

Rev. Soc. Esp. Dolor
18: 91-97, 2011

Prevalencia del dolor postoperatorio en cirugía electiva de pacientes del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS

T. Sada Ovalle, E. Delgado Hernández y A. Castellanos Olivares

Servicio de Anestesiología de la Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G". Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México

Sada Ovalle T, Delgado Hernández E, Castellanos Olivares A. Prevalencia del dolor postoperatorio en cirugía electiva de pacientes del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. Rev Soc Esp Dolor 2011; 2: 91-97.

ABSTRACT

Background: acute postoperative pain remains as a symptom with an elevated prevalence, which has been studied in many hospitals. However, the prevalence in most of the hospitals of public health in Mexico is unknown. There is a lack of presence of acute pain services and the use of opioids in the country is very low, this is understandable because we ignore the prevalence of the pain and we don't evaluate its presence routinely.

Objective: evaluate the prevalence of acute postoperative pain in the "Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI", the analgesic norms used, the effectiveness of these and the patient satisfaction with the treatments employed.

Material and methods: descriptive, prospective and observational study. 154 patients were evaluated that complete the selection criteria to know the type of surgery and anesthesia, the analgesic treatment employed, the pain in rest and activity in the postanesthetic recovery unit, in the night of the surgery and the next morning, as well as the satisfaction of the patients with their treatment.

Financiación: Ninguna.
Conflicto de intereses: No declarados

Recibido: 01-06-10.
Aceptado: 30-11-10.

Results: at their arrival to the recovery room, the patients that referred moderate, severe and intolerable pain were 47%. Pain evaluation at 19:00 h expose that 72% and 63% of the patients had this pain intensity in rest and activity respectively, and at 8:00 am of the first postoperative pain the percentages were 42.1 and 64.9%. The media of analgesics used in hospitalization room was 1.8 with a minimum of 1 and a maximum of 4, all the analgesics used were non steroidal anti-inflammatory, the pain treatment in all cases was given by the treatment services. 79% of patients report nothing, low or moderate satisfaction with the treatment employed.

Conclusions: acute postoperative pain is a reality in our hospital, it is necessary qualify to the hospital staff in the evaluation and treatment of pain. It is also necessary that surgeons and anesthesiologist communicate to offer an effective treatment to postoperative pain. It is obvious the necessity of creating an acute postoperative pain unit that establish protocols, supervise treatments and measure the patients satisfaction.

© 2011 Sociedad Española del Dolor: Published by Arán Ediciones, S.L.

Key words. Prevalence. Acute postoperative pain. Pain in Mexico.

RESUMEN

Introducción: el dolor agudo postoperatorio persiste como síntoma de elevada prevalencia, la cual ha sido estudiada en muchos hospitales. Sin embargo en México se desconoce su prevalencia en la mayoría de los hospitales de salud pública. Al desconocer su prevalencia ya que no se evalúa de manera sistemática, es motivo de que en el país haya una carencia de unidades de dolor agudo y el uso de opioides sea mínimo.

Objetivos: se evaluó la prevalencia del dolor agudo postoperatorio en el Hospital de Especialidades del Centro

Médico Nacional Siglo XXI, las pautas analgésicas usadas, la eficacia de las mismas y la satisfacción de los pacientes con los tratamientos empleados.

Material y métodos: estudio descriptivo, prospectivo y observacional. Se evaluaron en 154 pacientes las siguientes variables: tipo de cirugía y anestesia a la que fueron sometidos, el tratamiento analgésico empleado, el dolor en reposo y actividad tras finalizar la cirugía, durante la noche y la mañana siguiente, así como el grado de satisfacción del paciente con el tratamiento empleado.

Resultados: a su ingreso a la sala de recuperación, los pacientes que refirieron dolor moderado, severo o insoponible, fueron el 47%. La evaluación del dolor a las 19:00 h reveló que 72 y 63% de los pacientes tenían con esta misma intensidad en reposo y actividad respectivamente y a las 8:00 h del día siguiente los porcentajes respectivos fueron de 42,1 y 64,9%. La media de analgésicos utilizados en sala de hospitalización fue de 1,8, con un mínimo de 1 y un máximo de 4 medicamentos; todos los analgésicos utilizados fueron AINE, el tratamiento analgésico en todos los casos fue pautado por los servicios tratantes. El 79% de los pacientes manifestó tener nada, poca o moderada satisfacción con el tratamiento analgésico empleado.

Conclusiones: el dolor agudo postoperatorio es una realidad en nuestro hospital, es necesario capacitar al personal del hospital en la evaluación del dolor y el tratamiento del mismo. Es precisa la comunicación entre cirujanos y anestesiólogos para ofrecer un tratamiento efectivo para el dolor agudo postoperatorio. La necesidad de crear una unidad de dolor agudo postoperatorio que se encargue de implementar protocolos de tratamiento, evaluarlos y medir la satisfacción de los pacientes se hace patente con esta elevada prevalencia de dolor.

© 2011 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.

Palabras clave: Prevalencia. Dolor agudo postoperatorio. Dolor en México.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el dolor agudo postoperatorio persiste como un síntoma de elevada prevalencia. En diferentes países se ha demostrado que entre un 20 y un 70% de los pacientes lo padecen, incluyendo pacientes sometidos a cirugía ambulatoria (1,2).

Hoy en día contamos con una amplia gama de medicamentos y disponemos de más tecnología y se aplican técnicas de analgesia multimodal. Sin embargo los pacientes continúan sufriendo dolor en el periodo post-

operatorio lo que conlleva distintos problemas, desde una escasa satisfacción hasta complicaciones asociadas al dolor sin tratamiento (3-5).

En México como en otros países, nos enfrentamos a distintos problemas: a nivel hospitalario aún hay un porcentaje variable del equipo quirúrgico y de enfermería que considera que el dolor postoperatorio no se puede evitar, que es obligado sufrirlo ya que hubo un procedimiento quirúrgico, que se autolimita y que muy raras veces es intolerable. Además el personal desconoce los tratamientos empleados y les tiene temor, en especial a los opioides y técnicas de analgesia epidural continua; se teme que no se puedan detectar complicaciones quirúrgicas a tiempo por el enmascaramiento del cuadro secundario al uso de medicamentos para el dolor. Con respecto a los pacientes: no hay una costumbre real de discutir el dolor esperado por el procedimiento con el paciente y su familia, las opciones terapéuticas, el tipo y vía de administración de los fármacos y el porcentaje de alivio esperado para cada uno de ellos, por lo tanto el paciente no cuenta con información para decidir y para solicitar tratamientos que puedan aliviarlo, aceptando en muchos casos que el dolor que sufren es inevitable.

Son muy pocos los hospitales en nuestro país que cuentan con unidades de dolor agudo o siquiera con personal capacitado para el tratamiento del dolor. En los hospitales de salud pública (hospitales de gobierno accesibles a pacientes que gracias a su trabajo tienen el derecho a ser atendidos en ellos) nos enfrentamos a dificultades administrativas, de recursos humanos y a carencia de equipo y medicamentos, de tal manera que las propuestas de creación de unidades de dolor agudo son rechazadas frecuentemente ya que no se consideran necesarias o justificadas, o bien la dificultad para implementarlas hace casi prohibitiva su aparición en este tipo de hospitales.

Los pacientes a los que se les alivia el dolor refieren una mayor satisfacción con respecto a su experiencia quirúrgica (4) y sufren menos complicaciones respiratorias, cardiovasculares, endocrinas entre otras (5,6). Hoy en día se considera que el dolor agudo postoperatorio debe ser de 3 o menos en la escala visual análoga para considerar como efectivo el tratamiento tanto en reposo como en actividad.

Decidimos realizar un estudio para conocer la prevalencia de dolor agudo postoperatorio en los pacientes de nuestro hospital, las pautas analgésicas, los medicamentos empleados y la satisfacción de los pacientes con el tratamiento, de tal manera que al conocer la situación en nuestro hospital se pudieran tomar las medidas necesarias para mejorar nuestros servicios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Previa autorización por el comité local de investigación se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y observacional en 154 pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el periodo comprendido entre los meses de abril a julio de 2009. Se seleccionaron los pacientes al azar. En nuestro hospital se operan un promedio de 376 cirugías mensuales, con 330 de ellas bajo anestesia general, 33 bajo anestesia regional y 13 bajo sedación, un promedio de 10% de pacientes salen intubados y por tal motivo no pueden ser evaluados.

Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía de tipo gastrointestinal, de angiología, de cabeza y cuello, colon y recto, maxilofacial, plástica, neurocirugía, otorrinolaringología y urología que fueran mayores de 16 años con ASA I-IV; se excluyeron pacientes intubados o egresados a UCI con sedación y aquellos a los que no se les hubiera podido dar seguimiento en la sala de hospitalización.

Se utilizó un cuestionario cumplimentado por un residente de anestesiología que interrogó a todos los pacientes para conocer la intensidad de dolor en la unidad de cuidados postanestésicos, y la intensidad del dolor en reposo y en actividad a las 19:00 h del día de la cirugía y a las 8:00 h del primer día postoperatorio, además interrogó el grado de satisfacción mediante una escala tipo Likert (total, bastante, moderada, poca y nada de satisfacción); del expediente extrajo las variables demográficas,

el tipo de cirugía, de anestesia y el esquema de analgesia transoperatoria y postoperatoria.

Las variables medidas en una escala cualitativa nominal u ordinal se expresaron mediante frecuencia absoluta, porcentajes y medianas. En las variables medidas en escala cuantitativa continua se usó promedio y desviación estándar cuando los datos siguieron un patrón de distribución normal, previo análisis con la prueba de Kolmogorv-Smirnof.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 169 pacientes, de los cuales 15 fueron eliminados por falta de seguimiento y evaluación del dolor postoperatorio fuera de la unidad de recuperación; integrando finalmente un grupo de análisis de 154 pacientes; de los cuales 16 pacientes correspondieron a una clasificación ASA I, 74 ASA II, 59 pacientes ASA III y 5 pacientes ASA IV.

La distribución de los pacientes se llevo a cabo entre 9 servicios quirúrgicos; sus variables demográficas se muestra en la tabla I.

La valoración de la intensidad de dolor en la Unidad de Cuidados Postanestésicos se muestra en la figura 1.

La valoración de la intensidad de dolor en reposo y actividad a las 19:00 h del día de la cirugía se muestra en la figura 2; y a las 8:00 a.m. del primer día postoperatorio se muestra en la figura 3.

TABLA I. REPRESENTA LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y LA DISTRIBUCIÓN POR SERVICIO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS

<i>Servicio quirúrgico</i>	<i>Total</i>	<i>Fem.</i>	<i>Masc.</i>	<i>Edad*</i>	<i>Peso*</i>	<i>Talla*</i>	<i>IMC*</i>
Angiología	8	4	4	65	67,5	162,5	24,7
Cx. cabeza y cuello	20	14	6	50	68,5	159,5	27,8
Cx. colon y recto	11	3	8	42	74	168	27,5
Cx. maxilofacial	5	3	2	33	54	158	24,6
Cx. plástica	8	3	5	39	69	164	25,1
Gastrocirugía	32	17	15	59	64,5	160	25,3
Neurocirugía	14	10	4	43,5	73,5	155,5	27,1
ORL	31	19	12	40	72	160	27,8
Urología	25	10	15	59	70	163	25,4
Total	154	83	71	49	70,4	161	26,9

*Media

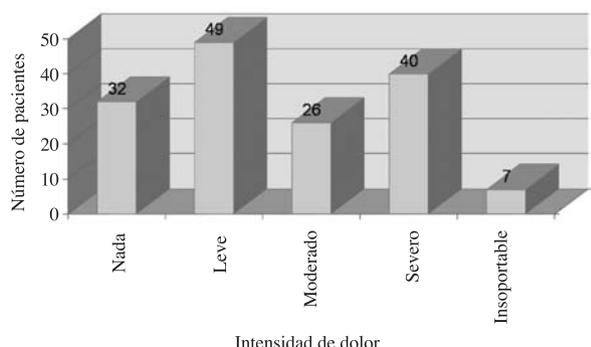


Fig. 1. Representa la valoración de la intensidad del dolor al llegar a la unidad de cuidados postanestésicos.

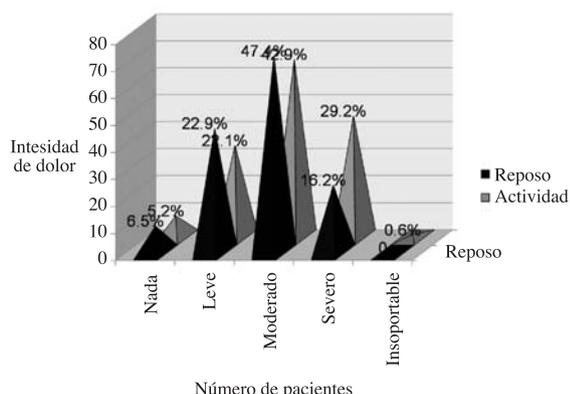


Fig. 2. Representa la intensidad del dolor en actividad y reposo a las 19:00 h del día de la cirugía.

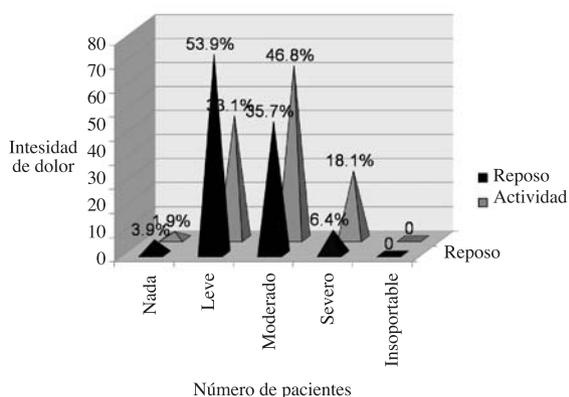


Fig. 3. Representa la valoración de la intensidad del dolor en reposo y actividad a las 8:00 h del primer día postoperatorio.

Para analizar la eficacia analgésica los pacientes se agruparon en 2 grupos según la intensidad del dolor: se consideró como analgesia eficaz aquellos pacientes que refirieron dolor leve o nulo y analgesia ineficaz el resto. En las tablas II y III mostramos el porcentaje de pacientes bajo esta división a las 19:00 h del día de la cirugía y a las 8:00 h del primer día del postoperatorio.

Los analgésicos utilizados en la sala de hospitalización fueron AINE casi exclusivamente, del tipo metamizol, ketorolaco, diclofenaco y clonixinato de lisina, únicamente a dos pacientes se les aplicó opioide del tipo buprenorfina. La forma de administración fue en bolos con horario y en algunos casos a demanda. La media de analgésicos utilizados en piso fue de 1,8, con un mínimo de 0 y un máximo de 4, en los pacientes en los que se combinaban 4 medicamentos, todos fueron del tipo AINE (Tablas IV y V).

En relación a la satisfacción de los pacientes con la analgesia ofrecida se encontró que 30 pacientes reportaron estar bastante satisfechos con el tratamiento recibido para manejo del dolor postoperatorio (19%), 80 pacientes reportaron una moderada satisfacción (52%), 38 pacientes poca satisfacción (25%) y 3 pacientes (2%) reportaron no estar nada satisfechos; solo 3 pacientes (2%) demostraron estar totalmente satisfechos con el manejo y control del dolor postoperatorio.

DISCUSIÓN

La prevalencia del dolor agudo postoperatorio de intensidad moderada, severa e insoportable en nuestro hospital es muy alta oscilando entre un 47% en la unidad de cuidados postanestésicos hasta un 64% en actividad a las 8:00 a.m. del primer día postoperatorio, lo cual es consistente con resultados de evaluaciones en Estados Unidos de América, Canadá y España (1,4,7,8).

Los resultados que encontramos en este estudio demuestran una realidad en nuestro hospital que no podemos extrapolar a todos los hospitales de nuestro país. Ciertamente debido a la escasez de personal formado en el tratamiento de dolor en nuestro país creemos que esta situación debe ser similar en muchos de nuestros hospitales y consideramos que debe ser analizada con urgencia.

A su arribo a la unidad de recuperación postanestésica 47% de los pacientes presentaron dolor entre moderado, severo e insoportable. Esto refleja el hecho de que el papel que juega el anestesiólogo en el control del dolor no se está llevando a cabo, lo cual puede deberse a distintos motivos: falta de planeación en conjunto con los cirujanos para la analgesia postoperatorio.

TABLA II. REPRESENTA LA EFECTIVIDAD ANALGÉSICA POR SERVICIO A LAS 19:00 H EN REPOSO Y MOVIMIENTO

<i>Reporte de dolor a las 19:00 h</i>	<i>Reposo</i>		<i>Actividad</i>	
	<i>% nada-leve</i>	<i>% moderado-severo-insoportable</i>	<i>% nada-leve</i>	<i>% moderado-severo-insoportable</i>
Angiología	50	50	37,5	62,5
Cx. cabeza y cuello	50	50	30	70
Cx. colon y recto	27,2	72,7	9	91
Cx. maxilofacial	20	80	20	80
Cx. plástica	12,5	87,5	12,5	87,5
Gastrocirugía	15,6	84,3	18,7	81,2
Neurocirugía	36,7	64,2	21,4	78,5
ORL	51,6	48,3	41,9	58,1
Urología	44	56	32	68

TABLA III. REPRESENTA LA EFECTIVIDAD ANALGÉSICA POR SERVICIO A LAS 8:00 H EN REPOSO Y MOVIMIENTO

<i>Reporte de dolor a las 08:00 h</i>	<i>Reposo</i>		<i>Actividad</i>	
	<i>% nada-leve</i>	<i>% moderado-severo-insoportable</i>	<i>% nada-leve</i>	<i>% moderado-severo-insoportable</i>
Angiología	50	50	50	50
Cx. cabeza y cuello	70	30	70	30
Cx. colon y recto	45,4	54,5	45,4	54,5
Cx. maxilofacial	40	60	40	60
Cx. plástica	50	50	50	50
Gastrocirugía	46,8	53,1	46,8	53,1
Neurocirugía	21,4	71,4	21,4	71,4
ORL	80,6	19,4	41,9	58,1
Urología	68	32	32	68

TABLA IV. REPRESENTA EL NÚMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES TRATADOS CON 1 A 4 AINE

<i>Número de AINE utilizados</i>	<i>%</i>	<i>Número de pacientes</i>
Uno	25	47
Dos	68,2	101
Tres	6,1	9
Cuatro	0,7	1
Total	100	154

ria, falta de capacitación, falta de medicamentos o equipo entre otras.

Algo notable en nuestro estudio es que se interroga al paciente acerca del dolor tanto en reposo como en actividad. Los resultados reflejan que por la tarde del día de la cirugía (19:00 h) todos los servicios excepto otorrinolaringología tienen más del 50% de los pacientes con analgesia ineficaz en reposo y este porcentaje se eleva a más del 68% de los pacientes en actividad pese a las pautas terapéuticas empleadas. Al día siguiente de la cirugía, a las 8:00 a.m., pese a que el dolor en reposo de intensidad moderada, severa e inso-

TABLA V. REPRESENTA EL NÚMERO DE PACIENTES POR SERVICIO Y EL NÚMERO DE AINE UTILIZADOS

	<i>Sin AINE</i>	<i>Un AINE (%)</i>	<i>Dos AINE (%)</i>	<i>Tres AINE (%)</i>	<i>Cuatro AINE (%)</i>	<i>Total de pacientes</i>
Angiología	12,5	25	62,5	-	-	8
Cx. cabeza y cuello	-	55	35	10	-	20
Cx. colon y recto	-	9	91	-	-	11
Cx. maxilofacial	20	40	40	-	-	5
Cx. plástica	12,5	12,5	62,5	-	12,5	8
Gastrocirugía	6,25	12,5	75	6,25	-	32
Neurocirugía	-	28,5	71,4	-	-	14
ORL	-	29	71	-	-	31
Urología	4	20	64	-	-	25

portable es menor que el día previo a las 19:00 h, al evaluar en actividad nuevamente más de 50% de los pacientes de todos los servicios excepto cabeza y cuello refieren esta intensidad, de tal manera que muchos pacientes verán limitado el inicio de actividad con los beneficios que esto acarrea, debido al dolor presentado. Se puede asumir que en estos casos el buen control de dolor en estos servicios se debe al tipo de cirugía que es de dolor esperado de intensidad leve y no necesariamente a una adecuada pauta analgésica.

Estos resultados se explican al evaluar las pautas analgésicas empleadas por los distintos servicios quirúrgicos. Persiste la tendencia a no emplear opioides por temor y por lo tanto se combinan AINE pese al riesgo de incrementar los efectos adversos sin lograr incrementos en la eficacia analgésica. Un 75% de los pacientes son tratados combinando AINE y no se realiza de manera rutinaria una evaluación de los efectos adversos de los mismos. Además los analgésicos se indican a demanda y no se acostumbra indicar infusiones de los mismos y se emplean a dosis bajas infraterapéuticas. Inclusive hay pacientes a los que no se les indica ningún analgésico en absoluto. Tampoco se ha logrado tener disponibilidad de medicamentos que se puedan combinar como paracetamol i.v. y no contamos con opioides como tramadol y oxicodona en nuestros hospitales, de tal manera que solo se cuenta con buprenorfina, nalbufina y, en raras ocasiones, con morfina, por lo tanto es más complicado lograr combinaciones efectivas. Aun nos enfrentamos a renuencia a solicitar opioides por parte de las autoridades hospitalarias debido a situaciones que van desde temor al uso de los

mismos o producir adicciones hasta dificultad para obtenerlos o escasez de recursos financieros. Las técnicas de analgesia multimodal aún no se han empleado de manera sistemática en nuestro hospital, lo cual nuevamente puede deberse a factores como desinformación y falta de planificación y recursos. Se ha probado que con estas técnicas disminuyen los costos totales al utilizar menos medicamentos con las combinaciones adecuadas (10,11). Además, las técnicas de analgesia regional son parte obligada de los tratamientos actuales de analgesia postoperatoria.

Tan solo el 21% de los pacientes estuvo bastante y totalmente satisfecho con el tratamiento empleado. En este sentido es un hecho conocido que la satisfacción de los pacientes con el tratamiento del dolor suele ser elevada, en parte debido al alivio que sienten porque se les ha solucionado el problema de base, por el grado de educación del paciente y por las expectativas que tenían en relación a esto. Sin embargo, en nuestro estudio, el 79% de los pacientes tienen moderada, poca o nada de satisfacción lo cual nos informa de la clara ineficacia en el servicio otorgado (8).

CONCLUSIONES

Nuestro hospital es un hospital de tercer nivel en el que se realizan intervenciones de nivel de dolor esperado desde leve hasta severo, algunas de las cuales se han asociado a dolor crónico postoperatorio persistente (9). Este estudio es una llamada de atención a todo el personal para hacer conciencia del problema de salud

al que nos enfrentamos y de los cambios que necesitamos hacer para mejorar la calidad de atención a nuestros pacientes. La prevalencia de dolor agudo postoperatorio en estos momentos es una situación inaceptable que debe ser modificada con urgencia.

Ya se cuenta con múltiples guías para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio, en las cuales hay altos niveles de evidencia y recomendaciones acertadas (12,13). Creemos que este estudio nos ayudará a crear conciencia en las autoridades y personal médico y de enfermería de nuestro hospital y que se logrará justificar la creación de una unidad de dolor agudo postoperatorio. Urge asimismo la capacitación de todos para lograr que un servicio de esta naturaleza funcione adecuadamente.

CORRESPONDENCIA:
Teresa Sada Ovalle
e-mail sada_tso@yahoo.com

BIBLIOGRAFÍA

- Vidal MA, Torres LM, De Andrés JA, Moreno Azcoitia M. Estudio observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anesthesiologo en España. *PATHOS. Rev Soc Esp Dolor* 2007;8:550-67.
- Schug SA, Chong Ch. Pain management after ambulatory surgery. *Current opinion in Anesthesiology* 2009;22:738-43.
- Martínez-Vázquez de Castro J, Torres LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev Soc Esp Dolor* 2000;7:465-76.
- Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11:197-202.
- Muñoz-Blanco F, Salmeron J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor* 2001;8:194-211.
- Wolf CJ, Chong M. Preemptive analgesia-treating postoperative pain by preventing the establishment of central sensitization. *Anesth Analg* 1993;77:362-79.
- Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003;97:534-40.
- Rocchi A, Chung F, Forte L. Canadian survey of post-surgical pain and pain medication experiences. *Can J Anesth* 2002;49:1053-6.
- Benhamou Dan, Berti M, Brodnrer G, De Andres J, Draisci G, Moreno-Azcoita M, et al. Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PATHOS): A practice pattern study in 7 central/southern European countries. *Pain* 2008;136:134-41.
- Joshi G. Multimodal analgesia techniques and postoperative rehabilitation. *Anesthesiology Clin N Am* 2005;23:185-202.
- Joshi G, Babatunde F, Ogunnaike O. Consequences of inadequate postoperative pain relief and chronic persistent postoperative pain. *Anesthesiology Clin N Am* 2005;23:21-36.
- VHA/DoD Clinical practice guideline for the management of postoperative pain. Working group. Veterans Health Administration. Department of Defense. July 2001/Update may 2002.
- Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: a report by the American Society of Anesthesiologists task force on pain management, acute pain section. October 1994/Update 2003.