

TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO. REALIDAD O FICCIÓN. REVISIÓN SISTEMATIZADA

OCCUPATIONAL THERAPY IN THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE PAIN. REALITY OR FICTION. A SYSTEMATIZED REVIEW



Mona-Lisa Hordila*

Terapeuta ocupacional. Servicios Sociales Olmar S.L. Ávila. España

Correo electrónico de contacto

monalishordilahml@gmail.com

*persona autora para la correspondencia



María-Anunciación Pérez-Herrero

Doctora en Medicina y Cirugía. LE en Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España

Objetivo: analizar las estrategias preventivas del dolor agudo postoperatorio intenso (evaluación, educación y prehabilitación) en la optimización de la funcionalidad en los pacientes quirúrgicos, y el papel de la terapia ocupacional en este campo. **Método:** revisión sistemática de la evidencia científica utilizando los términos dolor agudo postoperatorio, terapia ocupacional, prehabilitación y evaluación preoperatoria en las bases de datos PubMed, Embase, Cochrane y Google Scholar. **Resultados:** se revisaron 16 artículos que respaldaban la importancia de la evaluación preoperatoria, la educación y la prehabilitación en la optimización de los resultados postoperatorios. **Conclusiones:** el tratamiento del dolor agudo postoperatorio debe ser individualizado, centrado en el paciente y su estado de salud global, teniendo en cuenta su situación funcional y psicosocial. La evaluación preoperatoria, la educación y la prehabilitación son fundamentales en la optimización de los resultados postoperatorios. Es necesario un abordaje analgésico perioperatorio integral y multimodal para prevenir el dolor agudo postoperatorio y secundariamente, sus consecuencias negativas sobre la capacidad funcional y el desempeño ocupacional de los pacientes quirúrgicos.

Objective: To analyze the strategies for preventing severe acute postoperative pain (assessment, education, and prehabilitation) and the role of occupational therapy in the prevention of acute postoperative pain and in the optimization of functionality in surgical patients. **Method:** A systematized review of scientific evidence was conducted using the terms acute postoperative pain, occupational therapy, prehabilitation, and preoperative assessment in the databases PubMed, Embase, Cochrane, and Google Scholar. **Results:** Fourteen articles were reviewed, supporting the importance of preoperative assessment, education, and prehabilitation in optimizing postoperative outcomes. **Conclusions:** The treatment of acute postoperative pain should be individualized, patient-centered, and based on the patient's overall health status, considering their functional and psychosocial condition. Preoperative assessment, education, and prehabilitation are essential for optimizing postoperative outcomes. A comprehensive and multimodal perioperative analgesic approach is necessary to prevent acute postoperative pain and, secondarily, its negative consequences on the functional capacity and occupational performance of surgical patients.

DeCS Dolor Agudo Postoperatorio; Terapia Ocupacional; Prehabilitación, Educación Preoperatoria **MeSH** Acute Postoperative Pain; Occupational Therapy; Prehabilitation, Preoperative Education

Texto recibido: 18/06/2025

Texto aceptado: 19/11/2025

Texto publicado: 30/11/2025

Derechos de persona autora



INTRODUCCIÓN

El dolor es un concepto subjetivo que supone un reto de gran complejidad, tanto desde el punto de vista clínico-asistencial, como social, laboral y familiar, pues interfiere negativamente en el desarrollo óptimo de actividades cotidianas ⁽¹⁾. El dolor agudo postoperatorio (DAP) sigue siendo una de las principales complicaciones tras una intervención quirúrgica. A pesar del avance en las técnicas de intervención, el DAP aparece en el 80% de las cirugías, siendo en el 75% de los casos la intensidad moderada-grave y relacionándose con mayor morbilidad e incomodidad del paciente ⁽²⁾, por lo que su adecuado manejo es crucial para prevenir la cronificación del dolor y

minimizar su impacto en la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes.

El dolor puede provocar situaciones de discapacidad, así como afecciones emocionales y cognitivas que disminuyen la calidad de vida puesto que afecta a aspectos funcionales, psicológicos, laborales y sociales. La evaluación del dolor postoperatorio no solo debe registrar la intensidad del dolor, sino también su impacto en la funcionalidad del paciente ⁽²⁾. El objetivo de las acciones perioperatorias no es únicamente optimizar a las personas sometidas a cirugía físicamente frente a la cirugía, sino también debe favorecer su adaptación psicológica y ocupacional en el postoperatorio.

El envejecimiento progresivo de la población, unido a la demanda creciente de cirugía, el desarrollo de programas de cirugía ambulatoria y de corta estancia, y la exigencia de recuperación integral rápida para mantener una calidad de vida alta, hacen necesaria la implementación de estrategias de optimización preoperatoria.

Las recientes guías clínicas y protocolos ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) engloban intervenciones perioperatorias multidisciplinares y basadas en la evidencia para conseguir los mejores resultados de recuperación quirúrgica, y en todas ellas el control de la analgesia es fundamental. Más allá de su abordaje farmacológico, resulta indispensable una aproximación integral de las personas atendidas, dentro del modelo de salud biopsicosocial, que se basa en una visión holística e integral del individuo, entendiendo que la salud de las personas no está determinada únicamente por sus funciones y estructuras corporales, sino que se trata de una unión entre estas con las oportunidades y habilidades de participar en distintas actividades dentro un ambiente determinado ⁽³⁾.

El Modelo de la Ocupación Humana (MOHO), desarrollado por Gary Kielhofner ⁽⁴⁾ plantea que la ocupación humana surge de la interacción dinámica entre tres componentes: la volición, la habituación y las capacidades de desempeño. Desde la terapia ocupacional y bajo este marco teórico, el DAP no solo se entiende como una experiencia sensorial y emocional, sino como un factor que interfiere en estos tres componentes, afectando la participación y el desempeño ocupacional del individuo.

Objetivo

El objetivo principal de este artículo es conocer la evidencia científica de las estrategias preoperatorias empleadas en el abordaje del DAP: la evaluación preoperatoria, la educación y la rehabilitación. Finalmente, determinar el papel de la Terapia Ocupacional como estrategia para mejorar los resultados postoperatorios y el desempeño en las actividades de la vida diaria.

MÉTODO

Criterios de selección y estrategia de búsqueda

Para la selección de los artículos incluidos en esta revisión narrativa se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: publicaciones de los últimos diez años, en inglés o español, con texto completo disponible, centradas en pacientes adultos sometidos a cirugía. Se consideraron meta-análisis, revisiones sistemáticas y narrativas, ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y estudios descriptivos. Asimismo, se incluyeron guías clínicas relevantes de organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud y Comisión Europea) y revisiones de la Cochrane. La búsqueda bibliográfica se realizó en octubre de 2024 en las bases de datos PubMed, Scopus y Cochrane Library. Se emplearon los siguientes términos MeSH (Medical Subject Headings) y palabras clave: "Acute Pain", "Postoperative Pain", "Occupational Therapy", "Preoperative Care", y "Prehabilitation". Los términos se combinaron mediante operadores booleanos de la siguiente manera: ("acute postoperative pain" AND "occupational therapy").

Métodos de selección de artículos

La selección de artículos se realizó siguiendo las directrices de la declaración PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) ⁽⁵⁾. La Figura 1 muestra el diagrama de flujo correspondiente. El proceso se desarrolló en tres fases: 1º: cribado inicial eliminando estudios duplicados; 2º selección por título y resumen; y 3º: revisión del texto completo.

La selección fue llevada a cabo por ambas autoras de forma independiente. Únicamente se analizaron aquellos artículos en cuya selección coincidieron ambas autoras. Las investigadoras recogieron datos de cada publicación seleccionada: autor principal, año de publicación, tipo de estudio, tamaño muestral y conclusiones. Estos datos se

introdujeron en una base de datos Excel. La calidad de los ensayos clínicos aleatorizados se evaluó mediante la escala de Jadad, mientras que los estudios observacionales se valoraron utilizando la Newcastle-Ottawa Scale (NOS). Las puntuaciones obtenidas se emplearon como guía para valorar la robustez metodológica de los estudios incluidos y orientar el análisis crítico de la evidencia, pero no se usaron como criterio de exclusión.

RESULTADOS

Se encontraron 225 artículos al introducir los criterios de inclusión y filtros explicados anteriormente. Tras leer los títulos y resúmenes, únicamente se encontró acuerdo para revisar 26 artículos, de los cuales se excluyeron 10 artículos debido a la imposibilidad de acceder a su versión completa, lo que impidió evaluar su calidad metodológica y la pertinencia de sus resultados.

Finalmente, se escogieron 16 artículos (Tabla 1) para realizar el análisis que compone esta revisión. Todos ellos respaldaban la importancia de la evaluación preoperatoria, la educación y la rehabilitación en la optimización de los resultados postoperatorios. Estas intervenciones han mostrado beneficios en la funcionalidad, la gestión del dolor y la recuperación del paciente, aunque la calidad de la evidencia varía según el tipo de estudio y la población y el procedimiento o población de pacientes analizados.

La mayoría de estudios se han realizado en pacientes amputados u oncológicos, a los que se realizaba cirugía de exéresis o traumatológica, principalmente artroplastia de rodilla o cadera ó o artrodesis lumbar.

La calidad de la recuperación postquirúrgica, desde una visión holística del paciente, no sólo depende de restablecer la estabilidad fisiológica, nociceptiva, y el estado general del paciente, sino también reponer el grado de autonomía, emocional, y cognitivo de cada paciente.

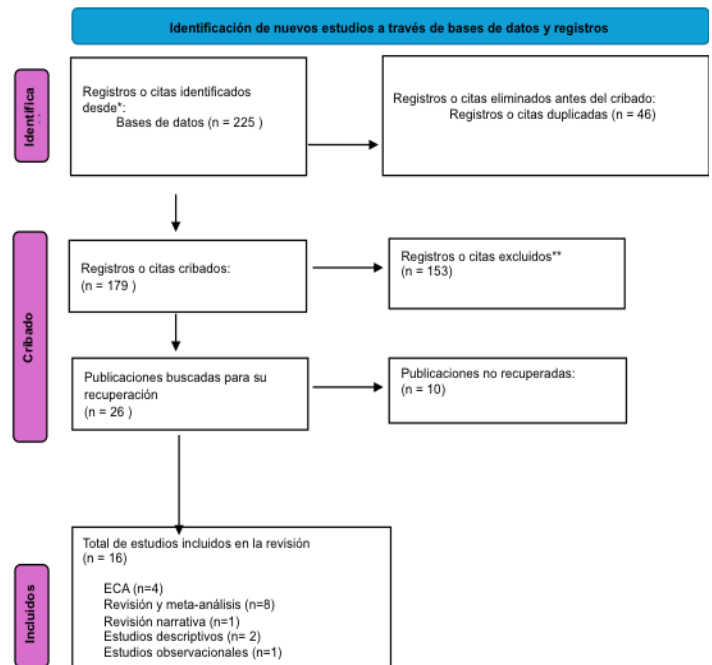


Figura 1 Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección.
Nota: Elaboración propia.

Evaluación preoperatoria y su impacto en el manejo del dolor

Una evaluación preoperatoria integral resulta fundamental para seleccionar pacientes con riesgo de desarrollar DAP moderado-intenso o su cronificación, que pudieran beneficiarse de estrategias preventivas. Como destacaron Yang et al. (6) en su artículo, esta evaluación debe incluir antecedentes de dolor no quirúrgico, comorbilidades, medicación habitual, historial de abuso de sustancias, intervenciones previas y respuesta a analgésicos, especialmente opioides.

La identificación de factores de riesgo preoperatorios ha sido clave en la prevención del DAP y su posible cronificación. En el estudio de Moreno-Monsiváis et al. (7) se describieron como factores demográficos de riesgo asociados con la aparición de DAP edad mayor de 60 años, nivel educativo superior y el sexo femenino.

El estudio de Takashima et al. (8) destacó que las personas participantes con antecedentes de dolor crónico, ansiedad o catastrofismo presentaban un mayor riesgo de DAP intenso y uso prolongado de opioides. La evaluación mediante herramientas como la modulación condicionada del dolor y la catastrofización preoperatoria permite predecir la intensidad del DAP, facilitando estrategias analgésicas personalizadas (8).

Educación preoperatoria: impacto en la ansiedad, la percepción del dolor y el uso de opioides

Algunos de los artículos analizados en esta revisión, estudiaron la influencia de la educación preoperatoria en la intensidad del dolor postoperatorio. En la revisión sistemática realizada por Burgess et al (9), la educación preoperatoria ha demostrado ser una herramienta eficaz para reducir la ansiedad prequirúrgica, y, en la misma

línea, en los ECA de Bacher y Ewers ⁽¹⁰⁾ y Louw et al. ⁽¹¹⁾ han descrito mejores resultados de recuperación y en la experiencia postoperatoria de los pacientes que recibían información sanitaria preoperatoria.

En cuanto al apoyo familiar durante el proceso perioperatorio, estudios como los de Martin et al. ⁽¹²⁾, Walton et al. ⁽¹³⁾ y Yin et al. ⁽¹⁴⁾, apoyaron la importancia de un programa de intervención preoperatoria que incluya sesiones de educación e información sobre el procedimiento quirúrgico en igual medida a pacientes como a familiares y cuidadores. Además, Walton et al. ⁽¹³⁾ relacionaron el nivel de dolor con la actitud del paciente; de esta manera, una actitud y expectativas negativas se asociaban a niveles más altos de dolor, mientras que las expectativas positivas parecían mejorarlo. Por ello, los autores defendían la importancia de técnicas enfocadas en la educación y evaluación estandarizada para conocer las expectativas del paciente y reducir el dolor postoperatorio.

A nivel económico, el ECA llevado a cabo por Louw et al. ⁽¹¹⁾, concluyó que una educación preoperatoria basada en neurociencia ha mostrado reducir los costes médicos hasta un 37% en personas sometidas a cirugía lumbar al disminuir la necesidad de consultas médicas y el uso de analgésicos a largo plazo. Por el contrario, en los resultados de la revisión realizada por Burges et al. ⁽⁹⁾, la evidencia sobre el impacto de la educación preoperatoria en los costes sanitarios y los años de vida ajustados por calidad fue limitada y no concluyente.

Por último, en el artículo de Elwyn et al. ⁽¹⁵⁾ se discutía cómo la educación preoperatoria y la toma de decisiones compartida podía influir en la adherencia al tratamiento, la satisfacción del paciente y, potencialmente, en los resultados clínicos. El artículo concluyó que, para implementar eficazmente la toma de decisiones compartida en la práctica clínica, era esencial considerar todas las consecuencias asociadas, incluyendo las barreras prácticas, las necesidades de formación y las implicaciones éticas. Solo a través de una planificación cuidadosa y una comprensión profunda de estos factores se puede lograr una adopción exitosa de la toma de decisiones compartida que beneficie tanto a las personas atendidas como a los profesionales de la salud.

Prehabilitación y su papel en la recuperación funcional

Desde inicios de los años 2000, la prehabilitación se ha incorporado como estrategia sanitaria previa a la cirugía. Aunque aún no encontramos una definición clara, los programas de prehabilitación suelen incluir ejercicio físico, optimización nutricional, entrenamiento respiratorio y preparación psicológica ⁽¹⁶⁾.

Los programas de prehabilitación han mostrado beneficios en la mejora de la capacidad funcional y la reducción de complicaciones postoperatorias en pacientes en riesgo de desarrollar DAP moderado-intenso. Cambriel et al. ⁽¹⁷⁾ recomendaban la inclusión de la prehabilitación en el manejo perioperatorio como una estrategia efectiva para reducir la morbilidad postoperatoria y mejorar la recuperación de las personas sometidas a cirugía.

La revisión sistemática y meta-análisis realizada por Punnoose et al. ⁽¹⁸⁾ en cirugía ortopédica, encontró que la prehabilitación mejoró la función y la fuerza muscular preoperatoria, especialmente en cirugía ortopédica, como artroplastias de rodilla y cadera o artrodesis lumbar. En pacientes oncológicos, la prehabilitación multimodal ha mostrado potencial para reducir complicaciones y mejorar la capacidad funcional según describieron en Molenaar et al. ⁽¹⁹⁾ y Waterland et al. ⁽²⁰⁾. Por el contrario, otros estudios, como el ensayo clínico de McIsaac et al. ⁽²¹⁾ no demostró mejoría significativa de los resultados de recuperación en pacientes frágiles sometidos a cirugía oncológica.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión respaldan la importancia de la evaluación preoperatoria, la educación y la prehabilitación en la optimización de los resultados postoperatorios, alineándose con la creciente evidencia que enfatiza la necesidad de un abordaje perioperatorio integral y multimodal para prevenir el DAP y las consecuencias negativas que puede ocasionar en la capacidad funcional y el desempeño ocupacional de los pacientes quirúrgicos ⁽²⁾.

En este contexto, la Terapia Ocupacional desempeña un papel esencial al abordar las necesidades funcionales y emocionales del paciente antes de la cirugía, favoreciendo la autonomía y la participación ocupacional en el periodo postoperatorio.

Evaluación preoperatoria

La evaluación preoperatoria se ha consolidado como una estrategia clave en la identificación de factores de riesgo, como los antecedentes de dolor crónico, ansiedad o catastrofismo, que se han asociado con la intensidad y

cronificación del dolor postoperatorio. La detección temprana de estos factores permite ajustar las estrategias analgésicas de manera más efectiva, reduciendo el uso prolongado de opioides y mejorando la recuperación funcional.

Además, se ha destacado la importancia de estudiar los factores demográficos antes de la cirugía, pues existe cierta relación entre estos y la aparición de DAP ⁽²²⁾. En la evaluación completa del dolor es importante analizar los aspectos clínicos como la antigüedad, la localización, la extensión, el carácter, la intensidad, duración y los factores y circunstancias que lo reducen o aumentan ⁽¹⁾.

En la actualidad, ante una población envejecida y cada vez más frágil, con una demanda de recuperación rápida a su vida habitual con una calidad de vida similar o mejor que la basal, la implementación de estrategias de optimización preoperatoria de los pacientes parece el camino a seguir en la cirugía del futuro ⁽²³⁾.

Desde la terapia ocupacional, esta fase implica una valoración integral del paciente, incluyendo aspectos clínicos y variables demográficas y ocupacionales. A través de la entrevista y el análisis del perfil ocupacional, los y las terapeutas identifican las limitaciones funcionales, las barreras y oportunidades ambientales y las necesidades de apoyo en las actividades de la vida diaria (AVD). Para ello, se recomienda el uso de herramientas estandarizadas de evaluación del desempeño y participación en AVD, como el Índice de Katz, el Índice de Barthel, la Medida de Independencia Funcional (MIF) o el Índice de Lawton y Brody ⁽³⁾. Estas escalas permiten establecer una línea base de funcionamiento que facilita la planificación de intervenciones personalizadas y orientadas a la independencia funcional.

Sin embargo, persisten numerosas barreras para su aplicación clínica generalizada, como la falta de estandarización en los métodos de evaluación y la variabilidad en la implementación de estrategias de manejo según el contexto hospitalario. El estudio de Moore et al. ⁽²⁴⁾ alrededor del 13% de las personas participantes en el estudio presentaban discrepancias inverosímiles entre las puntuaciones de la *Escala Analógica Visual* (EVA) y la *Escala Verbal Numérica* (EVN). Además, el DAP es multidimensional y las escalas más utilizadas para su medida son unidimensionales y un grupo importante de personas con DAP no entienden cómo utilizarlas, especialmente la EVA, cuya utilidad es baja en pacientes de edad elevada y bajo nivel de estudios. Por ello se recomienda incidir en la educación preoperatoria de los pacientes.

Educación preoperatoria

La educación preoperatoria constituye una intervención esencial para reducir la ansiedad, ajustar las expectativas y mejorar la adherencia al tratamiento. Se ha demostrado que los pacientes que reciben información preoperatoria se sienten más preparados, presentan tasas de reingreso más bajas y gestionan mejor su recuperación ⁽²⁵⁾. La información que se ofrece debe ser individualizada, centrada en las personas atendidas y sus cuidadores y familia, explicando el tratamiento y los objetivos de mejora que se persiguen con la cirugía ⁽²⁾.

La educación completa debe incluir información sobre las fases del tratamiento previas al ingreso, intrahospitalarias y posteriores al alta ⁽²⁶⁾. El conocimiento sobre datos realistas de los riesgos y beneficios puede ajustar las expectativas de los pacientes a resultados, especialmente en grupos de alto riesgo en los que la intervención preoperatoria pudiera influir sobre la probabilidad o la gravedad de los síntomas persistentes. La educación sobre el procedimiento quirúrgico y los cuidados postoperatorios reducen la ansiedad preoperatoria y el dolor postoperatorio ⁽²⁶⁾, favoreciendo la recuperación y la satisfacción del paciente. Las carencias en la educación, en cambio, se asocian con el aumento de la ansiedad y el uso persistente de opiáceos postoperatorios ⁽²⁷⁾.

En este ámbito, la terapia ocupacional puede desempeñar un papel decisivo mediante la enseñanza de técnicas de relajación, respiración y manejo del estrés ⁽²⁸⁾, así como la adaptación de actividades cotidianas que permitan conservar energía y evitar tensión en la zona quirúrgica. Esta educación también facilita que las personas atendidas tengan un mayor control sobre su recuperación postoperatoria, pues se proporcionan estrategias para adaptarse a los cambios en sus actividades diarias, lo que influye directamente en la percepción del dolor y mejora la adherencia a los tratamientos analgésicos.

Prehabilitación

Por otro lado, la prehabilitación ha emergido como una estrategia con potencial significativo para mejorar la capacidad funcional y reducir complicaciones postoperatorias, particularmente en cirugía ortopédica y oncológica. Aunque la evidencia sugiere mejoras en la función muscular y en la calidad de vida de las personas sometidas a cirugía, algunos estudios han mostrado resultados inconsistentes.



Esta disparidad en los hallazgos podría explicarse por diferencias en la duración e intensidad de los programas de prehabilitación, lo que resalta la importancia de individualizar las intervenciones según las necesidades de cada persona. Son escasos los resultados de los programas de prehabilitación analizados en la evidencia, pudiendo encontrar entre sus beneficios una técnica que ayuda a los pacientes a sentirse mentalmente preparados, mejorar el estado de ánimo y la sensación de control sobre su experiencia, así como la sensación de recibir apoyo ⁽²⁹⁾.

Algunos estudios en pacientes ⁽²⁹⁾, en personas que sufren amputaciones ⁽³⁰⁾ o con fracturas de cadera ⁽³¹⁾ plantearon programas de prehabilitación que deberían iniciarse al menos tres semanas antes la intervención quirúrgica. Estos programas deben participar cirujanos, médicos rehabilitadores, anestesiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y psicólogos. La terapia ocupacional tiene un papel relevante en este proceso al entrenar actividades funcionales, graduar tareas y adaptar el entorno domiciliario para facilitar la recuperación. Realizando, asimismo una evaluación e intervención psicosocial para alcanzar la máxima habilidad funcional y adaptación psicológica y emocional en el período postoperatorio y la consiguiente rehabilitación.

En definitiva, las intervenciones preoperatorias guiadas por la terapia ocupacional tienen un impacto directo en la prevención y manejo del DAP, al reducir la ansiedad y mejorar la comprensión del proceso quirúrgico. Además, la intervención centrada en el desempeño ocupacional facilita una recuperación funcional y una mayor independencia en las actividades de la vida diaria, lo que se traduce en una mejor calidad de vida y una reincorporación más rápida a las rutinas habituales.

Limitaciones del estudio

Al restringir la inclusión de estudios solo a los idiomas español e inglés, se podría haber excluido evidencia relevante en otros idiomas. Además, la falta de un rango temporal específico para la selección de estudios pudo haber afectado la representatividad de la evidencia recopilada. Centrándose exclusivamente en el ictus, se ignoraron otras enfermedades neurológicas relacionadas, limitando la generalización de los hallazgos. La estrategia de búsqueda se vio limitada a solo cuatro bases de datos, posiblemente omitiendo estudios importantes disponibles en otras fuentes.

Líneas futuras de investigación

Este es el primer artículo que relaciona la terapia ocupacional con los mejores resultados quirúrgicos desde una perspectiva integral de la persona. Sin embargo, la heterogeneidad de los estudios analizados, diseños metodológicos con limitaciones, como tamaños de muestra reducidos o ausencia de grupos de control, lo que puede afectar la validez de los hallazgos. Asimismo, la falta de consenso sobre los criterios óptimos para evaluar el impacto de estas intervenciones, junto con la baja evidencia de las acciones constituyen importantes limitaciones.

Aplicabilidad práctica

Los hallazgos de este estudio ofrecen implicaciones concretas para la práctica de la terapia ocupacional en el contexto perioperatorio. La integración de la evaluación preoperatoria, la educación sanitaria y la prehabilitación permite diseñar intervenciones más personalizadas y centradas en la persona, optimizando su capacidad funcional y reduciendo la probabilidad DAP. La evaluación preoperatoria desde la terapia ocupacional facilita la identificación temprana de factores de riesgo físicos, emocionales y ocupacionales, permitiendo planificar estrategias de prevención y manejo del dolor. A través de entrevistas y análisis del perfil ocupacional los y las terapeutas ocupacionales pueden adaptar el entorno, proponer modificaciones en las actividades de la vida diaria y establecer programas graduales que reduzcan la rigidez articular y la pérdida de funcionalidad. El acceso a información clara sobre el proceso quirúrgico, disminuye la ansiedad preoperatoria y mejoran la adherencia a los tratamientos. La prehabilitación ofrece un espacio de trabajo interdisciplinar donde la terapia ocupacional puede intervenir de forma directa en el entrenamiento de actividades significativas, la preparación del entorno domiciliario y la planificación del regreso a las rutinas habituales.

La reducción de la necesidad del consumo de analgésicos de rescate reduce la incidencia de efectos farmacológicos adversos y mejora la satisfacción de pacientes y profesionales implicados en el tratamiento del paciente. Todo ello posibilita el alta precoz y la ambulatorización de gran número de procesos, mejorando la calidad asistencial, la calidad científico-técnica y la experiencia de pacientes y allegados.

Desde el punto de vista práctico, la incorporación de medidas no farmacológicas perioperatorias obligaría a cambiar los protocolos tradicionales, basados en medidas farmacológicas para el tratamiento del dolor postoperatorio. Para ello, sería necesario revisar y rediseñar flujos de trabajo, formando a todos los profesionales



implicados, y responsabilizando a pacientes, familiares y cuidadores en el autocuidado.

CONCLUSIONES

El tratamiento del DAP debe ser individualizado, centrado en la persona y su estado de salud global, teniendo en cuenta su situación funcional y psicosocial. Se recomiendan estrategias multimodales y multidisciplinares, utilizando técnicas farmacológicas y no farmacológicas, adaptadas a los protocolos actualizados de cada centro, que se inician en el momento en que se indica el procedimiento quirúrgico.

Se han utilizado diversas estrategias preoperatorias no farmacológicas para la optimización funcional de las personas sometidas a cirugía, entre las que destacan la valoración, la información, la educación y la prehabilitación, en todas ellas la terapia ocupacional podría contribuir de forma importante. Sin embargo, la escasez de estudios en este campo y la heterogeneidad de los mismos no permite estandarizar estas acciones en la prevención del DAP.

Es necesario utilizar una herramienta validada de evaluación del dolor para hacer un seguimiento de las respuestas a los tratamientos del dolor postoperatorio y ajustar los planes de tratamiento en consecuencia. La terapia ocupacional juega un papel fundamental en la prevención del dolor postoperatorio al intervenir de manera temprana y centrada en la ocupación, la autogestión, el entorno y la funcionalidad. Si bien la evidencia aún es incipiente, los estudios existentes sugieren beneficios en el rendimiento ocupacional, la satisfacción las personas atendidas y potencialmente en la reducción del dolor y sus secuelas funcionales.

La educación prequirúrgica facilita que los pacientes tengan un mayor control sobre su recuperación postoperatoria, al ofrecerles habilidades y estrategias para adaptarse a los cambios temporales en sus actividades diarias, lo que influye directamente en la percepción del dolor y mejora la adherencia a los tratamientos analgésicos.

La prehabilitación, se alinea con los principios de la terapia ocupacional al centrarse en el mantenimiento de la capacidad intrínseca y en la adaptación del entorno para maximizar la independencia postoperatoria. Es necesario desarrollar estudios cualitativos sobre el efecto de la prehabilitación desde el enfoque de la terapia ocupacional. Son necesarias intervenciones individualizadas, centradas en la persona, que reconozcan la importancia de la ocupación y la participación como ejes fundamentales de la recuperación postquirúrgica y la prevención del DAP.

AGRADECIMIENTOS

La presente revisión bibliográfica no obtuvo ningún tipo de financiación y no existen conflicto de intereses.

DECLARACIÓN DE LA AUTORÍA

MLH realizó el diseño de tablas y el estudio estadístico. Ambas autoras han participado en la selección de artículos, han aprobado la versión final del manuscrito y confirman que sigue las normas éticas para publicación. No se ha recibido financiación externa para la realización de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*. 2018;25(4):228-36.
2. Esteve Pérez N, Pérez Herrero M, Montes Pérez A, López Álvarez S. Gestión del dolor agudo postoperatorio: condiciones para garantizar la seguridad y efectividad de los tratamientos analgésicos. *Revista española de Anestesiología y Reanimación (REDAR)* 2024; 71(4):304-16.
3. Echeverría A, Cauas R, Díaz B, Sáez C, Cárcamo M. Herramientas de evaluación de actividades de la vida diaria instrumentales en población adulta: revisión sistemática. *Rev Med Clín Condes*. 2021;32(4):474-90.
4. Kielhofner G. *Terapia ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación*. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
5. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.
6. Yang MMH, Hartley RL, Leung AA, Ronksley PE, Jetté N, Casha S, Riva-Cambrin J. Preoperative predictors of poor acute postoperative pain control: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019;9(4):e025091. doi:10.1136/bmjopen-2018-025091. PMID: 30940757; PMCID:



PMC6500309.

7. Moreno-Monsiváis MG, Fonseca-Niño EE, Interrial-Guzmán MG. Factores asociados con la intensidad del dolor en pacientes mexicanos hospitalizados en periodo postoperatorio. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2017;64(1):8-15.
8. Takashima K, Oono Y, Takagi S, Wang K, Arendt-Nielsen L, Kohase H. Acute postoperative pain after orthognathic surgery can be predicted by the preoperative evaluation of conditioned pain modulation and pain catastrophizing. *PAIN Rep.* 2022;7:e1032.
9. Burgess LC, Arundel J, Wainwright TW. The effect of preoperative education on psychological, clinical and economic outcomes in elective spinal surgery: A systematic review. *J Clin Med.* 2019;8(4):305. <https://doi.org/10.3390/jcm8040305>
10. Bacher T, Ewers A. Der Effekt standardisierter präoperativer Patientenedukation zu patientenkontrollierter Regionalanästhesie auf postoperative Schmerzen. *Schmerz.* 2024; 38:328–34. <https://doi.org/10.1007/s00482-023-00698-6>
11. Louw A, Diener I, Landers MR, Zimney K, Puentedura EJ. Three-year follow-up of a randomized controlled trial comparing preoperative neuroscience education for patients undergoing surgery for lumbar radiculopathy. *J Spine Surg.* 2016;2(4):289–98.
12. Martin LA, Finlayson SRG, Brooke BS. Patient preparation for transitions of surgical care: Is failing to prepare surgical patients preparing them to fail? *World J Surg.* 2017;41(6):1447–53. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-3884-z>
13. Walton LL, Duff E, Arora RC, McMillan DE. Surgery patients' perspectives of their role in postoperative pain: A scoping review. *J Pain Res.* 2023;17:23-35. <https://doi.org/10.2147/JPR.S354297>
14. Yin B, Goldsmith L, Gambardella R. Web-based education prior to knee arthroscopy enhances informed consent and patient knowledge recall: A prospective, randomized controlled study. *J Knee Surg.* 2015;28(5):379-84. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1551237>
15. Elwyn G, Frosch DL, Kobrin S. Implementing shared decision-making: Consider all the consequences. *Implement Sci.* 2016;11:114. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0480-9>
16. Fleurent-Grégoire C, Burgess N, McIsaac DI, Chevalier S, Fiore JF Jr, Carli F, Levett D, Moore J, Grocott MP, Copeland R, Edbrooke L, Engel D, Testa GD, Denehy L, Gillis C. Towards a common definition of surgical prehabilitation: a scoping review of randomised trials. *Br J Anaesth.* 2024;133(2):305-15. doi:10.1016/j.bja.2024.02.035.
17. Cambriel A, Choisy B, Hedou J, Bonnet M-P, Fellous S, Lefevre JH, Voron T, Gaudillière D, Kin C, Gaudillière B, Verdonk F. Impact of preoperative uni- or multimodal prehabilitation on postoperative morbidity: Meta-analysis. *BJS Open.* 2023;7(6):zrad129. <https://doi.org/10.1093/bjsoopen/zrad129>
18. Punnoose A, Claydon-Mueller LS, Weiss O, Zhang J, Rushton A, Khanduja V. Prehabilitation for patients undergoing orthopedic surgery: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2023;6(4):e238050. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.8050>
19. Molenaar CJL, van Rooijen SJ, Fokkenrood HJP, Roumen RMH, Janssen L, Slooter GD. Prehabilitation versus no prehabilitation to improve functional capacity, reduce postoperative complications and improve quality of life in colorectal cancer surgery (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;(5):CD013259. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013259.pub2>
20. Waterland JL, McCourt O, Edbrooke L, Granger CL, Ismail H, Riedel B, Denehy L. Efficacy of prehabilitation including exercise on postoperative outcomes following abdominal cancer surgery: A systematic review and meta-analysis. *Front Surg.* 2021;8:628848. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2021.628848>
21. McIsaac DI, Hladkovicz E, Bryson GL, Forster AJ, Gagne S, Huang A, Lalu M, Lavallée LT, Moloo H, Nantel J, Power B, Scheede-Bergdahl C, van Walraven C, McCartney CJL, Taljaard M. Home-based prehabilitation with exercise to improve postoperative recovery for older adults with frailty having cancer surgery: The PREHAB randomised clinical trial. *Br J Anaesth.* 2022;129(1):41–8. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2022.04.006>
22. Carron M, Tamburini E, Linassi F, Pettenuzzo T, Boscolo A, Navalesi P. Efficacy of nonopioid analgesics and adjuvants in multimodal analgesia for reducing postoperative opioid consumption and complications in obesity: a systematic review and network meta-analysis. *Br J Anaesth.* 2024 Dec;133(6):1234-49. doi: 10.1016/j.bja.2024.08.009. Epub 2024 Oct 3. PMID: 39366846.
23. Ubré M, Montané-Muntané M, Diéguez I, Martínez-Pallí G. 10 years of prehabilitation: From theory to clinical practice. *Cir Esp (Engl Ed).* 2024;102:451-8. doi:10.1016/j.cireng.2024.04.010. PMID: 38718979
24. Moore RA, Clephas PRD, Straube S, Wertli MM, Ireson-Paige J, Heesen M. Pain rating scales compared in acute postoperative pain: boundary values and category disagreements. *Anaesthesia.* 2023;ANA.2023.00351.
25. Eastwood D, Manson N, Bigney E, Darling N, Richardson E, Paixao R, Underwood T, Ellis K, Abraham E. Improving postoperative patient reported benefits and satisfaction following spinal fusion with a single preoperative education session. *Spine J.* 2019;19(5):840-5. doi:10.1016/j.spinee.2018.11.010.
26. Horn A, Kaneshiro K, Tsui BCH. Preemptive and Preventive Pain Psychoeducation and Its Potential Application as a Multimodal Perioperative Pain Control Option: A Systematic Review. *Anesth Analg.* 2020;130(3):559-73. doi:10.1213/ANE.0000000000004319. PMID: 31335400.
27. Darville-Beneby R, Lomanowska AM, Yu HC, Jobin P, Rosenbloom BN, Gabriel G, et al. The impact of preoperative patient education on postoperative pain, opioid use and psychological outcomes. A narrative review. *Can J Pain.* 2023;7(2):2266751.
28. Schultz S, Flanagan S. Occupational therapy interventions for anxiety management in preoperative patients. *J Occup Ther Health Care.* 2014;28(1):56-67. doi:10.1080/07380577.2013.865763.
29. Guerra-Londono CE, Cata JP, Nowak K, Gottumukkala V. Prehabilitation in Adults Undergoing Cancer Surgery: A Comprehensive Review on Rationale, Methodology, and Measures of Effectiveness. *Curr Oncol.* 2024;31(4):2185-200. doi:10.3390/currncol31040162.
30. Hijmans JM, Dekker R, Geertzen JHB. Pre-operative rehabilitation in lower-limb amputation patients and its effect on post-operative outcomes. *Med Hypotheses.* 2020; 143: 110134. doi:10.1016/j.mehy.2020.110134.
31. Sarkies MN, Testa L, Carrigan A, Roberts N, Gray R, Sherrington C, Mitchell R, Close JCT, McDougall C, Sheehan K. Perioperative interventions to improve early mobilisation and physical function after hip fracture: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 2023;52(8):afad154. doi:10.1093/ageing/afad154.

Tabla 1. Artículos incluidos en la revisión

Estudio	Tipo de estudio	Población (Patología o tipo de intervención)	Población (número de participantes)	Hallazgos relevantes
Bacher y Ewers (2022) (10)	ECA	Cirugía ortopédica	73 pacientes	La educación preoperatoria podría influir en la percepción del dolor postoperatorio
Burgess et al. (2019) (9)	Revisión sistemática	Cirugía electiva de columna	No hay registro	La evidencia actual es limitada y de calidad moderada para recomendar la educación preoperatoria como intervención única antes de la cirugía electiva de columna
Cambriel et al. (2023) (17)	Metaanálisis	Pacientes quirúrgicos	2090 pacientes	La prehabilitación es una estrategia efectiva para reducir la morbilidad postoperatoria y mejorar la recuperación de los pacientes sometidos a cirugía.



Elwyn et al. (2016) (15)	Revisión narrativa de calidad alta	Pacientes quirúrgicos	No hay registro	La educación preoperatoria puede influir en la adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente
Fleurent-Grégoire (2024) (16)	Revisión sistemática	Pacientes quirúrgicos	No hay registro	Los programas de rehabilitación incluyen ejercicio físico, optimización nutricional, entrenamiento respiratorio y preparación psicológica
Louw et al. (2016) (11)	Revisión sistemática	Radiculopatía lumbar	50 pacientes	La educación preoperatoria influye en el comportamiento del paciente tras la cirugía
Martin et al. (2017) (12)	Encuesta retrospectiva	Pacientes quirúrgicos	1.917 pacientes y cuidadores	Una intervención preoperatoria estructurada puede optimizar la recuperación tras la cirugía
McIsaac et al. (2022) (21)	Metaanálisis	Cirugía oncológica	204 pacientes	La rehabilitación domiciliaria no mejoró significativamente la recuperación postoperatoria en adultos mayores con fragilidad sometidos a cirugía por cáncer
Molenaar et al. (2022) (19)	Revisión sistemática	Cirugía por cáncer colorrectal	250 pacientes	La rehabilitación puede mejorar la capacidad funcional en pacientes sometidos a cirugía por cáncer colorrectal
Moreno-Monsiváis et al. (2017) (7)	Estudio descriptivo	Pacientes quirúrgicos	231 pacientes	Son factores demográficos de riesgo asociados con la aparición de DAP edad mayor de 60 años y nivel educativo superior y el sexo femenino.
Punnoose et al. (2023) (18)	Revisión sistemática y metaanálisis	Cirugía ortopédica	3570 pacientes	Asocia la rehabilitación con mejoras significativas en la función, la fuerza muscular, el dolor y la calidad de vida en pacientes sometidos a cirugías ortopédicas
Takashima et al. (2022) (8)	ECA	Cirugía ortognática	43 participantes	La evaluación preoperatoria de puede predecir la severidad del dolor postoperatorio agudo en pacientes sometidos a cirugía ortognática. Una modulación condicionada del dolor más débil y una mayor catastrofización del dolor se asociaron con un mayor dolor postoperatorio.
Waterland et al. (2021) (20)	Revisión sistemática y metaanálisis	Cirugía en cáncer abdominal	No hay registro	La rehabilitación mejora la capacidad funcional preoperatoria y reduce la estancia hospitalaria en pacientes sometidos a cirugía abdominal por cáncer
Walton et al. (2023) (13)	Revisión sistemática	Pacientes quirúrgicos		La educación preoperatoria influye en la actitud del paciente. Deben incluirse a los familiares en los programas de educación preoperatoria
Yang et al. (2019) (6)	Revisión sistemática y metaanálisis	Cirugía ortopédica y cirugía abdominal	53 pacientes	Deben incluirse los antecedentes del paciente en la evaluación preoperatoria
Yin et al. (2015) (14)	ECA	Artroplasia de rodilla	55 pacientes	Deben incluirse a los familiares y cuidadores en los programas de educación preoperatoria

Derechos de persona autora

