

EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO EN PACIENTES ADULTOS DE LA CLÍNICA LOS ROSALES

Jorge Enrique Machado,

Carlos Andrés Castaño, Edwar Mauricio López, Danna Carolina Marín, Víctor Alfredo Marulanda, Johnny Mejía, Manuel Fernando Mena, Ana Milena Quintero. GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE FÁRMACOEPIDEMIOLOGÍA Y FÁRMACOVIGILANCIA-UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

RESUMEN

Introducción: el manejo del dolor post operatorio muchas veces es insuficiente y afecta la calidad de vida del paciente.

Objetivo: Evaluar mediante una escala analógica de dolor, la percepción que tienen los pacientes adultos en el post quirúrgico en la Clínica los Rosales con el fin de optimizar el manejo de dolor postoperatorio.

Materiales y métodos: estudio prospectivo observacional. Se tomaron variables sociodemográficas, clínicas, farmacológicas y de percepción del dolor para evaluarlo a través de entrevista directa y mediante escala visual analógica a las 4 horas de post quirúrgico. Se hizo análisis bi-variado considerando un valor de $p < 0,05$ como significativo

Resultados: Se evaluó la intensidad del dolor de 98 pacientes mayores de 18 años hospitalizados tras intervención quirúrgica de los cuales el 54,1 % fueron mujeres; la edad promedio fue 42 años, afiliados a régimen contributivo un 85,7%. Se encontró que el 56.1% de los pacientes no tenían controlado el dolor; Se encontraron 16 esquemas diferentes de manejo del dolor. La combinación de opioide débil más analgésico antipirético se asoció de manera estadísticamente significativa con la falta de control del dolor ($p=0,041$)

Conclusiones: una elevada proporción de pacientes no tenían un nivel adecuado de control del dolor a las 4 horas del post quirúrgico, que sugieren la importancia de implementar una guía de manejo que garantice una respuesta analgésica satisfactoria.

Palabras clave: Dolor post-operatorio, manejo del dolor, agentes analgésicos, analgésicos opioides, escala visual analógica del dolor, (fuente MeSH)

ABSTRACT

Postoperative pain management is often inadequate and affects the quality of life of patients.

Objective: To evaluate the pain perception in adult patients after surgery in Clinica Los Rosales in order to optimize the management of postoperative pain by mean visual analogue scale.

Materials and methods: observational study. Sociodemographic, clinical and pharmacological variables to evaluate pain perception, through direct interviews and visual analogue scale at 4

hours after surgery. It was bivariate analysis considering a *p value* <0.05 as significant

Results: We evaluated pain intensity of 98 patients aged over 18 hospitalized after surgery, which 54.1% were women, mean age was 42 years. We found that 56.1% of patients had controlled the pain, found 16 different patterns of pain management. The combination of weak opioid and analgesic antipyretic was associated with a statistically significant lack of control of pain ($p = 0.041$)

Conclusions: A high proportion of patients did not have an adequate level of pain control at 4 hours after surgery, suggesting the importance of implementing a management guide to ensure a satisfactory analgesic response.

Key words: Pain, Postoperative, Pain Measurement, Analgesics, Analgesics Non-Narcotic, Analgesics, Opioid, Visual Analog Scale. (source: MeSH)

INTRODUCCION

El dolor es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial. El dolor es siempre subjetivo, sin duda una sensación en una o varias partes del cuerpo, pero también es siempre desagradable y por lo tanto también una experiencia emocional, que lógicamente repercutirá sobre la totalidad del ser y su entorno” (10).

En 1996 la Asociación Americana del Dolor introdujo la frase “el dolor como el 5to signo vital” con lo cual se empieza a considerar al dolor como un indicador de las condiciones del paciente, tan importante como los signos vitales convencionales; además el dolor asociado a otros signos y síntomas es un importante predictor de complicaciones postquirúrgicas (6).

La Infravaloración del dolor es una causa importante del insuficiente manejo del dolor, los objetivos importantes de la evaluación inicial del dolor incluyen el establecimiento de relaciones con el paciente y proporcionar una visión general del proceso de evaluación (11).

El dolor es uno de los principales síntomas de consulta y es la primera manifestación clínica del postoperatorio (1) y en general el médico realiza el manejo de acuerdo a su experiencia (7); las pautas analgésicas utilizadas en los servicios quirúrgicos tienen mayor relación con las costumbres del médico que con la magnitud del dolor manifestado por el paciente (3).

y ya que este es un indicador vital de complicaciones postquirúrgicas cabe resaltar que un adecuado manejo conducirá a la disminución de comorbilidades, mortalidad y tiempo de estancia hospitalaria (5).

Es indudable el beneficio que se obtiene con el tratamiento del dolor postoperatorio. Se afirma que con la apropiada prevención y el adecuado tratamiento de los síntomas postoperatorios, se podría disminuir en un 9,6% la duración media de la estancia postoperatoria tras la anestesia general (5).

Se ha considerado que los pacientes intervenidos en nuestro medio son manejados tímidamente y se tiene evidencia del temor de los médicos al uso de opioides (4), En la práctica médica puede haber una baja calidad asistencial en el tratamiento del

dolor, debido entre otras causas a problemas organizativos, falta de tiempo, falta de motivación, complejidad en el manejo, dificultad para medir el dolor o escaso conocimiento de los mecanismos de acción de los distintos analgésicos y, en general, del tratamiento global del dolor (2).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo observacional y prospectivo en la Clínica Los Rosales de Pereira en la población de todos los pacientes adultos mayores de 18 años intervenidos por cirugía, entre las 7:00 am y las 5:00 pm, entre el 1 de abril y el 27 de mayo de 2011; todos autorizaron mediante “*consentimiento informado*” (ver anexo 1), la valoración de la intensidad del dolor postoperatorio a través de la Escala Visual Analógica, en la cual se tomaron los siguientes valores de referencia: 0 mm como ningún dolor, 1-19 mm dolor muy leve, 20-39 mm dolor leve, 40-59 mm dolor medio, 60-79 mm dolor fuerte, 80-99 mm dolor muy fuerte y 100 mm como el peor dolor posible y se definió como dolor no controlado los valores superiores a 40 mm (ver anexo 2); la evaluación se hizo a las 4 horas posteriores a la finalización del procedimiento quirúrgico, con un intervalo de error de 2 horas para recolección de la información. Se excluyeron los pacientes imposibilitados para realizar el test que presentaran: déficit neurológico, déficit y/o trastornos motores incapacitantes, retraso mental y trastornos mentales graves.

La información se obtuvo del paciente, quien fue entrevistado por estudiantes de medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira debidamente entrenados para tal fin. Además se tuvo acceso a la historia clínica del paciente y a la respectiva nota quirúrgica; Se empleó un instrumento de recolección de la información que tuvo en cuenta las siguientes variables:

Variables sociodemográficas: edad, género, régimen de salud.

Variables clínicas: se definió como cirugía mayor aquella que requiera hospitalización anestesia general, neurocirugía, resección significativa, cambios en la anatomía, eliminación de órganos, reconstrucción articular, penetración a cavidad, ortopedia y duración mayor de 2h y cirugía menor aquella que cuya tiempo fuese menor o no estuviese en las anteriores categorías. Valoración del dolor según EVA.

Variables farmacológicas: medicamentos empleados a las 4 horas y su dosis. Reacciones adversas medicamentosas. Tipo de anestesia empleada en la cirugía. Uso de premedicación anestésica, empleo de AINES y antidepresivos previos a la cirugía.

El estudio se sometió a evaluación por parte del comité científico técnico y bioético de la Universidad Tecnológica de Pereira y de la clínica Los Rosales en la categoría de Investigación con riesgo inferior al mínimo de acuerdo a la Resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia.

La información obtenida en el trabajo de campo se tabuló en una base de datos y para el análisis se empleó el paquete estadístico SPSS 19 para Windows. Se emplearon las pruebas *t de student* o ANOVA para la comparación de variables cuantitativas y la prueba de χ^2 para comparar las variables categóricas. Se aplicaron modelos de regresión logística usando como variable dependiente el control del dolor y como variables independientes el tipo de cirugía, la duración, y la medicación empleada. Se determinó un nivel de significancia estadística de una $p < 0,05$.

RESULTADOS

En una población conformada por 98 pacientes de postoperatorio de distintas especialidades, se encontraron 45 hombres (45,9%) y 53 mujeres (54,1%) (Tabla 1); la edad (años) promedio fue de 42 años, con edades entre los 18 y 80 años; De los cuales pertenecían al régimen contributivo 84

(85,7%) y al subsidiado 14 (14,3%) (Tabla 2). El número de cirugías mayores fue de 58 (59,2%) y menores 40 (48,8%) (Tabla 3) y la especialidad con más cirugías fue ortopedia con 23 (23,5 %) (Tabla 4).

Tabla 1. Distribución por género de pacientes evaluados por EVA en post quirúrgico.

Género	Número	Porcentaje
Masculino	45	45,9 %
Femenino	53	54,1 %

Tabla 2. Distribución por régimen de afiliación de pacientes evaluados por EVA en post quirúrgico

Régimen	Número	Porcentaje
Contributivo	84	85,7 %
Subsidiado	14	14,3 %
Total	98	100,0%

El promedio de dolor por Escala Visual Análoga fue de 40.8 mm y según el rango de dolor, el mayor número lo tuvo "dolor medio" con 22 (22,4%); se encontraron 55 (56,1%) pacientes con dolor no controlado (Tabla 5).

Tabla 3. Distribución por tipo de cirugía de pacientes evaluados por EVA en post quirúrgico.

	Número	Porcentaje
Cirugía Mayor	58	59,2 %
Cirugía Menor	40	40,8 %
Total	98	100,0 %

Según el régimen los pacientes que presentaron con mayor frecuencia dolor no controlado fueron los del contributivo con un valor de 51 (60,7%) $p=0,025$.

Tabla 4. Distribución según tipo de intervención quirúrgica en pacientes evaluados por EVA.

Tipo de Cirugía	Número	Porcentaje
Cirugía ortopedica	23	23,5 %
Cirugía ginecológica	19	19,4 %
Cirugía plástica	18	18,4 %
Cirugía General	17	17,3 %
Cirugía laparoscópica	7	7,1 %
Cirugía urológica	7	7,1 %
Neurocirugía	4	4,1 %
Cardiovascular	2	2,0 %
Cirugía vascular periférica	1	1,0 %
Total	98	100,0 %

Tabla 5. Distribución según resultado de evaluación del control del dolor en pacientes de la clínica Los Rosales

Resultado EVA	Número	Porcentaje
No controlado	55	56,1 %
Controlado	43	43,9 %
Total	98	100,0 %

Se encontraron 16 diferentes esquemas de manejo, de los cuales el esquema más utilizado fue la combinación de un opioide débil (tramadol) más un analgésico antipirético (dipirona, acetaminofen) con un total de 23 pacientes manejados, encontrándose que para este esquema el número de pacientes no controlado fue de 17 (73,9%) $p=0,041$. A este esquema la siguen analgésicos antipiréticos con 20,4% correspondiendo a 20 pacientes y analgésico antipirético más AINE con 17 (17,3%).

DISCUSIÓN

La efectividad del control del dolor se ha mantenido como una variable crítica en todos los lugares donde se realizan intervenciones quirúrgicas. Un gran número de instituciones

han adoptado guías de manejo del dolor que han demostrado con su aplicación la satisfacción del paciente (8)(9).

El hallazgo de que la valoración promedio del dolor fuese 40,8 mm muestra que la mayoría de pacientes expresaron que su dolor se encontraba por encima de 40 mm en el nivel de falta de control, muestra en alguna medida que las intervenciones llevadas a cabo por los médicos de la clínica no están siendo lo suficientemente efectivas para lograr una buena analgesia. Esto acompañado con el hecho de que en esta institución no existen guías que orienten el manejo del dolor, por lo que la prescripción analgésica está dada por la experiencia y preferencias del profesional de la salud, contrasta con las evidencias que muestran que la implementación de guías o protocolos de seguimiento, manejo del dolor y evaluación de este, garantizan un adecuado nivel analgésico (8).

El análisis bi-variado encontró que había algún nivel de asociación estadísticamente significativa entre dolor no controlado y el régimen de afiliación contributivo, hecho que debe ser valorado en otro trabajo y que puede estar relacionado con que los pacientes subsidiados sean menos demandantes o por sus condiciones socio económicas y culturales tengan un nivel de tolerancia al dolor diferente. En el análisis bi-variado de todas las demás variables como edad, género, nivel educativo, tipo de cirugía, anestésico empleado, aparición de reacciones adversas medicamentosas, uso de pre-medicación anestésica, empleo de AINEs y antidepresivos previos a la cirugía no se encontraron asociación significativas con la falta de control del dolor.

Es significativo el hallazgo de empleo de terapia analgésica en todos los pacientes, sin embargo es también llamativo que el dolor no controlado se presentó de manera más frecuente y de forma estadísticamente significativa en aquellos manejados con analgésicos opioides llamados débiles

(tramadol) más analgésicos no narcóticos cuando se compararon con los opioides agonistas fuertes como la morfina, para lo cual pueden darse algunas posibles explicaciones asociadas con la dosis insuficiente, el intervalo de dosificación, la selección inadecuada del analgésico de acuerdo a la intensidad del dolor. De ahí la importancia de la implementación de medidas que aseguren la valoración de la percepción individual del dolor y la toma de decisiones fundamentada en este hallazgo para brindar la mejor opción analgésica a cada paciente (6).

Este trabajo tiene limitaciones en cuanto al tamaño de la muestra de pacientes evaluados y en la medición del dolor en otros momentos de las primeras 48 horas del post quirúrgico, donde también es necesario evaluar el manejo definido, la efectividad de la terapia, el cumplimiento por parte del paciente y la aparición de efectos indeseables que puedan impedir que se cumpla con el tratamiento.

Se puede concluir que la mayor parte de los pacientes evaluados calificaron su percepción del dolor por encima del rango aceptable y que esto se asoció con el empleo de opioides débiles más analgésicos. No se encontraron otras variables asociadas con la falta de control del dolor. Debido al hallazgo de un elevado porcentaje de pacientes sin control adecuado se recomienda que se desarrollen e implementen guías de manejo de dolor y sea evaluado su aplicación y seguimiento para garantizar una buena analgesia post quirúrgica.

REFERENCIAS:

1. Fernández D L, Gordo F, Real J, Méndez H, López S. Manejo de la analgesia postoperatoria en las primeras 24 horas en un Hospital de segundo nivel. Estudio

- observacional. Rev Soc Esp Dolor 2006;13:18–23
2. Ayala LE, Moreno-González A, Cabero L, Acín F, López-Timoneda F, Balibrea JL. El Proyecto MADAI: Un estudio epidemiológico sobre el abordaje y manejo del dolor agudo perquirúrgico. Rev Soc Esp Dolor 2008. 15;4:2.
 3. Gil M, Vázquez-Guerrero JC, Rodríguez de la Torre MR, Gallego JI. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. Rev Soc Esp Dolor 2004. 11; 4:190-202.
 4. Dawidowicz.N, Tedeschi V, De Muria M, Bujembaum P. COMENTARIO EDITORIAL El dolor alarma y el dolor como carga. Evid. actual. páct. ambul. 2006; 9(5):130-2
 5. Marcote C, Santiago J, Salmerón J, Muñoz-Blanco F. Complicaciones del dolor postoperatorio. Rev Soc Esp Dolor. 2001; 8; 3:194–211
 6. National Pharmaceutical Council. Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments. Section II: Assessment of Pain. <http://www.ampainsoc.org> consultado: 25/03/11
 7. Elkin F, Cardona Duqueⁱ, Martha Lucía Castaño Gaviriaⁱⁱ, Aida Mairé, Builes Gutiérrezⁱⁱ, Gustavo Andrés Castro Torresⁱⁱ. Manejo del dolor posquirúrgico en el Hospital Universitario San Vicente de Paul de Medellín. Rev. Col. Anest. 31: 111, 2003.
 8. Manejo del dolor posquirúrgico Gil M, Vázquez-Guerrero JC, Rodríguez de la Torre MR, Gallego J., Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. Rev Soc Esp Dolor. 2004. 11; 4:197–202
 9. Torres , L M ; Protocolos y dolor postoperatorio. Rev Soc Esp Dolor. 2002 9; 3 :139.
 10. <http://osteoarthritis.about.com/od/osteoarthritisymptoms/a/What-Is-Chronic-Pain.htm>
 11. American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting. Anesthesiology 2004; 100:1573–81.