

ACQUIRE actualización clínica

Agosto 2007

Preparado por:

Roy Jacobstein, M.D., M.P.H.

Carmela Cordero, M.D.

Jean Ahlboru, M.D.

Manejo del Dolor en la Esterilización Femenina por Minilaparotomía

Introducción

Este documento trata consideraciones concernientes al manejo del dolor en la esterilización femenina por minilaparotomía en los programas de servicios de Engenderhealth. La esterilización femenina por minilaparotomía es un procedimiento quirúrgico ambulatorio usualmente realizado bajo anestesia local con sedación y analgesia apropiada por un proveedor de servicios clínicos capacitado. El propósito del manejo del dolor es reducir la ansiedad de la cliente, así como la percepción y la sensación de incomodidad y dolor, permitiendo realizar el procedimiento quirúrgico. Se ha comprobado que la anestesia local con sedación y analgesia es el régimen anestésico más apropiado para la esterilización femenina por minilaparotomía y esto ha permitido que muchas instituciones provean el servicio de minilaparotomía con seguridad para las clientes, incluso en lugares con recursos limitados (1, 2).

Lineamientos para el manejo del dolor en la esterilización femenina por minilaparotomía

- Las clientes que serán sometidas a esterilización por minilaparotomía deben recibir sedación y analgesia para disminuir la ansiedad y el dolor; brindándole la máxima comodidad posible.
- Inclusive en aquellos lugares con recursos limitados un adecuado manejo del dolor es factible y necesario.
- Los medicamentos seleccionados para la sedación y analgesia deben ser seguros, de costos razonables, fácilmente disponibles y de suministro regular.
- Debido a que los riesgos anestésicos se incrementan con la sedación profunda, es preferible la sedación más leve que permita un adecuado control del dolor y ansiedad.
- El manejo del dolor debe comenzar antes del procedimiento, durante la consejería y premedicación preoperatoria, con el objetivo de disminuir la ansiedad; asegurar la máxima comodidad posible durante el procedimiento y continuar aún después de realizado el procedimiento.

Sedación y analgesia: definiciones y niveles

La sedación disminuye la ansiedad y produce somnolencia, y la analgesia alivia el dolor. Existe una continuidad de los niveles de profundidad de la sedación y la analgesia que va desde una sedación mínima hasta la anestesia general. A lo largo de esta continuidad cuatro estados y niveles de sedación y analgesia han sido definidos y caracterizados por la Sociedad Americana de Anestesiología (3):

1. Sedación mínima:

La sedación mínima es un estado de ansiedad reducida o eliminada inducido por medicamentos, durante el cual el cliente es capaz de responder normalmente órdenes verbales. La función cognoscitiva y la coordinación se pueden ver alteradas, pero la función respiratoria y cardiovascular no se afectan, por lo que no es necesario realizar intervenciones para mantener la ventilación espontánea del cliente. (Ejemplos de sedación mínima incluyen bloqueo de nervios periféricos, anestesia local o tópica y dosis únicas de medicamentos sedantes o analgésicos administrando dosis apropiadas para tratamiento no supervisado de insomnio, ansiedad o dolor.)



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

the **ACQUIRE** project

2. Sedación / Analgesia moderada (sedación consciente):

La sedación / analgesia moderada (o sedación consciente) es un estado de depresión de la conciencia inducida por medicamentos durante el cual el cliente puede responder correctamente a ordenes verbales, con o sin una estimulación táctil leve. La respiración espontánea es adecuada y no es necesario realizar intervenciones para mantener permeables las vías respiratorias del cliente. La función cardiovascular usualmente se mantiene. (La sedación moderada se logra usualmente con una combinación de un sedante, como el diazepam y una dosis baja de un analgésico narcótico).

3. Sedación / Analgesia profunda:

La sedación profunda es un estado de depresión de la conciencia inducido por medicamentos durante el cual el cliente no puede despertar con facilidad pero es capaz de responder correctamente después de estímulos dolorosos. La respiración espontánea es inadecuada y se puede requerir alguna intervención para mantener permeables las vías respiratorias del cliente. La función cardiovascular usualmente se mantiene. (La sedación / analgesia profunda es inducida por los mismos tipos de medicamentos que se usan para la sedación moderada, pero usando dosis más altas y/o aplicándolos por una vía de más rápida absorción, por ejemplo administración intravenosa o intramuscular).

4. Anestesia general:

La anestesia general es un estado de pérdida de la conciencia durante el cual el cliente no puede despertar inclusive con estimulación dolorosa. La capacidad de mantener una respiración espontánea está a menudo anulada y el cliente necesitará asistencia para asegurar la función respiratoria. La función cardiovascular puede estar alterada.

Régimen anestésico recomendado para el manejo del dolor en la esterilización femenina por minilaparotomía y razones para esta recomendación*

La sedación / analgesia moderada (sedación consciente) en combinación con anestesia local es el régimen recomendado para manejo del dolor y anestesia en cirugía para la realización de la esterilización femenina por minilaparotomía por razones de seguridad, comodidad y acceso. Esta debe ser suplementada con una buena comunicación verbal y apoyo durante la realización del procedimiento. Las razones por las que se recomienda el régimen de sedación / analgesia moderada con anestesia local son:

- Implica una menor depresión respiratoria, un nivel menor de medicamentos en sangre y una recuperación más rápida – y por lo tanto hay menor riesgo de complicaciones inesperadas y que amenacen la vida[†] – en comparación con la sedación profunda y la anestesia general.
- Provee al cliente comodidad adecuada, con un mínimo o ausencia de ansiedad y dolor.
- Es menos complicado y más económico que la anestesia general, dado el equipo y el nivel de capacitación requeridos para la anestesia general; este régimen permite que los servicios de esterilización femenina estén más ampliamente disponibles y accesibles y por lo tanto sean más utilizados.

Medicamentos analgésicos y sedantes para la esterilización femenina por minilaparotomía

La selección de un régimen específico de sedación y analgesia para la esterilización femenina por minilaparotomía depende de muchos factores, incluyendo la experiencia y capacidades técnicas del proveedor y el equipo quirúrgico, la seguridad y comodidad de la cliente, la disponibilidad y el costo del equipo y medicamentos necesarios, la capacidad de manejar las emergencias que se puedan presentar, así como de las políticas y protocolos locales. El propósito, tiempo, dosis y las vías de administración de los medicamentos usados comúnmente para sedación y analgesia se listan en el cuadro 1 (página 4).

* La anestesia general esta indicada en aquellos procedimientos que se espera sean difíciles (por ejemplo: obesidad extrema, cicatrices quirúrgicas ó patología pélvica). La anestesia general (ó regional) debe ser utilizada solamente en lugares que estén apropiadamente equipados para proveer este tipo de anestesia y resolver las emergencias que puedan surgir.

† No siempre es posible predecir cual será la respuesta de la cliente a la medicación sedante y analgésica. Los proveedores deben estar listos y deben ser capaces de reconocer y manejar inmediatamente a aquellos casos en quienes el nivel de sedación se haga más profundo que el planeando inicialmente. Para una analgesia / sedación moderada, esto significa que deben ser capaces de manejar un compromiso de las vías respiratorias o hipoventilación en una cliente que responde correctamente solo después de estimulación repetida o dolorosa. Agentes antagonistas y otros medicamentos apropiados, así como el equipo para emergencias deben estar disponibles y a la mano.

Combinaciones de estos medicamentos pueden ser administradas para lograr una sedación / analgesia moderada (sedación consciente). Comúnmente las combinaciones empleadas varían en diferentes países; cada componente debe ser empleado individualmente para lograr el efecto deseado (sedación y/o analgesia con alguna medicación analgésica adicional si es necesario disminuir el dolor o la incomodidad, o el empleo de un sedante adicional si se requiere disminuir la ansiedad) (3).

Anestesia local para el manejo del dolor durante la esterilización femenina por minilaparotomía: consideraciones y recomendaciones

- La anestesia local debe ser usada en todas las clientes que serán sometidas a una esterilización femenina por minilaparotomía.
- La meta de la anestesia local es lograr un bloqueo anestésico que penetre todas las capas de la pared abdominal, desde la piel hasta el peritoneo.
- La lidocaína es el anestésico local recomendado, ya que es ampliamente conocido, disponible en todo el mundo y barato; y la mayoría de los proveedores saben como usarlo con seguridad.
- La concentración y formulación recomendada es lidocaína sin epinefrina al 1%, a dosis de 4.5 mg/ Kg (2 mg/lb) de peso corporal.[‡]
- El inicio de acción de la lidocaína sin epinefrina usualmente toma de 3 a 5 minutos, después de lo cual el procedimiento puede comenzar, el efecto anestésico puede durar hasta 30 a 45 minutos.
- No debe usarse sedantes y analgésicos para compensar una anestesia local inadecuada.

Comunicación con la cliente para reducir la ansiedad y el dolor

Proveer información y explicación básica sobre la anestesia y el procedimiento quirúrgico durante la consejería, la entrevista preoperatoria y la cirugía misma ayuda a disminuir la ansiedad de la cliente y esto complementa el uso de medicamentos analgésicos y sedantes. Durante la cirugía, la cliente debe recibir una explicación simple y razonable de lo que está ocurriendo, de lo que ella está experimentando o lo que va a suceder a continuación; esto es especialmente importante durante algunas acciones que puedan causar mayor incomodidad o dolor (por ejemplo: cuando se administren medicamentos inyectables y anestésicos locales, al abrir el peritoneo o al manipular las trompas de Falopio). La comunicación ayuda a reducir la ansiedad y la percepción del dolor de la cliente (además ayuda al proveedor a monitorizar el nivel de conciencia de la cliente) (2,6,7).

El manejo del dolor en el período postoperatorio

La sedación y/o analgesia moderada usada para la esterilización femenina por minilaparotomía es típicamente suficiente para controlar el dolor durante el período operativo y en el período postoperatorio inmediato. Al dar de alta, analgésicos orales (por ejemplo, ibuprofen o diclofenaco) se pueden dar o prescribir, para ser tomados cada 4-6 horas si es necesario, durante los primeros días después del procedimiento.

Referencias

1. World Health Organization. 1992. *Female sterilization: A guide to provision of services*. Geneva.
2. EngenderHealth. 2003. *Minilaparotomy for female sterilization: An illustrated guide for service providers*. New York.
3. American Society of Anesthesiologists Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. 2002. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists: An updated report. *Anesthesiology* 96(4):1004–1017.
4. Omoigui, S. 1999. *Sota Omoigui's anesthesia drugs handbook, 3rd ed*. Malden, MA: Blackwell Science.
5. Barash, P. G., et al. 2001. *Handbook of clinical anesthesia, 4th ed*. Philadelphia: Lippincott, Williams, and Wilkins.
6. Mosby. 2005. *Mosby's drug consult for health professions*. St. Louis: Moseby/Elsevier Press.

[‡] Las soluciones de lidocaína la 2% pueden ser diluidas al 1% - ó incluso al 0.5%- usando solución salina normal ó agua estéril. Bajas concentraciones proveen la misma cantidad de anestesia en un volumen mayor, lo cual facilita la infiltración de todas las capas de la pared abdominal e incrementa el efecto anestésico.

Cuadro 1. Medicamentos empleados para sedación / analgesia en la esterilización femenina por minilaparotomía. (fuente: 2, adaptado de 4 y 5, 8)

Medicamento	Dosis/ Vía de administración/ Tiempo
Sedación mínima — generalmente administrada por vía oral previos a entrar a quirófano	
Sedación Diazepam	2–10 mgs por vía oral, 45–60 minutos previos a entrar a quirófano.
Analgésicos no narcóticos* Diclofenaco o ibuprofeno	<ul style="list-style-type: none"> • 75 mg de diclofenac por vía oral, 45–60 minutos previos a entrar a quirófano; ó • 400 mg ibuprofeno por vía oral, 45–60 previos a entrar a quirófano.
Sedación moderada —administrada intramuscular (IM) o intravenosa (IV) en quirófano	
Sedantes	
Midazolam (acción rápida)	<ul style="list-style-type: none"> • IM: 2.5 a 10 mg (0.05 a 0.2 mg/kg), en quirófano, 5–10 minutos previos al inicio del procedimiento. • IV: 0.5 a 5 mg (0.025 a 0.1 mg/kg), administrados <i>lentamente</i>, inmediatamente previos al inicio del procedimiento
Diazepam	<ul style="list-style-type: none"> • Como <i>premedicación oral</i>: ver arriba. • Para <i>sedación moderada</i>: 2 a 10 mg (0.05 a 0.2 mg/kg) <i>lento</i>, por vía IV inmediatamente previos al inicio del procedimiento.
Prometazina	<i>Premedicación / Sedación moderada</i> : 12.5 a 50.0 mg, IV, IM (profunda), o por vía oral, el tiempo depende de la vía de administración.
Analgésicos narcóticos	
Fentanyl (acción rápida)	25 a 100 µg (0.7 a 2 µg/kg) IV o IM, inmediatamente antes de iniciar el procedimiento.
Pentazocina	30 mg IM, en quirófano, 10–15 minutos previos al inicio del procedimiento.
<i>Meperidina (Demerol)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • IM: 50 a 150 mg (1 a 3 mg/kg), en quirófano, 5–10 minutos previos al inicio del procedimiento; ó • IV: 25 a 100 mg (0.5 a 2 mg/kg), administrados <i>lentamente</i> previos al inicio del procedimiento.
<i>Nalbufina</i>	<ul style="list-style-type: none"> • IM: 5 a 10 mg (0.1 a 0.3 mg/kg), en quirófano, 5–10 minutos previos al inicio del procedimiento; o • IV: 5 a 10 mg (0.1 a 0.3 mg/kg) inmediatamente antes de iniciar el procedimiento.
Analgesia / Anestesia disociativa, no narcótica	
<i>Ketamina</i> (las clientes deben estar premedicadas antes con un sedante)	<i>Sedación / Analgesia</i> IM: 2.5 a 5 mg/kg inmediatamente antes de iniciar el procedimiento IV: 0.5 a 1 mg/kg inmediatamente antes de iniciar el procedimiento <i>Inducción anestésica: 1 a 2.5 mg/kg IV</i>

* Los analgésicos No narcóticos como el diclofenaco o ibuprofen (los cuales son analgésicos antiinflamatorios no esteroideos o AINES) pueden ser usados antes de iniciar la cirugía para ayudar a disminuir la compresión uterina y/o disminuir el dolor post quirúrgico.

Note: La atropina, que no es un sedante ni un analgésico es a menudo usada en la esterilización femenina por minilaparotomía para disminuir las secreciones orales, prevenir la bradicardia intraoperatoria (ritmo cardiaco lento durante la cirugía) y disminuir la posibilidad de un síncope vaso-vagal o un paro cardíaco. La dosis usual es 0.6 mg, por vía IM o IV.

<p>Para mayor información contacte: info@acquireproject.org</p> <p>© 2007 Proyecto ACQUIRE</p> <p>440 Ninth Avenue New York, NY 10001 U.S.A. Teléfono: 212-561-8000 www.acquireproject.org</p>	<p>El proyecto ACQUIRE (Acceso, Calidad, y Utilización de Servicios de Salud Reproductiva), es una iniciativa global de cooperación de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) manejada por EngenderHealth y sus socios Adventist Development and Relief Agency International (ADRA), CARE, IntraHealth International, Inc., Meridian Group International, Inc., y la Society for Women and AIDS in Africa (SWAA).</p> <p>Esta publicación fue posible realizarla gracias al apoyo del pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Oficina de Población y Salud Reproductiva, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del acuerdo cooperativo GPO-A-00-03-00006-00. Los contenidos son responsabilidad del Proyecto ACQUIRE y no necesariamente reflejan la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos.</p>
--	--

