



DOLOR

Vol. 38. Supl. 1 Abril-Junio 2015

pp S175-S176

Manejo perioperatorio del paciente con uso crónico de opioides

Dra. María Fernanda Arboleda-Castro

Cada vez es más frecuente encontrar pacientes con dolor y uso crónico de opioides en el contexto perioperatorio. El Instituto de Medicina estimó que para 2011, había 100 millones de individuos con dolor crónico en los Estados Unidos, y muchos de estos sujetos con dolor requieren de intervenciones quirúrgicas que los obligan a experimentar dolor agudo postoperatorio⁽¹⁾. Por otra parte, en estudios europeos el 19% de los adultos reportan que viven con dolor crónico⁽²⁾. Además, el uso de opioides también ha incrementado sustancialmente en los últimos años, llegando a ser de hasta el 7% del total de prescripciones en 2009 en Estados Unidos, sobre todo en los adultos mayores de 65 años⁽¹⁾.

Muchas veces, el anestesiólogo debe enfrentarse a dosis no usuales y elevadas de opioides potentes tales como morfina, fentanyl transdérmico y metadona, entre otros, lo cual dificulta o complica el manejo intraoperatorio y postoperatorio de estos pacientes. Además, hay desconocimiento acerca de las dosis equianalgésicas de opioides, y los posibles efectos que se pueden desencadenar por síndromes de abstinencia en pacientes que han desarrollado tolerancia a opioides debido a su uso crónico, lo cual finalmente resulta en un mal control del dolor en el postoperatorio. Algunos estudios demuestran que estos pacientes pueden requerir dosis hasta cuatro veces mayores en el postoperatorio comparado con pacientes vírgenes a opioides, y aun así, se mantienen infradosificados por desconocimiento o miedos no fundamentados o mal justificados por parte del clínico⁽³⁾. El manejo efectivo y seguro del dolor en estos pacientes puede significar un reto y una responsabilidad crítica para el equipo de salud.

Durante la valoración preanestésica es fundamental identificar a aquellos pacientes que padecen de dolor crónico. Se considera que el dolor crónico es aquel que persiste o se prolonga más allá del período esperado de recuperación. Sin embargo, para que se establezca un lenguaje común que

facilite una mejor comunicación, la IASP (*International Association for the Study of Pain*) lo define como aquel dolor mayor a tres meses⁽⁴⁾. Una vez establecida la presencia de dolor crónico, se debe realizar una historia clínica enfocada al dolor que presenta el individuo, y registrar cuáles son los fármacos que se encuentra recibiendo para el tratamiento del dolor crónico, y en este caso, es de vital importancia establecer las dosis del opioide que esté consumiendo en 24 horas. Al obtener esta información, el anestesiólogo puede reconocer la probabilidad para desarrollar tolerancia opioide, y anticiparse a posibles interacciones medicamentosas y efectos secundarios. Esta evaluación, también permite al médico la oportunidad de desarrollar el plan que más convenga al paciente para su manejo perioperatorio, y así evitar que se presenten brechas analgésicas y por lo tanto, que el dolor se descontrolle en el postoperatorio. Es más frecuente que se presenten estas brechas analgésicas cuando el paciente con dolor no recibe la mañana previa a la cirugía, la dosis del opioide que ha estado consumiendo de forma crónica, y el anestesiólogo no compensa esta dosis omitida. Lo anterior ocurre hasta en 1/4 de los pacientes que son llevados a cirugía. Es por esto que es importante asegurarse que el paciente ingiera su dosis usual de opioide en el prequirúrgico, y tenerla en cuenta para el cálculo adecuado de la prescripción de opioide en el postoperatorio^(2,3).

Otras de las recomendaciones específicas a tener en cuenta para el manejo perioperatorio de estos pacientes, es utilizar analgésicos no opioides (paracetamol, AINE) como parte del manejo multimodal para el control del dolor agudo postoperatorio que se sobrepone al dolor crónico preexistente en este individuo. Además, es conveniente y altamente recomendable interconsultar a expertos en medicina del dolor, para que optimicen el manejo analgésico de este paciente, y desarrollen un plan pertinente para el manejo ambulatorio en casa. Estudios demuestran que sólo en el 28% de los casos se realiza intercon-

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

sulta a los expertos en el manejo del dolor⁽¹⁾, lo cual demuestra desconocimiento en los beneficios que esto puede traer al paciente para un mejor control del dolor durante el perioperatorio.

No hay que confundir tolerancia con otros términos tales como dependencia o adicción. Ésta se refiere al fenómeno que se produce por exposición a un medicamento que resulta en disminución de un efecto, o la necesidad de dosis mayores para alcanzar el mismo efecto. La tolerancia a opioides se caracteriza por una menor duración e intensidad de la analgesia, euforia, sedación, y otros efectos causados por depresión del sistema nervioso central, e indica una adaptación farmacológica predecible. Es bien conocido que las dosis elevadas de opioide pueden generar depresión respiratoria y somnolencia, entre otras complicaciones, las cuales son dosis dependientes. Sin embargo, en el paciente con uso crónico de opioides, al prescribir dosis dos o hasta cuatro veces mayores de las habituales para el control del dolor agudo postoperatorio, lo más probable es que ya se haya desarrollado tolerancia a estos efectos^(1,3).

Por otra parte, algunos estudios demuestran que pacientes que se encuentran utilizando parches transdérmicos que con-

tienen opioides tales como buprenorfina o fentanyl, pueden continuar con éstos durante el perioperatorio. Sin embargo, el manejo del dolor agudo postoperatorio no debe ser titulado con estos parches, y hay que tener precaución en los pacientes que presenten cambios importantes en la temperatura corporal, pues la farmacocinética del opioide se puede ver modificada y su absorción llega a ser impredecible.

La comunicación entre los servicios de cirugía, anestesiología y medicina del dolor, debe fluir de la mejor forma posible para detectar y evitar descontrol de los síntomas en este grupo de pacientes. No hay que desconocer que la persona que ya vive con dolor, muy probablemente se encuentra ansiosa porque sabe que el acto quirúrgico puede descompensar y alterar el control que ya se había logrado previamente con los opioides. De hecho, más del 50% de los pacientes con dolor crónico experimentan problemas de ansiedad⁽²⁾. Por lo tanto, es indispensable involucrar al paciente en el plan que se pretende instaurar para el manejo perioperatorio de su dolor, y establecer metas y expectativas realistas que permitan el mejor confort para el individuo, comprometiéndolo y alentándolo a una mayor adherencia terapéutica.

REFERENCIAS

1. Mahatharanuk M, Hitt J, de Leon-Casasola OA. Perioperative management of the opioid tolerant patient for orthopedic surgery. *Anesthesiology Clin.* 2014;32:923-932.
2. Farrell C, McConaghy P. Perioperative management of patients taking treatment for chronic pain. *British Medical Journal.* 2012;344:e41-48.
3. Dykstra K. Perioperative pain management in the opioid-tolerant patient with chronic pain: an evidence-based practice project. *Journal of PeriAnesthesia Nursing.* 2012;27:385-392.
4. Morris W, Goucke R. Essential pain management: workshop manual. Australia-Nueva Zelanda: Faculty of Pain Medicine ANZCA; 2011.