

**DOLOR**

Vol. 38. Supl. 1 Abril-Junio 2015

p S177

Dolor postoperatorio persistente

Dra. Argelia Lara-Solares*

* Jefe del Departamento de Clínica del Dolor. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán».

A pesar de los indiscutibles avances en la medicina perioperatoria, se estima que el 80% de los pacientes postoperados experimentan dolor agudo, y el 86% de ellos estima su dolor como moderado, severo o extremo. Más aún, el 59% de los pacientes considera al dolor postoperatorio como su mayor preocupación de la experiencia perioperatoria.

En años recientes se ha descrito un síndrome doloroso cuyo único detonante (cuando se hace una revisión exhaustiva de los antecedentes del paciente), es un evento quirúrgico en el pasado, a partir del cual, se establece como un dolor persistente.

Éste es un concepto reciente, y recibe nomenclatura variable, por lo que en la literatura internacional se pueden encontrar todas las siguientes acepciones para describirlo:

- Dolor crónico postquirúrgico.
- Dolor postoperatorio crónico.
- Dolor persistente postoperatorio.

La incidencia en diversos reportes, ha resultado inesperadamente alta, una vez que se hace una búsqueda intencionada.

Se considera como un síndrome complejo y heterogéneo, cuyos detonantes son variables; sin embargo, se ha determinado que los más importantes son el evento quirúrgico *per se*, pero además la ocurrencia de lesión nerviosa, duración de la cirugía, topografía de la incisión quirúrgica, intensidad del dolor postoperatorio y factores de vulnerabilidad del paciente.

En cuanto al mecanismo fisiopatológico involucrado, la transición de dolor agudo a crónico parece ocurrir en varios pasos. Inicia con la estimulación de nociceptores en la periferia, y la señal es enviada al SNC, se desencadenan entonces

procesos sensoriales, afectivos y moduladores. Por otra parte, el dolor agudo persistente e intenso, activa mecanismos secundarios (sensibilización central y periférica), que son causa de que un dolor agudo mal manejado se cronifique.

Los procedimientos quirúrgicos involucran daño nervioso (amputación y toracotomía), y están asociados con hasta 80% de incidencia de dolor cónico con 10% de éstos con dolor severo e incapacitante. Sin embargo, la variabilidad del dolor crónico entre pacientes con idénticos procedimientos Qx es amplia.

En este momento se considera que esta entidad recientemente descrita, está por tanto subdiagnosticada, no se cuenta con test específicos para evaluarla, no están completamente entendidos los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, aunque una de las teorías en la génesis de este dolor ha planteado la posibilidad de un componente neuropático y la evolución no es predecible en el tiempo, por todo lo anterior, en la actualidad se considera un reto terapéutico, que amerita detección y manejo precoz.

El paradigma que hasta el momento se ha planteado como el más exitoso se basa en los principios de la analgesia multimodal, incluyendo no sólo diferentes fármacos analgésicos, sino diferentes técnicas incluidas la analgesia regional y neuroaxial, así como optimizando estrategias tales como ACP y formulaciones de liberación prolongada. La analgesia multimodal se asocia a un mejor control del dolor con una menor incidencia de efectos adversos.

Nueva información liga a la inflamación y activación de las células gliales ha abierto la posibilidad de terapias novedosas.

En este momento, la analgesia perioperatoria agresiva es lo único que se conoce como efectivo para reducir el riesgo de DPP.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Oderda G. Challenges in the management of acute postsurgical pain. *Pharmacotherapy*. 2012;32:6S-11S.
2. Viscopoulous C, Lema M. When does acute pain become chronic? *Br J Anaesth*. 2010;105 Suppl 1:i69-85.
3. Grosu I. New concepts in acute pain management: strategies to prevent chronic postsurgical pain, opioid-induced hyperalgesia, and outcome measures. *Anesthesiology Clin*. 2011;29:311-327.
4. van de Ven T. Causes and prevention of chronic postsurgical pain. *Curr Opin Crit Care*. 2012;18:366-371.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>