

## **MANEJO DEL DOLOR PRE Y POSTOPERATORIO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA, UN SEGUIMIENTO DE CASOS.**

Torres Adriana Lucía, Portilla Andrea Rosaura, Peláez Polansky, Orozco Daniel, Suárez Sandra Milena <sup>1</sup>

### **RESUMEN**

Estudio observacional, descriptivo y analítico, transversal, cuyo objetivo es conocer cual es el manejo del dolor en el pre y postoperatorio en los pacientes intervenidos quirúrgicamente durante los meses de octubre y noviembre de 2007 en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

Se estudiaron 70 pacientes en los cuales se les evaluó el dolor pre y postoperatorio con una escala de dolor numérica, se aplicó un instrumento donde se recogieron variables relacionadas con el dolor, como intensidad máxima y mínima en el postoperatorio mediato y su manejo por parte de la institución.

De los resultados obtenidos se destaca: La monoterapia predominó sobre la terapia combinada, en ambos casos el fármaco más usado fue la dipirona.; Todos los pacientes presentaron dolor independiente del tipo de procedimiento y de la especialidad que los trató, a pesar de esto muchos opinan que el manejo recibido fue bueno.

En el Hospital Universitario San Jorge de Pereira no se evalúa el dolor del paciente quirúrgico durante la hospitalización y no existe un protocolo de manejo para él, por lo tanto se

necesita diseñar uno que sirva para manejarlo satisfactoriamente.

### **ABSTRACT**

This is a model study observational, descriptive and analytical, transverse, whose goal is to know what the management of post-operative pain in patients who were operated on during October and November 2007 in HUSJ.

This tome is a sample of 70 patients to which were evaluated postoperative pain with a numeric pain scale and was applied where they picked up an instrument related variables such as pain intensity maximum and minimum in the postoperative medium and its handling by the institution.

From the results obtained highlights: monotherapy prevailed on the combination therapy, in both cases, the drug most widely used was the Dipirone.; All patients had pain independent of the type of procedure and specialty treatment that, in spite of this many they believe that the management received was good.

In Hospital Universitario San Jorge is not evaluated the pain of surgical patients during hospitalization; there is not a management protocol for him; therefore you need to design one that will handle it well.

<sup>1</sup> Estudiantes de cirugía, Universidad Tecnológica de Pereira

## INTRODUCCIÓN

El dolor es un fenómeno inherente a la condición humana y su manejo tiene raíces históricas profundas dentro del campo de la medicina y casi se podría decir que la ha acompañado desde sus mismos orígenes. La percepción dolorosa es un fenómeno complejo ya que tiene un componente nociceptivo o sensorial y un componente afectivo o reactivo, existiendo sufrimiento asociado al dolor. Ambos componentes, influidos por distintas variables, contribuyen a la percepción dolorosa, siendo el nociceptivo el componente dominante en el dolor postoperatorio.

El dolor postquirúrgico, suele ser intenso, invalidante y referido a la zona u órgano intervenido. Se origina por lesión directa de los tejidos. Su persistencia contribuye al desarrollo de múltiples complicaciones tras la cirugía (retención de secreciones, infecciones respiratorias e hipoventilación por respiración superficial, tromboembolismo por encamamiento prolongado, etc.) y genera gran angustia y sufrimiento en el paciente además de aumentar los costes sanitarios.

En los últimos 50 años la medicina ha evolucionado notablemente, tanto en los conocimientos etiológicos y diagnósticos, como terapéuticos. Sin embargo se ha olvidado al dolor el cual se ha considerado algo secundario en comparación con otras patologías. Debido a que el dolor ha sido mal manejado durante la historia de la medicina y teniendo en cuenta la importancia de este síntoma en el

manejo integral del paciente que se vera reflejado en la relación medico paciente; nuestro grupo de investigación decidió llevar a cabo este estudio cuyo objetivo es conocer cual es el manejo del dolor pre y postoperatorio en los pacientes quirúrgicos del Hospital Universitario San Jorge de Pereira, valorando la percepción del paciente con respecto a su dolor y variables relacionadas con el manejo de este en el dolor postoperatorio.

Para el manejo del dolor postoperatorio es importante el manejo recibido durante el preoperatorio, adquiriendo cada vez mayor difusión las técnicas de analgesia preventiva, cuya eficacia ha sido demostrada ampliamente en la literatura científica.

El análisis de las variables que se consideraron en este estudio proporcionara una información a tener en cuenta en el manejo del dolor pre y postoperatorio en el Hospital Universitario San Jorge para el personal de salud encargado de su realización.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y analítico, transversal; que se realizó en pacientes intervenidos en los quirófanos del Hospital Universitario San Jorge de la ciudad de Pereira en los meses de octubre y noviembre de 2007, que permanecieran hospitalizados en cualquier sala del Hospital Universitario San Jorge.

Se selecciono una muestra de 70 pacientes a través de un muestreo intencional, que cumplieran los siguientes criterios de inclusión:

- Previo consentimiento informado para la participación en el estudio.
- Que hayan sido intervenidos quirúrgicamente
- Estancia máxima de 10 días postquirúrgicos
- Mayores de 18 años

Quedan excluidos del estudio:

- Hospitalizados en unidades de cuidados intensivos
- Pacientes bajo aislamiento,
- Intervenidos con endoscopia terapéutica
- Aquellos que se les realizo toracostomia.
- Pacientes que al momento de la entrevista, tuvieran efectos de la anestesia.
- y pacientes que por algún motivo estaban incapacitados para responder al interrogatorio.

La escala de dolor numérica y el formulario de encuesta previamente diseñado se diligenció en el postoperatorio mediato del paciente (primeras 48 horas). Las variables que se consideraron fueron: sexo, edad, especialidad, tipo de afiliación, comorbilidades, diagnostico, tipo de cirugía, tipo de anestesia, tiempo de cirugía, medicamentos preoperatorios en hospitalización, medicamentos postoperatorios, días postoperatorios, sitio de mayor dolor, intensidad máxima de dolor postoperatorio en las primeras 48 horas, intensidad mínima

de dolor postoperatorio en las primeras 48 horas, intensidad del dolor actual, porcentaje de mejoría del dolor y grado de satisfacción del paciente.

La base de datos, el cruce de variables y graficas se realizaron en Excel 2007.

## RESULTADOS

Se recogieron datos de 70 pacientes de distintas especialidades, 41 hombres (58.6%) y 29 mujeres (41.4%), la mayoría de los pacientes estuvieron incluidos en el rango de edad de 18-29 años, con una edad promedio de 48,8 años, edad mínima de 18 años y máxima de 100 años.

47 pacientes (67.14%) pertenecían al régimen subsidiado, 15 (21.42%) al vinculado, 1 contributivo, 4 particulares, 1 indígena y 2 sin dato.

El tipo de especialidad con mas cirugías realizadas fue cirugía general con 48 pacientes (68.6%), le siguió ortopedia con 12 pacientes (17.1%), ginecología con 3 (4.3%), plástica y urología ambas con 2 pacientes (2.9%) y vascular, neurocirugía y oncología cada una con 1 paciente (1.4%).

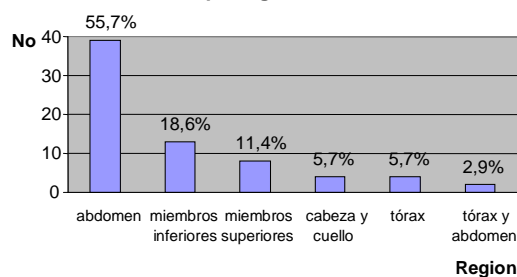
37 pacientes (52.8%) no tenían comorbilidad, previa a la cirugía. La comorbilidad más común encontrada fue hipertensión arterial en 13 pacientes (18.6%), tabaquismo en 6 pacientes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 5 pacientes.

El diagnostico más frecuente fue heridas por agresión, siendo 8 (11.43%) por proyectil de arma de fuego y 8 (11.43%) por arma

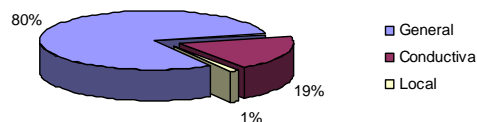
cortopunzante, seguidas de las fracturas presentándose en 13 pacientes (18.6%).

Tipo de cirugía	No pacientes	%
Laparotomía	20	28,6
Reducción abierta + osteosíntesis	13	18,57
Colecistectomía	9	12,86
Toracotomía	6	8,57
Apendicetomía	3	4,29
Cirugías ginecológicas	3	4,29
Prostatectomía abierta	2	2,86
Otras	14	20
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Sitio quirúrgico más frecuente.



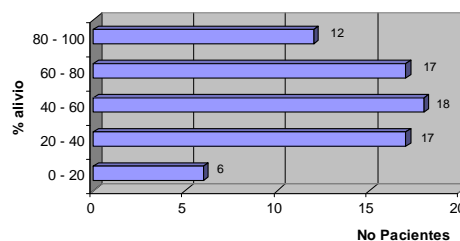
Tipo de anestesia



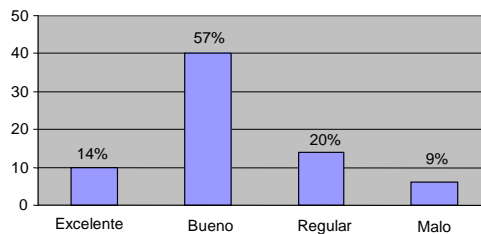
Medicamentos utilizados durante el Preoperatorio	No	%
Dipirona	20	29
Dipirona + acetaminofen	5	7,1
Dipirona+diclofenaco	1	1,4
Diclofenaco	2	2,9
Acetaminofen	1	1,4
Morfina	1	1,4
Ninguno	40	57,1
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Medicamentos utilizados Durante el postoperatorio	No	%
Dipirona	43	61
Dipirona + acetaminofen	5	7
Dipirona+diclofenaco+morfina	6	9
Dipirona + fentanil	1	1
Dipirona + tramadol	3	4
Dipirona+diclofenaco	3	4
Dipirona +morfina	3	4
Morfina	2	3
Acetaminofen	4	6
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

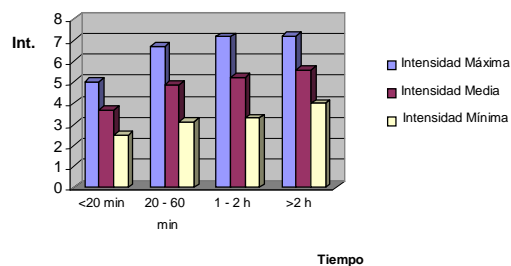
Porcentaje de alivio del dolor



Grado de satisfacción de todos los pacientes



Valoración subjetiva del dolor correlacionada con el tiempo quirúrgico



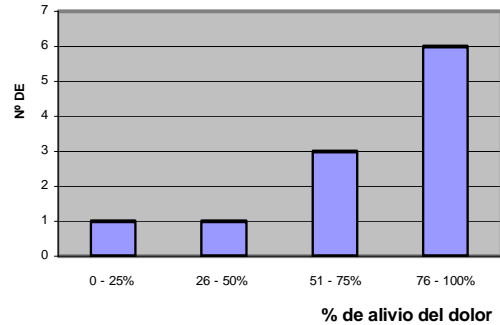
Tiempo posquirúrgico	Leve	Moderado	Severo
< 12 h.	3	2	4
12 – 24 h.	6	5	5
1 – 2 días	7	3	4
2 – 4 días	7	5	5
4 – 6 días	5	1	4
6 – 8 días	1	1	0
8 – 10 días	2	4	0

Medicamento preoperatorio	Promedio Intensidad Máxima	Promedio Intensidad Mínima	% alivio del dolor
Ninguno	6.8	3.3	54.0
Dipirona	6.5	3.35	51.2
Morfina	8	6	25
Diclofenaco	6.5	3.5	48.5
Dipirona + acetaminofen	6.8	2.6	67.2

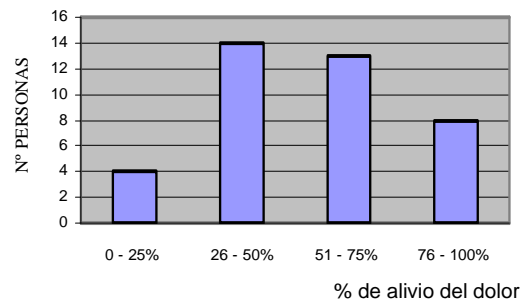
Medicamento Postoperatorio	Promedio de Intensidad Máxima	Promedio de Intensidad Mínima	% de alivio del dolor
Dipirona	6.6	2.97	54.4
Dipirona + acetaminofen	8.2	4.8	47.4
acetaminofen	6.25	2.25	70.5
Dipirona + diclofenaco	6.3	3	56
Dipirona + morfina	6.3	2.3	62.6
Dipirona + tramadol	7	2.3	62
Dipirona + diclofenaco + morfina	8.3	5.6	42.6

Manejo preoperatorio y postoperatorio por especialidad			
Especialidad	Manejo preoperatorio		Manejo postoperatorio
	SI	NO	SI
CX general	29.1%	70.8%	100%
Cx vascular	100%	0%	100%
Ginecología	33.3%	66.6%	100%
Neurocirugía	0%	100%	100%
Oncológica	100%	0%	100%
Ortopedia	91.6%	8.4%	100%
Plástica	100%	0%	100%
Urología	0%	100%	100%

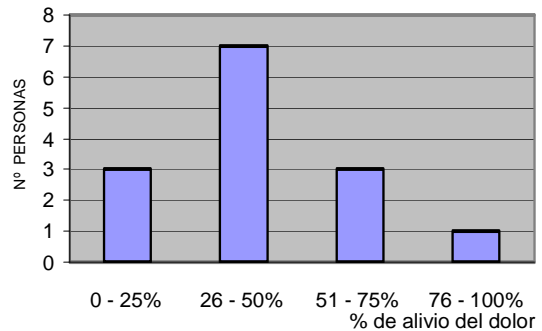
GRADO DE SATISFACCION DEL PACIENTE EXCELENTE



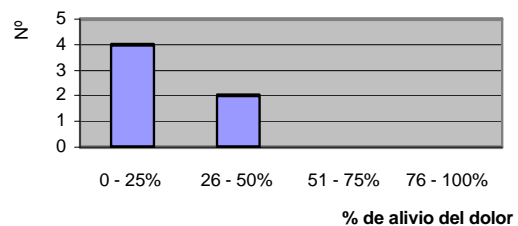
GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: BUENO

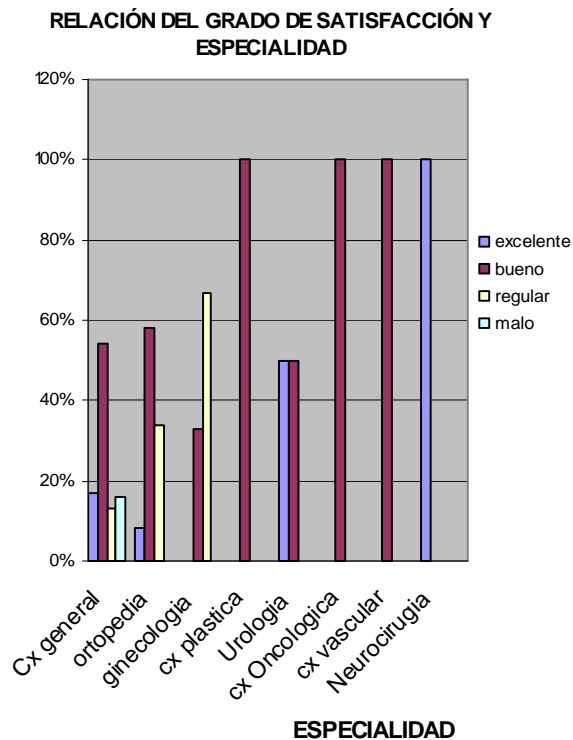
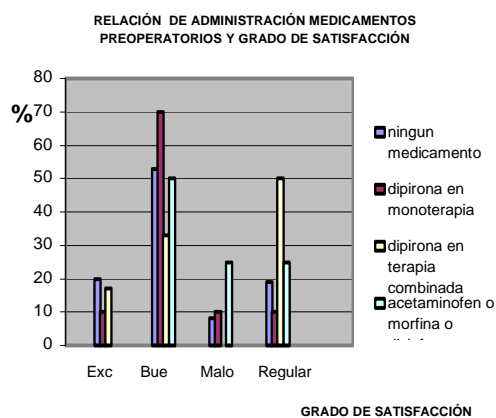
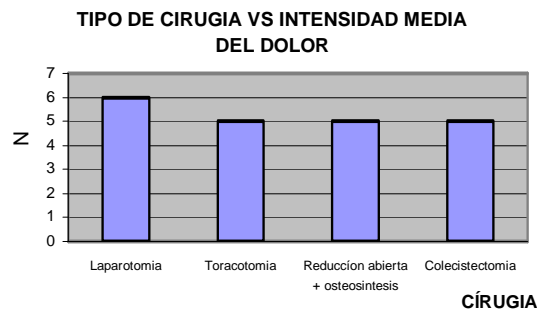


GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: REGULAR



GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE : MALO





40 pacientes no recibieron manejo preoperatorio del dolor, con intensidad máxima promedio de 6.5 (moderada), intensidad mínima promedio de 3 (leve), porcentaje de alivio del 57%, refiriendo un grado de satisfacción bueno en 21 pacientes, 8 lo catalogaron como regular, 5 como excelente y 3 como malo.

64 pacientes (91,4%) se les administro dipirona durante el postoperatorio, 43 (61.4%) como monodosis refiriendo una intensidad máxima promedio de 6, de los cuales 7 lo catalogaron como leve, 15 como moderado y 21 como severo.

## DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que en el Hospital Universitario San Jorge no se valora subjetivamente el dolor del paciente quirúrgico, lo que conlleva a que el manejo preoperatorio y postoperatorio no sea adecuado desde su base, ya que si se tiene una percepción errónea del grado de dolor del paciente, el tratamiento será ineficaz desde el principio; puesto que para un adecuado manejo del dolor se necesita observar a cada paciente de forma individual y entablar una relación médico paciente lo suficientemente fuerte para tener la confianza del paciente, saber de su padecimiento y tener un mejor manejo del dolor.

A todos los pacientes estudiados se les proporcionó analgesia, lo que indica que el dolor es considerado por parte del personal de salud, pero independiente de los pacientes y la

gravedad de su patología. Se debe tener en cuenta que el dolor es un efecto de la cirugía y que hay que prevenirlo antes de su aparición, [Cardona (2003)]; además, si no se lleva a cabo, cuando éste se presente, la analgesia será menos eficaz y se requerirán dosis más altas con más efectos adversos y existirá la posibilidad de padecer dolor crónico sin embargo en este estudio se encontró que sólo el 42.9% recibió analgesia prequirúrgica;.

Aunque a todos los pacientes se les administró analgesia, todos presentaron dolor, esto demuestra que en muchos casos las terapias usadas no fueron exitosas en prevenir la aparición y en control del mismo. Surgiendo el interrogante de por qué no son usados fármacos más eficaces como los del grupo de los opiáceos, en especial para cirugías en las que se esperaría mayor dolor, como las cirugías abdominales mayores tipo laparotomía, las ortopédicas y las toracotomías, [S. J., Dolin (2002).]

Un punto significativo es la uniformidad existente en la elección del analgésico, así lo corrobora el amplio uso de la Dipirona tanto en monoterapia como en terapia combinada; lo anterior pone de manifiesto que no se tiene en cuenta la magnitud y características de la intervención quirúrgica y tampoco las particularidades de cada paciente lo que añade un factor más para explicar la ineficacia de las terapias; hallazgos que también se demostraron en el estudio de Escobar Medina (2000) y Cardona (2003); sin embargo fue un medicamento efectivo en la disminución del dolor viéndose mas beneficiados los pacientes con manejo

preoperatorio, ya que ellos manifiestan una mayor satisfacción con el manejo; aunque hay pacientes a los cuales no se les administró ningún medicamento preoperatorio y su grado de satisfacción es bueno y en ocasiones excelente, lo cual podría deberse a la baja escolaridad, la capacidad de agradecimiento y al manejo del dolor pre y postoperatorio. Burkhard Linz et al (2007). El manejo posquirúrgico con dipirona fue en el 61% como monoterapia, 6% acetaminofen y 3% morfina, esto puede indicar que no hay mucha correlación del manejo con las particularidades de cada paciente lo que podría llevar a un manejo inadecuado del dolor. Aproximadamente 29% de los pacientes fueron manejados con terapia combinada (dipirona más otro medicamento) que aunque es un manejo mucho más adecuado está presente en menor cantidad. Los dos puntos mencionados anteriormente pueden indicar que no se tiene en cuenta la fisiopatología del dolor, la farmacocinética y farmacodinamia de los analgésicos talvez porque se desconozca por parte del personal de salud cuales medicamentos tienen diferentes mecanismos de acción y así poder realizar un mejor manejo del dolor con más de un medicamento de diferente mecanismo de acción. También cabe agregar que la dipirona es un medicamento que ha sido retirado de muchos países por sus efectos deletéreos, sin embargo, Susan E. Andrade afirma que (1998) la dipirona es inclusive más segura que otros analgésicos como los aintinflamatorios no esteroideos, y además en los países Suramericanos no se han reportado el tipo de

reacciones adversas graves de la dipirona.

En el manejo por especialidades se nota un mal manejo preoperatorio. Por parte de cirugía general se puede atribuir a que en las patologías manejadas por esta especialidad se puede sesgar el diagnóstico con la administración de analgesia; al igual, por parte de ginecología se presenta un mal manejo, esto puede demostrar la poca importancia que se le da al manejo del dolor preoperatorio en las cirugías electivas. Por otro lado los buenos manejos presentados en ortopedia, cirugía plástica, oncología y cirugía vascular nos demuestra que el manejo de tipo preoperatorio en estas especialidades está siendo tomado muy en cuenta abordando así al paciente de una forma más integral; sin embargo, debemos tener en cuenta que las muestras de cirugía plástica, oncología, cirugía vascular, neurocirugía y urología no son significativas. C.J. Kalkman et al. (2003)

Cirugía General es la especialidad con mayor número de pacientes, así mismo la especialidad con el mayor grado de insatisfacción, casi un 30% califican el manejo de su dolor como malo o regular; en menor porcentaje ortopedia y ginecología, a diferencia de otras especialidades como neurocirugía, cirugía vascular o urología con escasa cantidad de pacientes los cuales califican mejor el manejo del dolor. Tal vez este fenómeno dependa de que ante una mayor cantidad de pacientes se tenga menor conciencia sobre el valor del buen manejo del dolor y a menor

cantidad de pacientes más tiempo y dedicación para hacer un buen tratamiento del dolor. C.J. Kalkman et al. (2003).

El grado de satisfacción se correlaciona con el porcentaje de alivio en la mayoría de los pacientes; aunque algunos pacientes independientemente del grado de dolor que perciban califican como bueno el manejo del dolor, lo cual puede estar relacionado con un bajo nivel cultural, valores familiares inculcados en el paciente como el agradecimiento o argucias del paciente para acelerar su egreso; factores estos que pudieron llevar a una confusión de los términos de evaluación produciendo dificultades en la toma de los datos y alteración de los resultados. También se puede apreciar que las personas que relacionan el concepto de cirugía con la manifestación inevitable de dolor pueden, por consiguiente, mostrar un alto nivel de satisfacción con respecto a lo esperado con un manejo tan pasivo.

En el Hospital Universitario San Jorge no existe un protocolo para el manejo del dolor de los pacientes quirúrgicos, llevando a un manejo limitado al médico aparentemente negligente ante el manejo del dolor.

La opinión que tienen muchos profesionales de la salud de que el dolor debe soportarse lo máximo posible, también entra en juego, por la necesidad de excusarse en el momento del uso de medicamentos tipo opiáceos.



Lo anterior, sumado a la alta frecuencia con que se presentó el dolor permite concluir que aún faltan muchos aspectos por mejorar cuando se hace el tratamiento de pacientes con dolor posquirúrgico.

“El dolor es inevitable, pero el sufrimiento es opcional, Buda; “el único dolor tolerable es el ajeno”, “nadie puede librar a los hombres del dolor pero le será perdonado a aquel que haga renacer en hechos el valor para soportarlo Selma Lagerlof”

## REFERENCIAS

Andrade, Susan E et al. Comparative Safety Evaluation of Non-narcotic Analgesics. J Clin Epidemiol 1998; Vol. 51, No. 12, pp. 1357–1365

Bonica John J., Lea & Febiger, Postoperative Pain, Philadelphia. London, 1990, pp. 461- 480.

Burkhard Linz et al. Dipyrone elicits substantial inhibition of peripheral cyclooxygenases in humans: new insights into the pharmacology of an old analgesic. The FASEB Journal. 2007; Vol. 21, 2343-2351.

Cardona Duque, Elkin F. Manejo del dolor posquirúrgico en el Hospital Universitario San Vicente de Paul de Medellín. Revista Colombiana de Anestesiología 2003. 31: 111-117

Dolin, S. J., Effectiveness of acute postoperative management: I. Evidence from published data British Journal of Anaesthesia 2002, 89: 409-23

Edwards, Jayne and Henry McQuay Dipyrone and agranulocytosis: what is the risk? The Lancet March 15, 2003; Vol 361: 968

Kalkman, C.J. et al. Preoperative prediction of severe postoperative pain. Pain 2003 415–423

Medina Escobar, del Puerto Fernández y Gago Cabezuelo Valoración Enfermera del Dolor Postoperatorio. Revista. Metas de Enfermería volumen 3 No. 26. Junio de 2000. España pag 10 – 16

Montes, A. et al. Use of intravenous patient-controlled analgesia for the documentation of synergy between tramadol and metamizol. British Journal of Anaesthesia 2000; 85 (2): 217-23

Narinder Rawal et al. Postoperative Analgesia at Home After Ambulatory Hand Surgery: A Controlled Comparison of Tramadol, Metamizol, and Paracetamol. Anesth Analg 2001; 92:347–51

Niemi-Murola, Leila. Patient Satisfaction with Postoperative Pain Management—Effect of Preoperative Factors. The American Society for Pain Management Nursing Vol 8, No 3: 122-129

Ochoa Germán, Bejarano P., Dolor Agudo y Postoperatorio en Adultos y niños, Editorial Gentenueva, Santa Fé de Bogotá, 1995, pp. 17-67.

Pritiv Raj, Tratamiento Práctico del Dolor, Mosby/Doyma Libros, Madrid, segunda edición, 1996.