REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

Artículo Aceptado para su pre-publicación / Article Accepted for pre-publication

Título / Title:

Desafíos en el tratamiento del dolor agudo / Desafíos en el tratamiento del dolor agudo

Autores / Authors:

Autor 1

DOI: [10.20986/resed.2018.3662/2018](https://doi.org/10.20986/resed.2018.3662/2018)

Instrucciones de citación para el artículo / Citation instructions for the article:

1 Autor. Desafíos en el tratamiento del dolor agudo / Desafíos en el tratamiento del dolor agudo. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2018. doi: 10.20986/resed.2018.3662/2018.

INSPIRA NETWORK

Este es un archivo PDF de un manuscrito inédito que ha sido aceptado para su publicación en la Revista de la Sociedad Española del Dolor. Como un servicio a nuestros clientes estamos proporcionando esta primera versión del manuscrito en estado de pre-publicación. El manuscrito será sometido a la corrección de estilo final, composición y revisión de la prueba resultante antes de que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a la Revista de la Sociedad Española de Dolor.

DESAFÍOS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO

S. López Álvarez

*Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Coordinador de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso. Hospital Abente y Lago. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.
Máster en Fisiopatología y Tratamiento del Dolor. Universidad Autónoma de Barcelona*

CORRESPONDENCIA:

Servando López Álvarez

servando.alais@gmail.com

El dolor agudo produce una repercusión social, emocional y fisiológica que implica una respuesta compleja y dinámica relacionada con un proceso de inflamación aguda. Desde el punto de vista clínico, lo más importante es saber que es un sistema de alerta de nuestro organismo que se expresa como una experiencia desagradable, tiene un inicio brusco o reciente, una duración limitada en el tiempo y existe una relación causal y temporal con la lesión tisular real o la estimulación nociceptiva. Desde un punto de vista fisiopatológico, los mecanismos de producción de dolor agudo son complejos y, aunque hay mecanismos causales comunes a muchas patologías, se debería aclarar la fisiopatología específica de cada cuadro clínico para poder elegir el tratamiento más adecuado.

El alivio del dolor agudo y su control clínico debe ser una prioridad fundamental para todos los profesionales sanitarios, sin embargo continúa siendo una necesidad médica por satisfacer (1). Está presente en fenómenos fisiológicos como el parto, tras una agresión quirúrgica (dolor posoperatorio), tras un traumatismo o una quemadura, o en diferentes cuadros médicos (angina, infarto de miocardio, pancreatitis, etc.). Nuestro objetivo cuando lo tratamos es recuperar la homeostasis de modo precoz y lograr una rápida recuperación funcional. Para ello, es necesario medir la variable dolor y registrar sus valores, del mismo modo que medir el alivio del dolor al tratamiento.

Uno de los motivos más frecuentes de consulta a los médicos de Atención Primaria es el dolor agudo, y lo mismo sucede en los Servicios de Urgencia. Sin embargo, ante un problema de tan elevada prevalencia, el tratamiento del mismo no es adecuado en muchas ocasiones.

Las causas de este infratratamiento son múltiples: inadecuada evaluación inicial del dolor, ausencia de monitorización de la respuesta al tratamiento, déficit en la formación, falta de comunicación y confianza entre los miembros del equipo asistencial, ausencia de protocolos, creencias de que su tratamiento puede enmascarar el diagnóstico de un cuadro clínico, miedo a los eventos adversos derivados de la administración de analgésicos y la escasa presencia de pautas analgésicas multimodales.

Como profesionales sanitarios, uno de nuestros primeros desafíos debe ser eliminar las múltiples barreras que limitan un correcto tratamiento analgésico (2): a) mejorando la formación de todos los profesionales implicados en el control del dolor a través de planes de formación continuada, y b) eliminando las limitaciones organizativas que impiden una adecuada valoración individualizada que permita establecer una pauta analgésica en función del tipo de dolor y de las características del paciente.

En el ámbito posoperatorio, a pesar de un mejor conocimiento sobre la neurobiología de la nocicepción y los mecanismos de acción de los fármacos, del desarrollo de nuevas moléculas y técnicas analgésicas, así como de mejoras organizativas y de protocolización del dolor, los datos muestran que la prevalencia de este problema apenas se ha modificado durante los últimos 20 años (3,4). El dolor agudo posoperatorio continúa siendo infratratado y la evidencia actual sugiere que menos de la mitad de los pacientes que son sometidos a cirugía presentan un adecuado control posoperatorio, y más del 75 % de pacientes posquirúrgicos perciben un dolor moderado-intenso o extremo, siendo probable que esta elevada prevalencia guarde relación con intervenciones “menores” que no reciben un tratamiento analgésico adecuado.

Los anestesiólogos somos los profesionales mejor capacitados para manejar adecuadamente el dolor y debemos asumir el liderazgo de los equipos asistenciales para dar calidad a nuestros pacientes y lograr que el dolor agudo posoperatorio deje de ser una preocupación esencial del paciente operado y su entorno, disminuyendo las complicaciones y las consecuencias derivadas de un tratamiento inadecuado. Además, la presencia de dolor agudo mal controlado es un importante factor para la cronificación del dolor, agrava el deterioro funcional, limita la realización de las actividades diarias, la movilización y la capacidad de participar en la rehabilitación posoperatoria, retrasando el retorno a la vida laboral y también supone un aumento de las cargas a la familia y de las consultas realizadas

a los médicos de Atención Primaria.

Ante un fenómeno tan complejo como la percepción del dolor postcirugía, los profesionales sanitarios en nuestros diferentes ámbitos de atención al paciente debemos intentar detectar precozmente aspectos que pueden ser modificados y planificar con antelación una atención perioperatoria en función de sus necesidades: el cirujano con una buena información antes de la cirugía y realizando la técnica quirúrgica lo menos agresiva posible; la enfermería participando de modo activo en programas de información y educación precirugía, realizando unos cuidados perioperatorios excelentes y un buen seguimiento posoperatorio; el anestesiólogo planificando una técnica anestésica-analgésica en función del tipo de procedimiento y de las características del paciente y cuidando sus necesidades posoperatorias; en definitiva, organización para actuar como un verdadero equipo asistencial, implicación y adecuada formación de todos los profesionales y colaboración entre los servicios responsables de la atención al paciente, como recomiendan las principales guías de dolor (1,5) y la Joint Commission.

Para optimizar el tratamiento del dolor posoperatorio se precisa aplicar una adecuada estrategia analgésica, pero también no olvidarse de otros elementos imprescindibles para organizar de un modo eficaz su tratamiento: a) el trabajo en equipo y una buena comunicación, b) disponer de protocolos simples y bien definidos según proceso y características del paciente (elaborados y consensuados con la implicación de todo el equipo asistencial según la mejor evidencia científica), c) la participación activa del paciente, d) la medición del mismo y su seguimiento y, e) mejorar la formación de los profesionales.

Existe consenso y la evidencia científica apoya que la combinación de fármacos y métodos analgésicos es más eficaz, sin embargo esa elección se deberá guiar por el binomio eficacia-perfil de efectos secundarios y debe adaptarse al tipo de cirugía, características del paciente y al contexto donde se desarrolla el procedimiento. Siguiendo esta premisa surge el concepto de analgesia balanceada o multimodal, consistente en combinar dos o más fármacos con efectos sinérgicos para obtener una analgesia eficaz con una disminución de los efectos secundarios (6,7). Estos fármacos actúan a diferentes niveles (sistema nervioso central, periférico) y por diferentes mecanismos de acción para evitar la estimulación y transmisión de la información dolorosa. El objetivo de la combinación es utilizar dosis inferiores de cada uno manteniendo una analgesia efectiva a la vez que disminuyen los

efectos secundarios. Sin embargo, no siempre la administración simultánea de dos o más fármacos analgésicos es beneficiosa, por lo que se ha de evaluar minuciosamente el riesgo/beneficio de las asociaciones.

Con la analgesia multimodal se pretende: a) disminuir la incidencia y gravedad de los efectos secundarios asociados a la administración de dosis elevadas de un solo fármaco, b) mejorar el efecto analgésico mediante sinergias y, c) disminuir la disfunción orgánica posoperatoria secundaria al estrés quirúrgico. Desde el año 2003 la ASA establece que *“Las directrices prácticas para el tratamiento del dolor agudo dentro del ámbito periquirúrgico recomiendan el uso de analgesia multimodal en todos los casos posibles”*. Recientemente las guías conjuntas de la *American Pain Society*, *American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine* y *American Society of Anesthesiologists* recomiendan la combinación de analgésicos y técnicas, así como medidas no farmacológicas, tanto en niños como en adultos, con un grado de evidencia alto (1). Esta guía establece 32 recomendaciones, siendo 4 de ellas en base a pruebas de alta calidad (una de ellas la analgesia multimodal), 11 con pruebas de moderada calidad y 17 muy aconsejables a pesar de pruebas de baja calidad. Recomiendo su lectura y su aplicación en nuestra práctica clínica. Todas son importantes, pero no debemos olvidar que la percepción y experiencia del dolor es multifactorial, que al margen de la agresión quirúrgica está influenciada por factores genéticos, psicológicos y experiencias previas.

En este contexto debemos prestar atención especial a la evaluación periódica del dolor. Actualmente se recomienda evaluar la repercusión funcional junto al dolor para determinar las necesidades de la administración de analgésicos. Esta evaluación debe ser tanto en reposo como de un modo dinámico (al caminar, al ir al baño, con los ejercicios de rehabilitación, etc.) para individualizar las necesidades analgésicas y consensuar con el paciente el grado de dolor tolerable que permita la máxima recuperación funcional con los mínimos efectos secundarios. Con este planteamiento, la información y educación sobre dolor adquieren gran protagonismo. La ausencia de información sobre el dolor impide una participación activa del paciente en el proceso y las últimas guías publicadas (1,5) dejan claro, y como primera recomendación, que los profesionales deben proporcionar información y educación sobre el dolor. Una información adecuada permitirá la implicación del propio paciente en la toma de decisiones en relación a las opciones y estrategias en su

caso particular. Desde la información educamos, porque esta tiene que ser individualizada, centrada en el paciente y su familia o cuidadores, incluyendo las opciones de tratamiento, el plan establecido en su caso concreto y los objetivos que se persiguen.

En definitiva, el objetivo no es buscar niveles cero de dolor en las escalas de evaluación, porque eso puede comprometer la seguridad del paciente. Conocemos las consecuencias del infratratamiento pero también hay alertas sobre las consecuencias involuntarias o no esperadas de la utilización de modo sistemático de la 5 constante para guiar el tratamiento de rescate. Por eso recientemente la *Joint Commission* actualizó los estándares de la gestión del dolor y no menciona para nada utilizar una única constante de referencia (5 constante) para administrar analgesia, haciendo especial hincapié en la evaluación del estado funcional junto al dolor (8). Asimismo, en el congreso del año 2016 de la Asociación Americana de Médicos de Familia se votó eliminar la quinta constante y utilizar medidas más objetivas de evaluación para decidir el tratamiento adecuado (9).

Existen cuatro grandes grupos de fármacos que utilizamos para tratar el dolor agudo, independientemente de la causa que lo origina: los analgésicos antipiréticos y antiinflamatorios, los opioides, los anestésicos locales y los coadyuvantes. La combinación de estos medicamentos y la utilización de diferentes vías de administración constituye la base de la analgesia multimodal o balanceada, con cuyo empleo conseguimos disminuir la dosis necesaria de cada tipo de fármaco al potenciar la analgesia entre ellos, minimizando la toxicidad. Cuando sabemos que va a existir una agresión (cirugía), las recomendaciones actuales aconsejan administrar el antiinflamatorio antes de la incisión quirúrgica y fármacos antihiperalgésicos para evitar los fenómenos de sensibilización e hiperalgesia porque, en combinación con técnicas de analgesia multimodal, podría disminuir o evitar no solo el dolor agudo sino también evitar los fenómenos de cronificación.

No es mi objetivo describir las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de los diferentes grupos de fármacos, sin embargo considero necesario hacer un breve comentario. Los fármacos más utilizados dentro de nuestra estrategia multimodal son paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos y tramadol. El tramadol, por sus características farmacodinámicas, ocupa un importante lugar en el tratamiento del dolor moderado-intenso. No solo es un agonista opioide, sino que también modula el sistema monoaminérgico mediante la inhibición de la recaptación de serotonina y noradrenalina. Su

combinación en una misma presentación farmacéutica con paracetamol y dexketoprofeno-trametamol presenta sinergismo, proporcionando una mejor analgesia asociada a bajos efectos adversos y es una buena pauta de analgesia multimodal para cuadros de dolor moderado-intenso. Una de las últimas en incorporarse es la asociación dexketoprofeno/tramadol 25/75 mg vía oral, que por su perfil de eficacia y seguridad va ser muy útil para tratar tanto cuadros de dolor agudo de causa médica como de dolor posquirúrgico moderado-intenso y permite una fácil transición de la vía endovenosa a la vía oral (10). Aunque actualmente se recomienda siempre que sea posible utilizar la administración por vía oral incluso dentro del hospital (recomendación fuerte, con evidencia moderada (1).

En definitiva, todavía tenemos muchos desafíos en el tratamiento del dolor agudo, independientemente del ámbito de actuación (Atención Primaria, Servicios de Urgencia, pacientes posquirúrgicos). El reto es mejorar nuestra formación, un enfoque multidisciplinar y trabajo en equipo, adecuada valoración del fenómeno doloroso y diseñar-aplicar protocolos multimodales según las características del dolor y del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology* 2012;116:248-72. DOI: 10.1097/ALN.0b013e31823c1030.
2. Gan TJ, Habib AS, Miller TE, White W, Apfelbaum JL. Incidence, patient satisfaction and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. *Curr Med Res Opin* 2014;30(1):149-60. DOI: 10.1185/03007995.2013.860019.
3. Correll DJ, Vlassakov KV, Kissin I. No evidence of real progress in treatment of acute pain, 1993- 2012: scientometric analysis. *J Pain Res* 2014;7:199-210. DOI: 10.2147/JPR.S60842.
4. López S, López A, Vázquez A. Claves para optimizar el dolor agudo posoperatorio domiciliario en cirugía ambulatoria. Madrid: Inspira Network ediciones; 2017.

5. Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trinca J; APM: SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. Acute pain management: scientific evidence. 4th ed. Melbourne: ANZCA & FPM; 2015.
6. Kehlet H, Dahl JB. The value of "multimodal" or "balanced" analgesia in postoperative pain treatment. *Anesth Analg* 1993;77(5):1048-56.
7. Joshi GP, Schug SA, Kehlet H. Procedure-specific pain management and outcome strategies. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2014;28(2):191-201. DOI: 10.1016/j.bpa.2014.03.005.
8. Baker DW. Statement of pain management: understanding how joint commission standards address pain. *Jt Comm Perspect* 2016;36(6):10-2.
9. Physicians at the American Academy of Family Physicians (AAFP) 2016 Congress of delegates. September 2016. Orlando, Florida (<http://www.medscape.com/viewarticle/869169>).
10. Derry S, Cooper TE, Phillips T. DKP/TRA Single fixed-dose oral dexketoprofen plus tramadol for acute postoperative pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;9:CD012232.