

## *Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos?*

**E**l tratamiento del dolor es un derecho universal de los seres humanos consagrado como tal en la Carta de Derechos Humanos de las Naciones Unidas desde el año 2000.

Según la ASA, el dolor postoperatorio es el que está presente en el paciente debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y a sus complicaciones o a una combinación de ambos, y se caracteriza fundamentalmente por ser un dolor agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable. Su mal control afecta negativamente a la calidad de vida, a la recuperación funcional y aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas, y se asocia a un aumento de la morbilidad y de los costes, aumentando el riesgo de desarrollar dolor crónico persistente.

El adecuado manejo del dolor es un indicador de buena práctica clínica y de calidad asistencial; es esencial dentro de los cuidados perioperatorios junto con la movilización y la nutrición de forma precoz (nivel de evidencia 1<sup>a</sup>) (1).

A pesar de todo esto su prevalencia varía, pero la mayoría de autores coinciden en que, en nuestros hospitales, más de la mitad de los pacientes presentan dolor moderado-severo en las primeras 24 horas tras la intervención, y en un 2,7 % de los casos persiste al alta.

Actualmente ha habido un gran avance en el desarrollo de nuevos fármacos y técnicas analgésicas para el control del dolor postoperatorio, además de la creación de unidades específicas que facilitan la coordinación eficiente de las diferentes actividades médicas, quirúrgicas y de enfermería. Aun así, en muchos países el dolor postoperatorio sigue siendo un problema y una importante necesidad global de atención sanitaria.

El dolor después de la cirugía es, a menudo, mal manejado incluso en las naciones desarrolladas, persistiendo una alta prevalencia, lo que conlleva una disminución de la calidad de vida, un aumento de la morbimortalidad perioperatoria, de la estancia hospitalaria y, por tanto, de los costes.

En varios estudios y encuestas realizadas en los últimos años se ha podido comprobar que este mal manejo del dolor y de la alta prevalencia es debido a muchos factores. Entre ellos están la existencia de un deficiente conocimiento y experiencia por parte del personal sanitario que no han recibido una educación adecuada y que, en algunos países, aún piensan que tener dolor es algo “normal” tras un proceso quirúrgico. Las pautas de tratamiento analgésico suelen ser inadecuadas para el tipo de cirugía y de paciente, no existiendo protocolos específicos y un miedo al uso de determinados fármacos y técnicas analgésicas, como pueden ser los opiáceos, debido a sus efectos adversos y potenciales complicaciones.

Otro problema es la falta de implantación de Unidades de Dolor Agudo, que son las que van a asegurar los tratamientos aplicados mediante protocolos y una educación al personal sanitario y al paciente (2).

En Italia, dos encuestas sobre dolor postoperatorio (POPSI) realizadas con seis años de diferencia (2006 y 2012) muestran que hay muchas necesidades no satisfechas en el control del dolor postoperatorio, siendo los resultados de ambas encuestas prácticamente similares. En ellas se observa que sólo un 47 % de los hospitales encuestados tenían una UDA y que los mayores obstáculos encontrados por los encuestados para el control óptimo del dolor postoperatorio siguen siendo organizacionales, culturales y económicos (3).

En una encuesta sobre el dolor postoperatorio realizada en España a 237 miembros de la Asociación Española de Cirujanos, revelaron que el 56 % no valoraron de forma habitual la intensidad del dolor y sólo el 23 % declaró utilizar escalas de valoración del dolor. Otro dato muy importante es que el 76 % manifestó que no ha recibido ninguna formación específica sobre el dolor postoperatorio y el 95 % declaró que desearía recibirla (4).

Durante los últimos años se ha visto que la mejora del dolor postoperatorio pasa por la necesidad de implantar protocolos adecuados para procedimientos específicos durante el perioperatorio, realizar una predicción del dolor postoperatorio y promover cambios estructurales, culturales, emocionales y educacionales en todas las personas implicadas: anestesiólogos, cirujanos, enfermeras de planta y de UDA, etc. (5).

La mejora en la calidad asistencial depende de realizar cambios en las estructuras organizativas del dolor y en los profesionales.

Desde finales de los años 80 surge una gran preocupación por dar una atención especializada al dolor postoperatorio y se crean las primeras Unidades de Dolor Agudo como estructuras organizadoras y gestoras en nuestro país, promovidas por el grupo de estudio GREUDA (6). Desde entonces, en el mundo se han publicado diferentes guías de práctica clínica en las que se recomiendan pautas para el adecuado control del dolor postoperatorio (7) (Tabla I).

**TABLA I**  
**RECOMENDACIONES PARA EL ADECUADO CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO**

- Control del dolor postoperatorio
- El manejo del DPO se realiza a través de las UDA, asegurando la eficacia de los tratamientos aplicados mediante protocolos actualizados, educación al personal sanitario y al paciente
- Uso de escalas de medición del dolor para poder estratificarlo y adaptar el tratamiento, tanto en reposo como en movimiento
- El DPO se trata con analgésicos, pero cuando el dolor es de difícil control debe plantearse de nuevo el diagnóstico. Individualizar el tratamiento analgésico, ya que existe una variabilidad en la respuesta
- La eficacia de un analgésico es mayor cuando se administra para prevenir y menor cuando se administra para tratar un dolor ya establecido
- Siempre que sea posible, los analgésicos deben administrarse por vía parenteral
- Las asociaciones de analgésicos no opiáceos y opiáceos son eficaces en dolores agudos intensos
- El mejor efecto analgésico se obtiene usando los fármacos a dosis e intervalos adecuados, con una pauta prefijada
- Los sistemas de PCA son más eficaces y mejor aceptados por los pacientes que la analgesia convencional
- Las técnicas locorreregionales han demostrado ser significativamente superiores a la analgesia sistémica con opiáceos; también pueden usarse en el paciente crítico y contribuyen a la movilización precoz del paciente

La APS (American Pain Society) ha publicado también recientemente una guía que incluye 32 recomendaciones para el buen manejo del dolor postoperatorio, promoviendo la aplicación efectiva y segura del tratamiento, en la que la clave está en el uso de técnicas multimodales, combinando medidas no farmacológicas, farmacológicas y técnicas de anestesia regional periférica (8).

Aun así, este proceso de gestión del dolor postoperatorio debe adaptarse al contexto y características de cada centro hospitalario, debiendo quedar claro que es responsabilidad de todos: cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, farmacéuticos, rehabilitadores y otros profesionales sanitarios. Nunca ha de quedar su manejo circunscrito a un solo estamento o a un solo grupo de personas.

En este número M. G. Moreno-Monsiváis y cols. publican un artículo titulado “Factores asociados con la intensidad del dolor en pacientes mexicanos hospitalizados en periodo postoperatorio”, donde ponen de manifiesto las dificultades del manejo del dolor postoperatorio en México, que al final no parecen tan distintas de las que tenemos en países más desarrollados como España.

Tenemos que tener conciencia del problema de salud que tenemos y procurar hacer los cambios necesarios para mejorar la calidad de atención al paciente mediante la instauración de guías y protocolos conjuntos, así como la formación del personal y la existencia de una UDA que coordine y gestione la atención al paciente.

A. C. Pérez-Guerrero<sup>1</sup>, M. C. Aragón<sup>1</sup> y L. M. Torres<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UDA. Servicio de Anestesia. Hospital Puerta del Mar. Cádiz. <sup>2</sup>Jefe de Servicio. Servicio de Anestesia. Hospital Puerta del Mar. Prof. Titular Universidad de Cádiz

## BIBLIOGRAFÍA

1. Post-operative pain management. In: Bader P, Echtele D, Fonteyne V, Livadas K, De Meerleer G, Paez Borda A, Papaioannou EG, et al. Guidelines on pain management. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology (EAU); 2010 p. 61-82.
2. Montes Pérez A, García Álvarez J, Trillo Urrutia L. Tratamiento del dolor postoperatorio: de la Unidad de Dolor Agudo al Programa de Gestión del Dolor Postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor* 2007;14(5):335-7.
3. Coluzzi F, Mattia C, Savoia G, Clemenzi P, Melotti R, Raffa RB, et al. Postoperative Pain Surveys in Italy from 2006 and 2012: (POPSI and POPSI-2). *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 2015;19(22):4261-9.
4. Marcos Vidal JM, Baticón Escudero PM, Montes Armenteros A, Rego Díaz C, Marín Blázquez C, Nicolás Aller S, et al. Evaluación de una intervención educativa en el control del dolor agudo postoperatorio: estudio antes-después. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2009;56:598-603.
5. Montes Pérez A, García Álvarez J, Trillo Urrutia L. Situación actual del dolor postoperatorio en el “Año Global Contra el Dolor Agudo”. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2011;58:269-72. DOI: 10.1016/S0034-9356(11)70060-3.
6. Torres LM, Aguilar JL. Organización del tratamiento del dolor postoperatorio. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2010;57:199-200.
7. de Nadal Clanchet M, Chocrón da Prat I, Camps Cervantes A, Tormos Pérez P, Bosch Graupera C, Mesas Idáñez A. Cuidados postoperatorios incluyendo tratamiento del dolor. Recomendaciones para la elaboración de un protocolo. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2013;60(Supl 1):94-104.
8. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, et al. 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 Feb;17(2):131-57. DOI: 10.1016/j.jpain.2015.12.008.