

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POSGRADO

Comparación entre esteroide + tramadol vs esteroide + buprenorfina en el control del dolor postquirúrgico LAPE por tumoración ovárica en el hospital general Dr. Dario Fernández fierro en el periodo comprendido de diciembre del 2015 a junio del 2016.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO GENERAL

PRESENTA:
DR JUAN DE DIOS PEREZ REYNA.

TUTOR PRINCIPAL DE TESIS:
DR. LUIS CRUZ BENITEZ.

CIUDAD..UNIVERSITARIA,.CD..MX..2016



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.

*“El dolor al ser un proceso natural, tiene una duración y un final.
El sufrimiento esta creado y mantenido, por nuestros hábitos mentales;
Y puede durar indefinidamente. “*

Anónimo.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	4
MARCO TEÓRICO	5
Tumores de ovario	5
Cancer de ovario.....	7
Epidemiología en México	8
Factores de riesgo	8
Signos y síntomas.....	9
Detección temprana	9
Dolor.....	10
Fisiología del dolor	10
Dolor postquirurgico	12
Factores que influyen en control del dolor postquirúrgico y modelos de tratamiento	13
Antecedentes bibliográficos	15
Repercusiones y complicaciones provocadas por el dolor postquirurgico	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
JUSTIFICACIÓN	18
OBJETIVOS.....	18
HIPOTESIS	19
MÉTODOS.....	20
Diseño del estudio.	20
Metodología experimental	21
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	22
Comparación de valores de signos vitales y esquema analgésico.....	24
Comparación de valores en escala visual analoga de dolor y esquema analgésico	25
Comparación de comorbilidades en los diferentes esquemas analgésicos.....	24
CONCLUSIONES.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

RESUMEN

La palabra dolor se utiliza para describir un ámbito muy amplio de sensaciones. Por su propia subjetividad, el dolor no tiene una fácil definición. La primera definición moderna se debe a Merksey quien en 1964 al referirse al dolor, lo define como una experiencia desagradable que asociamos primariamente a una lesión tisular o descrita como tal. Años después el Subcomité de Taxonomía de la Internacional Association for The Study of Pain (IASP) define al dolor como <<una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión histica real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión>>.

El dolor postquirúrgico es considerado como el máximo representante del dolor agudo, apareciendo como consecuencia de la estimulación nociceptiva resultante de la agresión directa o indirecta producida por acto quirúrgico. Entendiendo como agresión indirecta aquella no debida propiamente a la aplicación de la técnica quirúrgica, pero que a consecuencia de la misma o de la técnica anestésica utilizada o a la patología basal del paciente, aparece durante el período postoperatorio, al igual que otros tipos de dolor, se plantea como una problemática no dependiente de un solo factor, en este caso el propio acto quirúrgico, sino ligada a una serie de factores que en conjunto explicarían la variabilidad en la magnitud del dolor experimentado por cada paciente.

A pesar de los recientes avances en el tratamiento del dolor postoperatorio, sigue siendo uno de los problemas más frecuentes en la salud hoy en día. La mayoría de los pacientes reciben algún tipo de tratamiento del dolor-postoperatorio, sin embargo, se estima que aproximadamente entre el 50% y el 75% de los pacientes todavía tienen insuficiente alivio del dolor.

Es por este motivo que se realizara este estudio para comprar la eficacia de dos esquemas de tratamiento para el control del dolor postquirúrgico y los beneficios que obtiene los pacientes al no sufrir dolor crónico, mejor calidad de vida, permanencia de un menor número de días en hospitalización y mejorar la percepción de atención médico- paciente.

MARCO TEÓRICO

En el año 2014 se recibieron en el servicio de patología del Hospital General Darío Fernández fierro 5301 biopsias y piezas de patología de las cuales 10 corresponden a tumores dependientes de ovario (pacientes intervenidas por el servicio de cirugía oncológica), de ellas 5 resultaron ser de extirpe maligno y 5 de extirpe benigno. Como ya es bien sabido para obtener un diagnóstico histopatológico y así definir la ruta del tratamiento de esta patología se requiere someter a la paciente a un procedimiento quirúrgico, dicho procedimiento en ocasiones resulta bastante extenso por las dimensiones del tumor, resultando de ello grandes incisiones quirúrgicas causando mayor trauma a los tejidos y como consecuencia una mayor complejidad en el control del dolor posoperatorio.

A pesar de los recientes avances en el tratamiento del dolor postoperatorio, sigue siendo uno de los problemas más frecuentes en la salud hoy en día. La mayoría de los pacientes reciben algún tipo de tratamiento del dolor-postoperatorio, sin embargo, se estima que aproximadamente entre el 50% y el 75% de los pacientes todavía tienen insuficiente alivio del dolor. Varios artículos que describen las nuevas tecnologías y pautas de manejo del dolor innovadoras han sido publicados en la última década; esta información llevó a la tendencia actual de alivio del dolor a través de la evaluación subjetiva el informe del paciente y la evaluación de la satisfacción de los pacientes con nuevos medicamentos para control de este. Es por este motivo que se realizara este estudio para comprar la eficacia de dos esquemas de tratamiento para el control del dolor postquirúrgico y los beneficios que obtiene los pacientes al no sufrir dolor crónico, mejor calidad de vida, permanencia de un menor número de días en hospitalización y mejorar la percepción de atención médico- paciente.

TUMORES DE OVARIO

Entre los padecimientos ginecológicos, los tumores anexiales son los más difíciles de todos los problemas diagnósticos. La sutil transición de una lesión benigna a otra maligna en un ovario, es uno de los grandes misterios de la ginecología. Como bien se conoce, el ovario es un órgano de caracteres polimorfos interrelacionados. Diversos factores genéticos, embriológicos, estructurales y funcionales, experimentan una interacción de la cual puede resultar una enorme capacidad tumoral, ya sea benigna o maligna.

Los tumores ováricos constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer. Aproximadamente 1 de cada 10 mujeres lo tendrá a lo largo de la vida, la mayoría de las cuales requerirá de una evaluación quirúrgica. Estos se presentan desde edades

tempranas hasta avanzadas. Aunque hay una alta incidencia en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, pero su evolución silente entorpece el diagnóstico temprano, lo que hace que en más de 60 % de los casos se diagnostique en etapa avanzada.

En los ovarios pueden desarrollarse tumores benignos o malignos, quísticos o sólidos, de tipo epitelial, conjuntivo, funcionantes o no y teratomatosos. Los tumores más frecuentes no son neoplásicos, sino que derivan del desarrollo folicular; son formaciones quísticas originadas por un estímulo anormal del folículo o alteraciones en el proceso de involución. Se conoce que los tumores benignos del ovario no constituyen un grupo bien definido y algunos de ellos pueden malignizarse en su evolución. Aproximadamente de 75 a 85 % de los tumores son en principio benignos. Los verdaderos procesos neoplásicos presentan una constitución histológica muy diversa, de origen epitelial, le continúan los procedentes del estroma gonadal y, finalmente, los tumores de las células germinales. Los tumores epiteliales constituyen entre 65 y 75 % de todas las neoplasias del ovario. Un elevado porcentaje de sus variedades malignas (85 %) predominan en la sexta y séptima décadas de la vida. Están distribuidos de la forma siguiente: 60-80 % son serosas, 25 % mucinosos, 20 % endometrioides, 5% de células claras y < 1% Brenner e indiferenciados.

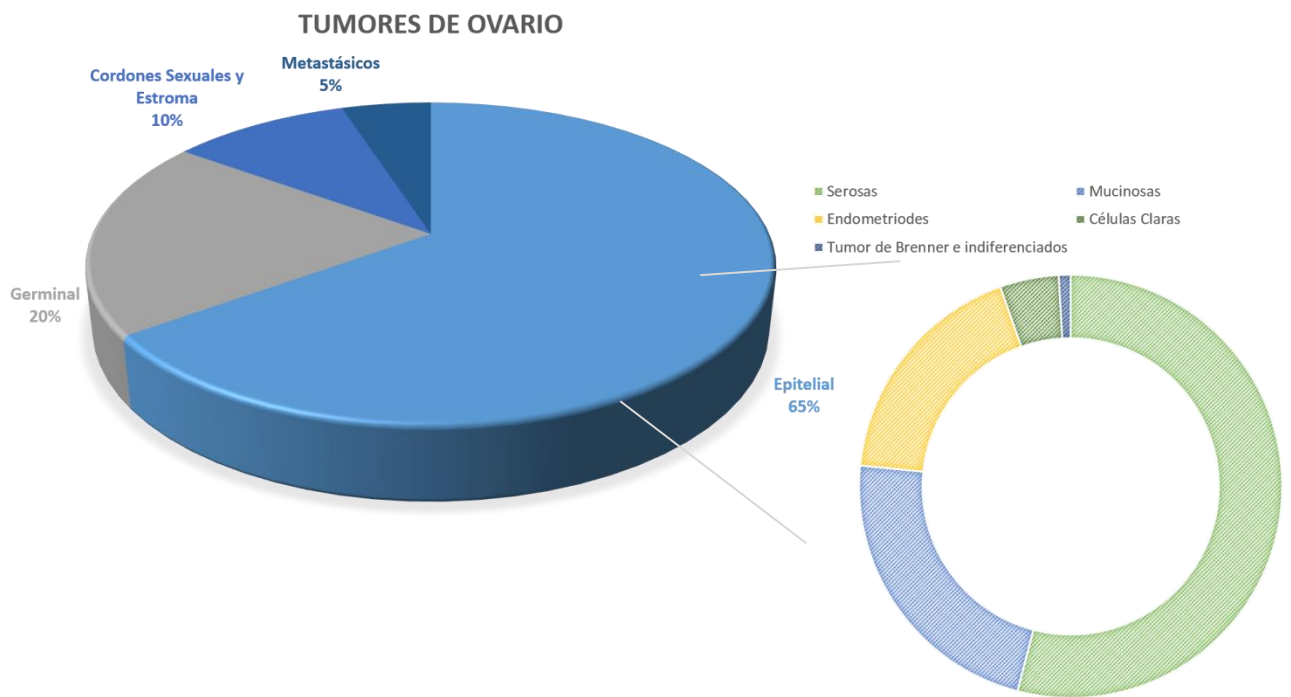


Fig. 1 Tipos Histológicos de Tumores de Ovario y Frecuencia.

CANCER DE OVARIO

El cáncer de ovario representa el 5% de las muertes, causando más muertes que cualquier otro cáncer ginecológico. A pesar de los avances en el tratamiento, la supervivencia global de las pacientes con cáncer de ovario no ha cambiado significativamente durante los últimos 20 años. Es denominado “el asesino silencioso”, por ser una enfermedad de difícil diagnóstico. No genera signos y síntomas exclusivos y hasta el momento, no se dispone de métodos de diagnósticos para la detección temprana. Las posibilidades de supervivencia y de efectividad de tratamiento radican en el diagnóstico precoz, pues las pacientes diagnosticadas en estadios I y II presentan una supervivencia, a los 5 años, superior a 70 %, frente a 12 % en estadios avanzados.

EPIDEMIOLOGIA

El cáncer de ovario es un problema de salud pública, alrededor del 50% de las neoplasias en mujeres son cáncer epitelial de ovario. Las tasas de incidencia se encuentran en países industrializados. La incidencia del cáncer de ovario varía según la región y el tipo de población estudiada. En todo el mundo, el cáncer de ovario constituye 4% de los diagnósticos de cáncer y 5% de las muertes ocasionadas por cáncer. En Estados Unidos, el riesgo de padecer cáncer de ovario es de 1.4%: 1 de cada 70 mujeres podrán padecer esta enfermedad a lo largo de su vida. De las pacientes con cáncer de ovario, 40% es mayor de 65 años. La mayor incidencia es entre 75 y 79 años de edad. La prevalencia en mujeres posmenopáusicas es de 40 por cada 100,000 mujeres. La mortalidad del cáncer de ovario fue relativamente constante durante los últimos 30 años y tuvo una baja incidencia anual (40-50 casos por 100,000 mujeres) para mujeres mayores de 50 años.

Casos Nuevos: Se estima que unos 21290 casos nuevos de cáncer de ovario se espera en los Estados Unidos en el año 2015. La incidencia ha ido disminuyendo lentamente desde mediados de la década de 1980; de hecho desde 2007 al 2011 la tasa disminuyó en un 0.9% por año.

Muertes: Se estima que 14180 muertes se esperan en 2015 en Estados Unidos.

Supervivencia: En general la tasa de supervivencia relativa a 5 y 10 años para las pacientes con cáncer de ovario son 45% y 35% respectivamente. Sin embargo la supervivencia varía sustancialmente según la edad; las mujeres menores de 65 tienen el doble de probabilidad de sobrevivir 5 años como las mujeres mayores de 65 años (58% versus 27%). En general, solo el 15% de los casos se diagnostican en una etapa local, por lo que la supervivencia a 5 años es del 92%. La mayoría de los casos (61%)

se diagnostican en una etapa tardía, para el cual la etapa de supervivencia a 5 años es del 27%.

En todo el mundo el cáncer de ovario constituye 4% de los diagnósticos de cáncer y 5% de las muertes ocasionadas por cáncer.

Porcentaje de mujeres que sobreviven al primero, quinto o décimo año después de ser diagnosticadas.



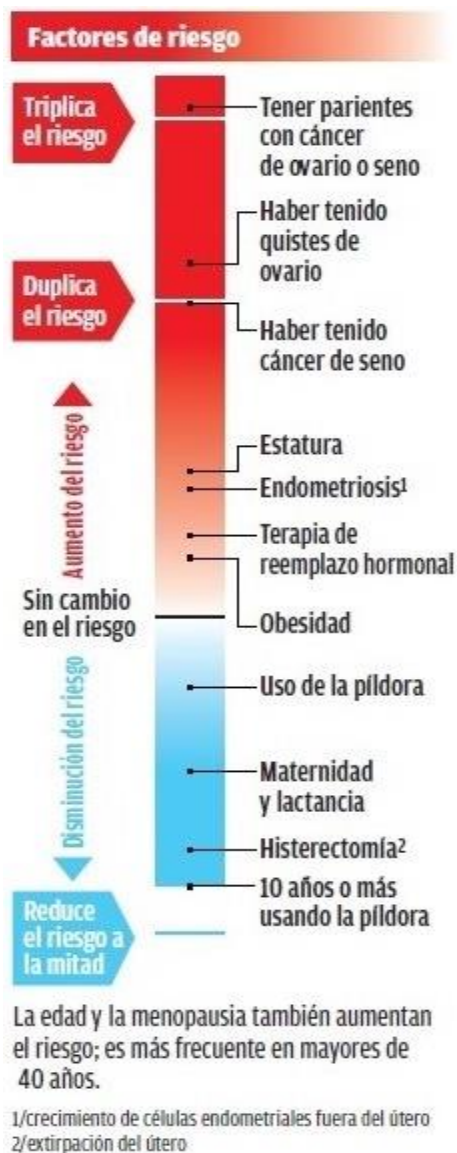
Fig 2. Mortalidad y supervivencia mundial en pacientes con Cáncer de Ovario.

EPIDEMIOLOGIA EN MÉXICO

Históricamente el cáncer de ovario se conoce como el “asesino silencioso”, al ser diagnosticadas, 8 de cada 10 mujeres, en etapas avanzadas de la enfermedad. Desafortunadamente los médicos de primer contacto en México tienen una baja sospecha diagnóstica, ya que suelen confundir al Cáncer de Ovario con un cuadro de “colitis”, amebiasis o enfermedad pélvica inflamatoria. En México el cáncer de ovario representa 5.3% de los diagnósticos de cáncer en todos los grupos de edad y 21% de los cánceres ginecológicos. Los estados con mayor incidencia son: Nuevo León, Estado de México y Distrito Federal. Durante la 29ª Reunión Anual del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) se mencionó que aproximadamente 5 - 7 mujeres mueren a diario por cáncer de ovario, lo que se traduce en alrededor de 2000 al año. El cáncer de ovario representa la tercera neoplasia ginecológica más frecuente y la cuarta causa de muerte por cáncer en la población femenina mexicana. En México existe una prevalencia de 5.5 mujeres afectadas por cada 100 mil habitantes.

FACTORES DE RIESGO

El factor de riesgo más importante es un fuerte historial familiar de cáncer de mamá u ovario. Otras condiciones médicas asociadas con un mayor riesgo incluyen enfermedad pélvica inflamatoria y el síndrome de Lynch. El uso de estrógeno solo como terapia hormonal para la menopausia se ha demostrado que aumenta el riesgo en varios estudios grandes. El consumo de tabaco aumenta el riesgo de cáncer de ovario mucinoso. La obesidad puede estar asociada con un mayor riesgo de cáncer de ovario. El embarazo, el uso prolongado de anticonceptivos orales y la ligadura de trompas reduce el riesgo.



SIGNOS Y SINTOMAS

Los signos y síntomas de cáncer de ovárico precoz generalmente no tiene síntomas obvios. Sin embargo, algunos estudios han indicado que algunas mujeres experimentan síntomas no específicos persistentes, tales como hinchazón, dolor pélvico o abdominal, dificultad para comer o sentirse lleno rápidamente, o urgencia urinaria. El signo más común de cáncer de ovario es la hinchazón del abdomen.

DETECCIÓN TEMPRANA

Actualmente no existe una prueba de detección suficientemente precisa para la detección precoz del cáncer de ovario en las mujeres con riesgo promedio. El examen pélvico solo ocasionalmente detecta el cáncer de ovario, en general, cuando la enfermedad está avanzada. Sin embargo para las mujeres con alto riesgo, un examen completo de la pelvis en combinación con una ecografía trasvaginal y una prueba de sangre para el marcador tumoral CA125, aunque esta estrategia no ha demostrado ser eficaz en la detección temprana del cáncer.

Expertos de la American Congress of Obstetricians and Gynecologists y US Preventive Services Task Force, así como muchos otros investigadores creen que para tener un impacto significativo en la reducción de la mortalidad del cáncer de ovario, debemos poner más énfasis en el desarrollo y ensayo de métodos para la detección precoz de la enfermedad en pacientes de alto riesgo.

DOLOR

La palabra dolor se utiliza para describir un ámbito muy amplio de sensaciones. Por su propia subjetividad, el dolor no tiene una fácil definición. La primera definición moderna se debe a Merksey quien en 1964 al referirse al dolor, lo define como una experiencia desagradable que asociamos primariamente a una lesión tisular o descrita como tal. Años después el Subcomité de Taxonomía de la Internacional Association for The Study of Pain (IASP) define al dolor como <<una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión histórica real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión>>.

El adjetivo desagradable incluye un conjunto de sentimientos entre los que se encuentra el sufrimiento, ansiedad, depresión, desesperación e incluso suicidio. El dolor por tanto no puede definirse exclusivamente como una experiencia nociceptiva; constituye una experiencia subjetiva integrada por un conjunto de pensamientos, sensaciones y conductas que se integran formando *el síntoma de dolor*.

En la definición moderna del dolor por la IASP se reconocen dos componentes:

- *Nociceptivo o sensorial*: Constituye la sensación dolorosa debido a la transmisión de impulsos lesivos por las vías nerviosas hasta el cortex cerebral.
- *Afectivo o reactivo*: Da lugar al sufrimiento asociado al dolor; este puede variar según la causa, el momento y la experiencia del enfermo ya que tiene relación con numerosos factores psicológicos.

Entonces podemos concluir que la percepción final del dolor es la consecuencia de la integración de ambos componentes.

FISIOLOGIA DEL DOLOR

El dolor fisiológico se inicia en las fibras sensoriales nociceptoras especializadas de los tejidos periféricos, activadas sólo por estímulos nocivos. La afluencia sensorial generada por nociceptores, activa las neuronas de la médula espinal que se proyectan al cortex por vía talámica, provocando dolor. Este proceso se conforma de varios niveles estos son:

Transducción o Nocicepción: Esta se lleva a cabo en los receptores sensoriales, llamados nociceptores. Los nociceptores de fibras A responden a un dolor agudo y proporcionan una información mas discriminada al Sistema Nervioso Central; la activación de estos desencadena la estimulación de receptor y generación de un potencial de acción; entre los mediadores químicos que provienen del tejido circundante al receptor y que modifica sus sensibilidad tenemos: prostaglandina, bradicinina e histamina (para up- regulation) y oxido nítrico (down-regulation)

Transmisión: Las fibras aferentes primarias que contienen los nociceptores periféricos ingresan a la médula espinal por el surco posterolateral introduciéndose en las láminas del asta posterior de la médula espinal terminando en la sustancia gris del asta posterior. Utilizando vías espinales ascendentes como espino-talámica, espino bulbar o espino reticular, espino mesencefálica y espinotalámica concentradas en cordón anterolateral las cuales tienen una contribución específica a la transmisión del dolor a la corteza somatosensorial.

Modulación: Este sistema inhibitor endógeno es descendente. La analgesia no es solo la interrupción de la transmisión nociceptiva, esta es una función coordinada y altamente compleja que regula, controla y limita la transmisión nociceptiva para prevenir el caos y la inestabilidad que puede producirse si sólo existieran mecanismos excitatorios.

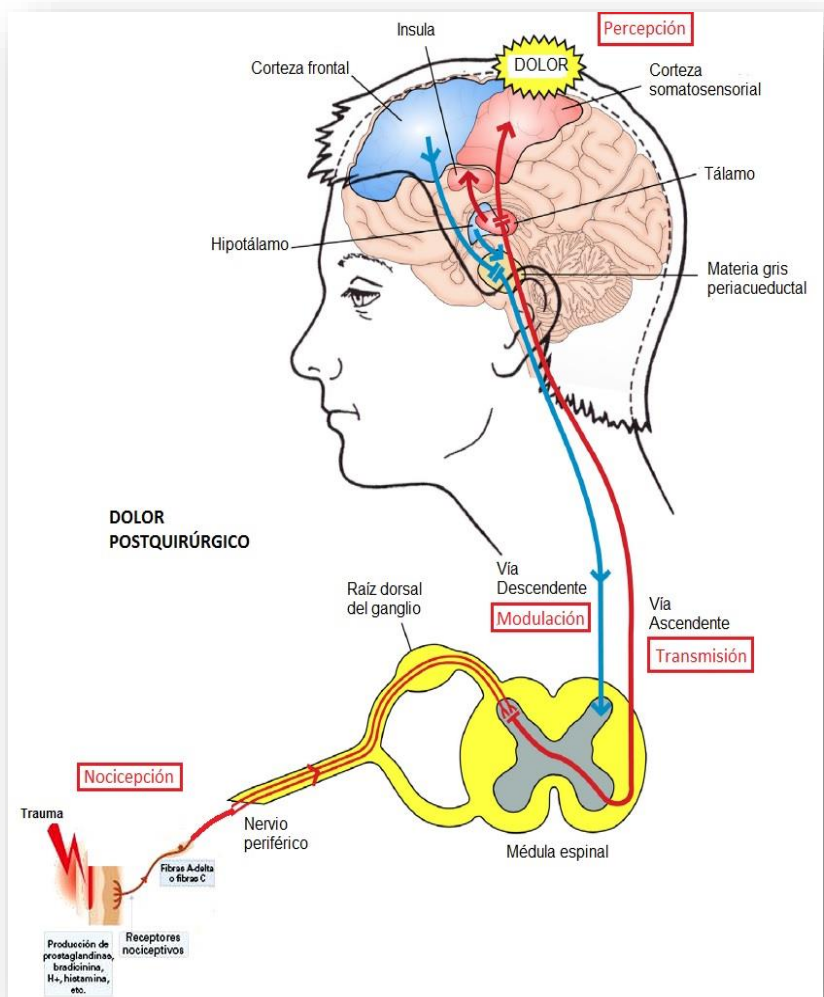


Fig. 4 Fisiología del Dolor Agudo

Percepción: La experiencia de dolor sólo puede ser definida en términos de conciencia humana y como toda experiencia sensorial no hay forma de cuantificarla. Dolor no es igual que nocicepción.

Nocicepción es la respuesta a una experiencia dolorosa, esta puede ocurrir en ausencia de dolor y el dolor puede estar presente en ausencia de nocicepción.

DOLOR POSTQUIRURGICO

El dolor puede dividirse en agudo y crónico según su etiología, mecanismos fisiopatológicos, sintomatología, función biológica y estrategia diagnóstica y terapéutica.

- Dolor agudo: Es el mecanismo biológico de alarma de primera línea; se debe generalmente al daño tisular somáticos o visceral y se desarrolla con un curso temporal que sigue de cerca el proceso de reparación y cicatrización de la lesión causal. Sin complicaciones el dolor agudo desaparece con la lesión que lo originó; sin embargo su tratamiento inadecuado puede conllevar a la persistencia de tal situación y la aparición de dolor crónico.
- Dolor crónico: No causa alteraciones notables de las respuestas simpáticas y neuroendocrinas, por lo general es un síntoma de una enfermedad persistente mayor a dos meses cuya evolución conlleva la presencia de dolor aun en ausencia de lesión periférica, pudiendo deberse también a alteraciones psicológicas o factores ambientales.

El dolor postquirúrgico es considerado como el máximo representante del dolor agudo, apareciendo como consecuencia de la estimulación nociceptiva resultante de la agresión directa o indirecta producida por acto quirúrgico. Entendiendo como agresión indirecta aquella no debida propiamente a la aplicación de la técnica quirúrgica, pero que a consecuencia de la misma o de la técnica anestésica utilizada o a la patología basal del paciente, aparece durante el período postoperatorio.

Este dolor se genera tanto por mecanismos directos como la sección de terminaciones nerviosas a nivel de diferentes estructuras afectadas por la manipulación quirúrgica, como indirectos, por la liberación de sustancias químicas con capacidad alogénica en el entorno inmediato de las terminaciones periféricas de los nociceptores. Entre estas sustancias, neurotransmisores, mediadores, y péptidos. Los impulsos nociceptivos al alcanzar los centros nerviosos van a dar lugar a respuestas de carácter segmentarios, supra segmentario y cortical. Estas respuestas definen la reacción del organismo frente

a la agresión y constituyen la base que explica los problemas postquirúrgicos ligados a la presencia de dolor.

<p>Hiperactividad del sistema nervioso autónomo</p> <p><i>Respuestas segmentarias</i></p> <ul style="list-style-type: none">— Broncoconstricción.— ↓ actividad gastrointestinal con hipomotilidad gastrointestinal.— ↓ actividad del tracto urinario con motilidad uretral y vesical.— Espasmos de la musculación esquelética.— Vasospasmo. <p><i>Respuestas suprasegmentarias</i></p> <ul style="list-style-type: none">— Hipoventilación.— Aumento del tono simpático.— Hiperactividad endocrina con:<ul style="list-style-type: none">• ↑ secreción de catecolaminas.• ↑ ACTH.• ↑ cortisol.• ↑ aldosterona.• ↑ ADH.• ↑ glucagón.• ↓ insulina.• ↓ testosterona. <p>Respuestas de centros corticales superiores</p> <ul style="list-style-type: none">— Adopción de postura antiálgica.— Sensación de angustia.— Miedo.— Excitación.— Respuesta hipotalámica:<ul style="list-style-type: none">• ↑ viscosidad sanguínea.• ↑ agregación plaquetaria.
--

Tabla 1. Respuesta del organismo ante el dolor

FACTORES QUE INFLUYEN EN CONTROL DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO Y MODELOS DE TRATAMIENTO

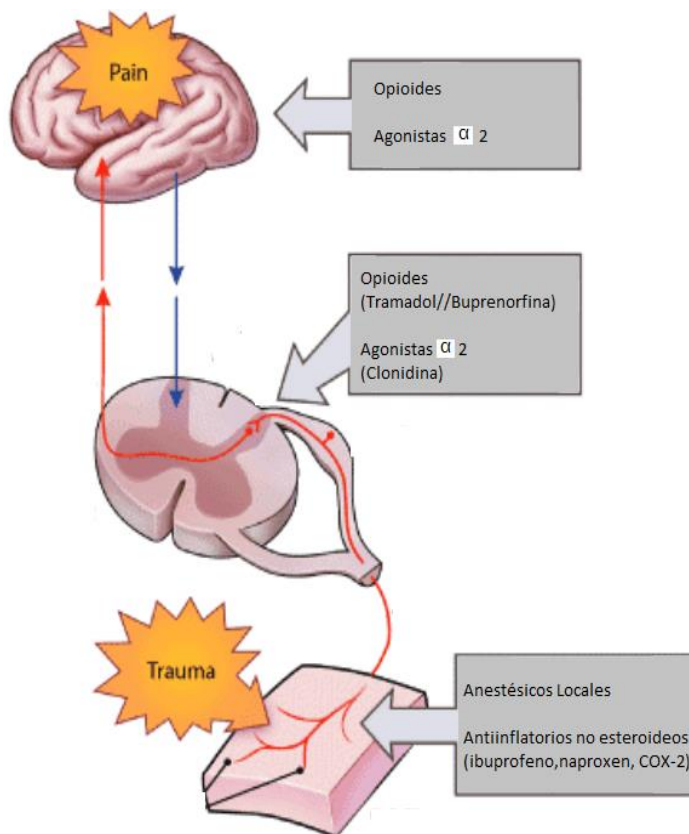
El dolor postoperatorio, al igual que otros tipos de dolor, se plantea como una problemática no dependiente de un solo factor, en este caso el propio acto quirúrgico, sino ligada a una serie de factores que en conjunto explicarían la variabilidad en la magnitud del dolor experimentado por cada paciente. Estos factores se pueden agrupar en tres grandes grupos:

-Dependientes del Paciente: Dentro de este grupo el aspecto emocional es el que mas importancia toma ya que puede ejercer una gran influencia en la valoración del dolor y efectividad del tratamiento; este estado emocional va a depender de varios factores como tipo de personalidad, historia familiar, nivel de inteligencia, estrés, incertidumbre y vivencias, en los cuales sobre algunos con buena atención en información se podría actuar con éxito.

-*Dependientes de la intervención y técnica quirúrgica:* La influencia directa del acto quirúrgico sobre el dolor postoperatorio viene determinada por la localización, duración, extensión, tipo, traumatismo quirúrgicos subyacentes y complicaciones relacionadas con la intervención.

-*Dependientes de la técnica anestésica*

El alivio inadecuado del dolor ocurre secundario a múltiples factores, entre ellos, el conocimiento insuficiente de los proveedores de atención, el miedo a efectos secundarios de la medicación y de la inadecuada preparación del paciente. El manejo óptimo del dolor postoperatorio requiere una comprensión de la fisiología del dolor, los métodos utilizados para la evaluación del dolor, y el conocimiento de las distintas opciones disponibles para controlarlo.



El manejo estandarizado del dolor postquirúrgico es:

OPIOIDES: siguen siendo la piedra angular de la gestión del dolor quirúrgico, a pesar de sus posibles efectos secundarios, se puede dar a través de vías IV, intramuscular, oral o transdérmica. Los opioides IV proporcionan analgesia rápida y eficaz para los pacientes con dolor moderado a severo. La morfina es el agonista opioide prototipo y el estándar para el manejo del dolor agudo.

El tramadol es un analgésico efectivo para el dolor leve a

quirúrgico

moderado y el dolor

neuropático. El riesgo de depresión respiratoria es menor en comparación con otros opioides.

ANALGESICOS NO OPIOIDES:

- *Antiinflamatorios No Esteroideos*: Son analgésicos eficaces en diversos estados de dolor agudo y tienen un amplio espectro de anti efectos inflamatorios y antipiréticos. El máximo beneficio se produce cuando se continúa el AINE durante 3 a 5 días después de la operación. La adición de los AINEs a los opioides sistémicos disminuye la intensidad del dolor postoperatorio, reduce la necesidad de opiáceos y disminuye los efectos secundarios de los opioides, tales como vómitos postoperatorios, náuseas y depresión respiratoria. Los AINEs son los componentes clave de la analgesia multimodal pero generalmente inadecuada como el único agente analgésico en el control del dolor postoperatorio grave.
- *Acetaminofen(Paracetamol)*: Puede ser un componente eficaz de anestesia multimodal. El paracetamol reduce significativamente la intensidad del dolor y ahorra el consumo de opiáceos después de la cirugía abdominal. Pero efecto analgésico es 30% menor que la de los AINEs pero los efectos secundarios son menores.
- *Corticoesteroides*: ayuda a reducir el dolor postoperatorio cuando se utiliza como adyuvante con una mínima cantidad de opiodes. La dexametasona es la preferida de corticosteroides, ya que también a reducir las náuseas y vómitos postoperatorios.

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

En el medio hospitalario existe muy poca información acerca de la situación del dolor y su tratamiento, ya que solo un número reducido de investigadores ha explorado la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados.

Los resultados obtenidos en los trabajos publicados en los 90's en la que se presentan resumidos los resultados de la búsqueda bibliográfica efectuada con el fin de localizar las publicaciones más relevantes que aportasen información reciente sobre la situación del dolor postoperatorio (Tabla 2) se diferencian muy poco de los actuales.

AUTOR (AÑO)	PAÍS	PACIENTES	PRINCIPALES RESULTADOS
Berro et al (1998)	España	3150	El 65% de los pacientes sufrieron dolor durante sus hospitalización con una duración media de 8.8 días. El 35.3% es dolor postoperatorio.
Sánchez G. et al (1998)	España	78	El 60% de los pacientes padecieron dolor postoperatorio de moderado a intenso en las primeras 24 hrs post-intervención
Beauregard et al (1998)	Canadá	89	El 40% de los pacientes sufrieron dolor postoperatorio de moderado a intenso durante las 24 hrs post-intervención
Vallano et al (1999)	España	993	El 38% de los pacientes experimentaron dolor intenso o insoportable en el primer día

Chabás et al (1999)	España	398	Dolor moderado entre 11 y 23% de los pacientes intervenidos de cirugía abdominal.
Paéz y Gil (1999)	España	318	El 64% de los pacientes refieren dolor de moderado a insoportable durante las primeras 24 hrs.
Soler et al (1999)	España	623	El 49% de los pacientes sufren dolor de moderado a insoportable durante el primer día

Tabla 2. Principales estudios analizando la prevalencia del dolor postoperatorio en pacientes adultos hospitalizados.

Diferentes sociedades médicas dedicadas al dolor publicaron guías para el control del dolor postquirúrgico la década pasada; y para determinar la influencia de estas se hizo un programa de vigilancia el cual publicó Warfield et al. resultados donde el 77% de los pacientes reportaron dolor postquirúrgico, el 80% mencionó que era un dolor de moderado a intenso y el 71% recibieron medicación para el dolor dos semanas después de su cirugía. Por otro lado Lynch et al evaluó la percepción del dolor en 276 pacientes que se sometieron a una cirugía y su evolución a través de los días. Sus resultados son presentados en Tabla 3.

PARAMETRO DE DOLOR	DIA 1	DIA 3
DOLOR AL REPOSO	2.6	2.3
DOLOR AL MOVIMIENTO	4.5	4.2
MAXIMO DOLOR EN 24 HORAS	6.3	5.6

Tabla 3. Intesidad de dolor postquirúrgico con Escala Visual Análoga(EVA)

En cuanto a antecedentes de estudios con los fármacos a utilizar los de mayor impacto son los del estudio de la dexametasona como analgésico; ya que éste ha sido muy poco estudiado a diferencia de los otros fármacos que como derivados opiáceos han sido ya descritos en diferentes esquemas multimodales analgésicos. Como antecedentes mediatos para uso de dexametasona en dolor postquirúrgico para este estudio son :

AUTOR	MEDICAMENTO	TIPO DE CIRUGÍA	REDUCCION DE OPIACEOS	DE EFECTOS ADVERSOS
Waldron et al (2013)	Dexametasona	No especificada	-0.87mg (95% IC -1.4 a -0.3) en 2 hrs -2.33 mg (95% IC -4.3 a -0.2) en 24 hrs.	↑ glucosa 24 hrs post operatorias
De Oliviera (2011)	Dexametasona	Abdominal (9) Ginecologica (4)	No hay diferencia con dosis <0.1 mg/kg -0.82 mg (95% IC 1.22-0.42) en dosis 0.11- 0.2 mg/kg -0.84 mg (95% IC -1.24 a 0.45) en dosis ≥ 0.21 mg/kg	No se observan

La conclusión del estudio de De Oliveira et al es que la dosis intermedia de dexametasona (0.11 a 0.2 mg/ kg) es más segura y efectiva en un modelo analgésico multimodal postquirúrgico.

REPERCUSIONES Y COMPLICACIONES PROVOCADAS POR EL DOLOR POSTQUIRURGICO

A pesar de los recientes avances en el tratamiento del dolor postoperatorio, sigue siendo uno de los problemas más frecuentes en la salud hoy en día. La mayoría de los pacientes reciben algún tipo de tratamiento del dolor-postoperatorio, sin embargo, se estima que aproximadamente el 50% y el 75% de los pacientes todavía tienen insuficiente alivio del dolor. El dolor postoperatorio suele ser mayor con cirugías torácicas, abdominales, de cabeza-cuello y la cirugía ortopédica y puede persistir hasta 8 días después del procedimiento quirúrgico. El riesgo de padecer dolor crónico por una cirugía abdominal hasta de un 32% por una laparotomía exploratoria (LAPE). El manejo inadecuado del dolor postoperatorio provoca varios cambios fisiopatológicos. El dolor puede causar un aumento en el tono simpático, que perjudica el catabolismo metabólico y neuroendocrino, y puede deteriorar el funcionamiento muscular normal; también puede causar un aumento en el trabajo y la resistencia cardíaca, que puede conducir a eventos cardíacos isquémicos. El dolor causado por la cirugía abdominal o torácica superior, puede llevar a la disminución de la capacidad para toser y respirar adecuadamente, y puede resultar en una disminución vital y funcional residual capacidad, atelectasia o neumonía. Además, se asocia con problemas gastrointestinales, como náuseas y vómitos. Finalmente, puede inhibir el movimiento que conduce a un riesgo de formación de trombos en las extremidades inferiores. Como resultado, el dolor postoperatorio sin tratar puede empeorar los resultados del paciente y prolongar el tiempo de hospitalización. Varios artículos que describen las nuevas tecnologías y revolucionarios directrices de tratamiento del dolor, publicados en la última década. Las directrices y nuevas tecnologías están aún lejos de eliminar el dolor postquirúrgico y proporcionan importancia mínima en la disminución del dolor. Las razones detrás de esto son complejas, a menudo debido a factores extrínsecos no relacionados con la propia tecnología específica, por ejemplo la falta de disponibilidad, falta de información, o la gestión de analgésicos sub-óptimos. Esta información llevó a la tendencia actual de alivio del dolor a través de la evaluación de los informes subjetivos del paciente y utilizar la experiencia de los pacientes como herramienta de evaluación. Con el aumento de la cirugía ambulatoria y continuamente elevado número de cirugías de hospitalización, dolor postoperatorio seguirá siendo un problema importante.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Cirugía Abdominal (laparotomía exploradora (LAPE)) como parte del tratamiento de las pacientes con el diagnóstico de tumoración ovárica sigue siendo una cirugía frecuentemente realizada en nuestro medio, así mismo el control adecuado del dolor postquirúrgico resulta en ocasiones un reto para el médico cirujano, motivo de lo cual deriva la siguiente interrogante:

¿Que esquema analgésico (esteroide + opiáceo) para el control del dolor postquirúrgico en las pacientes sometidas a lape por tumoración de ovario en el hospital general Darío Fernández Fierro es mejor?

JUSTIFICACIÓN

Este estudio compara la eficacia entre dos esquemas de tratamiento para el control del dolor postquirúrgico en este grupo de pacientes para que así el médico cirujano de un mejor confort a la paciente recién intervenida; así mismo plantea la posibilidad de la utilización de un esquema analgésico poco utilizado en nuestro servicio.

Es bien sabido que un adecuado control del dolor postquirúrgico conlleva una mejor respuesta al trauma, una deambulación temprana, disminución de las complicaciones posoperatorias, un menor tiempo de hospitalización, mejoría en la calidad de vida y con ello una mejor percepción de atención médico - paciente.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Comparar dos esquemas de analgesia para el control del dolor postquirúrgico en pacientes sometidas a laparotomía exploradora por tumoración ovárica en el Hospital General Darío Fernández Fierro.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Medir el dolor post quirúrgico en las pacientes sometidas a lape por tumoración ovárica mediante escala visual análoga.
- Valorar el control del dolor postquirúrgico en el grupo de pacientes tratadas con dexametasona y buprenorfina.
- Valorar el control del dolor postquirúrgico en el grupo de pacientes tratadas con dexametasona y tramadol.

- Medir el dolor postquirúrgico en las pacientes sometidas a lape por tumoración ovárica mediante la obtención de los signos vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial media, temperatura).

HIPOTESIS

El esquema analgésico a base de dexametasona + parche de buprenorfina es mejor para el control del dolor postquirúrgico en pacientes sometidas a lape por tumoración ovárica en comparación con el esquema analgésico dexametasona + tramadol.

Hipótesis Nula: El esquema analgésico a base de dexametasona + tramadol es mejor para el control del dolor postquirúrgico en pacientes sometidas a lape por tumoración ovárica en comparación con el esquema analgésico dexametasona + parche de buprenorfina.

Hipótesis Alterna: Ninguno de los dos esquemas analgésicos propuestos es adecuado para el control del dolor postquirúrgico en pacientes sometidas a lape por tumoración ovárica ya que seguramente todas las pacientes requerirán de tratamiento adicional de rescate para el control del dolor postquirúrgico.

MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Tamaño de la muestra

Total de la población intervenida de laparotomía exploradora por tumoración ovárica en el servicio de cirugía oncológica en el período diciembre de 2015 a junio del 2016 en el Hospital General Darío Fernández Fierro.

Criterios de inclusión

- I. Aceptación de ingreso al protocolo de investigación.
- II. Pertenecer al grupo de edad de entre los 30 a 60 años.
- III. Derechohabiente ISSSTE, adscrita al Hospital.
- IV. Cirugía Abdominal por tumoración ovárica.
- V. ASA II-III.

Criterios de exclusión

- I. Paciente que no acepte entrar al protocolo de investigación.
- II. Paciente con enfermedad metabólica descontrolada.
- III. Alergia a alguno de los medicamentos a utilizar.

Criterios de eliminación

- I. Que requiera medicación de rescate.
- II. Que no se complete el protocolo.

Consideraciones éticas

Se seguirán los lineamientos éticos para estudio con que cuenta el instituto, así como la protección de datos personales de los pacientes.

Consideraciones de Bioseguridad

Todos los pacientes o familiar legalmente responsable firman previamente el consentimiento informado para la realización de intervención quirúrgico.

Recursos Humanos

El personal médico se encargara de hacer la entrevista del dolor con la escala visual análoga. El personal de enfermería se encargará de tomar signos vitales y reportarlos diariamente en las hojas de enfermería. El residente de anestesiología se encargara de

aplicar el esquema analgésico con aleatorización que solo el conocerá de los dos diferentes esquemas aplicados.

Recursos Materiales

- I. Escala Visual Análoga
- II. Hojas de enfermería
- III. Equipo para medición de signos vitales (estetoscopio, baumanómetro, termómetro)

METODOLOGÍA EXPERIMENTAL

Será un ensayo clínico aleatorizado doble ciego con muestreo aleatorizado simple a todas las pacientes que ingresen y se sometan a laparotomía exploradora por tumoración ovárica en el H.G. Dr. Darío Fernández Fierro en el servicio de cirugía general en el período comprendido de septiembre del 2015 a febrero del 2016, se les calculara mediante estimación visual análoga (EVA 0-10) y monitoreo de signos vitales (frecuencia cardíaca (lpm), frecuencia respiratoria (rpm), tensión arterial media (mmHg), temperatura (°C)) el control del dolor postquirúrgico con los dos tipos de esquema de tratamiento previa autorización y firma del consentimiento informado.

Programa de Trabajo

La recolección de la información será en el periodo de diciembre del 2015 hasta junio del 2016. El procesamiento de los datos, descripción, análisis y elaboración del informe será en julio del 2016. Durante el período de recolección de muestra se realizara una historia clínica a cada paciente a quien se sometan a laparotomía exploradora por tumoración ovárica central para enlistarlo en las variables. Se recabaran los datos sobre el dolor postquirúrgico mediante la escala visual análoga y signos vitales durante el tiempo que se encuentre hospitalizada la paciente. Se realizara análisis estadístico para propósitos descriptivos con las variables continuas se resumieran como medias aritméticas, medianas y desviaciones estándar. Se realizara análisis estadístico con Prueba T- Student. Utilizando el programa SPSS 24.0.

Prueba T-Student

Con la prueba T se comparan las medias y las desviaciones estándar de grupo de datos y se determina si entre esos parámetros las diferencias son estadísticamente significativas o si sólo son diferencias aleatorias.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El dolor postquirúrgico es considerado como el máximo representante del dolor agudo, apareciendo como consecuencia de la estimulación nociceptiva resultante de la agresión directa o indirecta producida por acto quirúrgico y aparece durante el período postoperatorio. Como ya comentamos en el marco teórico el dolor postquirúrgico, al igual que otros tipos de dolor, se plantea como una problemática no dependiente de un solo factor, en este caso el propio acto quirúrgico, sino ligada a una serie de factores que en conjunto explicarían la variabilidad en la magnitud del dolor experimentado por cada paciente. Por este motivo comparamos dos tipos de medición de dolor:

- EVA que es completamente asociada al componente sensorial del dolor
- La medición de signos vitales asociada a componente reactivo del dolor de los diferentes esquemas analgésicos.

El número total de casos fue de 8 pacientes sometidas a LAPE Ginecológica por tumoración de ovario; con una media de edad de 57.5 años. La distribución de los casos en diagnóstico histopatológico fue 50% benignos y 50% malignos. La mitad de las pacientes padecen alguna comorbilidad, Diabetes 12.5%, Hipertensión Arterial 25% y Diabetes+ Hipertensión 12.5%.

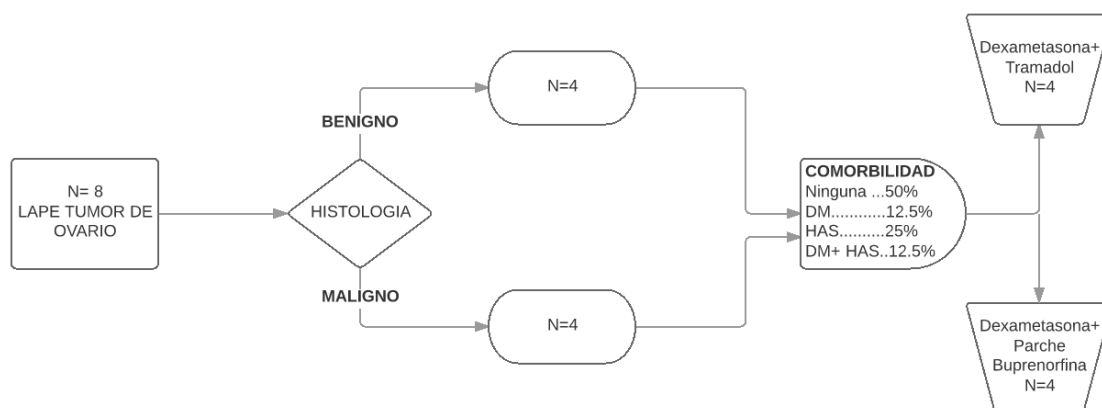


Fig 6. Diagrama de Flujo del Estudio

El mejor plan de tratamiento para un paciente con dolor postquirúrgico es el enfoque multimodal. Este manejo combina el uso de diferentes mecanismos farmacológicos de acción y efectos aditivos o sinérgicos, que trabajan al actuar en diferentes sitios dentro del sistema nervioso central y periférico. El objetivo es para proporcionar un control óptimo del dolor, limitar la cantidad de opioides necesaria después de la cirugía, y por lo tanto, disminuir sus efectos adversos asociados.

En este estudio utilizamos corticoesteroides como:

- **DEXAMETASONA** ayuda a reducir el dolor postoperatorio cuando se utiliza como adyuvante con una mínima cantidad de opiodes como en el estudio De Oliveira et al se utilizó la dosis intermedia de dexametasona (0.11 a 0.2 mg/ kg) que es más segura y efectiva en un modelo analgésico multimodal postquirúrgico.

La diferencia de los esquemas es el opioide utilizado:

- **TRAMADOL** es un analgésico opiáceo con un mecanismo dual de acción. El tramadol es un análogo sintético de la codeína, con una menor afinidad que esta hacia los receptores opioides. Tiene un potencial mucho menor que otros opiáceos para inducir depresión respiratoria y dependencia, pero ambos efectos adversos pueden tener lugar. Experimenta un metabolismo hepático de primer paso significativo. En los pacientes con disfunción renal o hepática son necesarias reducciones en las dosis. Cuando el aclaramiento de creatinina es < 80 ml/min, la semi-vida del tramadol aumenta 1.5 a 2 veces en comparación con los pacientes normales. De igual forma, en los pacientes con disfunción hepática o cirrosis, la semi-vida aumenta 2 o 3 veces. Se recomiendan unas dosis iniciales de 25 mg una vez al día, que se irán aumentando con incrementos de 25 mg cada tres días hasta alcanzar los 100 mg/día (es decir, cuatro dosis de 25 mg al día). Más adelante, las dosis se pueden aumentar en 50 mg/día (en el supuesto de que sean bien toleradas) cada 3 días, hasta alcanzar los 200 mg/día (es decir cuatro dosis de 50 mg al día) llegando incluso a los 400 mg/día repartidos en 4 veces al día. No se recomienda pasar de los 400 mg por día.
- **PARCHE DE BUPRENORFINA** Esta vía de administración proporciona analgesia eficaz y prolongada en el tratamiento del dolor crónico moderado a severo, así como un importante perfil de seguridad, debido al menor riesgo de depresión respiratoria, ya que presenta efecto techo para el mismo, pero no para la analgesia. También se ha descrito en varios estudios y ensayos clínicos el menor índice de estreñimiento. No representa un riesgo administrar parches de buprenorfina en los pacientes con insuficiencia renal, ni inmunocomprometidos, así como en pacientes polimedicados, ya que la buprenorfina es eliminada en su gran mayoría por vía biliar, y la unión a proteínas plasmáticas es principalmente a α y β globulinas y no a la albúmina. Presenta una posología que favorece el cumplimiento terapéutico, ya que el parche se cambia cada 96 horas, esto permite una pauta de dos días fijos por semana. Debido a las características farmacocinéticas y farmacodinámicas, el riesgo de abuso es bajo. Deberá iniciarse el tratamiento con un parche de 35 mcg/hora cada 3 días. La posología

puede ser de dos días fijos en semana gracias a su duración de acción de hasta 96 horas.

COMPARACION DE COMORBILIDADES EN LOS DIFERENTES ESQUEMAS ANALGÉSICOS

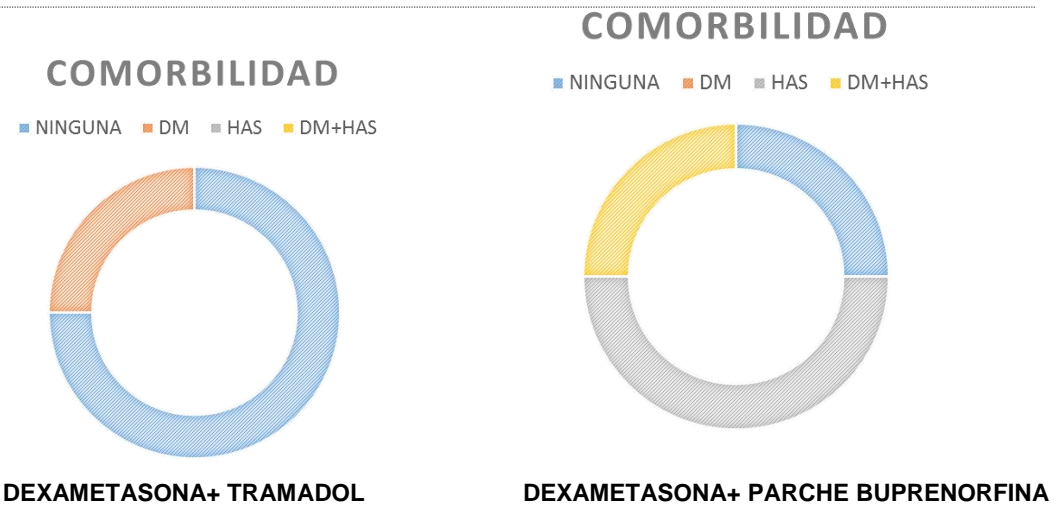


Fig. 7. Comparación de distribución de pacientes con las diferentes comorbilidades en los dos esquemas analgésicos postquirúrgicos

La distribución de pacientes en los diferentes esquemas analgésicos con las diferentes comorbilidades no fue equitativa como se puede ver en la **Fig. 7**. Con estos gráficos se intenta explicar el motivo por el cual no fue posible comparar los valores de tensión arterial.

COMPARACION DE VALORES DE SIGNOS VITALES Y ESQUEMA ANALGÉSICO

Se evaluó la media y desviaciones estándar de temperatura, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria en las 8 pacientes del estudio; 4 de ellas con el esquema de Dexametasona (0.2 mg/kg) + Tramadol (25 mg cada 8 horas) y las otras 4 pacientes con el esquema de Dexametasona (0.2 mg/kg) + Parche de buprenorfina (35 mcg/hora cada 3 días) El análisis se realizó a partir de toma diaria de los signos vitales.

MEDICAMENTOS		TEMP D1	TEMP D2	TEMP D3
TRAMADOL	N=4			
	Media	37.2°C	37.1°C	36.6°C
	Desv. Estándar	0.26	0.08	0.12
PARCHE BUPRENORFINA	N=4			
	Media	37.3°C	36.7°C	36.5°C
	Desv. Estándar	0.20	0.45	0.10
TOTAL	N=8			
	Media	37.3°C	36.9°C	36.6°C
	Desv. Estándar	0.22	0.35	0.11

MEDICAMENTOS		FC D1	FC D2	FC D3
TRAMADOL	N=4			
	Media	107 Imp	90 Imp	74 Imp
	Desv. Estándar	3.9	6.2	11.3
PARCHE BUPRENORFINA	N=4			
	Media	94 Imp	84 Imp	69 Imp
	Desv. Estándar	6.7	13.1	4.5
TOTAL	N=8			
	Media	100 Imp	87 Imp	72 Imp
	Desv. Estándar	8.4	10.1	8.5

MEDICAMENTOS		FR D1	FR D2	FR D3
TRAMADOL	N=4			
	Media	23 rmp	21 rmp	18 rmp
	Desv. Estándar	0.95	1.0	0
PARCHE BUPRENORFINA	N=4			
	Media	21 rmp	19 rmp	17 rmp
	Desv. Estándar	2.0	2.0	1.0
TOTAL	N=8			
	Media	22 rmp	20 rmp	17 rmp
	Desv. Estándar	1.8	1.6	1.0

Tabla 4. Comparación de Signos Vitales y los diferentes esquemas analgésicos postquirúrgicos

Como se muestra en la **Tabla 4**, los pacientes con esquema analgésico de Dexametasona + Parche de Buprenorfina mostraron una media y valores mas cercanos a los normales comparado con los del esquema Dexametasona + Tramadol.

COMPARACION DE VALORES EN ESCALA VISUAL ANALOGA DE DOLOR Y ESQUEMA ANALGÉSICO

Al analizar estos dos esquemas analgésicos mediante las Escala Visual Análoga (EVA) en los tres días de hospitalización en diferentes momentos como en reposo, al movimiento y el máximo del día; se pretendía tener un valor lo más cercano y descriptivo

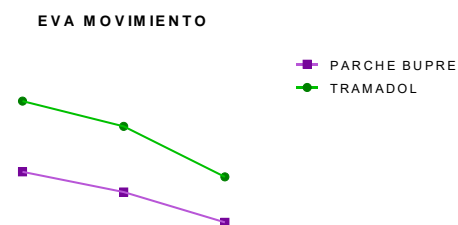
que se pudiera para una mejor evaluación del esquema que les toco; 4 de ellas con Dexametasona (0.2 mg/kg) + Tramadol (25 mg cada 8 horas) y las otras 4 pacientes con Dexametasona (0.2 mg/kg) + Parche de buprenorfina (35 mcg/hora cada 3 días).

Se encontró un incremento significativo en apreciación de dolor durante el movimiento en ambos esquemas comparados con dolor en reposo. Hay una disminución en percepción de dolor conforme los días postquirúrgicos. El análisis mostró una disminución significativa en el dolor en el esquema Dexametasona (0.2 mg/kg) + Parche de buprenorfina (35 mcg/hora cada 3 días) como se muestra en la **Tabla 5** esto sucede en los tres diferentes momentos que evaluamos.

MEDICAMENTOS		EVA REPOSO D1	EVA REPOSO D2	EVA REPOSO D3
TRAMADOL	N=4			
	Media	5	5	2
	Desv. Estándar	0.50	0.50	0.57
PARCHE BUPRENORFINA	N=4			
	Media	3	2	1
	Desv. Estándar	0.57	0	0
TOTAL	N=8			
	Media	4	3	2
	Desv. Estándar	1.55	1.50	0.88



MEDICAMENTOS		EVA MOVIMIENTO D1	EVA MOVIMIENTO D2	EVA MOVIMIENTO D3
TRAMADOL	N=4			
	Media	8	6	4
	Desv. Estándar	0.57	0.50	0.50
PARCHE BUPRENORFINA	N=4			
	Media	4	3	2
	Desv. Estándar	0.81	0.81	0.57
TOTAL	N=8			
	Media	6	5	3
	Desv. Estándar	1.98	1.84	1.30



MEDICAMENTOS		EVA MAXIMO D1	EVA MAXIMO D2	EVA MAXIMO D3
TRAMADOL	N=4			
	Media	8	6	4
	Desv. Estándar	0.50	0.50	0.50
PARCHE BUPRENORFINA	N=4			
	Media	4	3	2
	Desv. Estándar	1.25	0.81	0.57
TOTAL	N=8			
	Media	6	5	3
	Desv. Estándar	2.07	1.84	1.30

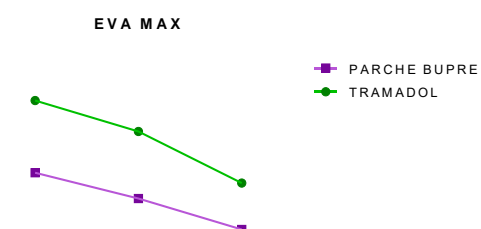


Tabla 5. Comparación de EVA y los diferentes esquemas analgésicos postquirúrgicos

PRUEBA T STUDENT Y NORMALIDAD

ESQUEMA		ESTADÍSTICO	
DOLOR	PARCHE DE BUPRENORFINA	Media	2.90
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior 1.56
			Límite superior 4.23
		Media recortada al 5%	2.88
		Mediana	2.80
		Varianza	0.70
		Desviación Estándar	0.84
		Mínimo	2
	Máximo	4	
TRAMADOL		Media	5.87
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior 5.33
			Límite superior 6.41
		Media recortada al 5%	5.86
		Mediana	5.80
		Varianza	0.11
		Desviación Estándar	0.34
		Mínimo	5.6
	Máximo	6.3	

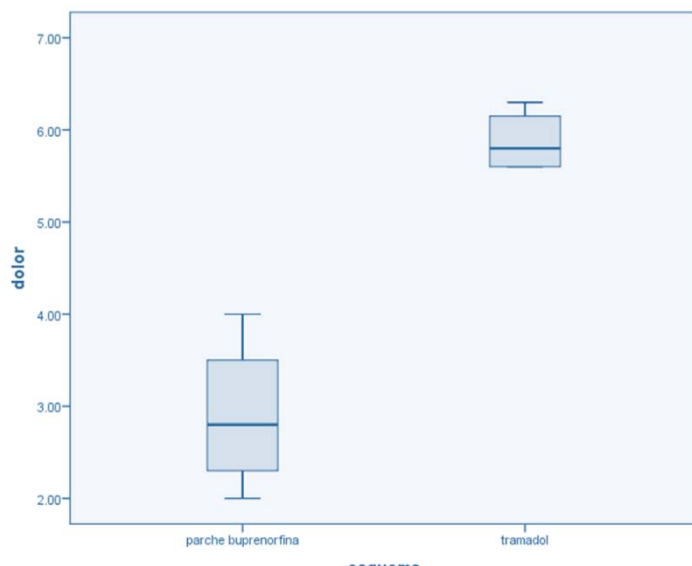


Tabla 6 y Fig. 8 Distribución y Normalidad de Rango de dolor máx. Vs Esquema Analgésico

la prueba de Levine de igualdad de varianzas la Significancia tiene un valor de 0.23. El criterio para decidir la hipótesis correcta es si la probabilidad obtenida P-valor ($0.23 \leq \alpha$ (0.05)) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis principal.

Se buscó mediante la prueba T student la significancia de este estudio comparando el esquema analgésico aplicado y la media del máximo dolor. Se encontró que los valores tenían una distribución normal con resultados que sugieren que es más eficaz para disminución perceptiva de dolor el Parche de buprenorfina y dexametasona; ya que como se puede apreciar en Tabla 6 y Fig 8) Los valores de EVA son debajo de 5. Al realizar la Prueba T de student para igualdad de medias en pruebas independientes se encontraron los siguientes datos Significacion (bilateral) de 0.001 con Diferencia de Medias de -2.97 con un 95% de intervalo de confianza. En

CONCLUSIONES

Nuestros resultados sugieren que el mejor esquema analgésico Dexametasona (0.2 mg/kg) + Parche de buprenorfina (35 mcg /hora cada 3 días) tanto al comparar los valores de signos vitales y los valores en la escala visual análoga de dolor. La hipótesis

fue correcta. Las diferencias encontradas son la disminución en ambos componentes tanto sensorial como reactivo del dolor. A pesar de los recientes avances en el tratamiento del dolor postoperatorio, sigue siendo uno de los problemas más frecuentes en la salud hoy en día. La mayoría de los pacientes reciben algún tipo de tratamiento del dolor-postoperatorio, sin embargo, se estima que aproximadamente entre el 50% y el 75% de los pacientes todavía tienen insuficiente alivio del dolor. A pesar de este estudio, es un hecho que falta mucho por seguir estudiando en cuanto esquemas analgésicos multimodales postquirúrgicos. debido a los diferentes factores que afectan a la percepción del dolor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Verdú E, Baños JE. Fisiología del dolor FMC2002: 9 (Supl. 5): 8-15
- 2) E. Soler Company et al (2000) El dolor posoperatorio en la actualidad: un problema de calidad asistencial. Farm Hosp 24(3); 123-135
- 3) N.Huang et al. (2001) Can we do better with postoperative pain magement?. The American Journal of Surgery 182; 440-448
- 4) Eric J.Visser. Chronic post-surgical pain:Epidemiology and clinical implications for acute pain management. Acute Pain (2006) 8 73-81
- 5) Jessica Lovich- Sapola et al. Postoperative Pain Control. Surg Clin N Am 95 (2015) 301-318
- 6) Robert Loveridge et al. Systemic non- opioid adjuvant analgesics:Their role in acute postoperative pain in adults. Trends in Anesthesia and Critical Care 4 (2014) 10-18
- 7) Gildasio s. Del Oliveira et al. Perioperatrive Single Dose Sistemic Dexamethasone for Postoperative Pain. A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Anesthesiology V115. No3 2011;575-88
- 8) N. H. Waldron et al. Impact of peroperative dexamethasone on posoperative analgesia and side- effects: systematic review and meta- analysis. British Journal of Anaesthesia 110(2) : 191-200 (2013)
- 9) Gallardo RD, Cantú de León D, et al. Tercer Consenso Nacional de Cáncer de Ovario 2011. Grupo de Investigación de Cáncer de Ovario y Tumores Ginecológicos en México (GICOM) Rev Inc Clin 2011; 63(6):665-702.
- 10) Luz Maria Rivas- Corchado et al. Perfil epidemiológico del Cáncer de Ovario. Ginecon Obstet Mex 2011; 79(9):558-564
- 11) Mohar A. et al Epidemiología descriptiva en el Instituto Nacional de Cancerología de México. Salud Pública Mex 1997; 39:1-6
- 12) Rebecca L. Siegel, et al . Cancer Statistics, 2015. CA CANCER J CLIN 2015;65:5–29
- 13) <http://www.cancerdeovario.org.mx/>