

El problema del dolor postoperatorio

R. Carlos García

Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción

A pesar de los avances en el conocimiento farmacológico de los analgésicos y de la introducción de nuevos fármacos y técnicas diversas en el campo de la terapéutica antiálgica, el dolor consecuente de las intervenciones quirúrgicas sigue siendo un problema no completamente resuelto. Los pacientes operados e incluso los propios médicos que les atienden, siguen asociando cirugía con dolor aceptando, unos y otros, que aunque se administren analgésicos, esta terapéutica no tendrá una eficacia plena en la mayoría de los casos¹. Por ello no sorprenden los resultados de numerosos estudios²⁻⁵, que revelan que entre un 40 y un 75% de los pacientes postoperados presentan dolor moderado o intenso, algunos de los cuales lo manifiestan como la peor experiencia hospitalaria. Seguramente éstos y otros datos referentes a la relativa eficacia de su tratamiento han servido para despertar un renovado interés para resolver este problema. Así, la publicación de artículos científicos referentes al dolor postoperatorio se ha incrementado progresivamente de forma considerable en los

últimos años (fig. 1). Además, ha aumentado la conciencia del público respecto a sus esperanzas de alivio del dolor y es probable que lo haga aún más con el énfasis puesto sobre la garantía de calidad asistencial al paciente. A pesar de que los profesionales sanitarios demuestran con ello un mayor interés, las conductas terapéuticas con respecto al dolor en general se rectifican con lentitud y, por ello, los resultados del proceso aún no son los deseables. El hecho de que todavía un número importante de pacientes manifieste tener dolor tras las intervenciones quirúrgicas supone, aparte del sufrimiento y la angustia que produce, una posibilidad mayor de padecer distintas complicaciones orgánicas: respiratorias, cardiocirculatorias, digestivas, metabólico-endocrinas, además del mayor coste económico que conllevan.

Factores condicionantes del dolor postoperatorio

Cabe preguntarse, en primer lugar, dónde radica la dificultad para tratar con efectividad el dolor postoperatorio. Diversas razones pueden

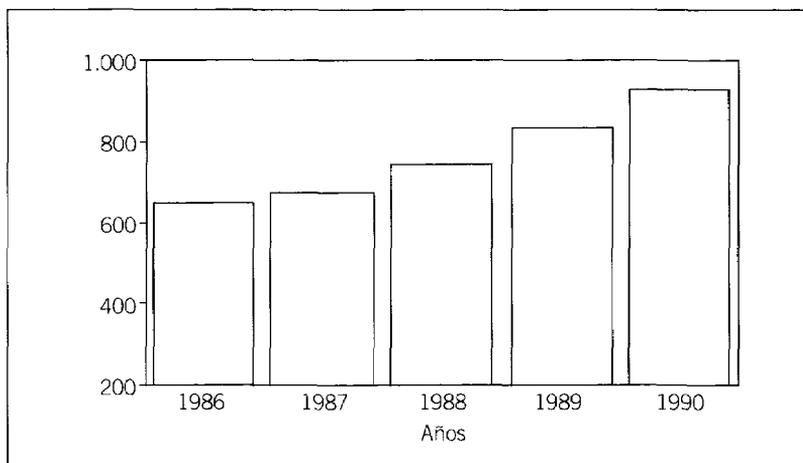


Fig. 1. Número de publicaciones científicas sobre dolor postoperatorio entre 1986 y 1990. Base de datos MEDLINE.

justificar esta falta de éxito en la resolución de un problema aparentemente sencillo porque, a priori, se trata de un dolor agudo y, por tanto, de relativa corta duración con la particularidad, además, de que se conoce previamente el momento de su comienzo y de que, habitualmente, su intensidad disminuye conforme se completa la cicatrización de las heridas quirúrgicas. Ello presupone que se pueden emplear analgésicos potentes con escasa probabilidad de que aparezcan los fenómenos de tolerancia y dependencia. Por otra parte, en muchos casos, se puede identificar en el dolor un mayor o menor componente somático o visceral, lo que también facilita la indicación de analgésicos de uno u otro tipo. Sin embargo, en la práctica, el tratamiento del dolor postoperatorio no es tarea fácil, porque intervienen múltiples circunstancias que modulan la intensidad y la manifestación dolorosa en cada individuo, así como la respuesta a los distintos fármacos analgésicos. El primer hecho que llama la atención es que tras intervenciones quirúrgicas que tienen el mismo sustrato lesional, unos pacientes sienten más dolor y necesitan una mayor cantidad de analgésicos que otros de similares características físicas. Es decir, existe, como en otros tipos de dolor, una variabilidad interindividual en la percepción del dolor, condicionada probablemente por una serie de factores inherentes o ajenos al propio paciente que lo padece. Distintos estudios han pretendido establecer una asociación entre factores étnicos y culturales con variaciones en la intensidad del dolor, así como con las actitudes, emociones y comportamientos asociados con el dolor. Se ha observado, por ejemplo, que la población de raza blanca necesitaba más analgésicos que los pacientes chinos, japoneses o filipinos⁶. No está bien determinada, en este tipo de dolor, la influencia de factores socioculturales, aunque observaciones personales, no suficientemente contrastadas, nos indican que personas con un nivel cultural y estrato social bajos lo soportan peor que otras con niveles más altos; también determinadas ideas religiosas pueden originar que el enfermo tenga más o menos disposición a mostrar el dolor. Por otra parte, factores como la ansiedad y los distintos aspectos que componen la personalidad, tales como el grado de neuroticismo y de extroversión se han correlacionado de forma directa y significativa, con la intensidad del dolor, tanto en varones como en mujeres, después de cirugía abdominal alta⁷. Sin duda, la expectativa de cualquier intervención genera ansiedad: el hecho mismo de la hospitalización,

el miedo a la intervención y sus resultados y al propio miedo a tener dolor tras la operación quirúrgica son causas de la misma. Y se ha comprobado una correspondencia entre ansiedad preoperatoria y dolor después de la intervención⁸. Aunque algunas de las causas de ansiedad citadas desaparecen tan pronto como el paciente se recupera del estado anestésico, en este momento aparecen otras que generan este sentimiento: el malestar, la desorientación, la sensación de desamparo y quizá la incapacidad para afrontar la situación de poner fin a la sensación dolorosa predominan ahora y, sin duda, todo ello origina más dolor y disminuye la respuesta a los analgésicos. La diferencia de edad de los pacientes también puede determinar cambios interindividuales en la situación del umbral doloroso. La capacidad para distinguir distintas intensidades de dolor es menos precisa conforme aumenta la edad, y quizá por ello la mayoría de los estudios indican que en el paciente anciano se puede conseguir un alivio eficaz del dolor, durante periodos más prolongados y con menores dosis de analgésicos que en el paciente joven⁹. Esta reducción en los requerimientos analgésicos observada en sujetos de edad avanzada puede ser debida, por un lado, a que en los ancianos disminuye la sensibilidad al dolor y la capacidad de discriminación y, por otro, a que ocurren en ellos una serie de modificaciones funcionales que determinan a su vez cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que modifican la efectividad de los analgésicos. En la otra parte de la escala de la vida se planta el dolor en niños. Existe una opinión bastante generalizada y errónea de que estos pacientes de corta edad (neonatos y lactantes) no sienten dolor y si lo tienen no lo recuerdan. Como ocurre en ancianos, la capacidad de diferenciación y discriminación está disminuida, pero se ha comprobado que existe una respuesta estresante (metabólica-endocrina) ante estímulos dolorosos¹⁰. Es preciso, por tanto, llevar a cabo una terapéutica adecuada, para evitar las repercusiones nocivas del mismo.

Se han realizado pocos trabajos acerca de las diferencias entre varones y mujeres en cuanto al dolor postoperatorio y no se ha podido establecer una relación entre el sexo y el dolor experimentado tras la intervención.

Por otra parte, la respuesta a los analgésicos morfínicos puede verse alterada en algunas situaciones patológicas: la insuficiencia hepática en fases terminales incrementa la actividad de estos fármacos al igual que ocurre con la insu-

ficiencia respiratoria crónica, especialmente en lo que se refiere a los efectos indeseables por depresión del sistema nervioso central.

El grado de información que tenga el paciente sobre este tipo de dolor puede modular también su respuesta al mismo. Se ha demostrado que una información previa acerca del dolor postoperatorio, tanto si se basa en experiencias personales pasadas como si es aportada por el medio, dio lugar a una disminución de las dosis de analgésicos necesarias para combatirlo¹¹.

Otros factores que pueden condicionar el dolor postoperatorio son ajenos al propio individuo. Así, el ambiente en la sala de hospitalización; el paciente se encuentra en contacto con otros que también tienen dolor, lo que puede influir en su propia respuesta. Pero existen otros aspectos de tipo ambiental que resultan curiosos; por ejemplo, se ha referido¹² que pacientes operados de colecistectomía que se encontraban en una sala desde cuyas ventanas se dominaba un paisaje natural se recuperaron más rápidamente y precisaron menos dosis de analgésicos que otros que sufrieron la misma intervención pero estaban hospitalizados en otra sala desde la que sólo se veía una pared de ladrillos. La influencia ambiental hospitalaria sobre los pacientes con dolor postoperatorio tiene aún unos límites más amplios que los puramente arquitectónicos y es responsabilidad del personal sanitario hacer todo lo necesario para crear un clima que contribuya a facilitar la terapéutica y reducir el dolor postoperatorio.

Otras circunstancias que pueden determinar la diferente magnitud del dolor experimentado por los pacientes durante el período postoperatorio y en la respuesta a los analgésicos son el tipo de intervención quirúrgica y la técnica anestésica empleada en la misma. Las operaciones que generan más dolor suelen ser las que se practican en la región torácica y abdominal alta, debido al movimiento provocado por los músculos respiratorios. Después de intervenciones torácicas algunos pacientes valoran separadamente dos tipos de dolor, uno de los cuales está presente de forma continua y el otro sólo aparece con las excursiones respiratorias profundas o con los accesos de tos. La cirugía protésica de grandes articulaciones (cadera y rodilla), también motiva intenso dolor postoperatorio. Pero incluso ante una misma intervención, la respuesta dolorosa puede variar ostensiblemente según el tipo de incisión practicada; así, por ejemplo, en una operación de abdomen superior la incisión subcostal produce menos

dolor en el período postoperatorio que una herida sobre la línea media.

Por otra parte, la técnica anestésica determina la intensidad y la iniciación más o menos rápida del dolor postoperatorio. Así, la infiltración o el bloqueo nervioso de la zona operatoria con anestésicos locales de gran duración (bupivacaína) retrasa considerablemente la aparición del mismo. Hechos similares se registran con la administración de opiáceos antes y durante el acto anestésico: en el caso de que se administren estos fármacos, el dolor tarda más en aparecer que cuando se emplea una técnica anestésica de mantenimiento basada en el empleo exclusivo de anestésicos inhalatorios. Lógicamente el tipo de opiáceo y su forma de administración peroperatoria también puede influir en la intensidad y duración del dolor tras la intervención. Obviamente, los de larga duración proporcionan una analgesia más duradera y la infusión continua determina menos dolor que cuando se emplean en dosis fraccionadas.

Por tanto, el dolor postoperatorio se manifiesta de una forma muy desigual de unos pacientes a otros dependiendo ello de una serie de factores de diversa índole. Esta variabilidad es la que impide establecer pautas homogéneas para su tratamiento y exige una atención individualizada en cada caso. Pero aun así, y asumiendo tal dificultad, resulta difícil comprender el porqué, incluso en la actualidad, existe un número elevado de pacientes que padecen dolor moderado o intenso en los días siguientes a la intervención quirúrgica si, al mismo tiempo, pensamos que disponemos de fármacos capaces de producir una completa y eficaz analgesia. La respuesta a esta cuestión exige analizar los conocimientos y las actitudes del personal sanitario con respecto al dolor postoperatorio. En primer lugar, hay que referirse a la escasa información que dichos profesionales tienen acerca de este tema. En general los médicos, y más concretamente los cirujanos, no le han prestado la atención suficiente. A este respecto es ilustrativo el hecho descrito después de revisar cinco grandes tratados de cirugía que comprendían entre todos más de 10.000 páginas de texto, sólo siete de ellas se dedicaban al tratamiento del dolor postoperatorio¹³. Ello puede ser un simple indicador de la poca información «oficial» que se nos ofrece al respecto, máxime si pensamos que hasta hace poco tiempo los cirujanos eran los principales responsables del tratamiento de este tipo de dolor. Pero, además, existen numerosos estudios en

los que se pone de manifiesto que la inadecuada prescripción de medicamentos analgésicos y los fallos en su cumplimiento son los motivos fundamentales de la mala terapéutica del dolor en el período postoperatorio. En uno de ellos, que es referencia obligada para analizar las causas del deficiente tratamiento del dolor¹⁴, se describe que sólo un 1% de los médicos refiere que el objetivo de la terapéutica es aliviar completamente el dolor. En otro mucho más reciente este porcentaje sólo se eleva a un 18%¹⁵. Por otra parte, estos trabajos revelan que el médico muestra reticencia para utilizar las dosis adecuadas de morfínicos por miedo a la depresión respiratoria y al desarrollo de dependencia, y quizás es un temor no bien justificado, a tenor de los resultados obtenidos en un amplio estudio retrospectivo sobre usos y complicaciones de los analgésicos morfínicos¹⁴. El médico al mismo tiempo que conoce estos efectos adversos, debe recordar que el dolor agudo intenso es el mejor antagonista de la depresión respiratoria y que el fenómeno del «olvido» de respirar puede solucionarse vigilando un poco más al paciente e invitándole a que respire y en último extremo se puede recurrir a los propios antagonistas narcóticos. También es difícil que en un enfermo sin antecedentes de drogadicción se induzca la dependencia en el curso de un tratamiento del dolor agudo. Esta sobreestimación de efectos adversos promueve una conducta errónea al prescribir estos fármacos a dosis inferiores a las necesarias y con intervalos mayores a los teóricamente correctos. La consecuencia de ello es que los enfermos no llegan a sentirse libres de dolor por completo y hay períodos de tiempo en que aquél adquire la máxima severidad. También se debe culpar, en parte, al personal de enfermería que tiene reticencias a la hora de administrar analgésicos, incluso cuando el médico hace una prescripción correcta de los mismos; existe una conducta bastante generalizada por parte de las enfermeras de administrar los analgésicos sólo cuando el enfermo se los pide, sin atender a las órdenes de prescripción médica¹⁵. Por otra parte, es bastante frecuente que el anestesiólogo o el cirujano interviniente prescriban analgésicos al finalizar la intervención y los administre la enfermera de la sala. Sin embargo, el seguimiento del paciente, incluido su dolor, lo hace, generalmente, el médico más joven y, por ello, el de menos experiencia del equipo quirúrgico. Esta dispersión de la responsabilidad entre 3 grupos de profesionales, que probablemente no habrán recibido una forma-

ción adecuada en el alivio del dolor agudo, conduce inevitablemente a la confusión y determina que el patrón de asistencia al paciente sea malo y contradictorio. Obviamente, en estas circunstancias la atención prestada a la evaluación de los resultados del tratamiento analgésico establecido es muy escasa o nula. Es poco usual desarrollar un protocolo de seguimiento para valorar el grado de dolor, analgesia y satisfacción del paciente, práctica restringida casi siempre a los ensayos clínicos; esta falta de control en la práctica clínica ha sido otro de los factores que han motivado que el tratamiento del dolor postoperatorio permaneciera invariable durante muchos años.

Abordaje actual del dolor postoperatorio

El problema, por tanto, persiste y es necesario abordarlo en toda su extensión para mejorar el tratamiento del dolor postoperatorio. Esta necesidad argüida en múltiples ocasiones anteriores, parece ahora convertirse en un objetivo prioritario. A raíz de las recomendaciones establecidas por un comité formado en The Royal College of Surgeons of England and The College of Anaesthetics, que se hicieron públicas en 1990¹⁶, se ha reavivado el interés por el tema y se han publicado numerosos artículos y editoriales con comentarios favorables hacia las mismas que incluyen esencialmente la mejora en la formación del personal sanitario, en lo que respecta a la concepción, evaluación y tratamiento del dolor. La creación de unidades de dolor agudo en centros hospitalarios debe servir para facilitar el cumplimiento de estos objetivos. Efectivamente, estas unidades surgen por la necesidad de coordinar y unificar la responsabilidad del tratamiento diario de los pacientes con este tipo de dolor, desdoblamiento, al mismo tiempo, la docencia y la investigación clínica fundamentales en el área del dolor postoperatorio¹⁷. Desde aquí se podrá impulsar y desarrollar mejor un cambio de actitudes y comportamientos de médicos y enfermeras. Los datos que tenemos al respecto, en nuestro país y en otros de nuestro entorno^{18,19}, justifican plenamente el que haya que desterrar definitivamente la idea, inclusive la de los propios pacientes, de que «algo tiene que doler» y sustituirla por otra consistente en que este tipo de dolor es indeseable e innecesario. Ello ayudará, por otra parte, a cambiar los hábitos de prescripción y administración de fármacos analgésicos. Efectivamente, es muy frecuente aún encontrar pautas de tratamiento como la siguiente: «analgésicos

si tiene dolor», dejando al arbitrio del personal de enfermería el tipo de fármaco a administrar, las dosis y el intervalo entre ellas. Será preciso corregir éste y otros errores en el tratamiento del dolor. La indicación de analgésicos sin intervalos fijos debería dar como resultado una buena analgesia, pero aparte de que los requerimientos de analgésicos por el paciente son interpretados de modo muy conservador por parte de enfermería, el proceso iniciado desde la petición del enfermo hasta que el fármaco se absorbe y ejerce su efecto analgésico es demasiado lento (fig. 2). Por ello, es preferible la administración de opiáceos de forma regular, evitando la indicación «si precisa». Sin embargo, dada la gran variabilidad a la que hemos hecho referencia, la aplicación de esta pauta de forma general dará lugar a que algunos pacientes reciban una dosis superior a la que necesitan y, contrariamente, otros tendrán dolor por dosificación insuficiente. Por lo tanto, para mejorar el régimen terapéutico se hace necesario, además, evaluar en períodos cortos de tiempo el tipo de dolor y el grado de analgesia conseguida y ajustar en cada caso las dosis a emplear. Para evitar las fluctuaciones en las concentraciones plasmáticas o los «valles y picos» de analgesia es recomendable la infusión continua por vía intravenosa de analgésicos regulando la velocidad de infusión hasta conseguir una analgesia eficaz.

Por otro lado, hay que promover y aprovechar nuevas técnicas y vías de administración de fármacos analgésicos. La analgesia controlada por el paciente (PCA) constituye un concepto nuevo y valioso en la terapéutica del dolor. Con este método el paciente recibe los analgésicos cuándo y cuántas veces los precise, dentro de unos límites establecidos, ya que la técnica consiste en la administración intermitente de fármaco con una bomba de infusión que el médico programa de antemano marcando una dosis máxima y un intervalo mínimo de disparo siendo el paciente el que activa el mecanismo. Los beneficios de la autoanalgesia comprenden la disminución entre tiempo de percepción del dolor y el inicio del tratamiento, reduce la ansiedad de los pacientes, evita oscilaciones en las concentraciones plasmáticas fuera de los límites mínimo y máximo eficaz, y de esta forma procura una analgesia más efectiva y continua (fig. 3). Al mismo tiempo se libera al personal de enfermería de una responsabilidad y una tarea que conllevan cierto tiempo. Sin embargo, el equipo es caro y ciertamente complicado para algunos pacientes; es preciso asegurarse bien del

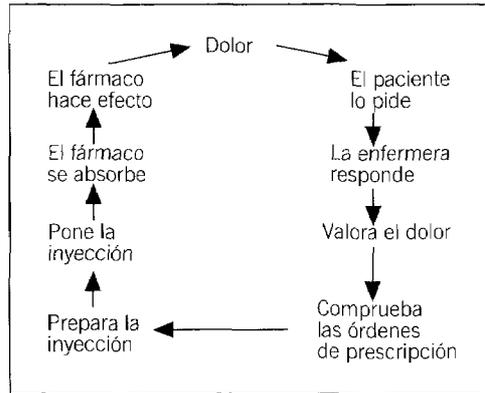


Fig. 2. Proceso de administración de un analgésico a demanda del paciente.

funcionamiento, porque a veces se producen errores mecánicos o de programación de la bomba.

La administración espinal (subaracnoidea y epidural) de fármacos analgésicos es, sin duda, uno de los métodos más efectivos para tratar el dolor postoperatorio; se consigue de esta forma una analgesia sin afectación motora ni vegetativa contrariamente a la obtenida tras la administración de anestésicos locales. Ello, unido al hecho de que pequeñas dosis de opiáceos producen unos efectos analgésicos superiores en cuanto a intensidad y duración que los que se consiguen con las mismas dosis administradas por vía parenteral, lo que junto a una menor afectación de la conciencia y de las funciones digestivas, hacen que esta técnica tenga un especial atractivo y explica el gran desarrollo experimentado en los últimos años. Sin embargo no está exenta de algunas desventajas como son la aparición de prurito, la retención urinaria y depresión respiratoria tardía, efectos indeseables que, en parte, justifican el que la técnica no se aplique de forma universal. Se han utilizado por esta vía diversos morfínicos, los más liposolubles (fentanilo, sufentanilo) llegan más rápidamente al LCR y también se eliminan antes. Los menos liposolubles (morfina) permanecen más tiempo en el LCR y pueden alcanzar estructuras rostrales con mayor facilidad, dando lugar a la depresión respiratoria tardía antes citada. El fentanilo, por ello, tiene un efecto más metamérico que la morfina y menos duradero. La implantación de un catéter permite la perfusión continua de opiáceos, lo que posibilita una mejor localización de la anal-

gesia. Efectivamente, se ha comprobado que tras la incisión quirúrgica y después de otros estímulos nociceptivos diversos, se inducen cambios en el SNC que a su vez determinan un estado hiperexcitable que da lugar a un incremento en la respuesta a distintos estímulos provenientes de la zona de lesión operatoria, aumentando y perpetuando así el dolor postoperatorio. Por ello la administración, previa a la incisión, de analgésicos como fentanilo por vía epidural reduce considerablemente la necesidad de analgésicos en el período postoperatorio²³. Lógicamente otras sustancias, actuando bien a nivel periférico, impidiendo la génesis de estímulos (anestésicos locales, AINE, otros antiinflamatorios) o bien central (opiáceos, clonidina, ketamina) pueden aumentar el umbral de excitabilidad y con ello pueden disminuir la respuesta dolorosa tras las intervenciones cuando se administran previamente a la intervención.

Finalmente, en el tratamiento del dolor postoperatorio, siempre hay que considerar la posibilidad de usar otros fármacos (analgésicos menores, anestésicos locales, antiinflamatorios, sedantes-hipnóticos), u otras técnicas farmacológicas (bloqueos nerviosos, anestesia interpleural) o no farmacológicas tales como la electroestimulación nerviosa, transcutánea o percutánea, la crianalgesia o la acupuntura, como formas alternativas o coadyuvantes de la terapéutica farmacológica al igual que los métodos psicológicos tales como la hipnosis y sofrosis.

De todas formas, la aplicación de cualquier técnica analgésica no conducirá a ningún resultado positivo si no se hace al mismo tiempo un seguimiento cercano de la intensidad y características del dolor y de la analgesia conseguida en cada paciente, al igual que se efectúa el control de otros signos o síntomas clínicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kuhn S, Cooke K, Collins M, Jones JM, Mucklow JC. Perceptions of pain relief after surgery. *Br Med J* 1990; 300: 1.687-1.690.
2. Cronin M, Redfern PA, Utting Se. Psychometry and postoperative complaints in surgical patients. *Br J Anaesth* 1973; 45: 879-884.
3. Cohen FL. Post surgical pain relief: patients status and nurses medication choice. *Pain* 1980; 9: 265-274.
4. Owen H, McMillan V, Rogowski D. Postoperative pain therapy: a survey of patients expectations and their experiences. *Pain* 1990; 41: 303-307.
5. Weis OF, Sriwatanakul K, Alloza JL, Weintraub M, Lasagna L. Attitudes of patients, house staff and nurses toward postoperative analgesic care. *Anesth Analg* 1983; 62: 70-74.
6. Streltzer J, Wade TC. The influence of cultural group on the undertreatment of postoperative pain. *Psychosom Med* 1981; 43: 392-403.
7. Dalrymple DG, Parbrook GD, Steel DF. Factors predisposing to postoperative pain and pulmonary complications. *Br J Anaesth* 1973; 45: 589-595.
8. Scott LE, Clum GA, Peoples JB. Preoperative predictors of postoperative pain. *Pain* 1983; 15: 283-293.
9. Kaiko RF. Age and morphine analgesia in cancer patients with postoperative pain. *Clin Pharmacol Ther* 1980; 28: 823-826.
10. Anand KJ, Aynsley-Green A. Measuring the severity of surgical stress in newborn infants. *J Pediatr Surg* 1988; 23: 297-305.
11. Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *N Engl J Med* 1964; 270: 825-828.
12. Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science* 1984; 224: 420-421.
13. Oden RV. Acute postoperative pain: Incidence, severity, and etiology on inadequate treatment. *Anesth Clin North Am* 1989; 7: 1-15.
14. Marks RM, Sachar EJ. Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. *Ann Intern Med* 1973; 78: 173-181.
15. Lavies N, Hart L, Rounsefell B, Runciman W. Identification of patient, medical and nursing staff attitudes to postoperative opioid analgesia: stage 1 of a longitudinal study of postoperative analgesia. *Pain* 1992; 48: 313-319.
16. Report of a working party of the commission on the provision of surgical services. Pain after surgery. Londres: The Royal College of Surgeons of England and the College of Anaesthetists, 1990.
17. Ready BL, Oden R, Chadwick HS. Development of an anaesthesiology-based postoperative pain management service. *Anesthesiology* 1988; 68: 100-106.
18. Alloza JL. El tratamiento del dolor agudo: Estudio comparativo entre dos hospitales generales en España y EUA I. Cómo ven los médicos el dolor postoperatorio. *Farm Clin* 1986; 3: 40-53.
19. Alloza JL. El tratamiento del dolor agudo: Estudio comparativo entre dos hospitales generales en España y EUA II. Como ven las enfermeras el dolor postoperatorio. *Farm Clin* 1987; 1: 48-60.
20. Dekock MF, Pichon G, Scholtes JL. Intraoperative clonidine enhances postoperative morphine patient-controlled analgesia. *Can J Anaesth* 1992; 39: 537-544.
21. Caplan RA, Ready LB, Oden RV, Matsen FA, Nessly ML, Olsson GL. Transdermal fentanyl for postoperative pain management. A double blind placebo study. *JAMA* 1989; 261: 1.036.
22. Hill HF. Clinical pharmacology of transdermal fentanyl. *Eur J Pain* 1990; 11: 81-85.
23. Katz J, Kavanagh B. Preemptive analgesia. *Anesthesiology* 1992; 77: 439-446.

DISCUSIÓN

L. ALIAGA: Poco hay que añadir a la magnífica exposición del Dr. R. Carlos, pero creo que la clave está en una simple pregunta, ¿queremos o no queremos realmente tratar el dolor postoperatorio? Bonica afirmó que los tres grandes fallos en el tratamiento del dolor son los fallos en los conocimientos, en la aplicación impropia de los mismos y en la falta de sensibilidad y creo que en España estamos fallando en este tercer elemento. Para mejorar la situación sería necesario, a mi entender, actuar a varios niveles. En primer lugar, hay que dedicar el tiempo suficiente para establecer una pauta analgésica adecuada y controlar el dolor. Segundo, hoy día no es admisible que los pacientes pasen directamente del quirófano a la sala de hospitalización. Los analgésicos se pautan entonces por vía intramuscular, y hasta que no han transcurrido tres o cuatro vidas medias no se alcanza la analgesia. Y tercero, debe existir una persona responsable, que siga el protocolo y administre el analgésico de rescate y que consulte con la unidad de dolor sólo en un 5 o 10% de los casos. Por tanto, creo sinceramente que es un problema de sensibilidad en el 90% de los casos.

R. CARLOS: Estoy totalmente de acuerdo, tenemos que sensibilizarnos todos y también la Administración sanitaria. Ante estas instancias, en muchas ocasiones, hay que emplear el argumento de que tratando bien el dolor postoperatorio se pueden reducir la estancia en el hospital y, con ello, los costes de hospitalización. Y, lamentablemente, esta argumentación es la más efectiva para poner en marcha unidades de tratamiento del dolor en nuestros

hospitales ya que no sólo los gestores sino también el conjunto del personal sanitario no reconoce los beneficios que para el propio enfermo suponen no padecer dolor y, aun con frecuencia, se sigue pensando que algo tiene que doler después de una operación, e incluso que este dolor puede ser signo de normalidad del curso postoperatorio.

J.M. GONZÁLEZ DARDER: Soy cirujano y diariamente observo una secuencia de acontecimientos que me gustaría exponer aquí; los pacientes, en especial los de cirugía de columna, reciben mucha analgesia durante la intervención, básicamente fentanilo, y en cuanto el paciente sale de la intervención el anestesta suele revertir con naloxona, debido al temor a que el paciente sufra una depresión respiratoria como consecuencia de las dosis tan altas que se han dado durante la intervención. Inmediatamente el paciente aqueja dolor y se empieza una analgesia, generalmente con tramadol. ¿Es lógica esta secuencia? ¿Sería posible lograr una secuencia de liberación de analgesia más suave sin riesgo de depresión respiratoria en lugar de tener que pasar por esta reversión que es realmente violenta?

R. CARLOS: Por supuesto, pero yo diría que esta es una secuencia totalmente ilógica. En la actualidad se dispone de medios suficientes para combatir la posible depresión respiratoria que pudiera presentar el enfermo tras recibir grandes dosis de morfínicos durante el acto operatorio, y esta situación se puede mantener más tiempo en el postoperatorio, hasta que los efectos depresores de la respiración remiten espontáneamente sin necesidad de tener que antagonizar la analgesia.