

Tratamiento del dolor posoperatorio en un hospital de segundo nivel de atención en México

Postoperative pain management in a secondary level hospital in Mexico

Irma Balbina Suárez-García

Anestesióloga, Departamento de Medicina del dolor, Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, México

Acceda a este artículo en siicsalud



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)

+ Especialidades médicas relacionadas,
producción bibliográfica y
referencias profesionales de la
autora.

A pesar de que unos 15 millones de personas en todo el mundo sufren dolor posoperatorio, éste sigue siendo subdiagnosticado, y por lo tanto, subtratado. La incidencia, intensidad y duración de este dolor en nuestro país no se conoce con exactitud debido a la falta de estudios que las describan. Aun así, la importancia de su tratamiento se establece en virtud del número de pacientes que son intervenidos quirúrgicamente a diario en nuestros hospitales y de las publicaciones internacionales que hacen evidente que esta situación puede y debe ser prevenida y tratada.

El dolor es un síntoma subjetivo de difícil definición, cuyo alivio ha sido meta de la medicina desde tiempos remotos. Aunque la percepción dolorosa sea un fenómeno complejo, responde a un tratamiento específico, por lo que es urgente la necesidad de generar conciencia de que el tratamiento efectivo del dolor posquirúrgico disminuye la incidencia de complicaciones, la estancia media hospitalaria y el costo total del paciente operado, aumentando así la satisfacción del paciente y la eficiencia del tratamiento.

A pesar de los avances en el conocimiento de la fisiología del dolor y el mecanismo de acción de los fármacos analgésicos, en un elevado porcentaje de pacientes el dolor posoperatorio es tratado de forma inadecuada, ya que este tipo de dolor se caracteriza por ser habitualmente de gran intensidad y de corta duración, lo que condiciona que los profesionales de la salud y los propios pacientes consideren normal el que deba ser experimentado. Contrariamente a esto, la evidencia actual ha demostrado que el alivio adecuado de este dolor tiene efectos positivos para los pacientes, incluyendo menor dificultad cognitiva posoperatoria, mayor calidad de vida y reducción del riesgo de padecer dolor crónico o persistente.

Este estudio* descriptivo, transversal y prospectivo se llevó a cabo con 115 pacientes operados de manera electiva y de urgencia en el Hospital General de Puerto Es-

condido, en Oaxaca, México. A través de un cuestionario de 20 preguntas cerradas se buscó evaluar el panorama actual del manejo analgésico posquirúrgico hospitalario.

La principal población intervenida fueron mujeres entre los 16 y 35 años de edad y en su mayoría por procedimientos ginecoobstétricos: 55.3% (cesáreas, oclusión tubaria bilateral, histerectomía). La prevalencia internacional de dolor posquirúrgico (leve, moderado y grave) se informa entre un 25% y un 75%. En nuestro estudio alcanza la cifra de 93% en las primeras 24 horas posquirúrgicas. Aubrun y colaboradores, en 1993, comunicaron que un 58% de los pacientes presentan dolor moderado o intenso en el momento de abandonar la sala de recuperación posanestésica; nuestros pacientes lo informaron en un 63% a su ingreso a sala, donde se realizó la valoración buscando que el paciente pudiera percibir la diferencia entre el efecto anestésico residual y el tratamiento analgésico que se le estaba aplicando, ya que la técnica anestésica utilizada es un predictor importante de dolor en el posoperatorio y la técnica neuroaxial fue utilizada en el 70% de los procedimientos.

Al ser la cesárea el principal procedimiento quirúrgico realizado, se destaca que el 63% de estas pacientes presentarían dolor moderado a intenso en las primeras horas del posope-

operatorio. Revisiones sistemáticas cualitativas como las de Hui-Amir y colegas, y Bng y su equipo, en un estudio especialmente enfocado al riesgo de dolor crónico posterior a la cesárea, definen que el riesgo de cronificación está relacionado principalmente con la intensidad experimentada y con el tiempo que el dolor intenso es experimentado por el paciente.

Contrariamente a lo registrado por Sada Ovalle en 2011, quien realizó un estudio en el Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, en nuestro hospital todos los pacientes recibieron indicaciones de analgesia posquirúrgica de continuidad; en ninguno fue indicada la vía intramuscular. La utilización de más de dos antiinflamatorios no esteroides (AINE) simultáneamente fue común, principalmente diclofenac más metamizol. En todos los pacientes se indicó el tratamiento en pautas específicas, aunque en su mayoría de forma incorrecta. Fue notable la elevada indicación de infusiones para control del dolor en hospitalización, aunque sólo combinando AINE con analgésicos no opioides antipiréticos (metamizol o paracetamol), relegando a un mínimo el uso de opioides, posiblemente por los miedos, ampliamente reconocidos en la literatura,



por el uso de derivados de la morfina, lo que llevó a que en la mayoría de los pacientes, aun con infusión, se presentaran calificaciones elevadas de dolor. Además, toda infusión requiere impregnación para alcanzar la ventana terapéutica, es decir niveles analgésicos adecuados que sean mantenidos por la infusión; nuestro estudio puso de manifiesto que un número significativo de pacientes no recibió esa dosis durante el transanestésico, momento por demás indicado para hacerlo. Soler y Faust, en 2001, describieron cómo la falta de comunicación entre anestesiólogos y cirujanos puede dar por resultado un tratamiento analgésico incorrecto. Nuestra muestra arroja que sólo un 20% de los tratamientos analgésicos de continuidad fueron indicados por el anestesiólogo. La indicación de ajustes analgésicos (rescates) fue casi nula, lo cual condicionó que del total de pacientes que lo solicitaron se hubiera negado a la aplicación por parte de enfermería en el 67% de los casos.

El conocimiento limitado acerca del uso de analgésicos en el personal médico dio por resultado indicaciones de combinaciones de AINE u opioides en dosis y en pautas incorrectas, por lo que en pocos casos se resolvió de forma adecuada el dolor de los pacientes.

La carestía de medicamentos en las instituciones limita de forma importante la correcta indicación de analgesia multimodal efectiva. Aun así, el mayor foco lo constituye la subdosificación y el miedo relacionado con el poco conocimiento de los efectos adversos de los derivados de la morfina, que son superados por los efectos de un inadecuado tratamiento analgésico posoperatorio.

El estudio mostró buena calidad asistencial del personal de enfermería. Aunque es común que los pacientes refieran satisfacción con el tratamiento del dolor, más relacionado con el hecho de ver resuelto su problema de base, se observó claramente que el paciente nota la diferencia entre quién indica el tratamiento y quién lo aplica. Enfermería mostró especial atención a las necesidades analgésicas de los pacientes, involucrándose e incluso cuestionando cómo mejorar la atención dada. Se identificó que las principales fallas observadas están relacionadas con falta de capacitación general en cuanto a las necesidades específicas en la terapia analgésica, como lo son el inicio inmediato de las infusiones de mantenimiento y la aplicación con horario estricto de los medicamentos. Fue interesante observar mayor recelo con la aplicación de dosis altas de medicamentos como el metamizol, por su efecto hipotensor que está relacionado con la forma de aplicación (rápida y sin adecuada dilución), que de la aplicación de, por ejemplo, tramadol.

Nuestro estudio mostró que la continua capacitación es primordial para todo el personal de salud. Más necesario que medicamentos o técnicas nuevas es la concientización de la oportuna y adecuada valoración, prevención y atención del dolor en todo paciente, más en el que se prevé de forma clara la presencia de un daño (herida, procedimiento) que provocará dolor moderado a intenso.

Hacen falta estudios que verifiquen las consecuencias de los hallazgos encontrados, ya que el aumento de la morbilidad ocasionado por el inadecuado tratamiento de dolor posoperatorio y el riesgo de cronificación está ampliamente documentado.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2015
www.siic.salud.com

La autora no manifiesta conflictos de interés.

*** Nota de la redacción.** La autora hace referencia al trabajo publicado en *Avances en Ciencia, Salud y Medicina* 1(3):76-85, Oct 2013. Los lectores que precisen el artículo completo pueden solicitarlo gratuitamente a la Biblioteca Biomédica (BB) SIIC de la Fundación SIIC para la promoción de la Ciencia y la Cultura.

Bibliografía recomendada

Aubrun F, Narchi P, Benhamou D. Evaluation of pain and analgesia in a postanesthesia care unit. *Britain Journal Anaesthesia* 70:A198, 1993.
Bng BI, Sia AT, Quek K, Wood X. Incidence and risk factors for chronic pain after caesarean section under spinal anaesthesia. *Anaesthesia Intensive Care* 45(5):748-52, 2009.
Hui Yun, Amir et al. Predictors of postoperative pain an analgesic consumption, a qualitative systematic review. *Anesthe-*

siology Vol. 111. No. 3, Septiembre 2009.

Sada Ovalle et al., Prevalencia del dolor posoperatorio en cirugía electiva de pacientes del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. *Revista de la Sociedad Española de Dolor* 2:91-97, 2011.

Soler E, Faus MT, Montaner MC, Morales F. Identificación de los factores que influyen en el dolor posoperatorio. *Revista Española Anestesiología y Reanimación* 48(4):163-170, 2001.

Información relevante

Tratamiento del dolor posoperatorio en un hospital de segundo nivel de atención en México

Respecto a la autora

Irma Balbina Suárez-García. Anestesióloga, Departamento de Medicina del dolor, Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, México; Departamento de Anestesiología, Hospital General de Puerto Escondido, Oaxaca, México.

Respecto al artículo

El dolor posoperatorio suele ser de gran intensidad y de corta duración, por lo que se considera normal su presencia. Es necesario tomar conciencia de que tratarlo efectivamente disminuye la incidencia de complicaciones, la estancia hospitalaria y los costos de atención, además es un estándar ideal de calidad de atención médica.

La autora pregunta

En la actualidad se cuenta con herramientas terapéuticas efectivas para paliar el dolor.

¿Cuál de los siguientes motivos explica el frecuente tratamiento insuficiente del dolor posterior a una cirugía?

- A El paciente lo considera normal.
- B El médico lo considera esperable.
- C No se considera en el plan terapéutico.
- D Todos los enumerados.
- E Ninguno de los mencionados.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/144169

Palabras clave

dolor posoperatorio, prevalencia de dolor, cirugía, analgesia posquirúrgica, calidad

Key words

postoperative pain, pain prevalence, surgery, postoperative analgesia, quality

Lista de abreviaturas y siglas

AINE, antiinflamatorios no esteroides.

Cómo citar *How to cite*

Suárez-García IB. Tratamiento del dolor posoperatorio en un hospital de segundo nivel de atención en México. *Salud i Ciencia* 21(7):757-9, Dic 2015.

Suárez-García IB. Postoperative pain management in a secondary level hospital in Mexico. Salud i Ciencia 21(7):757-9, Dic 2015.

Orientación

Epidemiología

Conexiones temáticas

Anestesiología, Cirugía, Cuidados Intensivos, Educación Médica, Enfermería, Farmacología.