

CARTA AL DIRECTOR

Experiencia de consumo de oxicodona/naloxona tras cirugía artroscópica de hombro

Experience with oxycodone/naloxone after arthroscopic shoulder surgery

Sra. Directora:

Las recomendaciones actuales para tratar el dolor agudo postoperatorio (DAP) son la utilización de estrategias multimodales (1). En cirugía ortopédica y traumatológica son de elección el uso concomitante de técnicas regionales asociado a analgésicos vía intravenosa/oral. El bloqueo interescalénico es la técnica regional más utilizada en la actualidad para analgesia/anestesia en la cirugía de hombro y de la parte proximal de brazo, y es un componente importante en los programas de rehabilitación multimodal para favorecer las vías rápidas (cirugía de fast-track) o incluso la ambulatorización de muchos procedimientos (2).

El DAP no debe considerarse un fenómeno limitado en el tiempo, sino un proceso que se inicia con la incisión quirúrgica y que, si no se trata adecuadamente, puede provocar fenómenos nociceptivos y/o neuropáticos (3). Un control inadecuado conlleva complicaciones cardiovasculares, respiratorias, endocrino-metabólicas, psicológicas y favorece los fenómenos de cronificación del dolor.

AUTORES:

Javier Olcoz Cordón, Andrea Cuadrado Mancy, Dolores Bedmar Cruz, José Olarra Nuel

Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

María Elena Civeira Marín

Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario La Paz. Madrid

CORRESPONDENCIA:

Dolores Bedmar Cruz
lolabedmar@gmail.com

RECIBIDO: 13 / diciembre / 2020

REVISADO: 9 / enero / 2021

El alivio del mismo es un indicador de calidad asistencial y resulta imprescindible para el confort del paciente, su recuperación funcional, su mejor rehabilitación y menor estancia hospitalaria (4).

Las técnicas de anestesia-analgésia basadas en bloqueos nerviosos permiten un importante ahorro de opioides, proporcionan excelentes condiciones quirúrgicas y reducen el estrés a la respuesta quirúrgica (5). Bajo estas premisas, elaboramos para la cirugía artroscópica de hombro en el año 2015 (sutura del manguito de los rotadores) un protocolo multidisciplinar entre el Servicio de Anestesiología, el Comité de Atención al Dolor y el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

El protocolo consistía, previo consentimiento informado, en la realización de bloqueo interescalénico unilateral ecoguiado (con 15 ml de una mezcla de 5 ml de levobupivacaína 7,5 %, 15 ml de mepivacaína 2 % y 8 mg de dexametasona) con el paciente despierto en la cama de quirófano bajo condiciones de asepsia quirúrgica. Posteriormente se realizaba una anestesia general con

inducción intravenosa, intubación con tubo orotraqueal flexo-metálico y mantenimiento con sevoflurano. Tras la educación, estancia en unidad de despertar hasta que cumpliera criterios de alta (escala de Aldrete modificada). La analgesia postoperatoria fue con bolos de 50 mcg de fentanilo si el dolor en la escala verbal numérica era superior a 5, hasta un máximo de 150 mcg en el despertar y en la planta de hospitalización, tras tolerancia oral, paracetamol alternado con metamizol vía oral cada 8 horas. Si el dolor no era adecuadamente controlado la primera noche post-cirugía, se administraba 5/2,5 mg de oxicodona/naloxona, que se continuaba cada 12 horas. Ante ausencia de contraindicación, el alta domiciliar era a las 24 horas de la cirugía.

Desde su implantación en mayo de 2015 hasta diciembre de 2017 se realizaron 149 artroscopias de hombro con sutura del manguito de los rotadores. En los pacientes intervenidos en ese periodo se realizó una encuesta telefónica a los 95 pacientes en los que se prescribió oxicodona/naloxona para su domicilio, obteniendo 85 respuestas.

Los resultados de la misma muestran que 4 pacientes no llegaron a iniciar el tratamiento (4,7 %), 71 pacientes (83,5 %) lo suspendieron durante los 3 meses siguientes (50 en el primer mes, 6 en el segundo y 15 en el tercero). Los que mantuvieron el tratamiento pasados 6 meses de la cirugía fueron 10 pacientes (11,7 %). De los que mantuvieron el tratamiento, en 2 casos su consumo era previo a la intervención, 7 casos seguían con la misma intensidad de dolor que antes de la cirugía y 1 lo mantenía por lumbalgia. En esos casos los facultativos prescriptores fueron en 6 el médico de atención primaria, en 3 la unidad del dolor crónico y en 1 el servicio de Reumatología.

Con estos resultados podemos decir que el tratamiento del dolor agudo postoperatorio con oxicodona/naloxona tras cirugía artroscópica de hombro con sutura del manguito de los rotadores no causa adicción y la situación en España no es comparable con la situación de otros países como Estados Unidos (6-9). El porcentaje de pacientes que consumen opioides después de 6 meses es relativamente bajo, sin embargo en comparación a los resultados de otros estudios, sería necesario reevaluar nuestro protocolo, porque mejorando la estrategia multimodal es posible eliminar o minimizar más la utilización de opioides postoperatorios. Una adecuada estrategia evita los fenómenos de cronificación tras cirugía de hombro. El consumo crónico de opioides a largo plazo, en nuestro caso es por dolor de otras localizaciones y sin conductas de abuso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, et al. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain*. 2016;17(2):131-57. DOI: 10.1016/j.jpain.2015.12.008.
2. Hoffmann H, Kettelhack C. Fast-Track Surgery-Conditions and Challenges in Postsurgical Treatment: A Review of Elements of Translational research in Enhanced Recovery After Surgery. *Eur Sur Res*. 2012;49(1):24-34. DOI: 10.1159/000339859.
3. Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 years on. *Br J Anaesth*. 2008;101(1):77-86. DOI: 10.1093/bja/aen099.
4. Wu CL, Naqibuddin M, Rowlingson AJ, Lietman SA, Jermyn RM, Fleisher LA. The Effect of Pain on Health-Related Quality of Life in the Immediate Postoperative Period. *Anesth Analg*. 2003;97(4):1078-85. DOI: 10.1213/01.ane.0000081722.09164.d5.
5. Sinatra R. Causes and Consequences of Inadequate Management of Acute Pain. *Pain Medicine*. 2010;11(12):1859-71. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2010.00983.x.
6. 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.
7. Franklin G, Sabel J, Jones CM, et al. A comprehensive approach to address the prescription opioid epidemic in Washington State: milestones and lessons learned. *Am J Public Health*. 2015;105(3):463-9. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302367.
8. Wardhan R, Chelly J. Recent advances in acute pain management: Understandings the mechanisms of acute pain, the prescriptions of opioids and the role of multimodal pain therapy. *F1000Res*. 2017;6:2065. DOI: 10.12688/f1000research.12286.1.
9. Brat GA, Agniel D, Beam A, Yorkgitis B, Bicket M, Homer M, et al. Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: retrospective cohort study. *BMJ*. 2018;360:5790. DOI: 10.1136/bmj.j5790.