

¿Es necesaria la morfina en el control del dolor en cirugía anorectal?

Drs. Pedro J Morgado N, Pedro J Morgado Sch, Yolanda Morgado Sch

Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

RESUMEN

Tradicionalmente la morfina o sus sucedáneos han sido utilizados en el alivio del dolor postoperatorio en cirugía anorectal. Los efectos secundarios de la morfina y los problemas derivados de su manejo dentro del entorno hospitalario o familiar, han orientado a la búsqueda de otros fármacos que, dando el mismo resultado, ocasionen menos problemas. Este trabajo evalúa el uso de una droga antiinflamatoria no esteroidea en el control del dolor postoperatorio en cirugía anorectal, llevado a cabo en forma prospectiva entre octubre de 1993 y octubre de 1994. Ciento seis pacientes fueron ingresados al protocolo, siendo 80 de ellos como ambulatorios. El estudio evaluó la administración de una ampolla de ketoprofen al finalizar el efecto de la anestesia empleada y continuar luego utilizando la misma droga por vía oral, en forma de comprimidos entéricos, durante un mínimo de tres días y máximo de cinco, recurriendo a la vía inyectable si la oral no era suficiente para mantener el dolor en límites tolerables. En 67 pacientes la cirugía fue cerrada; en 51 la anestesia empleada fue peridural simple; en 34, local; en 13, general; en 4 peridural continua y en 4 no se utilizó anestesia. En 50 pacientes que recibieron anestesia general o peridural, se hizo una infiltración local de 10 ml de bupivacaína al 0,25 por ciento, alrededor de la o las heridas al terminar la intervención. Dos pacientes mostraron intolerancia a la droga utilizada; en 2 fue necesario abortar la peridural continua por razones de enfermería y en 3 pacientes hubo retención urinaria postoperatoria. Ningún paciente ameritó la administración de morfina o sus sucedáneos.

Palabras claves: Cirugía anorectal. Analgesia. Drogas antiinflamatorias no esteroideas. Morfina

SUMMARY

Traditionally morphine and related drugs have been utilized to relieve postoperative pain in anorectal surgery. Morphine secondary effects and use derived problems at the hospital or at home have oriented the search for other drugs with the same effect but less problems. This prospective study assesses the use of ketoprofen, a non steroid anti-inflammatory drug, to control postoperative pain in anorectal surgery since October 1993 to October 1994 on 106 patients, 80 of them ambulatory. Ketoprofen was given intramuscularly after the end of the anesthetic effect, following with the same drug orally (enteric tablets) during at least 3 days and no more than 5 days, using injections only in case of severe pain. In 67 patients surgery was internal; in 51 the anesthesia was simple peridural; in 34, local; in 13, general; in 4, continuous peridural and in 4 no anesthesia was used. In 50 patients with general or peridural anesthesia, local infiltration around wounds, with 10 ml of 0,25% bupivacaine was done after surgery. Two patients showed drug intolerance. In 2 it was necessary to interrupt the continuous peridural anesthesia for nurse care reasons and in 3 patients post operative develops. No patient needs morphine or succedaneum administration.

Key Words: Anorectal surgery. Analgesics. Non steroid anti-inflammatory drugs. Morphine. Urinary retention.

INTRODUCCION

La morfina o sus sucedáneos han sido tradicionalmente empleados para combatir el dolor resultante del trauma quirúrgico, particularmente en el área anorectal. La búsqueda de otros mecanismos o agentes farmacológicos que la reemplacen, evitando sus efectos secundarios, ha dado origen, entre otros, a la anestesia peridural continua con bomba de

perfusión, ampliamente usada en cirugía abdominal, pero de difícil manejo en nuestros servicios hospitalarios. La aparición de las drogas antiinflamatorias no esteroideas (DAINE) fue un nuevo instrumento de lucha contra el dolor, habiéndose empleado en cirugía ginecológica, traumatológica y dental (1), con buenos resultados. Nuestra experiencia con una de estas drogas (2) nos permite aceptar que realmente son valiosas en el manejo del dolor postoperatorio, disminuyendo el uso de la morfina, pero llevando ellas mismas un riesgo catalogado como importante dentro de la experiencia de algunos gastroenterólogos, experiencia que en su oportunidad no compartimos. Tales riesgos se derivan de sus acciones secundarias principalmente sobre la mucosa gastroduodenal, ya que se pierde la citoprotección que dan las prostaglandinas y hay un aumento en la secreción de ácido, aumentando, en consecuencia, la tasa de complicaciones de úlceras pépticas pre-existentes. Asma bronquial, síndrome de Reye y aumento del tiempo de sangrado son otros efectos secundarios, que pueden ser, al igual que las complicaciones del área gastroduodenal, razonablemente evitables.

La tendencia del cirujano no es abolir el dolor postoperatorio. Paradójicamente, cirugía y dolor caminan juntos. La tendencia es a buscar que ese dolor sea lo más tolerable para el paciente, mejorando las técnicas quirúrgicas y dándole fármacos que tengan la menor cantidad de efectos secundarios peligrosos. El descubrimiento del papel de las prostaglandinas en la génesis del dolor (3), abrió una vía más para lograr este propósito.

El objetivo primordial de este trabajo prospectivo es el de estudiar los efectos de un inhibidor de las prostaglandinas, el ketoprofen sobre el desarrollo del dolor postoperatorio en cirugía anorectal, sus complicaciones y los fracasos que pudieran encontrarse en lograr su fin primordial de disminuir o eliminar el uso de la morfina o sus derivados.

Son varias las sustancias químicas que participan en la reacción inflamatoria: prostaglandinas, leucotrienos, serotonina, bradiquinina, histamina y la sustancia P, que constituyen lo que algunos farmacólogos llaman "sopa inflamatoria" y a la cual debería responderse con una "sopa medicamentosa". Los DAINES pueden bloquear las prostaglandinas y leucotrienos, disminuyendo la llamada hiperalgia primaria, que puede extenderse a otros nociceptores más profundos: los mecanoreceptores a umbral bajo, conformando el mecanismo de hiperalgia secundaria

en el cual puede percibirse una sensación dolorosa frente a un estímulo no doloroso, constituyendo la alodinia. Estos mecanoreceptores actúan sobre la médula espinal por una vía aferente distinta a la de la hiperalgia primaria gracias a las fibras A Delta, capaces de transmitir potenciales débiles de despolarización (4,7). La médula espinal regula el inicio de la transmisión del manejo doloroso (4), siendo los principales neuromedidores primarios los siguientes: aminoácidos como L. glutamato, L. aspartato, L. homocisteato; péptidos, como sustancia P, miembro de la familia de las taquikinas, con receptores específicos en el cuerno posterior de la médula; CGRP (calcitonin gen related peptide) que es un péptido presente en el sistema nervioso central y compuesto por 37 aminoácidos producidos por el mismo gene que la calcitonina (5). El receptor de la médula espinal es el N metil D aspartato (NMDA) que es activado por la sustancia P y el CGRP, cuya repetida estimulación produce el fenómeno de la sensibilización de las neuronas de la médula espinal que permite la continuación del mensaje hacia el sistema nervioso central. La activación del NMDA se efectúa por canales iónicos que normalmente están bloqueados por un ion magnesio (6), de tal manera que el L. glutamato o cualquier otro aminoácido excitador no puede actuar sobre el NMDA.

La droga motivo de este trabajo ha sido reportada como capaz de penetrar rápidamente el líquido céfalo raquídeo, cuando es administrada por vía parenteral, siendo capaz de actuar sobre la transmisión central del influjo doloroso (7). En su forma oral, de absorción a nivel del intestino, las molestias sobre la mucosa gástrica son menores que en la forma convencional.

PACIENTES

El material de este estudio, realizado entre octubre de 1993 y octubre de 1994, está constituido por 106 pacientes, en quienes se practicaron las intervenciones anorectales descritas en el Cuadro 1. A cada paciente se le interrogó exhaustivamente sobre antecedentes de problemas gastroduodenales, para explicar que en vez de morfina se utilizaría una droga cuyos efectos secundarios más importantes se centraban en el área gastroduodenal. Sesenta y tres pacientes fueron hombres y 43 mujeres. En 51 de ellos se empleó anestesia peridural simple; anestesia local en 34; anestesia general en 13; anestesia

peridural continua con bomba de perfusión en 4 y ninguna anestesia en 4. Las heridas operatorias fueron cerradas en 67 pacientes y abiertas en 39. Ochenta y tres pacientes fueron intervenidos bajo el régimen ambulatorio y 23 hospitalizados por una o más noches, dependiendo de la complejidad de la cirugía.

METODO

Al finalizar la intervención, se administran 10 ml de bupivacaína diluida al 0,25 por ciento en las zonas operatorias. En los casos ambulatorios, con anestesia peridural o general, se administran 100 mg de ketoprofen por vía intramuscular si hay dolor cuando el paciente es dado de alta en recuperación, o se le hace la indicación para ser cumplida en la casa cuando este evento ocurra.

Si el dolor en el domicilio no es lo suficientemente intenso como para ameritar una inyección, pero sí para recibir un antiálgico, se administra una dosis de 100 mg de ketoprofen en grageas de absorción intestinal, a repetir cada 12 horas en período no mayor de 72 horas. Luego se continúa con un comprimido cada 24 horas sugiriendo llamar al cirujano para aclarar cualquier duda sobre el dolor o desarrollo de la evolución postoperatoria.

En los casos hospitalizados, el ketoprofen inyectado se administra en demanda la primera vez y luego un comprimido de absorción intestinal cada 12 horas, por un período no mayor de 48 horas. Al alta, se hace la indicación de un comprimido cada 24 horas, por un período no mayor de 48 horas, siempre con las comidas.

En todos los pacientes se indicó el baño de asiento, con agua tibia, por lo menos tres veces al día.

RESULTADOS

Ningún paciente necesitó la administración de morfina o sucedáneos. La anestesia peridural con bomba de infusión fue preciso retirarla en dos pacientes, debido a deficiencias en la atención de enfermería. Dos pacientes presentaron epigastralgia, que ameritó la suspensión de la medicación oral, sin necesidad de reemplazo por otro medicamento. En tres pacientes intervenidos bajo anestesia peridural hubo retención urinaria, que necesitó cateterismo vesical con sonda de Nélaton.

Cuadro 1

Hemorroidectomía	52
Fisurectomía	22
Fistulectomía	14
Ligadura de bandas	9
Cistectomía pilonidal	4
Esfinteroplastia	5

DISCUSION

Aliviar el dolor es el principal objetivo del médico, en general, y del cirujano, en particular. La morfina o sus derivados han sido tradicionalmente utilizados para tal fin, a pesar de los múltiples efectos farmacológicos y sociales indeseables que lleva consigo su administración. Una mejor comprensión del mecanismo del dolor, que se sabe íntimamente ligado a la producción de prostaglandinas, ha puesto de moda el uso de los inhibidores de esas sustancias en el control del dolor, particularmente del dolor postoperatorio. Una experiencia previa nuestra, con el uso del piroxicam (2), marcó una diferencia estadísticamente significativa en la disminución del uso de morfina en los pacientes que lo recibieron. Esta experiencia que ahora reportamos con otro DAINE, el ketoprofen, permite señalar, de manera contundente, que es posible manejar el dolor postoperatorio en coloproctología sin utilizar la morfina o sucedáneos.

Otras técnicas analgésicas postoperatorias, como la administración continua de un anestésico vía peridural, e incluso de soluciones con morfina, han sido reportadas como útiles. En nuestro hospital, la experiencia que hemos tenido con la peridural continua no ha sido buena, por fallas prácticas de personal, sin que ello desmerite su valor intrínseco en el control del dolor postoperatorio.

Creemos que este mismo defecto habrá sido encontrado en los hospitales públicos. Por consiguiente, es lógico que busquemos otra vía menos problemática para este fin, particularmente si manejamos pacientes ambulatorios. La morfina deja de ser un problema y se beneficia el enfermo que no tenga contraindicaciones para recibir el ketoprofen.

No existiendo un aparato especial para medir el dolor, tenemos que acudir a los esquemas arbitrarios para medirlo: "intenso", "de mediana intensidad" y "leve" o "tolerable". Siendo cualquiera de estos

grados una apreciación subjetiva, dependerá de la ansiedad del paciente por su evolución postoperatoria, de la confianza que le brinde el cirujano que lo opera y, por último, realmente del dolor que le va a producir la eliminación de heces muy duras. Romper la primera y la tercera de estas variables, aumentando la segunda, son requisitos que incidirán en colocar apropiadamente el dolor dentro del marco de la escala dolorosa.

La ansiedad de la primera evacuación postoperatoria se combate desde la misma sala de recuperación, al administrar el DAINE por vía parenteral, tan pronto el paciente está otra vez en comando de su capacidad sensorial total. Nuestra experiencia fue que una nueva dosis parenteral de ketoprofen fue requerida en menos del 5 por ciento de los pacientes. El dolor real es minimizado por la administración de la droga por vía oral y de un reblandecedor fecal, desde la misma noche de la cirugía. Un baño de asiento con agua tibia, después de evacuar, proporciona al paciente un alivio extra. La administración del ketoprofen puede mantenerse cada 12 horas por las primeras 72 horas y luego cada día por los siguientes 3 días.

El manejo de los tejidos, con delicadeza, es parte de la confianza que el cirujano genera sobre sus pacientes. Por tal razón, la técnica quirúrgica debe ser rigurosamente atendida.

En resumen, el ketoprofen ha sido, en nuestra experiencia, una droga antiinflamatoria no esteroidea muy útil en el control del dolor postoperatorio de 106 pacientes, en los cuales no hubo necesidad de utilizar morfina o derivados y que tuvo un muy pequeño índice de efectos colaterales que hicieran suspender su empleo.

Experiencias igualmente satisfactorias con el ketoprofen han sido obtenidas en la Maternidad

Concepción Palacios, de Caracas, en el alivio del dolor post-parto y post-cesárea (8,9).

REFERENCIAS

1. Sunshine A. Symposium on use of piroxicam in the management of pain. *Am J Med* 1988;84:1-59.
2. Morgado PJ, Morgado PJ Jr, Levy M. El manejo del dolor post-operatorio en cirugía anal, mediante el empleo de un estudio comparativo con 109 pacientes. *Gac Med Caracas* 1993;101:132-135.
3. Vane JR. Inhibition of prostaglandins synthesis as a mechanism of action for aspirin like drugs. *Nature* 1971;231:232-236.
4. Raaja S, Campbella JN, Meyer RA. Evidence for different mechanisms of primary and secondary hyperalgesia following heat injury to the glabrous skin. *Brain* 1984;107:1179-1188.
5. Thompson S, Woolf C. Primary afferent evoked prolonged potentials in the spinal cord and their central summation: role of MNDA receptor. *Proc on the VIth World Congress on Pain* 1991;chap 33:291-297
6. Wilcox GL. Excitatory neurotransmitters and pain. *Proc on the VIth World Congress on Pain* 1991; chap 12:97-117.
7. Netter P, Lapique F, Bannwarth B. Difusion of intramuscular ketaprofen into the cerebrospinal fluid. *Eur J Clin Pharmacol* 1985;29:319-321.
8. Sunschine A, Zigelboim I, Laska E, Siegel C, Olson N, Castro A de. A double blind parallel comparison of ketoprofen, aspirin and placebo in patients with postpartum pain. *J Clin Pharmacol* 1986;26:706-711.
9. Sunkine A, Olson NZ, Zihelboim I, Castro A de. Ketoprofen, acetaminophen plus oxycodone, and acetaminophen in the relief of postoperative pain. *J Clin Pharmacol Ther* 1993;54:546-555.