



ALTO RIESGO ESTIMADO DE DOLOR CRONICO POSTQUIRURGICO SEGÚN GENDOLCAT: CARACTERIZACION DE UN GRUPO DE PACIENTES

Montes A, Morales C, Lacambra L, Trillo L, Moltó L, Comps O, Bande D. Unidad de Dolor. Hospital del Mar, Barcelona

Introducción:

El dolor crónico post-quirúrgico (DCPQ) afecta al 17% de los pacientes intervenidos¹, la detección previa a la cirugía de estos pacientes permite tomar medidas desde el preoperatorio para disminuir su incidencia. La escala de riesgo GENDOLCAT analiza 6 variables clínicas y estima la posibilidad de desarrollar DCPQ para detectar pacientes de alto riesgo. Para esto consideramos un riesgo estimado de DCPQ $\geq 30\%$.

Objetivos:

Caracterizar un grupo de pacientes de cirugía programada que obtuvieron un riesgo de desarrollar DCPQ $\geq 30\%$, detallando sus cirugías (agrupadas por agresividad quirúrgica) y las variables clínicas que otorgan mayor riesgo de DCPQ, independientemente de la naturaleza de la intervención.

Material y métodos:

Serie de casos de pacientes programados para cirugía, en quienes se aplicó la escala GENDOLCAT (con 4

niveles de riesgo y validada en 4 cirugías abiertas: histerectomía vaginal, herniorrafia inguinal, histerectomía abdominal y toracotomía)², extrapolando el riesgo de cronificación según lo publicado para otras cirugías³. (Tabla 1).

Los pacientes cumplimentaron el cuestionario durante el preoperatorio. Se excluyeron: <18 años, cuestionarios incompletos, cirugías de columna y procedimientos en que, a criterio del investigador, no se podía establecer un claro riesgo de cronificación.

El resultado principal fue el porcentaje de riesgo de DCPQ, utilizando las 6 variables de GENDOLCAT: edad, tipo de cirugía programada con nivel de cronificación estimado (1 a 4), dolor previo (escala verbal numérica 0 a 10) en la zona quirúrgica y fuera de la zona quirúrgica y valores de los componentes físico y mental del cuestionario de calidad de vida SF-12². Los sujetos fueron agrupados según su riesgo de desarrollar DCPQ: $\leq 10\%$, $>10-20\%$, $>20-30\%$ y $\geq 30\%$. En este estudio analizamos los sujetos que presentaron un riesgo $\geq 30\%$.

Resultados:

De 501 pacientes analizados, 101 pacientes presentaron riesgo de DCPQ $\geq 30\%$. La edad media fue $47,5 \pm 11,9$ años y $66,3\%$ fueron mujeres. La Tabla 2 muestra los resultados de las variables que componen el cuestionario de GENDOLCAT en función del nivel de cirugía realizada.

Tabla 2

Variable	Total n=101	Nivel 1 Gendolcat n=43	Nivel 2 Gendolcat n=19	Nivel 3 Gendolcat n=16	Nivel 4 Gendolcat n=23
Edad, años (media DE)	47,5±11,9	43,1±8,3	43,5±11,2	51,8±9	56±14,3
Dolor previo en SQ	3,9±3,5	4,9±3,3	4,4±3,6	5,1±3,1	0,7±1,6
Dolor previo no-SQ	5,2±2,9	5,9±2,7	5,2±2,7	5,3±3	3,8±2,8
SF-12 CF	36,8±10,8	36,5±10,6	34,7±8,8	34,3±12,8	40,9±9,8
SF-12 CM	41,2±12,7	35,4±10,6	44,7±10,9	37,8±11,9	51,4±10,6

DE, desviación estándar; SQ, sitio quirúrgico; SF-12, cuestionario de salud SF-12; CF, componente físico; CM, componente mental

Conclusiones:

Este estudio muestra que pacientes con cirugías consideradas de baja agresividad obtienen altos porcentajes de riesgo de DCPQ en el cuestionario GENDOLCAT. Esto se debe a factores como una menor edad, dolor previo y un peor resultado en los componentes físicos y mentales de la encuesta de calidad de vida SF-12.

Tabla 1

Nivel GENDOLCAT	Cirugía
Nivel 1 (Histerectomía vaginal)	Cirugía ginecológica vaginal o laparoscópica Cirugía general laparoscópica* Hernioplastia laparoscópica/robótica Cirugía endoscópica o local urológica Cirugía Anorrectal Hemitiroidectomía o Paratiroidectomía Cirugía nasal Otros*
Nivel 2 (Hernioplastia inguinal)	Hernioplastia abierta Cirugía de colon M-I y esfínter Cirugía esofagogástrica y bariátrica Cirugía de próstata M-I y trasplante renal Cirugía ortopédica Tiroidectomía total Cirugía craneofacial y laríngea M-I* EVAR
Nivel 3 (Histerectomía abdominal)	Cirugía ginecológica por vía abdominal VATS Cirugía HPB laparoscópica/robótica Cirugía colon y recto abierto o RAR M-I Tumorectomía mamaria Cirugía renal/suprarrenal y prótesis peneana
Nivel 4 (Toracotomía)	Toracotomía Mastectomía total y Reconstrucción DIEP HIPEC / Carcinomatosis Laringectomía Cistoprostatectomía radical abierta

HPB: hepato-pacreato-biliar; M-I: mínimamente invasivo; VATS: videotoracoscopia. EVAR: reparación endovascular de aneurisma aórtico. DIEP: perforantes de la arteria epigástrica profunda inferior; HIPEC: quimioterapia hipertérmica intra-peritoneal.
*Apendicectomía y colecistectomía; *otras: resección de lipomas y lesiones de partes blandas, linfadenectomía axilar, bypass axilar, amputación digital. *mastoidectomía, amigdalectomía, craneotomía, microcirugía laríngea.

Bibliografía:

Papadomanolakis-Pakis N, Uhrbrand P, Haroutounian S, Nikolajsen L. Prognostic prediction models for chronic postsurgical pain in adults: a systematic review. Pain. 2021;162(11):2644-2657.
Montes A, Roca G, Sabate S, Lao JI, Navarro A, Cantillo J, Canet J; GENDOLCAT Study Group. Genetic and Clinical Factors Associated with Chronic Postsurgical Pain after Hernia Repair, Hysterectomy, and Thoracotomy: A Two-year Multicenter Cohort Study. Anesthesiology. 2015 ;122(5):1123-41.
Montes A, Roca G, Cantillo J, Sabate S; GENDOLCAT Study Group. Presurgical risk model for chronic postsurgical pain based on 6 clinical predictors: a prospective external validation. Pain. 2020;161(11):2611-2618.