

Dolor postoperatorio y uso inadecuado de analgésicos

Federico Santos-Oehlert

Unidad de Farmacología, Centro de Biomedicina, Universidad Central del Ecuador.
Centro de Recuperación Post-Anestésica, Hospital Carlos Andrade Marín, I.E.S.S.

Dirección para correspondencia:

Dr. Federico Santos. Unidad de Farmacología, Centro de Biomedicina. Sodiro N14-121 e Iquique. Quito - Ecuador.
POBox: 17-11-6120. E-mail: fsantos@cbum.uce.edu.ec / fedesantoso@yahoo.es

Resumen

El dolor repercute en la calidad de vida y limita la productividad de la persona; además, es uno de los más frecuentes motivos de atención médica y su manejo condiciona un importante gasto en salud. Distintos estudios internacionales han comunicado que en el medio hospitalario la prevalencia de dolor es más alta de lo esperado y una proporción importante de la misma se debe específicamente al dolor postoperatorio. De los distintos trabajos se conoce que esta situación se debe a una infravaloración de la condición del paciente y a la infratilización o mal uso de los analgésicos. Las intervenciones educativas con participación activa de los médicos responsables del manejo, son posiblemente las medidas más eficaces para mejorar el empleo de estos fármacos.

Palabras clave

Dolor postoperatorio, Analgésicos, Opioides, Uso adecuado de medicamentos.

Introducción

La Asociación Internacional para Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés), define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un actual o potencial daño tisular o descrito en términos de dicho daño.¹ En sus distintas manifestaciones, el dolor repercute en la calidad de vida y limita la productividad de la persona; además, es uno de los más frecuentes motivos de atención médica y su manejo condiciona un importante gasto en salud.²

En el medio hospitalario la prevalencia de dolor es elevada y una proporción importante de la misma se debe específicamente al dolor postoperatorio.³⁻⁵ Las intervenciones quirúrgicas que comprometen áreas anatómicas como el tórax y abdomen alto, las cirugías ginecológicas y aquellas que abordan partes óseas, suelen ser las que condicionan un dolor más frecuente e intenso.⁶ Sin embargo, distintos factores pueden influir en la aparición, cualidad, intensidad y duración del dolor postoperatorio (tabla). La repercusión orgánica del dolor postoperatorio puede llegar a ocasionar importantes respuestas psicológicas en el paciente (ansiedad, miedo y trastornos del sueño), las cuales dificultan su control y tratamiento.

Tabla 1.- Principales factores que influyen en el dolor postoperatorio.

Dependientes del paciente	Edad, sexo, factores psicológicos, étnicos y socioculturales.
Dependientes de la intervención quirúrgica	Naturaleza, tipo y localización de la cirugía; duración del procedimiento, extensión de la incisión, trauma quirúrgico, complicaciones relacionadas con la intervención.
Dependientes del manejo anestésico	Tipo de anestesia, fármacos utilizados, técnicas de administración.
Dependientes del manejo postoperatorio	Tipo y características de uso de la medicación analgésica.
Otros	Formación y actitud del personal sanitario, características de las instalaciones sanitarias.

El manejo del dolor postoperatorio se vuelve importante en virtud del gran número de personas que lo experimentan a diario en los servicios quirúrgicos y hospitales en general. Sin embargo, pese al adelanto tecnológico y farmacéutico, su prevalencia continúa siendo elevada, algo que incrementa el gasto sanitario y repercute en la calidad de la atención, por todo lo cual es fundamental que en cada centro hospitalario se determine su frecuencia y los posibles condicionantes de la misma.

Frecuencia del dolor postoperatorio

Distintos estudios internacionales han comunicado que en el medio hospitalario la prevalencia del dolor es más alta de lo esperado.^{3,4} Algunas estimaciones indican que de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, uno de cada tres tiene dolor intenso en el primer día del postoperatorio⁴ y más del 50% de todos los pacientes presentan dolor de moderado a severo en el postoperatorio.⁷

Chung y colaboradores, en una investigación que incluyó 10 mil pacientes postoperados, reportaron que el 5.3% presentaban dolor intenso en las primeras 24 horas. Las especialidades donde fue más frecuente este tipo de dolor fueron ortopedia (16.1%), urología (13.4%), cirugía general (11.5%) y cirugía plástica (10%).^{5,8} Otros autores han informado que la mayor prevalencia de dolor postoperatorio ocurre en la cirugía ginecológica y obstétrica (71.3%) y en la abdominal (38%).^{6,9}

Investigaciones sobre cirugías específicas también han permitido conocer sobre la elevada presentación de este cuadro. Así, un estudio en 122 mujeres sometidas a cirugía ginecológica

gica y obstétrica¹⁰, determinó que el 71.3% presentaron dolor de intensidad superior a la leve (moderado 43.3%, intenso 24.6%, e insoportable 3.3%). En el mismo trabajo se informó que el dolor era continuo en el 52% de las pacientes durante las primeras 24 horas del postoperatorio. Al segundo día, la frecuencia de dolor moderado a insoportable había descendido pero seguía estando presente en el 24.3% de las mujeres. Estos autores observaron más dolor en las laparotomías (abiertas) y menos en las cesáreas, también encontraron una relación lineal entre el dolor y la duración de la intervención quirúrgica. Por último, las pacientes sometidas a cirugía bajo anestesia regional manifestaron menos dolor que aquellas que recibieron anestesia general.¹⁰

Algunos autores han opinado que el dolor postoperatorio persistente también es un problema clínico de importancia que no ha tenido el reconocimiento que merece. Esto último porque luego de intervenciones quirúrgicas comunes, como reparación de hernia inguinal, cirugía de glándula mamaria o de tórax, amputación de extremidad o cirugía coronaria, entre el 10% y 50% de los pacientes al dolor postoperatorio agudo le sigue un dolor persistente, de los cuales entre el 2% y 10% puede ser de tipo intenso.¹¹ Uno de los dolores postoperatorios más frecuentes en cronificarse es aquel posterior a una toracotomía, alcanzando una incidencia aproximada del 50%. En este tipo de cirugías, se ha determinado que la intensidad del dolor postoperatorio es uno de los mejores predictores de cronificación y que su tratamiento intensivo reduce la incidencia del cuadro.¹²

Relación con el uso inadecuado de analgésicos

La evolución del conocimiento sobre la fisiología del dolor y los adelantos farmacológicos (analgésicos eficaces y aceptablemente seguros, principalmente opioides) contrasta con la elevada prevalencia del dolor postoperatorio.^{13,14} Varios estudios internacionales han identificado que esta situación se debe a una infravaloración de la condición del paciente y a la infrautilización o mal uso de los medicamentos analgésicos.^{3,9,15-17}

Mientras que en algunos centros hospitalarios se ha observado una preferencia por utilizar antiinflamatorios no esteroides y/o analgésicos no opioides como medicación postoperatoria¹⁶⁻¹⁸, los resultados de investigaciones realizadas en países anglosajones revelan que los opioides son los analgésicos más prescritos, pero lamentablemente su utilización no ocurre en forma óptima.¹⁹⁻²² Se ha sugerido que esta situación podría explicarse por razones administrativas (dificultad relativa para realizar una receta de estupefacientes), deficiencias en la formación del personal sanitario (respecto a una infraestimación del problema de dolor y sobreestimación de los riesgos) y razones comerciales (el bajo costo del analgésico conlleva una baja presión comercial).

La información disponible señala que la infrautilización de los opioides es la principal causa relacionada con la frecuencia de dolor postoperatorio y que es clínicamente más relevante durante el primer día del postoperatorio.^{9,16} Esta falta de utilización de los fármacos de elección es un hecho habitual, que se ha relacionado con una infraestimación del dolor y un temor exagerado a ciertos problemas derivados del uso de analgésicos opioides, fundamentalmente la inducción de tolerancia o dependencia y la aparición de depresión respiratoria.^{19,23} Sin embargo, el temor de los profesionales sanitarios a los efectos adversos graves inducidos por los derivados

opioides parece ser desproporcionado y en realidad existiría una sobrevaloración del riesgo real. Así, se ha estimado que la incidencia de adicción en todos los pacientes tratados es menor al 0.1% y la depresión respiratoria es inferior al 1%.^{19,23}

El siguiente factor en relevancia sería la forma de empleo del analgésico. Estudios al respecto^{9,15-17} han detectado dos tipos de discordancias entre lo prescrito y lo administrado. Por un lado, alrededor del 10% de los pacientes a los que se prescribe un analgésico no llegan a recibirlo. Por otro, el fármaco suele ser administrado en dosis menores y a intervalos más espaciados que los indicados en las órdenes médicas. La infradosificación se ha observado tanto con opioides como con analgésicos no opioides. Adicionalmente, suele ser demasiado común una pauta de administración a demanda en lugar de que sea regular.

Es preciso recordar que los analgésicos son más eficaces si se administran siguiendo pautas para prevención del dolor, es decir, a intervalos fijos de administración, antes que administrados a demanda del paciente cuando el dolor ya está presente y/o ha llegado a su máxima intensidad.^{24,25} Además, la administración de analgésicos a demanda puede incrementar la angustia del paciente y aumentar las dosis totales administradas, con una consiguiente elevación de los riesgos y del costo de su empleo.^{26,27}

Algunos autores han señalado que el dolor postoperatorio puede ser aliviado, pero simplemente está siendo inadecuadamente tratado.^{15,20,28} El reconocimiento de éste problema puede tener una respuesta rápida mediante la implementación de varios esfuerzos correctivos por parte de los profesionales involucrados: cirujanos, anestesiólogos y enfermeras.^{13,14}

Para enfrentar los problemas en el uso inadecuado de analgésicos y mal manejo del dolor, se ha sugerido que el tratamiento analgésico en los pacientes debería individualizarse, ajustándose según la intensidad del dolor y las necesidades de los pacientes. Distintos tipos de intervenciones se han propuesto para mejorar el manejo del dolor en el paciente hospitalizado, algunas con resultados muy favorables. Las intervenciones educativas con participación activa de los usuarios (prescriptores) son posiblemente las medidas más eficaces para mejorar el empleo de estos fármacos.²⁹

Diversos factores condicionan las características de prescripción de los profesionales sanitarios, siendo la promoción de la industria farmacéutica uno de los más importantes para distorsionar fuertemente la selección y la calidad de uso de los medicamentos.³⁰ En nuestro medio se ha reportado que el empleo de fármacos para el manejo del dolor en ciertas unidades operativas presenta variaciones cualitativas, siendo común el uso de algunos que no se consideran de primera elección.³¹ Sin embargo, se desconoce completamente la situación actual respecto a la frecuencia con la cual los pacientes hospitalizados presentarían dolor postoperatorio de intensidad importante y tampoco se dispone de información sobre las características de su manejo, pero la situación del problema podría ser por lo menos similar a lo observado internacionalmente. Determinar todo esto es evidentemente fundamental en términos de salud pública y una forma de lograrlo sería mediante investigaciones farmacoepidemiológicas.^{15,29,32}

Conflictos de interés

Ninguno declarado por el autor.

Referencias

1. Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma. Clinical Practice Guidelines. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research, 1992.
2. Bosch F, Baños JE. Las repercusiones económicas del dolor en España. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 638.
3. Cañellas M, Bosch F, Bassols A, Rué M, Baños JE. Prevalencia de dolor en pacientes hospitalizados. *Med Clin (Barc)* 1993; 103: 51-54.
4. Beaugerard L, Pomp A, Chonière M: Severity and impact of pain after day-surgery. *Can J Anaesth* 1998; 45: 304-11.
5. Jin FL, Chung F: Postoperative pain. A challenge for anaesthetists in ambulatory surgery. *Can J Anaesth* 1998; 45: 293-96.
6. Soler-Company E, Faus MT, Montaner MC, et.al. Prevalencia, tratamiento y factores determinantes del dolor postoperatorio en un servicio de cirugía general y de aparato digestivo. *Rev Soc Esp Dolor* 2001; 8: 317-26.
7. Bonica JJ. Current status of postoperative pain therapy. En: Yokata T, Dubner R, eds. *Current Topics in Pain Research and Therapy*. Amsterdam: Excerpta Medica, 1983: 169-89.
8. Chung F, Ritchie E, Su J: Postoperative pain in ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1997; 85: 986.
9. Soler-Company E, Baños JE, Faus T, Morales F, Montaner C. Analgesic use for postoperative pain: differences arise when comparing departments of surgery. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2002; 11: 607-14.
10. Soler-Company E, Faus MT, Montaner MC, et.al. Prevalencia y tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía ginecológica y obstétrica. *Dolor* 2001; 16: 79-87.
11. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006; 367: 1618-25.
12. Palacios A, Martínez TA, Sánchez PA: Tratamiento del dolor agudo postoperatorio en cirugía torácica (dolor postoracotomía). *Rev Soc Esp Dolor* 1999; 6 (suppl III): 30-47.
13. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Acute Pain Management: operative or medical procedures and trauma, part 1. *Clin Pharm* 1992; 11: 309-31.
14. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Acute Pain Management: operative or medical procedures and trauma, part 2. *Clin Pharm* 1992; 11: 391-414.
15. Vallano A, Aguilera C, Arnau JM, Baños JE, Laporte JR. Management of postoperative pain in abdominal surgery in Spain. A multicentre drug utilization study. *Br J Clin Pharmacol* 1999; 47: 667-73.
16. Aguilera C, Arnau JM, Bosch C, Castel JM, Laporte JR, Paredes I, et.al. Analgésicos en el postoperatorio de intervenciones abdominales. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 136-40.
17. Baños JE, Bosch F. Problemas específicos de la terapia antiálgica en el medio hospitalario. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 222-26.
18. Alloza JL. El tratamiento del dolor agudo: estudio comparativo entre dos hospitales generales de España y Estados Unidos. Cómo ven los médicos el dolor postoperatorio. *Farm Clin* 1986; 3: 40-53.
19. Marks RM, Sachar EJ. Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. *Ann Intern Med* 1973; 78: 173-81.
20. Sritwatanakul K, Weis OF, Alloza JL, Kelvie W, Wintraub M, Lasagna L. Analysis of narcotic usage in the treatment of postoperative pain. *JAMA* 1983; 250: 926-29.
21. Portenoy RK, Kanner RM. Patterns of analgesics prescription and consumption in a university-affiliated community hospital. *Arch Intern Med* 1985; 145: 439-41.
22. Gould TH, Crosby DL, Harper M, Lloyd SM, Lunn JN, Res GAD, et.al. Policy for controlling pain after surgery: effects of sequential changes in management. *BMJ* 1992; 305: 1187-93.
23. Bullingham RES. Optimum management of postoperative pain. *Drugs* 1985; 29: 376-86.
24. Bushnell TG, Justins DM. Choosing de right analgesic. A guide to selection. *Drugs* 1993; 46: 394-408.
25. McCormack JP, Warriner CB, Levine M, Glick N. A comparison of regularly dosed oral morphine and on-demand intramuscular morphine in the treatment of post-surgical pain. *Can J Anaesth* 1993; 40: 819-24.
26. Moore CA. The prevention of postoperative pain. *Can J Anaesth* 1994; 41: 527-33.
27. Angell M. The quality of mercy. *N Engl J Med* 1982; 306: 98-99.
28. Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, Weston D, Evans R, Delbanco TL. National survey of hospital patients. *BMJ* 1995; 310: 938-39.
29. Vallano A, Llinares J, Arnau JM, Martorell M, Girona L, Laporte JR. Impact of analgesic drug-use guidelines for the management of postoperative pain: a drug utilization study. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2003; 41: 165-70.
30. Caamaño F, Figueiras A, Gestal-Otero JJ. Condicionantes de la prescripción en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 27: 43-48.
31. Maldonado JC, Llumiquinga M, Jaramillo O. Características de la medicación parenteral en el Hospital Cantonal Sangolquí. *Boletín Ecuatoriano de Salud Pública y Desarrollo de Areas de Salud* 1999; (4): 53-58.
32. Maldonado JC. Los estudios de utilización de medicamentos. *Rev Fac Cien Med (Quito)* 2003; 28 (1): 64-65.