

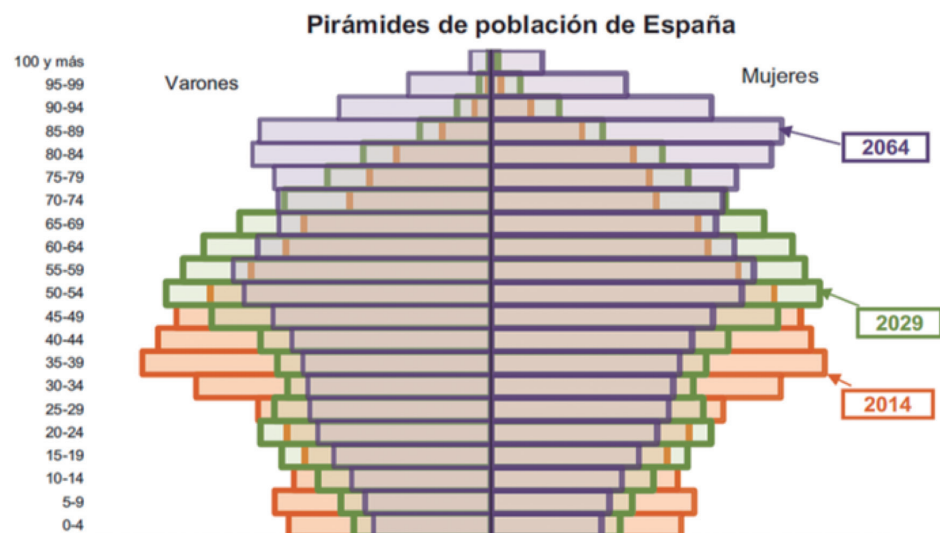


Situación actual del dolor agudo postoperatorio en el Sistema Nacional de Salud. Las tecnologías de la información y comunicación ayudan a conseguir un hospital (y atención primaria) sin dolor

Más de 230 millones de pacientes son intervenidos anualmente en el mundo, y esta cifra va en aumento por el envejecimiento poblacional, especialmente en España (Figura 1). La prevalencia de dolor agudo postoperatorio (DAP) en esta población sigue siendo elevada a pesar de años de conocer el problema e intentar aplicar soluciones. Se da una falta de traslación en DAP del conocimiento en ciencias básicas y evidencia científica clínica a la práctica asistencial habitual y desde la práctica hospitalaria a la domiciliaria. La aplicación de analgesia multimodal (asociación sinérgica de fármacos y técnicas analgésicas) es baja. Los programas de cirugía *fast-track* (vía rápida = corta estancia), programas de rehabilitación precoz o rehabilitación multimodal (PRM), programas de recuperación intensificada (PRI) o *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), son hoy en día posibles debido a una serie de cambios realizados en las tres últimas décadas en (1):

- La cirugía (ahora mínimamente invasiva).
- Las técnicas analgésicas.
- Las expectativas de los pacientes.

Pero, a pesar de ello, en EE. UU. la incidencia del DAP es del 77-86 %. En Europa ocurre lo mismo (2), así como también en España (3-5).



1. Instituto Nacional de Estadística (INE)
2. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad Sistema Nacional de Salud. Unidad de Tratamiento del Dolor. 2011
http://www.msc.es/organizacion/sms/planCalidadSNS/docs/LEBR/Unidad_de_tratamiento_del_dolor.pdf

Fig. 1. Pirámide poblacional Española. Fuente: INE.

Los factores asociados a la prevalencia del DAP son:

1. Asociados al paciente:
 - Edad.
 - Género.
 - Ansiedad.
 - Catastrofismo.
 - Dolor previo.
 - Tratamiento analgésico.
 - Genética.
2. Asociados al tipo de cirugía:
 - Agresividad.
 - Extensión.
 - Duración.
 - Experiencia del cirujano.
 - Programa "fast-track".
3. Asociados a la analgesia:
 - Protocolos específicos.
 - Uso de técnicas locorreregionales.
 - Competencias.
 - Recursos.
 - Organización (UDA).

La anestesia regional y la cirugía mínimamente invasiva han permitido una evolución hacia la "localización específica de la zona a analgesiar" durante la cirugía. Por ejemplo, en el caso de la prótesis total de rodilla (Figura 2).

No olvidemos que, tras una anestesia regional, cuando desaparece su efecto y si no hemos iniciado, ya sin dolor, analgesia i.v. u oral previa, aparece hasta en un 40 % de los casos, lo que denominamos "rebound pain" o "dolor rebote" (6).

Nuestra acción se ha de dirigir a tratar y prevenir los distintos tipos de dolor:

- *Dolor agudo*:
 - Postoperatorio > prevalente.
 - Parto (obstetricia).
 - Médico (infarto, angina, pancreatitis).
 - Traumático.

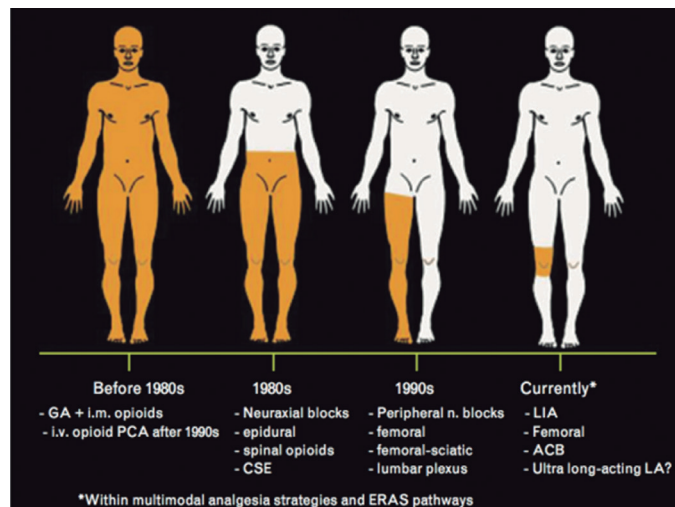


Fig. 2. Evolución de las técnicas anestésicas en la prótesis total de rodilla (cortesía del Dr. Narinder Rawal).

- Quemados.
 - *Neuropático*.
 - Procedimental.
- *Dolor crónico*:
- Raquídeo (columna vertebral).
 - Osteomuscular.
 - Neuropático.
 - Oncológico.
 - Visceral.
 - Cefaleas.

En algunos centros (Dr. Javier Medel, Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona) se han centrado en ir a buscar dentro del centro y al ingreso/diagnóstico aquellas patologías que se asocian a alta intensidad de dolor, no solo DAP (Figura 3).

Esto se apoya en el uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), usando el HIS (*Hospital Information System*) hospitalario.

Para conseguir mejorar el índice del hospital y la población quirúrgica sin dolor, hay unos pilares esenciales:

- “Buscar” la presencia de dolor EVA/8 h (el rol de enfermería es esencial).
- Existencia de un protocolo analgésico institucional por defecto (PAID).
- Interiorizar en la organización y en el proyecto el concepto de rescate analgésico.
- Facilitar la transición de la vía endovenosa a la oral y del hospital a fuera del hospital.

Es conocido que la presencia de dolor es más frecuente en los pacientes quirúrgicos que en los pacientes médicos, y que la cirugía ortopédica y traumatológica (COT) es la que mayor incidencia de DAP posee (Figura 4).

Profesionales del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona *han ideado y desarrollado una nueva herramienta para gestionar mejor y reducir el dolor de los pacientes hospitali-*

Vall d'Hebrón Barcelona Hospital Campus

Población Diana (Patologías)

SED

Dolor abdominal: Pancreatitis, cólico renal, Enfermedad Inflamatoria intestinal

Cefaleas y migrañas

Dolor de origen ginecológico y obstétrico: abdominal, bartholinitis y otros abscesos vulvares, herpes genital, mastitis y absceso mamario

Herpes zóster agudo y Neuralgia postherpética

Lumbociatalgia

Dolor musculoesquelético

Neuralgia del trigémino

Dolor agudo orofacial

Dolor agudo en paciente oncológico

Dolor torácico agudo: Síndromes coronaria y aórtica agudas, pericarditis aguda, tromboembolismo pulmonar, neumotórax a tensión

Fig. 3. Patologías que se asocian a alta intensidad de dolor. Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona.

Dolor agudo en salas de hospitalización Pacientes quirúrgicos vs médicos

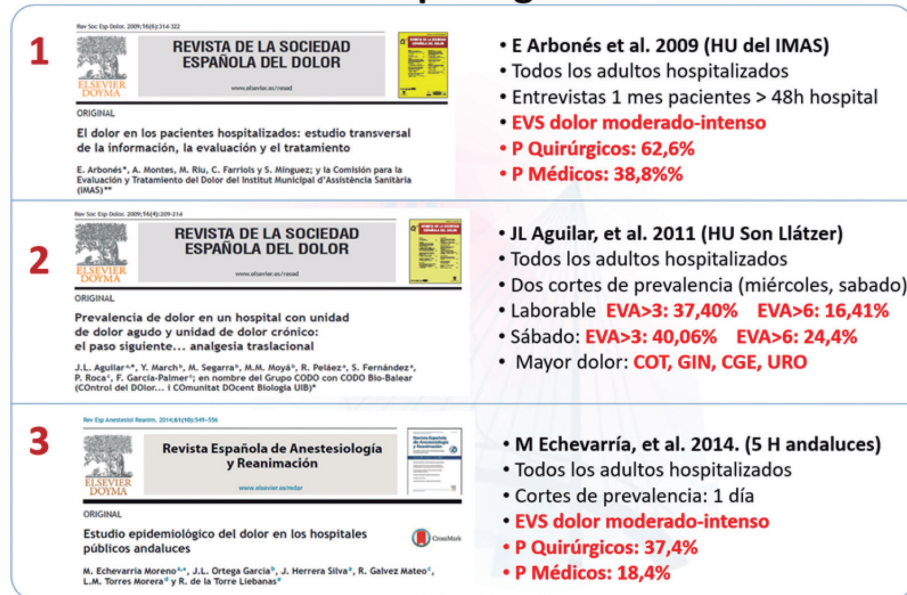


Fig. 4. Mayor prevalencia de dolor en paciente quirúrgico *versus* médico y alta prevalencia de DAP en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT).

zados. Se trata del “Mapa del dolor”, una tecnología que permite visualizar los registros de dolor de los pacientes de manera simultánea en una misma pantalla.

Como si de un mapa se tratara, esta herramienta permite dar una respuesta rápida para poder suavizar y controlar la progresión del dolor de cada paciente a partir de datos obtenidos tres veces al día por el personal de enfermería del centro mediante la escala visual analógica (EVA), que mide la percepción de dolor de los pacientes.

Estos datos permiten generar una imagen con todas las camas de hospitalización y mostrar en una pantalla inicial las medias del día y la máxima de todos los pacientes ingresados. Gracias a un semáforo de colores, el mapa permite identificar fácilmente los pacientes según su nivel de dolor: leve (verde), moderado (naranja) e intenso (rojo).

De esta manera, la enfermera clínica del dolor, que revisa diariamente el mapa y tiene la visión global de todo el hospital, puede detectar fácilmente los picos de dolor de los pacientes, es decir, de los que presentan un EVA igual o superior a 7.

En los casos de dolor más agudo, se optimizará el tratamiento analgésico y, a la hora en la que se haya producido el pico de dolor, se volverá a hacer la escala EVA para saber si la nueva analgesia administrada ha sido efectiva y ha conseguido aligerar el dolor.

El “Mapa del dolor” identificará también, de una manera especial, a los pacientes operados el día anterior, que son los más susceptibles de sufrir el dolor, y facilitará su control durante las primeras 24 horas. Además, mostrará los niveles de dolor por plantas y por servicio.

Patricia Barroso, enfermera clínica del dolor, asegura que el mapa no es una herramienta para comparar pacientes, sino para ver cómo evoluciona cada uno de ellos, pues cada uno percibe el dolor a su manera.

A su vez, la Sociedad Española del Dolor (SED) (Grupo de Trabajo GT de Dolor Agudo), junto con la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), están trabajando en definir

una serie de indicadores de obligado seguimiento y cumplimiento para intentar disminuir la tasa de prevalencia de dolor en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Los indicadores propuestos serían:

- Evaluación del dolor como 5.ª constante vital.
- Efectos secundarios de la analgesia.
- Dolor postquirúrgico intenso durante el ingreso, en reposo.
- Dolor postquirúrgico intenso durante el ingreso, en movimiento.
- Oferta de analgesia epidural durante el periodo activo de parto.
- Alta con prescripción analgésica y evaluación.
- Pacientes con dolor controlado al alta.

Sabemos que para que ello se cumpla es necesario:

- Participación de los gestores.
- Objetivo estratégico de calidad de la organización (hospital).
- Implicación activa de todos los profesionales sanitarios (médicos y enfermería).
- Sistemas "robustos" para la obtención de datos locales.
- Conseguir trasladar los documentos (guías/recomendaciones) a la práctica diaria.
- Redefinir la gestión del dolor postoperatorio como un asunto de mejora de calidad que requiere una amplia organización (el dolor postoperatorio no es el trabajo de los anestesiólogos, ni es solo el problema de la UDA).
- Considerar el contexto local en las medidas a emprender.

Sabemos que, como dice el refrán, "cada maestrillo tiene su librillo"... Y su entorno... Uno debe adaptarse a él a la hora de establecer un protocolo analgésico institucional por defecto (PAID). El PAID puede ser la solución al problema del dolor no controlado o... un cambio total "que mande el paciente (TIC) y la enfermera, formada, le dé soporte".

Avanzamos hacia un hospital sin dolor, hacia una atención sanitaria global sin dolor, pero lentamente. Este "Mapa del dolor" nos ayudará a avanzar en ese camino.

J. L. Aguilar
Jefe de Servicio Anestesiología Reanimación y Unidad del Dolor. Hospital Universitario Son Llatzer. Palma de Mallorca. Coordinador del Grupo de trabajo de Dolor Agudo de la Sociedad Española del Dolor. España

Correspondencia: José Luis Aguilar
 jaguilar@hsl.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Gan TJ, Habib AS, Miller TE, White W, Apfelbaum JL. Incidence, patient satisfaction and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. *Curr Medical Research and Opin* 2014;30(1):149-60. DOI: 10.1185/03007995.2013.860019.
2. Gebershagen HJ, Aduckathil S, van Wijck AJ, Peelen LM, Kalkman CJ, Meissner W. Pain intensity on the first day after surgery. A prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. *Anesthesiology* 2013;118(4):934-44. DOI: 10.1097/ALN.0b013e31828866b3.
3. Montes A, Aguilar JL, Benito MC, Caba F, Margarit C; Acute Pain Group of the Spanish Pain Society (SED). Management of postoperative pain Spain: a nationwide survey of practice. *Acta Anaesthesiol Scand* 2017;61(5):480-91. DOI: 10.1111/aas.12876.
4. Aguilar JL. Manejo farmacológico del dolor agudo postoperatorio en España. Datos de la encuesta nacional de la SED. *Rev Soc Esp Dolor* 2018;25(2):70-85. DOI: 10.20986/resed.2017.3593/2017.
5. Aguilar JL. Transición en el tratamiento del dolor agudo: de la vía intravenosa a la vía oral. *Rev Soc Esp Dolor* 2018;25(S3):40-50. DOI: 10.20986/resed.2017.3641/2017.
6. Lavand'homme P. Rebound Pain after regional anesthesia in the ambulatory patient. *Curr Opin Anaesthesiol* 2018;31(6):679-84. DOI: 10.1097/ACO.0000000000000651