

Año Global Contra el Dolor Agudo

PAIN

OCTUBRE 2010 – OCTUBRE 2011

¿Cuál es el problema?

Definición e impacto

El dolor agudo es la conciencia de una señal nociva proveniente de un tejido recientemente dañado, complicada por la sensibilización en la periferia y dentro del sistema nervioso central (SNC). Su intensidad cambia de acuerdo con los procesos inflamatorios, la cicatrización de los tejidos y el movimiento. La velocidad a la que se resuelve el dolor agudo es una de sus características clave [3]. Por definición, el dolor es subjetivo, pero los procesos fisiológicos subyacentes en los que participan el sistema nervioso sensorial y el sistema nervioso autónomo, las catecolaminas y otras hormonas del estrés en la circulación, y las respuestas inflamatorias son clave para el dolor agudo. La respuesta inflamatoria frente a lesiones de los tejidos sensibiliza a los nociceptores cercanos a la lesión y sensibiliza las vías del SNC que procesan las señales nocivas.

En la naturaleza, el dolor agudo es indicador de daño tisular y la sensibilización inhibe el comportamiento normal como forma de protección para minimizar los riesgos y promover la cicatrización de los tejidos. Si bien es desagradable, el dolor agudo promueve la supervivencia. En entornos médicos controlados, como durante la recuperación después de una cirugía o durante procedimientos invasivos, el dolor agudo casi nunca cumple un propósito útil y puede incluso resultar perjudicial.

La intensidad del dolor en respuesta al mismo procedimiento, lesión o condición nociva varía enormemente para cada individuo. La genética, la epigenética, el sexo y los antecedentes personales contribuyen a las diferencias de sensibilidad frente al dolor. Otros factores que aumentan las diferencias individuales son el tipo de herida o afección dolorosa, la fase de cicatrización de la herida, las respuestas al estrés preexistentes, las morbilidades asociadas y, en algunos casos, la edad. También existen variaciones individuales notables en el manejo y las respuestas del organismo frente a medicamentos analgésicos. Los factores psicológicos como expectativas, depresión y ansiedad o miedo pueden exacerbar la intensidad y duración del dolor. Los sistemas de creencias personales y el significado individual de la afección o el acontecimiento doloroso pueden exacerbar el dolor. Los pacientes que exageran los aspectos negativos o el impacto de su lesión o situación (“catastrofizar”) pueden experimentar un dolor más intenso que otros. El origen o el contexto cultural también puede afectar a la intensidad y la expresión del dolor.

Tabla 1: Ejemplos de dolor agudo

Dolor postoperatorio
Traumatismo, quemaduras u otras lesiones y afecciones que requieren visitas a la sala de urgencias
Lesiones deportivas
Lesiones por sobrecarga y esguinces
Mucositis oral en pacientes con cáncer sometidos a irradiación de la cabeza y el cuello
Neuropatía periférica inducida por quimioterapia en pacientes con cáncer
Procedimientos diagnósticos como biopsias
Trabajo de parto y parto
Dolores de cabeza agudos
Espasmos menstruales
Dolores de muelas

Dimensión del problema

Solo en Estados Unidos se realizan más de 46 millones de cirugías en pacientes internados y 53 millones de cirugías ambulatorias cada año. Más del 80% de los pacientes que se someten a cirugías en Estados Unidos dicen tener dolor postoperatorio [1]. De estos pacientes, el 86% declara que el dolor es moderado, intenso o extremo. La mayoría de estos pacientes afirma que el dolor es más difícil de controlar después del alta hospitalaria. Existen diferencias entre países.

El dolor es el motivo más frecuente por el que los pacientes visitan las salas de urgencias (SU) [8]. Representa más del 70% de las visitas a la SU. Cada año tienen lugar más de 115 millones de visitas a la SU en Estados Unidos y solo el dolor de cabeza agudo representa 2,1 millones de estas visitas [4]. El dolor agudo también es un problema común en los consultorios de medicina familiar, medicina deportiva y especialmente de medicina interna.

A pesar de los importantes avances que han existido en la investigación sobre dolor en las décadas recientes, el control inadecuado del dolor agudo sigue siendo más la regla que la excepción. Numerosos estudios muestran que menos de la mitad de los pacientes postoperatorios reciben un adecuado alivio del dolor [2]. A los pacientes que se presentan en la SU con afecciones muy dolorosas no les va mejor. Un gran estudio realizado en Estados Unidos reveló que la puntuación de dolor media para pacientes de la SU era 8 de 10 y que al momento del alta la puntuación media era de 6. Aproximadamente el 41% de los pacientes declaró que su dolor agudo no cambió o aumentó después de la visita a la SU y casi tres cuartos informaron tener dolor moderado o intenso en el momento del alta [7]. Los médicos de emergencias tienden a hacer un uso insuficiente de los medicamentos para el dolor.

Consecuencias del mal manejo del dolor agudo

El dolor agudo no controlado genera más que una simple molestia. La tabla 2 muestra que el dolor agudo tiene muchas consecuencias negativas para el paciente, para los médicos que tratan al paciente y para quienes administran el hospital o la clínica que trata el dolor agudo. El mal manejo del dolor pone a los pacientes en peligro, genera sufrimiento innecesario y aumenta los gastos de atención.

Tabla 2: Impacto del dolor agudo no controlado
<i>Perspectiva clínica</i>
Demora de la cicatrización de heridas debido al aumento del tono simpático
Aumento en la tasa de insuficiencia anastomótica
Mayor riesgo de morbilidad pulmonar, incluida la neumonía debido a respiración limitada por el dolor
Mayor riesgo de trombosis
Mayor riesgo de muerte
Respuesta hiperadrenérgica frente al estrés sostenida con hipertensión
<i>Perspectiva del paciente</i>
Sufrimiento innecesario
Problemas para dormir
Retención urinaria
Morbilidad o respiración limitadas y poca autonomía del paciente
Miedo y ansiedad
Discapacidad parcial o total innecesaria con pérdida de productividad laboral
Recuperación más lenta de lo necesario de las funciones y del estilo de vida normales
Calidad de vida reducida durante la recuperación
<i>Perspectiva administrativa</i>
Ingresos más prolongados en la unidad de cuidados intensivos o en el hospital
Mayores tasas de complicaciones y gastos asociados
Mayor riesgo de que se desarrolle dolor crónico con los consiguientes gastos para la atención médica
Implicación de que el mal control del dolor significa una mala calidad de atención

La carga financiera del dolor agudo mal controlado

El dolor agudo no controlado provoca ingresos prolongados en el hospital después de una cirugía. El gasto diario medio en el hospital en Estados Unidos en 2010 es de 2129 USD. Si solo 20 millones de pacientes de cirugía en Estados Unidos permanecen un día más en el hospital en 2010 debido al mal manejo del dolor postoperatorio, el gasto asciende a 42.580.000.000 USD. Otros gastos incluyen las complicaciones que se indican en la tabla 2 y el retraso en la movilización de los pacientes después de una cirugía o lesión. Una recuperación más lenta significa que se perderán más días de productividad laboral. El dolor agudo mal manejado genera una discapacidad parcial o total innecesaria.

Con frecuencia el dolor agudo se transforma en dolor crónico. El dolor persistente sigue al dolor postoperatorio en el 10–50% de los pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos comunes [5,6]. El dolor crónico intenso se desarrolla en el 2–20% de estos pacientes. Existe nueva evidencia que sugiere que el dolor postoperatorio agudo mal controlado es una causa del dolor postoperatorio crónico.

Referencias

- [1] Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003;97:534–40.
- [2] Benhamou D, Berti M, Brodner G, De Andres J, Draisci G, Moreno-Azcoita M, Neugebauer EA, Schwenk W, Torres LM, Viel E. Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PATHOS): a practice pattern study in 7 Central/Southern European countries. *Pain* 2008;136:134–41.
- [3] Chapman, CR, Donaldson GW, Davis JJ, Bradshaw DH. Improving individual measurement of postoperative pain: the pain trajectory. *J Pain*; in press.
- [4] Edlow JA, Panagos PD, Godwin SA, Thomas TL, Decker WW; American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with acute headache. *Ann Emerg Med* 2008;52:407–36.
- [5] Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent surgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006;367:1618–25.
- [6] Hinrichs-Rocker A, Schulz K, Järvinen I, Lefering R, Simanski C, Neugebauer EA. Psychosocial predictors and correlates for chronic post-surgical pain (CPSP): a systematic review *Eur. J Pain* 2009;13:719–30.
- [7] Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, Tanabe P; PEMI Study Group. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* 2007;8:460–6.
- [8] Todd KH, Miner JR. Pain in the emergency room. In: Fishman SM, Ballantyne JC, Rathmell JP, editors. *Bonica's management of pain*, 4th edition. Lippincott, Williams and Wilkins; 2010. p 1576–87.
- [9] Yaksh TL. Physiologic and pharmacologic substrates of nociception after tissue and nerve injury. In: Cousins MJ, Carr DB, Horlocker TT, Bridenbaugh PO, editors. *Cousins & Bridenbaugh's neural blockade in clinical anesthesia and pain medicine*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p 693–751.

