



RED MEXICANA

## ANALGESIA EN HISTERECTOMÍA

Dra. Pamela Luna Hernández, Dr. Víctor Javier Chaparro-Zepeda, Dr. Francisco Javier Cisneros -Rivas.  
Dr. Rafael Zamora Meraz. Departamento de Anestesiología de la Fundación Clínica Médica Sur, Ciudad de México.  
Revista Mexicana de Anestesiología 2019;42(3):pp ([www.painoutmexico.com](http://www.painoutmexico.com))

Existen dos técnicas que ocasionan dolor visceral de moderado a severo en este procedimiento, las cuales son: la histerectomía total abdominal y la histerectomía total laparoscópica. En ambos casos se deberá tomar en cuenta que el principal tipo de dolor que se presenta es de tipo visceral y de tipo somático de acuerdo a la incisión realizada. (1)

PREOPERATORIO	TRANSOPERATORIO	POSTOPERATORIO
<p><b>PASO 1</b></p> <p><b>EVALÚE</b> factores de riesgo. <b>PLANIFIQUE</b> la analgesia postoperatoria. <b>PREMEDIQUE</b> (Nivel Ia, grado A) 1 a 2 horas antes del procedimiento quirúrgico con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parecoxib 40 mg vía IV, disminuye los requerimientos de opioide en el postoperatorio.</li> <li>• Gabapentina 75 mg vía oral, mejora la satisfacción y dolor en periodo postoperatorio</li> <li>• AINEs, la premedicación con AINEs tiene una eficacia similar a usar un COX-2 para reducir el dolor postoperatorio.</li> </ul> <p><b>IDENTIFIQUE</b> técnica quirúrgica a utilizar. Laparoscópica, total abdominal o vaginal.</p>	<p><b>PASO 2</b></p> <p><b>TÉCNICA ANESTÉSICA:</b> (Nivel Ia, grado A) <i>Histerectomía laparoscópica:</i> AGB <i>Histerectomía total abdominal y vaginal:</i> Bloqueo peridural; analgesia superior comparado con bloqueo subaracnoideo y anestesia general con mejores tasas de recuperación. <b>TÉCNICA ANALGÉSICA</b> <b>INFILTRACIÓN HERIDA QUIRÚRGICA.</b> Ha demostrado mejorar el dolor postoperatorio disminuyendo el requerimiento analgésico en las primeras 12 horas. (Nivel Ia, grado A)</p> <p><b>ANALGESIA RECOMENDADA en cirugía abierta</b> (Nivel Ib, grado B) Bloqueo peridural con dosis combinada de anestésico local (AL)+ adyuvante opioide, ó Analgesia intravenosa controlada por el paciente (PCA)</p> <p><b>ANALGESIA RECOMENDADA</b> <b>En cirugía laparoscópica:</b> (Nivel Ia, grado A) <i>Bloqueo Plano Transverso Abdomen (TAP)</i> disminuye dolor y requerimiento analgésico en PACU. No es superior a uso de PCA IV. <i>Bloqueo de plexo hipogástrico superior</i> mejora el dolor postoperatorio, recomendación de uso con ultrasonido.</p> <p><b>SIEMPRE COMPLEMENTE</b> <i>AINE/COX2 +Paracetamol IV, la sinergia mejora la eficacia</i> (Nivel Ia, Grado A)</p>	<p><b>PASO 3</b></p> <p><b>ANALGESIA MULTIMODAL</b> <b>VÍA INTRAVENOSA:</b> AINE/COX2 + Paracetamol IV + Opiode débil. La sinergia mejora la eficacia (Nivel Ia, grado A) <b>OPIOIDE DÉBIL,</b> incluso con uso de analgesia regional, se debe considerar el uso de opioides débiles en rescates. (Nivel Ia, Grado A)</p> <p><b>VÍA PERIDURAL:</b> Analgesia controlada por el paciente (PCA) con infusión de anestésico local (Ropivacaína al 0.75%) y opioide (Fentanilo) con bolos de rescate (Nivel Ib grado B). En caso de dolor EVA <math>\geq 5</math>: Indique rescates de opioide débil (Tramadol) cada 8 horas.</p> <p><b>CONSIDERE</b> el uso de terapias no farmacológicas:</p> <p>Terapias cognitivas-conductuales. La ansiedad y depresión dificultan el manejo de dolor y se ha relacionado a dolor crónico. (Nivel III, Grado B)</p>
<p><b>FACTORES DE RIESGO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujer</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Dolor crónico pre-existente.</li> <li>• Paciente tolerante a opioides.</li> <li>• Paciente que rechaza el bloqueo peridural como técnica analgésica</li> <li>• Depresión</li> </ul>	<p><b>FACTORES QUIRÚRGICOS</b></p> <p><b>Conversión de técnica laparoscópica a cirugía abierta:</b> Manejo vía peridural y con analgesia multimodal.</p>	<p><b>DOLOR DESCONTROLADO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>NO SUBESTIME</b> el dolor del paciente, sea en reposo o en movimiento, con o sin deterioro cognitivo. En caso de que exista este último, utilice escalas adecuadas para evaluar el dolor en esta población (DOLOPLUS, PAINAD, etc)</li> <li>2. <b>DESCARTE</b> causa quirúrgica</li> <li>3. <b>VERIFIQUE</b> la correcta administración del tratamiento en las indicaciones, y con el personal de enfermería. Verifique la correcta posición del catéter neuroaxial o periférico. En caso de función adecuada:</li> <li>4. <b>RESCATE</b> con opioide débil. <b>AÑADA</b> opioide con horario en caso de ser necesario.</li> <li>5. <b>CUANTIFIQUE</b> el requerimiento de rescates durante las primeras 24 hrs. <b>AJUSTE</b> sumando la dosis total de los rescates requeridos de las primeras 24 hrs a la dosis total analgésica de opioide de base.</li> <li>6. <b>RE-EVALÚE</b> en caso de que persista el dolor, investigue la presencia de dolor crónico previo (&gt;3 meses) y el uso crónico de opioides, si es así,</li> <li>7. <b>CONSULTE</b> a un algólogo.</li> </ol>

Todos los derechos reservados Red Mexicana Pain Out  
Prohibida su reproducción

Todos los derechos reservados Red Mexicana Pain Out  
Prohibida su reproducción

## PERLAS CLÍNICAS

- El dolor por histerectomía se espera de moderado a severo, el tipo de dolor dependerá de la técnica quirúrgica utilizada.
- Siempre debe individualizarse al paciente, evalúe la intensidad del dolor con EVA y EVERA dos a tres veces en 24 hrs, con base a resultados (ESCALA FAS: poder respirar profundo, moverse y comer) Br J Anest 2018; 120(3):435-438
- En caso de dolor referido por el paciente, rescate la analgesia y re-evalúe a la hora, mantenga una meta EVA  $\leq 3$ .
- La analgesia regional es un pilar fundamental en el manejo, recuerde que una analgesia adecuada reducirá el riesgo de cronificación.
- El dolor crónico postoperatorio (DCP) reportado por histerectomía es del 10 al 50% con un componente neuropático en el 5 al 50% de los casos (Curr Opin Anaesthesiol 2018; jun;31: 268-273)
- Recuerde que si el paciente presenta predominio de dolor neuropático, el opioide tiene una eficacia limitada. Aumentar el opioide desencadenará mayores efectos adversos. Por tanto se sugiere revisar la infusión peridural.
- Los factores de riesgo de DCP son: dolor pélvico preoperatorio, dolor crónico, presencia de dolor agudo severo en el postoperatorio, histerectomía total abdominal técnica abierta, ansiedad y depresión. (Curr Opin Anaesthesiol 2018; jun;31: 268-273)
- La anestesia general así como el bloqueo subaracnoideo han demostrado menor eficacia en el manejo del dolor postoperatorio.

**REFERENCIAS:**

1. Choi, J. B., Kang, K., Song, M. K., Seok, S., Kim, Y. H., & Kim, J. E. Pain characteristics after total laparoscopic hysterectomy. *International journal of medical sciences* 2016; 13(8), 562.
2. Rapp, H., Eriksson, S. L., & Smith, P. (2017). Superior hypogastric plexus block as a new method of pain relief after abdominal hysterectomy: double-blind, randomised clinical trial of efficacy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(2), 270-276.
- 3.
4. Steinberg, A. C., Schimpf, M. O., White, A. B., Mathews, C., Ellington, D. R., Jeppson, P., ... & Murphy, M. (2017). Preemptive analgesia for postoperative hysterectomy pain control: systematic review and clinical practice guidelines. *American journal of obstetrics and gynecology*, 217(3), 303-313.
5. Joseph, T. T., Krishna, H. M., & Kamath, S. (2014). Premedication with gabapentin, alprazolam or a placebo for abdominal hysterectomy: effect on pre-operative anxiety, post-operative pain and morphine consumption. *Indian journal of anaesthesia*, 58(6), 693.
6. Moawad, N. S., Flores, E. S., Le-Wendling, L., Sumner, M. T., & Enneking, F. K. (2018). Total laparoscopic hysterectomy under regional anesthesia. *Obstetrics & Gynecology*, 131(6), 1008-1010.
7. Donnez, O., Donnez, J., Dolmans, M. M., Dethy, A., Baeyens, M., & Mitchell, J. (2015). Low pain score after total laparoscopic hysterectomy and same-day discharge within less than 5 hours: results of a prospective observational study. *Journal of minimally invasive gynecology*, 22(7), 1293-1299.
8. Sugihara, M., Miyake, T., Miyagi, Y., Oda, T., Hazama, Y., Sano, R., ... & Shimoya, K. (2018). Does local infiltration anesthesia on laparoscopic surgical wounds reduce postoperative pain? Randomized control study. *Reproductive medicine and biology*, 17(4), 474-480.
9. Barron, K. I., Lamvu, G. M., Schmidt, R. C., Fisk, M., Blanton, E., & Patanwala, I. (2017). Wound infiltration with extended-release versus short-acting bupivacaine before laparoscopic hysterectomy: a randomized controlled trial. *Journal of minimally invasive gynecology*, 24(2), 286-292.
10. Ammianickal, P. L., Thangaswamy, C. R., Balachander, H., Subbaiah, M., & Kumar, N. P. (2018). Comparing epidural and wound infiltration analgesia for total abdominal hysterectomy: A randomised controlled study. *Indian journal of anaesthesia*, 62(10), 759.
11. Koyuncu, O., Hakimoglu, S., Ugur, M., Akkurt, C., Turhanoglu, S., Sessler, D., & Turan, A. (2018). Acetaminophen Reduces acute and persistent incisional pain after hysterectomy. *Annali italiani di chirurgia*, 7.
12. Blanton, E., Lamvu, G., Patanwala, I., Barron, K. I., Witzeman, K., Tu, F. F., & As-Sanie, S. (2017). Non-opioid pain management in benign minimally invasive hysterectomy: A systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 216(6), 557-567.
13. Gasanova, I., Alexander, J., Ogunnaike, B., Hamid, C., Rogers, D., Minhajuddin, A., & Joshi, G. P. (2015). Transversus abdominis plane block versus surgical site infiltration for pain management after open total abdominal hysterectomy. *Anesthesia & Analgesia*, 121(5), 1383-1388.
14. Dai, C., Zhang, K., & Huang, J. (2018). The Efficacy of Transversus Abdominis Plane Block for Abdominal Hysterectomy Post-operative Analgesia. *Cureus*, 10(8).
15. Guardabassi, D. S., Lupi, S., Agejas, R., Allub, J. M., & García-Fornari, G. (2017). Efficacy of ultrasound-guided transversus abdominis plane block in laparoscopic hysterectomy. clinical trial. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*, 64(5), 257-261.
16. Kiatchai, T., Sanansilp, V., Triyasunant, N., Saengprateep, S., Changkittirat, P., & Achariyapota, V. (2017). Effects of pregabalin on postoperative pain after hysterectomy under spinal anesthesia with intrathecal morphine: a randomized controlled trial. *Journal of anesthesia*, 31(6), 861-868.
17. Scheel, J., Sittl, R., Griessinger, N., Strupf, M., Parthum, A., Dimova, V., ... & Lautenbacher, S. (2017). Psychological predictors of acute postoperative pain after hysterectomy for benign causes. *The Clinical journal of pain*, 33(7), 595-603.
18. Brandsborg, B., Nikolajsen, L., Kehlet, H., & Jensen, T. S. (2008). Chronic pain after hysterectomy. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 52(3), 327-331.