

Dolor postoperatorio agudo: el pan nuestro de cada día

Acute After-Surgery Pain: Our Daily Bread

Dra. Sahily Irene López Rabassa; Dr. Gonzalo González Santos Rodríguez; Dr. Jorge Luis Machado García; Dr. Manuel Arturo de León Ortiz; Dr. Delimir Álvarez Rodríguez

Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

El dolor, aunque es fácilmente identificable y reconocido, resulta difícil de conceptualizar y constituye un importante impulsor de las ciencias de la salud. Por otro lado, el dolor agudo postoperatorio en particular, es predecible ya que se origina de una agresión planificada deliberadamente, es por ello que responde a las expectativas de los pacientes quirúrgicos y puede ser prevenido para lograr una rápida recuperación, libre de complicaciones. El objetivo de esta revisión es definir la modalidad sensorial, analizar los conceptos erróneos y mitos que rodean la terapéutica del dolor, los factores que incrementan su severidad, la repercusión del mismo, así como los métodos para su objetiva evaluación y clasificación.

DeCS: DOLOR POSTOPERATORIO/clasificación.

ABSTRACT

Pain, though easy to identify and recognized, proves difficult to conceptualize. Pivotal for healthcare science as it is, pain, acute postoperative pain in particular, is predictable inasmuch as it results from a deliberate aggression. And as it responds to the surgery patient's expectancies, it can be prevented for the sake of a rapid, free-from complication recovery. The present review of literature aims at defining the sensorial modality, at analyzing the misconceptions and myths surrounding pain therapeutics, the severity-increasing factors and their repercussion as well as the methods for pain classification.

DeCS: POSTOPERATIVE PAIN/classification.

INTRODUCCIÓN

La existencia del dolor, considerado como síntoma o enfermedad, está íntimamente relacionada con el género humano. Aunque es identificado y reconocido, su conceptualización es difícil de precisar. La Asociación Internacional para el estudio del dolor lo define como una experiencia sensorial y emocional displacentera, asociada a un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de daño tisular.¹⁻⁴ Actualmente, el desconocimiento y la presencia de errores y prejuicios impiden llegar a su correcto tratamiento.^{5,6}

El dolor agudo postoperatorio fue señalado por la American Association of Anesthesiologists (ASA) en 1995, como la sensación que está presente en el paciente quirúrgico debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y sus complicaciones, o a una combinación de ambos.^{7,8}

El dolor postoperatorio es predecible, por cuanto es el resultado de una agresión planificada y deliberada, que aparece al inicio de la intervención y que finaliza con la curación de la enfermedad quirúrgica que lo ha generado.^{5,7,9} Su tratamiento y prevención es uno de los pilares más importantes para responder a las expectativas de los pacientes, así como lograr una recuperación rápida y libre de complicaciones,^{6,7} pero todavía, en las salas de hospitalización, la imagen clásica del enfermo

postoperado, sudoroso, demacrado, con miedo a la movilización y a respirar, dista mucho de estar erradicada.

Los resultados de la bibliografía son concluyentes, indican una incidencia de dolor moderado a severo en el 70 % de los pacientes, llegan incluso al 90 % de los enfermos, que lo refieren con una intensidad suficiente como para impedir el sueño, la alimentación o los movimientos libres.^{4, 9, 10}

El objetivo de la presente revisión bibliográfica es exponer los conceptos erróneos y mitos que rodean la terapéutica del dolor, los factores que incrementan su severidad, la repercusión, evaluación y clasificación del dolor, que dificultan llegar a un correcto tratamiento.

DESARROLLO

Entre los errores de conceptos, tabúes y mitos que rodean al tratamiento del dolor se encuentran:^{3, 5, 6, 10}

- El dolor es una consecuencia inevitable de la cirugía.
- El dolor postoperatorio es desagradable, pero inofensivo.
- El alivio del dolor puede ocultar signos de complicaciones quirúrgicas y por ello resulta peligroso.
- No es que el enfermo realmente tenga dolor, sino que se queja de dolor y si algunos lo soportan, puede ser soportable por todos.
- Los métodos empleados para el alivio del dolor pueden generar sus propias complicaciones, por lo que es mejor evitarlos en la medida de lo posible.
- El dolor postoperatorio tiene características similares en todas las intervenciones quirúrgicas, sin importar del tipo que sean.
- El miedo y desconocimiento farmacológico que rodea la administración de opiáceos, especialmente la temida y prohibida morfina.

Todos ellos son falsos, sin olvidar la famosa coletilla: si dolor, administrar... que se escribe en las indicaciones de la historia clínica de un paciente que acaba de ser

intervenido quirúrgicamente, porque todavía existe la duda que pueda o no aparecer dolor.

Si se analizan estos errores y tabúes, tal vez muchos profesionales coincidan con alguno sin saber que constituyen errores científicos.

Los factores más frecuentes que afectan la severidad del dolor postoperatorio son: ^{11 - 14}

- **El tipo de cirugía:** es el principal determinante de la intensidad del dolor, especialmente debido al tipo de incisión, naturaleza y duración de la intervención y la importancia del trauma quirúrgico. La cirugía a cielo abierto de abdomen superior, tórax y articulaciones mayores, especialmente rodilla y hombro, son las que producen dolor de intensidad elevada. La introducción de técnicas endoscópicas para muchos de estos procedimientos, ha disminuido notablemente el dolor. La cirugía de hemiabdomen inferior, columna, región lumbar, articulaciones de los pies y la cadera, producen un dolor moderado o alto y la cirugía de cabeza y cuello lo producen de leve a moderado.

- **La técnica anestésica:** las técnicas loco- regionales y la administración de analgésicos (AINES) de forma previa a la agresión, disminuyen el dolor. Una correcta selección de la técnica anestésica, adecuación de los analgésicos, así como preparación preoperatoria encaminada a abolir la ansiedad y el miedo, son determinantes en el control del dolor.

- **Características del paciente:** Las grandes variaciones individuales encontradas en la respuesta del paciente a la lesión quirúrgica, pueden ser en ocasiones explicadas por variables psicológicas. Estas influyen en las necesidades de analgesia. La confianza del paciente en que se aplicará la analgesia que precise, cuando la necesite y el grado de control de la situación que sienta tener, disminuyen los requerimientos analgésicos.

- Tras la cirugía menor y periférica, la analgesia adecuada tiene la función de proporcionar confort al paciente. Sin embargo, en operaciones de cirugía abdominal y torácica, o altamente agresivas, el dolor tiene repercusiones fisiopatológicas y psicológicas, que en determinados pacientes, especialmente el paciente crítico o con patologías asociadas, pueden acarrear complicaciones que agravarían su proceso previo, así como retrasar el alta. ¹⁴

Con respecto a las repercusiones psicofisiopatológicas del dolor postoperatorio, se plantean: ¹⁵⁻¹⁷.

- **Complicaciones respiratorias:** Aparecen como consecuencia de la cirugía toracoabdominal, oscilan entre el 6 y 65 % de los pacientes. Son causa del 25 % de la mortalidad postoperatoria, ¹⁸ entre ellas se encuentran:

El espasmo muscular, la disminución de los volúmenes pulmonares, la inhibición voluntaria de la tos, la ausencia de suspiros, inmovilidad y respiración artificial, el cúmulo de secreciones, atelectasia, neumonías, hipoxemia arterial y muerte.

Esto constituye la génesis del llamado síndrome restrictivo pulmonar postoperatorio, donde se establece un círculo vicioso, se acentúa el dolor inicial y a la vez las complicaciones. Si bien aparece como consecuencia de la cirugía toracoabdominal, también se ha descrito en otros tipos de intervenciones.

- **Complicaciones cardiocirculatorias:** Son causa importante de mortalidad postoperatoria, se asocian al 23 % de las muertes en el postoperatorio y pueden citarse: ¹⁹

- A nivel local: provoca disminución del flujo sanguíneo en la zona lesionada, que interfiere en la cicatrización.

- A nivel sistémico: aumento de las catecolaminas con aumento de la actividad simpática, aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, con incremento del trabajo del corazón y del consumo de oxígeno miocárdico. En pacientes cardiopatas puede generar aparición de infarto agudo del miocardio o fallo cardíaco agudo y muerte, también trombosis venosa profunda, por empeoramiento de la circulación, tromboembolismo pulmonar, ésta última causa de muerte en los primeros 10 días de la cirugía.

- **Complicaciones endocrinometabólicas:** incremento de la liberación de catecolaminas con hipercatabolismo proteico y además hiperglicemia con intolerancia a la glucosa. ²⁰

- **Complicaciones renales:** disminución de la diuresis, retención de líquidos, con edema intersticial, retraso en la cicatrización e incremento de infecciones, retención urinaria por hipo motilidad uretral y vesical.

Las náuseas y vómitos postoperatorios, con incremento de presiones intracraneales, intratorácica e intraabdominal con dehiscencia de suturas, el aumento de la incidencia de úlceras de estrés, la imposibilidad de la deambulación precoz, lo que da lugar a una

atrofia muscular, mal tolerada por enfermos ancianos, el incremento en el tiempo de ingreso hospitalario, con mayor costo económico y el aumento de la morbimortalidad operatoria, constituyen otras repercusiones y su conocimiento es de vital importancia.²¹ Es evidente que nada es comparable con el sufrimiento humano que provoca el dolor y que debe ser el motivo principal de actuación, encaminada a evitar y suprimir su aparición. La presencia del dolor postoperatorio en los pacientes, es considerada un fallo asistencial de los servicios hospitalarios.^{5, 6, 10, 12}

Las expectativas de los pacientes ante la medicina han cambiado, y el no sufrir dolor es una de sus exigencias. El dolor durante la intervención quirúrgica y con posterioridad era inevitable en la antigüedad, donde existían métodos anestésicos muy rudimentarios.^{2, 3, 12} Teniendo en cuenta que en la actualidad el dolor postquirúrgico es predecible, se requiere la llamada analgesia multimodal. La analgesia preventiva es la encargada de evitar la aparición del dolor y eliminar la reacción de mecanismos de generación y transmisión de la sensación dolorosa que engloban el tejido periférico agredido, así como su transmisión al sistema nervioso central y periférico, desencadenando dolores referidos en zonas no quirúrgicas, llamada hiperalgesia secundaria.²² Al ser predecible, se puede afirmar que aparece de forma más aguda en las primeras 24-48 h después de la cirugía, de esta forma disminuye progresivamente hasta hacerse irrelevante en un período de cuatro a seis días.²³

La valoración del dolor y su alivio

La intensidad del dolor es uno de los síntomas más difíciles de evaluar en clínica y en el contexto del período postoperatorio ya que puede variar por los factores analizados anteriormente. Se proponen varias escalas:^{24, 25}

Escala de valoración verbal o descriptiva simple²⁵

Valora en puntos diferentes intensidades del dolor:

- 0 - No dolor.
- 1 - Dolor leve.
- 2 - Dolor moderado.
- 3 - Dolor intenso.
- 4 - Dolor insoportable

Escala analógica visual (EAV) ²⁶

Consiste en preguntarle al paciente sobre una regla graduada de 0 a 10 el valor numérico de su dolor, de la siguiente forma:

0 _____ 10

No dolor **Dolor severo**

Según el punto señalado en el segmento de recta se expresa:

Valor EAV Dolor

2 - 4 Leve-moderado

4 - 6 Moderado-severo

6 - 10 Severo-insoportable

Ambas son de fácil aplicación y comprensión por parte del paciente, presentan un alto valor orientador al tratamiento del dolor. Estos métodos deben ser aplicados como un proceder más en el postoperatorio del paciente.

De acuerdo con la clasificación del dolor, éste puede ser: ²⁷

Severo: se presenta en la cirugía torácica, cardiovascular, abdominal alta, ortopédica de grandes articulaciones y urológicas y se define de 7 a 10 en la EAV. El tratamiento analgésico se debe iniciar después del acto quirúrgico, antes de que aparezca el dolor. Se debe tratar con opiáceos, al menos durante 72 h y las vías de elección son la epidural y la intravenosa con bomba de infusión continua de analgesia controlada por el paciente.

Moderado: se presenta después de la cirugía abdominal baja, ginecológica, cesárea, traumatología general, otorrinolaringológicas.

Se enmarca de 4 a 6 en la EAV. La terapia analgésica debe comenzar por un analgésico opiáceo débil, solo o asociado con un antiinflamatorio no esteroideo (AINE). La vía de elección es la intravenosa, con infusión continua con bomba de analgesia controlada por el paciente (PCA).

Leve:

Se presenta después de la cirugía menor de partes blandas, cataratas, cirugía ambulatoria y cirugía de cabeza y cuello.

Se encuentra de 1 a 3 en la EAV.

La administración analgésica debe limitarse a AINES, la administración oral es la vía de elección.

CONCLUSIONES

1. El dolor postoperatorio constituye un mal en las salas de hospitalización.
2. Existen errores de conceptos y mitos en el personal sanitario que dificultan el tratamiento del dolor postoperatorio.
3. El dolor postoperatorio produce alteraciones psicofisiopatológicas con repercusiones importantes que pueden ocasionar la muerte.
4. El conocimiento y empleo de las técnicas de evaluación del dolor por parte del personal médico y de enfermería debe ser una rutina.
5. Se clasifica el dolor en leve, moderado y severo para su adecuado tratamiento.
6. Quienes se enfrentan día a día al dolor, ante todo, deben tener el conocimiento científico actualizado, ya que es un arma poderosa y eficaz y garantiza una atención especializada y con mayor calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Belmonte C, Cerveró F. Sistema sensorial: sensibilidad somática y visceral. En: Tresguerres JAF, editor. Fisiología Humana. 2da ed. Madrid: McGraw Hill; 1999. p. 88-120.
2. Franco A. El dolor en la historia. Rev Soc Esp Dolor. 1999;6(4):1-2.
3. Fernández Torres B, Márquez C, Matos M. Dolor y enfermedad: evolución histórica I. De la prehistoria a la ilustración. Rev Soc Esp Dolor. 1999;6:281-91.
4. Gomar C, Chabas E, Pérez J. Dolor agudo postoperatorio. Dolor. 2000;15:280-8.
5. Dubois MY. La medicina del dolor es ya una realidad. Rev Soc Esp Dolor. 2001;8(1):1-2.
6. Vidal López F. El dolor es una batalla que todavía no hemos ganado. Dolor. 2000;15:146-8.
7. Normas de la Sociedad Española del Dolor para el tratamiento del dolor agudo. Rev Soc Esp Dolor. 1998;5:379-86.
8. Carr DB, Goudas LC. Acute pain. Lancet. 1999;12(353):2051-8.
9. Ready LB. Dolor agudo postoperatorio. En: Miller RE, editor. TII. Madrid: Hartcourt Brace; 1998. p. 2263-80
10. Nalda F. El dolor nuestro de cada día. Rev Soc Esp Dolor. 2001;8(4):241-4.

11. Morgan GE, Mikhail MS. Anestesiología Clínica. México: Editorial El Manual Moderno; 1998.
12. Filos K, Lehamann K. Current concepts and practice in postoperative pain management: need for a change. *Eur Surg Res.* 1999;31:97-107.
13. Soler Company E, Faus M, Mantaner Abasolo F, Banos Diez JE. Prevalencia y tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía ginecológica y obstétrica. *Dolor.* 2001;16:79-87.
14. Levine JD, Reichling DB. Peripheral mechanisms of inflammatory pain. En: Wall PD, Melzack R, editor. *Textbook of pain.* 4ta ed. Edimburgo: Churchill Livingstone; 1999. p. 59-84.
15. Gomar C. Últimos avances en el tratamiento del dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor.* 1999;6:284-7.
16. Catalá R, Reig E. Estudio sobre la prevalencia del dolor en España. *Rev Soc Esp del Dolor.* 1998;5:45-67.
17. Iayr C. Repercussion of postoperative pain, benefits attending to treatment. *Ann Fr Anesth Reanim.* 1998;17:540-54.
18. Desai PM. Pain management and pulmonary dysfunction. *Crit Care Clin.* 1999;15:151-66.
19. Muñoz-Blanco F, Salmerón J, Santiago J. Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor.* 2001;8(3):194-211.
20. Gust R, Pecher S, Cevst A. Effect of patient-controlled analgesia on pulmonary complications after coronary artery by pass. *Crit Care Med.* 1999;27:218-23.
21. Kokinsky E, Thorhberg E. Postoperative comfort in paediatric out patient surgery. *Paediatric Anaesth.* 1999;9:243-51.
22. Chung F, Meze G. Factors contributing to a prolonged stay after ambulatory surgery. *Anesth Analg.* 1999;89:1352-9.
23. Westeman HR. Postoperative complications and unanticipated admissions. *Semin Pedit Surg.* 1999;8:23-9.
24. Beaussier M. Frequency, intensity, development and repercussions of postoperative pain as a function of the type of surgery. *Ann Fr Anesth Reanim* 1998;17:471-93.
25. Rawal N. 10 years of acute pain services. Achievements and challenges. *Reg Anesth Pain Med.* 1999;24:68-73.
26. Duarte RA. Clasificación del dolor. En: Kanner R, editor. *Secretos del tratamiento del dolor.* Philadelphia: McGraw-Hill; 1997. p. 6-8.
27. Carr DB, Goudes LC. Acute pain. *Lancet.* 1999;12(353):2051-8.

Recibido: 3 de marzo de 2004.

Aceptado: 4 de junio de 2004.

Dra. Sahily Irene López Rabassa. Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Hospital Oncológico María Curie de Camagüey. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.
sahily@finlay.cmw.sld.cu