

Evaluación del manejo del dolor post operatorio en pacientes adultos internados en cuidados intermedios del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Néstor Kirchner (Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires)

Post-operative pain management note in adult patients hospitalized in intermediate care of the Hospital of High Complexity in Red El Cruce Néstor Kirchner (Florencio Varela, Province of Buenos Aires)

AUTORAS/ES: Carballeira, Beatriz¹; Arano, Juan Martin¹; Bodega, Federico¹

1. Servicio de Clínica Médica. Hospital El Cruce. Florencio Varela; Argentina.

Contacto: Beatriz Carballeira ✉ carballeirabea@gmail.com

Disponible en: <https://repositorio.hospitalelcruce.org/xmlui/handle/123456789/978>

RESUMEN

El dolor postoperatorio (DPO) es tratado insuficientemente. La incidencia del DPO es 40-53%.

Objetivo general: Evaluar el DPO en pacientes internados en cuidados intermedios de adultos (CIADU) del Hospital El Cruce durante septiembre, octubre y noviembre de 2016.

Objetivos específicos: Describir la intensidad y la prevalencia en pacientes ingresados a CIADU con DPO inmediato, a las 24 y 48 horas, las drogas utilizadas y los efectos adversos, estimar la efectividad del tratamiento y la satisfacción de los pacientes a las 24hs.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo. Se incluyeron 62 pacientes mayores de 18 años que ingresaron a CIADU cursando postoperatorio inmediato. Se analizaron las variables edad, sexo, comorbilidades, tratamientos previos del dolor, fecha de ingreso y egreso, tipo de cirugía, analgesia al ingreso, presencia e intensidad del dolor al ingreso, a las 24 y a las 48 horas, tratamiento instaurado en las primeras 24 horas, escala de Impresión Global Del Cambio a las 24 hs y registros en historia clínica del dolor.

Resultados: La edad media fue de 43.5 años, 60% mujeres, las cirugías fueron programadas en el 97%, con técnica convencional el 68%. La mediana de días de internación fue de 3.1. El 51,6% tenía comorbilidades. Los tipos de cirugías fueron en el 29% traumatológicas, 18% generales, 15% neurológicas, 11% urológicas, 10% bariátricas. Al ingreso el 58% tenían dolor severo, 24 % moderado y 16% leve; 10% tenían tratamiento analgésico al ingreso; el 11% habían recibido tratamiento preventivo del dolor. A las 24hs el 11% tenía dolor severo y 36% moderado. A las 48 hs el 2% tenía dolor severo y 11% moderado. La adherencia a las guías de dolor fue 47%. Efectos adversos se dieron en el 11%. El registro en la historia clínica fue 6%.

PALABRAS CLAVE: Dolor postoperatorio; Instituciones de Cuidados Intermedios; Terapia Combinada; Hospitales Públicos; Argentina

ABSTRACT

Postoperative pain (DPO) is insufficiently treated. The incidence of DPO is 40-53%.

General Objective: To evaluate the DPO in patients admitted in adult intermediate care (CIADU) of the El Cruce Hospital during September, October and November 2016.

Specific objectives: To describe the intensity and prevalence in patients admitted to CIADU with immediate OPD, at 24 and 48 hours, the drugs used and the adverse effects, to estimate the effectiveness of the treatment and the satisfaction of the patients at 24 hours.

Methods: Observational, prospective study. Sixty-two patients over 18 years of age who entered the CIADU undergoing immediate postoperative period were included. The variables age, sex, comorbidities, previous pain treatments, date of admission and discharge, type of surgery, analgesia at admission, presence and intensity of pain at admission, at 24 and 48 hours, treatment established in the first were analyzed. 24 hours, Global Impression of Change scale at 24 hours and records in the medical history of pain.

Results: The average age was 43.5 years, 60% women, surgeries were scheduled in 97%, with conventional technique 68%. The median days of hospitalization was 3.1. 51.6% had comorbidities. The types of surgeries were 29% traumatic, 18% general, 15% neurological, 11% urological, 10% bariatric. On admission 58% had severe pain, 24% moderate and 16% mild; 10% had analgesic treatment on admission; 11% had received preventive pain treatment. At 24 hours, 11% had severe pain and 36% moderate. At 48 hours, 2% had severe pain and 11% moderate. Adherence to pain guidelines was 47%. Adverse effects occurred in 11%. The record in the medical record was 6%.

KEYWORDS: Pain, Postoperative; Intermediate Care Facilities; Combined Modality Therapy; Hospitals, Public; Argentina.

INTRODUCCIÓN

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes de los pacientes, por lo que la tarea fundamental del equipo de salud es: diagnosticar, tratar, reducir y aliviar el dolor (1).

La IASP (Asociación Internacional del Dolor) estableció como definición de dolor: “una experiencia sensorial, emocional y desagradable asociada con el daño tisular actual o potencial, o descrito en términos de dicho daño”(2). La percepción del mismo es variable y único para cada persona, por factores físicos,

emocionales, culturales y espirituales que repercuten en la percepción del dolor, siendo un fenómeno particular de quien lo padece (3).

Dentro de las complicaciones que tienen los pacientes post quirúrgicos, el dolor es una de las más frecuentes y tal vez la más subestimada (4). Puede que esto radique en parte a que no existe un parámetro bioquímico, de imágenes o estudio que permitan diagnosticarlo, siendo la mejor herramienta para su diagnóstico el interrogatorio con la implementación de escalas de dolor y el examen físico (5) (6).

El concepto de dolor no ha cambiado en estos últimos tiempos, pero sí han surgido distintas clasificaciones; según su duración, en agudo o crónico; o en su fisiopatología, somático, visceral, neuropático (7) (8).

El dolor agudo es el de reciente comienzo, presenta una intensidad máxima dentro de las 24 horas y disminuye progresivamente con una duración limitada en el tiempo de aproximadamente 3 meses, tiene una relación causal con una lesión o enfermedad(9), con la particularidad que debe ser tratado intensamente para evitar la generación de un dolor crónico(10).

El DAP se define como un dolor de inicio reciente, duración limitada y que aparece como consecuencia de la estimulación nociceptiva sobre tejidos y órganos, resultantes del trauma quirúrgico. Aunque cada vez se avanza más en el conocimiento sobre la neurobiología de la nocicepción, mecanismos de acción de los fármacos y el desarrollo de nuevas técnicas analgésicas, el DAP continúa siendo infratratado (11-12).

En la actualidad se realizan más de 300 millones de cirugías al año en todo el mundo, la inmensa mayoría generan dolor agudo y menos de la mitad tiene un adecuado alivio del dolor (14).

El manejo del DAP es un tema preocupante en la práctica médica porque:

-Sigue siendo insuficientemente tratado, esto se ha demostrado en diversos estudios en pacientes en hospitales académicos internacionales. Las causas de esto son múltiples: falta de personal entrenado, de protocolos o guías de tratamientos en el servicio, falta de recursos y registros subóptimos del dolor posoperatorio (4-5-6).

-Incidencia de dolor moderado-severo en el DAP varía entre 46-53 %(4), representando un problema importante en las salas de internación requiriendo una respuesta adecuada por parte del equipo de salud. Este trabajo se realizó en el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Néstor Kirchner, situado en Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires. Este Hospital integra una red de complejidad creciente con otros hospitales de la región y a escala nacional, con el objetivo de establecer procesos asistenciales oportunos que aceleren las conductas terapéuticas, diagnósticas y/o la derivación de los pacientes. En este centro el 70 % de los motivos de internación son cirugías, que por su complejidad se distribuyen tanto en la sala de internación de clínica médica (CIADU) como en la unidad de cuidados intensivos (UTIA). El diagnóstico del dolor depende exclusivamente del personal de salud, y se reconocen con varias herramientas, tales como el interrogatorio, sustentados en escalas de dolor, la escala visual y/o numérica, como varios esquemas terapéuticos farmacológicos y no farmacológico (16-17).

Existen varias escalas para la evaluación y alivio del dolor, como escala visual análoga o la escala de valoración verbal, que no solo miden la intensidad del dolor, sino también la respuesta al tratamiento y la calidad de vida (18-19).

El dolor es una preocupación esencial del paciente operado y su entorno, siendo un indicador de calidad en las encuestas de satisfacción, una de las causas cada vez más frecuentes de hospitalización y de retrasos en el alta (20-21).

Entre los problemas que se identifican en el tratamiento analgésico, los principales son la formación deficiente de los profesionales y limitaciones organizativas (22-24). Para diseñar una estrategia analgésica efectiva es de gran utilidad identificar y controlar los factores que favorecen o predisponen a la aparición de dolor postoperatorio (25-26).

Su manejo es complejo y requiere que el equipo de salud desarrolle habilidades específicas para que las intervenciones sean efectivas. En respuesta a este problema, en 2001 la *Joint Commission* estableció por primera vez normas para la evaluación y el tratamiento del dolor, las que fueron actualizadas en 2016. Estas características establecen la necesidad de que las organizaciones establezcan políticas de evaluación y tratamiento del dolor así como realicen esfuerzos educativos para asegurar su cumplimiento.

El Hospital El Cruce no cuenta con un servicio o unidad para el manejo del dolor. Los servicios de dolor agudo se desarrollaron con el fin de coordinar el cuidado interdisciplinario y producir investigación en el proceso de la atención de los pacientes y su impacto en los resultados. La preparación y difusión de guías prácticas son el fruto del trabajo de los grupos multidisciplinares (5-6).

El 50% de las internaciones en CIADU son posoperatorios los cuales son recibidos por médicos clínicos, encargados de evaluar las características e intensidad del dolor, con las escalas analógicas y visuales convencionales, así como las morbilidades del paciente, con el objetivo de que el tratamiento sea adecuado a cada paciente. De acuerdo a las escalas de dolor se categoriza al dolor en leve, moderado o severo (22).

También y no menos relevante resulta evaluar las características psicológicas acompañantes del paciente que está transitando el dolor, ya sea angustia, depresión y ansiedad así como la red de contención con la que cuenta el paciente.

De acuerdo a lo expuesto, el objetivo de este trabajo es evaluar estrategias de manejo del dolor post operatorio en pacientes adultos internados en cuidados intermedios del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Néstor Kirchner, describir la intensidad y la prevalencia en paciente ingresados a CIADU con DPO inmediato, a las 24 y 48 horas, las drogas utilizadas y los efectos adversos, estimar la efectividad del

tratamiento y la satisfacción de los pacientes a las 24 hs y los registros en la historia clínica sobre la evaluación y tratamiento del dolor.

OBJETIVOS

Describir la intensidad y la prevalencia en pacientes ingresados a CIADU con DPO inmediato, a las 24 y 48 horas, las drogas utilizadas y los efectos adversos, estimar la efectividad del tratamiento y la satisfacción de los pacientes a las 24hs

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo, descriptivo, en pacientes internados en el servicio CIADU del Hospital El Cruce Néstor Carlos Kirchner, de la ciudad de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires, Argentina, entre los meses de septiembre a noviembre de 2016 inclusive.

Población: La población en estudio estuvo conformada por pacientes mayores de 18 años de edad que ingresaron a CIADU en el contexto de postoperatorio inmediato, se tomaron como criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años que ingresen a la sala de cuidados intermedios cursando postoperatorio inmediato. Y de exclusión: Cirugías cardiovasculares, Post operatorio de más de 12 hs de evolución internado en otros servicios tales como servicio de emergencia, unidad coronaria y unidad de cuidados críticos

Diagnóstico y evaluación del dolor postoperatorio:

El dolor postoperatorio puede surgir a partir de la lesión en estructuras superficiales y profundas, somáticas o viscerales. Después de una cirugía normalmente se presenta dolor agudo y la correcta identificación del tipo de dolor permite seleccionar el tratamiento efectivo (6-20).

La evidencia sugiere que la valoración individualizada del dolor se asocia con una mejor analgesia. Dentro de las herramientas para evaluación y tratamiento del dolor utilizamos:

-Escala numérica de dolor: Se le explica al paciente que califique su dolor de cero a diez: 0 = No dolor. 10 = Máximo dolor imaginable (29-30).

-Escala visual análoga (EVA): El paciente debe marcar la intensidad de su dolor en una línea de 10 cm.

-Escala de las caras: es útil en pacientes con problemas de comunicación como niños, pacientes ancianos o confusos o pacientes que no hablan el idioma local.

Esta escala representa seis dibujos de rasgos faciales, cada uno con su valor numérico variando desde cara feliz, sonriente a triste y cara llorosa(31).

A la hora de establecer la intensidad de dolor, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica el criterio de las escalas de valoración.

- Dolor leve (EVA 1 a 4): puede ser tratado satisfactoriamente con analgésicos no opioides del tipo de los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).
- Dolor moderado (EVA 5 a 7): puede ser tratado con analgésicos opioides con efecto techo (tramadol), ya sea en bolo o en infusión **continua**; también puede utilizarse la combinación de estos analgésicos con AINEs o, de ser necesario, el empleo concomitante de fármacos adyuvantes.
- Dolor severo (EVA 8 a 10): el dolor intenso puede ser manejado con opioides potentes (morfina y fentanilo), ya sea en infusión **continua**, con técnicas de analgesia controlada por el paciente ACP o técnicas de anestesia regional. Además, pueden utilizarse en combinación con AINEs o fármacos **adyuvantes** (2-15-20-31-32).

Se recomiendan la siguiente monitorización de la valoración del dolor:

- Antes y después de cada intervención terapéutica.
- En circunstancias en que el dolor sea intenso se evalúa, trata y reevalúa frecuentemente el dolor, cada quince minutos inicialmente y luego cada una a dos horas a medida que la intensidad del dolor disminuye.
- Una vez que el paciente se encuentre en el servicio de hospitalización se debe evaluar, tratar y reevaluar cada cuatro a ocho horas.
- Según escala verbal, se debe tratar el dolor mayor de 3/10 en reposo y de 4/10 con el movimiento.

Un buen control de dolor implica lograr disminuirlo un 30 % con la intervención terapéutica o lograr un dolor de intensidad 3/10.

También se puede evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con el tratamiento del dolor, a través de la escala de Impresión Global del Cambio, donde se le pide que manifieste si se encuentra mucho mejor, mejor, igual, peor o mucho peor luego del tratamiento.

Muchas veces el grado de satisfacción del tratamiento de dolor no se correlaciona con la intensidad de solo manifestada ya que la satisfacción depende de otros factores que evalúa el paciente como, la infraestructura, el servicio de limpieza, **el trato del dolor (34-35)**.

Variables

- Características de pacientes: Edad, sexo, si tiene comorbilidades, tratamientos analgésicos previos.

- Características de la internación: Fecha de ingreso y egreso, tipo de cirugía si es laparoscópica o no, de urgencia o programada y la especialidad quirúrgica.
- Características del dolor: Intensidad al ingreso, a las 24 y a las 48 hs por la escala analógica y visual.
- Tratamiento **instaurado**: esquema de analgesia preoperatoria y analgesia en CIADU y efectos adversos presentados y registros en la historia clínica sobre las características y respuesta al tratamiento del dolor
- Grado de satisfacción de los pacientes: Mejoría del dolor por parte del paciente con la escala de Impresión Global Del Cambio a las 24 hs (IGCP).
- Registros en la **historia clínica** sobre el dolor: características, intensidad, respuesta al tratamiento.

Recopilación de datos

Los datos fueron recopilados por los médicos internistas del servicio de CIADU al ingreso, a las 24 horas y a las 48 horas.

Al ingreso se registró la fecha de ingreso y características de los pacientes (Tabla 1): edad y sexo, tipo cirugía, si tenía tratamiento analgésico previo, si recibió analgesia preventiva y si ingresa con analgésicos a la sala; y las características del dolor al ingreso según la escala analógica y visual y el tratamiento instaurado. Durante el seguimiento a las 24 horas y a las 48 horas se registraron las características del dolor por las mismas escalas y la satisfacción del paciente por la escala global del cambio.

Por último se evaluaron los registros en la historia clínica de las características del dolor y la respuesta a los tratamientos y la presencia de efectos adversos al tratamiento instaurado.

Se confeccionó una ficha de recolección de datos que serán completadas por los médicos staff y posteriormente volcadas al sistema Epiinfo.

Análisis estadístico

Los datos se volcaron al sistema de análisis estadístico EpiInfo. Inicialmente se realizará un análisis descriptivo de las características de la población estudiada. Posteriormente se analizarán las características del dolor al ingreso, a las 24 y a las 48 y se evaluará el grado de eficacia en los tratamientos, considerando eficaz un descenso en 3 puntos o más de la escala numérica de dolor. Se evaluará el grado de satisfacción de los pacientes en su percepción de dolor. Se medirán la frecuencia de efectos adversos presentados y los registros en la historia clínica sobre el dolor.

RESULTADOS

Características de los pacientes: Se analizaron 62 pacientes, la edad media fue de 43,5 años, 60% mujeres, el 51,6% tenía comorbilidades.

Las principales características de los pacientes se resumen en la Tabla 1.

TABLA 1. Características de los pacientes

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES (n=62)		
Edad media (años)	43.5	
Días de internación (media)	3.1	
Sexo femenino	37	
Comorbilidades	32	
Tratamiento previo del dolor	6	
Tipo de cirugías	Programadas	60
	Laparoscópicas	42
	Taumatológicas	19
	Generales	11
	Neurológicas	9
	Urológicas	7
	Bariátricas	6
	Cabeza y cuello	3
	Hepatobiliares	3

Características de la internación: La mediana de días de internación fue de 3.1. Los tipos de cirugías fueron programadas un 97% , laparoscópicas un 68%. Las especialidades quirúrgicas fueron en el 30% traumatológicas, 17% generales, 15% neurológicas, 11% urológicas, 10% bariátricas, 5% cabeza y cuello, 5% hepatobiliares y 10 % otras agrupaciones (mama, ginecológicas, etc.) Tabla 1.

Características del dolor: Al ingreso el 58% tenían dolor severo, 24 % moderado y 16% leve. A las 24 hs el 11% tenía dolor severo y 36% moderado. A las 48 hs el 2% tenía dolor severo y 11% moderado. Tabla 2.

Tratamiento instaurado: 10% tenían tratamiento analgésico al ingreso, el 11% habían recibido tratamiento preventivo del dolor. La adherencia a las guías de dolor fue 47%. Efectos adversos se dieron en el 11%. El registro en la historia clínica fue 6%. Tabla 2.

Grado de satisfacción de los pacientes: A las 24 horas según IGCP el 37% se sentía mucho mejor, 48% mejor, 2 % algo mejor y 3 % peor. Tabla 2.

TABLA 2. Características y tratamiento del dolor

Características y tratamiento del dolor (n=62)				
	Severo	Moderado	Lleve	
Dolor al ingreso	36	15	11	
Dolor a las 24 horas	7	22	33	
Dolor a las 48 horas	1	7	54	
Tratamiento del dolor	Adherencia a las guías	Efectos adversos	registros en la historia clínica	
	35	7	4	
Escala global del cambio	Mucho mejor	Mejor	Algo mejor	Peor
	23	30	1	2

El dolor representa una de las complicaciones en la internación, y es uno de los principales motivos de preocupación para el equipo de salud y para los pacientes por las complicaciones que genera en el corto y largo plazo, como son el incremento de la morbilidad, tiempo de internación y aumento potencial riesgo de desarrollar dolor crónico.

Uno de los objetivos principales del trabajo es evaluar cómo los médicos clínicos de CIADU tratan el dolor en el posoperatorio inmediato, con la finalidad de brindarle al paciente una mejoría en la asistencia y en la calidad de atención que le permita un bienestar en el transitar de la internación, y que no sea un motivo de preocupación del paciente y de los familiares, reducir el riesgo de complicaciones y ofrecer seguridad y herramientas terapéuticas a los médicos.

Este trabajo también motiva al trabajo interdisciplinario, fortalece los lazos de trabajo con el equipo de enfermería, dado que son los encargados de no solo contener al paciente, si no también son los primeros en evaluar y diagnosticar el dolor.

Dos datos a tener en cuenta, primero, la prevalencia de dolor apenas se ha modificado en los últimos 20 años; y segundo, que el DAP continúa siendo infra tratado, esto se expresa en que más del 75 %de los pacientes perciben un dolor de moderado-intenso, lo cual tiene una relación lineal con la falta de tratamiento analgésico adecuado.

Esto concluye que el tratamiento y el alivio del dolor debe ser una prioridad esencial para el equipo médico y las instituciones de salud.

El tratamiento adecuado del dolor constituye un indicador de calidad en todas las dimensiones medidas tanto de eficiencia del sistema como de calidad percibida por el paciente y los familiares.

Creemos necesario estructurar el manejo del dolor desde el postoperatorio inmediato, crear protocolos para el manejo del dolor, crear una unidad de manejo de dolor, mejorar la historia clínica y realizar un nuevo estudio a fin de evaluar la implementación dichas mejoras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Merskey H. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by IAPS Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 1979;6:249-52
2. LópezÁlvarez S, AgustíMartínez-Arcos S, Bustos Molina F, ColladoCollado F, de Andrés Ibáñez J, et al. Manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria. España, 2006
3. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* Vol. 55, Núm. 7, 2008 ,
4. *GMS Health Technology Assessment* 2013, Vol. 9, ISSNanto de suascaracteristicascomo de 1861-8863
5. Rawal N, Allvin R. Acute pain services in Europe: a 17-nation surveyof 105 hospitals. The EuroPain Acute Pain Working Party. *Eur J Anaesthesiol.* 1998;15(3):354-63
6. Rathmell JP, Wu CL, Sinatra RS, et al. Acute Post-Surgical Pain Management: A critical appraisal of current practice. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 2006;31:1-42.
7. Guevara-López U, Gómez C, Rodríguez C, Carrasco R, Aragón G, Ayón Villanueva. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. *Cirugía y Cirujanos* 2007;75:385-407:
8. Ramsay M. Acute postoperative pain management. *Baylor University Medical Center Proceeding* 2000;13:244-247.
9. RahahHeresi E, Guevara-López U, Gómez C, et al. Guías de dolor agudo FEDELAT, Federación Latinoamericana de Sociedades de Dolor.
10. RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL DOLOR AGUDO PERIOPERATORIO EN ADULTOS Marixa Guerrero & Cols. Dolor agudo y postoperatorio, Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, ACED. Bogotá, Colombia © 2011
11. Ashburn MA, Ready LB. Postoperative Pain. In: Loeser JD, Butler SH, Chapman CR, Turk DC, eds. *Bonica's Management of Pain*. 3 ed: Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 2001

12. Strasseles SA, McNicol E, Suleman R. Postoperative pain management: A practical review Part 2. American Journal of Health System Pharmacy 2005;62:2019-2025
13. GMS Health Technology Assessment 2013, Vol. 9, ISSN 1861-8863
14. Hurley RW, Wu CL. Acute Postoperative Pain. In: Miller's Anesthesia 7th ed; 2009.
15. Rawal N, De Andrés J, Fischer HB, et al. Postoperative Pain Management Good Clinical Practice General recommendations and principles for successful pain management. European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy 2005:1-34.
16. Cashman JN, Dolin SJ. Respiratory and haemodynamic effects of acute postoperative pain management: evidence from published data. British Journal of Anaesthesia 2004;93(2):212-223
17. Hurley RW, Wu CL. Acute Postoperative Pain. In: Miller's Anesthesia 7th ed; 2009.
18. Abella Patricia, Señor Sonia, Cabrales Isabel. www.Guías de manejo del dolor postoperatorio, Hospital El Tunal ESE.
19. Hurley RW, Wu CL. Acute Postoperative Pain. In: Miller's Anesthesia 7th ed; 2009.
20. Guideline for the management of pain in adults (June 2010)
21. Curr Med Res Opin. 2014 Jan;30(1):149-60. . Epub 2013 Nov 15.