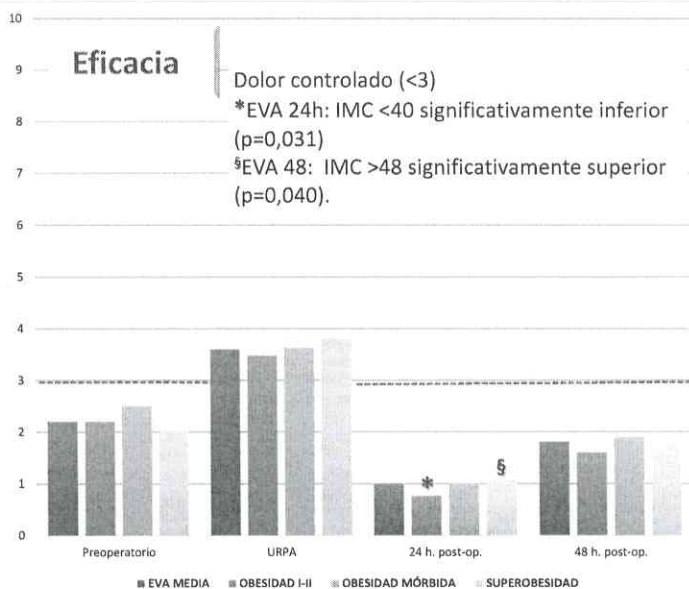
Tramadol	600 mg.
Dexketoprofeno	200 mg.
Ketamina	75 mg.
Metadona	7,5mg.
RESCATE	
Metamizol	2 g.
Ondansetrón	4 mg./8 h.

Seguridad



Eficacia

Dolor controlado (<3)
*EVA 24h: IMC <40 significativamente inferior (p=0,031)
§EVA 48h: IMC >48 significativamente superior (p=0,040).



	EVA MEDIA	OBESIDAD I-II IMC <40	O. MÓRBIDA IMC >40	SUPEROBESIDAD IMC >48
Preoperatorio	2,2 (DE 2,2)	2,2 (DE 2,2)	2,5 (DE 2,2)	2,04 (DE 2,3)
URPA	3,6 (DE 2,7)	3,48 (DE 2,1)	3,62 (DE 2,4)	3,83 (DE 2,4)
24 h. Post-op.	1,0 (DE 1,3)	0,77 (DE 0,9) p = 0,031	1,0 (DE 1,3)	1,05 (DE 1,02)
48 h. Post-op.	1,8 (DE 1,5)	1,6 (DE 1,1)	1,9 (DE 1,06)	1,9 (DE 1,3)

En los pacientes con efectos adversos, la EVA en el preoperatorio fue significativamente superior que los que no presentaron efectos adversos, 2,9 (DE 2,0) vs. 1,6 (DE 2,3); p<0,005.

CONCLUSIONES

La analgesia multimodal resulta óptima por eficacia y seguridad para el control del dolor postoperatorio de pacientes sometidos a GTL.

La presencia de dolor previo y un mayor IMC se asocian, tanto a mayor intensidad de dolor, como a mayor incidencia de efectos adversos.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. M. Aguas Compaired. Al equipo de Cirugía de la Obesidad, y al equipo de la Clínica del Dolor.