



P-33 - INCIDENCIA DE DOLOR CRÓNICO POSQUIRÚRGICO DENTRO DEL PROGRAMA ERAS EN CIRUGÍA TORÁCICA

Aragón Álvarez, S.; Miñana Aragón, E.; Sánchez García, F.; Esturi Navarro, R.; Martínez, N.; Estors, M.; Galbis, J.M.; Llopis Calatayud, J.E.; Juanes, V.

Hospital de la Ribera, Alzira.

Resumen

Introducción: El dolor crónico posoperatorio (DCP) tras cirugía torácica tiene una prevalencia del 50%, principalmente con clínica neuropática y con limitación de las actividades diarias. El factor predictivo más asociado con el desarrollo de DCP a los 6 meses es el mal control de dolor en el posoperatorio inmediato. No existen datos suficientes que puedan recomendar un tipo de técnica locorregional para su prevención. Presentamos la incidencia de DCP tras cirugía torácica dentro del protocolo ERAS.

Métodos: Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía de resección entre enero y noviembre del 2019 (toracotomía o VATS). Para el control del dolor se asocia en los procedimientos unilaterales un bloqueo locorregional (paravertebral o erector de la espina) dentro de los programas ERAS. Para la valoración del DCP se realizó una encuesta telefónica a los 2 meses, evaluándose el EVA: dolor leve EVA (1-3), dolor moderado EVA (4-7) y dolor severo EVA (8-10). Se recogieron las características del dolor, y la interferencia con sus actividades diarias.

Resultados: En este periodo, se recogieron un total de 83 pacientes. A los dos meses un 18% de nuestros pacientes presentaba un dolor moderado y en un 1,2% el dolor se presentó de forma grave (tabla 1). En cuanto al desarrollo de DCP, la cirugía por VATS presentó un porcentaje mayor de pacientes con no dolor respecto al abordaje por toracotomía con diferencias estadísticamente significativas (70,9% vs 28,6%) $p \leq 0,001\%$. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas al comparar la incidencia de dolor en toracotomías y VATS con cada una de las técnicas locorregionales ($p = 0,396$ y $p = 0,712$ respectivamente). En cuanto a la relación de DCP con la existencia de dolor agudo posoperatorio (DAP) las primeras 24 horas encontramos que un 53% de DCP moderado había presentado un DAP moderado y un 13% un DAP grave. La mayoría de nuestros pacientes presenta un DCP de características neuropáticas, ya que más de la mitad de los pacientes con clínica somática asocian también clínica neuropática (tabla 3).

Tabla 1

DCP cero DCP leve DCP moderado DCP grave

Toracotomías (n = 28)	PVB (n = 16) 57,1%	4 (25%)	4 (25%)	8 (50%)	0
	EB (n = 12) 42,8%	4 (33,3%)	5 (41,6%)	3 (25%)	0
VATS (n = 51)	PVB (n = 14) 27,4%	8 (57,1%)	4 (28,5%)	2 (14,2%)	0
	EB (n = 37) 71,1%	27 (72,9%)	7 (18,9%)	2 (5,4%)	1 (2,7%)

Tabla 2

Relación DCP con DAP	DAP grave	DAP moderado	DAP leve
DCP moderado (n = 15)	2 (13%)	8 (53,3%)	5 (36,8%)
DCP grave (n = 1)	0	1 (100%)	0

Tabla 3

Quemazón	11%
Descargas eléctricas	33%
Molestia con el roce de la ropa	22%
Empeora con el frío	33%
Sensación de hormigueo	38%
Sordo	38%
Interferencia con actividad diaria	20,4%

Conclusiones: La incidencia de DCP dentro del programa ERAS de nuestro hospital, es discretamente inferior a la encontrada en la bibliografía. La clínica encontrada es principalmente de características neuropáticas acorde a la bibliografía. Los bloqueos periféricos descritos en los últimos años para el manejo del DAP podrían influir en la incidencia del DCP. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas que recomienden un tipo de bloqueo, siendo necesarios estudios más amplios.