

Control del dolor agudo postoperatorio

En los últimos tiempos el interés general en el control del dolor agudo ha crecido exponencialmente. Esto ha motivado la aparición de las Unidades para Manejo de Dolor Agudo, y desde 1992 organizaciones como la del U.S. Department of Health and Human Services y la Sociedad Americana de Anestesiólogos ha publicado normativa tendiente a sistematizar el manejo del dolor agudo de diverso origen.^{2,6} Estas organizaciones coinciden en algunos objetivos prioritarios comunes. Estos son: (a) la reducción de la incidencia y severidad del dolor agudo posquirúrgico y postraumático; (b) la educación a los pacientes sobre la necesidad de comunicar la presencia de dolor no aliviado para que puedan recibir evaluación y tratamiento oportunos; (c) el aumento de la comodidad y satisfacción del paciente y (d) la reducción e incidencia de las complicaciones postoperatorias. Asimismo entre los efectos negativos de este problema se citan que contribuye a incomodidad del paciente, contribuye a períodos de recuperación más prolongados y genera mayores costos sanitarios.

El dolor agudo postoperatorio es un problema de una prevalencia muy importante en todo el mundo. La situación en la literatura^{2,7} no es muy diferente a la reportada en el trabajo de Sáenz que aparece en este número de la revista.¹ Se reporta que hasta un 75% de los pacientes han referido dolor en el postoperatorio por causa de prescripción insuficiente, recibiendo únicamente un 21.5% de la dosis prescrita.

Además de esto, y como bien lo plantea la autora en el mismo trabajo, el dolor en cuestión se considera agudo, intenso e inservible. Otro hecho no menos importante es que es totalmente predecible. Es decir, es axiomático que todo procedimiento quirúrgico va a ir acompañado de dolor en el postoperatorio, de intensidad variable.

Dados estos hechos, ¿que encontramos detrás de una prevalencia tan elevada del dolor agudo postoperatorio? ¿Cómo podemos explicar la utilización de esquemas tan variados como inefectivos en controlar el dolor?

Smith y Moote⁴ lo consideran en buena parte más como un problema de actitud que de falta de medios para enfrentarlo. Esta afirmación es claramente aplicable a nuestro medio, ya que la disponibilidad de analgésicos potentes y de grupos farmacológicos diferentes es una realidad a nivel nacional. Es cierto que existen limitaciones tecnológicas importante aún en los

hospitales nacionales, pero los resultados ofrecidos en el trabajo¹ sugieren un desconocimiento de aspectos elementales de la farmacología de dichos medicamentos, aplicada específicamente al control del dolor agudo postoperatorio. El desarrollo de esta actitud debe iniciarse en la educación universitaria de medicina y enfermería, y debe orientarse a inculcar la necesidad de elaborar un plan bien fundamentado por parte de los involucrados en el manejo perioperatorio del paciente quirúrgico en cuanto al control adecuado del dolor.

En busca de razones para la utilización de los diferentes esquemas de tratamiento analgésico cabe considerar el temor histórico (desconocimiento farmacológico) al uso de los analgésicos opioides por sus efectos secundarios (adicción, depresión respiratoria, náuseas, vómitos, liberación de histamina, retención urinaria, hipotensión). Otra razón puede ser la intención, no cumplida según lo demuestra el presente trabajo, de utilizar una técnica de "analgésia balanceada",³ en la cual se mezclan analgésicos de dos grupos farmacológicos diferentes (opioides y AINES) disminuyendo la dosis total de ambos, con el objeto de disminuir la incidencia de los efectos secundarios. Otros problemas citados⁷ como frecuentes son los problemas de dosificación (intervalo y/o dosificación inadecuados), la tendencia a subestimar la intensidad del dolor por parte del personal médico y paramédico, falta de responsabilidad hacia un manejo adecuado del dolor, y la dependencia de técnicas unimodales para control del dolor (solo la administración parenteral, p. ej).

El problema del dolor agudo postoperatorio es vasto, y el trabajo de la Dra. Sáenz Campos tiene la virtud de que por medio de un diseño sencillo y claro nos da una perspectiva más profunda⁸ de la situación nacional en este campo, donde definitivamente queda mucho camino por recorrer.

Rodrigo Gutiérrez G.
Servicio de Anestesiología
Hospital México

Referencias

1. Sáenz Campos D. Control del Dolor en el Postoperatorio Inmediato y Análisis de la Prescripción de Analgésicos en el Hospital San Juan de Dios. Acta Med Costarric 1999; 41 (4): 16-22.
2. Warfield CA, Kahn CH. Acute Pain Management Programs in U.S. Hospitals and Experiences and Attitudes among U.S. Adults. Anesthesiology 1995; 83(5): 1090-1094.
3. Dahl JB; Kehlet H. Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: Rationale for Use in Severe Postoperative Pain. British Journal of Anaesthesia 1991; 66(6):
4. Smith AF, Moote CA. The prevention of postoperative pain: shouldn't it begin at medical school? Correspondence; Canadian Journal of Anaesthesia 1995; 42(3).
5. Kehlet H. Editorial: Postoperative pain relief- what is the Issue? British Journal of Anaesthesia 1994; 72(4):
6. American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Acute Pain Section, Anesthesiology 1995; 82:1071-1091.
7. Moote CA. The prevention of postoperative pain. Can J Anaesth 1994; 41 (6): 527-533.
8. Sáenz Campos D, Gamboa Flores A. Control del Dolor en el postoperatorio inmediato y análisis de la prescripción de analgésicos. Acta Med Costarric 1998; 40(2): 24-29.