

Evaluación de la pregabalina para el manejo del dolor posquirúrgico en cirugía proctológica

Pregabalin for the management of postoperative pain in proctological surgeries

Iván A. Sánchez-Cano¹ , Carlos A. López-Bernal¹ , Omar Bazán-Ordeñana² ,
Álvaro J. Montiel-Jarquín^{3*} , Irma A. Barranco-Cuevas⁴ , Jorge Loria-Castellanos⁵ ,
Nancy R. Bertado-Ramírez³ , Angélica Porras-Juárez³ , José A. Parra-Salazar⁶ , Arturo García-Galicia³ 
y Sandra Maldonado-Castañeda⁷ 

¹Departamento de Cirugía General; ²Departamento de Anestesiología; ³Dirección de Educación e Investigación en Salud. Hospital de Especialidades de Puebla, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); ⁴Departamento de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 7, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada de Puebla, IMSS. Puebla, Puebla; ⁵Red Nacional de Simulación Clínica, Ciudad de México; ⁶Dirección, Hospital de Especialidades de Puebla, IMSS; ⁷Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, IMSS Bienestar. Puebla, México

Resumen

Antecedentes: El manejo del dolor posquirúrgico es un reto para los médicos que practican cirugía proctológica. El uso de antiinflamatorios no esteroideos y opiáceos está descrito en el manejo. **Objetivo:** Comparar la eficacia y la seguridad de la pregabalina frente al ketorolaco para el manejo del dolor en estos pacientes. **Material y métodos:** Estudio comparativo, realizado en pacientes operados de cirugía proctológica, de marzo de 2021 a septiembre de 2024. Al grupo A se le administró pregabalina, 75 mg/dosis total, y grupo B ketorolaco, 30 mg/dosis. Se midió el grado de dolor posoperatorio con la EVA, a las 2 y a las 24 horas. **Resultados:** Los valores medios de dolor en los pacientes a las 2 horas fueron 4.07 y 4.23 para pregabalina y ketorolaco, respectivamente, sin diferencia estadísticamente significativa ($p \geq 0.001$), y a las 24 horas fueron de 1.92 y 1.90, también sin diferencia estadísticamente significativa ($p \geq 0.001$). Hubo disminución del dolor en ambos grupos de pacientes a las 24 horas comparado con las 2 horas de operados, con diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0.001$). **Conclusiones:** La pregabalina es efectiva para el manejo del dolor posoperatorio en cirugía proctológica; sin embargo, presenta efectos secundarios que deberán ser considerados y controlados.

Palabras clave: Pregabalina. Dolor posquirúrgico. Cirugía proctológica. Efectividad.

Abstract

Background: The management of postoperative pain is a challenge for physicians performing proctological surgeries. The use of non-steroidal anti-inflammatory drugs and opioids is described in the management. **Objective:** To compare the efficacy and safety of pregabalin compared to ketorolac for pain management in these patients. **Material and methods:** A comparative study conducted in patients who underwent proctological surgery from March 2021 to September 2024. Group A received pregabalin, 75 mg/dose total, and group B received ketorolac, 30 mg/dose. The degree of postoperative pain was measured using the VAS at 2 and 24 hours. **Results:** The mean pain values in patients at 2 hours were 4.07 and 4.23 for

*Correspondencia:

Álvaro J. Montiel-Jarquín

E-mail: alvaro.montielj@imss.gob.mx

0185-3252 / © 2025 Asociación Médica del Centro Médico ABC. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 27-06-2025

Fecha de aceptación: 24-09-2025

DOI: 10.24875/AMH.M25000126

Disponible en internet: 14-11-2025

An Med ABC. 2025;70(4):275-278

www.analesmedicosabc.com

*pregabalin and ketorolac, respectively, without statistically significant difference ($p \geq 0.001$), and at 24 hours were 1.92 and 1.90, also showing not statistically significant difference ($p \geq 0.001$). There was a decrease in pain in both groups of patients at 24 hours compared to 2 hours post-surgery, with statistically significant differences ($p \leq 0.001$). **Conclusions:** Pregabalin is effective for managing postoperative pain in proctological surgery; however, it presents side effects that should be considered and managed.*

Keywords: Pregabalin. Postoperative pain. Proctological surgery. Effectiveness.

Introducción

El manejo adecuado del dolor posoperatorio en cirugía proctológica representa un reto persistente para los profesionales de la salud^{1,2}. A pesar de las guías generales disponibles para el control del dolor, estos protocolos carecen de enfoques específicos adaptados a cada tipo de cirugía, lo que resulta en niveles significativos de dolor en muchos pacientes posquirúrgicos.

El dolor posquirúrgico es una experiencia nociceptiva que surge de la lesión de tejidos durante el procedimiento³⁻⁶. Su gestión no solo es esencial desde una perspectiva humanitaria, sino que también ayuda a prevenir consecuencias psicológicas, sociales y económicas a largo plazo. La dependencia de opiáceos para el manejo del dolor, aunque sean efectivos, se asocia con efectos adversos como náusea, vómito y depresión respiratoria, lo que ha llevado a la búsqueda de alternativas no opiáceas que puedan proporcionar un alivio eficaz del dolor con un riesgo menor de complicaciones, particularmente relevante en contextos quirúrgicos, en los que la minimización del dolor es crucial para la recuperación y la calidad de vida del paciente. En este sentido, la pregabalina se presenta como una opción prometedora, por su perfil de acción diferente y el potencial para reducir el dolor posquirúrgico sin los efectos secundarios asociados con los opiáceos. Sin embargo, su aplicación en cirugía proctológica, que incluye procedimientos complejos como la reparación de fístulas anales, enfermedad hemorroidal y fisura anal, aún no se encuentra completamente establecida^{7,8}.

Este estudio tiene como objetivo determinar la eficacia y la seguridad de la pregabalina preoperatoria en la reducción del dolor posquirúrgico en pacientes sometidos a cirugía proctológica.

Material y métodos

Se realizó un estudio comparativo, longitudinal, en el servicio de cirugía general de un hospital de tercer nivel de atención, de marzo de 2021 a septiembre de 2024. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, con cirugías proctológicas programadas

y de urgencia (esfinterotomía lateral interna, hemorroidectomía y fistulotomía), con anestesia regional, que aceptaron participar mediante la firma de un consentimiento informado.

Para evaluar el impacto de la administración preoperatoria de pregabalina en el dolor posquirúrgico de los pacientes sometidos a cirugía proctológica, se formaron dos grupos. Al grupo A se le administró pregabalina, 75 mg/dosis total, y al grupo B ketorolaco, 30 mg/dosis. Se midió el grado de dolor posoperatorio con la escala visual analógica (EVA) a las 2 y 24 horas posterior a la cirugía. Otras variables analizadas fueron el sexo, la edad, las reacciones adversas, la indicación y el procedimiento quirúrgico.

Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias y porcentajes, y prueba t para diferencia de medias entre los dos grupos. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0.01$.

Resultados

Se incluyeron 232 pacientes, de los cuales 124 (53.4%) eran mujeres y 108 (46.6%) eran hombres. El grupo A (pregabalina) estuvo formado por 120 pacientes y el grupo B (ketorolaco) por 112 pacientes.

La enfermedad hemorroidal fue el diagnóstico más común, en 102 pacientes (44%), seguida de la fístula perianal en 101 (43.5%) y la fisura anal en 29 (12.5%). Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron hemorroidectomía (44.4%), fistulotomía (43.5%) y esfinterotomía lateral (12.1%) (Tabla 1).

Los valores medios de dolor en la EVA en los pacientes a las 2 horas fueron 4.07 y 4.23 para pregabalina y ketorolaco, respectivamente, sin diferencia estadísticamente significativa ($p \geq 0.001$), y a las 24 horas fueron 1.92 y 1.90, también sin diferencia estadísticamente significativa ($p \geq 0.001$) (Tablas 2 y 3). Hubo disminución del dolor en ambos grupos de pacientes a las 24 horas comparado con las 2 horas de operados, con diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0.001$) (Tabla 4).

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes

Variable	n	%
Sexo		
Femenino	124	53.4
Masculino	108	46.6
Indicación, procedimiento		
Enfermedad hemorroidal, hemorroidectomía	102	44
Fístula perianal, fistulotomía	101	43.5
Fisura anal, esfinterotomía lateral	29	12.5

Tabla 2. Comparación del dolor a las 2 horas

Dolor a las 2 h	Media	Diferencia de medias	t	p
Pregabalina	4.07	0.16	27.004	$p \geq 0.001$
Ketorolaco	4.23			

Tabla 3. Comparación del grado de dolor a las 24 horas, entre ambos medicamentos

Dolor a las 24 h	Media	Diferencia de medias	t	p
Pregabalina	1.92	0.02	25.021	$p \geq 0.001$
Ketorolaco	1.90			

Tabla 4. Comparación del dolor a las 2 y 24 horas en ambos fármacos utilizados

	Rango promedio	
Pregabalina		
Dolor a las 2 h	3.93	$p \leq 0.001$
Dolor a las 24 h	1.32	
Ketorolaco		
Dolor a las 2 h	4.18	$p \leq 0.001$
Dolor a las 24 h	1.31	

De los 232 pacientes, 139 (59%) no presentaron efectos adversos. De los 120 pacientes que recibieron pregabalina, 93 (77.5%) tuvieron efectos adversos, siendo el mareo el síntoma más frecuente, que afectó a 37 (15.9%).

Discusión

La gestión del dolor posoperatorio es fundamental en los procedimientos de cirugía proctológica, ya que su intensidad puede fluctuar considerablemente en función del tipo de cirugía, la técnica utilizada y el

umbral de dolor de cada paciente. Un adecuado control del dolor es crucial para garantizar la recuperación de manera integral, incluyendo la disminución del estrés físico y psicológico experimentado por el paciente, la prevención del dolor crónico posterior a procedimientos quirúrgicos realizados y, por último, pero no menos importante, la satisfacción del paciente en su atención médica, con un enfoque especial al proceso quirúrgico y posquirúrgico^{9,10}.

En nuestro estudio hubo un ligero predominio del sexo femenino, con un 53.4% frente a un 46.6% de hombres. Esta distribución es bastante equilibrada, lo que podría reflejar la igualdad en la participación en la población estudiada, sin sesgos iniciales significativos basados en el sexo. Comparado con lo que se refleja en la literatura consultada y citada, no existe diferencia significativa, lo cual indica que la prevalencia es similar a la de otros estudios⁸.

En cuanto a los diagnósticos, el análisis de las enfermedades anorrectales revela diferencias notables en la prevalencia de las condiciones según el sexo. La enfermedad hemorroidal presenta la misma prevalencia en hombres y mujeres, lo que sugiere que esta condición no exhibe un sesgo de género a pesar de las diferencias culturales o de estilo de vida que pueden afectar a hombres y mujeres de distinta manera. Sin embargo, las fístulas anales y los abscesos muestran una prevalencia considerablemente mayor en los hombres, siendo el doble de propensos a desarrollarlas en comparación con las mujeres. Probablemente esto se deba a factores ocupacionales, como la actividad física prolongada, las condiciones laborales estresantes e incluso higiene deficiente, pero en esta investigación no se profundiza en los factores desencadenantes.

De acuerdo con los datos obtenidos, el 43.5% de los pacientes presentaron fístula perianal, el 28.4% enfermedad hemorroidal en etapa IV, el 15.5% enfermedad hemorroidal en etapa III y el 12.5% fisura anal⁹, concordando con la prevalencia de la enfermedad hemorroidal con un total del 43.9% en este estudio.

Tanto para las hemorroides como para las fístulas y las fisuras anales, la prevalencia parece estar más ligada a la edad, comúnmente entre 45 y 65 años para hemorroides y con una edad media de presentación de 40 años para las fístulas¹¹, edades similares a las reportadas en esta población, con una edad de 40.5 años como media para presentación de las enfermedades analizadas en nuestra base de datos.

Respecto a los efectos secundarios de la pregabalina, algunos artículos consultados para esta investigación refieren que la somnolencia se destaca como uno

de los efectos más frecuentes, afectando al 36% de los pacientes, seguida de edema periférico en el 28%, astenia en el 9%, visión borrosa en el 1.7% y confusión mental en el 8%³. En nuestro estudio, el 59.9% de los pacientes no presentaron efectos adversos. Sin embargo, entre las reacciones adversas observadas, el mareo se erigió como la queja más común (15.9% del grupo completo). Además, en el 6% de los pacientes se hizo visible sarpullido cutáneo, y el 6% de los participantes experimentaron mareo y sedación de manera simultánea.

En cuanto a la intensidad del dolor posoperatorio, se mantuvo en un grado de leve a moderado en las primeras 4 horas con ambos fármacos. En los pacientes que recibieron pregabalina, la disminución del dolor inició de manera temprana hasta llegar a un dolor leve a las 24 horas, y lo mismo ocurrió con los pacientes a los que se administró ketorolaco. Hubo disminución del dolor en ambos grupos de pacientes a las 24 horas comparado con las 2 horas de operados ($p \leq 0.001$). Este resultado refuerza el papel de estos dos fármacos como opciones efectivas para el manejo del dolor posoperatorio en cirugía proctológica a las 24 horas.

Los valores medios en la EVA en los pacientes a las 2 horas fueron 4.07 y 4.23 para pregabalina y ketorolaco, respectivamente, sin diferencia estadísticamente significativa ($p \geq 0.001$), y a las 24 horas fueron de 1.92 y 1.90, de nuevo sin diferencia estadísticamente significativa ($p \geq 0.001$), lo cual se puede traducir como una eficacia similar en ambos grupos y que ambas estrategias terapéuticas son adecuadas para el manejo del dolor. En cuanto al tiempo de duración del efecto analgésico, es similar en ambos grupos.

Los efectos indeseables presentados con la pregabalina podrían ser un aspecto para considerar al decidir su uso en estos pacientes, pero una ventaja es que puede utilizarse en caso de alergia conocida a los antiinflamatorios no esteroideos, como el ketorolaco, valorando el riesgo-beneficio.

Conclusiones

Tanto la pregabalina como el ketorolaco ofrecen eficacia analgesia similar, por lo que pueden ser utilizados en el manejo del dolor posquirúrgico en cirugía proctológica. La elección de uno u otro fármaco será decisión del médico tratante considerando las características del paciente. Los efectos secundarios que la

pregabalina puede llegar a ocasionar deberán ser considerados y controlados.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Joshi GP, Kehlet H. Postoperative pain management in the era of ERAS: an overview. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2019;33:259-67.
2. Small C, Laycock H. Acute postoperative pain management. *Br J Surg.* 2020;107:e70-80.
3. Najam F, Jafri N, Khan M, Daraz U. Reduction of acute postoperative pain with pre-emptive pregabalin following laparoscopic cholecystectomy. *Cureus.* 2022;14:e27783.
4. De Ridder D, Adhia D, Vanneste S. The anatomy of pain and suffering in the brain and its clinical implications. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021;130:125-46.
5. Belcaid E, Eipen N. Perioperative pain management in morbid obesity. *Drugs.* 2019;79:1163-75.
6. Mathieson S, Lin C-WC, Underwood M, Eldabe S. Pregabalin and gabapentin for pain. *BMJ.* 2020;369:m1315.
7. Doddrell C, Tripathi SS. Successful use of pregabalin by the rectal route to treat chronic neuropathic pain in a patient with complete intestinal failure. *BMJ Case Rep.* 2015;2015:bcr2015211511.
8. Carr S, Velasco AL. Fistula en el ano. En: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.* Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574491/>.
9. Gallo G, Martellucci J, Sturiale A, Clerico G, Milito G, Marino F, et al. Consensus statement of the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR): management and treatment of hemorrhoidal disease. *Tech Coloproctol.* 2020;24:145-64.
10. Buresh M, Ratner J, Zgierska A, Gordin V, Alvanzo A. Treating perioperative and acute pain in patients on buprenorphine: narrative literature review and practice recommendations. *J Gen Intern Med.* 2020;35:3635-43.
11. Davies I, Dafydd L, Davies L, Beynon J. Long term outcomes after lateral anal sphincterotomy for anal fissure: a retrospective cohort study. *Surg Today.* 2014;44:1032-9.