



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

**“UTILIDAD DE LA GABAPENTINA EN EL MANEJO DEL DOLOR POST-  
AMIGDALECTOMÍA”**

**TESIS**

**Que para obtener el título de:**

**ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y  
CUELLO**

**PRESENTA:**

**DR. CARLOS ALBERTO VALENTE OLEA**

**ASESOR DE TESIS:**

**DR. OMAR JESÚS JUÁREZ NIETO**

**CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2019**

**HOJA DE AUTORIZACIÓN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

**DR. JAIME MELLADO ABREGO**  
**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**  
**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

---

**DR. VICTOR MANUEL FLORES MENDEZ**  
**JEFE DE POSGRADO**  
**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

---

**DRA MARIA DEL CARMEN DEL ÁNGEL LARA**  
**JEFA DE SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA**  
**Y CUELLO**  
**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

---

**DR. OMAR JESÚS JUÁREZ NIETO**  
**ASESOR DE TESIS**  
**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

**Estudio aprobado por el comité de ética e investigación del Hospital Juárez  
de México con el registro HJM 0533/18-R**

## INDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>1</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>2</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>HIPÓTESIS</b> .....	<b>7</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>7</b>
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>8</b>
TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	9
<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b> .....	<b>10</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>10</b>
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>15</b>
<b>CONCLUSIÓN</b> .....	<b>16</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>17</b>

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres, hermanos y abuela por el amor, ánimos y apoyo que siempre me han brindado.

Por su apoyo y enseñanza a lo largo de este camino y ser mentor del presente trabajo al Dr. Omar Juárez.

A los doctores Carmen del Ángel, Leonardo Padilla, Francisco Gutiérrez, Bernardo Galindo, Jorge Aguilar, Ivonne Cárdenas y Manuel Estrada por ser mis maestros a lo largo de estos 4 años y que han sido un guía y ejemplo que seguir en el aspecto profesional y personal.

A mis compañeros de residencia por ser los mejores que pude tener.

## MARCO TEÓRICO

Actualmente la amigdalectomía, es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados, en nuestra área. Definida como, la resección de la amígdala palatina, uni o bilateral. Cuando se retiran simultáneamente junto con el tejido adenoideo se le llama adenoamigdalectomía. Las amígdalas palatinas corresponden a dos estructuras que se ubican en la fosa tonsilar, delimitada por el musculo palatogloso anteriormente, el musculo palatofaríngeo posteriormente, músculo constrictor superior de la faringe lateralmente, paladar blando superiormente y base de la lengua como límite inferior. Su irrigación se divide en 2 polos: el polo superior se encuentra irrigado por ramas de la arteria palatina descendente y la arteria faríngea ascendente y su polo inferior por ramas tonsilares de las arterias lingual, facial y palatina ascendente. Su inervación depende principalmente del nervio glossofaríngeo (IX par).<sup>1</sup>

Las indicaciones para realizar la amigdalectomía, son específicas y múltiples, Las más frecuentemente consideradas son las infecciones y problemas inflamatorios de la faringe (47% de los casos); los problemas obstructivos (32% de los casos); o ambas (20% de los casos).<sup>2</sup>

Existen diversos métodos para realizar una amigdalectomía y principalmente se clasifican en fríos y calientes. Los métodos fríos corresponden a aquéllos que no liberan calor. Los métodos calientes liberan distintas cantidades de calor que produce un efecto cauterizador, disminuyendo el sangrado intraoperatorio.<sup>1</sup> Estos procedimientos también se pueden clasificar en extra o intracapsulares según la preservación de la cápsula tonsilar.<sup>1</sup> En la amigdalectomía extracapsular tenemos diversas técnicas, como disección fría, mediante el uso de asa, mediante guillotina, electrocauterización, bisturí armónico, Ablación por radiofrecuencia, microdebridador. En la amigdalectomía intracapsular, se realiza mediante microdebridador o radiofrecuencia. Las contraindicaciones de realizar el procedimiento son insuficiencia velofaríngea, paladar hendido, paladar hendido submucoso, alteración velofaríngea neuromuscular, enfermedades hematológicas,

existencia de franca alergia respiratoria no tratada en los últimos seis meses e infección adenoamigdalina activa.<sup>1</sup>

El dolor post-amigdalectomía particularmente posterior a deglutir puede dar muchas complicaciones como: deshidratación, vomito, alteraciones del sueño o riesgo de sangrado secundario.<sup>3</sup>

Los analgésicos opioides previamente considerados terapia de primera línea, pueden estar asociada. con analgesia inadecuada y efectos secundarios como náuseas, vómitos, prurito, disminución de la motilidad gastrointestinal, sedación y depresión respiratoria.<sup>9</sup>

El uso de AINES en el manejo del dolor post-quirúrgico, es de uso rutinario, debido a su mecanismo de inhibición de las prostaglandinas, reduce la amplificación del dolor en las primeras horas del postquirúrgico; La mayoría de los AINES son inhibidores reversibles y competitivos de la cicloxigenasa, acetila la enzima en el sitio activo, por ello se utiliza como antiagregante plaquetario ya que inhibe la enzima cicloxigenasa plaquetaria(COX 1) para toda la vida de la plaqueta.<sup>8</sup> Su uso está contraindicado en pacientes con úlcera péptica activa o sintomática, sangrado masivo, coagulopatía, anticoagulación, infarto, insuficiencia renal, falla cardiaca o hipersensibilidad;<sup>8</sup> Y particularmente en el uso de pacientes con amigdalectomía, puede aumentar el riesgo de sangrado post-quirúrgico, que por el propio procedimiento ya es elevado. Una revisión realizada por D'souza et al. reveló un aumento en las tasas de hemorragia post-amigdalectomía que requirió el regreso al quirófano en niños que recibieron ibuprofeno más acetaminofen (1,6%) versus narcótico más acetaminofen (0.5%).<sup>10</sup>

La Gabapentina es un derivado del neurotransmisor GABA (ácido gamma-aminobutírico) pero no actúa sobre los receptores GABAérgicos ni se convierte o metaboliza en GABA o en un antagonista del GABA ni es un inhibidor de la recaptación del GABA. El mecanismo mediante el cual ejerce analgesia es desconocido, se utiliza en la prevención del dolor neuropático, aunque también previene el dolor asociado a procesos inflamatorios.<sup>4</sup> Farmacocinética y

metabolismo: La gabapentina no interactúa con los canales del sodio in vitro y por lo tanto, difiere de la fenitoína y la carbamazepina. <sup>4</sup>

Con la administración oral, las concentraciones plasmáticas pico de gabapentina se observan después de 2 o 3 horas. La biodisponibilidad absoluta de las cápsulas de Gabapentina es de 55%. Los alimentos no tienen efecto sobre la farmacocinética de la gabapentina. La eliminación de la gabapentina del plasma es descrita por una farmacocinética lineal. <sup>4</sup>

La vida media de la gabapentina es independiente de la dosis y tiene un valor promedio de 5 a 7 horas. La farmacocinética de la gabapentina no es afectada por la administración repetida y las concentraciones plasmáticas en estado estable pueden ser predichas con base en los datos con la administración de dosis únicas. <sup>4</sup>

Las concentraciones plasmáticas de la gabapentina son proporcionales a las dosis de 300 y 400 mg administradas cada 8 horas. La gabapentina no se fija a las proteínas plasmáticas y tiene un volumen de distribución de 57.7 litros. En los pacientes con epilepsia, las concentraciones de gabapentina en el líquido cefalorraquídeo (LCR) son aproximadamente 20% de las concentraciones plasmáticas correspondientes en estado estable. La gabapentina es eliminada exclusivamente por excreción renal. <sup>4</sup>

No hay evidencia de metabolitos en el hombre. La gabapentina no induce las enzimas hepáticas oxidativas de función mixta, responsables del metabolismo de los fármacos. En los pacientes de edad avanzada y en los pacientes con deterioro de la función renal, el aclaramiento plasmático de la gabapentina se reduce. <sup>4</sup>

La constante de la velocidad de eliminación, el aclaramiento plasmático y el aclaramiento renal de la gabapentina, son directamente proporcionales a la depuración de creatinina. La gabapentina es separada del plasma por la hemodiálisis. <sup>4</sup>

Se recomienda ajustar la dosis en los pacientes con función renal comprometida o que estén sometidos a hemodiálisis. <sup>4</sup>

Contraindicaciones: La gabapentina está contraindicada en los pacientes que hayan demostrado hipersensibilidad al fármaco. <sup>4</sup>

Reacciones secundarias y adversas:

Cuerpo en general: Astenia, dolor, malestar, disminución del peso corporal, edema facial y dolor en el pecho. <sup>4</sup>

Sistema digestivo: Flatulencia. <sup>4</sup>

Sistema héptico y linfático: Púrpura descrita con suma frecuencia como equimosis resultantes de trauma físico. <sup>4</sup>

Sistema nervioso: Vértigo, hipercinesia, disminución o ausencia de reflejos. <sup>4</sup>

Función psicobiológica: Agitación. <sup>4</sup>

Sistema respiratorio: Bronquitis, sinusitis y neumonía. <sup>4</sup>

Piel y apéndices cutáneos: Laceración de la piel y erupción cutánea maculopapular.

Sistema urogenital: Infección de vías urinarias. <sup>4</sup>

Sentidos especiales: Visión anormal, descrita con suma frecuencia como trastorno visual. <sup>4</sup>

Precauciones generales:

Uso pediátrico: No se ha establecido la inocuidad y eficacia de la gabapentina en niños menores de 12 años de edad. <sup>4</sup>

Dolor neuropático: La seguridad y efectividad en pacientes menores de 18 años de edad no ha sido establecida. <sup>4</sup>

Uso geriátrico: Cincuenta y nueve pacientes (3%) mayores de 65 años de edad han recibido gabapentina sin experimentar efectos secundarios imprevistos. Para los pacientes con función renal comprometida, la dosis debe ser ajustada. <sup>4</sup>

Diversos estudios en el área de Otorrinolaringología han intentado demostrar la eficacia en el manejo del dolor post-Amigdalectomía, indicando que el uso de la Gabapentina disminuye el uso de opioides en las primeras 24 hrs del procedimiento quirúrgico según el estudio realizado por Mikkelsen S, Hilsted KL, Andersen PJ y colaboradores.<sup>5</sup> Así como, que el uso de gabapentina reduce el dolor y el consumo de analgésicos en las primeras 24 hrs de los procedimientos en Otorrinolaringología según el estudio realizado por Sanders, JG y Dawes PJD<sup>6</sup>, así como el realizado por Praveen y colaboradores<sup>9</sup>. En contraparte en los que se demuestra que el uso preventivo de gabapentina en amigdalectomía está asociado con aumento en los test de dolor y el consumo de analgésicos en la amigdalectomía en adultos en estudio realizado el año pasado por Sanders, JG & Dawes PJD.<sup>7</sup>

## **JUSTIFICACIÓN**

El dolor post-amigdalectomía es una complicación muy frecuente encontrada posterior al procedimiento quirúrgico, el cual puede afectar directamente la adecuada recuperación del paciente, actualmente no existe un tratamiento estandarizado en el manejo del mismo, encontrando múltiples esquemas de analgesia, posterior a procedimiento. El uso de la gabapentina surge como una alternativa más de tratamiento y alivio del dolor para nuestra población en particular, en la cual no existe un estudio controlado para comprobar su utilidad, en el cual se pretende demostrar su adecuado alivio del dolor y su seguridad en el consumo.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Es útil el uso de gabapentina en el alivio del dolor post-Amigdalectomía en adultos en el Hospital Juárez de México?

## **HIPÓTESIS**

¿Es útil el uso de gabapentina en el alivio del dolor post-Amigdalectomía en adultos en el Hospital Juárez de México?

## **OBJETIVOS**

General:

Determinar la utilidad del uso de gabapentina como analgésico post-Amigdalectomía en adultos en el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

Específico:

1. Determinar la utilidad en el alivio del dolor
2. Valorar el tiempo en el que surge el efecto analgésico de la gabapentina post-Amigdalectomía en adultos
3. Determinar la existencia de reacciones adversas en el uso de la Gabapentina en pacientes adultos post-operados.

## **METODOLOGÍA**

### Diseño de la investigación

El tipo de estudio a realizar será prospectivo, con secuencia temporal longitudinal, del tipo cualitativo donde la finalidad del estudio será analítico y el control de asignación de los factores de estudio será cuasi-experimental donde se identificara la utilidad del uso de la gabapentina como analgésico en pacientes adultos post-operados de Amigdalectomía en el Hospital Juárez de México. Se utilizará la población determinando la edad, género, antecedentes de importancia (hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, cardiopatías, fármacos, alteraciones hematológicas, etc), que sean operados de amigdalectomía en el Hospital Juárez de México por el servicio de Otorrinolaringología y Cabeza y cuello.

### Definición de la población.

Pacientes adultos operados de amigdalectomía en el Hospital Juárez de México por el servicio de Otorrinolaringología y Cabeza y cuello.

### Criterios de inclusión:

Edad 18-65 años

Operados de amigdalectomía

### Criterios exclusión:

Hipersensibilidad a la gabapentina

Hepatopatías

Carcinomas

Enfermedades hematológicas

### Criterio de eliminación:

Sin respuesta a la analgesia con la gabapentina

### Definición de variables.

Dependientes: dolor post amigdalectomía

Independientes: Edad, genero, antecedentes de importancia (hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, cardiopatías, fármacos, alteraciones hematológicas, etc).

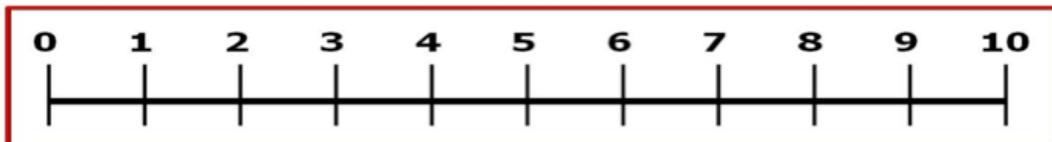
### **Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de la información**

Se utilizará la población operada de amigdalectomía entre 18 y 65 años en Hospital Juárez de México por el servicio de Otorrinolaringología y Cabeza y cuello. Posteriormente se les explicara al participante en qué consiste el estudio y se leerá conjuntamente el Consentimiento Informado, en caso de dudas se resolverá, y se firmara el documento en caso que el paciente acepte realizar el procedimiento. Posteriormente se procederá a realizar las preguntas contenidas en la hoja de recolección de datos, para continuar con el procedimiento:

Se otorgará Gabapentina: 600 mg 1 día antes de procedimiento quirúrgico, 600 mg 1 hora antes de procedimiento quirúrgico y posteriormente 900 mg cada 24 horas por 5 días posterior a procedimiento quirúrgico.

Evaluando con la escala numérica de dolor de Walco y Howite, su dolor post-quirúrgico en el día 1, 7 y 14.

### **Desde 8 años colaboradores: Escala numérica de Walco y Howite**



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES/AÑO	PLANTEAMIENTO DE PROTOCOLO	SELECCIÓN BIBLIOGRAFICA	ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	PRESENTACIÓN DEL REPORTE
MARZO 2018	X					
ABRIL 2018	X					
MAYO 2018		X				
JUNIO 2018		X				
JULIO 2018			X			
AGOSTO 2018			X			
SEPTIEMBRE 2018			X			
OCTUBRE 2018			X			
NOVIEMBRE 2018			X			
DICIEMBRE 2018			X			
ENERO 2019			X			
FEBRERO 2019			X			
MARZO 2019			X			
ABRIL 2019			X			
MAYO 2019			X			
JUNIO 2019			X	X		
JULIO 2019					X	X

## RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 27 pacientes, 16 femeninos (59.25%) y 11 masculinos (40.75%), como se muestra en la figura 1. Con un rango de edad comprendido entre los 18 y 53 años (figura 2), con un promedio de edad de 24 años.

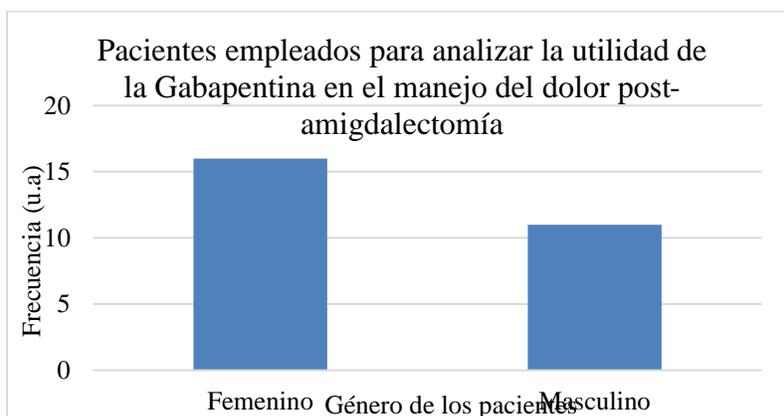


Fig. 1 Género de los pacientes, predomina pacientes del sexo femenino.

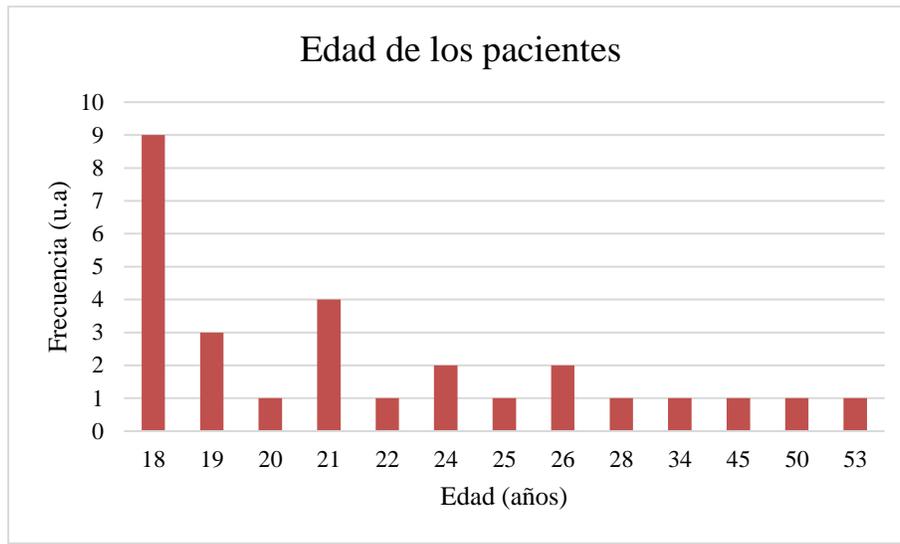


Fig. 2 Frecuencia de la edad de los pacientes que se evaluó la utilidad de la gabapentina.

Dentro de los diagnósticos de ingreso, 22 pacientes (81.4%) presentó diagnóstico de Amigdalitis crónica, 4 pacientes (14.8%) presentó diagnóstico de Amigdalitis crónica más Rinitis Alérgica y 1 paciente (3.7%) presentó diagnóstico de Amigdalitis Crónica más Hipertensión Arterial Sistémica, como se muestra en la figura 3 y 4. En el 100% de los pacientes la indicación quirúrgica fue infecciosa.

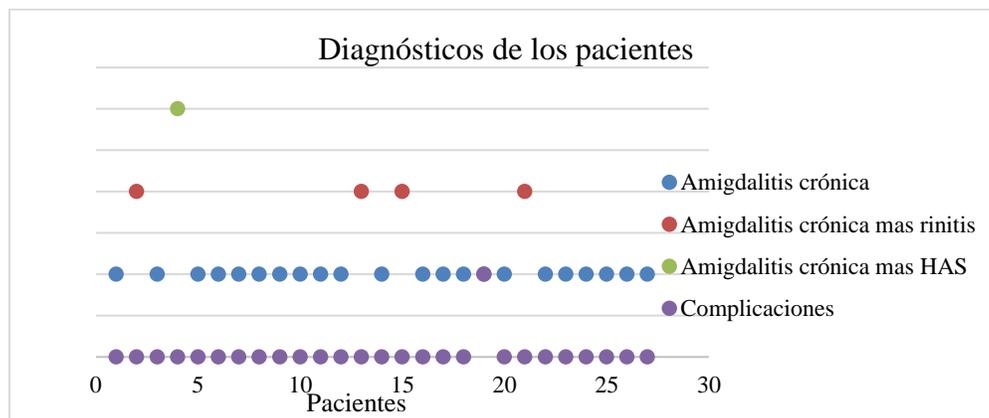


Fig. 3 Diagnostico que presento cada uno de los pacientes evaluados, así como la como la complicación presentada por el paciente 19.

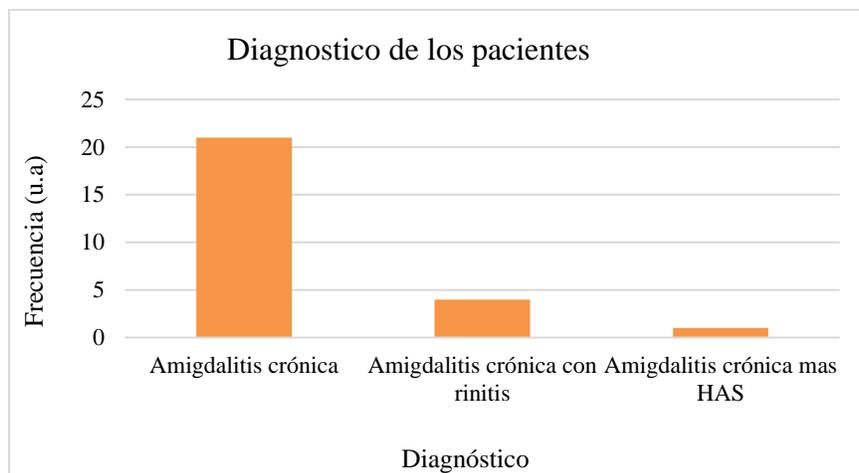


Fig. 4 Frecuencia de los diagnósticos que presentaron los pacientes evaluados.

En 12 pacientes (44.45%), se utilizó una técnica quirúrgica de tipo fría, y en 15 pacientes (55.55%), se utilizó una técnica quirúrgica de tipo caliente. Mostrado en la figura 5.

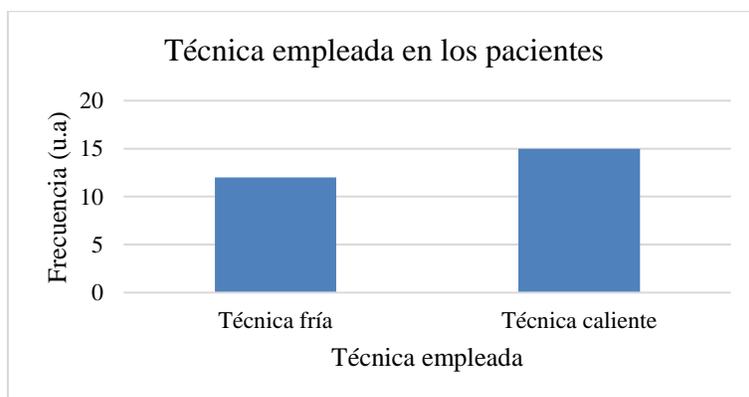


Fig. 5 Frecuencia de la técnica empleada en los pacientes.

Respecto a los resultados obtenidos en la prueba de dolor, fue que para el día 1 el promedio de dolor de los pacientes fue de  $2.2593 \pm 0.8123$  con un  $\sigma^2$  de 0.6609, para el día 7 se obtuvo un promedio de  $3.7777 \pm 1.4232$  con un  $\sigma^2$  de 2.0256. Para el día 14 la intensidad promedio fue de  $3.7407 \pm 0.9944$  con un  $\sigma^2$  de 0.8917; se puede observar que a mayor número de días la intensidad del dolor aumento en los pacientes, pero disminuyó la dispersión de los datos. Considerando el rango de dolor, como nivel 1 es leve y nivel 10 es intenso, lo pacientes estuvieron dentro de un rango de dolor tolerable o soportable para ellos.

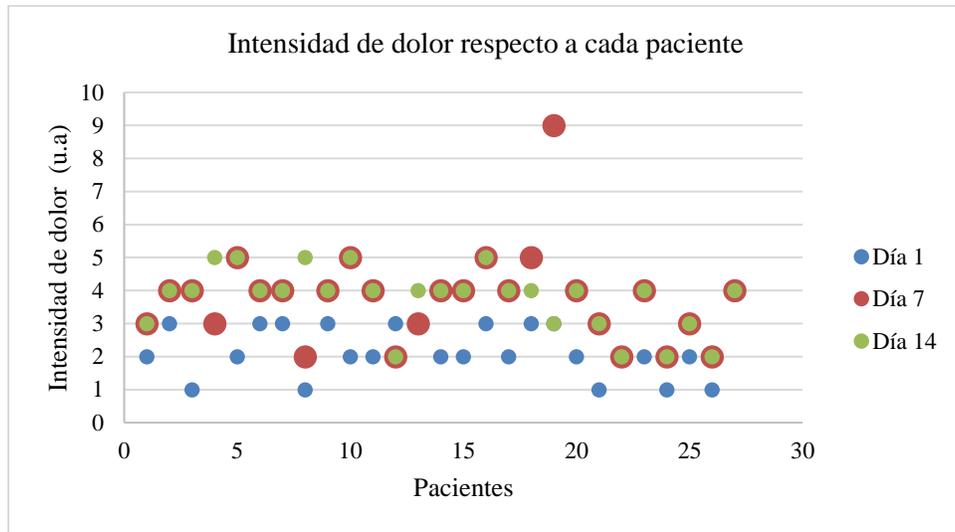


Fig. 6 Intensidad del dolor en cada paciente, donde nivel 1 es leve hasta nivel 10 que es intenso, para el día 1, día 7 y día 14. Aquellos pacientes que presentaron la misma intensidad de dolor se mostraron con el color del borde correspondiente al día de registro.

Empleando la técnica fría solo hubo un paciente del sexo masculino, el resto de los pacientes fueron femeninos y el registro de la intensidad de dolor para el día 1, 7 y 14 fue el siguiente, para el día 1 se obtuvo un promedio de  $2.5 \pm 0.6454$  con  $\sigma^2 = 0.4545$ , para el día 7 de  $3.8333 \pm 0.7993$  y un  $\sigma^2 = 0.6969$  y finalmente para el día 14 la intensidad promedio de dolor fue  $4 \pm 0.8164$  con un  $\sigma^2 = 0.7272$ . Considerando todos los días se tuvo un promedio de  $3.4444 \pm 1.0266$ , un  $\sigma^2 = 1.0539$ .

Considerando un nivel de significación del 95%, donde se tiene un  $3.4444 \pm 0.2434$ , situando el intervalo de confianza para técnica fría de una intensidad de dolor en un rango de 3.20 a 3.70.

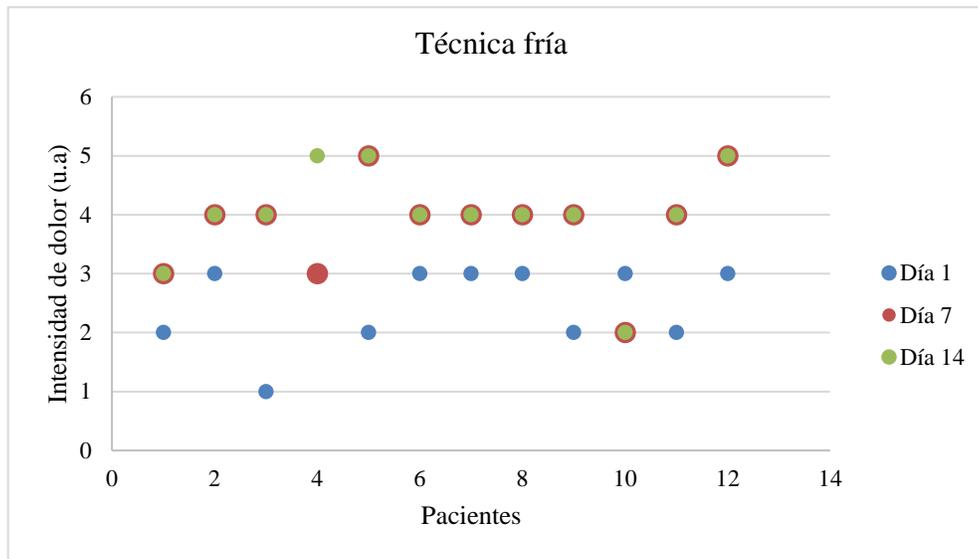


Fig. 7 Intensidad del dolor en cada paciente empleando la técnica fría. Aquellos pacientes que presentaron la misma intensidad de dolor se mostraron con el color del borde correspondiente al día de registro.

En 15 pacientes se evaluó la técnica caliente, de los cuales 5 son del sexo masculino. Y su registro de la intensidad de dolor promedio por día fue: en el día 1 fue  $2.0667 \pm 0.8837$  con un  $\sigma^2 = 0.7809$ , para el día 7 fue  $3.7333 \pm 1.7915$ ,  $\sigma^2 = 3.2095$  y para el día 14 se tuvo  $3.5333 \pm 0.9904$ , y un  $\sigma^2 = 0.9809$ . Para la técnica caliente se tuvo un promedio total de  $3.1111 \pm 1.4650$  con un  $\sigma^2 = 2.1464$ , al considerar todos los días.

Considerando un nivel de significación del 95%, y para obtener el intervalo de confianza se empleó la ecuación  $\bar{x} \pm 1.96 \left( \frac{\sigma}{\sqrt{n}} \right)$ , donde se tiene un  $3.1111 \pm 0.3333$ , situando el intervalo de confianza para técnica caliente de una intensidad de dolor en un rango de 2.78 a 3.44.

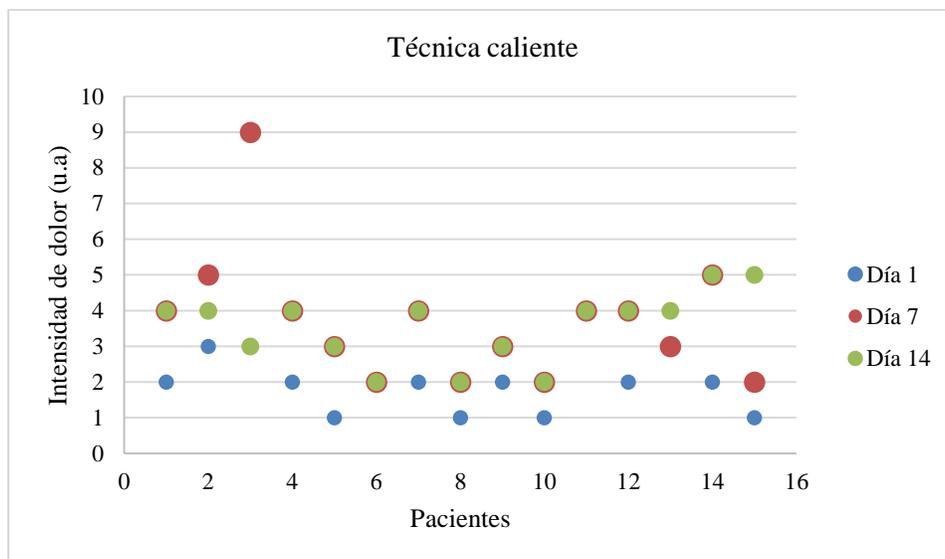


Fig. 8 Intensidad del dolor en cada paciente empleando la técnica caliente.

El efecto analgésico de la gabapentina se mostró desde el primer día postquirúrgico, ya que el promedio de dolor de los pacientes en el día 1 fue de  $2.2593 \pm 0.8123$ , independientemente de la técnica utilizada. 1 paciente refirió dolor intenso, 9 en la escala de Walco y Howite, en el día 7 por lo que se le indicó otro analgésico de rescate.

En los 27 pacientes postoperados, no se mostraron reacciones adversas durante o posterior a la administración de la Gabapentina.

## DISCUSIÓN

En los 27 pacientes operados de amigdalectomía, en el servicio, la indicación en el 100% de los casos fue infecciosa, a diferencia de lo demostrado por Lamadrid-Bautista y Cols<sup>2</sup>, quienes reportan que en el 47% de los casos, es infecciosa.

Los resultados obtenidos en el manejo de dolor independientemente de la técnica utilizada demuestran que para el día 1, 7 y 14 el promedio de dolor fue de 3.2592 con valor estadístico significativo con una P de 0.010, manteniéndose en rangos tolerables o soportables en el post-quirúrgico, considerando el rango de dolor, como nivel 1 es leve y nivel 10 es intenso.

En la técnica quirúrgica fría, el promedio de dolor en los 14 días fue de 3.444 y en la técnica quirúrgica caliente el promedio fue de 3.111, demostrando que el rango de dolor se mantuvo ligeramente por debajo de la técnica fría.

El efecto analgésico de la gabapentina se presentó desde el primer día del postquirúrgico, ya que el promedio de dolor de los pacientes en el día 1 fue de  $2.2593 \pm 0.8123$ , independientemente de la técnica utilizada, manteniendo un dolor altamente tolerable.

En cuanto los efectos adversos descritos frecuentemente encontrados con la administración de la gabapentina, en ninguno de los 27 pacientes post-operados, se presentaron.

El presente estudio concuerda con Sanders y colaboradores<sup>6</sup>, así como Praveen y colaboradores<sup>9</sup>, que el uso de gabapentina reduce el dolor y el consumo de analgésicos en las primeras 24 hrs. Y demuestra que el uso de gabapentina en amigdalectomía no aumentó el nivel en la escala de dolor, ni el consumo de analgésicos en adultos como demostró Sanders, JG & Dawes PJD.<sup>7</sup>

Las limitaciones del estudio es el pequeño número de muestra que se obtuvo, sin embargo considerando este aspecto, se propone que con un mayor número de pacientes y mayor cantidad de tiempo se pudiera tener un valor significativo.

En la actualidad no hay estudios tan completos que busquen alternativas de analgésicos que utilizar en el manejo del dolor post-quirúrgico en la amigdalectomía, por lo que se propone se continúen realizando estudios prospectivos donde se establezca el beneficio de emplear estos medicamentos.

## **CONCLUSIÓN**

Se concluye que el uso de la gabapentina es útil en el manejo del dolor postquirúrgico en la amigdalectomía, independientemente de la técnica empleada, manteniendo un dolor leve en los primeros días del postquirúrgico.

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup>Alvo, A., Sauvalle, M., Sedano, C. & Gianini, R. *Amigdalectomía y adenoidectomía: Conceptos, técnicas y recomendaciones*. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2016; 76: 99-110
- <sup>2</sup> Lamadrid-Bautista, E., González-Rull, T., Azuara-Pliego, E., Hernández-Orozco, F., Lamadrid Andrade, P. & Montalvo-Javé, E. *Actualidades sobre la amigdalectomía*. Rev Med Hosp Gen Méx 2013;76(4):210-216
- <sup>3</sup> Amani, S. & Abedinzadeh, M. *Effects of oral gabapentin, local bupivacaine and intravenous pethidine on post tonsillectomy pain*. Iran J Otorhinolaryngol. 2015;27:343-348.
- <sup>4</sup> GABAPENTINA EN VADEMECUM. Recuperado de <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/g001.htm>
- <sup>5</sup> Mikkelsen S, Hilsted KL, Andersen PJ, et al. *The effect of gabapentin on post-operative pain following tonsillectomy in adults*. Acta Anaesthesiol Scand. 2006;50:809-815.
- <sup>6</sup> Sanders, JG & Dawes PJD. *Gabapentin for perioperative analgesia in otorhinolaryngology–head and neck surgery: systematic review*. Otolaryngol Head Neck Surg. 2016;155:893-903.
- <sup>7</sup> Sanders, JG & Dawes PJD. *Gabapentin in the Management of Pain following Tonsillectomy: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial*. Otolaryngology–Head and Neck Surgery 2017, Vol. 157(5) 781–79.
- <sup>8</sup> Cadavid Puentes, AM et al. *Manual de Analgesia Postoperatoria Básica*. Clínica alivio del dolor Hospital Universitario San Vicente De Paúl y Universidad de Antioquia. 2007, 1-44.
- <sup>9</sup> Hansen J, Shah R & Benzon H. *Management of pediatric tonsillectomy pain: a review of the literatura*. Ambulatory Anesthesia 2016;3 23–26
- <sup>10</sup> D'Souza JN, Schmidt RJ, Xie L, Adelman JP, Nardone HC. *Postoperative nonsteroidal anti-inflammatory drugs and risk of bleeding in pediatric intracapsular tonsillectomy*. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2015;79(9):1472–1476.