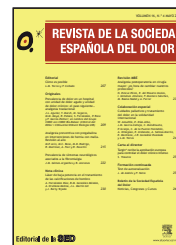


REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



EDITORIAL

Cómo es posible

L.M. Torres* y F. Collado

Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

Cómo es posible que con los conocimientos actuales y los medios disponibles, todavía se sufra dolor intenso tras una intervención quirúrgica. El dolor postoperatorio (DP) es un problema sanitario de primer orden (a pesar de que sabemos que con los medios disponibles, éste se podría controlar en la mayoría de los pacientes casi completamente); sin embargo, como han demostrado encuestas actualizadas, la prevalencia sigue siendo alta, incluso en los países del primer mundo y en todo tipo de hospitales, por lo que parece urgente el desarrollo de estrategias para disminuir su prevalencia.

El tratamiento adecuado del DP no sólo está motivado por argumentos humanitarios, sino porque de este modo se puede reducir la morbilidad, mejorar la recuperación y disminuir los riesgos de la aparición de postoperatorio crónico.

Más de 6 millones de procedimientos quirúrgicos se realizan anualmente en nuestro país. Tras la cirugía, un paciente tiene una probabilidad del 50-80% de experimentar DP agudo no controlado. La gestión eficiente del DP mejora el resultado clínico global, así que la analgesia postoperatoria eficiente debería ser parte de una iniciativa fundamental para la mayoría de los hospitales.

El deficiente tratamiento del DP tiene amplias implicaciones clínicas y se ha correlacionado con malos resultados quirúrgicos (reingreso en la URPA, parálisis intestinal, inmunosupresión, desarrollo del dolor crónico, etc.). La aparición de DP crónico sigue siendo alarmantemente alta y se produce después de numerosos procedimientos quirúrgicos. El dolor crónico puede comenzar como dolor agudo, que persiste más allá del tiempo normal o previsto de la recuperación o se reproduce por otras razones.

En la última década ha habido avances notables en este campo:

- Gestión del dolor.
- Comprensión mejor de sus causas y de cómo prevenirlo.
- Tecnología.
- Nuevas formulaciones y fármacos.
- La unidad de dolor agudo (UDA) como equipo responsable del tratamiento del dolor, capaz de considerar la modalidad más apropiada del tratamiento y para tener acceso a la investigación reciente y a los datos publicados.

La UDA como núcleo de la gestión del DP es la principal estrategia para prevenir y tratar el DP, y debe estar formado por un equipo de expertos y ser multidisciplinario, liderado por un anestesiólogo pero contando con cirujanos, miembros de la unidad de dolor crónico y rehabilitación. Esta unidad, además del manejo de cada paciente, debe elaborar un programa de sesiones didácticas y una discusión interactiva de preguntas y respuestas para la educación de todo el personal involucrado¹.

Hecho este necesario preámbulo, mencionamos las estrategias que se deben implantar para reducir la prevalencia del DP; estas estrategias no están presentadas en ningún orden cualitativo y todas ellas pueden contribuir en mayor o menor grado al objetivo propuesto.

1. La cirugía mínimamente invasiva como nuevo y reciente abordaje quirúrgico que reduce la herida quirúrgica y disminuye la cantidad de tejido afectado, lo que hace que disminuya la estimulación nociceptiva².
2. Varias técnicas analgésicas desarrolladas recientemente controlan con eficacia el DP. La analgesia neuroaxial, tanto epidural (con o sin analgesia controlada por el paciente [PCA]) como espinal, con la administración de anestésicos locales y opioides proporciona el más alto nivel del control del dolor; sin embargo, esta terapia es altamente invasiva y para que pueda administrarse a todos los pacientes que se beneficiarían de ella se precisa el desarrollo de una estrategia protocolizada para la indicación, administración y seguimiento.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lmtorres@arrakis.es (L.M. Torres).

3. El bloqueo continuo de plexos nerviosos y los bloqueos de los nervios periféricos ofrecen excelente analgesia sin los efectos secundarios asociados a los opioides epidurales o parenterales.
4. La PCA intravenosa permite que los pacientes titulen las dosis de analgésicos que necesitan según su dolor individual, proporcionando una mejora de la analgesia.
5. La analgesia multimodal que combina diversas técnicas o fármacos, ha demostrado en multitud de trabajos y en nuestra UDA¹ una mejoría marcada de la analgesia con una disminución importante de los efectos secundarios. El secreto está en que la administración conjunta de antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol disminuye en más de un 50% las dosis necesarias de opioides sin que disminuya la eficacia pero sí marcadamente los efectos secundarios causados por éstos.
6. El tratamiento adecuado del DP como medio para disminuir el dolor crónico postoperatorio.
7. La administración preoperatoria de anticonvulsivos.
8. La infiltración de la herida quirúrgica con AL.
9. La implantación de protocolos de analgesia de rescate en todos los tratamientos.
10. Seguimiento diario de los pacientes y evaluación del dolor.
11. Registro sistematizado de datos para la evaluación y mejora del sistema de tratamiento y prevención del DP y aumentar la seguridad.
12. Integración de la información clínica.
13. Resultados por procedimientos quirúrgicos³.
15. Establecimiento de una guía clínica propia del hospital para el DP.
16. Establecimiento de unos indicadores de casuística, entre los que proponemos:
 - Total de pacientes.
 - Número de pacientes ingresados en UDA/día.
 - Número de pacientes activos en UDA/día.
 - Tiempo medio de duración de tratamientos.
 - Pacientes tratados en UDA del total de IQ con ingreso.
 - Tipos de analgesia.
17. Protocolo de analgesia postoperatoria específico por procedimiento quirúrgico^{1,3}.
18. Establecimiento de indicadores de seguridad:
 - Náuseas/vómitos.
 - Sedación.
 - Salida accidental de catéter.
 - Acorchamiento.
 - Bloqueo motor.

19. La implantación de un catéter en la herida quirúrgica con AL para la administración continuada de anestésicos locales.
20. Elaboración del manual de estrategias para el manejo del DP.
21. Sistemas educativos de todo el personal involucrado.
22. Uso creciente de estrategias no farmacológicas: relajación (respiración, imágenes, música, meditación).

En este número de la REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR, el grupo del Hospital de Son Llàtzer de Palma de Mallorca dirigido por el Dr. Aguilar (Aguilar et al⁴ y Esteve et al⁵) publica trabajos donde se exponen algunas de las estrategias que hemos descrito y que, tanto ellos como el grupo del Hospital Puerta del Mar de Cádiz, han demostrado ser eficaces para disminuir la prevalencia del dolor postoperatorio.

En realidad, todas estas estrategias se reducen a la implantación de una UDA universal de bajo coste a cargo del servicio de anestesia, que proporcione tratamiento a todos los pacientes intervenidos en el hospital de cualquier intervención y en todo momento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Collado F, Aragón MC, Pérez AC, Eizaga R, Vidal MA, Torres LM. Organización de una unidad de dolor agudo en un hospital regional. *Rev Soc Esp Dolor*. 2008;15:28-40.
2. Kuhry E, Schwenk WF, Gaupset R, Romild U, Bonjer HJ. Long-term results of laparoscopic colorectal cancer resection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;16::CD003432.
3. Kehelet H. Procedure-specific postoperative pain management. *Anesthesiology Clin N Am*. 2005;23:203-10.
4. Aguilar JL, March Y, Segarra M, Moyá MM, Peláez R, Esteve N, et al; en nombre del Grupo CODO con CODO Bio-Balear. Prevalencia de dolor en un hospital con unidad de dolor agudo y unidad de dolor crónico: el paso siguiente... analgesia transaccional. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16:209-14.
5. Esteve Pérez N, Del Rosario Usoles E, Giménez Jiménez I, Montero Sánchez F, Baena Nadal M, Ferrer A. Analgesia postoperatoria en cirugía mayor: ¿es hora de cambiar nuestros protocolos? *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16:239-45.