

RECOMENDACIONES GENERALES

Vol. 42, No. 3 Julio-Septiembre 2019

pp 173-174

Problemática actual de dolor crónico por insuficiente manejo de dolor agudo postoperatorio

Dr. Orlando Carrillo-Torres,* Dra. Fabiola Brito-Ramírez**

* Adscrito al Servicio de Anestesiología.

** Jefa del Servicio de Anestesiología.

Hospital General de México
«Dr. Eduardo Liceaga».Colaborador de Red Mexicana PAIN OUT.
<http://www.painoutmexico.com>*Solicitud de sobretiros:*Dr. Orlando Carrillo-Torres
Av. Cuauhtémoc Núm. 590 Int. 204,
Col. Narvarte Poniente, 03020,
Benito Juárez, Ciudad de México, México.
E-mail: orlo_78@hotmail.com

Recibido para publicación: 15-01-2019

Aceptado para publicación: 11-03-2019

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

En la actualidad, la mayor parte del tratamiento para los pacientes intervenidos quirúrgicamente se centra en el manejo nociceptivo transanestésico y en la modulación del dolor en el postanestésico; pero existe una problemática existente llamada dolor crónico postoperatorio, que presenta aún una necesidad de mejora en la terapéutica médica.

Palabras clave: Dolor crónico, dolor agudo, postoperatorio.

ABSTRACT

At present, most of the treatment for surgically treated patients is focused on transanesthetic nociceptive management and modulation of pain in the postanesthetic; but there is an existing problem called postoperative chronic pain that still presents a need for improvement in medical therapy.

Keywords: Chronic pain, acute pain, postoperative.

El dolor postquirúrgico en México como en varios países continúa siendo un problema muy relevante por la falta de metodología en el abordaje y tratamiento durante el perioperatorio. El 96% de los pacientes postoperados lo presenta; de los cuales, el 62% lo refiere de moderado a severo en intensidad^(1,2).

Existen tres tipos de barreras que dificultan el control eficaz del dolor: a) deficiencias de conocimiento, b) actitudes erróneas, c) deficiencias metodológicas⁽³⁾.

Para el diagnóstico de dolor crónico postoperatorio se toman en cuenta los siguientes criterios: 1. Se desarrolla después de un evento quirúrgico, 2. Persiste por al menos dos meses después de la cirugía, 3. Se localiza en el sitio quirúrgico, 4. La posibilidad de que el dolor sea producido por una causa preexistente ha sido excluida, 5. Otras causas de dolor han sido excluidas⁽¹⁾.

Se ha sugerido que para evitar perpetuar el dolor la protección antinociceptiva proporcionada por el tratamiento

preventivo se debe mantener durante el período perioperatorio para cubrir la fase inflamatoria⁽⁴⁾. Se han usado opioides intravenosos, bloqueos de nervios periféricos, infiltración local de sitio quirúrgico, administración epidural de opioides y anestésicos locales, así como combinaciones multimodales, la administración de antiinflamatorios no esteroideos sistémicos y antagonistas de receptores N-metil-D aspartato (NMDA)⁽⁵⁾.

ÍNDICE PREDICTIVO

En México se han realizado algunos índices predictivos, pero aún no se han publicado, aunque existen para el abordaje preventivo del dolor crónico postoperatorio diversos instrumentos, uno de ellos es el índice predictivo propuesto por Lavand'homme que se clasifica de 0 a 5 puntos (Cuadro I).

Para evitar o disminuir la posibilidad de cronificación de dolor agudo, es recomendable el enfoque preventivo, el cual

Cuadro I. Índice de Lavand'homme.

Características	Puntaje
Dolor preoperatorio en el sitio quirúrgico	1
Dolor crónico independiente al sitio quirúrgico	1
Una o varias comorbilidades (depresión, ansiedad, catastrofización, trastornos del sueño)	1
<i>Burnout</i> por parte del equipo quirúrgico	1
Dolor con EVA mayor de 5	1

Realizado por Orlando Carrillo-Torres y Fabiola Brito-Ramírez del Servicio de Anestesiología del Hospital General de México.

La evaluación del riesgo se realiza mediante la sumatoria de puntos (0 = 12%; 1 = 30%; 2 = 37%; 3 = 68%; > 4 = 70%) (sensibilidad 60%, especificidad 83%).

es actualmente más sencillo de realizar gracias a las mejoras tecnológicas, la seguridad y eficacia de los fármacos utilizados. Es decir, utilizar los recursos durante el período transanestésico para disminuir el dolor postoperatorio inmediato, pero mante-

niendo durante las siguientes horas un control adecuado del dolor. Pero resultados de investigaciones demuestran que, a pesar de la preparación y los conocimientos durante la formación, hace falta mayor actualización para el manejo del dolor agudo postoperatorio y la prevención de dolor crónico⁽⁵⁾. También es cierto que no solamente el Servicio de Anestesiología/Algología es el responsable en el abordaje del problema, así que es necesaria la integración de un equipo multidisciplinario conformado por cirujanos, internistas, psicólogos, psiquiatras, rehabilitadores, entre otros, que compartan la responsabilidad de la atención y manejo del dolor.

CONCLUSIONES

Es necesaria la pronta capacitación en el personal que interviene para el manejo del dolor, la evaluación individual de los pacientes, utilizando algoritmos de práctica por cada tipo de cirugía que demuestren eficacia con evidencia clínica; pero sobre todo, hacer conciencia de la probabilidad de la conversión de dolor agudo a crónico ante la falta de una adecuada terapéutica.

REFERENCIAS

1. Covarrubias-Gómez A, Templos-Esteban LA, Castro-Garcés L, Ponce-Uscanga E. ECO-AADAP: dolor crónico postoperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2017;40:S325-S329.
2. Sada T, Delgado E, Castellanos A. Prevalencia del dolor posoperatorio en cirugía selectiva de pacientes del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*. 2011;18:91-97.
3. Soler E, Faus S, Montaner A. El dolor postoperatorio en la actualidad: un problema de calidad asistencial. *Farmacia Hospitalaria*. 2000;24:118-175.
4. Ribera H, Esteve N, Garrido JP. La transición de dolor agudo posoperatorio a crónico: ¿qué sabemos? *Revista de la Sociedad Española de Dolor*. 2012;19:197-208.
5. Cochaud C, Rodríguez R. Dolor crónico postoperatorio: factores predictivos y prevención. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2014;71:745-753.