



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Investigación científica y tecnológica

¿Estamos controlando el dolor posquirúrgico?

Jorge Enrique Machado-Alba^{a,*}, Manuel Enrique Machado-Duque^b,
Viviana Calderón Flórez^b, Alexandra Gonzalez Montoya^b, Felipe Cardona Escobar^b,
Richard Ruiz García^b y Julian Montoya Cataño^b

^a Médico, Máster en Farmacoepidemiología, Máster en Farmacología, Profesor Titular, Facultad de Ciencias de la Salud, Grupo de Investigación en Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia, Universidad Tecnológica de Pereira-Audifarma S.A., Pereira, Colombia

^b Estudiante de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de junio de 2012

Aceptado el 23 de enero de 2013

On-line el 26 de marzo de 2013

Palabras clave:

Dolor postoperatorio

Analgésicos opioides

Dolor

Analgesia

R E S U M E N

Introducción: El dolor en el posquirúrgico inmediato ha sido subvalorado y manejado inadecuadamente.

Objetivos: Evaluar la percepción del dolor a las 4 h del postoperatorio de pacientes del Hospital Universitario San Jorge de Pereira (Colombia).

Materiales y métodos: Estudio de corte transversal en pacientes mayores de 18 años entre el 2 de septiembre y el 28 de octubre de 2011. Se valoró la intensidad del dolor postoperatorio mediante escala visual analógica a las 4 h del procedimiento. Se consideraron variables sociodemográficas, clínicas y farmacológicas. El análisis se hizo con SPSS 20.0 para Windows. **Resultados:** Se evaluaron 213 pacientes en postoperatorio, 114 (53,6%) mujeres y 99 (46,4%) hombres, con edad promedio de $47,1 \pm 20,0$ años. El 51,4% de los pacientes no tenía controlado el dolor a las 4 h. Las variables edad, residencia urbana, tipo de cirugía, incumplimiento de la dosis y monoterapia analgésica se asociaron de manera estadísticamente significativa con la falta de control.

Discusión: El inadecuado control del dolor obliga a replantear su manejo idealmente con guías de práctica clínica y con el empleo de medicamentos analgésicos a las dosis e intervalos adecuados.

© 2012 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Are we controlling postoperative pain?

A B S T R A C T

Introduction: Immediate postoperative pain has been underestimated and managed inadequately.

Objectives: To assess perceived pain 4 h after surgery in patients at the San Jorge University Hospital in the city of Pereira.

Materials and methods: Cross-sectional study in patients over 18 years of age was conducted between September 2nd and October 28th, 2011. Postoperative pain intensity was assessed using the Visual Analog Scale, 4 h after completing the procedure. Social, demographic,

Keywords:

Pain, Postoperative

Analgesics

Opioid

Pain

Analgesia

* Autor para correspondencia: Calle 105 No. 14-140, Pereira, Risaralda, Colombia.

Correo electrónico: machado@utp.edu.co (J.E. Machado-Alba).

clinical and pharmacological variables were considered. The analysis was done using the SPSS 20.0 for Windows.

Results: Of the 213 postoperative patients studied, 114 (53.6%) were women and 99 (46.4%) were men, with a mean age of 47.1 ± 20.0 years. At 4 h, 51.4% of patients did not have pain control. There was a statistically significant association between lack of control and age, living in the urban area, type of surgery, non-adherence to the dose, and monotherapy analgesia.

Discussion: Inadequate pain control requires revisiting its management, ideally on the basis of clinical practice guidelines and using analgesic drugs at adequate doses and intervals.

© 2012 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Según la *International Association for the Study of Pain* (IASP), el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial¹. Su control en el postoperatorio ha avanzado espectacularmente y ahora es un campo que cuenta con múltiples expertos y publicaciones². A pesar del marcado reciente interés por mejorar el manejo del dolor postoperatorio, la evidencia a nivel mundial muestra que su prevalencia de intensidad moderada a severa en pacientes hospitalizados es del 26,0 al 33,0%, y la del dolor severo se ha estimado entre el 8,0 y el 13,0%³.

Las complicaciones postoperatorias causadas por el dolor en los principales sistemas corporales han sido bien descritas. La lesión tisular desencadena una serie de respuestas que pueden causar alteraciones ventilatorias (5,0-25,0% de los pacientes), de la circulación local, gastrointestinales y urinarias, e incluso puede precipitar un infarto o fallo cardiaco. No se pueden olvidar las alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, de los lípidos y de las proteínas, las respuestas diencefálicas y corticales, y la ansiedad, el miedo y la depresión que aparecen cuando el dolor no es manejado⁴⁻⁶.

Actualmente se sabe que el control adecuado del dolor agudo postoperatorio constituye una de las piedras angulares para conseguir una recuperación postoperatoria acelerada, lo que en términos de gestión implica una disminución de la estancia hospitalaria y, por tanto, de los costos. Además, desde el punto de vista médico implica una disminución de la morbimortalidad^{7,8}. Desde que el dolor fue declarado por la Sociedad Americana de Dolor como el «quinto signo vital», se han puesto en marcha diferentes iniciativas para el mejoramiento de su control, como la implementación de una escala de calificación numérica denominada «escala visual analógica» (EVA) de 10 números enteros para la medición subjetiva de la intensidad del dolor del paciente^{9,10}. Se plantea que una puntuación de dolor de 4 o más daría lugar a una evaluación integral del dolor y a una rápida intervención por el prestador de atención médica^{11,12}.

A pesar de que ningún régimen de medicamentos ha permitido eliminar totalmente la morbimortalidad postoperatoria, el adecuado manejo del dolor facilita la deambulación temprana, lo que, junto con el control del vómito y el íleo, la alimentación por vía oral y la profilaxis antibiótica prequirúrgica, representan las bases para el manejo global de esta condición¹³. El arsenal farmacológico para el manejo del dolor postoperatorio del que se dispone en este momento es amplio

y comprende diversos grupos, como opiáceos, analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y anestésicos locales. Se recomienda la administración de 2 analgésicos con mecanismo de acción diferente, para proveer analgesia más efectiva y reducir las reacciones adversas que tienen los fármacos al disminuir la dosis de cada uno¹⁴.

Se pretendió determinar la intensidad de dolor percibida por los pacientes intervenidos en el postoperatorio temprano, evaluando el dolor a las 4 h mediante una EVA, y determinar las variables sociodemográficas, clínicas y farmacológicas que se asocian con el control o la falta de control del dolor en el Hospital Universitario San Jorge (HUSJ) de Pereira (Colombia), con el fin de optimizar su manejo.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de corte transversal en el HUSJ, en una población de pacientes mayores de 18 años intervenidos quirúrgicamente, entre las 7.00 de la mañana y las 6.00 de la tarde, desde el 2 de septiembre hasta el 28 de octubre del año 2011. La valoración de la intensidad del dolor postoperatorio se realizó mediante el empleo de una EVA en milímetros (mm), en la que se categorizaron 5 niveles. El 0 y el 100 representan valores absolutos y son categorías independientes, para lo cual se determinaron los siguientes valores de referencia: 0 mm como ningún dolor, 1-19 mm dolor muy leve, 20-39 mm dolor leve, 40-59 mm dolor medio, 60-79 mm dolor fuerte, 80-99 mm dolor muy fuerte y 100 mm el peor dolor posible; se definió como dolor no controlado cualquier valor superior a 40 mm, por lo que se consideró que el dolor estaba controlado cuando los valores eran inferiores o iguales a 39 mm^{10,15-17}.

Se hizo la evaluación a las 4 h posteriores a la finalización del procedimiento, con la intención de valorar el manejo del dolor en el postoperatorio inmediato. Se excluyeron los pacientes que no pudiesen realizar el test por déficit neurológico, trastornos motores incapacitantes, retraso mental y enfermedades mentales graves. Estudiantes de último año de medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira debidamente entrenados obtuvieron la información mediante entrevista al paciente. Además se tuvo acceso a la historia clínica del paciente y la nota quirúrgica, previa autorización con la firma de un consentimiento informado. Se empleó un instrumento de recolección de datos elaborado por los investigadores que además de la EVA consideró las siguientes variables:

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2767638>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2767638>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)