



NUEVAS TENDENCIAS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

SERVANDO LÓPEZ ÁLVAREZ

OLALLA VARELA GARCÍA

*Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*



NUEVAS TENDENCIAS EN LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

INDICE

- DOLOR POSTOPERATORIO EN CMA
- DEFINICIÓN
- CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA
- CONTROL DEL DOLOR
- ANALGESIA ÓPTIMA POSTOPERATORIA
- CONTROL DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO (DAP)
- IMPACTO, CONSECUENCIAS DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO (DAP)
- ESTRATEGIAS DE CONTROL DEL DAP
- GESTIÓN DEL DOLOR
- EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL DOLOR
- ESCALAS UNIDIMENSIONALES
- FACTORES DE RIESGO DE DAP INTENSO
- PUNTOS DE REFLEXIÓN
- PUNTOS CLAVE





DOLOR POSTOPERATORIO EN CMA

Una de las complicaciones **MÁS FRECUENTES**

De intensidad **MODERADO-INTENSO**

Impide la **PARTICIPACIÓN ACTIVA** de los pacientes

PERCEPCIÓN NEGATIVA sobre la calidad asistencial

INCREMENTO de la **MORBILIDAD** postoperatoria



DEFINICIÓN

Experiencia subjetiva

Multidimensional

Manejo complejo

Abordaje global

Multidisciplinar



DEFINICIÓN

La American Association of Anesthesiologists lo define como «el dolor que está presente en el paciente quirúrgico debido a la enfermedad, el procedimiento quirúrgico y sus complicaciones o una combinación de ambos»

La International Association for the Study of Pain añade que se trata de «una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial»

Pérez-Guerrero AC, Aragón M del C, Torres LM. Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2017; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2017.3566/2017>

Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2020; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>



CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Predecible

De inicio reciente

Duración limitada

Como consecuencia de la estimulación nociceptiva

Intensidad máxima en las primeras 24 horas



CONTROL DEL DOLOR

Es un DERECHO del paciente y un DEBER de todos los profesionales

Es RESPONSABILIDAD de todos los profesionales el esfuerzo de mejora continua para proporcionar calidad asistencial a los procesos

OBJETIVO: alcanzar un nivel de intensidad de dolor que no interfiera en la deambulación y la rehabilitación



ANALGESIA ÓPTIMA POSTOPERATORIA

Optimizar el confort del paciente

Acelerar la recuperación funcional

Minimizar los efectos secundarios

Ajustar a las expectativas
Objetivo: dolor tolerable





Documento avalado por (ASECMA) que proporciona recomendaciones a los profesionales implicados en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio (DAP) a partir de una revisión y análisis de las mejores evidencias científicas





CONTROL DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO (DAP)

Indicador de CALIDAD y EFICIENCIA del sistema

Incrementa la SATISFACCIÓN de los pacientes

Facilita la RECUPERACIÓN y el regreso a la funcionalidad

Disminuye los fenómenos de CRONIFICACIÓN



IMPACTO, CONSECUENCIAS DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO (DAP)

Factor limitante de los programas de ambulatorización

Deambulaci3n, participaci3n en programas de fisioterapia o rehabilitaci3n es factibles con un nivel moderado de dolor

No pretender valores de EVN/EVA < 4 sin tener en cuenta la repercusi3n funcional.

El DAP incrementa la tasa de ingresos y de reingresos e incrementa el n3mero de visitas a Urgencias y a Atenci3n Primaria

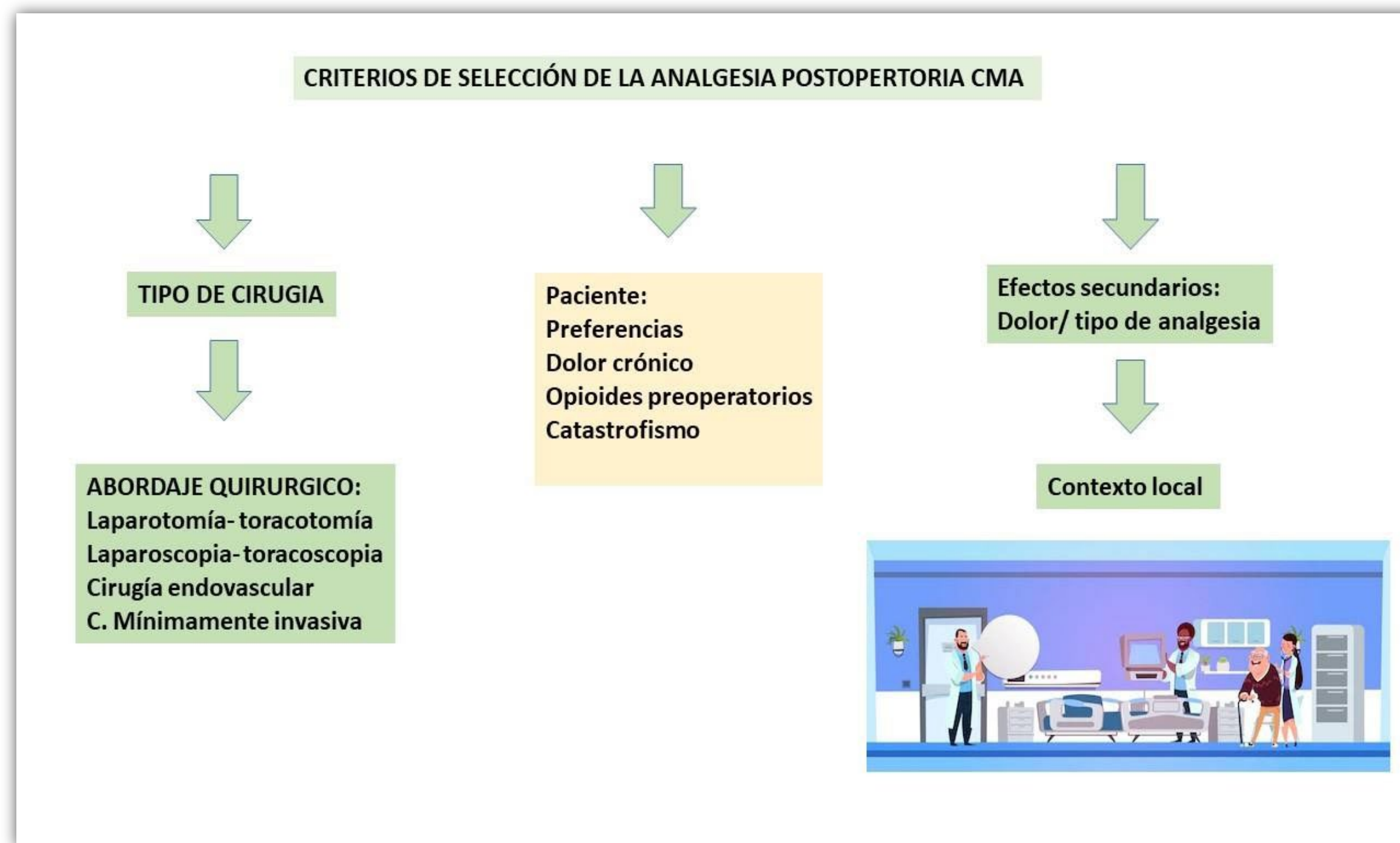


ESTRATEGIAS DE CONTROL DEL DAP





ESTRATEGIAS DE CONTROL DEL DAP





GESTIÓN DEL DOLOR

INFORMACIÓN

- Oral y escrita
- Personalizada según el tipo de cirugía, el estado de salud y perspectivas del paciente

EDUCACIÓN

- Transversal para todos los profesionales sanitarios implicados
- Para los pacientes, sobre el proceso y las expectativas. Se les anima a hacer preguntas

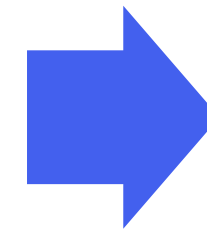
FORMACIÓN

- Transversal
- Conocimientos
- Capacitación
- Competencias

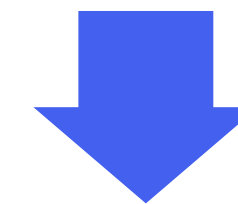


EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL DOLOR

La evaluación funcional o dinámica del DAP es imprescindible para ajustar la analgesia postoperatoria y minimizar los efectos secundarios



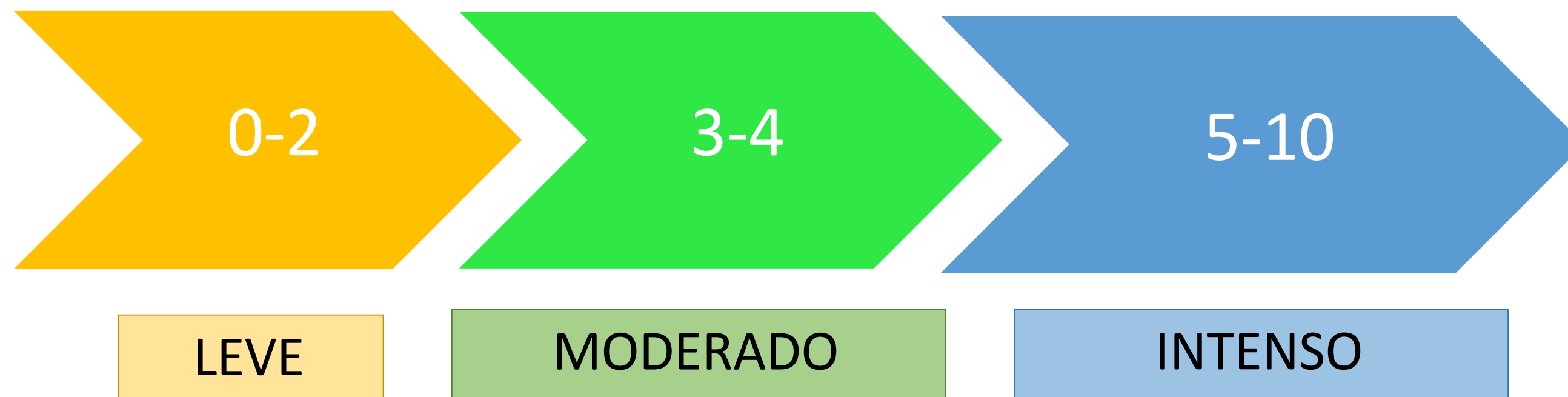
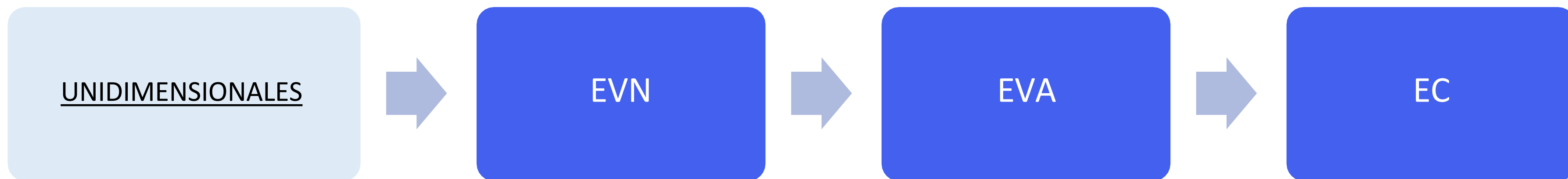
Se utilizan escalas unidimensionales y funcionales de la intensidad del dolor



Presentan gran variabilidad interindividual



ESCALAS UNIDIMENSIONALES





FACTORES DE RIESGO DE DAP INTENSO

Presencia de dolor preoperatorio (consumo previo de opioides)

Distress psicológico (ansiedad, depresión, estrés, insomnio...)

Edad

Tipo de cirugía (abierta, articular, torácica...) y duración (>90 min)

Sexo femenino

Tabaquismo

IMC



PUNTOS DE REFLEXIÓN



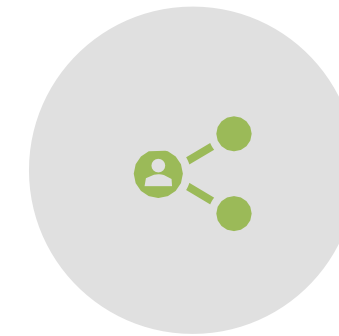
¿ Existe una implicación activa de todas/os las/os profesionales?



¿Disponemos de una estructura organizativa?



¿Es un objetivo estratégico de calidad?



¿Somos capaces de trasladar las guías/ recomendaciones a nuestra práctica clínica?



¿Hay participación activa, información, educación?



¿Necesitamos una mejor formación de los profesionales?



EDITORIAL

Analgesia postoperatoria personalizada

Personalised postoperative analgesia

AUTOR:

Servando López Álvarez
Anestesiólogo. Hospital Abente
y Lago. Complejo Hospitalario
Universitario A Coruña, España

El dolor agudo postoperatorio es un problema bien definido en el que llevamos muchos años trabajando diferentes profesionales sanitarios, con la finalidad de disminuir su prevalencia. Sin embargo, a pesar de conocer su origen y las vías de transmisión de la nocicepción, seguimos sin dar una solución adecuada y la prevalencia del dolor postoperatorio ha cambiado poco o nada en los últimos años.

Queremos ser líderes en la gestión del dolor, pero a veces olvidamos que gestionar es alcanzar metas, lo que implica identificar problemas y proponer soluciones. Desconocemos los motivos por los que nuestro amplio catálogo de soluciones para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio no consigue un control óptimo del mismo. El gran cambio está por producirse y solo tendrá éxito acumulando sinergias y corrigiendo errores del pasado.

Llevamos muchos años hablando de estructuras organizativas de gestión del dolor, de la utilización de herramientas adecuadas para su evaluación, de la necesidad de un correcto seguimiento, de mejorar la formación de los profesionales implicados en el tratamiento del dolor, de la importancia de equipos multidisciplinares y estrategias multimodales y muy poco de la implicación activa del paciente en la gestión de un fenómeno tan complejo y subjetivo. Nosotros mismos creamos falsas expectativas a los pacientes con milongas como “cirugía sin

dolor” u “hospital sin dolor”, cuando nuestra misión debería ser, entre otras, informar y educar a los pacientes, aunque esto requiere de tiempo, mucha empatía y liderar la coordinación y planificación de los equipos asistenciales.

Hay palabras que suenan muy bien y de tanto repetirlas debería estar más interiorizadas en los profesionales de la salud. Estamos lejos de esa realidad cuando nos creemos que somos equipos multidisciplinares. En la mayoría de las ocasiones es una media verdad, no solo no existe el equipo, sino que tampoco existe una buena cohesión e incluso pugnas por el liderazgo. ¿De verdad todas/os sabemos lo que es una estrategia multimodal? Creo que existen demasiadas dudas, porque cuando analizamos las estrategias analgésicas que reciben nuestros pacientes, en muchos casos no hay combinaciones sinérgicas, hay ausencia de pautas de analgesia de rescate o incluso pautas de analgesia a demanda.

Es necesario romper todas estas inercias y establecer verdaderos cambios en pacientes, profesionales e instituciones para optimizar con éxito el complejo problema del dolor postoperatorio. Hay evidencias y recomendaciones fuertes referentes a las estrategias analgésicas, pero no siempre las aplicamos de manera adecuada en nuestra práctica clínica. La mayoría son recomendaciones muy genéricas, cuando el cambio debería producirse individualizando estrategias

anestésicas y analgésicas en función de las características del paciente y su estado físico. Deberíamos tener en cuenta el tipo de procedimiento, el abordaje quirúrgico, la experiencia del equipo asistencial, las preferencias de los pacientes y el contexto donde se van a aplicar dichas estrategias.

Abogo por estrategias analgésicas personalizadas, una medicina centrada en el paciente y con participación de este. Ese será el momento de aplicar todas nuestras habilidades técnicas, conocimientos farmacológicos y de comunicación, incluida la psicología, al servicio del tratamiento del dolor. Entonces estaríamos iniciando el camino del cambio real. La amplia bibliografía al respecto nos ha hecho pensar que todo había cambiado, pero la práctica diaria nos devuelve a la realidad, todo sigue igual. Hagamos realidad lo que dice esta canción “cambia lo superficial / cambia también lo profundo / cambia el modo de pensar / cambia todo en este mundo... y así como todo cambia / que yo cambie no es extraño”. Un cambio que nuestros pacientes lo agradecerán, porque siempre es mejor un “menú a la carta” que un “menú del día”, y es posible, con compromiso e implicación, ofrecer analgesia con una estrategia personalizada y según la mejor evidencia científica disponible.



PUNTOS CLAVE

La prevalencia del DAP apenas se ha modificado los últimos años. Conocerla por procedimientos sería una buena herramienta para mejorar y poder aplicar una estrategia analgésica individualizada a las características del paciente, tipo de abordaje y procedimiento quirúrgico

La mejor garantía de responder adecuadamente a las demandas analgésicas de cada paciente es mediante una implicación activa del mismo y realizando un abordaje multidisciplinar. Todo ello sustentando en los pilares básico de información y educación y la utilización de instrumentos de evaluación del dolor adecuados.

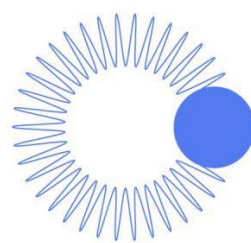


PUNTOS CLAVE

La evaluación funcional o dinámica del DAP, su registro y la existencia de una comunicación bidireccional es imprescindible para ajustar la analgesia postoperatoria y minimizar efectos secundarios. Existen diversos instrumentos validados para su aplicación, aunque debe ser una combinación de métodos de evaluación y no sólo una escala concreta, para poder lograr una óptima analgesia.

Analgesia óptima es aquella que permite el máximo confort del paciente, acelera la recuperación funcional con mínimos efectos secundarios, no interfiere con la deambulación ni con los programas de rehabilitación.

El DAP es consecuencia de la estimulación nociceptiva de distintos tejidos y órganos secundaria a la lesión directa o indirecta producida por la cirugía. Es predecible, de inicio reciente y duración limitada, Un control inadecuado del mismo se asocia con un aumento de la morbilidad, repercute en la calidad percibida y aumenta el riesgo de desarrollar dolor crónico.



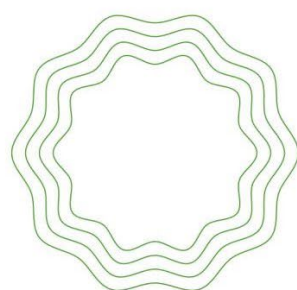
Línea Captor

Dolor moderado intenso

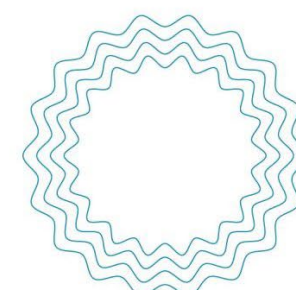
Frente al dolor de nuestros pacientes, actuamos con flexibilidad.



Accede a www.desactivaeldolor.com donde encontrarás contenido de interés sobre dolor



Captor
37,5mg/325mg
Tramadol + Paracetamol
Comprimidos EFG

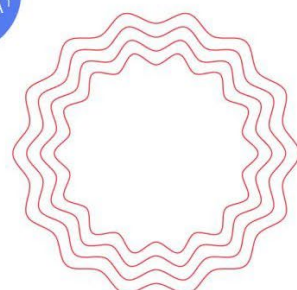


Captor SIMPLEX
50, 100, 150, 200mg
Tramadol
Cápsulas de liberación prolongada

SIN LACTOSA²



SIN LACTOSA¹



Captor
75mg/650mg
Tramadol + Paracetamol
Comprimidos



COMPRIMIDOS RANURADOS¹

- Posibilidad de administrar la mitad de la dosis
- Facilitan la deglución



LIBERACIÓN PROLONGADA VS. INMEDIATA:

- La formulación de capsulas de liberación prolongada tiene mejor tolerabilidad y ha demostrado generar menos náuseas³
- Idéntica biodisponibilidad con menor pico y menor fluctuación de concentraciones en plasma⁴



1. Ficha técnica CAPTOR 37,5 mg/325 mg hidroclocluro de tramadol y paracetamol, Ferrer Internacional, S.A. [Fecha consulta marzo de 2024]. Ficha técnica CAPTOR 75 mg/650 mg hidroclocluro de tramadol y paracetamol, Ferrer Internacional, S.A. [Fecha consulta marzo de 2024]. 3. Raber M, Hofmann S, Junge K, Momberger H, Kuhn D. Analgesic efficacy and tolerability of tramadol 100 mg sustained-release capsules in patients with moderate to severe chronic back pain. Clin Drug Invest. 1999;17(6):415-23. 4. Gillian M. Keating. Tramadol Sustained-Release Capsules. Drugs 66, 223-230 (2006).

VER FICHAS TÉCNICAS

[Captor® 37,5 mg/325 mg](#)

| [Captor® 75 mg/650 mg](#)

| [Captor SIMPLEX®](#)

Medicamentos sujetos a prescripción médica. Reembolsados por el Sistema Nacional de Salud. Aportación normal.

Captor® 37,5 mg/325 mg, 60 comprimidos PVP (IVA): 8,88€. Captor® 75 mg/650 mg, 20 comprimidos PVP (IVA): 5,92€, Captor® 75 mg/650 mg, 60 comprimidos PVP (IVA): 17,75€. Captor SIMPLEX® 50 mg, 20 cápsulas PVP (IVA): 2,50€. Captor SIMPLEX® 50 mg, 60 cápsulas PVP (IVA): 6,21€. Captor SIMPLEX® 100 mg, 20 cápsulas PVP (IVA): 4,14€. Captor SIMPLEX® 100 mg, 60 cápsulas PVP (IVA): 12,41€. Captor SIMPLEX® 150 mg, 20 cápsulas PVP (IVA): 6,21€. Captor SIMPLEX® 150 mg, 60 cápsulas PVP (IVA): 18,62€. Captor SIMPLEX® 200 mg, 20 cápsulas PVP (IVA): 8,27€. Captor SIMPLEX® 200 mg, 60 cápsulas PVP (IVA): 24,82€