



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La universidad católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN DE MÉDICO

**Evaluación del dolor agudo postoperatorio en pacientes atendidos en el
Hospital UTPL durante Julio - Diciembre del 2011**

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

AUTOR: Espinosa Jaramillo, Patricio Rafael

DIRECTORA: González Granda, Patricia Verónica, Dra.

LOJA - ECUADOR

2013



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2013

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

Dra.

Patricia Verónica González Granda

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

CERTIFICA.

Que el presente trabajo denominado "Evaluación del dolor agudo postoperatorio en pacientes atendidos en el Hospital UTPL durante Julio - Diciembre Del 2011" realizado por el profesional en formación: Patricio Rafael Espinosa Jaramillo; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, 12 de noviembre del 2013

Firma:

Dra. Patricia Verónica González Granda.

Cédula: 1102964440

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Patricio Rafael Espinosa Jaramillo declaro ser autor del presente trabajo de fin de titulación: Evaluación del dolor agudo postoperatorio en pacientes atendidos en el Hospital UTPL durante Julio - Diciembre Del 2011, de la Titulación de Medicina, siendo Patricia Verónica González Granda, directora del presente trabajo; eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

Firma:.....

Patricio Rafael Espinosa Jaramillo

C.I. 1103609796

DEDICATORIA

La vida nos enseña a caminar y caer, pero a su vez
conocer y valorar la majestuosidad del paisaje;

A, Fanny mi madre que a pesar de nuestra diferencias a luchado incansablemente para convertirme en lo que soy, sus noches sin descanso, sus lagrimas ocultas y su sonrisa.

Patricio.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Patricia V. González Granda, por sus enseñanzas y en especial por su paciencia

A todo el equipo administrativo, médico y de enfermería del Hospital Docente UTPL.

A mi familia que sin su apoyo no podría haber llegado donde estoy

A Paulina, Giselle, Mara, Maritza, Cesar y David por su amistad.

A mis amigos por creer y seguir creyendo en mí.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
Portada	
Carátula	I
Certificación	II
Cesión de derechos	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Índice de contenidos	VI
Índice de gráficos	VII
Índice de tablas	VII - IX
Resumen	1
Abstract	2
1. Introducción	3
2. Objetivos	7
3. Metodología	8
4. Resultados e interpretación	12
5. Discusión	31
6. Conclusiones y recomendaciones	33 - 35
7. Bibliografía	36
8. Anexos	38 - 50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Páginas
- Gráfico N° 1 Distribución de los pacientes por edad y sexo.....	12
- Gráfico N° 2 Distribución de los pacientes por tipo de cirugía.....	13
- Gráfico N° 3 Distribución de los pacientes por tipo de procedimiento quirúrgico.....	14
- Gráfico N° 4 Distribución por fármacos utilizados antes de procedimiento quirúrgico.....	15
- Gráfico N° 5 Distribución por fármacos utilizados durante el periodo de recuperación.....	17
- Gráfico N° 6 Distribución por fármacos utilizados durante el primer día del postoperatorio.....	18
- Gráfico N° 7 Distribución por fármacos utilizados durante el segundo día del postoperatorio.....	19
- Gráfico N° 8 Distribución por adyuvantes para el manejo del dolor.....	20
- Gráfico N° 9 Distribución por cantidad de fármacos utilizados durante el periodo de hospitalización.....	21
- Gráfico N° 10 Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto al tipo de intervención quirúrgica.....	22
- Gráfico N° 11 Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto a la edad.....	23
- Gráfico N° 12 Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto a la edad.....	24
- Gráfico N° 13 Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto al sexo.....	25
- Gráfico N° 14 Percepción de los pacientes en relación al tratamiento del dolor recibido.....	27
- Gráfico N° 15 Distribución de efectos adversos presentados por los pacientes en el postoperatorio.....	28
- Gráfico N° 16 Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto al tipo de intervención quirúrgica.....	29

ÍNDICE DE TABLAS

	Páginas
- Cuadro N° 1 Distribución de los pacientes por edad y sexo.....	12
- Cuadro N° 2 Distribución de los pacientes por tipo de cirugía.....	13
- Cuadro N° 3 Distribución de los pacientes por tipo de procedimiento quirúrgico.....	14
- Cuadro N° 4 Distribución por fármacos utilizados antes de procedimiento quirúrgico.....	15
- Cuadro N° 5 Distribución por fármacos utilizados durante el procedimiento quirúrgico.....	16
- Cuadro N° 6 Distribución por fármacos utilizados durante el periodo de recuperación.....	17
- Cuadro N° 7 Distribución por fármacos utilizados durante el primer día del postoperatorio.....	18
- Cuadro N° 8 Distribución por fármacos utilizados durante el segundo día del postoperatorio.....	19
- Cuadro N° 9 Distribución por adyuvantes para el manejo del dolor.....	20
- Cuadro N° 10 Distribución por cantidad de fármacos utilizados durante el periodo de hospitalización.....	21
- Cuadro N° 11 Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto al tipo de intervención quirúrgica.....	22
- Cuadro N° 12 Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto a la edad.....	23
- Cuadro N° 13 Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto a la edad.....	24
- Cuadro N° 14 Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto al sexo.....	25
- Cuadro N° 15 Distribución por promedios, desviación estándar, mínimo y máximo de acuerdo a intensidad de dolor en cirugías planificadas y de emergencia.....	26
- Cuadro N° 16 Percepción de los pacientes en relación al tratamiento del dolor.....	27
- Cuadro N° 17 Distribución de efectos adversos presentados por los pacientes en el postoperatorio.....	28

- Cuadro N° 16 Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto al tipo de intervención quirúrgica.....29

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el tratamiento del dolor agudo postoperatorio, mediante escalas de valoración del dolor tomando en cuenta el manejo farmacológico realizado para el control del mismo en pacientes del Hospital UTPL, con la finalidad de analizar el manejo que se le da y proponer un protocolo de atención.

Metodología: Estudio de tipo descriptivo, diseño cuantitativo y transversal, en el cual 74 pacientes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, se les aplicó una encuesta y recogió la información de la historia clínica durante el postoperatorio en una ficha de observación.

Resultados: El 85,14% de los pacientes consideran adecuado el manejo del dolor y el 64,86% no presento efectos adversos a la medicación recibida, en el 45,95% de las cirugías planificadas y de emergencia se utilizó 3 fármacos para control de dolor. Así mismo, el 36,48% y el 32,43% presentaron dolor leve durante las 24 horas del postoperatorio, en cirugías de emergencia y planificadas.

Conclusiones: En el Hospital UTPL se realiza un eficaz seguimiento y control del dolor postoperatorio en sus pacientes, lo que contribuye a la mejora y efectividad del tratamiento del dolor.

Palabras Clave: Dolor agudo, Escala visual análoga.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the treatment of acute postoperative pain, using pain assessment scales taking into account the pharmacological management made the same control in patients of Hospital UTPL, in order to analyze the handling that is given and propose a protocol attention.

Methodology: A descriptive, cross-sectional quantitative design, in which 74 patients met the inclusion and exclusion criteria to what they were given a survey and collected the clinical history information in postoperative observation sheet.

Results: 85.14 % of patients considered appropriate pain management and 64.86 % did not present adverse medication received , at 45.95 % of planned and emergency surgery was used combinations of 3 drugs to control pain. Also, the 36.48 % and 32.43% mild pain during postoperative 24 hours in emergency and planned surgery.

Conclusions: In the Hospital UTPL performing a proper monitoring and effective control of postoperative pain in their patients, which contributes to the improvement and effectiveness of pain management.

Keywords: Acute pain, Visual analog scale.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, el dolor ha acompañado al ser humano, constituyendo un síntoma demostrativo e indicativo de un padecimiento físico o psíquico, su manejo hasta el siglo XVII se lo efectuó de manera empírica, para luego contrarrestarlo con fármacos derivados de sustancias químicas, y su posterior perfeccionamiento con compuestos sintéticos y semisintéticos, todo esto gracias al advenimiento de nuevos conceptos anatómico-funcionales del cerebro y de los órganos sensoriales (Gallardo, 2010), por lo tanto es importante señalar la existencia de una preocupación creciente por el conocimiento y el tratamiento del dolor postoperatorio.

La Asociación Internacional de Estudio del Dolor, conceptualiza el dolor como una "sensación no placentera y una experiencia emocional asociada a un daño tisular actual o potencial, o descrito en los términos de dicho daño", constituyendo el dolor postoperatorio como una de las formas más prevalentes de dolor agudo en el medio hospitalario, y su tratamiento, uno de los problemas terapéuticos más comunes, aún sin resolver (Mancintyre, 2010). Según, Montes (2008), considera que: "el dolor, es un sufrimiento innecesario, de alta prevalencia, que puede prevenirse, controlarse o aliviarse en la mayoría de casos".

En base a ello se puede inferir que el adecuado control del dolor agudo postoperatorio, es la base fundamental de la recuperación funcional luego de un procedimiento quirúrgico y por sus características clínicas lo convierten en óptimo para tratarlo adecuadamente: es agudo, previsible, tiene duración limitada, aparece en enfermos bajo estricto control clínico, con frecuencia afecta a pacientes sin enfermedades importantes de base y los fármacos disponibles son eficaces en su tratamiento, particularmente los opioides, aunque también lo son los antiinflamatorios no esteroides (AINES). Entre un 30% y un 60% de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, experimentan en algún momento dolor que va de moderado a grave, se relaciona con un aumento de la morbilidad, de los costes hospitalarios y una disminución del confort del paciente. (Esteve, 2008).

En un estudio publicado en la Revista de la Sociedad Española del Dolor informó que 42,2% de los pacientes refirió no haber recibido ningún tipo de información acerca de la importancia de manifestar su dolor; a un 62,8% se le había preguntado sobre la intensidad de su dolor, siendo el método más utilizado una escala categórica (48,5%), seguido de la escala verbal numérica (35,8%), un 76,9% de los pacientes había presentado algún tipo de dolor durante su ingreso y de éstos un 22% no había solicitado atención por dicho motivo; globalmente, un

85,8% consideró que se le había prestado suficiente atención a su dolor. El 33,3% de los pacientes refirió bastante o mucha limitación en las actividades de la vida diaria hospitalaria por dolor. La pauta analgésica más prescrita fue la fija sin rescate (31,1%). El grado de satisfacción fue elevado: 76,9% con la atención recibida y 75,1% con los tratamientos aplicados (Arbonés, 2009). Por otra parte, en otro estudio realizado en México en el Hospital Médico Nacional Siglo XXI, se demostró que el 47% de los pacientes que ingresaban a la sala de recuperación, referían dolor moderado, severo o insoportable, a las 12 horas del postoperatorio 72% y 63% de los pacientes persistían con dolor en reposo y en la actividad respectivamente, a las 24 horas los porcentajes respectivos fueron 42,1% y 64,9%, de los cuales el 79% de los pacientes manifestó tener nada, poca o moderada satisfacción con el tratamiento analgésico empleado (Ovalle,2011)

Es permisible tener en cuenta factores propios del procedimiento quirúrgico, los cuales van a influir en la percepción del dolor: edad, sexo, situación socio-económica, personalidad, estados de ansiedad previa, grado de información al paciente, etc., por lo tanto la eficacia del control de este tipo de dolor se ha modificado significativamente gracias a los cuidados peri-operatorios; una vigilancia conveniente, de la mano de factores tempranos que no solo satisfacen a los pacientes sino también, ayudan a disminuir la morbi-mortalidad postoperatoria y fomentan una reducción de la estancia hospitalaria (Lázaro, 2010), por lo tanto es de gran importancia enfocarse a su vez en la existencia de un dolor perioperatorio entendiendo este como aquel dolor presente en un paciente a causa de la enfermedad previa, del procedimiento quirúrgico, o de una combinación de ambos, por lo tanto el dolor postoperatorio es una complicación importante que se debe evitar (Borgdorff, 2008).

A pesar de los avances actuales en la fisiopatología del dolor, analgesia, vías de administración y técnicas; la incidencia sigue siendo similar en estudios realizados en las últimas décadas, inclusive una deficiencia asistencial y no solo en hospitales tercermundistas sino que se viene dando también en centros de primer nivel que cuentan con acceso a tecnología adecuada y avanzada para el manejo del dolor (Muñoz, 2010).

La evaluación del dolor deber ser realizada por personal de salud entrenado basándose en métodos simples, estandarizados y que puedan reproducirse y registrarse, a fin de evitar una sobre estimación del mismo, una herramienta útil para ello es la Escala Visual Análoga (EVA) la cual brinda una cuantificación objetiva del dolor, permitiendo describir la intensidad del mismo.

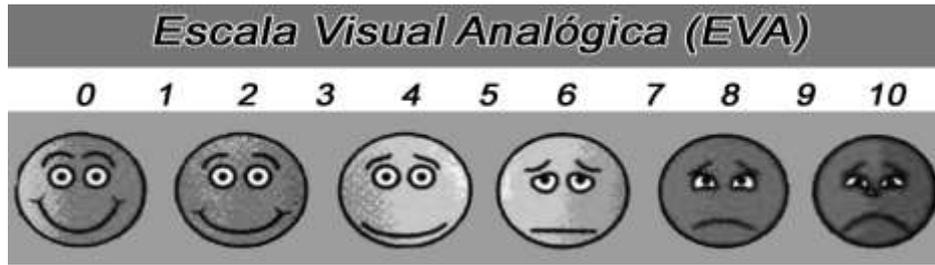


Figura 1. Escala visual análoga
Fuente: (Rodríguez, 2009)

Su uso se fundamenta en preguntar al paciente la intensidad de dolor que está sintiendo tomando en cuenta una escala de 0 a 10 la misma que expresa la intensidad de dolor. El 0 indica que no hay dolor, mientras que 10 denota un dolor intenso o insoportable. La evaluación periódica de la intensidad de dolor (4 veces al día) es requerida para abordar el dolor agudo postoperatorio de una manera acertada; siendo esta, la única manera de determinar la intensidad de dolor en cada paciente y a su vez evaluar la eficacia del esquema analgésico instaurado (Borgdorff, 2008).

Por otro lado, la modulación periférica y central de la sensación dolorosa nos permite abordar un concepto importante en el tratamiento del dolor, la "analgésia preventiva" la cual tiene como cometido fundamental inducir un estado analgésico efectivo inicial previo al procedimiento quirúrgico, contribuyendo además a una reducción de los requerimientos analgésicos en el postoperatorio.

La base del tratamiento del dolor postoperatorio es de tipo farmacológico, aunque ciertas medidas complementarias pueden tener un efecto adyuvante. Comúnmente se utiliza antiinflamatorios no esteroideos, opiáceos, y una serie de fármacos adyuvantes que pueden producir un eficaz alivio del dolor en las dosis adecuadas y en los enfermos apropiados. La Organización Mundial de la Salud estandarizó una escalera analgésica, la misma que continua siendo la clave para el tratamiento del dolor, las principales ventajas de este método son su simplicidad y eficacia. El procedimiento consiste en asociar AINES a opioides por vía oral de acuerdo a un horario determinado para cada paciente y en titular constantemente la dosis versus el efecto.

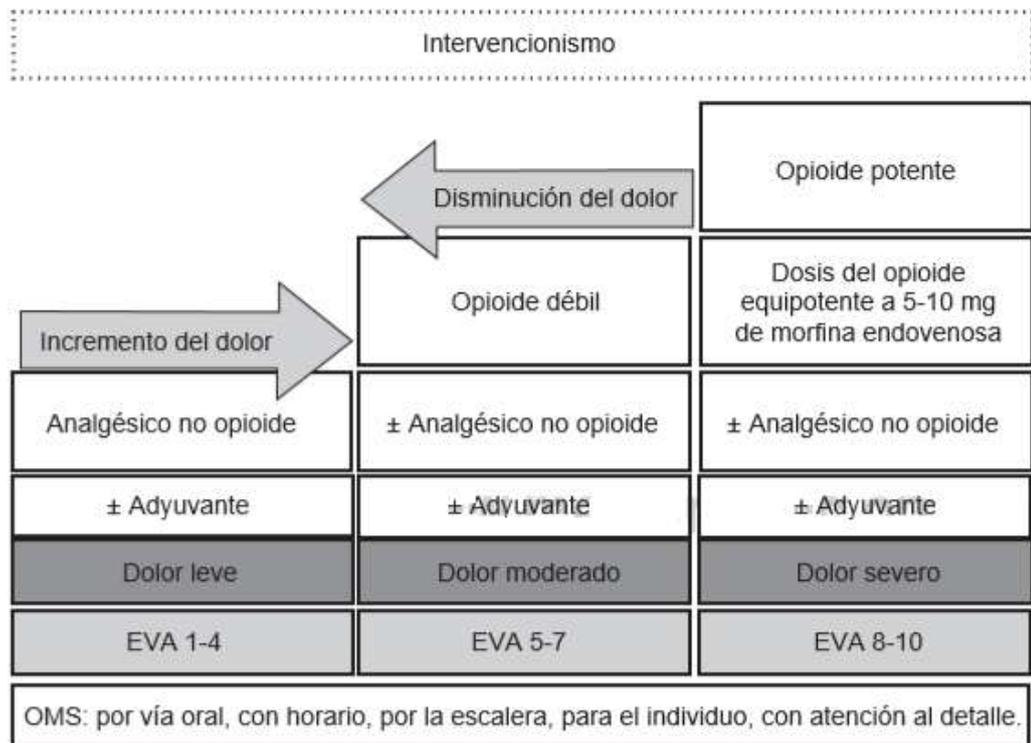


Figura 2. Escalera Analgésica de la OMS
Fuente: (Covarrubias, 2013)

La analgesia multimodal es la más empleada actualmente y comprende la combinación de varias técnicas y analgésicos. Con este tipo de analgesia se emplean dosis farmacológicas menores debido a que la combinación de técnicas y medicamentos potencia el efecto analgésico, brindando una mejor analgesia postoperatoria con menos efectos colaterales. (Aréchiga-Ornelas, 2010).

Es por ello, que la presente investigación pretende evaluar el tratamiento del dolor agudo postoperatorio mediante escalas de valoración del dolor tomando en cuenta el manejo farmacológico realizado para el control del mismo en pacientes del Hospital UTPL, con la finalidad de analizar el manejo que se le da y proponer un protocolo de atención, así como, promover nuevas investigaciones enfocadas en esta temática valorando las complicaciones y repercusiones de un insuficiente manejo del dolor y promover la implantación de un sistema de seguimiento y registro de los resultados de los tratamientos para el manejo del dolor postoperatorio.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Evaluar el tratamiento del dolor agudo postoperatorio, mediante escalas de valoración del dolor tomando en cuenta el manejo farmacológico realizado para el control del mismo en pacientes del Hospital UTPL, con la finalidad de analizar el manejo que se le da y proponer un protocolo de atención.

2.2. Objetivos Específicos:

- Establecer el manejo terapéutico del dolor agudo postoperatorio según el tipo de intervención quirúrgica.
- Evaluar la intensidad del dolor postoperatorio de los pacientes según el tipo de intervención quirúrgica, edad y sexo.
- Determinar el grado de confort percibido por los pacientes del manejo del dolor agudo postoperatorio por parte del personal de salud.
- Elaborar un protocolo de atención para el manejo del dolor agudo postoperatorio.

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo descriptivo, diseño cuantitativo y con un enfoque transversal.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

Se lo realizó en el Hospital UTPL, localizado al norte de la ciudad de Loja en la Av. Salvador Bustamante Celi s/n edif. SOLCA 4to y 5to piso, el mismo que fué inaugurado el 3 de mayo del 2007, equipado para dar atención de emergencia, consulta externa y hospitalización en las áreas de: Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Medicina Familiar, Traumatología, Psicología, Urología, Odontología, Anestesiología, Cirugía General y Laparoscópica, Cardiología, Dermatología, Gastroenterología, Neurocirugía, Otorrinolaringología, Diagnóstico por Imagen y Laboratorio Clínico, la atención está dirigida al público en general, haciendo uso de estos servicios pacientes particulares, con seguros públicos y privados y pacientes de instituciones públicas y privadas que tengan convenios con el hospital.

3.3. UNIVERSO Y MUESTRA

- *Universo*
La población del estudio estuvo constituida por el total de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Hospital UTPL durante julio a diciembre del 2011
- *Muestra*
Personas que fueron intervenidas quirúrgicamente y que cumplieron los criterios de inclusión y de exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes mayores de 15 años • Pacientes que cuenten en la Historia Clínica con los datos requeridos para la investigación. • Que acepten contestar voluntariamente el cuestionario 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que no cuenten en la Historia clínica con datos requeridos para la investigación. • Pacientes con dificultades para la comunicación.

El tipo de muestreo a utilizar es No probabilístico por conveniencia.

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	MEDICIÓN
Dolor agudo postoperatorio	Fase inicial de un proceso nociceptivo persistente y progresivo, desencadenado por una lesión tisular quirúrgica. (Dávila,2013)	Escala Visual Análoga 0: Ausencia de dolor 1-3:Dolor leve 4-7:Dolor moderado 8-10: Dolor severo	Porcentaje de personas que presentan dolor entre las 24h y 48h después de la intervención quirúrgica.
Manejo terapéutico del dolor agudo postoperatorio	Medidas farmacológicas, físicas y psicológicas utilizadas para el control del dolor agudo.	Analgésicos o adyuvantes Medicación de rescate Cambio de prescripción Medidas físicas Terapia psicológica.	Porcentaje de personas a las que se les prescribe.
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	15-19 años 20 – 35 años 36-49 años 50 – 64 años 65 años y más	Porcentaje Media Desviación estándar por grupos de edad.
Sexo	Condición orgánica, que diferencia a los humanos en género masculino o femenino.	Hombre Mujer	Porcentaje según sexo
Intervención quirúrgica	Procedimiento utilizado para realizar curación de la persona a partir de resección quirúrgica de tejidos u órganos.	Tipos de cirugía: Planificada Emergencia	Tiempo quirúrgico Cirugía por especialidad.

Confort	Cualquier sensación agradable o desagradable que sienta el ser humano y que le otorga bienestar y satisfacción	Alivio del dolor No tienen efectos adversos No presentan complicaciones	Grado de Satisfacción: Muy inadecuado Inadecuado Algo adecuado Adecuado Muy adecuado
---------	--	---	---

3.5. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para efectuar la recolección de datos durante el proceso de investigación se utilizó:

- Como métodos de recolección: Observación y Encuesta
- Por Instrumentos:
 - Encuesta dirigida a pacientes (Ver anexo N° III)
 - Ficha de Observación (Ver anexo N° III)

3.6. PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación se solicitó la aprobación del Director del Hospital UTPL, para utilizar la información registrada en la historia clínica de los pacientes.

- Para cumplir el primer objetivo se recurrió a la observación y recolección de datos de las historias clínicas los cuales incluyeron: edad, sexo, diagnóstico, tipo de intervención quirúrgica, tiempo quirúrgico y el manejo terapéutico de los pacientes.
- Para cumplir el segundo y tercer objetivos se evaluó mediante la aplicación de encuestas dirigidas a los pacientes.
- Por último, luego de recolectar la información necesaria se elaboró un protocolo de manejo del dolor agudo postoperatorio.

3.7. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Se utilizaron las siguientes herramientas para crear una base de datos:

- Programa Estadístico Epi Info™ Version 3.5.3 año 2011
- Programa Estadístico SPSS Statistics 17.1
- Microsoft Office Excel 2010

Para el análisis se utilizó la estadística y los resultados fueron representados en tablas, gráficos realizados en el programa Microsoft Excel en:

- Porcentaje y frecuencia
- Media
- Desviación Estándar

3.8. HIPÓTESIS

"La terapia multimodal brinda una mejor percepción del alivio del dolor para los pacientes en el post-operatorio".

3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los datos se guardaron con absoluta confidencialidad y se utilizaron solo en la presente investigación y para todo lo que tenga que ver con la misma. Para la obtención de la información por parte de los pacientes se utilizó el debido consentimiento informado.

4. RESULTADOS

Los resultados presentados a continuación son productos del análisis de variables de los datos obtenidos mediante encuestas y fichas de observación de 74 pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos en el Hospital Docente UTPL durante Julio a Diciembre del 2011, a través de los programas estadísticos Epi-Info y SPSS Stadicstics.

4.1. Generales

Tabla 1. Distribución de los pacientes por edad y sexo

EDAD Y SEXO	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
15-19 años	8	10,81	3	4,05	11	14,86
20-35 años	13	17,57	24	32,43	37	50,00
36-49 años	8	10,81	9	12,16	17	22,97
50-64 años	7	9,46	2	2,70	9	12,16
Total	36	48,65	38	51,35	74	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Media ± DS 27,50 ± 12,76
Min 15
Max 64

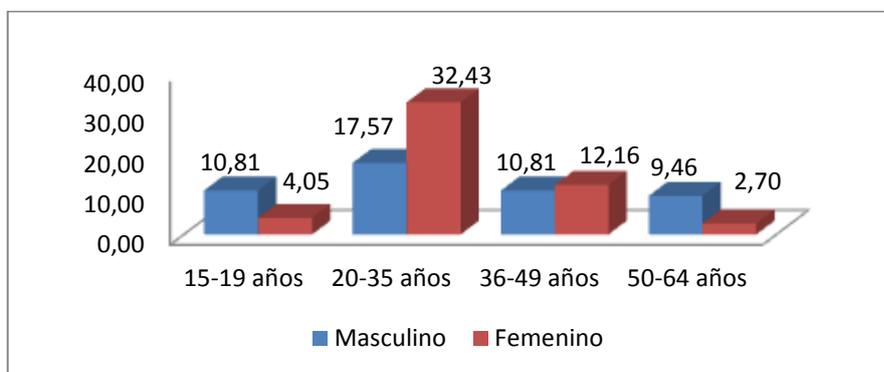


Gráfico 1. Distribución de los pacientes por edad y sexo

Fuente: Ficha de recolección de datos

El 50% de los pacientes incluidos en el estudio corresponde al grupo etario de 20 a 35 años. Por otro lado 51,35% de pacientes fueron de sexo femenino.

Tabla 2. Distribución de los pacientes por tipo de cirugía

Tipo de cirugía	F	%
Planificada	36	48,60
Emergencia	38	51,40
Total	74	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

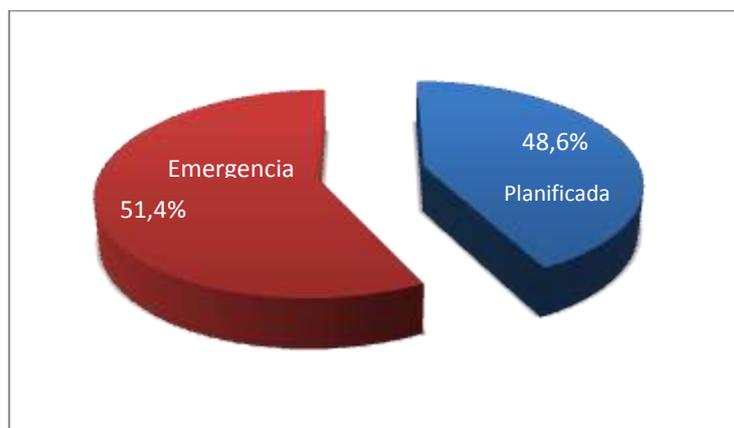


Gráfico 2. Distribución de los pacientes por tipo de cirugía

Fuente: Ficha de recolección de datos

Resalta que el 48,6% de procedimientos corresponden a cirugías planificadas o electivas y el resto con el mayor porcentaje equivalente al 51,4% constituyen procedimientos de emergencia.

Tabla 3. Distribución de los pacientes por tipo de procedimiento quirúrgico

Procedimiento quirúrgico de:	F	%
Cirugía General	24	32,40
Traumatología	28	37,80
Ginecología y Obstetricia	21	28,40
Otros	1	1,40
Total	74	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

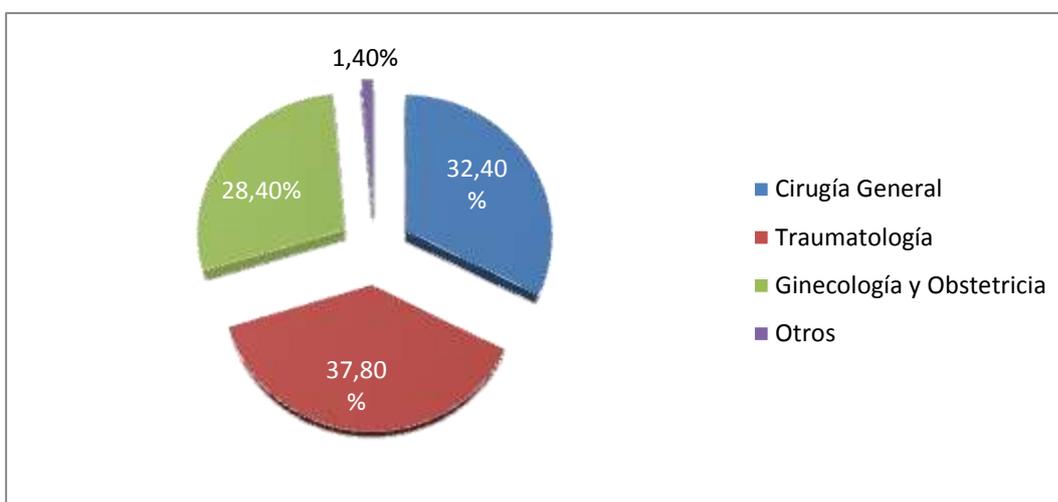


Gráfico 3. Distribución de los pacientes por tipo de procedimiento quirúrgico

Fuente: Ficha de recolección de datos

En referencia al tipo de procedimiento quirúrgico se ha encontrado que el mayor porcentaje corresponde a los de traumatología en un 37,8% seguidos por procedimientos de cirugía general con un 32,4% y procedimientos de ginecología y obstetricia con un 28,4%, los procedimientos de otras especialidades representan el 1,4% de los procedimientos.

**RESULTADO 1: MANEJO TERAPÉUTICO DEL DOLOR AGUDO
POSTOPERATORIO SEGÚN EL TIPO DE INTERVENCIÓN
QUIRÚRGICA**

4.2. Resultado 1: Manejo terapéutico del dolor agudo postoperatorio según el tipo de intervención quirúrgica

Tabla 4. Distribución por fármacos utilizados antes de procedimiento quirúrgico

Fármacos antes del procedimiento quirúrgico	TIPO DE CIRUGIA				TOTAL	
	PALNIFICADA		EMERGENCIA		F	%
	F	%	F	%		
Tramadol	7	9,46	5	6,76	12	16,22
Metamizol	2	2,70	2	2,70	4	5,41
Ketorolaco	2	2,70	2	2,70	4	5,41
Tramadol mas metamizol	1	1,35	2	2,70	3	4,05
Tramadol más ketorolaco	1	1,35	1	1,35	2	2,70
Ketorolaco más metamizol	1	1,35	1	1,35	2	2,70
Ninguno	22	29,73	25	33,78	47	63,51
Total	36	48,65	38	51,35	74	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

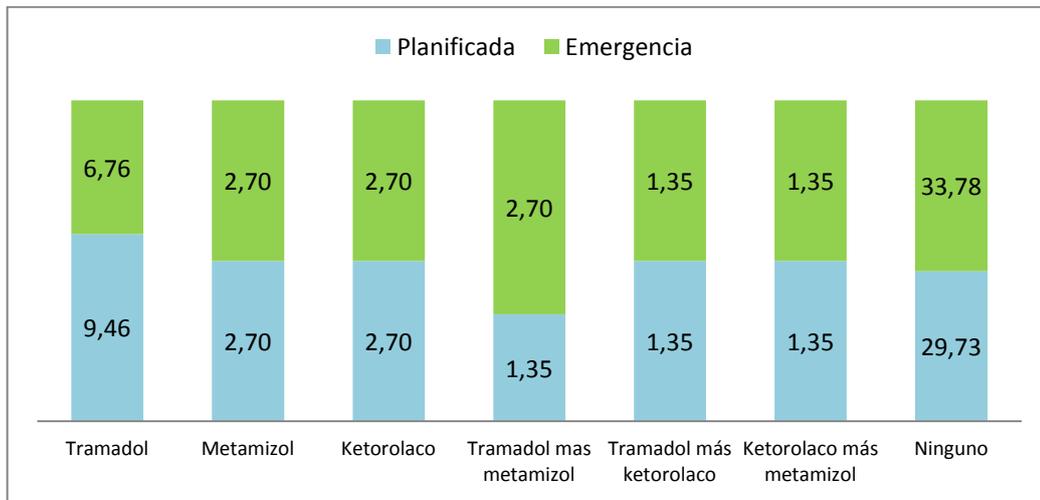


Gráfico 4. Distribución por fármacos utilizados antes de procedimiento quirúrgico

Fuente: Ficha de recolección de datos

Antes de la cirugía se evidencia que el analgésico más utilizado fue el tramadol en un 9,46% en cirugías planificadas y el 6,76% en cirugías de emergencia. La combinación de fármacos que con más frecuencia se encontró correspondió a tramadol más metamizol con un 2,70% en cirugías de emergencia. Los fármacos se administraron por vía intravenosa minutos antes de la inducción anestésica en bolo. El 29,73% y el 33,78% tanto en cirugías planificadas y de emergencia respectivamente no recibieron analgesia antes del procedimiento quirúrgico.

Tabla 5. Distribución por fármacos utilizados durante el procedimiento quirúrgico

Fármacos durante el procedimiento quirúrgico	TIPO DE CIRUGIA				TOTAL	
	PALNIFICADA		EMERGENCIA			
	F	%	F	%	F	%
Metamizol más tramadol	5	6,76	9	12,16	14	18,92
Buprenorfina más metamizol	3	4,05	5	6,76	8	10,81
Metamizol más ketorolaco	4	5,41	4	5,41	8	10,81
Buprenorfina	0	0,00	7	9,46	7	9,46
Ketorolaco más metamizol más tramadol	3	4,05	3	4,05	6	8,11
Ketorolaco	5	6,76	1	1,35	6	8,11
Metamizol	3	4,05	1	1,35	4	5,41
Tramadol más ketorolaco	2	2,70	2	2,70	4	5,41
Tramadol	1	1,35	2	2,70	3	4,05
Buprenorfina más metamizol más ketorolaco	2	2,70	0	0,00	2	2,70
Lidocaina	1	1,35	1	1,35	2	2,70
Tramadol más metamizol más buprenorfina	2	2,70	0	0,00	2	2,70
Buprenorfina más ketorolaco	0	0,00	1	1,35	1	1,35
Tramadol más buprenorfina	1	1,35	0	0,00	1	1,35
Tramadol más ketoprofeno	0	0,00	1	1,35	1	1,35
Metamizol más buprenorfina	1	1,35	0	0,00	1	1,35
Morfina más ketoprofeno	0	0,00	1	1,35	1	1,35
Ninguno	3	4,05	0	0,00	3	4,05
Total	36	48,65	38	51,35	74	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Durante el procedimiento quirúrgico en cirugías planificadas se utilizó en mayor porcentaje la asociación analgésica entre metamizol más tramadol en un 6,76% y ketorolaco solo en igual porcentaje. En cirugías de emergencia en mayor porcentaje se utilizó la asociación analgésica de metamizol más tramadol en un 12,16% y buprenorfina sola en un 9,46%.

Tabla 6. Distribución por fármacos utilizados durante el periodo de recuperación

Fármacos durante el periodo de recuperación	TIPO DE CIRUGIA				TOTAL	
	PALNIFICADA		EMERGENCIA		F	%
	F	%	F	%		
Metamizol	8	10,81	3	4,05	11	14,86
Ketorolaco	5	6,76	3	4,05	8	10,81
Metamizol más ketorolaco	2	2,70	1	1,35	3	4,05
Tramadol	0	0,00	3	4,05	3	4,05
Diclofenaco	1	1,35	0	0,00	1	1,35
Paracetamol más meloxicam	1	1,35	0	0,00	1	1,35
Tramadol más ketorolaco	1	1,35	0	0,00	1	1,35
Tramadol más metamizol	1	1,35	0	0,00	1	1,35
Ninguno	17	22,97	28	37,84	45	60,81
Total	36	48,65	38	51,35	74	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

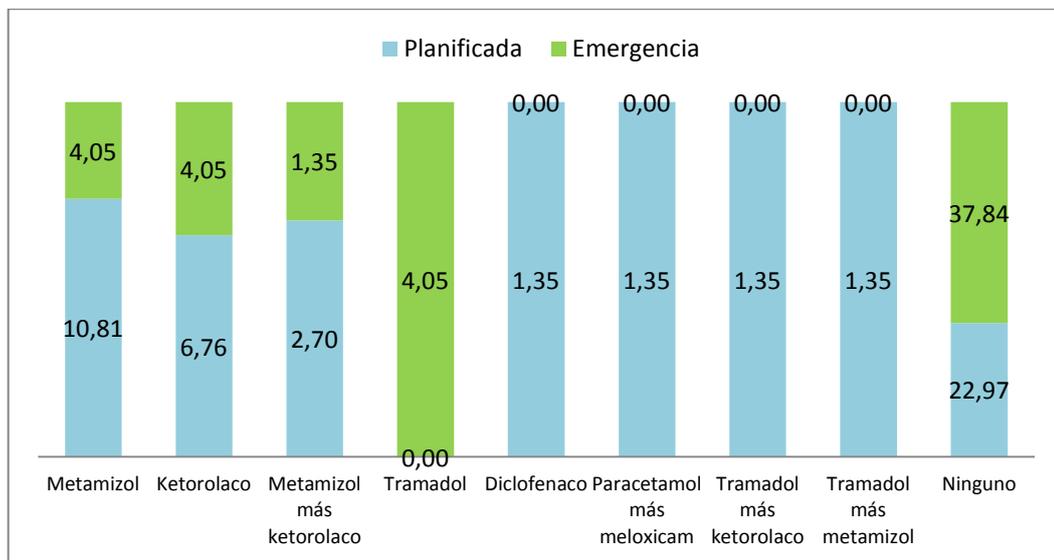


Gráfico 5. Distribución por fármacos utilizados durante el periodo de recuperación

Fuente: Ficha de recolección de datos

Durante el periodo de recuperación en cirugías planificadas en un 10,81% se utilizó como analgésico el metamizol, seguido por el ketorolaco en un 6,76%, a comparación de las cirugías de emergencia donde se utilizó en igual porcentaje metamizol, ketorolaco y tramadol en un 4.05%. En un 22,97% y 37,84% en cirugías planificadas y de emergencia respectivamente no se administró analgesia durante el periodo de recuperación.

Tabla 7. Distribución por fármacos utilizados durante el primer día del postoperatorio

Fármacos durante el primer día del postoperatorio	TIPO DE CIRUGIA				TOTAL	
	PALNIFICADA		EMERGENCIA			
	F	%	F	%	F	%
Metamizol	7	9,46	7	9,46	14	18,92
Metamizol más ketorolaco	2	2,70	12	16,22	14	18,92
2 fármacos combinados	5	6,76	7	9,46	12	16,22
3 fármacos combinados	8	10,81	2	2,70	10	13,51
1 fármaco (meloxicam, naproxeno, ibuprofeno, tramadol)	4	5,41	3	4,05	7	9,46
Tramadol más metamizol	3	4,05	4	5,41	7	9,46
Ketorolaco	4	5,41	1	1,35	5	6,76
Paracetamol	3	4,05	1	1,35	4	5,41
Ninguno	0	0,00	1	1,35	1	1,35
Total	36	48,65	38	51,35	74	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

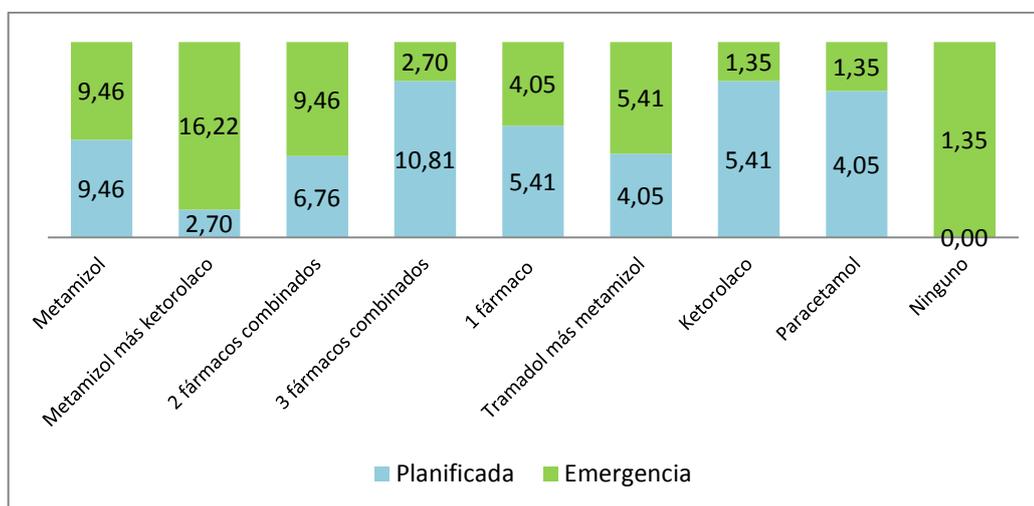


Gráfico 6. Distribución por fármacos utilizados durante el primer día del postoperatorio

Fuente: Ficha de recolección de datos

Durante el 1er día de postoperatorio de las cirugías planificadas se utilizó metamizol como analgésico en un 9,46% y la combinación de 3 analgésicos en un 10,81%; en cirugías de emergencia como analgésico se utilizó la combinación analgésica de metamizol más ketorolaco en un 16,22%.

Tabla 8. Distribución por fármacos utilizados durante el segundo día del postoperatorio

Fármacos durante el segundo día del postoperatorio	TIPO DE CIRUGIA				TOTAL	
	PALNIFICADA		EMERGENCIA			
	F	%	F	%	F	%
Paracetamol	7	9,46	3	4,05	10	13,51
2 fármacos combinados	3	4,05	7	9,46	10	13,51
Ibuprofeno	6	8,11	0	0,00	6	8,11
1 fármaco (tramadol, metamizol, ketorolaco)	2	2,70	3	4,05	5	6,76
3 fármacos combinados	4	5,41	1	1,35	5	6,76
Ninguno	14	18,92	24	32,43	38	51,35
Total	36	48,65	38	51,35	74	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

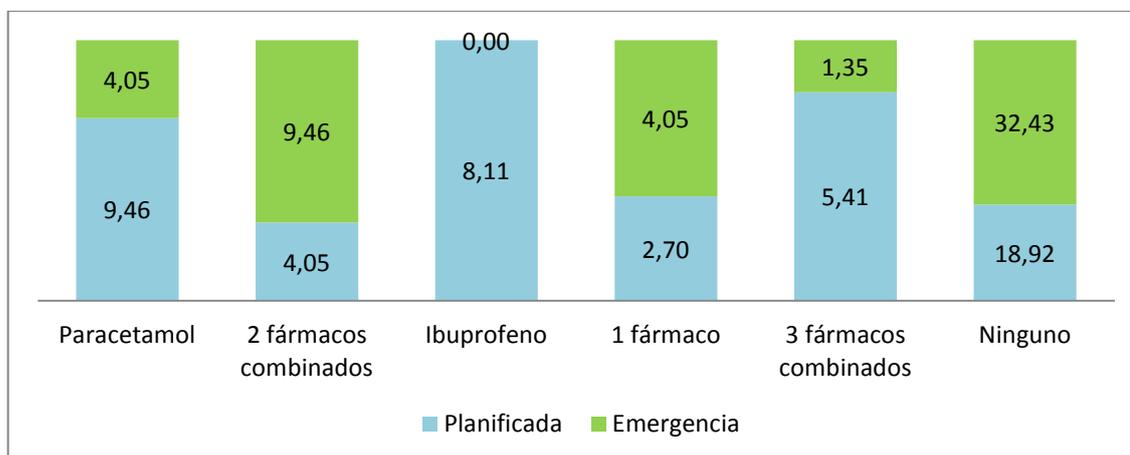


Gráfico 7. Distribución por fármacos utilizados durante el segundo día del postoperatorio

Fuente: Ficha de recolección de datos

Durante el 2do día del postoperatorio en cirugías planificadas se utilizó paracetamol e ibuprofeno por vía oral en un 9,46% y un 8,11% respectivamente, a comparación de las cirugías de emergencia que se utilizó asociación de 2 fármacos en un 9,46% y paracetamol en un 4,05%. En un 18,92% y 32,43% tanto en cirugías planificadas y de emergencia no requirieron analgésicos adicionales para el control del dolor.

Tabla 9. Distribución por adyuvantes para el manejo del dolor

Fármacos durante el procedimiento quirúrgico	Cirugía planificada		Cirugía de emergencia		Total	
	F	%	F	%	F	%
Dexametasona como adyuvante	12	16,22	18	24,32	30	40,54
Medios físicos	12	16,22	14	18,92	26	35,14
Infiltración área de incisión con lidocaína	6	8,11	2	2,70	8	10,81
Dosis de rescate	2	2,70	0	0,00	2	2,70
Ninguno	4	5,41	4	5,41	8	10,81
Total	36	48,65	38	51,35	74	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

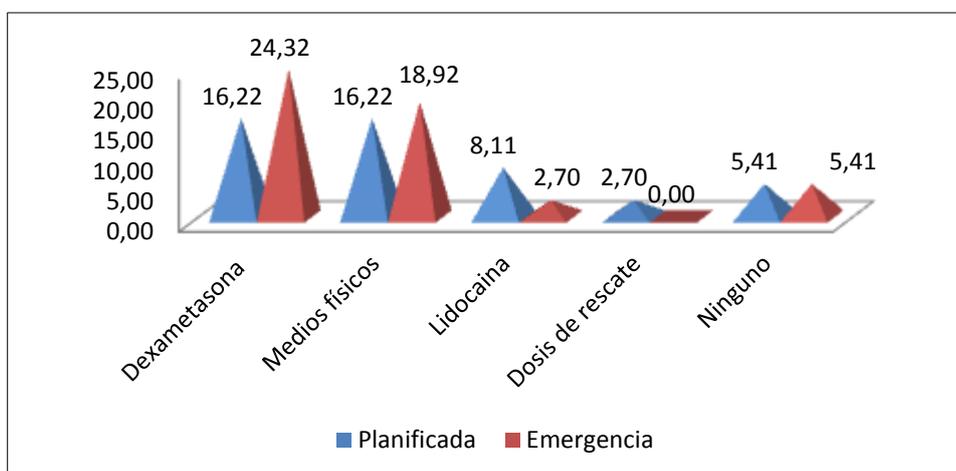


Gráfico 8. Distribución por adyuvantes para el manejo del dolor

Fuente: Ficha de recolección de datos

De los datos obtenidos se utilizaron como adyuvantes para el control del dolor en cirugías planificadas dexametasona y medios físicos en un 16,22%, además de infiltración de zona de incisión con lidocaína en un 8,11% y de dosis de rescate en un 2,70%. En cirugías de emergencia se utilizó dexametasona en un 24,32%, medios físicos en un 18,92% e infiltración con lidocaína en un 2,70%. En un 5,41% tanto en cirugías planificadas y de emergencia no requirieron adyuvantes para el control del dolor.

Tabla 10. Distribución por cantidad de fármacos utilizados durante el periodo de hospitalización

Cantidad de fármacos	Cirugías planificadas		Cirugías de emergencia		Total	
	F	%	F	%	F	%
3 fármacos	13	17,57	21	28,38	34	45,95
2 fármacos	11	14,86	7	9,46	18	24,32
4 fármacos	7	9,46	7	9,46	14	18,92
5 fármacos	4	5,41	1	1,35	5	6,76
6 fármacos	1	1,35	1	1,35	2	2,70
1 fármaco	0	0,00	1	1,35	1	1,35
Total	36	48,65	38	51,35	74	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

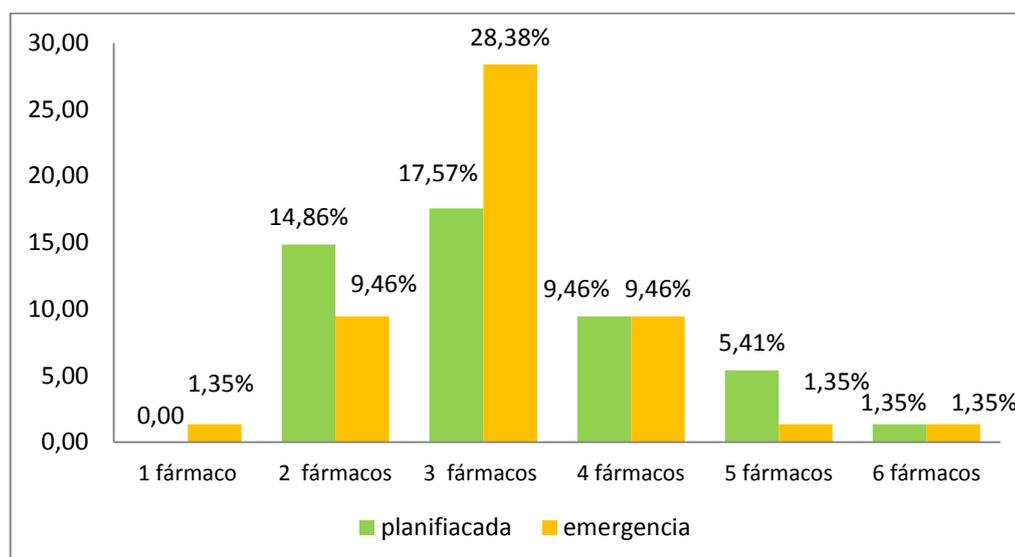


Gráfico 9. Distribución por cantidad de fármacos utilizados durante el periodo de hospitalización

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del total de fármacos utilizados durante el periodo de hospitalización se determinó que en cirugías planificadas y de emergencia en un 45,95% se utilizó asociación de 3 analgésicos y en menor proporción con el 6,76% la asociación de 5 analgésicos para el control del dolor postoperatorio.

**RESULTADO 2: INTENSIDAD DEL DOLOR POSTOPERATORIO
SEGÚN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, EDAD Y SEXO.**

4.3. Resultado 2: Intensidad del dolor postoperatorio según intervención quirúrgica, edad y sexo.

Se realizó el control del dolor dentro de las 24 horas del postoperatorio con escala visual análoga (EVA).

Tabla 11. Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto al tipo de intervención quirúrgica

Escala visual análoga		Emergencia		Planificada		Total	
		F	%	F	%	F	%
Ausencia de dolor	0	5	6,76	5	6,76	10	13,51
Dolor leve	1	15	20,27	10	13,51	25	33,78
	2	10	13,51	8	10,81	18	24,32
	3	2	2,7	6	8,11	8	10,81
Dolor moderado	4	3	4,05	6	8,11	9	12,16
	5	1	1,35	1	1,35	2	2,70
	7	1	1,35	0	0,00	1	1,35
Dolor severo	8	1	1,35	0	0,00	1	1,35
Total		38	51,35	36	48,65	74	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

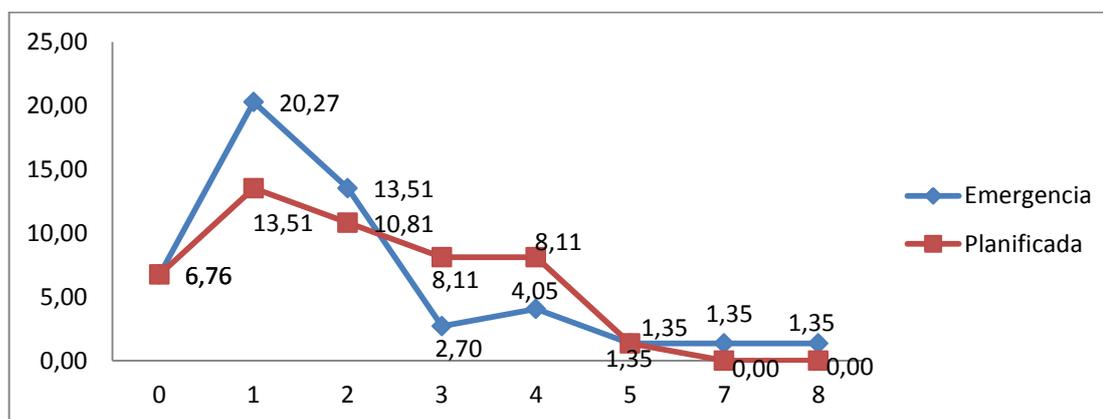


Gráfico 10. Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto al tipo de intervención quirúrgica

Fuente: Ficha de recolección de datos

De los datos obtenidos se determinó que el 36,48% de los pacientes presentaron dolor leve en cirugías de emergencia y 32,43% en cirugías planificadas, por otra parte el 1,35% de los pacientes refirió dolor severo en cirugías de emergencia, mientras que en cirugías planificadas ningún paciente refirió esta intensidad de dolor.

Tabla 12. Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto a la edad.

Escala visual análoga		15 a 19 años		20 a 35 años	
		F	%	F	%
Ausencia de dolor	0	3	27,27	6	16,22
Dolor leve	1	5	45,45	11	29,73
	2	2	18,18	6	16,22
	3	0	0,00	7	18,92
Dolor moderado	4	1	9,09	4	10,81
	5	0	0,00	2	5,41
	7	0	0,00	1	2,70
Dolor severo	8	0	0,00	0	0,00
Total		11	100,00	37	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

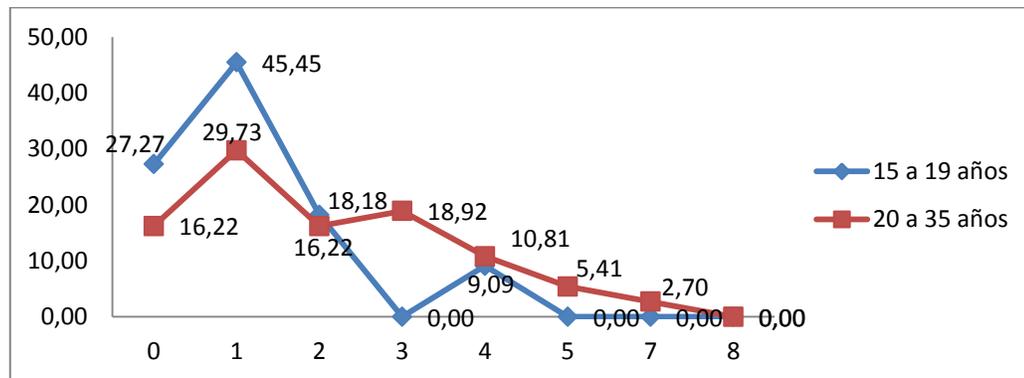


Gráfico 11. Distribución de los pacientes de acuerdo a la de intensidad de dolor con respecto a la edad

Fuente: Ficha de recolección de datos

De los datos obtenidos en personas de 15 a 19 años el 63,63% refirieron tener dolor leve, seguidos del 27,27% que presentó ausencia de dolor. En personas de 20 a 35 años el 64,87% presentaron dolor leve y el 18,92% dolor moderado.

Tabla 13. Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto a la edad.

Escala visual análoga		36 a 49 años		50-64 años	
		F	%	F	%
Ausencia de dolor	0	1	5,88	2	22,22
Dolor leve	1	6	35,29	2	22,22
	2	8	47,06	0	0,00
	3	0	0,00	4	44,44
Dolor moderado	4	2	11,76	0	0,00
	5	0	0,00	0	0,00
	7	0	0,00	0	0,00
Dolor severo	8	0	0,00	1	11,11
Total		17	100,00	9	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

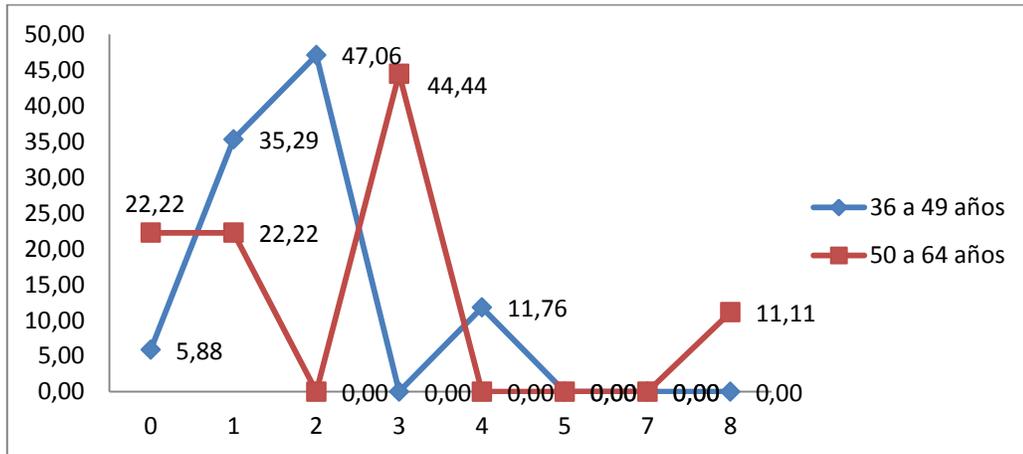


Gráfico 12. Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto a la edad

Fuente: Ficha de recolección de datos

De los datos obtenidos el grupo etario comprendido entre 36 a 49 años en un 82,35% presenta dolor leve y el 11,76 % dolor moderado. En personas que corresponden al grupo de 50 a 64 años el 66,66% presenta dolor leve y el 22,22% ausencia de dolor.

Tabla 14. Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto al sexo.

Escala visual análoga		Masculino		Femenino		Total	%
		F	%	F	%		
Ausencia de dolor	0	5	13,89	5	13,16	10	13,51
Dolor leve	1	13	36,11	12	31,58	25	33,78
	2	9	25,00	9	23,68	18	24,32
	3	4	11,11	4	10,53	8	10,81
Dolor moderado	4	3	8,33	6	15,79	9	12,16
	5	1	2,78	1	2,63	2	2,70
	6	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	7	0	0,00	1	2,63	1	1,35
Dolor Severo	8	1	2,78	0	0,00	1	1,35
Total		36	100,00	38	100,00	74	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

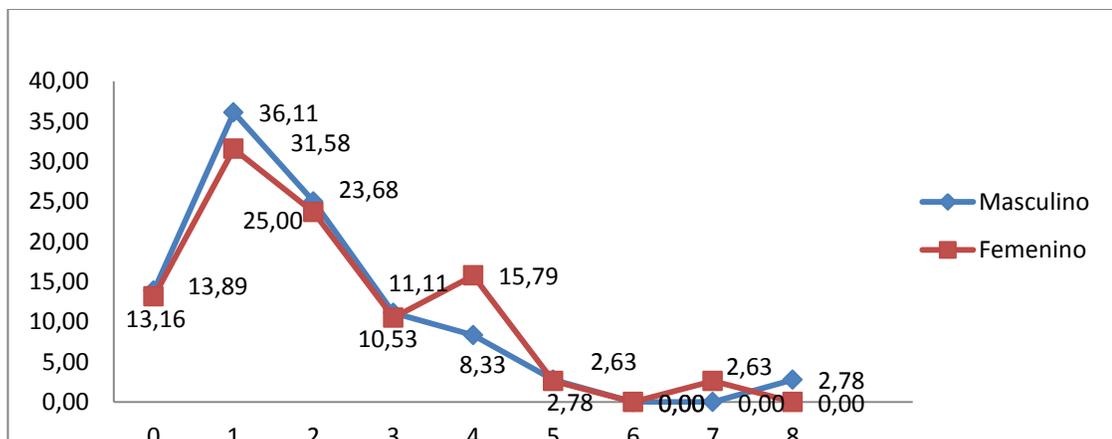


Gráfico 13. Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto al sexo.

Fuente: Ficha de recolección de datos

De los datos obtenidos el 13,89% de personas de sexo masculino no presentaron dolor, similar al sexo femenino con un 13,16%. En un 2,78% de pacientes de sexo masculino presentaron dolor severo a comparación de pacientes de sexo femenino que no presentaron esta intensidad de dolor.

Tabla 15. Distribución por promedios, desviación estándar, mínimo y máximo de acuerdo a intensidad de dolor en cirugías planificadas y de emergencia.

	TIPO DE CIRUGÍA	
	EMERGENCIA	PLANIFICADA
Promedio	1,82	2,03
DS	1,72	1,40
MAX	8	5
MIN	0	0

Fuente: Ficha de recolección de datos

De acuerdo a los resultados obtenidos el promedio de intensidad de dolor según la escala visual análoga en cirugías de emergencia es de 1,82, con un máximo de 8 y un mínimo de 0. En cirugías planificadas el promedio es de 2,03 con un máximo de 5 y un mínimo de 0.

**RESULTADO 3: GRADO DE CONFORT PERCIBIDO POR
LOS PACIENTES EN CUANTO AL MANEJO DEL DOLOR
AGUDO POSTOPERATORIO.**

4.4. Resultado 3: Grado de confort percibido por los pacientes en cuanto al manejo del dolor agudo postoperatorio.

Tabla 16. Percepción de los pacientes en relación al tratamiento del dolor

Percepción en cuanto al tratamiento del dolor	F	%
Muy Inadecuado	0	0,00
Inadecuado	0	0,00
Algo Adecuado	11	14,86
Adecuado	35	47,30
Muy adecuado	28	37,84
Total	74	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

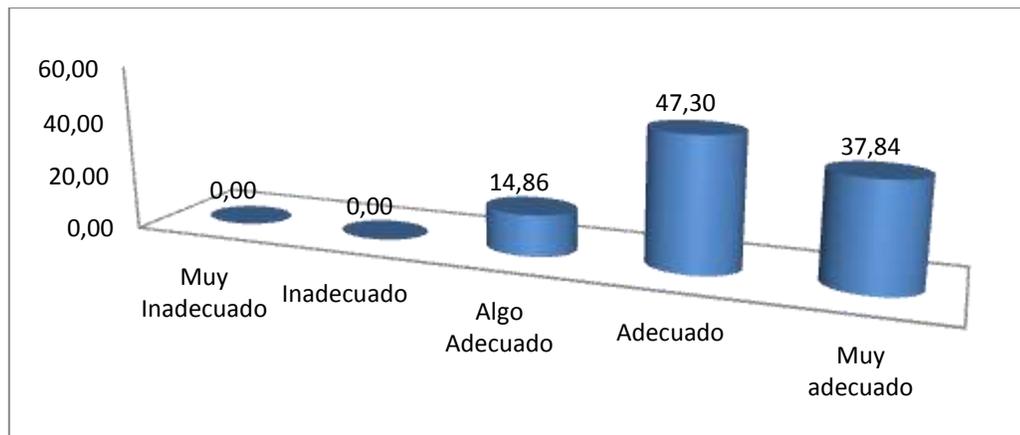


Gráfico 14. Percepción de los pacientes en relación al tratamiento del dolor.

Fuente: Ficha de recolección de datos

El 85,14% refieren como adecuado el manejo del dolor y el 14,86% como algo adecuado, lo que representa un grado importante de confort y satisfacción al tratamiento percibidos por los pacientes.

Tabla 17. Distribución de efectos adversos presentados por los pacientes en el postoperatorio

SIGNOS Y SÍNTOMAS	F	%
Nausea	5	6,76
Cefalea	4	5,41
Intranquilidad	4	5,41
Prurito	2	2,70
Vértigo	2	2,70
Vómito	1	1,35
Sequedad de boca	1	1,35
Mareo	1	1,35
Otros	6	8,11
Ninguno	48	64,86
Total	74	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

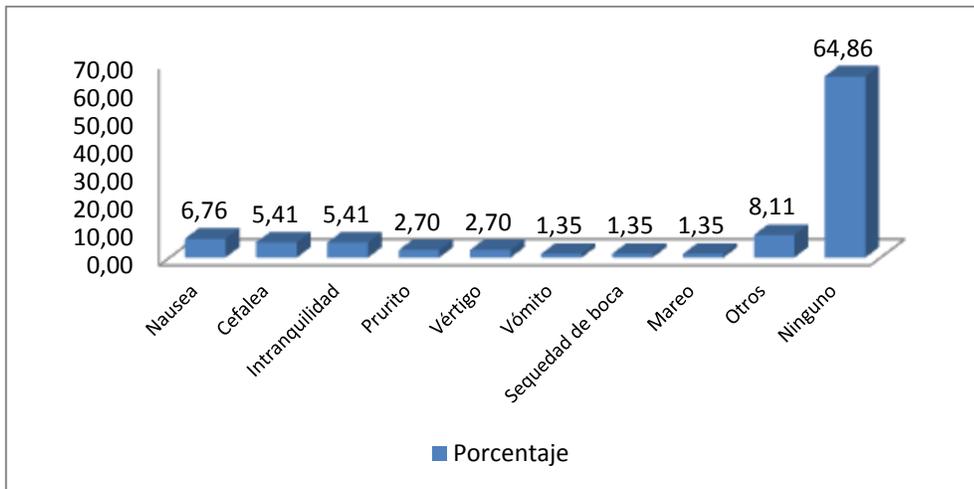


Gráfico 15. Distribución de efectos adversos presentados por los pacientes en el postoperatorio

Fuente: Ficha de recolección de datos

El 64,86% de los pacientes no presentaron ningún efecto adverso a los fármacos durante el postoperatorio, el 6,76% presentó náusea y el 8,11% presentó otros efectos como: Dificultad para orinar, dolor abdominal y escalofrío

Tabla 18. Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto al tipo de intervención quirúrgica

Escala visual análoga	Emergencia		Planificada		Total	
	F	%	F	%	F	%
Ausencia de dolor	5	6,76	5	6,76	10	13,51
Dolor leve	27	36,49	24	32,43	51	68,92
Dolor moderado	5	6,76	7	9,46	12	16,22
Dolor severo	1	1,35	0	0,00	1	1,35
Total	38	51,35	36	48,65	74	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos

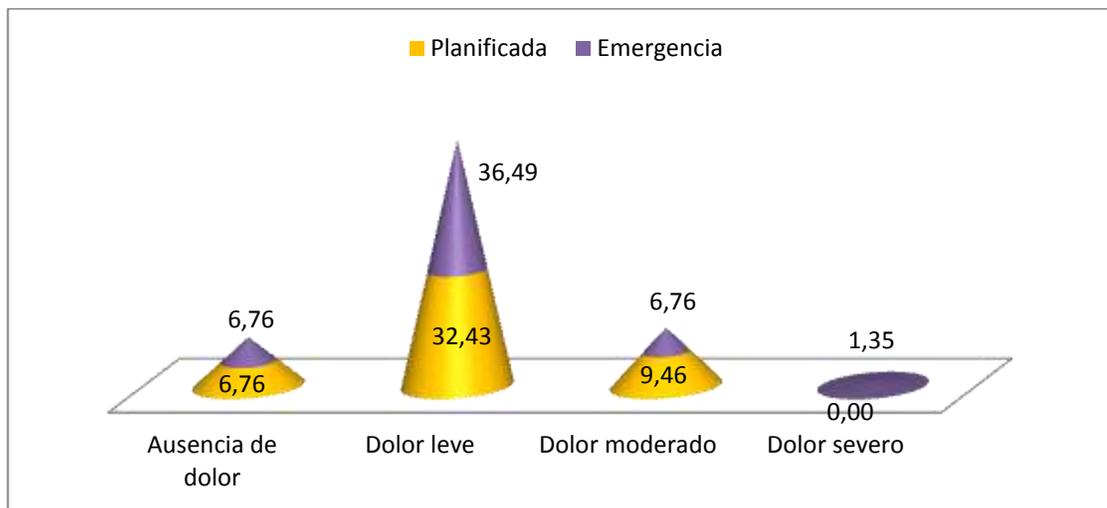


Gráfico 16. Distribución de los pacientes de acuerdo a la intensidad de dolor con respecto al tipo de intervención quirúrgica

Fuente: Ficha de recolección de datos

De los datos obtenidos se determinó que el 32,43% y el 36,49% para cirugías planificadas y de emergencia respectivamente existió dolor leve; por otra parte el 1,35% de los casos en cirugías de emergencia presentaron dolor severo.

4.5. Resultado 4: Protocolo de atención para el manejo del dolor agudo postoperatorio. (Anexo IV)

5. DISCUSIÓN

La intensidad del dolor postoperatorio depende de múltiples factores como: tipo de cirugía, tiempo quirúrgico, cantidad de tejido lesionado, sensibilidad propia de cada paciente, técnica y habilidad quirúrgica, analgésicos utilizados al momento, etc., por lo tanto dependiendo de esta gama de factores se intentará llevar la analgesia de los pacientes con estabilidad hemodinámica y satisfacción plena. La evidencia a nivel mundial muestra que la prevalencia de dolor 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 0,8% y el 13,0% (Machado, 2013).

En la presente investigación se analizó un total de 74 pacientes de los cuales se encontró que en pacientes intervenidos quirúrgicamente, en un 13,51% tanto en cirugías planificadas y de emergencia presentaron ausencia de dolor, en un 36,48% en cirugías de emergencia y un 32,43% en cirugías planificadas dolor leve, dolor moderado 16,21% y dolor severo 1,35%.

En un estudio realizado en el Hospital Homero Castanier Crespo en el cual indica que la efectividad analgésica promedio es de 78,06%, con una prevalencia del dolor moderado e intenso de 21,8%, los mismos que se han conseguido sin protocolos estandarizados de atención (Vásquez, 2011).

A pesar de existir protocolos de manejo para distintos procedimientos quirúrgicos y su posterior manejo analgésico, el dolor postoperatorio sigue siendo subvalorado y muchas veces no manejado adecuadamente, es permisible diseñar esquemas terapéuticos más adecuados a los requerimientos de cada paciente para de esa manera optimizar recursos y mejorar el confort y la satisfacción percibida. Datos obtenidos por Machado (2013) en un estudio realizado en Colombia; denota que un 51,4% de los pacientes estudiados tienen como media de intensidad de dolor 4 de acuerdo a la Escala visual análoga, además observó que el 11,7% exigieron analgesia adicional durante el periodo de hospitalización a consecuencia de la intensidad de dolor, similar a lo publicado en estudios españoles que reportan un

bajo control de dolor aproximadamente del 40% (Allegri,2012). En el Hospital UTPL el promedio de intensidad de dolor es de $1,82 \pm DS 1,72$ en cirugías de emergencia y un $2,03 \pm DS 1,40$ en cirugías planificadas con un máximo de 8 y de 5.

Díaz (2009) en un estudio realizado en el hospital nacional PNP LUIS N. SAÉNZ en Perú demostró que se administra en un 18,9% analgesia preoperatoria, enfoque que tiene gran importancia correlacionado con los resultados obtenidos en un estudio realizado por él, que considera de gran importancia a la analgesia preventiva, comprobando que la aplicación de un analgésico como tramadol previo al acto quirúrgico consigue mejores resultados que la aplicación del mismo analgésico posterior a la cirugía; en el Hospital UTPL antes de la cirugía se evidenció que el analgésico más utilizado fue el tramadol en un 9,46% de los casos en cirugías planificadas y el 6,76% en cirugías de emergencia y la combinación de fármacos tramadol más metamizol en 1,35% y 2,70% de los casos respectivamente.

Es importante resaltar que el confort representa en teoría una evaluación del cuidado recibido, basado en creencias y percepciones de cada paciente, La medición de este es considerado uno de los objetivos prioritarios de la práctica médica (García, 2011), en el presente estudio el grado de satisfacción percibido por los pacientes en cuanto al manejo del dolor fue del 85,14% considerando adecuado el tratamiento de acuerdo a sus necesidades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- En cirugías planificadas, el manejo terapéutico antes del procedimiento quirúrgico se lo realizó con tramadol en un 9,46%. Durante el procedimiento quirúrgico se utilizaron asociaciones analgésicas de metamizol más tramadol en 6,76% y ketorolaco solo en igual 6,76%. Durante el primer día del postoperatorio se utilizó metamizol en un 9,46%, durante el segundo día del postoperatorio los fármacos de elección fueron el paracetamol y el ibuprofeno con el 9,46% y 8,11% respectivamente.
- En cirugías de emergencia, el manejo terapéutico antes del procedimiento quirúrgico se lo realizó con tramadol en un 6,76%. Durante el procedimiento quirúrgico se utilizaron asociaciones analgésicas de metamizol más tramadol y buprenorfina sola en un 12,16% y 9,46% respectivamente. Durante el primer día se utilizó metamizol más ketorolaco en un 16,22% y el segundo día se utilizó paracetamol en un 4,05%.
- Durante el control del dolor a los pacientes en las 24 horas del postoperatorio con escala visual análoga, en cirugías de emergencia y planificadas se encontró que el 36,48% y el 32,43% presentaron dolor leve, igualmente en los grupos de edad: de 15 a 19 años 63,63%, de 20 a 35 años 64,87%, de 36 a 49 años 82,35%, de 50 a 64 años 66,66%, en cuanto al sexo masculino el 72,22% y sexo femenino 65,79%.

- El 16,22% de las personas requirieron adyuvantes para el control de dolor (dexametasona y medios físicos).
- El 85,14% de las personas que participaron en el estudio consideran como adecuado el manejo del dolor, el 64,86% no presento ningún efecto adverso a la medicación recibida y el 68,91% presentó dolor leve.

6.2. RECOMENDACIONES

- Dar mayor énfasis en el manejo preventivo del dolor, está demostrado que el tratamiento analgésico debe iniciar antes del estímulo quirúrgico.
- Se recomienda la creación de una unidad de dolor en el Hospital UTPL, a fin de mejorar los estándares de atención y calidad otorgados a los pacientes.
- Recomendar a todo el personal de salud que labora en el Hospital UTPL realizar una evaluación y seguimiento periódico del dolor agudo postoperatorio mediante el uso de escala visual análoga a fin de tener un mejor enfoque del dolor percibido por los pacientes.
- Se recomienda utilizar protocolos de atención que permitan dar un tratamiento analgésico eficaz y a su vez evitar el uso indiscriminado de analgésicos.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ali, M., Winter, D., Hanly, A., O'Hagan, C., Keaveny, J., & Broe, P. (2010). Prospective, randomized, controlled trial of thoracic epidural or patient-controlled opiate analgesia on perioperative quality of life. *British Journal of Anaesthesia* , 292-7.
2. Allegri, M. (2012). Acute and chronic pain: where we are and where we have to go. *Minerva Anestesiologica* , 222-235.
3. Álvarez, D. (2009). Valoración del dolor agudo postoperatorio. *Revista de calidad asistencial*, 215-221. Recuperado en [http://alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/\[in=enfispo2.in\]/?format=breve&boolean=%5BNR:1134282X](http://alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/[in=enfispo2.in]/?format=breve&boolean=%5BNR:1134282X)
4. Aréchega-Ornelas, G. (2010). Abordaje multimodal para el manejo del dolor agudo. *Revista Mexicana de Anestesiología* , S18-S21.
5. Borgdorff, P. (2008). Postoperative pain management: Pain is a common concern for patients about to undergo surgery. *CME* , 134-136.
6. Covarrubias Gómez, A. (2013). El manejo del dolor agudo postoperatorio una década de experiencias. *Revista Mexicana de Anestesiología* , S179-S182.
7. Díaz Mori, E. P. (2009). Analgesia preventiva frente analgesia postoperatoria con tramadol subcutáneo en colecistectomía laparoscópica en el Hospital Nacional: Universidad Nacional de San Agustín- Peru. Recuperado http://www.medicina.usmp.edu.pe/academico/postgrado/publicaciones/tesis/residentado/anestesiologia/art_7_resumen.php
8. Esteve Pérez, N. (2009). Analgesia postoperatoria en cirugía mayor: ¿es hora de cambiar nuestros protocolos? *Revista de la Sociedad Española del Dolor* , 239-245.
9. Esteve, N. (2008). Seguridad y efectividad del tratamiento del dolor agudo postoperatorio: seguimiento de 3.670 pacientes . *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* , 541-547.
10. Gallardo, J. (2010). El dolor postoperatorio: pasado, presente y futuro. *Revista Chilena de Anestesia* , 39: 69-75.

11. García, G. D. (2012). tendencias de prescripción en el control del dolor en un Hospital de Ortopedia y Traumatología. *Revista Mexicana de Anestesiología* , 40-45.
12. Machado Alba, J. (2012). Evaluación del manejo del dolor postquirúrgico en pacientes adultos de una clínica de tercer nivel de pereira Colombia. *Red de Revistas Científicas de America Latina, el Caribe, España y Portugal* , 547-559.
13. Machado-Alba, J. E. (2013). ¿Estamos controlando el dolor posquirúrgico? *Revista Colombiana de Anestesiología* , 41(2):132-138.
14. Mancintyre, P. (2010). Acute Pain Management: Scientific Evidence. *Australian and New Zealand College of Anesthetists and Faculty of Pain Medicine*.ANZCA&FPM:Melbourne .
15. Montes, A. (2008). Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* , 75-82.
16. Muñoz, J. (2010). Manual del dolor agudo postoperatorio. Madrid: Editorial Ergon.
17. Ovalle, T. (2011). Prevalencia del dolor postoperatorio en cirugía electiva de pacientes del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* , 18:91-97.
18. Vásquez, M. C. (2011). *Manejo del dolor postquirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía y gineco-obstetricia del Hospital Homero Castamer Crespo de la ciudad de Azogues, durante el año 2011*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
19. Vergés, M. (2009). Nuevas Tendencias en el tratamiento del dolorpostoperatorio en cirugía general y digestiva. *Cirugía Española* , 63-71.
20. White, P. F. (2010). Improving Postoperative pain Management: What Are the Unresolved Issues? *Anesthesiology* , 112:220-5.
21. Comisión Farmacoterapéutica, Hospital General CSU Vall d'Hebron (s.f). Protocolo de tratamiento del dolor postoperatorio. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/protocolo_dolor_postop.pdf.

ANEXOS

8. ANEXOS

Anexo I

Loja, 05 julio del 2011

Doctora
María Pilar Bandrés
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE MEDICINA
Presente

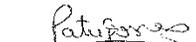
De mi consideración:

Por medio del presente me permito solicitar la aprobación del proyecto de tesis adjunto denominado: **EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DOCENTE UTPL DURANTE JULIO - DICIEMBRE DEL 2011**, luego de haber realizado la revisión y análisis con el docente sugerido como director de tesis.

Por la pronta y favorable atención al presente, le reitero mi sincero agradecimiento.

Atentamente,


Patricio R. Espinosa Jaramillo
Tesisista


Dra. Patricia González
Docente Tutor

Firma: DIRECTOR DE CITES

Visto Bueno Dirección Escuela

F) 
Dra. María Pilar Bandrés
Fecha: 12/07/2011



Anexo II



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN PACIENTES
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DOCENTE UTPL DURANTE JULIO - DICIEMBRE
DEL 2011

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Patricio Rafael Espinosa Jaramillo profesional en formación de la escuela de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, solicito su colaboración para la aplicación de una encuesta, que tiene por objetivo saber sobre la intensidad de dolor que siente después de la cirugía, mediante preguntas sencillas y cuyos datos serán utilizados para la elaboración de mi trabajo de fin de titulación cuyo tema es "EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UTPL DURANTE JULIO - DICIEMBRE DEL 2011" por lo que espero contar con su aceptación.

Yo,....., con número de cedula....., expreso que se me ha informado sobre el formulario a responder, y la utilización de los datos obtenidos, por ello otorgo mi consentimiento a la realización del cuestionario.

Firma del Paciente

Anexo III



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

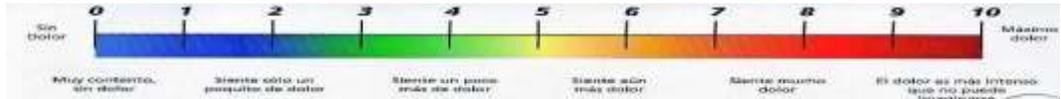
Estimad@, la presente tiene como objetivo recolectar datos los cuales serán utilizados en el proyecto de investigación denominado “EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN PACIENTES DEL HOSPITAL UTPL DURANTE JULIO - DICIEMBRE DEL 2011”, de antemano gracias por su colaboración.

Edad:_____ Sexo: Masculino () / Femenino ()

- 1) En relación con la siguiente escala, ¿Cómo valoraría el dolor que está sintiendo en este momento?



- 2) De acuerdo con esta escala, ¿Al momento que usted camina o se moviliza la intensidad de su dolor es?



- 3) Considera usted que el tratamiento del dolor ha sido:

- Muy Inadecuado ()
- Inadecuado ()
- Algo Adecuado ()
- Adecuado ()
- Muy Adecuado ()

- 4) En algún momento después de su cirugía usted ha presentado alguno de los siguientes signos o síntomas:

- Náusea ()
- Vómito ()
- Acides Estomacal ()
- Dolor de Cabeza ()
- Picazón ()
- Temblor ()
- Sensación de Vértigo ()
- Sequedad de la Boca ()
- Estreñimiento ()
- Intranquilidad ()
- Sensación de Llenura ()
- Mareo ()
- Otros () ¿Cuál? _____

FICHA DE OBSERVACIÓN

Fecha de la Cirugía: ____/____/2011 N° Hist. Clínica _____

Edad: _____ Sexo: M () F () Peso: _____ kg

CIRUGÍA REALIZADA

Tipo de Cirugía: Planificada () Emergencia ()

Tiempo Quirúrgico: _____

PRESENCIA DE:

- DRENES: SI () NO ()
- SONDA NASOGÁSTRICA: SI () NO ()
- SONDA VESICAL: SI () NO ()
- OTROS:

ANESTESIA: General () Raquídea () Peridural () OTRA:

.....

ANALGESIA ADMINISTRADA:

	FARMACO	VIA	DOSIS
Antes de la Cirugía			
Durante la Cirugía			
Recuperación			
Primer día			
Segundo día			

OTROS TECNICAS ANALGESICAS:

Medios Físicos:

Otros:

.....

OBSERVACIONES:

Nombre del Investigador: Fecha de Toma de datos:...../...../.....

Anexo IV

PROTOCOLO DE MANEJO PARA EL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN ADULTOS

1. OBJETIVO

Evitar la aparición de dolor postoperatorio y aliviarlo rápidamente cuando se presente.

2. RESPONSABLES

El presente protocolo va dirigido a Médicos anestesiólogos, Médicos Tratantes, Médicos Residentes y personal de Enfermería.

3. DEFINICIÓN GENERAL DE DOLOR

La Asociación Internacional de Estudio del Dolor, conceptualiza el dolor como una "sensación no placentera y una experiencia emocional asociada a un daño tisular actual o potencial, o descrito en los términos de dicho daño", constituyendo el dolor postoperatorio como una de las formas más prevalentes de dolor agudo en el medio hospitalario, y su tratamiento, uno de los problemas terapéuticos más comunes, aún sin resolver (Mancintyre, 2010)

El inadecuado manejo inicial del dolor agudo complica el pronóstico, aumenta los costos hospitalarios, favorece el paso a la cronicidad, aumenta el discomfort e insatisfacción del paciente.

4. TIPO DE INTERVENCIÓN

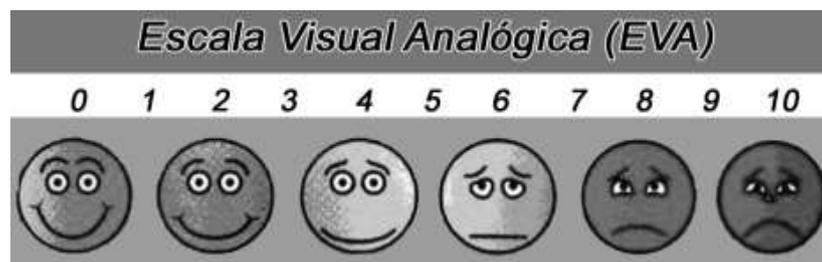
En este protocolo se distingue entre dolor intenso, moderado o leve. En cada Servicio y para cada tipo de cirugía hay algunas intervenciones que se consideran más dolorosas que otras. En cualquier caso, una proporción de los pacientes postoperados ingresados en nuestro centro padece dolor postoperatorio. Disponemos de fármacos analgésicos suficientes para evitar este dolor. En general los analgésicos derivados opiáceos se deben reservar para los casos de dolor intenso. Los otros analgésicos incluidos en este protocolo: metamizol, diclofenaco,

salicilatos, paracetamol; tienen una eficacia suficiente si se dan en las pautas recomendadas y las principales diferencias entre ellos tienen relación con la duración de sus efectos y con su perfil de efectos indeseables.

Durante el período postoperatorio puede haber otras causas específicas de dolor que pueden merecer un tratamiento específico (por ejemplo, dolor por globo vesical debido a una obstrucción de la sonda, dolor a la defecación producido por hemorroides, etc.). En estos casos se deben aplicar todas las medidas que puedan disminuir la incidencia de estos problemas; es especialmente conveniente que los pacientes con hemorroides y estreñimiento reciban un laxante apropiado; asimismo, en caso de hemorroides los baños de asiento pueden mejorar las molestias.

5. EVALUACIÓN DEL DOLOR AGUDO

La evaluación del dolor debe ser realizada por personal de salud entrenado basándose en métodos simples, estandarizados y que puedan reproducirse y registrarse, a fin de evitar una sobre estimación del mismo, una herramienta útil para ello es la Escala Visual Análoga (EVA) la cual brinda una cuantificación objetiva del dolor, permitiendo describir la intensidad del mismo.



Fuente: (Rodríguez, 2009)

La manera adecuada es preguntando o mostrando una regla: ¿Cuánto dolor tiene usted de 0 a 10? Si 0 es nada de dolor y 10 es el peor dolor imaginable. Se debe realizar la evaluación en reposo, en inspiración profunda, provocando tos y a los cambios de posición.

6. PAUTA BÁSICA DE TRATAMIENTO EN SALA

El **metamizol (dipirona)** es el analgésico de elección. Se dan 2000 mg cada 6-8 h en perfusión por vía i.v. lenta (disueltos en 100 ml de suero fisiológico, que se pasan en 10-15 min) o i.m.

En el Hospital se dispone de otros analgésicos igualmente eficaces en esta situación. Antes de prescribir un analgésico, se debe hacer una anamnesis simple para decidir si se debe modificar la pauta básica con metamizol. Si el paciente (ver apartado 10):

- Tiene más de 70 años
- Tiene o ha tenido enfermedad ulcerosa gastroduodenal
- Presenta un riesgo de depresión respiratoria (asmáticos, bronquíticos crónicos)
- Tiene una hepatopatía
- Recibe anticoagulantes (orales o heparina)
- Presenta antecedentes de hipersensibilidad a los aine o a las pirazolonas

Cuando no se consigue el efecto deseado con metamizol, se debe dar un analgésico de rescate. Si persiste un dolor leve o moderado, es preferible acortar los intervalos de administración (a 6 horas si se daba cada 8 horas); si el dolor es intenso, se debe dar un derivado opiáceo. Recíprocamente, si es necesario un analgésico de rescate para un paciente tratado con morfina o buprenorfina, se puede dar metamizol.

7. CONSIDERACIONES GENERALES

- El dolor se puede evitar totalmente con fármacos analgésicos, con frecuencia los pacientes padecen dolor porque reciben un tratamiento insuficiente.
- Cada paciente puede tener un dintel doloroso diferente y una respuesta más o menos favorable a los analgésicos.

- Los sedantes nunca son sustituidos de analgésicos. Con su administración el paciente puede estar más sedado o adormecido, pero no dejan de tener dolor.
- Siempre que sea posible es primordial dar analgésicos por vía oral. Si esto no es posible, se deben emplear las vías i.m o i.v
- La eficacia de un analgésico es mayor cuando se administra para prevenir la aparición de un dolor esperable, y menor cuando se administra para tratar un dolor ya establecido.
- El mejor efecto analgésico se obtiene utilizando los fármacos en dosis e intervalos adecuados, con una pauta prefijada “analgésicos si dolor” a fin de evitar la angustia y el disconfort del paciente.
- No se debe sobre estimar la duración de los efectos analgésicos

Fármaco	Duración analgésia
Morfina 0,1-0,15 mg/kg	4-6 horas
Metamizol 2000mg	6-8 horas
Ácido acetil salicilico 1000mg	4-6 horas
Paracetamol 1000mg	4-6 horas
Diclofenaco 75mg	4-6 horas
Codeína 30-60mg	4-6 horas
Tramadol 100mg (2ml)	6-8 horas

- Excepto cuando el dolor tenga un origen múltiple en este caso las asociaciones resultan beneficiosas.
- Los opiáceos se deben emplear en función del origen y la intensidad del dolor, no de la gravedad de la enfermedad.

8. MANEJO TERAPAEUTICO

- La base fundamental en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio es utilizar un enfoque multimodal que consiste en combinar fármacos y técnicas analgésicas lo

cual permite potenciar el efecto analgésico, brindando una mejor analgesia postoperatoria con menos efectos colaterales.

- Lograr EVA menor o igual a 4 en reposo y menor o igual a 5 en movimiento.
- Iniciar terapia analgésica idealmente en el periodo preoperatorio de preferencia con medicación endovenosa.
- Se combina el uso de: AINES, opioides y anestésicos locales.

AINES: Ketorolaco amp. 30mg, Metamizol amp. 1gr, Diclofenaco amp. 75 mg.

- Ketorolaco: 30mg iv cada 6 o 8 horas. Precaución en pacientes con riesgo de hemorragia y alteraciones en la función renal.
- Metamizol: 1 a 2 gr cada 8 horas. Puede causar hipotensión durante su administración.
- Diclofenaco: 75mg cada 12 horas.

OPIOIDES: Utilizar esta clase de fármacos si la intensidad de dolor que presenta el paciente de acuerdo a EVA en reposo es mayor o igual a 5, a pesar de administración previa de AINES.

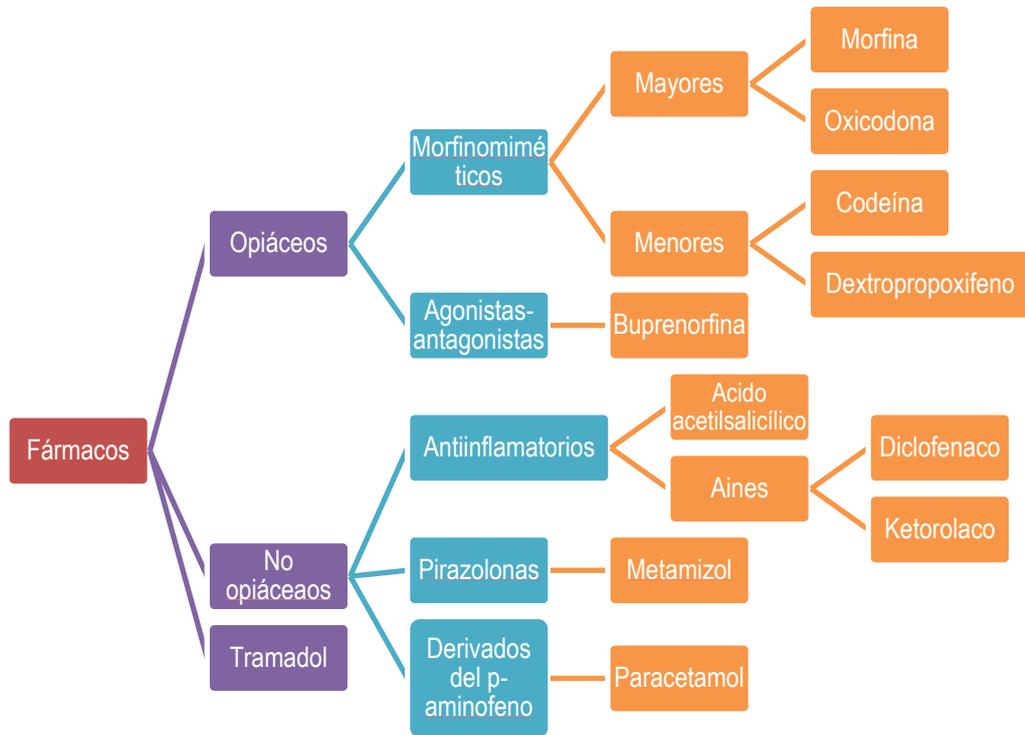
- Tienen acción analgésica mayor y dosis dependiente.
- Pueden producir varios efectos adversos: sedación, depresión respiratoria, retención urinaria, constipación, prurito, náuseas, vómitos, espasmo del esfínter de Oddi; por lo tanto es importante monitorizar al paciente constantemente (oximetría, evaluar frecuencia respiratoria y grado de sedación)

- Frecuencia respiratoria menor a 12 por minuto en adultos = depresión respiratoria significativa, la que demanda al menos observación y aporte de oxígeno.
- Frecuencia respiratoria menores = suspensión de opiodes, reducción de la dosis o reversión con antagonista (NALOXONA IV 0,1 - 0,2mg, incrementandose tras 2 min en 0,1 mg si fuera necesario)
- Morfina: 2-3 mg iv c/15 a 20 minutos hasta lograr EVA \leq 3 en adultos.
- Fentanyl: Uso endovenoso en periodo post-operatorio en bolos de rescate de 0,5 a 1 mg/kg dosis.
- Tramadol: 100 mg iv lentamente o en solución por goteo. **Vía I.M.:** 100 mg cada 6 a 8 horas. En adultos se recomienda que la dosis total no exceda los 400 mg/día; sobre 18 años de edad: 0.7 mg/kg por dosis. *Dosis máxima:* 5.6 mg/kg.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE OPIOIDES Y SU TRATAMIENTO

- Nauseas y vómitos: metoclopramida 10mg iv, dexametasona 4-8mg iv, ondansetron 4-8mg iv.
- Depresión respiratoria: naloxona 80ug iv (2-5ug/kg c/5 min), oxígeno suplementario, evaluar necesidad de ventilación asistida.
- Retención urinaria: Sondaje vesical.

9. CLASIFICACIÓN DE LOS ANALGÉSICOS DISPONIBLES EN EL HOSPITAL



10. ELECCIÓN DEL ANALGÉSICO EN DETERMINADAS SITUACIONES CLÍNICAS

- Si el paciente tiene más de 70 años, aumenta la susceptibilidad a los efectos depresores centrales de los opiáceos. También aumenta el riesgo de hemorragia gastrointestinal por ácido acetilsalicílico (AAS) o por diclofenaco. Por lo tanto, son preferibles el metamizol o el paracetamol.
- En caso de antecedente de enfermedad ulcerosa gastroduodenal, están contraindicados el ácido acetilsalicílico y el diclofenaco. En esta circunstancia es preferible optar por el metamizol, el paracetamol y/o opiáceos y evitar el uso del AAS o el diclofenaco con un antihistamínico H₂, porque éste último no tiene un efecto preventivo garantizado. Se

debe evitar completamente el uso de omeprazol por vía i.v., debido al riesgo de vasculitis, a veces con resultado grave (ceguera).

- c. En pacientes con riesgo de depresión respiratoria grave (asmáticos, bronquíticos crónicos) es preferible no administrar opiáceos.
- d. En caso de hepatopatía avanzada están contraindicados los derivados opiáceos (porque pueden precipitar encefalopatía hepática) y el paracetamol (en pacientes alcohólicos dosis de 3-4 g ya pueden ser hepatotóxicas). La administración de ácido acetilsalicílico se acompaña de un mayor riesgo de hemorragia, debido a la depresión del complejo protrombínico que presentan estos pacientes.
- e. En principio los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica mayor (anestesia general de más de 30 min de duración) deben recibir profilaxis de la enfermedad tromboembólica con algún tipo de anticoagulante. En pacientes que reciben anticoagulantes (orales o heparina) se debe evitar el uso de ácido acetilsalicílico y de acetilsalicilato de lisina, porque tienen un efecto antiagregante plaquetario de 5-7 días de duración y se incrementa el riesgo de sangrado. El diclofenaco y otros antiinflamatorios también tiene acción antiagregante plaquetaria, pero ésta es breve y reversible. El metamizol, el paracetamol y los opiáceos no incrementan el riesgo de sangrado.
- f. Si el paciente tiene antecedente de hipersensibilidad a los AINE o a las pirazonas, se debe escoger el paracetamol y/o codeína (30 mg cada 4 a 6 h). No obstante, un 10% de los pacientes con este antecedente también puede presentar una reacción anafiláctica después de la administración de paracetamol. Metamizol, ácido acetilsalicílico y diclofenaco están contraindicados, debido al riesgo de broncoespasmo y de otras reacciones pseudoanafilácticas: edema de laringe, hipotensión e incluso shock. Estas reacciones se observan sobre todo en pacientes con antecedentes de poliposis nasal y/o asma. Generalmente, cuando aparecen, hay sensibilidad cruzada entre ácido acetilsalicílico, otros antiinflamatorios no esteroideos y metamizol. Por lo tanto, en estos casos son preferibles los derivados opiáceos.

- g. En pacientes con dolor que no responde a los analgésicos mencionados, se debe revisar el diagnóstico y replantear el origen del dolor; se puede consultar al Servicio de Anestesia y Reanimación.