www.medigraphic.org.mx

Asociación Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial, Colegio Mexicano de Cirugía Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 11, Núm. 2 • Mayo-Agosto 2015 • pp. 45-47

Analgesia multimodal postoperatoria en cirugía ortognática

Ulises Dávila Cordero,* Marcelo Cazar Almache, Enrique Viteri León*****

RESUMEN

Objetivos: Evaluar la eficacia de la analgesia multimodal postoperatoria en pacientes intervenidos de cirugía ortognática. **Material y métodos:** Se realiza estudio prospectivo, aleatorio y observacional en 30 pacientes sometidos a cirugía ortognática en el Hospital Universitario del Río, Cuenca, Ecuador, en el periodo comprendido de julio a septiembre de 2012; los pacientes intervenidos contaron con rango de edad entre 17 y 40 años. El protocolo se realizó de la siguiente manera: anestesia general balanceada, colocando en el transquirúrgico ketorolaco (0.9 mg/kg/dosis), dexametasona (0.1 mg/kg/dosis), ondansetrón (0.1 mg/kg/dosis), ácido tranexámico 10 mg/kg/dosis, iInfiltrando por parte del equipo quirúrgico lidocaína con epinefrina 1:200.000 al 2% en maxilar y mandíbula. Se midió la intensidad del dolor en el postoperatorio a través de la escala verbal análoga (EVA). **Resultados:** Los resultados en el alivio del dolor evaluados mediante EVA en el postoperatorio los encontramos por debajo de 3/10 puntos. **Conclusiones:** Encontramos un control adecuado del dolor postoperatorio en nuestros pacientes sin requerir el uso de fármacos opioides adicionales.

Palabras clave: Cirugía ortognática, analgesia multimodal, control del dolor.

SUMMARY

***Objectives**: To evaluate postoperative analgesia efficacy in undergoing orthognathic surgery patients. **Material and methods**: Prospective, randomized and observational study of 30 patients undergoing orthognathic surgery at the Rio University Hospital, Cuenca, Ecuador, in the period from July to September 2012 with patients aged between 17 and 40 years old. The protocol was performed as follows: general anesthesia, settling in trans-surgery ketorolac (0.9 mg/kg/dose) dexamethasone (0.1 mg/kg/dose) ondansetron (0.1 mg/kg/dose) tranexamic acid 10 mg/kg/dose. Infiltrated through the surgery team lidocaine with 1:200,000 epinephrine to 2% in the maxilla and mandible. We measured the intensity of postoperative pain through verbal analog scale (VAS). **Results**: The results in pain relief assessed by VAS in postoperative is under 3/10 points. **Conclusions**: We found adequate control of postoperative pain in our patients without requiring additional opioid drugs.*

***Key words**: Orthognathic surgery, multimodal analgesia, pain control.*

www.medigraphic.org.mx

* Cirujano Oral y Maxilofacial de Práctica Privada.
** Médico adscrito al Hospital Universitario del Río.
*** Jefe de Anestesiología, Hospital Universitario del Río.

Correspondencia:
Dr. Ulises Dávila Cordero
E-mail: davilau15@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en http://**www.medigraphic.com/cirugiabucal**

INTRODUCCIÓN

El control del dolor postoperatorio resulta fundamental en la recuperación y estabilidad del paciente sometido a cirugía ortognática. Para el control del dolor se han empleado múltiples fármacos analgésicos: antiinflamatorios no esteroideos (AINE), opioides, anticonvulsivantes, antidepresivos, anestésicos locales,[1] técnicas intervencionistas como bloqueos de conducción, métodos no farmacológicos, fisioterapia e intervención en el área psicoafectiva.[2] Algunos de éstos tienen riesgos, ya que producen depresión respiratoria, náusea, vómito, entre otras reacciones,[3] como es el caso de los analgésicos opioides. Asegurar la vía aérea en el paciente intervenido de cirugía ortognática es de suma importancia.[4,5] Los AINES carecen de muchos efectos secundarios a diferencia de los opioides y por ello son de elección en el control del dolor postquirúrgico. Inhiben la síntesis de las prostaglandinas al disminuir la producción de estos metabolitos mediadores del dolor; estos fármacos desempeñan un papel fundamental en el control del dolor postoperatorio.[6] La combinación de analgésicos con diferentes mecanismos de acción mejora la analgesia; este concepto se conoce como analgesia multimodal permitiendo un control electivo del dolor, limitando el uso de opioides y sus efectos adversos,[7] principalmente náusea y vómito.[8,9] El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia analgésica de la combinación farmacológica del ketorolaco y la lidocaína con epinefrina 1:200.000 al 2% como medida analgésica sin necesidad de utilizar analgésicos opioides adicionales en pacientes intervenidos de cirugía ortognática.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo y observacional en 30 pacientes intervenidos de cirugía ortognática bimaxilar con rangos de edad de 17 a 40 años, 17 del sexo femenino y 13 del masculino en el Hospital Universitario del Río, Cuenca, Ecuador, en el periodo comprendido de julio-septiembre de 2012. El Servicio de Anestesiología manejó un protocolo de hipotensión controlada con inducción de propofol (2-3 mg/kg) y remifentanil (0.5 μg/kg/min), infusión de rocuronium (0.5 mg/kg) con fines de relajación muscular; después de la intubación nasotraqueal atraumática, la anestesia se mantuvo con sevoflurano[9] en una combinación aire/oxígeno por medio de ventilación a presión positiva intermitente, además de una infusión de remifentanil (0.15-0.5 μg/kg/min). Se monitoreó continuamente la presión sanguínea, temperatura, saturación de oxígeno y control electrocardiográfico.[1] En todos los casos se infiltró lidocaína con epinefrina 1:200.000 al 2% previo a las incisiones quirúrgicas en maxilar y mandíbula. Se utilizó en el transoperatorio ketorolaco 0.9 mg/kg/dosis y dexametasona 0.1 mg/kg/dosis únicamente. En el postoperatorio se midió la intensidad del dolor 2 horas posterior al evento quirúrgico a través de la escala verbal análoga (EVA) mediante los siguientes parámetros: sin dolor 0, dolor leve 1 a 4, dolor moderado 5 a 6, dolor severo 7 a 10. Se utilizaron dosis de mantenimiento de ketorolaco acorde a las necesidades del paciente para mantener los niveles plasmáticos óptimos.

RESULTADOS

Se estudiaron 30 pacientes de los cuales 17 de sexo femenino y 13 de sexo masculino, la intensidad del dolor según EVA en el postoperatorio a las 2 horas en todos los pacientes se mantuvo por debajo de 3 en esta escala sin encontrar diferencia significativa en edad o sexo. Las variables que se encontraron fueron únicamente que 2 de los pacientes presentaron eventos eméticos en el trascurso de las 2 horas posteriores al evento quirúrgico, sin encontrar modificaciones en la intensidad del dolor.

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en este estudio apoyan lo descrito en las publicaciones médicas relacionado con la aplicación de AINES y bloqueo locorregional para obtener analgesia postoperatoria, observando que el ketorolaco en combinación con la lidocaína con epinefrina resulta tener una sinergia en el control del dolor postoperatorio. Según la escala analgésica de la OMS el dolor leve (EVA 1-4) puede ser controlado adecuadamente con AINES.[6,9,10] La analgesia multimodal se recomienda para evitar el uso de opioides y sus efectos adversos en particular náusea y vómito que en cirugía ortognática debe prevenirse al máximo.[3,10,11] El uso de la dexametasona tiene efecto en el control de la inflamación, dolor y vómito postoperatorio actuando por bloqueo enzimático y estabilizador de membrana.[4] El manejo multimodal del dolor postoperatorio con AINES y bloqueo locorregional disminuye considerablemente el uso de analgésicos opioides, limitando el uso de éstos para casos específicos.

www.medigraphic.org.mx

CONCLUSIONES

El control del dolor postoperatorio resultó aceptable en los pacientes incluidos en nuestro estudio. El uso de la analgesia multimodal mediante ketorolaco-lidocaína con epinefrina 1:200.000 al 2%, contribuye notablemente al mantenimiento de la analgesia postoperatoria en pacientes intervenidos de cirugía ortognática. El uso de AINES como primera elección en el manejo del dolor postoperatorio en pacientes intervenidos de cirugía ortognática bimaxilar sigue siendo el estándar de oro, reservando el uso de analgésicos opioides para casos muy particulares.

BIBLIOGRAFÍA

1. de la Paz EC, Antonio VC. Analgesia preventiva con diclofenaco y parecoxib sódico en cirugía ortopédica. Rev Mex Anestesiología. 2011; 34: 159-163.
2. García MM, Guevara LU. Tendencias de prescripción en el control del dolor en un Hospital de Ortopedia y Traumatología. Rev Mex Anestesiología. 2012; 35: 40-45.
3. Mille JE. Manejo actual de la náusea y vómito postoperatorio. Rev Mex Anestesiología. 2011; 34: S231-S234.
4. Cosmelli R, Cifuentes J. Dolor posoperatorio en cirugía ortognática. Rev Dental Chile. 2008; 99 (2) 17-22.
5. Türp JC, Sommer C, Hugger A. The puzzle of orofacial pain. Vol. 15. Basel: Karger; 2007: pp. 35, 40.
6. Loria CJ. Ac. tranexámico para el tratamiento de un trauma de cráneo significativo. Archivos de Medicina de Urgencia México. 2012; 4: 87-88.
7. Chuquimia LE. Anestesia regional en cirugía oral maxilofacial y cervical; de la anatomía a la práctica clínica. Rev Chil Anestesia. 2007; 36: 127-140.
8. Silva AC, O'Ryan F, Poor DB. Postoperative nausea and vomiting (PONV): after orthognathic surgery: a retrospective study and literature review. J Oral Maxillofac Surg. 2006; 64 (9): 1385-1397.
9. Oriol-López SA, Hernández-Bernal CE. Dexmedetomidina en cirugía ortognática. Rev Mex Anestesiología. 2012; 35: 45-52.
10. Plancarte SR, Guajardo RJ. Manejo integral del dolor. Clínica del dolor y cuidados paliativos. Cancerología. 2006; 1: 273-281.
11. Arechiga OG, Mille LJE. Abordaje multimodal para el manejo del dolor agudo. Rev Mex Anestesiología. 2012; 33: S18-S21.

www.medigraphic.org.mx