

¿Realmente es fácil evitar la variabilidad de la práctica clínica en el tratamiento del dolor postoperatorio?

En la última y reciente IV Reunión de Unidades de Dolor Agudo (UDA) españolas (GREU-DA) celebrada el 21 de junio de 2013 en Madrid, nuevamente se plantearon temas de actualidad en relación con la cada vez más numerosa y beneficiosa actividad que estas unidades despliegan en la atención de los pacientes quirúrgicos y que, con algún reconocimiento institucional, alcanza ya al 55,6 % de los hospitales españoles (1). Dadas las diferentes concepciones, estructuras y funcionamiento de estas organizaciones, cuya creación ha supuesto un esfuerzo para los anestesiólogos y el propio hospital, se hace cada vez más necesario clarificar y unificar conceptos para poder hablar un mismo idioma y homogeneizar todo lo relativo al tratamiento del dolor agudo postoperatorio (DAP) (2).

Junto a los problemas de taxonomía, una de las principales preocupaciones suscitadas en la Reunión fue la de la unificación de los protocolos analgésicos para procedimientos específicos en base a las evidencias científicas y a la opinión experta de los asistentes. Con respecto a las evidencias científicas, las guías de práctica clínica nos ofrecen los tratamientos más eficaces avalados por los mejores y más rigurosos ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metanálisis, habiendo de ser necesariamente revisadas en un periodo relativamente corto de tiempo, ya que es de esperar que sufran modificaciones en la medida en que el progreso tecnológico y del conocimiento permita encontrar procedimientos más avanzados, tanto para la cirugía y la anestesia, como para el tratamiento del dolor postoperatorio. Estas evidencias son traducidas a recomendaciones graduadas en orden de importancia y en ambos sentidos, es decir, como “recomendable utilizar” o “no recomendable utilizar”. Esta es una actividad que viene desarrollándose con amplia difusión y está al servicio de los profesionales desde hace años y es muy apreciada por los gestores sanitarios, especialmente por los no médicos. Adherirse a las mejores recomendaciones para tratar el DAP en procedimientos específicos sería, “a priori”, una forma fácil de disminuir la variabilidad en la práctica clínica y en la dirección más interesante: hacia los tratamientos más eficaces. Pero en el día a día de nuestro trabajo, cuando evaluamos el resultado de los tratamientos analgésicos administrados, lo que realmente evaluamos es la “efectividad” que un protocolo analgésico, aplicado en un hospital concreto, con unas circunstancias concretas, ha tenido en relación con el control del DAP de unos pacientes concretos.

A lo largo del interesante programa propuesto en la Reunión se llegó a un intento de creación de protocolos de tratamiento estandarizado de los procesos más representativos en el trabajo cotidiano de las UDA para recomendar su aplicación; entre los cuales se encuentra, sin duda, el del tratamiento del DAP en la artroplastia o prótesis total de rodilla (PTR), que fue el que primero comenzó a discutirse. Sobre una secuencia lógica de medidas propuestas por un ponente en los diferentes momentos perioperatorios: preoperatorios, intraoperatorios (incluido el tipo de anestesia) y postoperatorios (en URPA y sala de hospitalización), los asistentes podían hacer observaciones o proponer modificaciones en la confección del protocolo, que habrían de ser posteriormente votadas, para obtener el protocolo definitivo. La gran cantidad de intervenciones que se produjeron, y el tiempo consumido, vinieron a demostrar, desde mi punto de vista, varias cosas. A saber:

1. Todos los intervinientes estaban interesados activamente en el tema y tenían opiniones e inquietudes al respecto porque formaba parte de su práctica habitual.
2. Las técnicas multimodales que utilizan analgesia sistémica y locorreional son el estándar reconocido por todos.
- 3 Las circunstancias particulares de este proceso (la PTR), en el hospital concreto de cada uno de los asistentes, condicionaba en gran parte unos u otros tratamientos analgésicos.
4. A pesar de la recomendación conocida en las guías de práctica clínica de utilizar el bloqueo femoral continuo, frente a técnicas como la epidural o la infusión intravenosa de opioides para tratar el DAP en la artroplastia total de rodilla (3,4), no era unánimemente utilizado en base a algunas argumentaciones que merecen una reflexión aparte.
5. No siempre existía un verdadero trabajo en equipo entre los servicios, ni el grado de implicación del traumatólogo con las técnicas analgésicas posibles corría paralelo al del anestesiólogo, o viceversa.

La PTR es un procedimiento de una alta prevalencia que precisa de un alto consumo de recursos y es habitual de nuestros quirófanos en cualquier época del año. Esta alta prevalencia, con o sin sobreindicación, ha condicionado que en la medida de lo posible se hagan programas de choque, se habiliten jornadas quirúrgicas especiales y se desvíe un considerable número de estos procedimientos de unos hospitales públicos a otros, o desde la medicina pública hacia una privada concertada (al menos en Andalucía). Todo esto tiene una gran importancia en la gestión y una obvia repercusión en términos de presión asistencial. Por otra parte, está la tendencia a acelerar las altas e implantar programas *fast-track*, de recuperación precoz, que también han alcanzado a la PTR (5), y ya comienzan a verse como punta de lanza en algunos hospitales españoles.

Las técnicas de anestesia y analgesia locorreional nadie duda de que son más que recomendables para el control del DAP, especialmente en la cirugía ortopédica y traumatológica. Pero el conocimiento y, sobre todo su práctica, no está uniformemente implantada entre todos los anestesiólogos. La alta prevalencia de PTR condiciona que anestesiólogos que no son habituales en el área de Traumatología sean asignados a estos quirófanos en jornadas especiales, durante periodos vacacionales o en otros momentos en los que los habituales y, generalmente concedores de las técnicas locorreionales como el bloqueo femoral continuo o el ciático, no están disponibles. Si lo ideal es que en el mapa de competencias de todos los anestesiólogos clínicos esté el conocimiento y la práctica de estas técnicas, la realidad no lo corrobora y un aprendizaje de este tipo se ha de planificar y no se puede improvisar. ¿Sería la solución reducir o eliminar la programación de estas intervenciones en determinados periodos de tiempo porque el anestesiólogo asignado no sabe, tarda demasiado, o prefiere no colocar un catéter femoral? Un anestesiólogo no avezado en el bloqueo de nervios periféricos, que domina el bloqueo epidural (la mayoría), puede resultar más coste-efectivo utilizando esta técnica (no recomendada en las guías), que colocando un catéter femoral con altas probabilidades de que no sea operativo, prescribiendo una PCA intravenosa de opioides, o tardando tanto en su realización que haya de suspenderse una intervención por falta de tiempo. Estos aspectos han de tenerse en cuenta. Después están las soluciones intermedias, que algunos asistentes a la Reunión practican, como bloqueos femorales dosis única (más fáciles) asociados en ocasiones a perfusiones intravenosas elastoméricas de opioides (tampoco recomendadas en las guías), junto al consabido paracetamol + AINE, que realmente les funcionan y suponen una mejora cualitativa respecto a lo que anteriormente se hacía. ¿Se habría de recomendar la abolición de esta práctica sin tener en cuenta las circunstancias que han llevado a implantarla?

Igualmente, en algunos casos se realiza una práctica *fast-track* avanzada que va más allá de las recomendaciones de las guías de práctica clínica, que implica un estrecho trabajo en equipo y la búsqueda de fórmulas más ventajosas y satisfactorias para todos como, por ejemplo, el manifestado por un asistente que expresaba como en su hospital se realizan PTR sin isquemia, en un tiempo corto de tiempo, en pacientes pretratados con gabapentinoides, dexametasona, etc., a los que realiza el traumatólogo infiltración local, rápidamente deambulan, pasan a tratamiento analgésico oral y son alta. En este caso tampoco se adoptan las recomendaciones de las guías actuales. ¿Habría de recomendarse la abolición de esta práctica?

Después de sobrepasar el tiempo estipulado para este capítulo de la Reunión, solo pudo esbozarse el protocolo recomendado para el tratamiento analgésico perioperatorio de la PTR, con la

impresión de que el punto de mayor confluencia de todos los participantes fue el de realizar una anestesia intradural y la analgesia postoperatoria multimodal que combine analgesia sistémica con locorreional. No obstante, dentro de este esquema, se pusieron de manifiesto muchas variaciones de la práctica clínica entre hospitales.

Todas estas consideraciones, creo que deberían hacernos reflexionar en la dirección que más nos acerque al sentido común. Los protocolos son útiles y nadie lo discute pero si, precisamente, cada vez entendemos mejor que hemos de tener en cuenta las circunstancias individuales de cada paciente frente al “café para todos” para instaurar el tratamiento del DAP más adecuado a su condición, igualmente ocurriría con otros aspectos como las características de la UDA que lo asiste, sus integrantes, sus prestaciones y sus circunstancias. Pienso que el ejercicio de medir y analizar localmente los resultados de la aplicación de las opciones analgésicas elegidas en cada centro debiera ser una práctica más obligada en el manejo del DAP, que la adopción de un determinado protocolo. Deberíamos recordar que prácticamente todas las guías de práctica clínica introducen de forma precavida en el resumen o en las conclusiones, que las opiniones allí vertidas son solo recomendaciones, y que podrían no representar una opción en función de determinadas circunstancias. La pregunta está ahí y la respuesta no es tan sencilla: ¿realmente es fácil evitar la variabilidad de la práctica clínica en el tratamiento del dolor postoperatorio?

F. Caba

*Servicio de Anestesiología. Unidad de Gestión Clínica del Bloque Quirúrgico.
Hospital Universitario de Valme. Sevilla*

BIBLIOGRAFÍA

1. Situación actual de la UDAs en el territorio español. Grupo de Dolor Agudo de la SED. (En prensa).
2. Guía de Dolor Agudo Postoperatorio. Grupo de Dolor Agudo de la SED. Coordinador JM Muñoz y Ramón. Editorial de la SED, Madrid 2011.
3. Fowler SJ, Symons J, Sabato S, Myles PS. Epidural analgesia compared with peripheral nerve blockade after major knee surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Br J Anaesth.* 2008;100:156-64.
4. Paul JE, Arya A, Hurlburt L, et al. Femoral nerve block improves analgesia outcomes after total knee arthroplasty: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesthesiology.* 2010;113(5):1144-62.
5. Husted H. Fast-track hip and knee arthroplasty: clinical and organizational aspects. *Act Orthop. Suppl* 2012;83(346):1-39.