



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Satisfacción ante el manejo del dolor postoperatorio en el
Hospital II Suárez-Angamos**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Anestesia, Analgesia y Reanimación

AUTOR

Lilian Melissa Unyén Pinedo

**LIMA – PERÚ
2010**

INDICE

I. RESUMEN

II. DATOS GENERALES

1. Introducción
2. Marco Teórico
3. Marco Referencial
4. Objetivos

III. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1. Población y Muestra
2. Variables del Estudio

IV. METODOLOGIA DEL TRABAJO

1. Plan de Recolección de Datos
2. Procesamiento y Análisis de Resultados

V. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

1. Asignación de Recursos
2. Presupuesto
3. Cronograma de Actividades

VI. RESULTADOS

VII. DISCUSION DE RESULTADOS

VIII. CONCLUSIONES

IX. RECOMENDACIONES

X. BIBLIOGRAFIA

XI. ANEXOS

SATISFACCION ANTE EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN EL HOSPITAL II SUAREZ-ANGAMOS

Unyén Pinedo, Lilian Melissa; Huarcaya Saavedra Edgar

RESUMEN:

OBJETIVOS: Estimar el grado de satisfacción de los pacientes con el tratamiento analgésico recibido en el postoperatorio. Conocer las prácticas analgésicas postoperatorias existentes en el Hospital II Suárez-Angamos.

METODOLOGIA: Se realizó una encuesta anónima de 14 preguntas que recogen las características del dolor postoperatorio, la información recibida sobre el tratamiento del dolor, la petición de medicación analgésica y el tiempo de espera de la misma, y por último el grado de satisfacción con la atención recibida. La encuesta se llevó a cabo a las 24h de la cirugía mediante entrevista a todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el hospital. Las características del procedimiento quirúrgico y la medicación analgésica se recogieron a partir de la revisión de la historia clínica y reporte operatorio.

RESULTADOS: Fueron entrevistados 324 pacientes, un 42.28% de Cirugía General, 48.46% de Ginecología y 9.26% de Urología. Al momento de la entrevista un 27.7% de pacientes no presentaban dolor, el 61.1% tenían dolor leve-moderado y 11.1% dolor intenso-insoportable. El 91% de los pacientes tuvo dolor en las 24 horas previas, de los cuales sólo en 15.7% tuvo un EVA <4 (dolor controlado). La analgesia postoperatoria más empleada fueron los AINES en un 90.4% , en un 91% fue pautaada a horarios fijos y la vía de administración fue ev en 81.8%. Un 16.7% solicitó analgésicos en el postoperatorio, esta solicitud fue más frecuente en pacientes con dolor intenso-insoportable y en los que tenían pauta analgésica a demanda. El 26.5% refirió haber recibido información del tratamiento del dolor, no se encontró diferencia entre recibir o no información con la intervención realizada de forma urgente o programada. La satisfacción del paciente con el personal médico o de enfermería fue en un 94.7% valorada como satisfactoria o muy satisfactoria. La intensidad del dolor al momento de la encuesta, el dolor máximo en las 24h previas y el grado de alivio con la medicación no tienen relación significativa con el grado de satisfacción de los pacientes ($p>0.005$).

CONCLUSIONES: Hay ausencia de conocimiento o conceptos erróneos sobre el tratamiento del dolor postoperatorio por parte del personal médico. Hay ausencia de información/educación del paciente sobre la importancia y consecuencias del tratamiento inadecuado del dolor. A pesar del alto porcentaje de enfermos que sufren dolor postoperatorio y la escasa información que reciben, los pacientes revelan un alto grado de satisfacción con la atención recibida. Es necesaria la presencia en nuestro hospital de estructuras organizativas que den apoyo y coordinen la atención del dolor postoperatorio, puesto que en la actualidad existen tratamientos analgésicos eficaces que no se están utilizando, debiendo acabar con la prescripción a demanda en todas aquellas intervenciones que de antemano se sabe van a producir dolor postoperatorio.

Palabras clave: Dolor postoperatorio. Satisfacción del paciente. Intensidad de dolor. Analgesia.

I. DATOS GENERALES:

1. INTRODUCCION

El óptimo tratamiento del paciente quirúrgico incluye el control eficaz del dolor postoperatorio (1). Durante las últimas décadas, el control eficaz del dolor postoperatorio se ha convertido en una parte esencial de los cuidados peri-operatorios ya que existe una evidencia cada vez mayor de que su adecuado control, junto a otros factores como la movilización y nutrición precoces, no sólo aumentan el confort y la satisfacción de los pacientes, sino que además contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria y, en algunos casos, reducir la estancia hospitalaria (1),(2),(3),(4).

Los avances terapéuticos en el ámbito de la analgesia han sido espectaculares en los últimos tiempos. Sin embargo a pesar del descubrimiento de nuevos principios activos y la introducción de nuevas técnicas analgésicas, la atención del dolor postoperatorio continúa siendo inadecuada y no ha variado mucho con el tiempo, por lo que gran parte de estos pacientes experimentan sufrimiento innecesario que incrementa la probabilidad de complicaciones postoperatorias.

2. MARCO TEÓRICO

El dolor postoperatorio es aquel presente en un paciente quirúrgico a causa de la enfermedad previa, del procedimiento quirúrgico, o de una combinación de ambos(5).

Durante el período postoperatorio la presencia de dolor se asocia con frecuencia a complicaciones cardiopulmonares, tromboembólicas e infecciosas, disfunción cerebral, parálisis gastrointestinal, náuseas, vómitos, fatiga y una convalecencia prolongada(5),(6). Estos hechos están en relación con la respuesta del organismo frente a la agresión quirúrgica, que induce cambios en los sistemas metabólico y neuroendocrino, además de alteraciones en la función de diferentes órganos (sobre todo pulmón y corazón). Entre otros cambios, se produce un aumento de la secreción de hormonas catabólicas, una disminución de la secreción de hormonas anabólicas, la activación del sistema simpático, una disminución de la función pulmonar, modificaciones en la función gastrointestinal (íleo, náuseas, etc.), alteraciones de la

hemostasia que favorecen la trombosis, pérdida de tejido muscular, inmunosupresión y ansiedad entre otros (6).

Los mecanismos que inician estas reacciones se originan a partir del estímulo neural aferente procedente del área quirúrgica, que induce alteraciones locales así como respuestas humorales generalizadas (liberación de citoquinas, complemento, metabolitos del ácido araquidónico, óxido nítrico y radicales libres, endotoxinas, etc) que afectan la mayor parte del organismo (2),(6).

El dolor agudo postoperatorio se considera en la actualidad como la fase inicial de un proceso nociceptivo persistente y progresivo, desencadenado por la lesión tisular quirúrgica (7).

Tras el estímulo quirúrgico se produce de forma inmediata (segundos-minutos) la liberación de neurotransmisores y la activación de canales iónicos y de enzimas intracelulares; en una fase posterior (minutos-horas) se induce la expresión de ciertos genes implicados en la transmisión nociceptiva, en los fenómenos de plasticidad neuronal, sensibilización y “wind-up”. Finalmente, si no se suprimen de forma adecuada las respuestas desencadenadas por el estímulo inicial, se ha demostrado un incremento en cuadros de dolor crónico considerándose factores predictivos del mismo, el dolor preoperatorio durante más de un mes, la reintervención quirúrgica, lesión nerviosa durante la intervención, el dolor intenso en el postoperatorio y trastornos de personalidad. Ese hecho justifica la trascendencia que tiene a largo plazo el cómo se aborda la agresión quirúrgica en el momento de la intervención (8).

Sin embargo, es una evidencia innegable que la mayoría de los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica padecen dolor en un grado variable (4),(5),(7). Este es un hecho incomprensible e inaceptable, sobre todo si tenemos en cuenta que conocemos el origen del dolor, contamos con medicamentos eficaces para tratarlo, y que sus características e intensidad son previsibles (11).

En 1990 surge el concepto de *analgesia balanceada o multimodal*, entendida como la consecución del alivio del dolor mediante diferentes regímenes analgésicos, en ocasiones administrados a distintos niveles anatómicos (periférico, espinal), que actúen por diferentes mecanismos de acción. Esto permite la administración de dosis menores de fármacos, lo que conlleva a una disminución de los efectos secundarios de los

mismos. Para ser efectivo, este tratamiento debería abarcar tanto la etapa quirúrgica (de lesión tisular) como la postoperatoria (de reacción inflamatoria a la lesión inicial), puesto que ambas fases poseen capacidad de inducir la facilitación central (4). Un ejemplo de *analgesia multimodal*, sería aquella que mediante la administración de dosis elevadas de opioides (que inhibiría la respuesta hormonal intraoperatoria) y el bloqueo preventivo del estímulo aferente mediante la utilización de anestésicos locales utilizando diversas técnicas (infiltración local, bloqueo epidural, intradural, etc) o la administración de AINES sistémicos (para reducir la activación de nociceptores) prevendría o disminuiría estas respuestas al estrés quirúrgico y sus consecuencias (4), (7).

Actualmente, se considera el objetivo final del tratamiento del dolor postoperatorio el obtener un adecuado control del mismo, con una disminución de los efectos adversos secundarios causados tanto por la respuesta fisiológica al traumatismo quirúrgico como por la aplicación de la terapia analgésica (4), (9).

El manejo actual del dolor en países desarrollados incluye la existencia de Unidades de Dolor que, integrando la particular visión de los distintos especialistas médicos y de cooperación médica, dan una atención racionalizada para el control del dolor tanto agudo como crónico (4)

En dolor postoperatorio debemos tener presente que la incidencia, intensidad y duración del dolor post quirúrgico varían significativamente de un paciente a otro y de una intervención quirúrgica a otra. Los factores a considerar y que condicionan el grado de dolor post quirúrgico son: el tipo de intervención quirúrgica, duración de la misma, el paciente, preparación pre operatoria, las complicaciones después de la cirugía así como el tratamiento analgésico aplicado y la calidad del cuidado en la recuperación (1),(4),(8).

Otro factor de interés en este tema es que al tener el dolor un componente subjetivo importante, para su cuantificación se requiere necesariamente de la información suministrada por el paciente, ya que los signos clínicos y metabólicos son absolutamente inespecíficos y no mantienen necesariamente una relación proporcional con la magnitud del dolor. La evaluación clínica mediante diferentes escalas para valorar el dolor constituye el único método efectivo y razonable, fácil de realizar a pie

de cama para valorar el grado de dolor postoperatorio (4), (7). En ese sentido y respecto a la forma de evaluar el dolor, entre los métodos más utilizados en el período postoperatorio figuran la Escala Visual Análoga (EVA) y la Escala Verbal Numérica/Verbal Simple/Numérica Simple, ya que ambas son fácilmente comprensibles por los pacientes y además sus resultados se pueden reproducir a lo largo del tiempo(4),(7).

La EVA permite además describir las variaciones de dolor sin forzar cambios de categoría, como ocurre con la escala verbal simple, aunque ambos tipos de escala presentan una buena correlación. La experiencia muestra que (en una escala de 0 a 10) valores en reposo inferiores a 4 indican una analgesia aceptable (4),(7). Sin embargo, este mismo valor no puede considerarse en la evaluación del dolor en movimiento, para lo cual se debería establecer una cifra superior (7),(8).

3. MARCO REFERENCIAL

La incidencia, intensidad y duración del dolor que experimenta un paciente después de una intervención quirúrgica, no son bien conocidas, porque no se han realizado los necesarios trabajos de investigación, adecuadamente diseñados que correlacionen las variables intensidad/tiempo del dolor después de cada intervención quirúrgica y que, de realizarse en condiciones controladas, permitirían la valoración precisa de los múltiples factores que influyen en el dolor postoperatorio (4).

Cabe citar algunos de los estudios publicados en la literatura. En una encuesta telefónica realizada aleatoriamente a pacientes que fueron sometidos recientemente a un procedimiento quirúrgico en Norteamérica, se les hizo preguntas acerca de la severidad del dolor post quirúrgico, del tratamiento con la medicación para el dolor, de la educación recibida y su opinión respecto al dolor pos quirúrgico y la medicación recibida. Aproximadamente 80% de los entrevistados presentaron dolor agudo después de la cirugía. De estos pacientes, el 86% tenía el dolor moderado o severo-extremo, siendo la mayoría de presentación posterior al alta. Cerca del 25% de pacientes que recibieron las medicaciones de dolor experimentaron los efectos adversos; sin embargo el 90% de ellos estaban satisfechos con el tratamiento recibido. Aproximadamente dos

terceras partes de los pacientes fueron educados por un personal de salud respecto a su dolor (5).

La Sociedad Española de Dolor ha llevado a cabo recientemente una encuesta sobre incidencia de dolor postoperatorio en once hospitales (447 pacientes) de toda España. En los resultados comunicados, el 68% de los pacientes presentaba dolor en la primera hora del postoperatorio (7). En otros estudios realizados recientemente en España, la prevalencia del dolor postoperatorio varía entre 22-67% en cirugía digestiva (9) y de 30-35% en cirugía mayor ambulatoria (10).

Los resultados de una encuesta sobre el dolor en España, realizada entre 237 miembros de la Asociación Española de Cirujanos, reveló que el 56% de los encuestados no valoraban de forma habitual la intensidad del dolor y sólo el 23% utilizaba una escala de valoración del dolor. Un dato muy significativo fue que el 76% manifestó no tener información específica sobre el dolor postoperatorio y el 95% declaró que desearía recibirla (9).

Diversas encuestas a nivel internacional muestran que la intensidad del dolor no se evalúa en forma sistemática y que la evaluación del dolor se realiza de forma inadecuada bien por infravalorar el dolor de los pacientes, bien por evaluar exclusivamente el comportamiento doloroso del enfermo (como fruncir el ceño, gesticular o estar a tensión), o bien por desconocer la correcta utilización de las escalas disponibles para establecer la intensidad del dolor (7).

En el Perú, no tenemos datos de estudios similares realizados. Queda abierta la opción a que en un futuro se pueda realizar, buscando correlación de la variable intensidad/duración del dolor (11).

4. OBJETIVOS

a. Objetivo General:

Evaluar las prácticas analgésicas existentes en el Hospital II Suárez-Angamos para tratar el dolor postoperatorio de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

b. Objetivos Específicos:

- Estimar la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio en las primeras 24 horas de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica en el Hospital Suárez-Angamos.
- Describir las prácticas analgésicas postoperatorias existentes en el Hospital II Suárez-Angamos.
- Conocer la opinión de los pacientes sobre la efectividad de los analgésicos postoperatorios administrados.
- Cuantificar el tiempo percibido por el paciente desde que solicita medicación analgésica hasta que la recibe.
- Describir la información proporcionada al paciente acerca del dolor postoperatorio.
- Conocer la frecuencia de evaluación del dolor después de una intervención quirúrgica.
- Estimar la satisfacción de los pacientes con el tratamiento analgésico postoperatorio recibido en el Hospital II Suárez-Angamos.

II. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO:

Se planteó un Estudio Descriptivo, observacional, de campo y de corte transversal.

1. POBLACION Y MUESTRA DE ESTUDIO

1.1 POBLACIÓN: Incluyó a todos los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica en el Centro Quirúrgico del Hospital II Suárez-Angamos entre los meses de julio – diciembre del 2008.

Criterios de inclusión:

- Pacientes conscientes y orientados en el momento de realizar la entrevista.
- Pacientes que dieron su consentimiento informado para la realización del estudio.
- Pacientes que fueron ingresados por lo menos durante 24 horas después de su intervención quirúrgica.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que no dieron su consentimiento para el estudio.
- Pacientes sometidos a intervención quirúrgica con anestesia local.
- Pacientes que recibieron el alta hospitalaria antes de las 24 horas tras la intervención quirúrgica.
- Pacientes que fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Intermedios (considerados pacientes críticos)

1.2. MUESTRA:

Se utilizó un muestreo aleatorio, secuencial en bloques de a 3. La muestra estimada fue de 324 casos, considerándose un error muestral máximo de 5% y un nivel de confianza de 99.5%.

2. VARIABLES DEL ESTUDIO:

Se consideró variable independiente al tratamiento analgésico recibido; variable dependiente al grado de satisfacción del paciente quirúrgico; y como variables intervinientes a la realización de procedimientos quirúrgicos muy dolorosos, al cumplimiento de órdenes médicas y al nivel educativo del paciente.

III. METODOLOGIA DEL TRABAJO

Previa aprobación del Comité de Ética de la Facultad y la Sede hospitalaria, y la obtención del consentimiento informado del paciente para formar parte del estudio, se realizó un cuestionario estandarizado de respuesta múltiple basado en una encuesta de la *American Pain Society* (13), al que se realizaron algunas modificaciones a raíz de una prueba preliminar con 20 pacientes para valorar la comprensibilidad de la misma.

La encuesta se llevó a cabo por un entrevistador ciego, con visita a las 24 horas de la cirugía, leyendo el cuestionario y explicando los conceptos que fueran necesarios. La encuesta fue anónima, se realizó a todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión y constó de 14 preguntas que recogieron las características del dolor postoperatorio en las primeras 24 horas, la información recibida sobre el tratamiento del dolor, la petición de medicación analgésica y el tiempo de espera de la misma, el grado de satisfacción con la atención recibida, y por último sugerencias de mejora en el tratamiento del dolor (Anexo 2). Los datos socio-demográficos, las características de la intervención, del procedimiento quirúrgico y la medicación analgésica se recogieron al término de la entrevista a partir de la revisión de la historia clínica y del parte de reporte operatorio.

1. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

TÉCNICA:

Entrevista por evaluador ciego.

INSTRUMENTOS:

-Revisión de registros médicos para datos de intervención quirúrgica y medicación analgésica y seguimiento de órdenes médicas por el investigador.

-Aplicación de cuestionario para datos de satisfacción del paciente y datos sobre el dolor postoperatorio por evaluador ciego.

2. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE RESULTADOS

Se procedió al análisis descriptivo de las características de la muestra mediante el uso de medidas de tendencia central y dispersión (media, rango y desviación estándar) de las variables cuantitativas y el recuento de las frecuencias absolutas y porcentuales para las variables cualitativas.

En la fase analítica se procedió a la elaboración de tablas de 2x2 (en variables categóricas dicotómicas) y al análisis mediante el test de Chi-cuadrado y t de student. El error alfa considerado fue del 5%.

Los estudios estadísticos se hicieron con el programa SPSS versión 17.0 para Windows.

Los resultados están presentados en tablas y gráficos.

IV. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

1. ASIGNACION DE RECURSOS

1.1 RECURSOS HUMANOS

01 Investigador

01 Asesor

01 Entrevistador

01 Digitador

01 Analista Estadístico

01 Corrector Lingüístico

1.2 RECURSOS MATERIALES

Movilidad

Alimentación

Copias Fotostáticas

Servicio de Internet

Computadora

Impresora de inyección de tinta

Papel Bond A4, 80g

Cartucho de tinta de impresora

2. PRESUPUESTO O COSTO DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

RECURSOS PERSONALES	COSTO x día (S/)	Número de días	COSTO
01 Digitador	20	5	100
01 Analista Estadístico	40	3	120
01 Corrector Lingüístico	30	1	30
TOTAL			250

SERVICIOS	COSTO x día (S/)	Número de días	COSTO
Movilidad	20	20	400
Alimentación	10	20	200
Copias Fotostáticas	0.04 x página	600	24
Llamadas telefónicas	10	50	500
Servicio de Internet	5	100	500
Impresión			40
Anillado			5
			1685

3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaboración del proyecto	→											
Aprobación y reajuste		→										
Prueba piloto del instrumento			→									
Selección de muestra				→								
Recolección de datos					→							
Análisis y Discusión								→				
Versión preliminar									→			
Revisión por Asesor										→		
Versión Final											→	
Publicación												→

V. RESULTADOS

En el estudio se incluyeron 324 pacientes, 201 mujeres (62%) y 123 varones (38%), con una edad media de 44.82±15.13 años (rango 79-18). De ellos 236 (72.8%) tenían estudios técnicos o universitarios, y 11 pacientes (3.4%) tenían sólo estudios primarios. La distribución de pacientes por especialidades se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1: **Distribución de pacientes por Especialidades**

Tipo de Intervención	CIRUGIA	GINECOLOGIA	UROLOGIA
URGENTE	65 (47.45%)	54 (34.39%)	0
PROGRAMADA	72 (52.55%)	103 (65.61%)	30 (100%)

Se clasificó la intensidad del dolor de los pacientes *a priori* en función del tipo de cirugía basado en datos obtenidos en la literatura. Un 46.9% de los pacientes fueron intervenidos de cirugías que se considera que provocan un dolor intenso y un 53.1% de cirugías consideradas de dolor leve-moderado. Tabla 2.

Tabla 2. **Procedimientos Quirúrgicos realizados**

ESPECIALIDAD	PROCEDIMIENTOS QUE SE ESPERA CAUSEN DOLOR INTENSO			PROCEDIMIENTOS QUE SE ESPERA CAUSEN DOLOR LEVE-MODERADO		
	Procedimiento	N°	%	Procedimiento	N°	%
CIRUGIA GENERAL (42.28%)	Colecistectomía convencional	2	1.46	Apendilap	45	32.84
	Ligadura de colaterales/safenectomía	12	8.76	Colelap	57	41.60
				Hernioplastía Inguinal	19	13.87
				Hernioplastía umbilical	2	1.46
GINECOLOGIA (48.46%)	Cesárea	90	57.32	BTB laparoscópico	12	7.64
	Histerectomía Abdominal	19	12.10	Colporrafía	11	7.00
	Miomectomía	10	6.37	Histerectomía lap	7	4.46
UROLOGIA (9.26%)				Quistectomía lap	8	5.10
	Prostatectomía transvesical	19	63.3	RTU	11	36.7

De los procedimientos, 205 (63.27%) se realizaron de manera electiva y 119 (36.73%) como procedimientos de emergencia. Se realizó cirugía laparoscópica en 131 pacientes

(40.43%). El tipo de anestesia fue general en 137 pacientes (42.3%) y loco-regional en 187 (57.7%).

Un total de 242 pacientes (74.7%) recibió algún analgésico en Sala de Operaciones. Se utilizaron opioides en 48 pacientes (19.83%) y en 18 pacientes (7.43%) se administró opioides por vía epidural. Tabla 3.

Tabla 3: Analgesia en Sala de Operaciones

	ANALGESIA EN SALA DE OPERACIONES	
	SI	NO
Procedimientos que causan Dolor Intenso		
Bajo Anestesia General	11	7
Bajo Anestesia Epidural	65	37
Bajo Anestesia Raquídea	8	21
Procedimientos que causan Dolor Leve-Moderado		
Bajo Anestesia General	107	12
Bajo Anestesia Epidural	51	0
Bajo Anestesia Raquídea	0	5
TOTAL	242 (74.7%)	82 (25.3%)

Los analgésicos postoperatorios utilizados fueron los AINES (90.4%), opioides (3.1%) y combinaciones de ambos (6.5%). Un 91% de pacientes tenía pauta de la medicación en horarios regulares mientras que en el 9% era prescrita a demanda. En el 15.1% se prescribió dosis de rescate. La vía de administración analgésica fue endovenosa en 265 pacientes (81.8%), intramuscular en 29 pacientes (9%), endovenosa + intramuscular en 16 pacientes (4.9%) y vía oral en 14 pacientes (4.3%). Tabla 4.

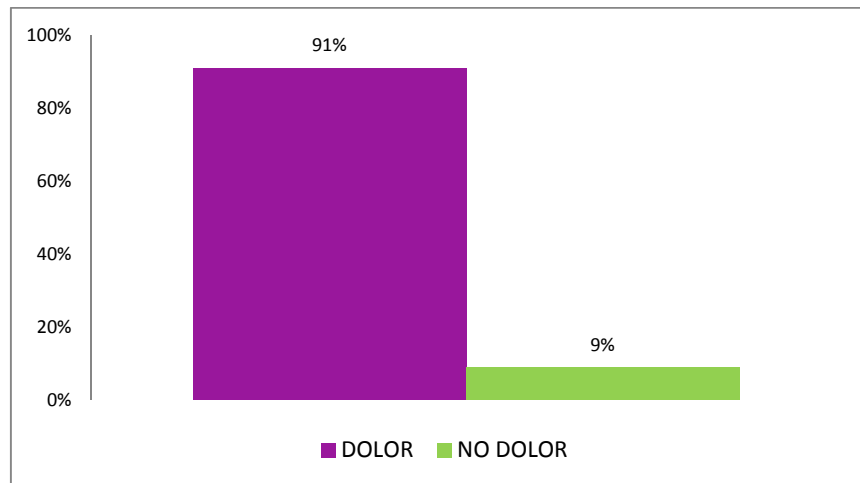
Tabla 4: Características de la analgesia postoperatoria

	Intervención de Dolor Intenso			Intervención de Dolor Leve-Moderado		
	No opioides (86.84%)	Opioides (5.92%)	Opioide+AINE (7.24%)	No opioides (94.19%)	Opioides (0%)	Opioide+AINE (5.81%)
Analgésicos	Metamizol (88.9%) Paracetamol (5.3%) Diclofenaco (9.8%)	Tramadol (88.9%) Codeína (11.1%)	Metamizol+ Tramadol (36.4%) Metamizol+ Codeína (63.6%)	Metamizol (79.1%) Diclofenaco (6.8%) Paracetamol (4.3%) >2 fármacos (9.8%)	-	Metamizol+ Codeína (100%)
Vía Adm.	IV (74.8%) IM (20.4%) VO (4.8%)	IV (100%)	IV (100%)	IV (77.3%) IM (9.3%) IV+IM (8.7%) VO (4.7%)	-	IV (100%)

Se siguieron las órdenes médicas en el 93.5% de pacientes y el tratamiento fue oportuno en 88.6% de casos.

Un total de 295 pacientes (91,04%) afirmaron haber tenido dolor en las últimas 24 horas. Sólo 29 pacientes (9%) manifestaron no haber sentido dolor al estar controlado el mismo por el tratamiento analgésico postoperatorio.

Gráfico 1. Presencia de Dolor a las 24horas del postoperatorio



Para medir el dolor actual, el máximo dolor experimentado en las últimas 24h y el mínimo tras recibir medicación se utilizó la Escala Visual Análoga (EVA) de 0 a 10. Después se agruparon los valores de la EVA en 5 grados de dolor empleando la siguiente equivalencia: 0 (ausencia de dolor), 1-3 (dolor leve), 4-6 (dolor moderado), 7-9 (dolor intenso) y 10 (dolor insoportable). Tabla 5.

Tabla 5: Características del dolor postoperatorio

	Dolor Actual	Dolor Máx. 24h	Alivio del Dolor
Intervenciones que causan Dolor Intenso			
Media	4.52±2.51	6.84±2.38	3.36±1.74
Rango	0-10	0-10	0-7
Grado de Dolor (%)			
Ausencia de Dolor	10.52%	3.95%	4.6%
Dolor Leve	23.68%	0.66%	51.31%
Dolor Moderado	42.1%	38.81%	40.79%
Dolor Intenso	20.39%	44.07%	3.29%
Dolor Insoportable	3.29%	12.5%	0%
Intervenciones que causan Dolor Leve-Moderado			
Media	2.12±2.05	4.16±1.88	1.78±1.07
Rango	0-6	0-7	0-5
Grado de Dolor (%)			
Ausencia de Dolor	43.02%	11.05%	17.44%
Dolor Leve	21.51%	14.53%	79.65%
Dolor Moderado	35.47%	73.26%	2.91%
Dolor Intenso	0	1.16%	0
Dolor Insoportable	0	0	0

Al momento de la encuesta, 212 pacientes (65.43%) refirieron presentar dolor. El promedio del dolor en ese momento fue de 3.25 (DE: 2.576). Un 36.1% de los pacientes intervenidos de cirugías con dolor leve-moderado refirieron presentar dolor moderado o mayor (EVA ≥ 4). , mientras que el 65.1% de los pacientes intervenidos de cirugías con dolor intenso refirieron presentar dolor entre moderado-insoportable (EVA ≥ 4).

Figura 2. Dolor actual según tipo de cirugía

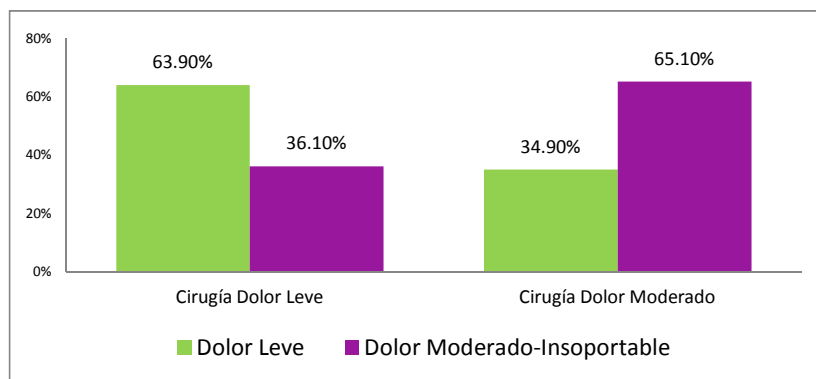
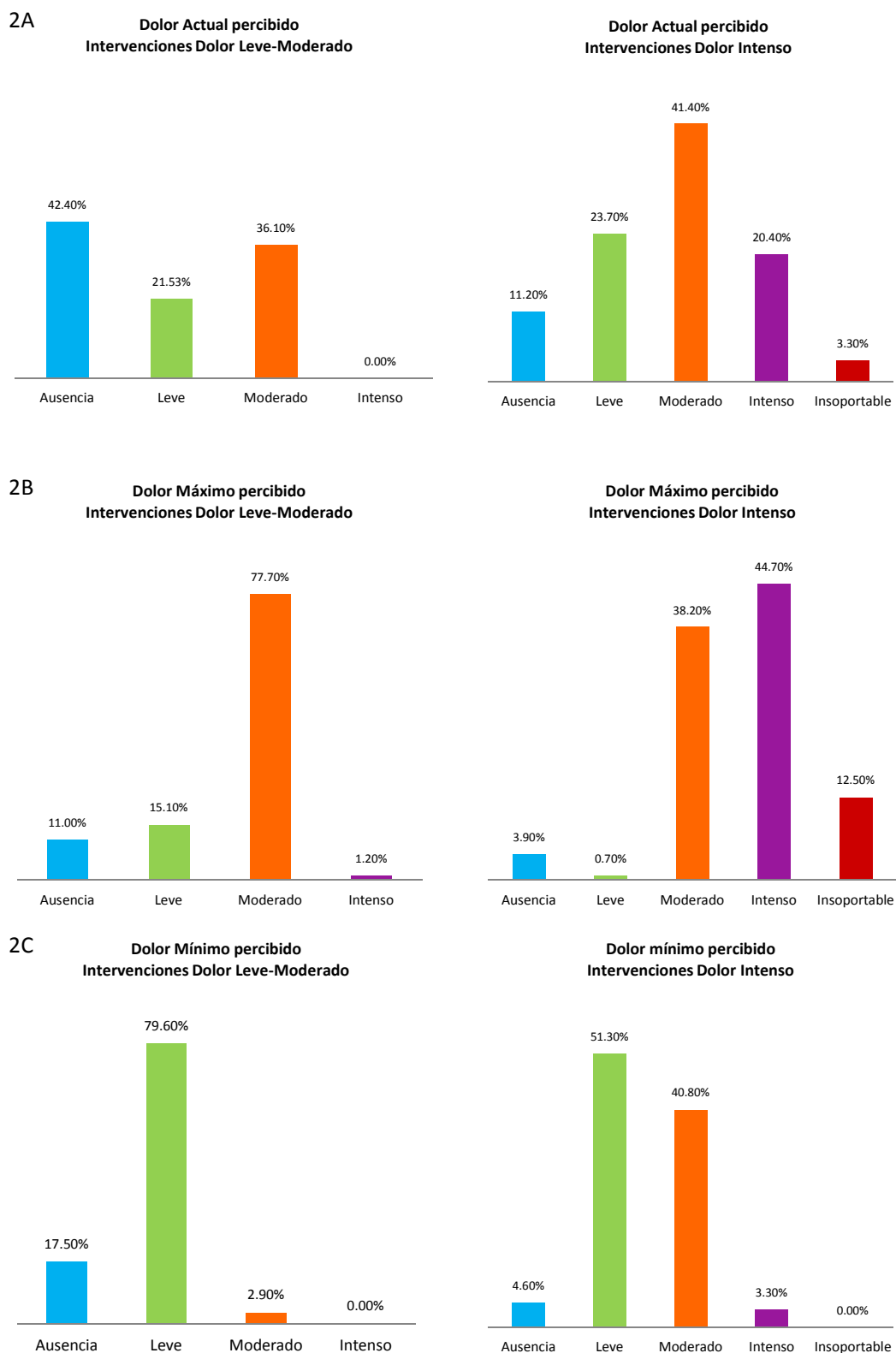


Gráfico 2: Intensidad del Dolor Percibido



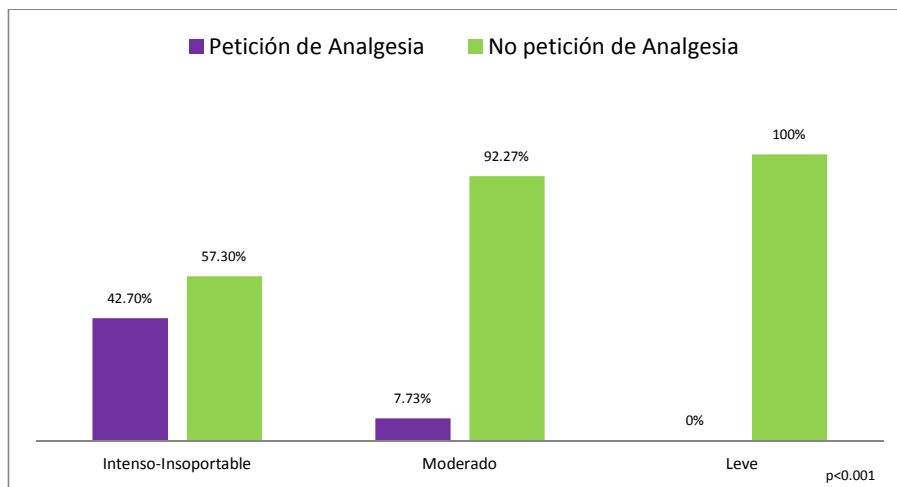
El promedio de dolor máximo en las últimas 24 horas fue de 5.77 (DE:2.009). Este dolor tuvo un EVA ≥ 7 (dolor intenso-insoportable), en el 57.2% de los pacientes sometidos a cirugías de dolor intenso, mientras que en los pacientes operados de cirugías con dolor leve-moderado sólo el 1.2% refirió un EVA ≥ 7 (dolor intenso o insoportable).

El alivio del dolor tras la medicación (mínimo dolor percibido) fue de 2.7 (DE: 1.52). En un 24% de los pacientes la medicación no fue efectiva y presentaron dolor moderado-intenso. Figura 2C.

Un total de 54 pacientes (16.7%) solicitaron analgesia en el postoperatorio, de ellos el 83.3% pertenecían al grupo intervenido de cirugías en las que se esperaba un dolor intenso.

El grado de dolor máximo percibido por los pacientes se agrupó en tres categorías: dolor ausente-dolor leve, dolor moderado y dolor intenso-insoportable. Los pacientes con dolor más intenso solicitaron con mayor frecuencia analgesia postoperatoria. De los pacientes con dolor intenso-insoportable el 42.7% tuvo que solicitar analgesia. (Figura 3).

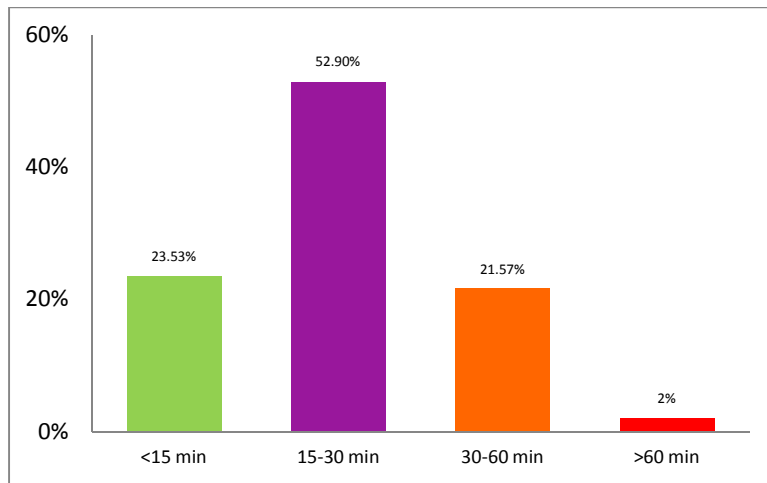
Figura 4. **Solicitud de Analgesia y Grado de Dolor**



De los pacientes que tenían pautada la analgesia a demanda, el 57.9% solicitó medicación analgésica, mientras que de los pacientes que la tenían pautada a horarios fijos sólo el 22.2% la solicitó.

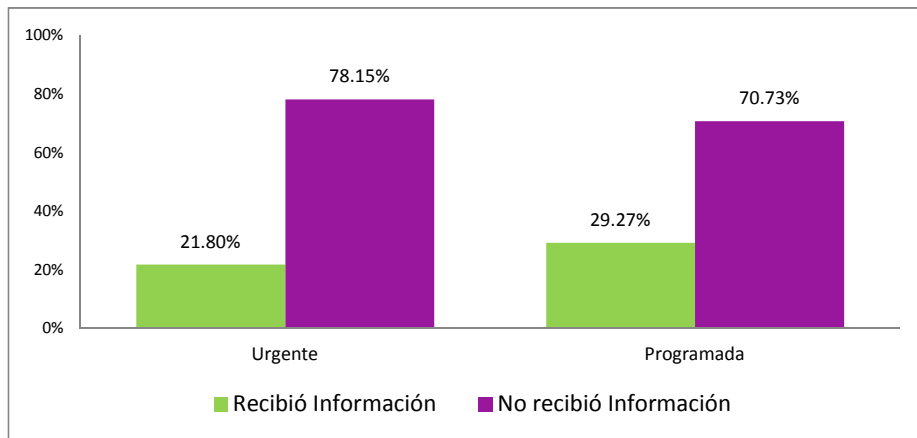
La demora en la administración del tratamiento fue mayor a 15 minutos en 76.47%. De estos pacientes, al 69% se le administró la analgesia solicitada a los 15-30 minutos, y al 31% en más de 30 minutos.

Figura 4. **Tiempo de espera percibido tras la solicitud de analgesia postoperatoria**



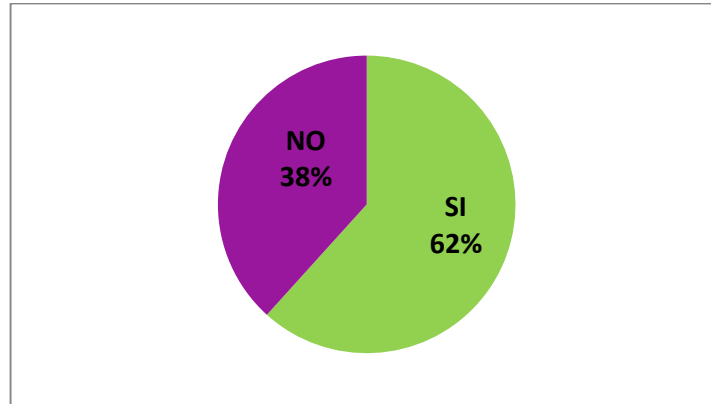
Un 26.5% de los pacientes refirió haber recibido información del tratamiento del dolor al inicio de su estancia hospitalaria. No se encontró diferencias significativas ($p > 0.05$) entre el recibir información del tratamiento del dolor y la intervención realizada de forma urgente o programada (Figura 5).

Figura 5. **Información recibida y tipo de intervención**



Además, el 61,7% refirió que se le informó comunicar al personal en caso de presentar dolor en el postoperatorio, mientras que el resto no.

Figura 6. **Indicación de aviso en caso de dolor**



La satisfacción con el personal médico por cómo fue atendido su dolor es valorada en un 94.7% como satisfactoria o muy satisfactoria, mientras que un 5.3% la considera insatisfactoria y/o mejorable. La intensidad del dolor tanto en el momento de realizar la encuesta, como el dolor máximo en las últimas 24 horas y el mínimo tras recibir medicación no tienen relación significativa con el grado de satisfacción de los pacientes ($p > 0.005$).

Figura 7. **Máximo Dolor y Satisfacción con la atención médica**

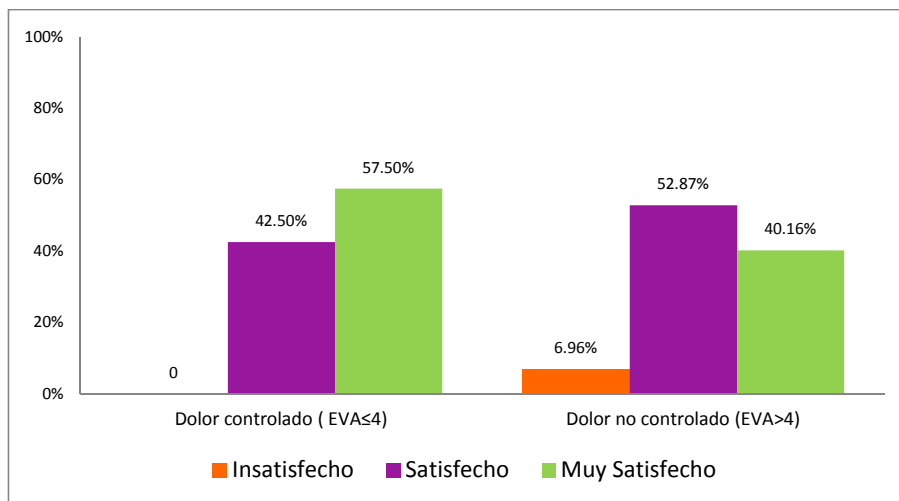
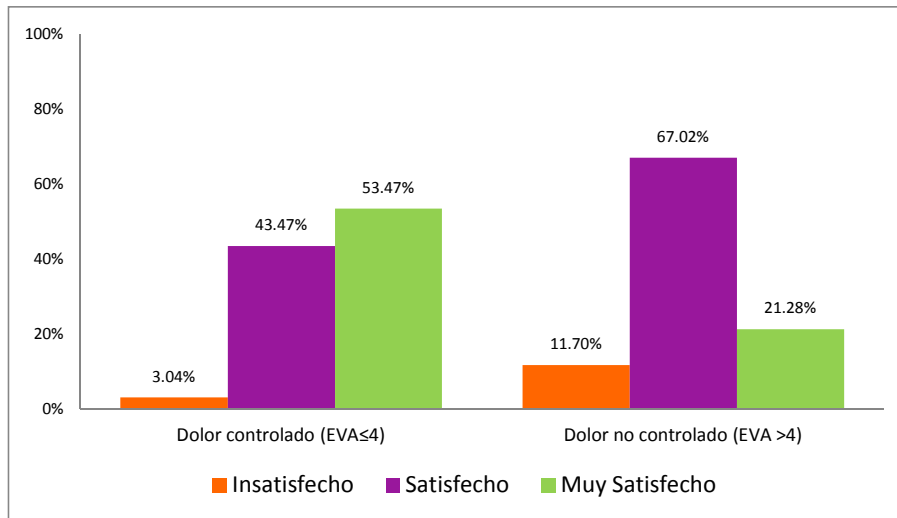


Figura 8. Dolor Actual y satisfacción con la atención médica



La satisfacción con el personal de enfermería en el tratamiento del dolor es valorada como satisfactoria o muy satisfactoria en 94.7% de los casos. El grado de satisfacción con el personal de enfermería va ligado a la demora en la administración de la analgesia ($p < 0.005$), considerando clave 15 minutos de espera. (Figura 9).

Figura 9. Demora en la analgesia y Satisfacción con la atención Enfermería

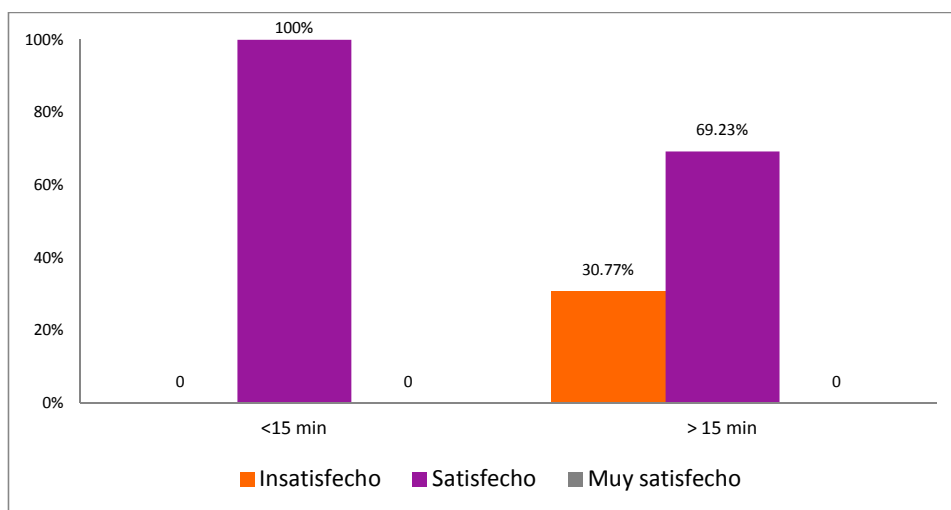


Tabla 6: **Satisfacción de los pacientes con médicos y enfermeras**

	Satisfacción Personal Médico		Satisfacción Personal Enfermería	
	No. pacientes	%	No. pacientes	%
Insatisfecho	17	5.2%	17	5.2%
Satisfecho	163	50.3%	201	62.0%
Muy Satisfecho	144	44.4%	106	32.7%
Total	324	100%	324	100%

El 15% de los pacientes realizaron alguna sugerencia de mejora en la atención del tratamiento del dolor. La sugerencia mayoritaria fue una mayor rapidez en la administración de medicación cuando se lo solicite. Otras recomendaciones incluyen el uso de mejores analgésicos y un contacto más estrecho con el personal sanitario.

VI. DISCUSION DE RESULTADOS

En nuestro hospital, la incidencia de dolor moderado-insoportable, a las 24 horas del postoperatorio es de un 49.4%. Se considera dolor controlado el presentar una puntuación por debajo de 4 en la EVA, parámetro estándar para evaluar tratamientos del dolor según la bibliografía consultada. Valores parecidos se describen en otros estudios que evalúan el dolor moderado o intenso en el postoperatorio inmediato: Miaskowski et al 43%, Gali et al 51% (12). La presencia e intensidad del dolor va a estar fundamentalmente condicionado por el tipo de intervención quirúrgica, cuanto más invasiva mayor dolor.

El alto porcentaje de pacientes con dolor no controlado es explicable al analizar la analgesia postoperatoria empleada. Los AINE son los fármacos más utilizados (86.84%), incluso en aquellas intervenciones que de antemano se sabe producirán dolor intenso. Para este tipo de intervenciones deberían emplearse técnicas analgésicas multimodales, más potentes y apropiadas para el manejo del dolor moderado-intenso como son los opioides, ya sea a través de infusiones endovenosas o por vía neuroaxial.

El reducido uso de opioides para analgesia postoperatoria en nuestro hospital resulta evidente (9.3%). En la literatura se reporta un uso de analgesia con opioides que varía entre 12-36% (España), Francia (28%) y EEUU (55%), lo que conduce a pensar que existe ausencia de conocimientos o conceptos erróneos en el tratamiento del dolor por parte del personal médico.

La vía de administración más utilizada para la analgesia postoperatoria es la endovenosa (81.8%), cifra muy similar a la encontrada en la bibliografía (84-94%), pero a diferencia de lo encontrado por nosotros, en dichos estudios los medicamentos administrados vía endovenosa no fueron AINES sino opioides. Es interesante el observar que en el 13.6% de los pacientes se utilizó la vía intramuscular y en el 4.3% la vía oral para la administración de analgesia a pesar de que durante las primeras 24 horas del postoperatorio todos los pacientes contaban con un acceso endovenoso. Además, en 7 pacientes (4.6%) de los sometidos a procedimientos quirúrgicos cuyo dolor esperado era intenso, se prescribió paracetamol oral como única medicación analgésica.

En contraste a lo encontrado en la literatura (20-37%), en nuestro hospital sólo el 9% de los pacientes tenía pautada una analgesia a demanda. En nuestro estudio se comprobó que el 57.9% de los pacientes con pauta a demanda tuvieron que solicitar analgesia, por lo que esta modalidad de prescripción debe ser erradicada puesto que uno de los pilares

del tratamiento del dolor es el de prevenir el dolor antes de que aparezca. Además existe una tendencia a no prescribir analgésicos de rescate a pesar de que se espera de antemano un dolor intenso por el tipo de cirugía realizada.

En nuestro hospital, el dolor postoperatorio no es evaluado y de la misma forma no queda registrado en la historia clínica del paciente. Además hay una ausencia de evaluación o valoración de la eficacia de los tratamientos empleados.

Llama la atención que son los mismos anestesiólogos, especialistas en tratamiento del dolor, los que brindan un tratamiento analgésico inadecuado ya que un 25.3% de los pacientes no recibieron ningún tipo de analgesia en quirófano; y más aún, ésta no fue administrada en el 44.73% de los pacientes que fueron intervenidos de cirugías se sabe producirían dolor intenso. En Sala de Operaciones, se utilizaron opioides sólo en el 14.8% de los pacientes. La analgesia neuroaxial intraoperatoria sólo fue utilizada en 11.3% de los pacientes que fueron intervenidos de cirugías que producían dolor intenso, a pesar de que se había colocado una anestesia en el neuroeje en el 81.9% de estos pacientes. Esto nos hace concluir que aún en nuestros médicos anestesiólogos existe esta tendencia de infrautilizar la analgesia con opioides, tal vez debido a ciertos hábitos, creencias y miedos a sus efectos adversos.

Acerca de la información brindada al paciente se encontró que ésta es insuficiente, y ésto no sólo es responsabilidad del especialista quirúrgico sino también del médico anestesiólogo y personal de enfermería que interviene en el proceso perioperatorio. Existe bibliografía que demuestra que una información adecuada sobre el dolor postoperatorio mejora el efecto analgésico esperado (9).

A pesar del alto porcentaje de enfermos que sufren dolor postoperatorio, los pacientes revelan un alto grado de satisfacción con la atención recibida tanto por el personal médico como de enfermería (94.7% en ambos casos). Esta contradicción, reflejada en numerosos estudios, se ha intentado explicar considerando la ausencia de información/educación del paciente sobre las consecuencias del dolor tratado de forma inadecuada y sobre las posibilidades de analgesia en el período postoperatorio, siendo de esta manera el paciente incapaz de trazar los objetivos clínicos que se deben alcanzar en la atención y tratamiento que recibe. En el ámbito del dolor postoperatorio, esto se traduce en que los pacientes postoperados esperan sentir dolor, o asumen como parte del proceso quirúrgico el experimentar cierta intensidad de dolor y por tanto no exigen el tratamiento del mismo.

Consideramos que los dos ítems que se utilizaron en nuestro cuestionario para evaluar el nivel de satisfacción (presencia de dolor y demora en la administración de analgésicos) no son los más apropiados ya que son aspectos muy amplios y no sirven para reflejar adecuadamente la insatisfacción de los pacientes, puesto que encontramos que a pesar de que el 91.3% de los pacientes presentaba dolor entre moderado-insoportable, el 55.5% se encontraba satisfecho-muy satisfecho con la atención recibida. En nuestro estudio el grado de satisfacción sólo estuvo relacionado a la demora en la administración de analgésicos. Creemos que es conveniente introducir preguntas más específicas de la atención para una valoración más fidedigna.

Este estudio se centra en la situación del tratamiento del dolor en nuestro hospital, cuyo conocimiento nos permitirá poner en marcha mejoras que se traduzcan en lograr un adecuado control del dolor.

Este trabajo tiene la ventaja de haber utilizado la encuesta de la American Pain Society, y la escala numérica (EVA) que está muy difundida, lo que nos permite y permitirá en un futuro realizar comparaciones con trabajos y estudios similares, siempre y cuando la casuística sea también similar.

En cuanto a nuestra metodología, el estudio presenta algunas limitaciones. La realización de encuestas hospitalarias presenta una serie de sesgos relacionados con la validez de la información brindada por el paciente, ya que éste se encuentra en una situación de vulnerabilidad hacia el personal sanitario, con miedo a las consecuencias negativas en la atención asistencial si expresa su insatisfacción.

Se realizó la encuesta en el ámbito hospitalario a fin de abarcar la mayor cantidad de pacientes. Para minimizar los sesgos, sólo se utilizó una persona encuestadora bien entrenada sobre los criterios de inclusión/exclusión, la misma que no tenía relación asistencial con ninguno de los pacientes.

El hecho de haber obtenido información de las historias clínicas ofrece una serie de limitaciones en cuanto a la calidad de la información obtenida por motivos de sesgo en los registros. Las historias no siempre pueden incluir la variable de estudio o pueden estar incompletas, aunque los datos requeridos para nuestro estudio fueron recopiladas de manera exhaustiva.

En cuanto a la muestra el hecho de no incluir a los pacientes inconscientes o que sean derivados a unidades especializadas (ejemplo UVI) puede llevarnos a infraestimar la prevalencia del dolor moderado-intenso, pues estos por su gravedad son usualmente sometidos a procedimientos mayores y frecuentemente no reciben una analgesia

adecuada al encontrarse inestables hemodinámicamente. Ante este sesgo es muy poco lo que podemos hacer, ya que la misma situación del paciente no permite la realización de la encuesta y ésta no debe ser demorada más allá de las 36 horas por el sesgo de memoria.

La alta prevalencia de pacientes con dolor postoperatorio, el reducido empleo de técnicas de analgesia multimodales y la existencia de indicaciones médicas inadecuadas (fármacos y vías de administración inadecuados) son los resultados encontrados en este estudio.

Nuestro estudio es un estudio meramente descriptivo, por lo que las conclusiones son limitadas. Sería conveniente llevar a cabo un estudio en el que comparáramos variables más específicas. Sin embargo los resultados obtenidos deben servirnos para analizar las carencias y potenciales mejoras que pueden llevarse a cabo en el tratamiento del dolor postoperatorio.

Es importante el mencionar que en nuestro hospital, no existen estructuras organizativas que gestionen la atención del dolor en el perioperatorio, por tanto este análisis de las prácticas analgésicas en nuestro centro, esperamos constituya el punto de partida para el establecimiento de un programa de mejora de la atención del dolor agudo en los servicios quirúrgicos de nuestro hospital.

Teniendo en cuenta que la necesidad de información sobre el proceso doloroso tras la intervención quirúrgica es importante, y que mejora considerablemente la satisfacción, sería interesante explorar la utilidad de la instauración de un dispositivo de información quizás en la consulta pre-anestésica en la que los pacientes fueran informados del control del dolor en el período postoperatorio.

VII. CONCLUSIONES:

- Existe una alta prevalencia de dolor moderado-insoportable en los pacientes post-operados en nuestro hospital.
- La presencia e intensidad del dolor está fundamentalmente condicionado por el tipo de intervención quirúrgica realizada.
- Existe un reducido empleo de técnicas analgésicas multimodales en los pacientes post-operados, fundamentalmente en aquellos pacientes en los que se espera sufran un dolor intenso.
- Hay ausencia de conocimientos o conceptos erróneos sobre el tratamiento del dolor postoperatorio por parte del personal médico.
- Los AINES son prácticamente los únicos analgésicos utilizados por los especialistas quirúrgicos de nuestro hospital, incluso para cirugías muy invasivas, en detrimento de los opiáceos.
- Se prescriben analgésicos de manera inadecuada (pauta a demanda, vías de administración inadecuadas, ausencia de dosis de rescate).
- El dolor postoperatorio no es evaluado y no queda registrado en la historia clínica del paciente.
- Hay una ausencia de evaluación o valoración de la eficacia de los tratamientos empleados.
- Hay ausencia de información/educación del paciente sobre la importancia y consecuencias del tratamiento inadecuado del dolor postoperatorio.
- No todos los pacientes están informados sobre la posibilidad de solicitar analgesia en el postoperatorio.
- El paciente es incapaz de trazar los objetivos clínicos que se deben alcanzar en la atención y tratamiento que recibe (ejm. Ausencia de dolor).
- A pesar del alto porcentaje de enfermos que sufren dolor postoperatorio y la escasa información, los pacientes revelan un alto grado de satisfacción con la atención recibida tanto por el personal médico como de enfermería.
- El grado de satisfacción del paciente no está relacionado a la intensidad del dolor sufrido durante el postoperatorio o al grado de alivio del mismo con el tratamiento.

- El grado de satisfacción no está relacionada con el grado de estudios del paciente.
- La demora percibida por el paciente en la administración de la medicación analgésica influye en su grado de satisfacción.
- Este estudio, al tratarse de un estudio meramente descriptivo brinda conclusiones limitadas.
- Deben realizarse mayores estudios, que incluyan la evaluación de variables más específicas para una mejor evaluación del dolor y de la satisfacción de los pacientes con su tratamiento en el postoperatorio.
- Los resultados obtenidos deben aprovecharse para analizar las carencias y potenciales mejoras en el tratamiento del dolor postoperatorio.

VIII. RECOMENDACIONES:

- Deben realizarse mayores estudios, que incluyan la evaluación de variables más específicas para una mejor evaluación del dolor y de la satisfacción de los pacientes con su tratamiento en el postoperatorio.
- Es necesaria la presencia en nuestro hospital de estructuras organizativas que gestionen el tratamiento del dolor en el perioperatorio.
- Es conveniente la creación de una Unidad de Dolor Agudo como estructura principal para dar apoyo y coordinar la atención del dolor postoperatorio.
- Se debe establecer un programa de mejora de la atención del dolor agudo en los servicios quirúrgicos de nuestro hospital.
- Es recomendable la instauración de protocolos y guías clínicas para el tratamiento del dolor postoperatorio basadas en evidencia clínica.
- Elaborar un programa de formación y suministrar docencia al personal médico en cuanto a analgesia y dolor.
- Se debe introducir escalas y registros de evaluación del dolor.
- Hay que formar al personal de enfermería en la evaluación del dolor como quinta constante vital.
- Debe existir una colaboración más eficaz entre especialistas en cirugía y anestesiólogos en cuanto al manejo del dolor.
- Se debe instaurar un dispositivo de información a los pacientes de la importancia del control del dolor en el período postoperatorio y de los planes de tratamiento del mismo.
- Se debe establecer indicadores y estándares de evaluación de la efectividad de las medidas implantadas.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Werner MU, et al Does an Acute Pain Service improve Postoperative outcome? *Anesth Analg* 2002;95: 1361-1372.
2. Kehlet H. Acute pain control and accelerated postoperative surgical recovery. *Surg Clin North Am* 1999; 79(2) 431-443
3. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth* 1997; 78(5): 606-617
4. Martínez-Vásquez de Castro, Torres L. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2000; 7:465-476
5. Practice Guidelines for acute Pain Management in the perioperative setting: A report by The American Society of Anaesthesiologists *Task Force on Pain Management. Acute Pain Section.* October 1994/update October 2003. <http://www.asahq.org/publicationsServices.htm>
6. Dolor Postoperatorio en España. *Primer Documento de Consenso.* AEC, GEDOS, SEDAR y SED 2005
7. Poisson-Salomon AS, et al *La Presse Medicale* 1996; 25(22):1013-1017
8. Allvin R, Brasseur L, et al European Minimum standards for the management of postoperative pain. *EuroPain Task Force.* Pegasus Health Care Intl. UK 1998
9. Sinatra RS. Acute pain management and acute pain services. En: Cousins MJ,
10. Bridenbaugh PO (eds). Neural blockade in clinical anaesthesia and management of pain. 3th Edition. Philadelphia: Lippincott-Raven 1998
11. Poggi L., Ibarra O. Manejo del Dolor agudo postquirúrgico. *Acta Med Peruana.* V24 n2 mayo/agosto 2007
12. National Health and Medical Research Council (Australia). Management of severe pain. Canberra. Australia 1998
13. Miaskowski C, Nichols R, Brody R. Assessment of patient satisfaction utilizing the American Pain Society's quality assurance standards on acute and cancer-related pain. *J pain Symptom manage.* 1994;9(1):5-11
14. Martínez-Vásquez de Castro. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev Soc Esp Dolor* 2000;7:465-76

X. ANEXOS:

DEFINICION DE TERMINOS:

- *Dolor postoperatorio*: Aquel presente en un paciente quirúrgico a causa de la enfermedad previa, del procedimiento quirúrgico, o de una combinación de ambos.
- *Cuidados postoperatorios*: período de cuidados médicos y de enfermería que se inicia cuando el paciente deja la Sala de Operaciones.
- *Tratamiento analgésico*: administración de medicación con la finalidad de disminuir la frecuencia e intensidad del dolor.
- *Medición del Dolor*: Cuantificación de intensidad del dolor. Se basa en el informe que realiza en paciente.
- *Escala de Medición del Dolor*: Test estandarizados usados para medición del dolor. Ver Anexo (Figura1)
- *Satisfacción del paciente*: juicios de valor de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas.
- *Efectividad analgésica*: Disminución de la intensidad del dolor a un EVA menor de 4 (dolor leve) por acción de la terapia analgésica instaurada.

9. **Cómo se siente con la manera que las ENFERMERAS trataron su dolor?**

- A) INSATIFECHO B) SATISFECHO C) MUY SATISFECHO

10. **Hubo algún momento en que la medicación que recibió para el dolor no fue suficiente y tuvo que solicitar otra dosis u otra medicación?**

- A) SI B) NO

11. **Cuando pidió un medicamento para el dolor . Cuánto tiempo tuvo que esperar para que se lo administrasen?**

- A) Menos de 15 minutos B) Entre 15-30 min C) Entre 31-60min
D) Mas de 1 hora E) No se lo administraron.

12. **Al inicio de su hospitalización, los médicos y/o enfermeras LE COMUNICARON la importancia del tratamiento de su dolor?**

- A) SI B) NO

13. **Le indicaron que avisara al personal médico y/o de enfermería cuando sintiera dolor?**

- A) SI B) NO

14. **Cuál es su nivel de estudios completado?**

- A) NINGUNO B) PRIMARIA C) SECUNDARIA
D) TECNICA E) UNIVERSITARIA

15. **Tiene alguna sugerencia de mejora en el tratamiento del dolor que ha tenido?**

GRACIAS POR COMPLETAR ESTA ENCUESTA.

