

## **DISCUSION**

Se ha comprobado en algunos estudios que el uso preventivo de analgésicos pudiera disminuir la intensidad del dolor postoperatorio y los requerimientos de analgésicos tras la agresión(22)(23). Es posible que el dolor postoperatorio puede controlarse casi totalmente con la administración de una técnica analgésica preventiva(6), concepto con el que coincidimos.

Fernández y col.(6) refieren que el alivio del dolor no puede lograrse con un sólo método sin producir efectos secundarios importantes, recomendando regímenes combinados de analgesia, no exentos de mayores efectos adversos. Nosotras logramos una reducción significativa del dolor mediante el uso de una sólo droga administrada de forma preventiva. Si bien es cierto no conseguimos EVA 0 como ellos, obtuvimos valores menores en comparación al método comúnmente utilizado en nuestro servicio (Analgesia postoperatoria) sin evidencia estadísticamente significativa de aumento de efectos adversos.

En la literatura actual no existen estudios que comparen la analgesia preventiva y la analgesia postoperatorio con ketorolaco endovenoso para cirugías laparoscópicas.

Como señala Mc Quay(14), existen confusiones en las investigaciones clínicas que se realicen sobre la analgesia preventiva; las que se observan con mayor frecuencia son; en primer lugar la definición del término Analgesia

preventiva y, en segundo lugar, la demostración de la eficacia de un método propuesto como analgesia preventiva. Para que la investigación tenga validez, los estudios deben incluir la comparación de ésta misma técnica antes y después de la incisión quirúrgica. En el presente trabajo se consideró el concepto de Analgesia Preventiva cuando se aplica el método analgésico previo a la incisión quirúrgica; así como, realizamos la contrastación de dos grupos que recibieron el analgésico antes y después de la incisión quirúrgica.

La ausencia de diferencias significativas en los datos demográficos de ambos grupos de éste estudio determina la comparabilidad de los mismos.

Estudios recientes demuestran que el Ketorolaco tiene efectos tanto periféricos como centrales para el control del dolor, por lo que es eficaz en el control del dolor postoperatorio, nosotras conseguimos EVA promedios de 2.23 como mínimo y 5.2 como máximo en ambos grupos, considerados como dolores leves a moderados.

La dosis de fentanil utilizada en ambos grupos no fue estadísticamente significativa, siendo 225 ugr para el grupo 1 y 239 ugr en el grupo 2, lo que aleja la posibilidad de una anestesia residual que disminuya el dolor postoperatorio inmediato en el grupo 1.

La dosis de 2 gr de Metamizol fue necesaria solamente en el 7% de los pacientes del grupo 1, mientras que en el grupo 2 en el 53% de los pacientes.

Estos datos son estadísticamente significativos ( $p < 0.001$ ) lo cual demuestra la disminución del uso de dosis de rescate descrito por otros autores.

En los estudios no se han encontrado diferencias significativas entre la morfina y el ketorolaco en relación a los tipos y los índices de efectos adversos que producen. Se menciona como efectos adversos más comunes a la somnolencia, náuseas, vómitos, resequedad de boca, sudoración, urticaria y erosiones de la mucosa gástrica y duodenal. Paladino y colaboradores indican que las dosis parenterales de ketorolaco deben limitarse a 30 mg. Nosotras usamos 60 mg de ketorolaco endovenoso, que no sobrepasa la dosis tóxica (3 mg/kg de peso) y no encontramos mayores efectos adversos. Se presentó sangrado, náuseas y urticaria, sumando una incidencia de 13 % de efectos adversos para nuestra población total de estudio, que es menor comparado con 24.7% hallado en otros trabajos de investigación (19).

Los efectos adversos no fueron estadísticamente significativos para ambos grupos, sin embargo debemos mencionar la evidencia clínica subjetiva de mayor sangrado intraoperatorio en el grupo 1, siendo un sangrado de leve a moderado que no conlleva al uso de tratamiento antifibrinolítico, pero si a tener cuidado con el tiempo de protrombina que difiere escasamente del control e INR menores de 1.5, considerados éstos como valores aceptables. En este contexto, se deberían realizar estudios que determinen objetivamente el sangrado en cirugías laparoscópicas, tal vez con poblaciones mayores a la nuestra y así demostrar si se relaciona o no al uso de Ketorolaco.