

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
ESCUELA DE POSTGRADO
ESPECIALIDADES MÉDICAS**



TRABAJO DE GRADO:

**“ANALGESIA ORAL VRS ANALGESIA PARENTERAL PARA EL MANEJO DEL
DOLOR EN PACIENTES POST COLECISTECTOMÍA POR VIDEO
LAPAROSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL DE
MARZO A SEPTIEMBRE DE 2013”**

PRESENTADO POR:

**DR. NELSON EDGARDO BENAVIDES RIVERA
DR. ERNESTO NAPOLEON ZEPEDA VILLACORTA**

PARA OPTAR AL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

DOCENTE DIRECTOR:

DR. JOSE ISMAR CRUZ GONZALEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, JUNIO DE 2014

SAN MIGUEL

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES

ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO
RECTOR

MS. ANA MARIA GLOWER DE ALVARADO
VICERRECTORA ACADÉMICA

DRA. ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA
SECRETARIA GENERAL

LIC. FRANCISCO CRUZ LETONA
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

LIC. CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENITEZ

DECANO

LIC. CARLOS ALEXANDER DIAZ

VICE DECANO

LIC. JORGE ALBERTO ORTEZ HERNANDEZ

SECRETARIO

Ms. DAVID AMILCAR GONZALEZ RIVAS

ESCUELA DE POSGRADO

Dr. RENE SAUL PEREZ GARCIA

COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dr. RUBÉN VELÁSQUEZ PAZ

COORDINADOR DE ESPECIALIDAD

JURADO EVALUADOR

Dr. RENE MAURICIO ESCOLERO PORTILLO

MEDICO CIRUJANO Y LAPAROSCOPISTA.

Dr. JOSE MIGUEL FUENTES CASTILLO

MEDICO CIRUJANO ONCOLOGO

Dr. JOSE ISMAR CRUZ GONZALEZ

MEDICO CIRUJANO COLOPROCTOLOGO

DEDICATORIAS

Se dedica este trabajo a:

DIOS TODOPODEROSO.

Por permitirme la vida y alcanzar el logro de mis metas propuestas; por ser Él guía de mi vida, de mis acciones y consejero de cada una de mis actividades.

A mi hijo e hija

Por ser ellos una gran razón para seguir adelante en la vida, superarme y brindarme su amor, cariño, y ayudarme a ser un padre.

A mi esposa.

Por estar presente durante mi residencia, apoyarme y por constituir la luz de mi futuro; gracias por mi hijo, demostrarme lo mejor de la vida y gracias por estar en la mía.

A mis padres.

Por traerme al mundo; brindarme su cariño, amor, respeto, sacrificio, comprensión y apoyo en mis momentos más difíciles; por inculcarme los valores de la vida y la forma en como afrontarla.

A mis hermanas.

Por su apoyo, comprensión y palabras de aliento; sacrificio y compañía en noches de desvelo.

A todos aquellos que me ayudaron en mi formación.

Por enseñarme, tenerme paciencia, por todo lo aprendí de ustedes por ser justos en sus regaños y consejos.

Ernesto Napoleón Zepeda Villacorta

DEDICATORIAS

A Liliana y William, gracias por haber estado cuando más lo necesite.

Nelson Edgardo Benavides Rivera.

ÍNDICE GENERAL

	PÁGINA
Lista de Tablas.....	viii
Lista de Graficos.....	ix
Lista de Anexos.....	x
Resumen y Palabras Claves.....	xi
1. Introducción.....	12
2. Planteamiento del Problema.....	14
3. Objetivos de la Investigación.....	15
4. Marco Teórico.....	16
5. Diseño Metodológico.....	28
6. Presentación de los Resultados	33
7. Discusión.....	45
8. Conclusión.....	46
9. Recomendaciones.....	47
10. Bibliografía.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁGINA
Tabla 1. Distribucion por Género.....	33
Tabla 2. Distribucion por Edad.....	34
Tabla 3. Distribución Geográfica.....	35
Tabla 4. Diagnostico Pre Quirurgico.....	36
Tabla 5. Tiempo Quirurgico.....	37
Tabla 6. Complicaciones Trans Quirugicas.....	38
Tabla 7. Dolor Previo Colectectomia por Video Laparoscopia.....	39
Tabla 8. Dolor 2 Horas Post Colectectomia por Video Laparoscopia....	40
Tabla 9. Dolor 7 Horas Post Colectectomia por Video Laparoscopia....	41
Tabla 10. Dolor 15 Horas Post Colectectomia por Video Laparoscopia	42
Tabla 11. Dolor 24 Horas Post Colectectomia por Video Laparoscopia	43
Tabla 12. Dias de Estancia Hospitalaria Post Quirurgico.....	44

ÍNDICE DE GRAFICOS

	PÁGINA
Grafico 1. Distribucion por Género.....	33
Grafico 2. Distribucion por Edad.....	34
Grafico 3. Distribución Geográfica.....	35
Grafico 4. Diagnostico Pre Quirurgico.....	36
Grafico 5. Tiempo Quirurgico.....	37
Grafico 6. Complicaciones Trans Quirugicas.....	38
Grafico 7. Dolor Previo Colectectomia por Video Laparoscopia.....	39
Grafico 8. Dolor 2 Horas Post Colectectomia por Video Laparoscopia..	40
Grafico 9. Dolor 7 Horas Post Colectectomia por Video Laparoscopia.	41
Grafico 10. Dolor 15 Horas Post Colectectomia por Video Laparoscopia	42
Grafico 11. Dolor 24 Horas Post Colectectomia por Video Laparoscopia	43
Grafico 12. Dias de Estancia Hospitalaria Post Quirurgico.....	44

ÍNDICE DE ANEXOS

	PÁGINA
Anexo 1 Escala de Expresión Facial	52
Anexo 2 Ficha de Recolección de Datos	53
Anexo 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO	57

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

A través del presente estudio, se determinó que la analgesia oral es segura y eficaz comparada con la analgesia parenteral, en la población en estudio, que cumplieron los criterios de inclusión. Se asignó de manera aleatorizada a dos grupos, el Grupo "A" (21 ptes.) Parenteral y el Grupo "B" (14 ptes.) Oral, a los cuales se les administro el mismo analgésico post quirúrgico inmediato, evaluando la intensidad del dolor durante las veinticuatro horas post quirúrgicas, utilizando la Escala de Expresión Facial (Faces Pain Scale). Del análisis de los resultados se determinó que la analgesia oral en pacientes post colecistectomía por video laparoscopia es eficaz, comparada con la analgesia parenteral, por lo cual se recomienda en el presente trabajo valorar el manejo ambulatorio de pacientes colecistectomizados por video laparoscopia ya que contribuye a un mayor flujo de pacientes colecistectomizados en el hospital San Juan de Dios de San Miguel, disminuyendo costos, estancia hospitalaria, sin poner en riesgo la vida del paciente post quirúrgico.

1. INTRODUCCIÓN

La colecistectomía por video laparoscopía es una técnica que inició su práctica en países Europeos y que pronto se ha realizado en países de todo el mundo incluyendo el nuestro porque ha demostrado ser un procedimiento seguro y efectivo que ofrece incluso algunas ventajas sobre la técnica convencional.

El dolor post operatorio es la queja más frecuente de los pacientes que han sufrido una intervención quirúrgica, no es un resultado obligado de una intervención, sino es el resultado de una insuficiente analgesia.¹

En el Hospital San Juan de Dios de San Miguel, la unidad de video laparoscopía funciona como tal desde el año 2000, habiéndose realizado desde entonces más de 600 procedimientos de este tipo; de marzo a septiembre de 2013 se han realizado 64 colecistectomías por video laparoscopia.²

A través del presente estudio se determinó si la analgesia oral es una vía efectiva para el manejo del dolor post quirúrgico, comparada con la vía parenteral, a través de un estudio clínico, controlado, no aleatorizado, simple, con pacientes que aceptaron participar en el estudio y que cumplían con los criterios de inclusión; durante la estancia hospitalaria post quirúrgica se evaluó la respuesta al dolor, para lo cual se formaron dos grupos; el grupo A pertenecían

¹ Iris Desirre Angulo Hernández. Analgesia preventiva, con ketorolaco, evaluación de dos vías de administración en pacientes sometidos a colecistectomía abierta, en el Hospital Central “Antonio María Pineda”, Barquisimeto, Agosto – Diciembre 2002. Barquisimeto 2004.

² Registro de procedimientos quirúrgicos de sala de operaciones, Hospital San Juan de Dios de San Miguel.

pacientes a los cuales se manejó con analgesia Parenteral, el grupo B se dio manejo post quirúrgico con analgésicos Oral, y para determinar la intensidad del dolor se utilizó Escala de Expresión Facial donde los pacientes marcaron la figura de dolor con cual se identificaban, posteriormente se realizó la recolección de datos con la ficha de datos, para luego el análisis de datos utilizando el sistema SPSS versión 18, posterior al análisis y discusión de resultados; comparando la eficacia del manejo del dolor post quirúrgicos en pacientes post colecistectomía por video laparoscopia.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿La analgesia oral es igualmente eficaz que la analgesia parenteral en pacientes post colecistectomía por video laparoscopia?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRIMARIO:

- ✓ Comparar la eficacia de la analgesia oral y parenteral en pacientes post colecistectomía por video laparoscopia en el Hospital San Juan de Dios de San Miguel.

3.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- ✓ Conocer la respuesta del paciente post colecistectomía a la analgesia oral.
- ✓ Conocer la respuesta del paciente post colecistectomía a la analgesia parenteral.
- ✓ Conocer la eficacia de la analgesia oral en la estancia hospitalaria.
- ✓ Conocer la eficacia de la analgesia parenteral en la estancia hospitalaria.
- ✓ Conocer el tiempo quirúrgico en los procedimientos.

4. MARCO TEORICO.

En los umbrales del siglo XXI disponemos de suficientes fármacos y técnicas para evitar el dolor, o al menos minimizarlo. Hasta mitad del siglo XIX no se usaban los analgésicos ni en el acto operatorio, cuanto menos en el postoperatorio. Desde la mitad del siglo XX se comienza a tratar sistemáticamente el dolor postoperatorio, una vez solucionado el intraoperatorio.

Tradicionalmente el manejo del dolor postoperatorio se ha basado en la indicación por vía parenteral de analgésico a ciertos intervalos de tiempo, y en la mayoría de los casos indicación solo cuando hay dolor.

Las variaciones individuales en el umbral del dolor dificultan su evaluación, por lo que es deseable cuantificarlo mediante el empleo de escalas de medida.

Las escalas de medición deben estar validadas, ser sencillas para el paciente y de explicación y aplicación rápidas por parte del médico.³

La Cirugía Laparoscópica se inicia en 1987, cuando los médicos franceses Mouret y Dubois reportan los primeros casos de Colectomía Laparoscópica. Su comunicación revoluciona el mundo de la cirugía.

Previamente, algunos reportes de apendicetomías (Senm, 1983 en Alemania) habían llamado la atención científica, pero la nueva era quirúrgica no se inaugura sino con la aparición de la Video Cirugía, incorporada a la técnica por Mouret y Dubois. Estados Unidos, por su parte, iniciará la divulgación de resultados con los

³ Iris Desirre Angulo Hernández. Analgesia preventiva, con ketorolaco, evaluación de dos vías de administración en pacientes sometidos a colecistectomía abierta, en el Hospital Central “Antonio María Pineda”, Barquisimeto, Agosto – Diciembre 2002. Barquisimeto 2004.

reportes de Reddick y Olsen. Todos inician cursos de aprendizaje para difundir la técnica de Colectomía Laparoscópica.⁴

El auge que ha tomado la Cirugía Ambulatoria en crecimiento constante y dinámico, hace necesario contemplar sus distintos aspectos.

La Cirugía Ambulatoria es una modalidad de prestación del servicio quirúrgico o una forma de oferta asistencial quirúrgica.⁵

Actualmente, es mundialmente aceptado que la vía de abordaje de primera elección para la extirpación de la vesícula biliar es la laparoscópica. Sus ventajas ya han quedado demostradas. Además, el uso de un menor número de incisiones, mayor experiencia en los grupos quirúrgicos y anestésicos, mejores medicamentos y avances en la tecnología de los equipos han llevado a una reducción importante en el tiempo de recuperación postoperatoria; reducción que llegó a plantear a la colectomía laparoscópica como un procedimiento que se podía considerar seguro en un régimen ambulatorio.

Las ventajas adicionales que se han planteado con la colectomía laparoscópica ambulatoria son: disminución de los costos, mayor disponibilidad de camas y un mejor sentimiento de mejoría en los pacientes. Desde luego, existen barreras que lo impiden como: preferencias del paciente o del cirujano, enfermedades asociadas, necesidad de procedimientos simultáneos y, especialmente en hospitales públicos, impedimentos administrativos.

⁴Dr. Luis Poggi Machuca. **Cirugía Laparoscópica**. URL disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_07_cirug%C3%ADa%20Laparosc%C3%B3pica.htm.

⁵ Pattillo S.J., Colectomía laparoscópica ambulatoria: Una experiencia factible en un hospital público chileno. Rev Méd Chile 2004; 132: 429-436.

En la actualidad, y por diversas razones, existe una clara tendencia en los servicios quirúrgicos de calidad a realizar un número cada vez mayor de procedimientos en forma ambulatoria.⁶

A pesar de que las técnicas quirúrgicas han mejorado, en muchos casos no se realiza un adecuado control del dolor postoperatorio, lo que conlleva un incremento de la estancia en el hospital y predisponer a complicaciones.

Para poder tratar adecuadamente el dolor agudo postoperatorio se debe realizar una evaluación objetiva del mismo, para lo cual se cuentan con métodos y escalas, dentro de los cuales está: La escala análoga visual.⁷

En el Reino Unido, además de la reducción en los gastos por cirugía ambulatoria, han observado la misma efectividad incluso cuando la cirugía es efectuada por cirujanos en periodo de entrenamiento.

La colecistectomía laparoscópica ambulatoria es un procedimiento quirúrgico seguro si se selecciona bien a los pacientes, la inclusión en el programa ambulatorio no es un factor adverso para la morbimortalidad propia del procedimiento. Se aprovechan los beneficios de la cirugía de mínima invasión, y el paciente puede cursar su convalecencia dentro de su núcleo familiar, disminuyendo la tensión emocional que implica la atención intrahospitalaria.⁸

⁶ Justo Janeiro J.M., Prado Orozco E., Theurel Vicent G., Paredes R. de la Rosa, Lozano Espinosa A. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy. A good alternative, Cir Gen 2004;26:306-310.

⁷ González de Mejía N. Postoperative multimodal analgesia. Rev Soc Esp Dolor 2005; 12: 112-118.

⁸ Hernández Ibar R. S, Rivero Sandoval L., Quezada Adame I., Castillo Gaytán R., Flores Ramírez J. F., Ávila Rivera J. L., Colecistectomía laparoscópica ambulatoria en un hospital de segundo nivel de atención, Cir Gen 2008;30:13-16.

Es necesario conocer las posibilidades de combinación de analgésicos y vías de administración que actúan a través de diferentes mecanismos, lo que permite disminuir las dosis de cada uno de ellos, potenciando la analgesia y disminuyendo además los posibles efectos adversos. Esto es lo que se conoce como analgesia multimodal o balanceada.⁹

4.1 Clasificación del Dolor Postoperatorio Según El Tipo De Cirugía.

Dolor Leve

- ✓ Hernia umbilical
- ✓ Biopsia ganglionares
- ✓ Lipomas
- ✓ Biopsias de piel
- ✓ Extirpación de fibroadenoma de mama

Dolor Moderado

- ✓ Apendicetomía
- ✓ Hernia inguinal y crural
- ✓ Eventraciones pequeñas
- ✓ Mastectomías
- ✓ Extirpación sinus polonidal
- ✓ Colectomía laparoscópica

Dolor Severo

- ✓ Cirugía abdominal superior
- ✓ Colectomía por laparotomía
- ✓ Gastrectomía
- ✓ Resección intestinal

⁹ Pascual Parrilla Paricio, José Ignacio Landa García, Cirugía AEC, Segunda edición, Madrid, España, 2010.

- ✓ Cirugía esofagogastrica
- ✓ Cirugía hepatobiliopancreatica
- ✓ Cirugía colorrectal
- ✓ Cirugía anal
- ✓ Cirugía bariátrica

Algunos pautas utilizadas:

Dolor Leve

Valorar la posibilidad de infiltración de la herida con anestésicos locales más una de las siguientes pautas:

- ✓ Paracetamol 1 gr cada 6 horas VO
- ✓ Dexketoprofeno 25 mg cada 8 horas VO
- ✓ Metamizol 500 mg – 1 gr cada 6 horas VO
- ✓ Ibuprofeno 400 mg cada 6 horas VO

Dolor Moderado

Valorar la posibilidad de infiltración de la herida con anestésicos locales más una de las siguientes pautas:

- ✓ Paracetamol 1 gr cada 6 horas VO
- ✓ Rescate:
 - Dexketoprofeno 25 mg cada 8 horas VO
 - Metamizol 500 mg – 1gr – 2gr cada 6 horas VO
 - Ibuprofeno 400 mg cada 6 horas VO

Dolor Severo

Valorar la posibilidad de infiltración de la herida con anestésicos locales más una de las siguientes pautas:

- ✓ Paracetamol 1 gr cada 6 horas VO + tramadol 50 – 100 mg cada 6 horas VO
- ✓ Dexketoprofeno 25 mg cada 8 horas VO + tramadol 50 – 100 mg cada 6 horas VO
- ✓ Metamizol 2 gr cada 6 horas VO + tramadol 50 – 100 mg cada 6 horas VO

El dolor postoperatorio constituye una oportunidad para el establecimiento de mejoras en la atención y tratamiento de los pacientes intervenidos, máxime cuando existen tratamientos analgésicos eficaces para el control del dolor que no se están utilizando, debiendo acabar con la modalidad de prescripción a demanda en todas aquellas intervenciones que de antemano se sabe que van a experimentar dolor postoperatorio.

El manejo inapropiado conlleva importantes repercusiones clínicas y económicas: incremento de la morbilidad peri operatoria, riesgo de desarrollar dolor crónico en el futuro, aumento de la estancia hospitalaria, deficiente calidad de vida e insatisfacción del paciente y del profesional con la prestación de los servicios asistenciales.

Pero un abordaje apropiado del dolor agudo requiere también una mayor formación y concienciación de los profesionales, que acabe con actitudes de infravaloración del dolor y el establecimiento de programas y unidades de dolor agudo como instrumentos centrales, en la mejora de la atención del dolor, estrategias ampliamente difundidas para institucionalizar el tratamiento del dolor.¹⁰

La colecistectomía como tratamiento definitivo de la colelitiasis sintomática ha presentado importantes cambios en los últimos años. El postoperatorio más benigno que presentan los pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica frente a la tradicional técnica laparotomía ha hecho que esta técnica se haya difundido ampliamente en la comunidad quirúrgica y haya presentado una rápida

¹⁰ Valentín López B., García Caballero J., Muñoz Ramón J. M., Aparicio Grande P., Díez Sebastián J., Criado Jiménez A., Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calidad, Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2006; 53: 408-418.

aceptación tal vez no comparable a la aceptación previa de cualquier otra variante técnica.¹¹

Este postoperatorio tan benigno ha llevado a algunos autores a plantearse la posibilidad de realizar la colecistectomía laparoscópica de manera ambulatoria, con las consecuentes implicaciones económicas que ello supone. Sin embargo, la colecistectomía laparoscópica no ha sido aceptada de manera generalizada como uno de los procedimientos susceptibles de manejo ambulatorio, y menos aún en Europa.

Los dos principales problemas que se presentan en el postoperatorio de la colecistectomía laparoscópica son el desarrollo de náuseas y vómitos y el dolor postoperatorio. Estos han demostrado ser la causa más frecuente de ingreso, readmisión y convalecencia prolongada.¹²

Muchos autores consideran que la colecistectomía laparoscópica y la hernio plastia inguinal son los procedimientos que pueden realizarse en régimen ambulatorio con mayor seguridad y eficacia. Sin embargo, mientras que se ha popularizado el tratamiento ambulatorio de la hernia, está lejos de generalizarse el de la colecistectomía laparoscópica ambulatoria.

¹¹ Serralta Serra A., Bueno Lledó J., Sanhauja Santafé A., García Espinosa R., Arnal Bertomeu C., Martínez Casaña P., et. al. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2002; 49: 461-467.

¹² Serralta Serra A., Bueno Lledó J., Sanhauja Santafé A., García Espinosa R., Arnal Bertomeu C., Martínez Casaña P., Planells Roig M., Evolución del dolor postoperatorio en la colecistectomía laparoscópica bajo anestesia analgesia multimodal en régimen ambulatorio, Instituto de Cirugía General y del Aparato Digestivo (ICAD) y Servicio de Anestesia. Clínica Quirón. Valencia. Octubre 2006. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2002; 49: 461-467.

Esto es debido a que estos procedimientos no son comparables. En el caso de la colecistectomía laparoscópica, esta situación está ocasionada por el riesgo de las potenciales complicaciones graves postoperatorias y la inseguridad del cirujano para asumirlo ante la falta de un dispositivo asistencial domiciliario adecuado y la incertidumbre en el terreno legal; además de la opinión adversa del paciente, quien por inseguridad puede suponer que el ingreso es la forma más adecuada del tratamiento. Por lo tanto, para asegurar exitosamente la introducción de este proyecto en nuestra organización, se ha seguido la siguiente táctica: averiguar a qué porcentaje de población afectaría, confirmar la seguridad del procedimiento para tranquilidad de nuestros pacientes y cirujanos y saber si deben introducirse mejoras antes de su ejecución.¹³

Los programas exitosos de analgesia postoperatoria dependen de un criterio clínico adecuado del anestesiólogo, de una comunicación oportuna con el cirujano, seguimiento adecuado de los médicos y enfermeras profesionales hospitalarias, participación activa del paciente y los familiares, los factores administrativos particularmente el número de pacientes al cuidado de cada enfermera profesional.¹⁴

Pensamos que las normas éticas o los derechos humanos son universales, no porque sean reconocidos por ciertos gobiernos o culturas, sino porque es universal la dignidad humana, sobre la que están fundamentados. El respeto a esta dignidad humana es lo que obliga a los profesionales de la asistencia sanitaria a obtener el consentimiento de los pacientes de manera que sea comprensible y

¹³ Martínez Ródenas F., Hernández Borlán R., Guerrero de la Rosa Y., Moreno Solorzano J., Alcaide Garriga A., Pou Sanchís E., et al. *Cir Esp.* 2008;84(5):262-6.

¹⁴ Moyano A., Jairo; Mayungo, Tatiana. Reacciones Adversas en Analgesia Post-Operatoria *Revista Colombiana de Anestesiología*, vol. 36, núm. 1, abril, 2008, pp. 56-57 Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación Colombia.

acorde con el lenguaje, las costumbres y la cultura de la persona. Informar de este modo respecto a las ventajas de la laparoscopia y, a la vez, de sus limitaciones y de la posibilidad de reconversión de la técnica, puede resultar para algunos dificultoso, pero en ninguna ocasión puede ser considerado como válido el engaño o la información incompleta como método para obtener la aceptación del paciente para someterse al proceso quirúrgico. Por eso, la única alternativa aceptable será mejorar nuestra capacidad de comunicación para dar una información convincente y veraz sobre las ventajas de este nuevo tipo de cirugía, sin soslayar los riesgos, de modo en parte similar a las explicaciones que se facilitan para obtener el consentimiento en los ensayos de investigación clínica.¹⁵

Al igual que otros AINEs, El ketorolaco Trometamina, está contraindicado en los pacientes con úlcera gastroduodenal activa, hemorragia digestiva reciente o antecedente de úlcera gastroduodenal o hemorragia digestiva. Está contraindicado en los pacientes con insuficiencia renal moderada o grave y en los pacientes con riesgo de insuficiencia renal por hipovolemia o deshidratación.

Dosis y vía de administración: La dosis oral es de 10 mg cada 4-6 horas.

Dosis máxima diaria de 40 mg; cuando se administra por vía intramuscular o intravenosa, no se deberá exceder de 4 días.

Uso I.M.: dosis inicial de 30 a 60 mg; dosis subsecuentes: 10 a 30 mg cada 4-6 horas; Dosis máxima al día: 120 mg al día.

El tratamiento no deberá exceder de 4 días.¹⁶

¹⁵ Jara Rascón J, Subirá Ríos D. Ética y aprendizaje en cirugía laparoscópica. *Actas Urol Esp* 2006; 30 (5): 474-478.

¹⁶ Thomson PLM, S. A. de C. V., ketorolaco. [en línea] 2013 febrero 7 [7 de junio de 2012]; URL disponible en: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/ketorolaco.htm.

La Nalbufina Analgésico útil para los cuadros de dolor leve y moderado. Estados de dolor agudo en el postoperatorio, preoperatorio, procedimientos obstétricos y como suplemento de la anestesia general balanceada.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.

Precauciones Generales: Nalbufina produce depresión respiratoria similar en intensidad a la que se observa con el uso de morfina.

Se recomienda que cuando nalbufina se use como complemento de la anestesia general balanceada, solamente sea por personal específicamente entrenado en el uso de anestésicos intravenosos y en el manejo de las reacciones a opioides potentes.

Los analgésicos opioides potentes pueden causar elevaciones de la presión intracraneal, debido a la vasodilatación causada por la retención secundaria de dióxido de carbono a su efecto depresor sobre la respiración.

Cirugía del tracto biliar: Al igual que sucede con todos los analgésicos opioides, nalbufina se debe usar con precaución en los pacientes con padecimientos del tracto biliar, ya que induce la contracción del esfínter de Oddi.

Reacciones Secundarias Y Adversas: Las reacciones más frecuentemente reportadas incluyen: sedación, sudación, náusea y vómito, sequedad de la boca, náuseas y vértigo.

Interacciones medicamentosas y de otro género: A pesar de que la nalbufina tiene actividad como antagonista narcótico, existe evidencia de que en pacientes no dependientes, no antagonizará los efectos analgésicos de los narcóticos administrados justo antes, concomitantemente y después de la inyección de nalbufina. Por tanto, los pacientes que reciban un analgésico narcótico, anestésicos generales y otros depresores del SNC (incluyendo al alcohol) de manera conjunta con nalbufina, pueden tener un efecto aditivo.

Cuando se contemple utilizar este tipo de tratamientos se debe reducir la dosis de alguno de los agentes.

Dosis Y Vía De Administración: La dosis usual para un adulto de 70 kg es de 10 mg administrados cada 6 u 8 horas por vía I.M., S.C. o I.V. Esta dosis puede repetirse

dependiendo de la necesidad de analgesia y se debe ajustar de acuerdo con la condición clínica del paciente y al uso de otros medicamentos.¹⁷

El Petidine (clorhidrato de meperidina), Analgésico opiáceo, agonista puro, con propiedades semejantes a morfina pero de más rápida aparición y más corta duración.

Indicaciones terapéuticas: Espasmos de la musculatura lisa de vías biliares eferentes, aparato genitourinario, tracto gastrointestinal, espasmos vasculares, angina de pecho y crisis tabéticas, antes y durante la anestesia IV y por inhalación.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad a opioides, tendencias suicidas, depresión respiratoria, EPOC.

Advertencias y precauciones: Niños, ancianos, adenoma de próstata, obstrucción uretral, asma, epilepsia, alcoholismo crónico, dependencia a opiáceos, hipotiroidismo.

Reacciones adversas: Náuseas, vómitos, somnolencia, desorientación, sudoración, euforia, tolerancia, cefalea, cambios de humor, espasmo laríngeo, parada cardíaca, diarrea, estreñimiento, visión borrosa, convulsiones, edema, prurito. Vía IV, taquicardia.¹⁸

Escala de la expresión facial (Faces Pain Scale) fue desarrollada por Bieri en 1990 para su uso en niños. Está compuesta por rostros con diferentes expresiones que representan a una persona que está feliz porque no siente dolor o que está triste porque siente algo de dolor o mucho dolor. A cada rostro se le asigna una puntuación. Se pide al paciente que seleccione el rostro que describe mejor cómo

¹⁷ Thomson PLM, S. A. de C. V., diclofecan sodico. [en línea] 2013 febrero 7 [7 de junio de 2012]; URL disponible en: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/

¹⁸ Vademecum Internacional, Petidine. [en línea] 2013 febrero 7 [3 de diciembre de 2010]; URL disponible en: <http://www.vademecum.es/principios-activos-petidina-n02ab02>.

se siente. Al no requerir lectura, escritura o capacidad expresiva, puede ser muy útil para valorar el dolor en pacientes con incapacidad para describirlo o para comprender las formas de valoración, como los niños menores de 3 años, las personas analfabetas, los pacientes con deterioro cognitivo y los más ancianos, con datos aceptables de fiabilidad y validez (Herr et al, 1998; Stupy, 1998). Los resultados del estudio de Laurie et al de 2002 demuestran que la FPS permite medir componentes tanto afectivos como sensoriales del dolor.¹⁹

¹⁹ R. Montero Ibáñez y A. Manzanares Briega, Escalas de valoración del dolor, JANO 25 FEBRERO-3 MARZO 2005. VOL. LXVIII N.º 1.553.

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 Tipo de Investigación.

Esta investigación se caracteriza por ser ensayo clínico, controlado, aleatorizado, simple.

5.2 Población:

Se incluyeron pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que fueron intervenidos entre marzo de 2013 a septiembre de 2013.

De marzo a septiembre de 2013 se han realizado 235 colecistectomías (abiertas y por video laparoscopia), de las cuales 64 se realizaron por video laparoscopia y de estas 35 aceptaron participar en el estudio.

5.3 Tipo de Muestreo:

Se realizó un muestreo no probabilístico de casos, realizando selección aleatoria de los pacientes habiéndose numerados del uno al 50, por un colaborador ajeno al estudio, posteriormente se introdujeron en sobres y se sellaron por otro colaborador y finalmente ya los sobres sellados, se numerarán del uno al 50, y se asignaron en número correlativo de acuerdo a como surjan los pacientes, y se abrió el sobre posterior a haberse efectuado el procedimiento quirúrgico.

Todos los pacientes recibieron una dosis de Petidine y Ketorolaco en post quirúrgico inmediato y luego a las 8 horas se continuará con el analgésico que le correspondiere según el sorteo.

5.4 Criterios de Inclusión:

1. Pacientes mayores de 18.
2. Con IMC < 30
3. Con pruebas de función hepáticas normales.
4. Con Autorización de paciente que acepte a participar en el estudio.

5. Paciente con diagnóstico de colecistitis crónica o colecistitis crónica agudizada.
6. Que resida en radio urbano de la ciudad de San Miguel, cercano y accesible al centro hospitalario o que cuente con apoyo que le permita hospedarse en dicha área mientras se recupera.
7. Que tenga teléfono para contacto.
8. Con medio de transporte disponible las 24 horas.

5.5 Criterios de Exclusión:

1. Menores de 18 años.
2. Con IMC > 30
3. Alergia a alguno de los medicamentos utilizados en el estudio
4. Paciente cuya cirugía laparoscópica se convierta en cirugía abierta.

5.6 Técnicas de Obtención de la Muestra.

Se seleccionaron los pacientes que fueron sometidos a colecistectomía por video laparoscopia realizadas en el Hospital San Juan de Dios de San Miguel durante marzo a septiembre de 2013 administrando de manera aleatorizada analgésicos vía parenteral a un grupo y vía oral a otro grupo.

5.7 Procedimiento:

La Investigación se llevó a cabo en dos momentos: Planificación y Ejecución.

5.7.1 Planificación:

Donde se abarco la selección del tema hasta el planteamiento del desarrollo de la investigación.

5.7.2 Ejecución: Esta se divide en tres etapas:

Recolección de Datos, Tabulación de Datos, Presentación de Resultados.

Se recolectaron los datos revisando los expedientes de todos los pacientes sometidos a colecistectomía por video laparoscopia realizadas durante marzo a septiembre de 2013 para conocer los datos que se incluyeron en el instrumento utilizado, dividiendo la población incluida en 2 grupos, el primero corresponderá a los que se les administrara analgesia parenteral y el segundo a los que se les indicó analgesia oral, los pacientes que integraran cada grupo de estudio se designara de manera aleatorizada.

Ambos grupos (A Y B) recibieron una dosis de petidine 50 Mg EV #1 y Ketorolaco 30 Mg EV # 1 en el post quirúrgico inmediato, luego se continuó la analgesia post quirúrgica según pertenecía al grupo Parenteral u Oral.

- ✓ Grupo “A” Parenteral: se le administrara analgesia cada 8 horas posterior a la finalización del procedimiento quirúrgico, usando el esquema de:
 - Ketorolaco 30mg EV cada 8 horas hasta valorar su egreso hospitalario.
 - Nalbufina 30 mg o Petidine 25 mg IM cada 8 horas si es requerido (terapia de rescate).
- ✓ Grupo “B” Oral: se le administrara analgesia cada 8 horas posterior a la finalización del procedimiento quirúrgico, usando el esquema de:
 - Ketorolaco 20mg VO cada 8 horas hasta el egreso hospitalario.
 - Nalbufina 30 mg o Pethidine 25 mg IM cada 8 horas si es requerido (terapia de rescate).

Posteriormente los pacientes de ambos grupos fueron evaluados usando la Escala de Expresión Facial por uno de los miembros del grupo investigador, la primera ocasión 2 horas post quirúrgicos, 7 horas post quirúrgicas, 15 horas post quirúrgica y 24 horas post quirúrgicas. En cada evaluación de la analgesia según

la escala del dolor, si el dolor es insoportable se administró la terapia de rescate y fueron excluidos del estudio.

La segunda etapa consistió en la tabulación de los resultados; una vez recolectada toda la información se procesó los resultados con el programa SPSS Versión 18 y el programa Microsoft Excel 2013 para posteriormente realizarse el análisis y la interpretación de éstos y según lo anterior se realizaron las conclusiones y complementación del informe final.

La tercera etapa incluyo la presentación de los resultados, mediante el informe final.

5.8 CONSIDERACIONES ETICAS

- ✓ En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.
- ✓ El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación.
- ✓ El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiados.
- ✓ El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida.
- ✓ La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un

médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

- ✓ Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.
- ✓ Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes.

6. PRESENTACION DE RESULTADOS.

6.1 TABULACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.

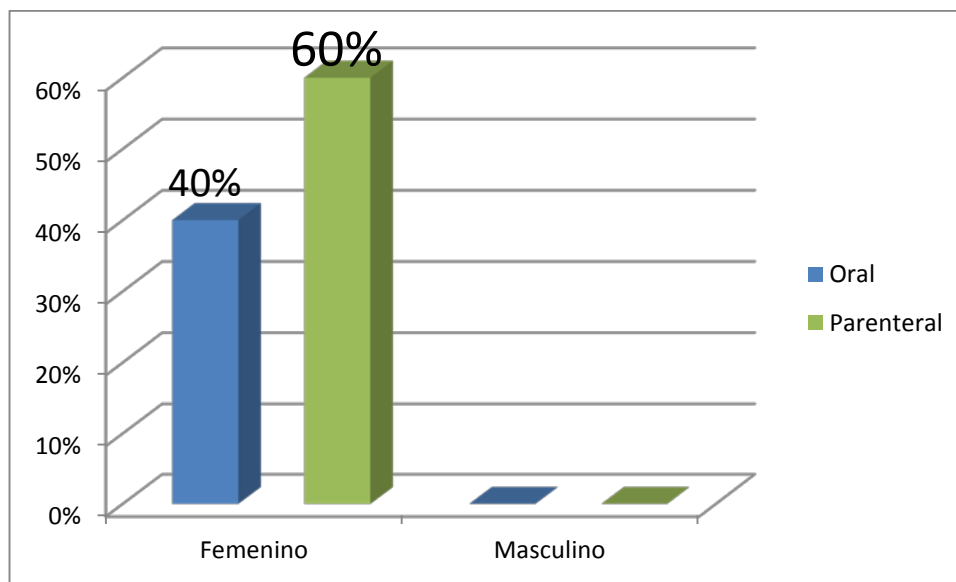
TABLA N° 1

DISTRIBUCION POR GÉNERO.

	Oral		Parenteral	
	F	%	F	%
Femenino	14	40%	21	60%
Masculino	0	0%	0	0%

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCION POR GÉNERO.



COMENTARIOS:

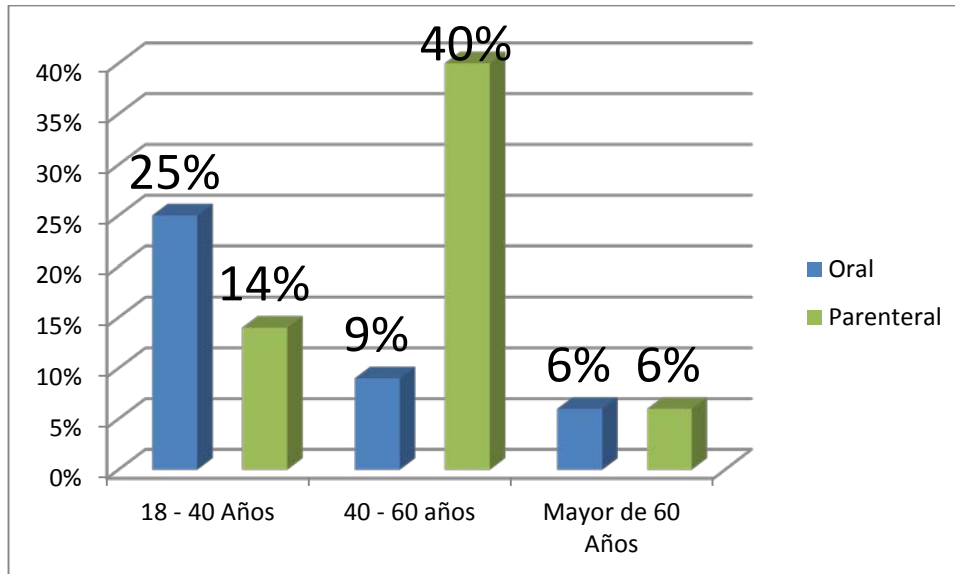
El 100% de pacientes del estudio son de sexo femenino, 40% pertenece al grupo Oral, y el 60% al grupo Parenteral.

Aclaración: los grupos de comparación son heterogéneos debido a que si un paciente ya no aceptaba participar en el estudio luego de asignarle su grupo, este era excluido (7 ptes).

TABLA N° 2
DISTRIBUCION POR EDAD.

	Oral		Parenteral	
	F	%	F	%
18 - 40 Años	9	25%	5	14%
40 - 60 años	3	9%	14	40%
Mayor de 60 Años	2	6%	2	6%

GRAFICO N° 2
DISTRIBUCION POR EDAD.



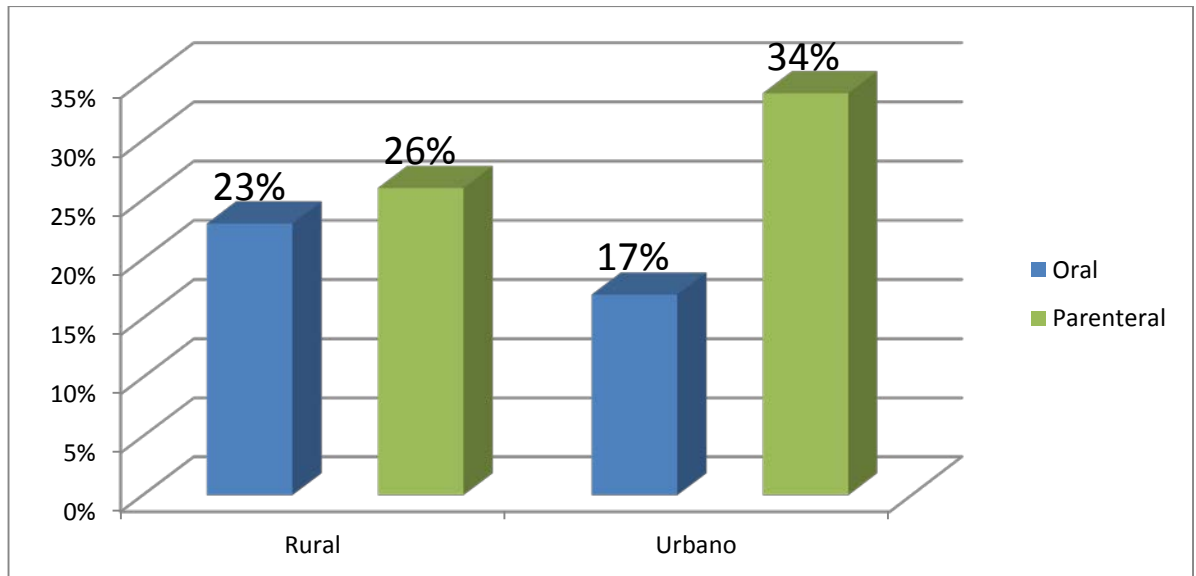
COMENTARIOS:

Pacientes menores de 40 años fue la mayor muestra de estudio que utilizamos analgésico oral en un 25%, pacientes entre 40 a 60 años hubo mayor uso de analgésico parenteral en un 40%, en pacientes mayores de 60 años hubo igual distribución de analgésico post quirúrgico en un 6%.

TABLA N° 3
DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA.

	Oral		Parenteral	
	F	%	F	%
Rural	8	23%	9	26%
Urbano	6	17%	12	34%

GRAFICO N° 3
DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA.



COMENTARIOS:

La población rural tiene una distribución similar en un 23% para el grupo Oral y 26% para el grupo parenteral, lo que nos permite analizar una respuesta al dolor postquirúrgico comparable.

ACLARACION:

Pacientes rurales son pacientes que residen fuera del área urbana de San Miguel, pero que durante el estudio residieron momentáneamente en el área urbana de San Miguel.

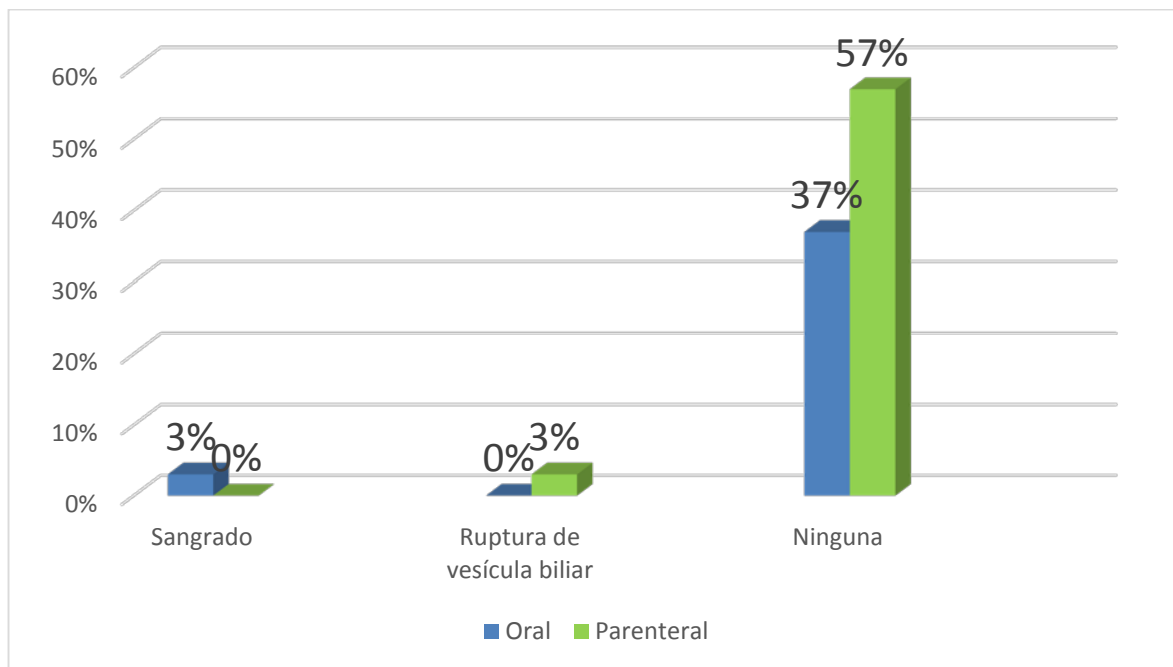
TABLA N°4

DIAGNOSTICO PRE QUIRURGICO.

	Oral		Parenteral	
	F	%	F	%
Colecistitis Crónica Calculosa	12	34%	20	57%
Colecistitis Crónica Agudizada	1	3%	1	3%
Pólipo Vesicular	1	3%	0	0%

GRAFICO N°4

DIAGNOSTICO PRE QUIRURGICO.



COMENTARIOS:

El mayor porcentaje de procedimientos de colecistectomía laparoscópica se realiza a pacientes con diagnóstico de colelitiasis crónica calculosa, de este grupo un 57% se le dio un manejo con analgésico Parenteral, un 34% analgésico Oral; pacientes

con diagnóstico de coleditiasis crónica agudizada se dio un manejo analgésico Oral en un 3% y Parenteral en un 3%.

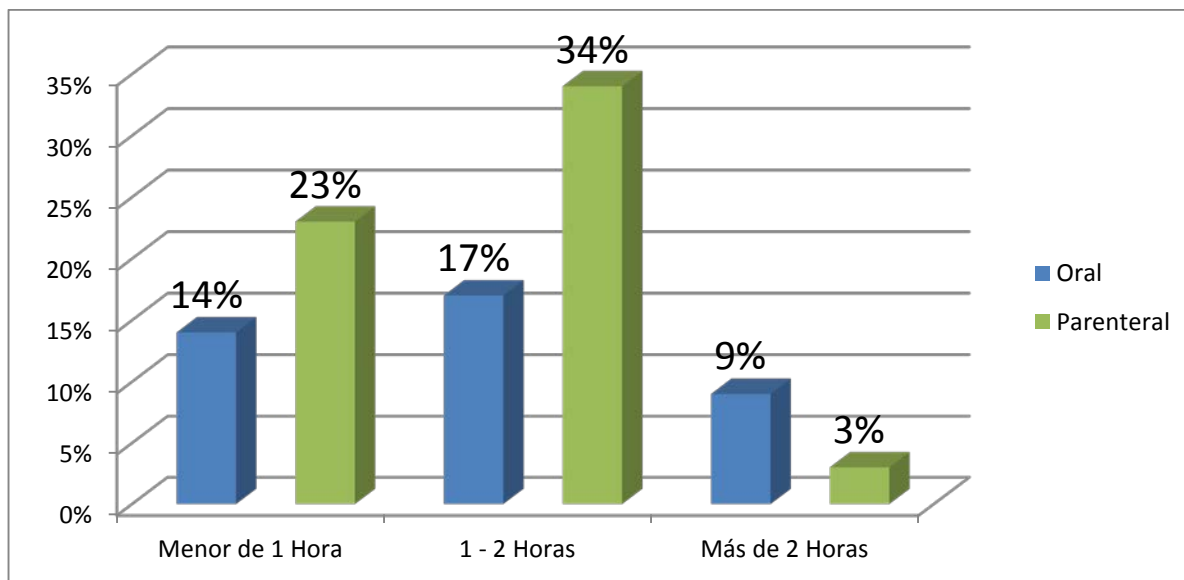
TABLA N° 5

TIEMPO QUIRURGICO.

	Oral		Parenteral	
	F	%	F	%
Menor de 1 Hora	5	14%	8	23%
1 - 2 Horas	6	17%	12	34%
Más de 2 Horas	3	9%	1	3%

GRAFICO N° 5

TIEMPO QUIRURGICO.



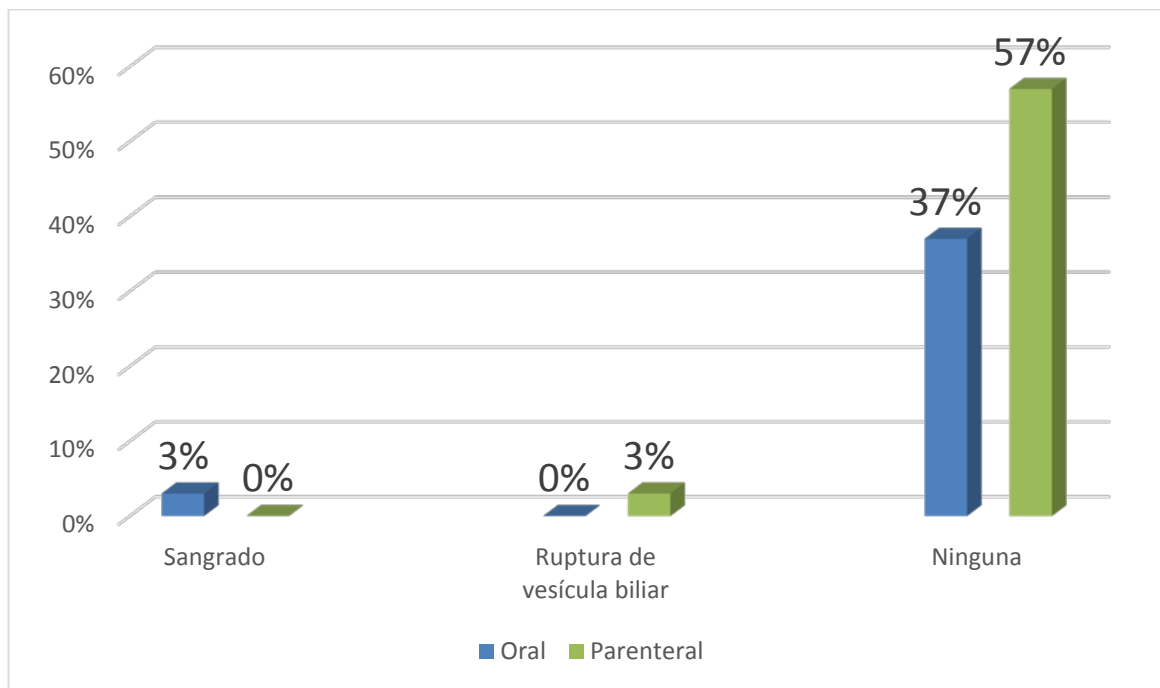
COMENTARIOS:

El mayor tiempo quirúrgico durante una colecistectomía por video laparoscopia corresponde de 1 a 2 horas, de este grupo el 34% pertenece al grupo Parenteral, el 17% al grupo Oral; en pacientes con tiempo quirúrgico menor de 1 hora el 23% pertenecen al grupo Parenteral, el 14% al grupo Oral; el menor tiempo quirúrgico fue Mas de 2 horas, al cual se le dio manejo Oral en un 9% y Parenteral en un 3%.

TABLA N° 6
COMPLICACIONES TRANS QUIRUGICAS

	Oral		Parenteral	
	F	%	F	%
Sangrado	1	3%	0	0%
Ruptura de vesícula biliar	0	0%	1	3%
Ninguna	13	37%	20	57%

GRAFICO N° 6
COMPLICACIONES TRANS QUIRUGICAS



COMENTARIOS:

La mayor parte de pacientes colecistecmizados no presento complicaciones transquirúrgicas, de los cuales el 57% pertenece al grupo Parenteral, 37% al grupo Oral; un 3% presento fuga de bilis por ruptura de la vesícula biliar, el cual recibió manejo analgésico Parenteral; un 3% sangrado al cual se le dio manejo Oral.

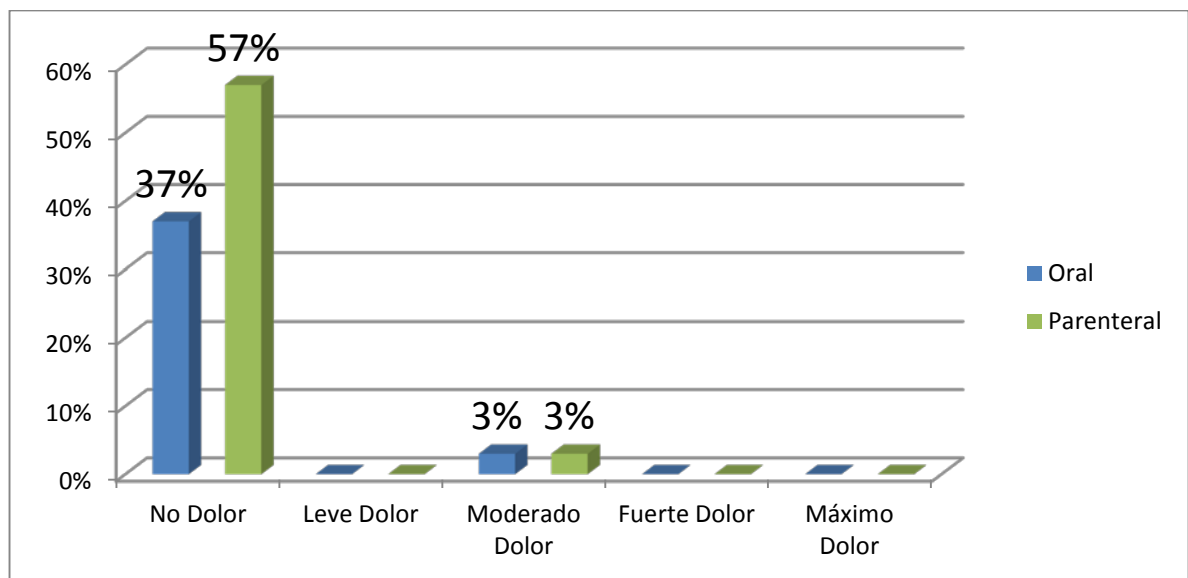
TABLA 7

DOLOR PREVIO COLECISTECTOMIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA

	Oral		Parenteral	
	F	%	F	%
No Dolor	13	37%	20	57%
Leve Dolor	0	0%	0	0%
Moderado Dolor	1	3%	1	3%
Fuerte Dolor	0	0%	0	0%
Máximo Dolor	0	0%	0	0%

GRAFICO 7

DOLOR PREVIO COLECISTECTOMIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA



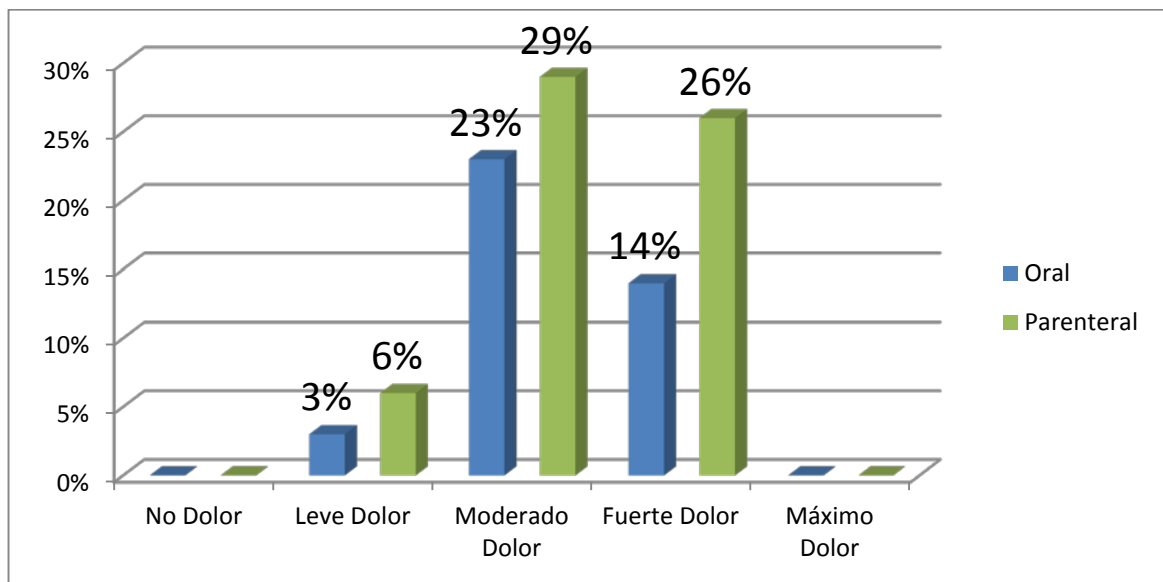
COMENTARIOS:

El mayor grupo de pacientes colecistectomizados no presentaba dolor, a los cuales se les dio manejo en un 57% con analgésico Parenteral, 37% con analgésico Oral; los pacientes que presentaron dolor moderado previo a cirugía eran pacientes con diagnóstico colelitiasis con episodio agudizado, a los cuales se les dio manejo Parenteral en un 3% y Oral en un 3%.

TABLA N°8
DOLOR 2 HORAS POST COLECISTECTOMIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA

	Oral		Parenteral	
	F	%	F	%
No Dolor	0	0%	0	0%
Leve Dolor	1	3%	2	6%
Moderado Dolor	8	23%	10	29%
Fuerte Dolor	5	14%	8	26%
Máximo Dolor	0	0%	0	0%

GRAFICA N°8
DOLOR 2 HORAS POST COLECISTECTOMIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA



COMENTARIOS:

La mayor población del estudio presento Dolor Moderado, a los cuales se les dio manejo Parenteral en un 29%, Oral en un 23%; el segundo lugar presento Fuerte Dolor a los cuales se le dio tratamiento en un 23% Parenteral, 14% Oral, en tercer lugar presentaron Leve Dolor, a los cuales se le dio manejo Parenteral en un 6%, Oral en un 3%.

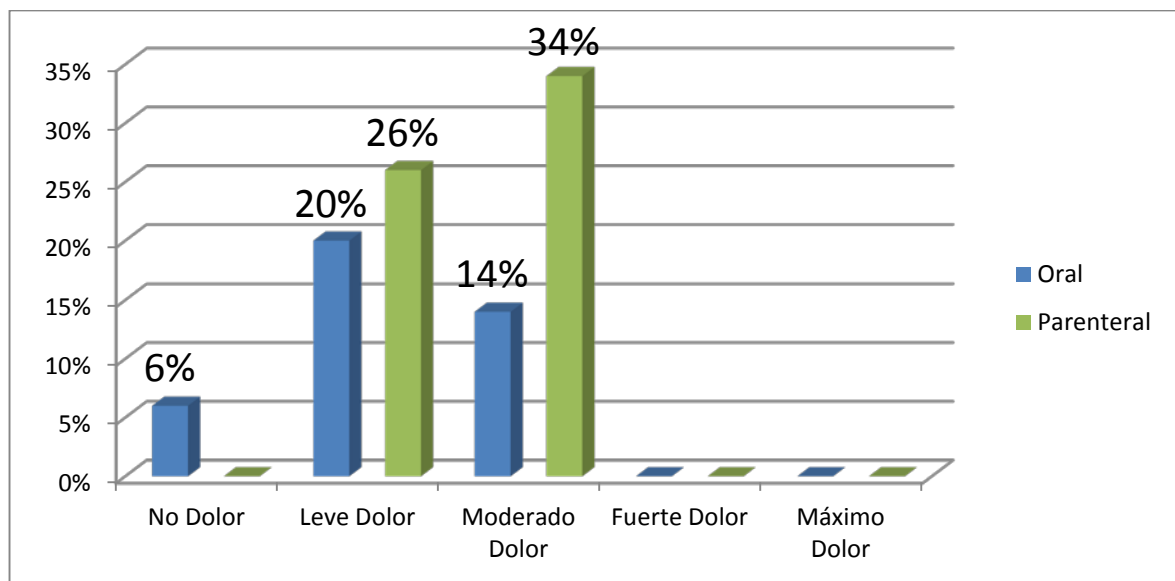
TABLA N° 9

DOLOR 7 HORAS POST COLECISTECTOMIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA

	Oral		Parenteral	
	F	%	F	%
No Dolor	2	6%	0	0%
Leve Dolor	7	20%	9	26%
Moderado Dolor	5	14%	12	34%
Fuerte Dolor	0	0%	0	0%
Máximo Dolor	0	0%	0	0%

GRAFICO N° 9

DOLOR 7 HORAS POST COLECISTECTOMIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA



COMENTARIOS:

La mayor intensidad de dolor fue Dolor Moderado, de los cuales el 34% fue tratado con analgésico Parenteral, 14% analgésico Oral; la segunda intensidad de dolor fue Leve Dolor, de los cuales el 26% fue tratado con Parenteral, 20% Oral; un 6% de toda la población manifestó No Dolor que fue tratado con Oral.

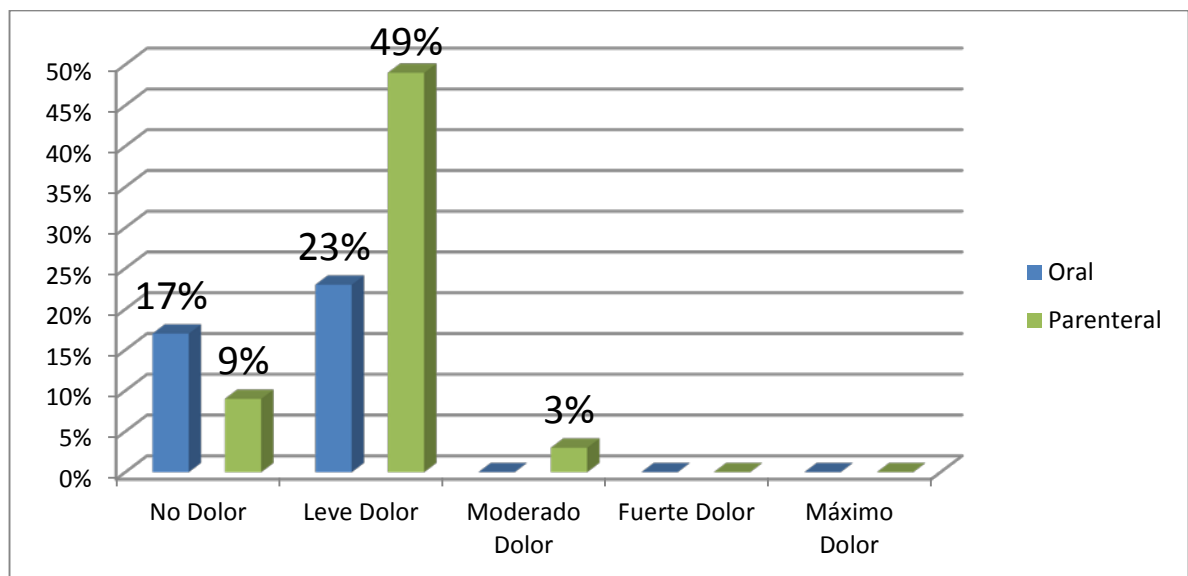
TABLA N°10

DOLOR 15 HORAS POST COLECISTECTOMIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA

	Oral		Parenteral	
	F	%	F	%
No Dolor	6	17%	3	9%
Leve Dolor	8	23%	17	49%
Moderado Dolor	0	0%	1	3%
Fuerte Dolor	0	0%	0	0%
Máximo Dolor	0	0%	0	0%

GRAFICO N°10

DOLOR 15 HORAS POST COLECISTECTOMIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA



COMENTARIOS:

Las intensidades de dolor disminuyeron; el mayor porcentaje de dolor fue Leve Dolor, el 49% que era tratado con analgésico Parenteral, el 23% con analgésico Oral; en segundo lugar fue No dolor, del cual el 9% era tratado con analgésico Parenteral y el 17% con analgésico Oral, el 3% reportaba Dolor Moderado que era del grupo Parenteral.

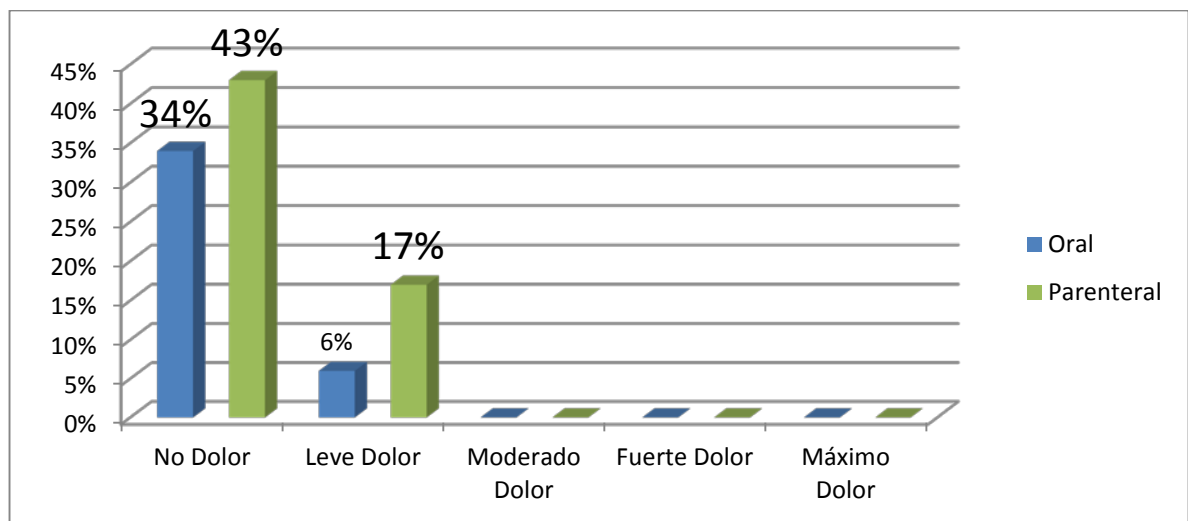
TABLA N°11

DOLOR 24 HORAS POST COLECISTECTOMIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA

	Oral		Parenteral	
	F	%	F	%
No Dolor	12	34%	15	43%
Leve Dolor	2	6%	6	17%
Moderado Dolor	0	0%	0	0%
Fuerte Dolor	0	0%	0	0%
Máximo Dolor	0	0%	0	0%

GRAFICO N°11

DOLOR 24 HORAS POST COLECISTECTOMIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA



COMENTARIOS:

La intensidad del dolor ha disminuido, la mayoría de la población refería No Dolor, el 43% pertenecía al grupo Parenteral, el 34% pertenecía al grupo Oral; la menor parte de la población refería Leve Dolor, el 17% pertenecía al grupo Parenteral, el 6% a grupo Oral.

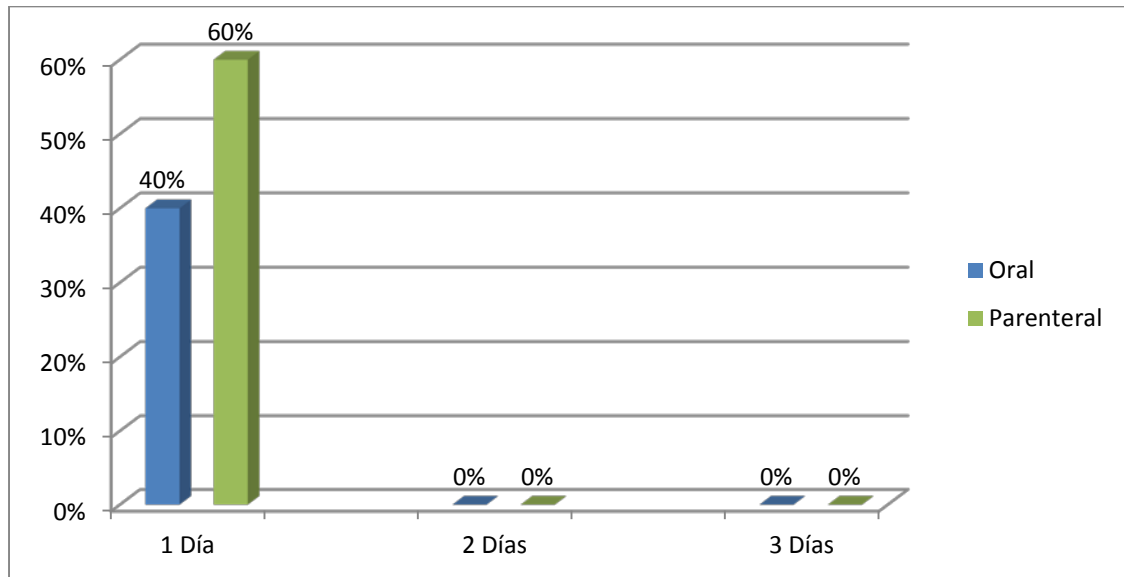
TABLA N° 12

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA POST QUIRURGICA.

	Días de Estancia Hospitalaria					
	1 Día		2 Días		3 Días	
	F	%	F	%	F	%
Oral	14	40%	0	0%	0	0%
Parenteral	21	60%	0	0%	0	0%

GRAFICO N° 12

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA POST QUIRURGICA.



COMENTARIOS:

Todo los pacientes fueron dados de alta 24 horas posterior a la colecistectomía.

7. DISCUSION.

Estudios realizados en Europa y Sur América comparan la eficacia analgesia oral vrs parenteral en pacientes post colecistectomía por video laparoscopia, de manera que dicho procedimiento se realiza de manera ambulatoria, en donde el paciente post quirúrgico no es hospitalizado, disminuyendo gastos hospitalarios, aumentando el flujo de pacientes en instituciones hospitalarias, sin llegar aumentar la morbilidad post quirúrgica en pacientes post colecistectomía por video laparoscopia.

En el presente estudio realizado, según resultados obtenidos, se demuestra que la analgesia oral post quirúrgica es igualmente eficaz en el manejo de dolor post colecistectomía por video laparoscopia en comparación con la analgesia parenteral. En nuestro medio, teniendo como base el presente estudio se podría tomar la pauta para realizar de manera ambulatoria el procedimiento de colecistectomía por video laparoscopia.

9. CONCLUSIONES.

- La intensidad del dolor en pacientes post colecistectomía por video laparoscopia, tratados con analgesia oral y parenteral fue leve al ser evaluado el egreso hospitalario.
- La analgesia oral no aumenta la estancia hospitalaria en pacientes post colecistectomía por video laparoscopia, comparada con pacientes tratados con analgesia parenteral.
- La analgesia oral es eficaz, independientemente del tiempo quirúrgico (1 a 2 horas), ya que en estos pacientes no hubo necesidad de utilizar otro analgésico de terapia de rescate.

10.RECOMENDACIONES.

Al Ministerio de Salud:

- Implementar la colecistectomía por video laparoscopia ambulatoria.
- Identificar pacientes que cumplan con los criterios para realizarle colecistectomía ambulatoria.
- Promover la analgesia oral post quirúrgica como una oferta eficaz en el manejo del dolor post colecistectomía por video laparoscopia.

A la Región Oriental de Salud:

- Promover la oferta de colecistectomía ambulatoria en las unidades de salud.
- socializar a familiares y pacientes en el manejo del dolor post quirúrgico con analgésicos orales en pacientes post colecistectomía por video laparoscopia.
- Concientizar a familiares y pacientes los síntomas y signos de cuando volver a consultar en caso presentar complicaciones post quirúrgicas.

Al Hospital San Juan de Dios de San Miguel:

- Promover la analgesia oral a los pacientes que serán sometidos a colecistectomía por video laparoscopia como un manejo eficaz para el dolor post quirúrgico
- Implementar el egreso hospitalario de pacientes colecistectomizados por video laparoscopia en el área de recuperación de sala de operaciones, ya que contribuye en el flujo de pacientes, mayor número de camas disponibles y disminución de costos hospitalarios.
- Orientar a pacientes y familiar a detectar síntomas o signos de alarma para consultar de manera oportuna

11. BIBLIOGRAFIA

1. Iris Desirre Angulo Hernandez. Analgesi preventive, con ketorolaco, evaluacion de dos vias de administracion en pacientes sometidos a colecistectomia abierta, en el Hospital Central "Antonio Maria Pineda", Barquisimeto, Agosto – Diciembre 2002. Barquisimeto 2004.
2. Registro de procedimientos quirúrgicos de sala de operaciones, Hospitla San Juan de Dios de San Miguel.
3. Iris Desirre Angulo Hernandez. Analgesi preventive, con ketorolaco, evaluacion de dos vias de administracion en pacientes sometidos a colecistectomia abierta, en el Hospital Central "Antonio Maria Pineda", Barquisimeto, Agosto – Diciembre 2002. Barquisimeto 2004.
4. Dr. Luis Poggi Machuca. **Cirugía Laparoscópica**. URL disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_07_cirug%C3%ADa%20Laparosc%C3%B3pica.htm.
5. Pattillo S.J., Colecistectomía laparoscópica ambulatoria: Una experiencia factible en un hospital público chileno. Rev Méd Chile 2004; 132: 429-436.
6. Justo Janeiro J.M., Prado Orozco E., Theurel Vicent G., Paredes R. de la Rosa, Lozano Espinosa A. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy. A good alternative, Cir Gen 2004;26:306-310.
7. González de Mejía N. Postoperative multimodal analgesia. Rev Soc Esp Dolor 2005; 12: 112-118.

8. Hernández Ibar R. S, Rivero Sandoval L., Quezada Adame I., Castillo Gaytán R., Flores Ramírez J. F., Ávila Rivera J. L., Colecistectomía laparoscópica ambulatoria en un hospital de segundo nivel de atención, *Cir Gen* 2008;30:13-16.
9. Pascual Parrilla Paricio, José Ignacio Landa García, *Cirugía AEC*, Segunda edición, Madrid, España, 2010.
10. Valentín López B., García Caballero J., Muñoz Ramón J. M., Aparicio Grande P., Díez Sebastián J., Criado Jiménez A., Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calidad, *Rev. Esp. Anestesiol. Reanim.* 2006; 53: 408-418.
11. Serralta Serra A., Bueno Lledó J., Sanhauja Santafé A., García Espinosa R., Arnal Bertomeu C., Martínez Casaña P., Planells Roig M., Evolución del dolor postoperatorio en la colecistectomía laparoscópica bajo anestesia analgesia multimodal en régimen ambulatorio, Instituto de Cirugía General y del Aparato Digestivo (ICAD) y Servicio de Anestesia. Clínica Quirón. Valencia. Octubre 2006. *Rev. Esp. Anestesiol. Reanim.* 2002; 49: 461-467.
12. Idem.
13. Martínez Ródenas F., Hernández Borlán R., Guerrero de la Rosa Y., Moreno Solorzano J., Alcaide Garriga A., Pou Sanchís E., Torres Soberano G., Vila Plana J. M., Pie García J., Llopart López J. R., Colecistectomía laparoscópica ambulatoria: resultados iniciales de una serie de 200 casos, Badalona Serveis Assistencials. Hospital Municipal. Badalona. Barcelona. España. Junio de 2008. *Cir Esp.* 2008;84(5):262-6.

14. Moyano A., Jairo; Mayungo, Tatiana. Reacciones Adversas en Analgesia Post-Operatoria Revista Colombiana de Anestesiología, vol. 36, núm. 1, abril, 2008, pp. 56-57 Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación Colombia.
15. Jara Rascón J, et al./Actas Urol Esp 2006; 30 (5): 474-478.
16. Thomson PLM, S. A. de C. V., ketorolaco. [en línea] 2013 febrero 7 [7 de junio de 2012]; URL disponible en: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/ketorolaco.htm.
17. Thomson PLM, S. A. de C. V., diclofecan sodico. [en línea] 2013 febrero 7 [7 de junio de 2012]; URL disponible en: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/.
18. Vademecum Internacional, Petidine. [en línea] 2013 febrero 7 [3 de diciembre de 2010]; URL disponible en: <http://www.vademecum.es/principios-activos-petidina-n02ab02>.
19. R. Montero Ibáñez y A. Manzanares Briega, Escalas de valoración del dolor, JANO 25 FEBRERO-3 MARZO 2005. VOL. LXVIII N.º 1.553.

ANEXOS

ANEXO 1

Escala de Expresión Facial (Bieri 1990)



ANEXO 2
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS



Nº

Objetivo:

Analgesia Oral Vrs Analgesia Parenteral Para el Manejo del Dolor de Pacientes Post Colecistectomia Por Video Laparoscopía en el Hospital San Juan de Dios de San Miguel, durante el periodo de marzo a septiembre de 2013.

Instrumento valoración del dolor

1. Sexo: Masculino _____ Femenino _____

2. Edad: _____

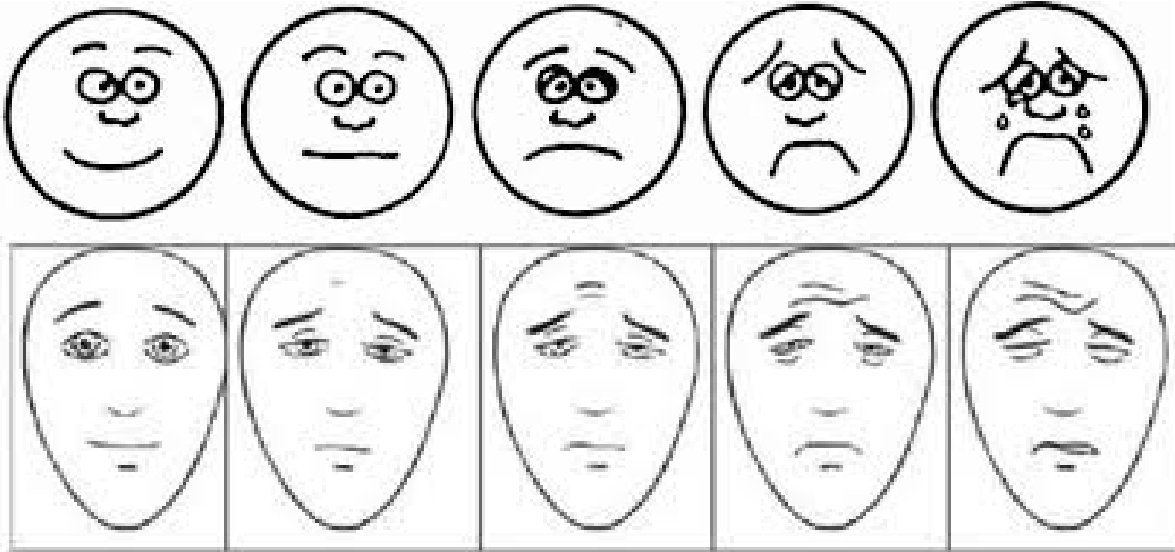
3. Procedencia:
Urbano _____ Rural _____

4. Diagnóstico:
Colecistitis Crónica Calculosa _____ Colecistitis Crónica Agudizada _____
Otros _____

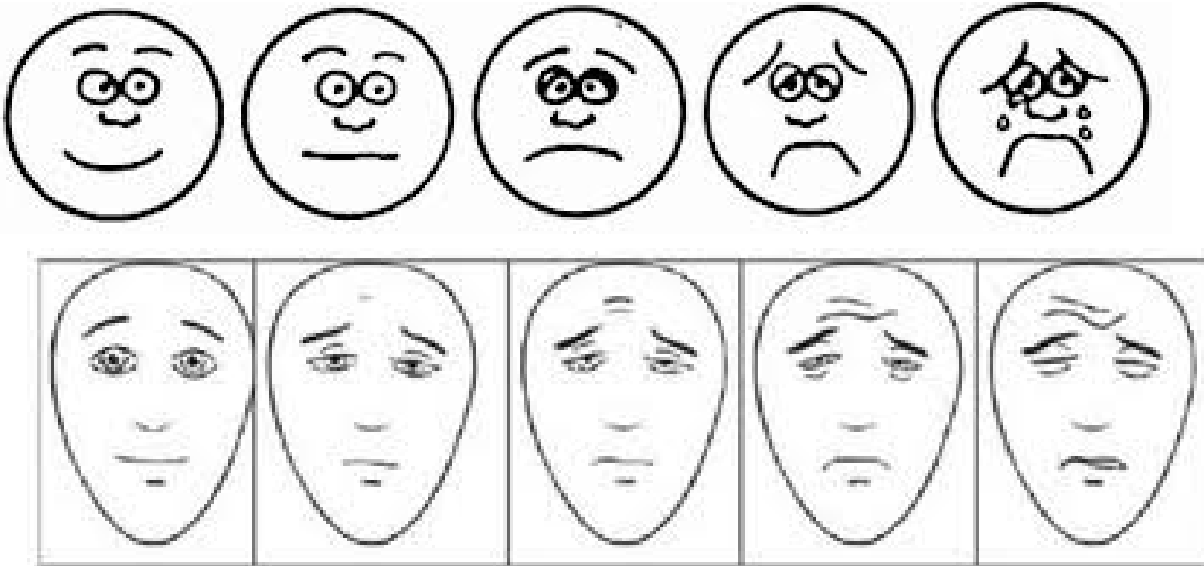
5. Tiempo quirúrgico:
< 1 hora _____ 1-2 h _____ > 2 horas _____

6. Complicaciones transquirúrgicas:
Sangrado _____ Fuga de Bilis _____ Otra _____

7. Dolor previo a Cirugía



8. Dolor 2 horas post-quirúrgica:



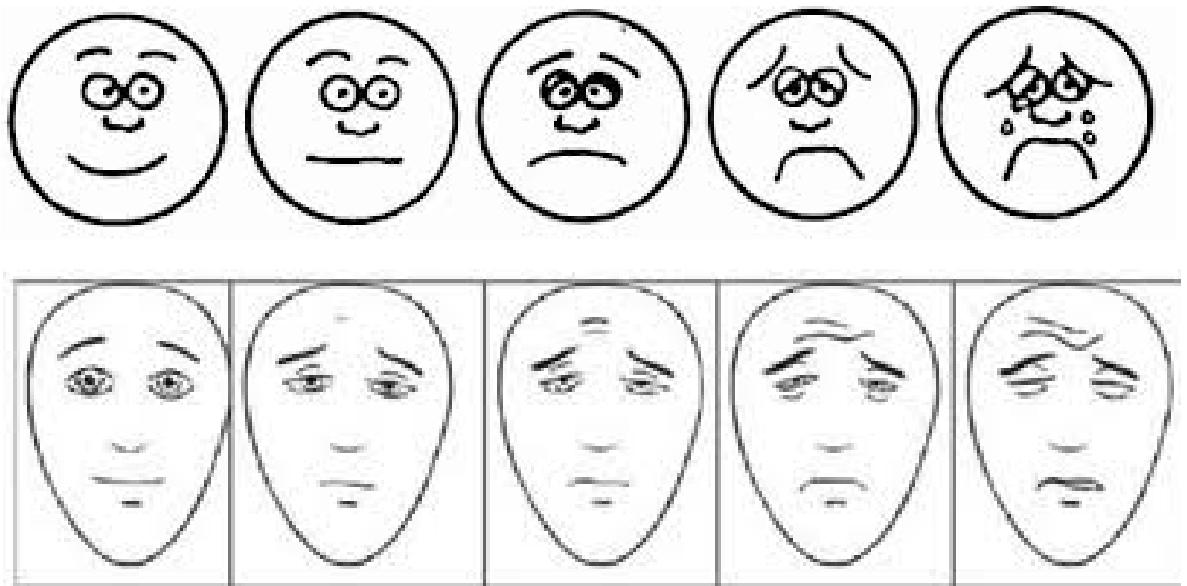
9. Dolor 7 horas post-quirúrgica:



10. Dolor 15 horas post-quirúrgica:



11. Dolor 24 horas post quirúrgicas



12. Días de estancia intrahospitalaria

1 ____

2 ____

3 ____

13. Motivo de salida del estudio

ANEXO 3
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente solicitamos de su participación para ser incluido (a) en el estudio de Analgesia Oral Vrs. Analgesia Parenteral Para Manejo Del Dolor Pacientes Post Colectectomía Por Video Laparoscopia, En El Hospital San Juan De Dios De San Miguel. Que es llevado a cabo por los doctores: Nelson Edgardo Benavides y Ernesto Napoleón Zepeda, residentes de Cirugía General.

Este estudio compara la eficacia de los medicamentos para controlar el dolor por vía oral o endovenosa en pacientes sometidos a cirugía de la vesícula biliar por video laparoscopia.

Los registros que identifican a la persona se mantendrán en forma confidencial y por lo tanto no se harán del conocimiento público. Si los resultados del estudio se publican, la identidad de la persona se mantendrá confidencial. Este estudio no implica un mayor riesgo quirúrgico del que ya conlleva su cirugía programada.

Si usted decide no participar en el estudio será atendido con la misma atención de todos los pacientes.

Por lo tanto acepto que:

Se me han explicado la naturaleza y el objetivo de lo prescripto, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles; Me encuentro satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

Firma del paciente.

Firma del investigador.

En caso de emergencia o duda favor comunicarse con Dr. Benavides 71809381. o Dr. Zepeda 78383230