

El tratamiento del dolor postoperatorio. ¿Un problema sin resolver?

El tratamiento del dolor postoperatorio continúa siendo una importante preocupación para los profesionales sanitarios, así como para las instituciones sanitarias. Desgraciadamente, a pesar de contar con diversas estructuras organizativas y una gran variedad de recursos terapéuticos, no se ha conseguido disminuir significativamente la prevalencia del dolor agudo postoperatorio. Entre los diversos recursos disponibles para mejorar el tratamiento del dolor postoperatorio se encuentran las Unidades de Dolor Agudo (UDA) y los programas de gestión del dolor postoperatorio. Un correcto control del dolor postoperatorio es un indicador de calidad de los hospitales.

Es difícil comprender cómo, a pesar de los esfuerzos realizados durante los últimos años, no se ha conseguido disminuir de forma significativa la prevalencia del dolor postoperatorio (1). Es posible que la estrategia desarrollada sea una de las posibles causas de esta situación. Así, los programas de gestión del dolor y las UDA han orientado sus recursos hacia las intervenciones quirúrgicas consideradas más dolorosas (prótesis total de rodilla, toracotomía, nefrectomía, etc.), descartando o dedicando una menor atención y recursos a las intervenciones consideradas “menores” (amigdalectomía, hemorroidectomía, hallux valgus, cesárea, etc.), de tal forma que los pacientes sometidos a estas intervenciones “menores” han sido excluidos del seguimiento diario de las UDA y, además, no se han implantado protocolos analgésicos adecuados. En muchas ocasiones, esto se ha debido a un intento por optimizar los limitados recursos disponibles. Como consecuencia de todo esto, se ha conseguido un control efectivo en la mayoría de las intervenciones quirúrgicas consideradas muy dolorosas, pero el control de otras intervenciones, consideradas menos dolorosas, ha sido insuficiente. El resultado global es la ausencia de una mejoría significativa de la prevalencia del dolor postoperatorio.

Como consecuencia de esta situación existe una tendencia que cuestiona la eficiencia de las UDA. Sin embargo, no deberíamos caer en este error y determinar qué tipo de UDA sería más o menos eficiente. En cada hospital se ha implementado la UDA con unas características adaptadas a las condiciones específicas de cada centro (2). Quizá, lo primero que deberíamos preguntarnos es si todas las UDA elaboran protocolos analgésicos basados en Guías de Práctica Clínica y si los utilizan adecuadamente. Asimismo, deberíamos analizar si los protocolos analgésicos son aplicados en todas las intervenciones quirúrgicas realizadas en el centro hospitalario, sin excluir a ningún paciente, si utilizan la analgesia multimodal y cuáles son los indicadores utilizados para medir los resultados obtenidos.

El desarrollo de bases de datos institucionalizadas y comunes para todas las UDA permitiría conseguir una mejora en los resultados. Estas bases de datos deberían permitir la utilización de los datos registrados y comparar los resultados de las diferentes UDA. Esto proporcionaría mecanismos de mejora continua de la calidad de la UDA de cada uno de los hospitales. Además, sería una potente herramienta para conseguir un control eficaz del dolor postoperatorio y de los indicadores de calidad.

Por otra parte, hay aspectos de difícil control y con una importante repercusión en el control del dolor postoperatorio que, habitualmente, no son adecuadamente considerados. Entre ellos se encuentran los aspectos genéticos, psicológicos y la experiencia previa del paciente, que deberíamos tener presentes cuando protocolizamos y analizamos los resultados del tratamiento del dolor postoperatorio de nuestros pacientes.

El tratamiento del dolor postoperatorio debe ser individualizado. Además de la intensidad del dolor previsible para cada intervención quirúrgica, se deberían valorar los factores de riesgo que condicionan la aparición de dolor agudo de mayor intensidad (3). De ahí la importancia de la valoración previa de cada paciente para determinar la pauta y el protocolo analgésico más adecuado para cada caso.

Actualmente no podemos conformarnos con la valoración de la intensidad del dolor. Deberíamos añadir nuevos parámetros de valoración, como la evaluación de la capacidad funcional, la repercusión del dolor sobre la misma y su recuperación con las diferentes medidas físicas y terapias desarrolladas (4).

Un inadecuado control del dolor postoperatorio puede ensombrecer el posible éxito del tratamiento quirúrgico, retrasa la recuperación y prolonga la estancia hospitalaria, retrasando la reincorporación de nuestros pacientes a su vida familiar y laboral. Por otra parte, no debemos olvidar la repercusión económica que esto ocasiona. El mal control del dolor agudo postoperatorio se ha relacionado con un incremento en la incidencia del dolor crónico postoperatorio. Esto ocurre incluso tras intervenciones quirúrgicas consideradas “menores”, como las hernias, repercutiendo en el restablecimiento funcional de los pacientes (5).

Es importante establecer adecuados protocolos analgésicos para el control del dolor agudo postoperatorio. Siempre que sea posible, se deberían utilizar técnicas locorreregionales como la infiltración de la herida quirúrgica, de los “portales” de la laparoscopia y artroscopia y el bloqueo de nervios periféricos. Estas técnicas locorreregionales facilitan y mejoran el control del dolor postoperatorio, por lo que deberían formar parte de una estrategia de analgesia multimodal (6). No obstante, existen otros aspectos de gran relevancia entre los que se incluyen la realización de una cirugía mínimamente agresiva y la activa participación del personal de enfermería colaborando en la información, educación, cuidados y seguimiento postoperatorio de los pacientes.

Todos estos aspectos requieren un análisis de la situación actual de las estructuras responsables del tratamiento del dolor postoperatorio, revisar las técnicas analgésicas desarrolladas en los diferentes hospitales y comprobar si los conocimientos científicos se están implementando adecuadamente a la práctica médica habitual. Por ello, el trabajo realizado por el Dr. J. L. Aguilar y cols., mediante una encuesta sobre la estructura organizativa del dolor postoperatorio y el manejo farmacológico del mismo en España, es una herramienta valiosa que nos puede ayudar a comprender la situación actual de nuestros hospitales. Los resultados de este estudio nos muestran que el 57,7 % de los hospitales españoles de más de 200 camas disponen de UDA o PGDPO, con miembros a dedicación completa (médicos: 28,6 %, y enfermeras: 25 %). Por otra parte, en cuanto al tratamiento farmacológico, es de destacar la escasa utilización de la analgesia multimodal (7).

Estos resultados nos muestran que debemos introducir medidas correctoras para mejorar los indicadores y resultados de los protocolos de tratamiento analgésico que utilizamos. La implementación de nuevas medidas, terapéuticas y organizativas, nos permitirá alcanzar un control más efectivo y satisfactorio del dolor postoperatorio de nuestros pacientes.

J. L. Ortega-García y F. Neira-Reina
*UGC de Anestesiología Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital Universitario
Puerto Real. Cádiz. España*

BIBLIOGRAFÍA

1. Montes A, Aguilar JL, Benito C, Caba F, Margarit C. Management of postoperative pain in Spain: a nationwide survey of practice. *Acta Anaesthesiol Scand* 2017;61(5):480-91. DOI: 10.1111/aas.12876.
2. Ortega JL, Neira F. Estado actual de las Unidades de Dolor Agudo en Andalucía. *Rev Soc Esp Dolor* 2007;14(5):338-45.
3. García-Miguel FJ, Serrano-Aguilar PG, López-Bastida J. Preoperative assessment. *Lancet* 2003;362(9397):1749-57.
4. Baker DW. Statement of pain management: understanding how joint commission standards address pain. *Jt Comm Perspect* 2016;36(6):10-2.
5. Montes A, Roca G, Sabate S. Genetic and clinical factors associated with chronic postsurgical pain after hernia repair, hysterectomy, and thoracotomy: a two-year multicenter cohort study. *Anesthesiology* 2015;122(5):1123-41. DOI: 10.1097/ALN.0000000000000611.
6. Chou R, Gordon DB, de León-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, et al. Guidelines on the management of postoperative pain management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain* 2016;17(2):131-57. DOI: 10.1016/j.jpain.2015.12.008.
7. Aguilar JL, Montes A, Benito C, Caba F, Margarit C. Manejo farmacológico del dolor agudo postoperatorio en España. Datos de la encuesta nacional de la Sociedad Española del Dolor (SED). *Rev Soc Esp Dolor* 2018;25(2):70-85.