



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Dolor agudo postoperatorio. La necesidad de su correcto tratamiento

Acute post-surgical pain. The need for its correct treatment

El dolor es un síntoma que expresa la persona, o el paciente, como algo desagradable, a veces tanto que se convierte en un enorme sufrimiento con el que es difícil convivir. En la mayoría de las ocasiones, el síntoma dolor está relacionado con una lesión o una enfermedad. No obstante, el dolor como síntoma que expresa el paciente es el resultado de un proceso “elaborado y complejo” propio de cada persona, variable en el tiempo y que puede aumentar o disminuir por diferentes motivos, como el estado de ánimo, su actividad física o incluso por otras experiencias vividas con anterioridad¹. Todo esto nos puede hacer entender la dificultad que entraña en muchas ocasiones el tratamiento del dolor agudo y crónico.

Si trasladamos esto al dolor agudo postoperatorio, todo parece más fácil, pues nos encontramos ante un síntoma que acompaña a un proceso conocido y hasta cierto punto esperado, relacionado directamente con una lesión tisular, limitado en el tiempo y con tratamientos analgésicos al alcance de la mayoría de hospitales o centros donde se realiza el proceso.

Pero a pesar de estas premisas, el dolor agudo postoperatorio sigue siendo una asignatura pendiente en la mayoría de países desarrollados, donde la medicina ha avanzado enormemente en los últimos 30 años.

Esta reflexión es fruto de diversos estudios realizados en varios países europeos, donde la prevalencia del dolor postoperatorio sigue siendo alta, demasiado alta²⁻⁴.

Las causas atribuidas a su alta prevalencia son varias, pero las más importantes se derivan de:

1. Escasa importancia al síntoma dolor durante el período postoperatorio y a su repercusión.
2. Poca objetivación de la intensidad del dolor y del tipo de dolor que presenta el paciente durante el ingreso hospitalario.
3. Mal uso de los fármacos analgésicos o coadyuvantes.
4. Escaso conocimiento de las técnicas de analgesia regional u otras técnicas analgésicas alternativas.

Si nos centramos en el primer punto, y quizá el más importante, para después poder entender la gravedad de un mal tratamiento del dolor, varias son las alteraciones que el

paciente puede presentar si la intensidad del dolor es elevada. Estas alteraciones van a influir en gran manera en una correcta recuperación funcional del paciente intervenido. Lógicamente, cuanto más importante sea el accionar quirúrgico más necesidad tendrá el paciente de un intenso y efectivo tratamiento del dolor, ya que puede influir más en la morbilidad del postoperatorio pues la respuesta sistémica a la agresión quirúrgica será más importante. Tales respuestas son las siguientes: a) activación del sistema nervioso simpático; b) aumento de la respuesta neuroendocrina al estrés quirúrgico, y c) cambios inflamatorios inmunológicos. Esto puede producir respuestas adversas en diferentes órganos, de éstas las más relevantes son los aumentos de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, la disminución de la motilidad gastrointestinal, la disminución de la capacidad residual funcional y la capacidad vital y el aumento de las hormonas del estrés, básicamente la glucosa⁵.

Su fisiopatología es compleja, pero debemos saber que el dolor postoperatorio se genera mediante dos mecanismos^{6,7}:

- Mecanismos directos: por sección de terminaciones nerviosas a la altura de las diferentes estructuras afectadas por la manipulación quirúrgica.
- Mecanismos indirectos: por liberación de sustancias algógenas capaces de activar o sensibilizar los receptores (nociceptores) encargados de procesar la sensación nociceptiva (sensación de dolor).

A partir de estos diferentes mecanismos se originan una serie de impulsos nociceptivos que, al alcanzar el sistema nervioso central, desencadenan toda una reacción en cascada que afecta varios órganos y sistemas (respiratorio, cardiocirculatorio, digestivo y endocrino-metabólico), lo que define la reacción del organismo frente al accionar quirúrgico.

Así pues, el dolor postoperatorio aparece fundamentalmente como consecuencia de la estimulación nociceptiva resultante del accionar quirúrgico sobre los distintos órganos y tejidos, aunque en el período postoperatorio pueden existir otras fuentes de dolor (distensión vesical o intestinal, espasmos musculares, lesiones nerviosas secundarias a

tracciones durante el acto operatorio o enfermedades médicas diversas) que se suman al dolor postoperatorio propiamente dicho, lo que puede dificultar su tratamiento.

El segundo punto que debe tenerse en cuenta y que es de uso obligado es la valoración de la intensidad del dolor durante el período del postoperatorio. Si no hacemos «visible» el dolor, no lo podemos tratar y para eso existen métodos que deben usarse para que este síntoma se observe como una constante más en el postoperatorio⁴. Este parámetro que parece obvio no es siempre utilizado y, por supuesto, es el primer índice de control de calidad cuando se evalúa la intensidad del dolor en el postoperatorio. Si no sabemos si duele, ¿«qué debemos hacer?».

Con respecto a los posibles tratamientos para aliviar el dolor en el período del postoperatorio, la primera premisa sería utilizar aquéllos disponibles con altas pruebas de efectividad en el proceso que presenta el paciente^{8,9}, manteniendo un buen perfil de seguridad.

Para esto, las guías o recomendaciones que se elaboren deben tener presente tanto el tipo de proceso (accionar quirúrgico) como el entorno del paciente (medidas de control y enfermedad asociada).

Por último, cabe remarcar la importancia del buen control del dolor en la cirugía abdominal, donde la rápida recuperación funcional es el principal objetivo.

Es por esto que adecuar los fármacos analgésicos con dosis precisas y pautas fijas con rescates si es necesario y sobre todo conocer la bondad de las técnicas combinadas en cirugía de alto impacto en dolor, es no sólo recomendable sino necesario para el beneficio final del paciente postoperado^{10,11}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wolf CJ. Recent advances in the pathophysiology of acute pain. *Br J Anaesth*. 1989;63:139-46.
2. Puig MM, Montes A, Marrugat J. Treatment of postoperative pain in Spain. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2001;45:465-70.
3. Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. *Br J Anaesth*. 2002;89:409-23.
4. Bolívar I, Català E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Rev Esp Anesthesiol*. 2005;52:131-4.
5. McMain L. Principles of acute pain management. *J Perioper Pract*. 2008;18:472-8.
6. Zahn P, Pogatzki E, Brennan T. Mechanisms of pain caused by incisions. *Reg Anesth Pain Med*. 2002;27:514-6.
7. Kidd BL, Urban LA. Mechanisms of inflammatory pain. *Br J Anaesth*. 2001;87:3-11.
8. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery and challenges in postoperative recovery. *Lancet*. 2003;362:1921-8.
9. Pyati S, Gan TJ. Perioperative pain management. *CNS Drugs*. 2007;21:185-211.
10. Bonnet F, Marret E. Influence of anaesthetic and analgesic techniques on outcome after surgery. *Br J Anaesth*. 2005;95:52-8.
11. Sommer M, De Rijke JM, Van Kleef M, Kessels AGH, Peters ML, et al. The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients. *Eur J Anaesth*. 2008;25:267-74.

Elena Català Puigbò y M^aVictoria Moral García
Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor,
Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau,
Barcelona, España
Correo electrónico: ecatala@santpau.cat (E. Català Puigbò)

0009-739X/\$ - see front matter

© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.03.024