



EDITORIAL

Camino hacia la Excelencia en COT.

Capítulo 2: Dolor en Cirugía Ortopédica y Traumatología

Roca Ruiz, Luis Javier

Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla
Profesor Asociado de Cirugía. Universidad de Sevilla
Director de la Revista de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia

Rev. S. And. Traum. y Ort., 2024; 41 (1/2): 06-07

Desde el inicio de los tiempos, el dolor acompaña a la humanidad. Con el nacimiento y a lo largo de la vida, el dolor está presente hasta nuestros últimos momentos de existencia.

El dolor, como apunta Schopenhauer, es substancial a la vida, y la vida no es sino padecer.

Pese a que cada vez se sabe más de sus mecanismos biológicos, neurotransmisores, vías y receptores, es oportuno preguntarnos qué sentido tiene el dolor, y sobre todo el dolor crónico...

El dolor y sufrimiento van de la mano y siendo distintos a veces se confunden. Como decía el biólogo, fisiólogo y médico francés Claude Bernard inspirándose en Hipócrates, la misión del médico es curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre.

Lo esencial no es solo tratar la enfermedad, sino aliviar el dolor del paciente. Nuestra misión

también es pensar en su dolor, empatizar con el que sufre.

Muchas veces el paciente necesita no sólo que se le mejore de sus dolores sino sobre todo que se le escuche. El ilustre y polifacético internista Gregorio Marañón decía, en relación a ello, que “más cura una hora de silla que muchas pastillas”. Pautas tan básicas y sencillas como escuchar, ayudan a conocer el dolor, y permiten mantener nuestros corazones abiertos. En esta línea Parker Palmer, escritor americano, sostiene que “el alma no necesita ser reparada o ser protegida. Necesita ser recibida”.

Por otra parte, atendiendo a la nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11), el dolor crónico se divide en 7 grupos: dolor crónico primario, dolor crónico oncológico, dolor crónico postquirúrgico o postraumático, dolor crónico

neuropático, dolor orofacial y cefalea, dolor visceral crónico y dolor crónico musculoesquelético.

La sensibilización periférica y central ocasionan la transformación del dolor-síntoma en dolor-enfermedad. El dolor crónico por Sensibilización Central es muy prevalente, la hiperalgesia central generalizada afecta del 17,5 al 35,3 % de la población con dolor crónico. Generalmente el dolor se encuentra subdiagnosticado y subtratado. Un 30% de los pacientes con artrosis sufren síntomas de sensibilización central, y un 25% de los pacientes con artrosis de rodilla presentan síntomas de dolor neuropático.

La doctrina científica corrobora con sus estudios que el dolor postoperatorio agudo no controlado o mal controlado es un potente predictor de aparición de dolor neuropático crónico postquirúrgico.

Existe experiencia consolidada que acredita que tras implantar una prótesis de rodilla existe una prevalencia de dolor crónico del 22 al 44%,

considerándose neuropático hasta un 20% de los casos. Dolor crónico tras artroscopia de rodilla se estima en un 30% de los casos, siendo moderado o intenso en el 10% de los casos. En cirugía de hombro se ha considerado una prevalencia del 22% de dolor crónico, existiendo del 4 al 13% de dolor neuropático tras artroplastia de hombro.

Como traumatólogos debemos restituir la función y aliviar el dolor, para devolver a la persona a su ser, un ser biológico, psicológico y social.

Hoy en día contamos en nuestro arsenal para el tratamiento multimodal del Dolor Neuropático con fármacos de última generación que actúan con efectividad tanto en la vía ascendente como descendente del dolor, con disminución real de sus efectos adversos.

Por todo ello, Un médico será bueno si trata la patología correctamente, pero solo llegará a ser excelente si trata al paciente-persona correctamente.