

## TIPS EN ANESTESIA

Vol. 37. Supl. 1 Abril-Junio 2014  
pp S176-S178

## Dolor agudo postoperatorio

Dr. José Emilio Mille-Loera,\* Dr. Gabriel Mejía-Terrazas,\*\*  
Dr. Guillermo Eduardo Aréchiga-Ornelas,\*\*\* Dr. Manuel Marrón-Peña\*\*\*\*

\* Subdirector Médico-Anestesiólogo, Instituto Nacional de Cancerología, México.

\*\* Jefe del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, Instituto Nacional de Rehabilitación.

\*\*\* Coordinador de Medicina Paliativa y Dolor Postoperatorio, Departamento de Anestesiología del Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud Jalisco. Profesor Titular de la Especialidad Medicina Paliativa y Dolor, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

\*\*\*\* Académico Emérito Academia Mexicana de Cirugía. Exdirector de Postgrado y Educación Continua, Secretaría de Salud.

En esta ocasión y siguiendo con el nuevo formato de «tips» en Anestesia, buscamos una interacción estrecha entre el profesor y los compañeros anestesiólogos que participan tan activa y entusiastamente, durante el desarrollo de los capítulos en anestesia. En esta oportunidad, trataremos un tema fundamental para los pacientes, el anestesiólogo y el cirujano.... El control del dolor agudo postoperatorio.

En un trabajo presentado el año pasado (2013) por el Dr. Covarrubias<sup>(1)</sup>, menciona que el 80% de los pacientes hospitalizados tendrán dolor de moderado a severo, por lo que es indispensable establecer protocolos de manejo analgésico adecuados, capaces de brindar a nuestros enfermos un adecuado alivio del dolor.

Esto, sin duda, debe hacerse considerando evidencias científicas, basados en el Grado de Comprobación y el Grado de Recomendación (Cuadros I y II).

El dolor agudo es útil o adaptativo porque se trata de una sensación fisiológica vital, que alerta a la persona de que debe evitarse algo perjudicial que hay en el entorno. Además, cuando se produce lesión tisular (tras un estímulo nocivo), el dolor adaptativo induce un estado (reversible) de hipersensibilidad localizada (estímulos que normalmente no causarían dolor pasan a producirlo) en y alrededor de la zona lesionada, lo que lleva a evitar el uso de la parte lesionada. Este dolor inflamatorio adaptativo intenta contribuir a la reparación después de la lesión tisular, de modo que favorece la cicatrización.

Por el contrario, el dolor no adaptativo (patológico) no ofrece ventaja biológica alguna porque no está acoplado a un estímulo nocivo ni a la cicatrización tisular. Es la expresión de una plasticidad o capacidad de modificación inapropiada del

sistema nervioso y suele ser persistente o recurrente. Puede producirse en respuesta a una lesión del sistema nervioso (nervio periférico, ganglio de la raíz dorsal, raíz dorsal, sistema nervioso central), lo que se conoce como dolor neuropático. Básicamente, el dolor no adaptativo (neuropático) es el dolor como enfermedad<sup>(3)</sup>.

En los últimos años, hemos sido testigos de espectaculares avances en el campo del tratamiento del dolor, tanto por el desarrollo de nuevos fármacos como por el diseño de técnicas y dispositivos que permiten abordar con éxito este problema en la mayoría de los casos. Sin embargo, aún hay muchos pacientes que en el período postoperatorio sufren dolor innecesariamente.

Esta situación se produce incluso en los países desarrollados y en centros donde se tiene acceso a la tecnología necesaria. El dolor agudo inadecuadamente tratado aumenta la morbilidad perioperatoria y su entorno personal, prolonga la estancia hospitalaria y proyecta una imagen negativa del medio hospitalario en una población cada vez más exigente y mejor informada.

Las razones que explican el deficiente tratamiento del dolor en nuestro medio residen en la formación insuficiente de los profesionales responsables del cuidado de los enfermos en el período postoperatorio, en la falta de programas bien diseñados de analgesia postoperatoria y en la escasa importancia que se ha dado al dolor en el pasado. Afortunadamente, esta situación está cambiando y cada día existe un mayor interés y una mayor demanda formativa por parte de médicos y enfermeras.

Cirujanos y anestesiólogos son responsables del tratamiento integral del paciente quirúrgico, también del dolor, y el

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

**Cuadro I.** Grado de comprobación científica.

Grado	Tipo de datos científicos
1a	Datos científicos procedentes de meta-análisis de ensayos aleatorizados
1b	Datos científicos procedentes de al menos un ensayo aleatorizado
2a	Datos científicos procedentes de un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización
2b	Datos científicos procedentes de al menos un estudio semi-experimental bien diseñado de otro tipo
3	Datos científicos procedentes de estudios no experimentales bien diseñados, como comparativos, de correlación y casos clínicos
4	Datos científicos procedentes de informes u opiniones de comités de expertos o de la experiencia clínica de autoridades en la materia

Modificado de Sackett y cols<sup>(2)</sup>

trabajo coordinado con el resto de los servicios implicados, especialmente enfermería, que permite el aprovechamiento óptimo de los múltiples recursos terapéuticos actualmente disponibles.

Ante todo, se debe reconocer que el dolor agudo es vital, gracias al cual se reconoce un daño potencial o real que permite que cuidemos de nuestra integridad. Si no percibiéramos el dolor agudo, muchos agentes agresores pasarían sin ser notados y el riesgo para la salud sería grave o incluso mortal. El verdadero problema es cuando la enfermedad que inició el dolor se cura, pero el dolor persiste y habitualmente es rebelde al tratamiento. El dolor rebelde, persistente y crónico es un cruel acompañante que afecta al paciente y desequilibra su ambiente laboral y en el hogar<sup>(4)</sup>.

Dada nuestra habilidad aprendida y desarrollada como anestesiólogos, frecuentemente abordamos el espacio peridural y subaracnoideo, con la finalidad de instalar medicamentos y dejar catéteres para administración continua de anestésicos locales, opioides y adyuvantes.

Es por esto, que pondremos a su consideración lo importante que será establecer en nuestro país Unidades del Dolor Agudo, que dependan directamente de los servicios de anestesiología, con el objetivo de coordinar las diferentes actividades médicas, quirúrgicas y de enfermería que permitan tratar el dolor del paciente postoperados, estableciendo criterios y procedimientos estandarizados, que en base a las evidencias científicas y recomendaciones bibliográficas, sean altamente efectivos; dependiendo por supuesto del nivel de recursos y tipos de intervenciones quirúrgicas que se realicen en cada institución<sup>(5)</sup>.

En esta ocasión pondremos a su consideración, opiniones y debate como establecer y organizar una Unidad de Dolor

**Cuadro II.** Grado de recomendación.

Grado	Naturaleza de las recomendaciones
A	Basada en estudios clínicos de buena calidad y coherencia en los que se abordan las recomendaciones concretas y que incluyen al menos un ensayo aleatorizado
B	Basada en estudios clínicos bien realizados, pero sin ensayos clínicos aleatorizados
C	Emitida a pesar de la ausencia de estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables

Modificado de Sackett y cols<sup>(2)</sup>

Agudo en nuestros hospitales, que alternativas de control de dolor agudo perioperatorio existen tanto a nivel sistémico como peridural.

Una vez constituida y organizadas las Unidades de Dolor Agudo Perioperatorio, deberá establecerse la rotación de los médicos residentes de los servicios de Anestesiología y Cirugía, así como a todo aquel personal involucrado con el paciente postoperado como enfermería, inhaloterapia, psicólogos, camilleros, etc.

Si hubiera interés de rotar por la Unidad de Dolor Agudo Perioperatorio, por otros médicos o personal de otros servicios no directamente relacionados a la cirugía, deberá flexibilizarse el período de rotación, con la finalidad de mantener el interés y la buena práctica.

El objetivo es adquirir un conocimiento global del tratamiento del dolor agudo perioperatorio y de las modalidades terapéuticas disponibles. Deberemos fomentar la participación en reuniones y congresos sobre terapia del dolor y disciplinas relacionadas.

El objetivo terapéutico del dolor agudo es curativo; en el dolor crónico es pluridimensional, debiéndose abordar aspectos somáticos, psíquicos, laborales, familiares, espirituales, etc<sup>(6)</sup>.

¿Por qué debemos tratar en forma adecuada el dolor perioperatorio?, los objetivos son variados:

Mejorar la comodidad y satisfacción del paciente, facilitar la recuperación y la capacidad funciona, reducir la morbilidad perioperatoria, fomentar el egreso hospitalario en el menor tiempo posible.

El dolor postoperatorio debe tratarse adecuadamente para evitar complicaciones postoperatorias y la aparición de dolor crónico<sup>(7)</sup>.

Para esto, deberemos considerar a nuestro paciente desde la preparación preoperatoria, con una evaluación clínica adecuada y suficiente, identificar si en el preoperatorio se administraban medicamentos analgésicos y así prever el ajuste y continuación de la medicación para evitar un síndrome de abstinencia.

La medicación perioperatoria debe considerarse como una parte esencial de la analgesia multimodal, hay que evitar en lo posible la ansiedad y el miedo al dolor postoperatorio. Ésto reduce a su vez la cantidad de analgesia postoperatoria necesaria y conlleva un mejor y más eficaz tratamiento. Durante esta fase, los pacientes deben ser informados de las distintas opciones y métodos de analgesia postoperatoria, así como de sus efectos benéficos y adversos. Esto les permitirá tomar una decisión informada junto con sus médicos<sup>(8)</sup>.

El dolor, como cualquier otro síntoma o signo clínico, debe evaluarse adecuadamente. Su cuantificación debe realizarse mediante el uso de escalas, de las cuales, hay una gran variedad según los objetivos para los que se utilizan.

El dolor es subjetivo; esto significa que nadie mejor que el propio enfermo sabe si le duele y cuánto le duele; por lo tanto, siempre tenemos que contar con el paciente al hacer la valoración del dolor.

Pero al ser una sensación emocional subjetiva y desagradable, resulta muy difícil su evaluación, ya que no existe ningún signo objetivo que nos pueda medir con exactitud la intensidad del dolor. En contra de lo que generalmente se piensa, ninguno de los signos físicos tales como el aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria o cambios en la expresión facial que acompañan al fenómeno doloroso mantienen una relación proporcional a la magnitud del dolor experimentado por el paciente. Tampoco el tipo de cirugía y su nivel de agresividad siempre son proporcionales a la intensidad del dolor, es decir, que dos pacientes con el mismo tipo de intervención no tienen por qué sentir el mismo grado de dolor, y la actitud que cada uno de ellos puede presentar dependerá de su personalidad, su cultura o su psiquismo.

En un intento de superar todos estos inconvenientes para que la valoración del dolor sea individualizada y lo más correcta posible, se han ido creando y validando una serie de escalas de medida, aunque su principal inconveniente radica en que todas son subjetivas, lo que hace que sus resultados sean difíciles de evaluar, sobre todo en los pacientes con problemas de comunicación<sup>(9)</sup>.

A continuación, doy algunos ejemplos de ellas:

Escala de valoración verbal (EVV). Se trata de una escala de cinco puntos que describe el dolor como ausente, leve, moderado, intenso o muy intenso.

Escala analógica visual o escala visual análoga (EAV o EVA). Se trata de una línea recta, de 100 mm de longitud, en la que un extremo representa «ausencia de dolor» y el otro, «el dolor más intenso». El paciente pone una marca en la línea en el punto que refleja el grado de dolor experimentado.

Escala de valoración numérica (EVN). El dolor se valora numéricamente de 0 ausencia de dolor a 10 dolor intenso.

Expresión facial. Se trata de una escala de seis caras que muestran expresiones que varían entre la sonrisa y la tristeza. Se emplea con frecuencia en niños o pacientes que tienen dificultades de comunicación.

## ÍNDICES COMPLEJOS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR

Un ejemplo es el cuestionario de dolor de McGill; consta de 20 grupos de palabras para describir el dolor, entre las que elige el paciente siguiendo un protocolo específico.

Una evaluación adecuada del dolor perioperatorio puede dar lugar a un control más eficaz del dolor y a menos complicaciones postoperatorias<sup>(10)</sup>.

Para concluir, quiero definir el dolor según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP):

«El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión».

Esta definición se aplica a dolor agudo, dolor canceroso y dolor crónico no canceroso.

La IASP define el dolor agudo como un dolor de reciente comienzo y duración probablemente limitada, que generalmente tiene una relación temporal y causal con una lesión o enfermedad. Esto lo distingue del dolor crónico, el cual se define como dolor que persiste a lo largo de períodos más allá del tiempo de cicatrización de la lesión, frecuentemente sin una causa claramente identificable<sup>(10)</sup>.

## REFERENCIAS

1. Covarrubias GA. El manejo del dolor agudo postoperatorio: una década de experiencia. *Rev Mex Anest.* 2013;36:S179-S182.
2. Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (May 2001). Produced by Phillips B, Ball Ch, Et. Al: Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, Dawes M. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025> [accessed March 2010]
3. Bader P, Ehtle D, Fonteyne V, Livadas K, De Meerleer G, Paez Borda A, Papaioannou EG, Vranken JH. Guía clínica sobre el tratamiento del dolor. European Association of Urology 2010. Marzo 2009.
4. De Lille FR. Di no al dolor inútil. *Rev Mex Anest.* 2010;33:S215-S219.
5. Hernández HL. Experiencia Mexicana de la Unidad de Dolor Agudo: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Rev Mex Anest.* 2013;36:S176-S178.
6. Woolf CJ. ¿What is this thing called pain? *J Clin Invest.* 2010;120:3742-3744.
7. Kissin I, Gelman S. Chronic postsurgical pain: still a neglected topic. *J Pain Research.* 2012;5:473-489.
8. Searle RD, Simpson KH. Chronic postsurgical pain. Continuing education in anaesthesia. *Critical Care and Pain.* 2010;10:12-14.
9. Perkins FM, Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. *Anesthesiology.* 2000;93:1123-1133.
10. Muñoz JM. Manual de Dolor Agudo Postoperatorio. Hospital Universitario La Paz. Madrid, España. Editorial Ergon 2010. Capítulo 2. Evaluación y Medición del Dolor, pp. 9-11.