

**DOI:** 10.26820/reciamuc/6.(3).julio.2022.193-199

**URL:** <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/888>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIAMUC

**ISSN:** 2588-0748

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 193-199



## **Analgesia ideal postoperatoria en pacientes postcesáreas**

Ideal postoperative analgesia in post-cesarean section patients

Analgesia pós-operatória ideal em pacientes com cesarianas pós-cárea

**María José Honores Cabrera<sup>1</sup>; Ariana Brigitte Cárdenas Chávez<sup>2</sup>;  
Evelyn Verónica Naranjo Cardenas<sup>3</sup>; Marleen del Carmen Novillo Flore<sup>s4</sup>**

**RECIBIDO:** 20/02/2022 **ACEPTADO:** 10/04/2022 **PUBLICADO:** 30/07/2022

1. Médica; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; majo.11.96@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-6371-667X>
2. Médica; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; aricardenas94@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-8321-3954>
3. Médica; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; eve\_naranjo26@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-1372-7367>
4. Médica; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; marleennovillo97@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-5979-4376>

### **CORRESPONDENCIA**

María José Honores Cabrera

majo.11.96@hotmail.com

**Guayaquil, Ecuador**

## RESUMEN

Se considera el nivel del dolor postoperatorio en la cesárea como sumamente importante, con ello la alteración significativa del bienestar materno - neonatal y también dificulta que la recuperación postoperatoria sea satisfactoria. Esto convierte a la cesárea en uno de los postoperatorios ginecológicos peores tolerados por la paciente, siendo el dolor la principal preocupación de estas mujeres durante y tras la intervención. La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Analgesia ideal postoperatoria en pacientes postcesareas. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, Science direct, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis. La analgesia ideal para el control de dolor postcesarea va a depender de la intensidad del dolor, y aquellos analgésicos que menos reacciones generen al paciente, en este contexto existe una gran variedad de analgésicos para el manejo y control del dolor después de una cesárea, los no narcóticos que no contienen esteroides, que no son tan potentes y recomendables para dolores leves, los narcóticos que son más potentes, pero varían en eficacia y efectos adversos, y los cuales se pueden combinar como por ejemplo la morfina y fentanilo con otros opioides, e incluso la anestesia regional, para dolores crónicos y severos, los fármacos mixtos agonistas y antagonistas, para el control del dolor moderado, que tiene un efecto techo, sin embargo la escogencia del mejor analgésico y su composición química va a depender de la intensidad del dolor, es por ello, que es recomendable el manejo de las escalas del dolor como puede ser la escala analgésica visual.

**Palabras clave:** Dolor, Analgésica, Cesárea, Antagonistas, Opioides.

## ABSTRACT

The level of postoperative pain in cesarean section is considered extremely important, with it the significant alteration of maternal - neonatal well-being and also makes it difficult for postoperative recovery to be satisfactory. This makes caesarean section one of the worst tolerated gynecological postoperative procedures by the patient, with pain being the main concern of these women during and after the intervention. The methodology used for this research work is part of a bibliographic review of documentary type, since we are going to deal with issues raised at a theoretical level such as ideal postoperative analgesia in post-cesarean patients. The technique for data collection is made up of electronic materials, the latter such as Google Scholar, PubMed, Science direct, among others, relying for this on the use of descriptors in health sciences or MESH terminology. The information obtained here will be reviewed for further analysis. The ideal analgesia for post-cesarean pain control will depend on the intensity of the pain, and those analgesics that generate fewer reactions to the patient, in this context there is a wide variety of analgesics for the management and control of pain after a cesarean section, the non-narcotics that do not contain steroids, which are not as potent and recommended for minor pain, narcotics that are more potent, but vary in efficacy and adverse effects, and which can be combined, such as morphine and fentanyl with other opioids, and even regional anesthesia, for chronic and severe pain, mixed agonist and antagonist drugs, for the control of moderate pain, which has a ceiling effect, however the choice of the best analgesic and its chemical composition will depend on the intensity of the pain. pain, which is why it is recommended to manage pain scales such as the visual analgesic scale.

**Keywords:** Pain, Analgesic, Cesarean section, Antagonists, Opioids.

## RESUMO

O nível de dor pós-operatória na cesariana é considerado extremamente importante, com a alteração significativa do bem-estar materno - neonatal e também torna difícil que a recuperação pós-operatória seja satisfatória. Isto torna a cesariana um dos procedimentos ginecológicos pós operatórios mais tolerados pela paciente, sendo a dor a principal preocupação destas mulheres durante e após a intervenção. A metodologia utilizada para este trabalho de investigação faz parte de uma revisão bibliográfica de tipo documental, uma vez que vamos tratar de questões levantadas a um nível teórico, tais como a analgesia pós-operatória ideal em doentes pós-cesariana. A técnica de recolha de dados é constituída por materiais electrónicos, estes últimos como Google Scholar, PubMed, Science direct, entre outros, apoiando-se para tal na utilização de descritores em ciências da saúde ou na terminologia do MESH. A informação aqui obtida será revista para uma análise mais aprofundada. A analgesia ideal para o controlo da dor pós-cesariana dependerá da intensidade da dor, e daqueles analgésicos que geram menos reacções à paciente, neste contexto existe uma grande variedade de analgésicos para o tratamento e controlo da dor após uma cesariana, os não-narcóticos que não contêm esteróides, que não são tão potentes e recomendados para dores menores, narcóticos que são mais potentes, mas variam em eficácia e efeitos adversos, e que podem ser combinados, tais como morfina e fentanil com outros opiáceos, e mesmo anestesia regional, para dor crónica e intensa, agonistas e antagonistas mistos, para o controlo da dor moderada, que tem um efeito máximo, no entanto a escolha do melhor analgésico e a sua composição química dependerá da intensidade da dor. dor, razão pela qual é recomendada a gestão de escalas de dor, tais como a escala analgésica visual.

**Palavras-chave:** Dor, analgésico, cesariana, antagonistas, opiáceos.

### Introducción

La elección de la anestesia para cesárea depende de la urgencia del procedimiento, además de la condición de la madre y el feto. Es ampliamente aceptado que la anestesia regional para cesárea es preferible a la anestesia general. Las técnicas regionales tienen varias ventajas; disminuyen el riesgo de aspiración gástrica, evitan el uso de anestésicos depresivos y permiten a la madre permanecer despierta durante el parto (Espinoza Villalobos, 2021).

Se considera el nivel del dolor postoperatorio en la cesárea como sumamente importante, con ello la alteración significativa del bienestar materno - neonatal y también dificulta que la recuperación postoperatoria sea satisfactoria. Esto convierte a la cesárea en uno de los postoperatorios ginecológicos peores tolerados por la paciente, siendo el dolor la principal preocupación de estas mujeres durante y tras la intervención (Patrolongo Pérez, 2019).

Reportes internacionales indican que el dolor pos operatorio se presenta en más del 70% de los pacientes. En pacientes hospitalizados, la prevalencia de dolor se ha estimado en un 61,4%, los pacientes pos quirúrgicos tenían más prevalencia de dolor que los no quirúrgicos, aunque la intensidad se mantenía en niveles de dolor moderados. En los pacientes post-operados inmediatos se estima que el 5% tiene dolor leve, 20% tiene dolor moderado y entre el 25% al 40% padecen dolor severo (Bendezu & Teresa, 2019).

Entre los opiáceos de uso clínico, la morfina otorga al médico la mayor cantidad posible de opciones en cuanto a las vías de administración. Se puede instilar directamente por vía epidural o intratecal. En 1979, la morfina se utilizó por vía epidural e intratecal en humanos en los que, pequeñas dosis, proporcionaban una analgesia prolongada en pacientes con dolor crónico. En nuestros días, el uso de opiáceos intradurales y epidurales constituye una práctica clínica habitual para conseguir analgesia intra y posoperatorias.

El fentanilo es uno de los opioides lipófilos intratecales más comúnmente utilizados. Se caracteriza por un inicio rápido y una duración de acción relativamente corta. Estas propiedades farmacológicas pueden mejorar la analgesia intraoperatoria y mejorar la duración de la analgesia postoperatoria (Chafloque Guaylupo, 2019).

El alivio del dolor se puede realizar a través de fármacos analgésicos. Los opioides parenterales ha sido siempre la forma principal de tratamiento de los pacientes con dolor post operatorio. Los opiáceos producen analgesia como consecuencia de sus efectos agonistas sobre los receptores opiáceos del sistema nervioso central. Se puede administrar dosis eficaces de estos fármacos por las vías oral, rectal, transdérmica o sublingual o mediante inyección subcutánea, intramuscular o perfusión intravenosa. La perfusión intravenosa de opiáceos puede suprimir las amplias oscilaciones de la concentración del fármaco y permite el ajuste inmediato del fármaco adaptándose a las curvas de respuesta sumamente variables desde el punto de vista farmacodinámico y farmacocinético (de la Cruz Hernandez & Durand Carrera, 2018).

### Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Analgesia ideal postoperatoria en pacientes postcesareas. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, Science direct, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

## Resultados

### Tipos de dolor

Según Andrade, Caiza y Gallegos (2014) citado por (Mamani Morón, 2018), el dolor se puede clasificar por su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores, pronósticos de control del dolor y farmacología; se detallan a continuación:

a) Según su duración:

1) Agudo: Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico.

2) Crónico: Limitado en su duración, se acompaña de componente psicológico.

b) Según su patogenia:

1) Neuropático: Es un dolor punzante, quemante que viene acompañado muchas veces de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia, producto de un estímulo directo al sistema nervioso central.

2) Nociceptivo: Es el más frecuente y se divide en somático y visceral.

a. Somático: Se produce por el estímulo anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos, etc.). Es un tipo de dolor localizado, punzante que se irradia siguiendo trayectos nerviosos.

b. Visceral: Se produce por la excitación de nociceptores viscerales. Este dolor de localización inexacta es continuo y profundo. Puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó.

3) Psicógeno: Interviene el ambiente psicosocial que rodea al individuo. Es típica la necesidad de un aumento constante de las necesidades de dosis de analgésicos con poca eficacia.

c) Según el curso:

1) Continuo: Persistente por un largo periodo del día y no desaparece.

2) Irruptivo: Exacerbación pasajera del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable.

d) Según la intensidad:

1) Leve: Puede realizar actividades diarias habituales.

2) Moderado: Interfiere con las actividades habituales.

3) Severo: Interfiere con el descanso

e) Según la farmacología:

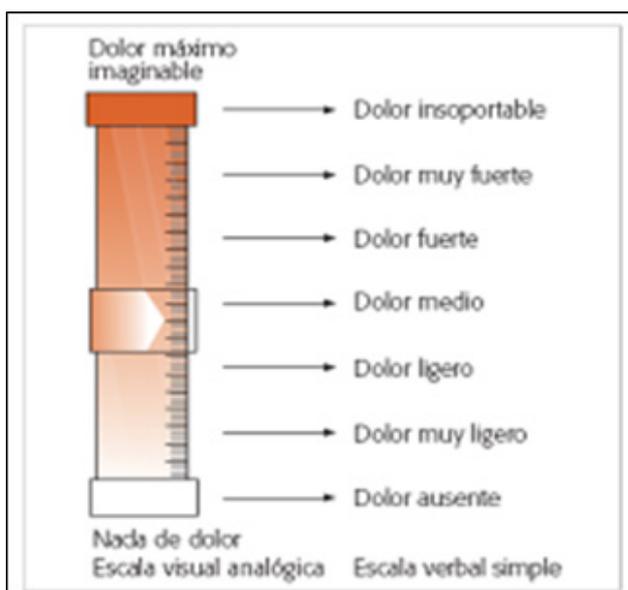
1) Responde bien: pacientes con dolores viscerales y somáticos.

2) Parcialmente sensible: dolor óseo (además son útiles los AINES) y el dolor por compresión de nervios periféricos (es conveniente asociar un fármaco esteroide).

3) Escasamente sensible: presente en pacientes con dolor por espasmo de la musculatura estriada y por infiltración-destrucción de nervios periféricos (págs. 57-58).

### Dolor post operatorio

El dolor postoperatorio se define como un dolor de inicio reciente, el cual tiene una duración limitada y que aparece a raíz de una estimulación nociceptiva sobre los distintos tejidos y órganos, resultantes de una intervención quirúrgica. La principal característica de este tipo de dolor es que se presenta en una intensidad máxima en las primeras 24 horas y va disminuyendo progresivamente (Bendezu & Teresa, 2019).



**Figura 1.** Escala analógica visual (VAS).

**Fuente:** (Bendezu & Teresa, 2019).

Tiene su origen en la psicología, donde se utilizaban para valorar el estado de ánimo del paciente, pronto se trasladó para valorar el dolor. Consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud dispuesta entre dos puntos donde figuran las expresiones “no dolor” y “el peor dolor imaginable” que corresponden a las puntuaciones de 0 y 10 respectivamente; la paciente marcará aquel punto de la línea que mejor refleje el dolor que padece. Esta escala visual analógica Scott Huskinson. El resultado se obtiene midiendo la distancia en cm desde el extremo izquierdo al punto señalado por la paciente. Un valor menor de 4 significa que el dolor

### Mecanismos del dolor postoperatorio agudo

- Después de una cirugía los pacientes experimentan dolor ocasionado por daño a diferentes tejidos.
- Los tejidos que se lesionan frecuentemente incluyen la piel, los músculos, los huesos, los tendones, los ligamentos y las vísceras.
- Los síntomas varían según el tipo de tejido lesionado y la extensión de la lesión.
- Las vías sensoriales para el dolor provo-

cado por daño tisular transmiten información desde el tejido dañado al sistema nervioso central (nocicepción).

e. El dolor nociceptivo va acompañado de mecanismos de dolor inflamatorio, visceral y neuropático.

f. La sensibilización de las estructuras neurales periféricas y centrales amplifica y mantiene el dolor postoperatorio.

En el caso del dolor postoperatorio, que es un tipo especial de dolor agudo, se trata de un dolor iatrógeno cuyo control inadecuado conduce a reacciones fisiopatológicas y psicológicas anormales causantes de complicaciones no infrecuentes (Bendezu & Teresa, 2019).

### Tratamiento del dolor

Los analgésicos pueden dividirse en tres grupos:

- Grupo I, los analgésicos no narcóticos, como aspirina y acetaminofén, y los antiinflamatorios no esteroides (NSAID) que actúan periférica y probablemente sobre los receptores del dolor.
- Grupo II los narcóticos agonistas y antagonistas que activan receptores de opiáceos en los sistemas nervioso central y periférico.
- Grupo III, los analgésicos coadyuvantes destinados al tratamiento de los síntomas que no son dolor, pero logran cierto alivio en estados dolorosos (carbamazepina para la neuralgia del trigémino) o analgésicos narcóticos potenciales.

Estos tres grupos representan la base del tratamiento para pacientes con dolor agudo y crónico. El uso eficaz de estos fármacos requiere un reconocimiento cabal de sus características farmacológicas, y la selección de un medicamento y unas dosis particulares dependientes de las necesidades de cada paciente (de la Cruz Hernandez & Durand Carrera, 2018).

## Analgésicos no narcóticos

Aspirina, acetaminofén y los antiinflamatorios no esteroides son los agentes de primera línea para tratar dolor ligero o moderado; en pacientes con dolor intenso estos fármacos potencian los efectos de analgésicos narcóticos. Los analgésicos no narcóticos tienen un efecto de límite superior, y su uso prolongado queda limitado por los efectos secundarios gastrointestinales y hematológicos (de la Cruz Hernandez & Durand Carrera, 2018).

## Analgésicos narcóticos

Varían en potencia, eficacia y efectos adversos. Se clasifican como agonistas o antagonistas de acuerdo a la conducta del patrón morfina y a los receptores que se unen. Los narcóticos agonistas, como la morfina, se fijan a receptores opiáceos específicos y logran la analgesia. Estos agentes suelen utilizarse en el tratamiento del dolor crónico de causa estructural, como los cancerosos. Los narcóticos antagonistas bloquean el efecto de la morfina a nivel de su receptor. Se incluyen en esta categoría un grupo de productos con propiedades analgésicas denominados fármacos mixtos, agonistas - antagonistas. Estos productos suelen utilizarse en el tratamiento del dolor post operatorio agudo, pero su uso se limita en el tratamiento del dolor crónico. El uso eficaz de analgésicos narcóticos requiere pasar el efecto deseado de alivio del dolor y los efectos secundarios indeseables de náuseas, vómitos, torpeza mental, sedación, tolerancia y dependencia física (de la Cruz Hernandez & Durand Carrera, 2018).

- Dolor leve (EVA 1 a 4): puede ser tratado satisfactoriamente con analgésicos no opioides del tipo de los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).
- Dolor moderado (EVA 5 a 7): puede ser tratado con analgésicos opioides con efecto techo (tramadol, buprenorfina, nalbupina), ya sea en bolo o en infusión continua; también, puede utilizarse la combinación de estos analgésicos con AINEs

o, de ser necesario, el empleo concomitante de fármacos adyuvantes.

- Dolor severo (EVA 8 a 10): el dolor intenso puede ser manejado con opioides potentes (morfina y fentanilo), ya sea en infusión continua, con técnicas de analgesia controlada por el paciente (ACP) o técnicas de anestesia regional. Además, pueden utilizarse en combinación con AINEs o fármacos adyuvantes (Mendieta Ruiz et al., 2014).

## Conclusión

La analgesia ideal para el control de dolor postcesarea va a depender de la intensidad del dolor, y aquellos analgésicos que menos reacciones generen al paciente, en este contexto existe una gran variedad de analgésicos para el manejo y control del dolor después de una cesárea, los no narcóticos que no contienen esteroides, que no son tan potentes y recomendables para dolores leves, los narcóticos que son más potentes, pero varían en eficacia y efectos adversos, y los cuales se pueden combinar como por ejemplo la morfina y fentanilo con otros opioides, e incluso la anestesia regional, para dolores crónicos y severos, los fármacos mixtos agonistas y antagonistas, para el control del dolor moderado, que tiene un efecto techo, sin embargo la escogencia del mejor analgésico y su composición química va a depender de la intensidad del dolor, es por ello, que es recomendable el manejo de las escalas del dolor como puede ser la escala analgésica visual.

## Bibliografía

- Bendezu, S., & Teresa, M. (2019). Intervención de enfermería en el manejo del dolor, paciente post operada de cesárea centro quirúrgico Hospital San Juan de Dios Pisco 2018 [UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA]. <http://190.119.145.154/bitstream/handle/UNSA/10247/SEsabemt.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chafloque Guaylupo, C. J. (2019). Eficacia analgésica de morfina vs fentanilo asociado a bupivacaina 5% en anestesia subaracnoidea para el manejo

del dolor postquirúrgico en pacientes post cesareadas en el Hospital Bélen de Trujillo [UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO]. [https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/13017/ChafloqueGuaylupo\\_C.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/13017/ChafloqueGuaylupo_C.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

de la Cruz Hernandez, G. A., & Durand Carrera, P. W. (2018). Eficacia analgésica de fentanilo comparado con tramadol asociado a ketorolaco en pacientes post operación cesarea en el hospital nacional docente madre niño San Bartolomé año 2018 [UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA]. [http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2584/Tesis de la Cruz Hernandez Gerson- Durand Carrera Pershing.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2584/Tesis%20de%20la%20Cruz%20Hernandez%20Gerson-Durand%20Carrera%20Pershing.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Espinoza Villalobos, C. Y. (2021). Efectividad de la Asociación Fentanilo-Bupivacaina comparado con Bupivacaina en raquianestesia en el control del dolor postoperatorio de gestantes cesareadas [UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO]. [http://200.62.226.186/bitstream/20.500.12759/7548/1/REP\\_CYNTHIA.ESPINOZA\\_EFECTIVIDAD.DE.LA.ASOCIACION.FENTANILO.pdf](http://200.62.226.186/bitstream/20.500.12759/7548/1/REP_CYNTHIA.ESPINOZA_EFECTIVIDAD.DE.LA.ASOCIACION.FENTANILO.pdf)

Mamani Morón, K. A. (2018). Factores relacionados a la calidad de atención en el manejo del dolor de la paciente postcesareada del servicio de gineco-obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017 [UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN]. [http://200.121.226.32:8080/bitstream/handle/20.500.12840/1155/Keyla\\_Tesis\\_Maestro\\_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://200.121.226.32:8080/bitstream/handle/20.500.12840/1155/Keyla_Tesis_Maestro_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

Mendieta Ruiz, A., Valdivieso Espíritu, D., & Gutierrez Hinojosa, F. (2014). Prevalencia del dolor y calidad de recuperación de pacientes post-cesareadas del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco-2014 [UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"]. <https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/5478/2EN.CQ037M42.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Patrolongo Pérez, M. P. (2019). Eficacia analgésica de paracetamol endovenosos comparado con la terapia analgésica multimodal en el dolor post cesárea bajo anestesia raquídea, Hospital María Auxiliadora periodo 2018 [UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR]. [https://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12805/1045/TA-Pratolongo M.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12805/1045/TA-Pratolongo%20M.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

### CITAR ESTE ARTICULO:

Honores Cabrera, M. J., Cárdenas Chávez, A. B., Naranjo Cardenas, E. V., & Novillo Flores, M. del C. (2022). Analgesia ideal postoperatoria en pacientes postcesáreas. RECIAMUC, 6(3), 193-199. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(3\).julio.2022.193-199](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(3).julio.2022.193-199)

