

Dolor postoperatorio y Unidades de Dolor Agudo

Hasta hace unos años el tratamiento del dolor postoperatorio ha sido un gran olvidado a pesar de disponer de conocimientos suficientes en la fisiopatología y en la transmisión e interrupción del dolor, y sobre los fármacos y la tecnología necesaria para su administración. Para subsanar esta situación creada por el hecho de ser un dolor secundario a la cirugía, así reconocido incluso por los pacientes, y por su temporalidad limitada a la duración de la curación de la intervención quirúrgica, se encauzó el interés de los anestesiólogos por el tratamiento de este tipo de dolor hacia la creación de las Unidades de Dolor Agudo (UDA). Las UDA empiezan a implantarse hace aproximadamente 20 años, aunque en nuestro país, excepto en un número muy limitado de hospitales, empiezan a gestionarse, planificarse y ponerse en marcha a partir del año 2000, como tuvimos ocasión de comprobar en el V Congreso de la SED (Salamanca, 2002) con presentación de 8 comunicaciones sobre implantación y 36 sobre tratamiento y protocolos de dolor postoperatorio, lo cual es realmente un motivo de alegría por el avance que significa para nuestra especialidad. Estas unidades, cuyo objetivo principal es el tratamiento y el alivio del dolor agudo postoperatorio, nacen no sólo por razones humanitarias sino para mejorar la calidad asistencial repercutiendo en un beneficio de la salud. Ya desde la formación de la primera UDA se puso de manifiesto que el cumplimiento de este objetivo redundaría en una mejora del confort y la satisfacción del paciente, limitando y atenuando la repercusión de la agresión anestésico-quirúrgica, disminuyendo las potenciales complicaciones postoperatorias y con ello la morbilidad, facilitando así la recuperación del paciente con una movilización y una rehabilitación más precoces y, probablemente, acortando la estancia hospitalaria y los costes. Sería incorrecto e incluso iluso por nuestra parte atribuir esta mejoría global exclusivamente al hecho de haber tratado adecuadamente el dolor o de haber evitado su aparición ya que, hay que tener en cuenta y no olvidarlo, el tratamiento va en paralelo con los avances en las técnicas quirúrgicas (endoscópicas) que actualmente son un factor importante de influencia, disminuyendo la agresión y consecuentemente favoreciendo una mejor evolución postquirúrgica.

Nos equivocáramos si al implantar una UDA nuestra decisión se basara en elegir a unos anestesiólogos con mayor o menor preferencia por el tratamiento del dolor y que realizaran el seguimiento a los pacientes al finalizar su tarea en el área quirúrgica; por el contrario, ha de proveerse de un sistema organizado, según los recursos de cada institución, para lograr un nivel apropiado de cuidados y de monitorización en el periodo postoperatorio con la responsabilidad diaria del control, seguimiento y manejo del dolor; este sistema organizado sólo puede ser eficaz si lo incluimos dentro de un programa específico de tratamiento del dolor postoperatorio. En nuestro país este programa puede basarse en el modelo descrito por las UDA ya establecidas en Europa,

con la adaptación a los recursos de cada centro, simplemente porque es el modelo que más se ajusta a nuestra realidad económica, sin que sea necesario que cada nueva implantación de una UDA en un hospital genere un sistema diferente (1). En nuestra experiencia, los puntos clave de este programa radican en el personal que lo lleva a término y en la formación. Este modelo de UDA se basa en un anestesiólogo con dedicación a tiempo completo que supervisa a enfermeras con un papel muy destacado, y en la formación y docencia que debe dirigirse a todo el personal tanto el integrante específico de la UDA (médicos, enfermeras,...) como el relacionado con los pacientes quirúrgicos. Esta formación es aconsejable combinarla con la elaboración de protocolos y guías clínicas, la evaluación seria y formal de la intensidad del dolor postoperatorio, el registro sistemático de los datos, y con la selección, información y adiestramiento de los pacientes respecto a la técnica analgésica que van a recibir, con el propósito de conseguir su colaboración (2).

El control en el manejo y en el tratamiento del dolor postoperatorio por una UDA lleva aparejado el aumento del uso de técnicas complejas, como la colocación de catéteres epidurales –de la que hay la evidencia como la mejor técnica de administración (3)– para analgesia en bolus, perfusión o PCEA, con opioides y/o anestésicos locales, la PCA endovenosa, las perfusiones continuas de opioides por vías endovenosa y subcutánea y el manejo de bloqueos de plexos con perfusiones continuas de anestésicos locales. La utilización de estos tratamientos nos obligarán a disponer de mejor conocimiento, información y actualización en el empleo de técnicas y de fármacos, lo que favorecerá el intercambio de información entre los anestesiólogos de la Unidad y de quirófano. Además la complejidad inherente a las técnicas comporta un aumento de los cuidados postoperatorios por los posibles efectos secundarios derivados del incremento de dosis de fármacos analgésicos y de la propia técnica empleada.

Al consultar las últimas revisiones en forma de metaanálisis del tratamiento del dolor postoperatorio se constata que existe evidencia que tras la introducción de la UDA hay una mejora en el tratamiento del dolor postoperatorio, con un mayor grado de alivio de este pero persiste todavía un número limitado de pacientes con un cierto grado de dolor, incluso severo en condiciones dinámicas, y que esta mejora a pesar del incremento en la administración de las dosis de analgésicos, muy especialmente en las de los opioides, no se corresponde con un aumento paralelo en la aparición de efectos adversos sino que, por el contrario, hay una disminución de las náuseas y vómitos postoperatorios y una mejora en el funcionalismo respiratorio. Simultáneamente aparece un elevado grado de satisfacción respecto al tratamiento del dolor recibido con la UDA por parte de la gran mayoría de los pacientes, incluidos aquellos que todavía manifiestan un grado de dolor severo. Esta falta de paralelismo entre la gran satisfacción del paciente y el alivio no completo del dolor en algunos casos, hechos aceptados y asumidos por todos los que llevamos tiempo en una UDA, podríamos relacionarla más bien con aspectos psicosociales y de comunicación y relación entre el paciente y el equipo que le trata, antes que con aspectos técnicos, y con la constatación que para el enfermo la percepción de la calidad de la analgesia postoperatoria depende en gran medida de la intensidad de los efectos adversos (4). A la vista de estas evidencias ¿podemos cuestionarnos la eficacia de la UDA?, en nuestra experiencia la UDA no ha de ser valorada en términos de satisfacción-más o menos persistencia de dolor, sino que el reflejo de su eficacia sería la disminución de la morbilidad y de la estancia hospitalaria, que justificaría seguir prestando este servicio a los pacientes postoperados y no abandonar en un momento en que precisamente el interés por el tratamiento del dolor postoperatorio es cada vez más evidente como han puesto de manifiesto

Aguilar y cols. en una reciente editorial en el 10º aniversario de esta revista (5). La mejoría del confort de los pacientes es el objetivo que compartimos y debemos estimular a todos aquellos que trabajamos en esta especialidad.

E. Chabás

Unidad de Dolor Agudo. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. Barcelona

BIBLIOGRAFÍA

1. Chabás E, Anglada MT, Bogdanovich A, Taurá P, Gomar C. Puesta en marcha de una unidad de dolor agudo postoperatorio de bajo coste. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 1998; 45: 401-2.
2. Chabás E, Gomar C. Unidad de dolor agudo postoperatorio. En: Torres LM. *Tratado de Cuidados Críticos y Emergencias*. Madrid: Arán Ediciones SL 2001. p. 371-90.
3. Dolin SJ, Cahsman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: Evidence from published data. *Br J Anaesth* 2002; 89: 409-23.
4. Werner MU, Soholm L, Rotboll-Nielsen P, Kehlet H. Does an Acute Pain Service improve post-operative outcome? *Anesth Analg* 2002; 95: 1361-72.
5. Aguilar JL, Peláez R, Domingo V. Analgesia regional postoperatoria. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 1-3.