



APLICACIÓN DE LA ESCALA PREDICTIVA DE DOLOR CRONICO POSTQUIRURGICO (GENDOLCAT) EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGIA

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

Introducción:

El dolor crónico post-quirúrgico (DCPQ) afecta al 17% de los pacientes intervenidos¹. La investigación se ha centrado en la construcción de escalas para conocer el riesgo de presentar DCPQ antes de la cirugía, con el fin de aplicar medidas preventivas para disminuir su incidencia².

Material y métodos:

Serie de casos de pacientes programados para cirugía, en quienes se ha aplicado 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 en la visita preoperatoria. Se excluyeron: <18 años, cuestionarios incompletos, cirugía de columna y procedimientos en que, a criterio del investigador, no se podía establecer un claro riesgo de cronificación.

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
Nivel 2 (Hernioplastía inguinal)	Otros*
	Hernioplastía abierta
	Cirugía de colon M-I y esfínter
	Cirugía esofagogástrica y bariátrica
	Cirugía de próstata M-I y trasplante renal
	Cirugía ortopédica
	Tiroidectomía total
Nivel 3 (Histerectomía abdominal)	Cirugía craneofacial y laringea M-I*
	EVAR
	Cirugía ginecológica por vía abdominal
	VATS
	Cirugía HPB laparoscópica/robótica
Nivel 4 (Toracotomía)	Cirugía colon y recto abierto o RAR M-I
	Tumorectomía mamaria
	Cirugía renal/suprarrenal y prótesis peneana
	Toracotomía
	Mastectomía total y Reconstrucción DIEP
	HIPEC / Carcinomatosis
	Laringectomía
	Cistoprostatectomía radical abierta
	HPB: hepato-pacreato-biliar; M-I: minimamente 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.

El resultado principal fue el porcentaje de riesgo de DCPQ, estimado utilizando las 6 variables clínicas de GENDOLCAT: edad, tipo de cirugía programada con nivel de cronificación estimado (1 a 4), dolor previo (escala verbal numérica [EVN] de 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-12 versión 2². Los sujetos evaluados fueron agrupados según su riesgo de desarrollar DCPQ en: ≤10 %, >10-20%, >20-30% y >30%.

Resultados:

En el período estudiado (agosto 2024 a febrero 2025), se incluyeron 501 pacientes (53,7% mujeres), con una media de edad de 55,9 ± 15 años. La **Tabla 2** muestra el riesgo de cronificación de los pacientes analizados y las valoraciones de cada variable según este nivel de riesgo. Un 20,2% presentó un riesgo de DCPQ superior al 30%. Estos últimos pacientes tuvieron una edad media de 47,5±12 años y un resultado del SF-12 en sus componentes físico y mental de 36,8±10,8 y 41,2±12,7, respectivamente. Además, fueron mayoritariamente mujeres, al compararlos con aquellos pacientes con un riesgo estimado ≤30% (OR 1,9 [1,2—3,1, 95% IC], p<0,005) (**Tabla 3**).

Tabla 2

Variable (media + DE)	Total n=501	rDCPQ ≤ 10% n=137	rDCPQ >10—20% n=153	rDCPQ >20—30% n=110	rDCPQ >30% n=101
Edad, años	55,9±15	64,8±12,1	58,4±13	49,1±15,6	47,5±12
Dolor previo en SQ	1,9±2,9	0,4±1,1	1,1±2,0	3,1±3,3	3,9±3,5
Dolor previo no-SQ	3,5±3,1	1,4±1,9	3,7±3,1	4,2±3,1	5,2±2,9
SF-12 CF	44±11,6	49,8±8,9	44,4±10,9	42,7±12,2	36,8±10,8
SF-12 CM	48,1±12	54±9,6	49±11,2	46,1±11,2	41,2±12,7
rDCPQ, riesgo de cronificación del dolor postquirúrgico; DE, desviación estándar; SQ, sitio quirúrgico; SF-12, cuestionario de salud SF-12; CF, componente físico; CM, componente mental					

Tabla 3

Variable	Total n=501	rDCPQ > 30% n=101	rDCPQ ≤ 30% n=400	OR (IC 95%)	Valor p
Sexo					
Mujeres	269	67	202	1,9 (1,2—3,1)	0,0043
Hombres	232	34	198		
Nivel Cirugía*					
1, 2 ó 3	474	78	396	29,2 (9,8—86,8)	<0,0001
4	27	23	4		

Conclusiones:

La utilización de la escala GENDOLCAT permite conocer de forma rápida el riesgo exacto de un paciente para desarrollar DCPQ facilitando la aplicación de medidas perioperatorias preventivas.