

# EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO EN PACIENTES ADULTOS DE UNA CLÍNICA DE TERCER NIVEL DE PEREIRA COLOMBIA

Jorge E. Machado Alba\*, \*\*, Ana Milena Quintero\*\*, Manuel Fernando Mena García\*\*, Carlos Andrés Castaño Carmona\*\*, Edward Mauricio López Saldarriaga\*\*, Danna Carolina Marín Zuluaga\*\*, Víctor Alfredo Marulanda Quiceno\*\*, Johnny Mejía Acevedo\*\*

## Resumen

*El dolor es la primera manifestación clínica del postoperatorio.*

**Introducción:** evaluar el nivel de dolor percibido por pacientes adultos en el postquirúrgico mediante una Escala Visual Analógica en la Clínica Los Rosales de Pereira.

**Métodos:** estudio de corte transversal en pacientes mayores de 18 años. Se valoró la intensidad del dolor en el postoperatorio a las 4 horas y a las 24 mediante Escala Visual Analógica (EVA). Se consideraron las variables sociodemográficas (edad, sexo, régimen de salud), clínicas (tipo de anestesia y cirugía que se clasificaron como de bajo, medio y alto riesgo) y farmacológicas (analgésicos prescritos a las 4 y 24 horas, asociaciones, dosis e intervalos).

**Resultados:** el 51,1% de los pacientes no tenía controlado el dolor a las 4 horas y el 30,9% a las 24 horas. Las variables esquema analgésico con tramadol+dipirona, y aparición de náuseas se asociaron de manera estadísticamente significativa con la falta de control de dolor a las 4 horas, mientras que el uso previo de corticoides, sexo y nivel socioeconómico se asociaron con falta de control a las 24 horas.

**Conclusiones:** la ineficacia de la analgesia empleada en el postquirúrgico se puede asociar a fallas en la selección del medicamento y de la pauta de dosificación.

**Palabras clave:** Dimensión del Dolor, Analgésicos, Analgésicos Opioides, Guía de Práctica Clínica.

\* Departamento de Farmacoepidemiología. Audifarma S.A., Pereira, Colombia.

\*\* Grupo de Investigación en Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia. Departamento de Ciencias Básicas, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia: [jorge@audifarma.com.co](mailto:jorge@audifarma.com.co)

# EVALUATION OF PAIN MANAGEMENT IN POST SURGICAL ADULT PATIENTS IN A THIRD LEVEL HOSPITAL IN PEREIRA, COLOMBIA

## Abstract

**Introduction:** pain is the first clinical demonstration of post-surgery. To evaluate the level of perceived pain by adult patients in post-surgery thru a Visual Analogical Scale in the Clinica Los Rosales in Pereira.

**Methods:** transversal cut study in patients 18 years and older. The intensity of pain in post-surgery after 4 hours and again after 24 hours was evaluated thru the Analogical Visual Scale (EVA). Variables such as sociodemographic (age, sex, health regime), clinical (type of anesthesia and surgery which were qualified as low medium and high risk) and pharmacological (prescribed analgesics at 4 and 24 hours, associations, dosage and intervals) were considered.

**Results:** 51.1% of the patients had no control over pain at 4 hours after surgery and 30.9% at 24 hours. The scheme of analgesic variables with Tramadol/Dipyron and the forthcoming of nausea were associated in a significant statistical manner with the lack of control of pain within 4 hours of surgery, while the previous use of corticosteroids, sex and socioeconomic level were associated with the lack of control at 24 hours.

**Conclusions:** the inefficiency of the analgesic used in the post-surgery could be associated with flaws in the selection of the medication and the dosage guidelines.

**Keywords:** Pain Measurement, Analgesics, Analgesics Opioid, Practice Guidelines, Anti - inflammatory.

# AVALIAÇÃO DO TRABALHO ANTE A DOR PÓS-CIRÚRGICA EM PACIENTES ADULTOS EM CLÍNICA DE TERCEIRO NÍVEL DE PEREIRA COLÔMBIA

## Resumo

**Introdução:** a dor é a primeira manifestação clínica do pós-operatório. Avaliar o nível da dor sentida por pacientes adultos no pós-cirúrgico mediante uma Escala Visual Analógica na Clínica 'Los Rosales' de Pereira.

**Métodos:** estudo de corte transversal em pacientes maiores de 18 anos. Valorizou-se a intensidade da dor no pós-operatório às 4 horas e às 24, mediante Escala Visual Analógica (EVA). Foram consideradas as variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, regime de saúde), clínicas (tipo de anestesia e cirurgia que se classificaram como de baixo, médio e alto risco) e farmacológicas (analgésicos prescritos as 4 e às 24 horas, associações, doses e intervalos).

**Resultados:** 51,1 dos pacientes não tinha controlado a dor às 4 horas; 30,9%, às 24. As variáveis esquema analgésico com tramadol+dipirona, e a aparição de náuseas se associam de forma estatisticamente significativa com a falta de controle da dor às 4 horas, enquanto que o uso prévio de corticoides, sexo e nível socio-econômico se associaram com falta de controle às 24 horas.

**Conclusões:** a ineficácia da analgesia empregada no pós-cirúrgico pode ser associada a falhas na seleção do medicamento e na pauta da dosagem.

**Palavras chave:** Dimensão da Dor, Analgésicos, Analgésicos Opioides, Guia de Prática Clínica.

## Introducción

El dolor es uno de los principales síntomas de consulta y es la primera manifestación clínica del postoperatorio, y debido a que este es un indicador vital de complicaciones postquirúrgicas, cabe resaltar que un adecuado manejo conducirá a la disminución de comorbilidades, mortalidad y tiempo de estancia hospitalaria (1, 2). En 1996 la Asociación Americana del Dolor introdujo la frase “el dolor como el 5to signo vital” con lo cual se empezó a considerar al dolor como un indicador de las condiciones del paciente, tan importante como los signos vitales convencionales; además el dolor asociado a otros signos y síntomas es un importante predictor de complicaciones postquirúrgicas (3). Es indudable el beneficio que se obtiene con el tratamiento del dolor postoperatorio, dado que se afirma que con la apropiada prevención y el adecuado tratamiento, se podría disminuir en un 9,6% la duración media de la estancia postoperatoria tras la anestesia general (2).

La infravaloración es una causa importante del insuficiente manejo del dolor. Las pautas analgésicas utilizadas en los servicios quirúrgicos tienen mayor relación con las costumbres del médico que con la magnitud del dolor manifestado por el paciente (4, 5, 6). Se ha considerado que los pacientes intervenidos en nuestro medio son manejados tímidamente y se tiene evidencia del temor de los médicos al uso de opioides (7). En la práctica médica puede haber una baja calidad asistencial en el tratamiento del dolor, debido entre otras causas a problemas organizativos, falta de tiempo, falta de motivación, complejidad en el manejo, dificultad para medir el dolor o escaso conocimiento de los mecanismos de acción de los distintos

analgésicos y en general del tratamiento global del dolor (8).

La valoración de la intensidad del dolor postoperatorio ha sido medida a través de la escala visual analógica (EVA), instrumento que considera la percepción que tiene el paciente de la intensidad de dolor que está teniendo en el momento en que es interrogado y que ha servido para medir la efectividad de las intervenciones que se utilizan para aliviar este síntoma (9).

Se pretendió evaluar mediante una EVA la percepción que tienen los pacientes adultos de la Clínica Los Rosales en el post quirúrgico a las 4 y 24 horas, y las variables que se asocian con el control del dolor o la falta de dicho control, a fin de optimizar el manejo de este síntoma en el postoperatorio.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio prospectivo de corte transversal en la Clínica Los Rosales de Pereira, Colombia, en una población de pacientes mayores de 18 años intervenidos quirúrgicamente, entre las 7:00 am y las 5:00 pm, desde el 1° de abril hasta el 1° de julio del año 2011. La valoración de la intensidad del dolor postoperatorio se realizó a través de una EVA en milímetros (mm), donde el 0 y el 100 representan valores absolutos y son categorías independientes. Se tomaron los siguientes valores de referencia: 0 mm como ningún dolor, 1-19 mm dolor muy leve, 20-39 mm dolor leve, 40-59 mm dolor medio, 60-79 mm dolor fuerte, 80-99mm dolor muy fuerte y 100 mm como el peor dolor posible, y se definió como dolor no controlado los valores superiores a 40 mm (9-11). Cabe anotar que la

clínica no cuenta con guías ni protocolos de manejo del dolor postoperatorio.

La evaluación se hizo a las 4 horas y 24 horas posteriores a la finalización del procedimiento quirúrgico, con la intención de valorar el manejo del dolor por parte del anestesiólogo en el postquirúrgico inmediato, y el manejo ulterior en el piso donde quedase hospitalizado el paciente por parte del cirujano o médico tratante. Se excluyeron los pacientes imposibilitados para realizar el test que presentaron: déficit neurológico, déficit o trastornos motores incapacitantes, retraso mental y trastornos mentales graves.

La información del paciente se obtuvo en la entrevista elaborada por intermedio de estudiantes de medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira, debidamente entrenados para tal fin. Además se accedió a la historia clínica del paciente y a la respectiva nota quirúrgica. Todos autorizaron su participación mediante la firma de un *consentimiento informado*. Se empleó un instrumento de recolección de la información elaborado por los investigadores, que tuvo en cuenta las siguientes variables:

Sociodemográficas y toxicológicas previas: como edad, sexo, estado civil (solo o acompañado), régimen de salud (contributivo o subsidiado), nivel socioeconómico, nivel educativo (primaria, secundaria, superior), lugar de residencia (urbana o rural), consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas, antiinflamatorios no esteroideos, corticosteroides y antidepresivos.

VARIABLES CLÍNICAS: a) tipo de cirugía: nombre del procedimiento quirúrgico (ej. cirugía general, ortopédica, etc.); b) complicaciones durante la cirugía y com-

plicaciones postquirúrgicas, c) el tipo de anestesia (general inhalada, intravenosa, regional, etc.), d) riesgo estimado de la cirugía (bajo, moderado y alto) donde bajo riesgo, se definió como cirugía mínimamente invasiva con pérdidas sanguíneas inferiores a 200 cc; moderado riesgo, procedimientos moderadamente invasivos con intercambio de fluidos, pérdidas potenciales de sangre de hasta 1000 cc, y mortalidad/morbilidad moderada relacionada con el procedimiento; alto riesgo para los procedimientos altamente invasivos: procedimientos radicales o extensos en el abdomen superior, torácicos o intracraneales. Pérdidas potenciales de sangre superiores a 1000 cc y mortalidad/morbilidad significativa, asociada con el procedimiento.

VARIABLES FARMACOLÓGICAS: a) medicamentos prescritos en el postoperatorio inmediato hasta las 4h y medicamentos prescritos en las primeras 24h, agrupados por clase; b) su utilización como monoterapia y terapia combinada; c) la dosis en mg; d) el intervalo de aplicación de cada uno; e) las reacciones adversas medicamentosas asociadas y f) el uso de premedicación analgésica. Para determinar el cumplimiento de la medicación, se compararon las dosis con los valores de referencia dados por los fabricantes y con la pauta de dosificación recomendada.

El protocolo fue sometido a la aprobación del Comité de Ética Médica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira en la categoría de “investigación sin riesgo”, según la resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

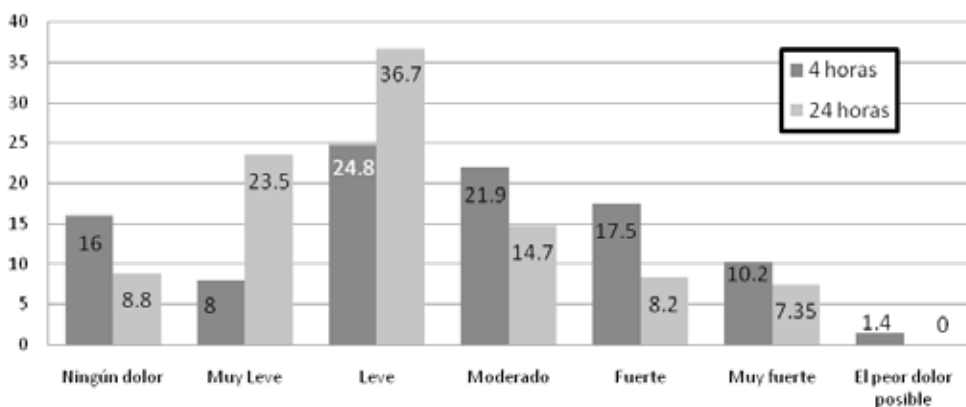
La información obtenida en el trabajo se tabuló en una base de datos y para el análisis se empleó el paquete estadístico SPSS 19 para Windows. Se emplearon las pruebas *t de student* o *ANOVA* para la comparación de variables cuantitativas y la prueba de  $\chi^2$  para comparar las variables categóricas. Se aplicaron modelos de regresión logística usando como variable dependiente el control del dolor y como variables independientes aquellas que fueron significativas en el análisis bivariado. Se determinó un nivel de significancia estadística de una  $p < 0,05$ .

## Resultados

Se evaluaron un total de 142 pacientes intervenidos, de los cuales el 52,8% fueron mujeres y 47,2% hombres, con una edad promedio de  $41,9 \pm 16,0$  años (rango: 18 a 84 años). El cuadro 1 resume las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de este estudio, donde se puede observar que la mayoría fueron de régimen contributivo, nivel socio económico medio, del área urbana de Pereira, con bajo consumo de alcohol, tabaco y medicamentos analgésicos. Además se presentaron

pocas complicaciones postquirúrgicas ( $n=1$ ) (Cuadro 1).

La evaluación analgésica mediante la EVA se obtuvo en 137 pacientes a las 4 horas, encontrándose que la media en el nivel de dolor fue de 38,3 mm con un total de 51,1% de pacientes sin control del síntoma ( $EVA \geq 40$ mm); 48,9% controlados ( $EVA < 40$ mm); por otro lado, la evaluación a las 24 h se obtuvo solo sobre 68 pacientes con un nivel de dolor promedio de 30,9 mm y se encontraron 30,9% de pacientes sin control del síntoma y 69,1% controlados. Sumado a esto se halló que 7,0% exigieron analgesia durante el periodo de hospitalización como consecuencia de la intensidad del dolor. Un total de 14,7% pacientes no tuvieron controlado el dolor en los dos momentos en que fue evaluado. La distribución de los pacientes según el rango de dolor encontrado en la valoración, se puede observar en la figura 1; en el cuadro 2 se agrupan los analgésicos y sus asociaciones ordenadas por frecuencia de uso para el manejo del dolor, tanto a las 4 horas como a las 24 horas, donde la dipirone fue el analgésico más empleado en monoterapia y en terapia combinada, y el tramadol el opioide más utilizado. (Figura 1)



**Figura 1.** Porcentaje de pacientes según intensidad del dolor, a las 4 y 24 del post operatorio, en 142 pacientes de la Clínica Los Rosales de Pereira, 2011.

**Cuadro 1.** Características socio-demográficas, médicas y quirúrgicas de 142 pacientes intervenidos en la Clínica Los Rosales, Pereira, 2011.

Características	f absoluta n=142	f relativa (%)
Género (Hombres/Mujeres)	67/75	47,2/62,8
Edad (promedio± DE)	41,9 ± 16,0 años	
Estado civil		
Soltero	44	31,0
Acompañado	98	69,0
Régimen de salud		
Contributivo	124	87,3
Subsidiado	17	12,0
Nivel educativo		
Educación primaria	29	20,4
Educación secundaria	69	48,6
Educación superior	44	31,0
Residencia		
Urbana	128	90,1
Rural	14	9,9
Nivel socioeconómico		
1/2/3/4/5	20/50/36/21/15	14,1/35,2/25,4/14,8/10,6
Antecedentes personales		
Tabaquismo	19	13,4
Alcohol	18	12,7
Antecedentes farmacológicos		
AINEs	13	9,2
Antidepresivos	7	4,9
Glucocorticoides	2	1,4
Tipo de cirugía		
Plástica	30	21,1%
Ginecológica	30	21,1%
Ortopedia	29	20,4%
General	27	19,0%
Urología	10	7,0%
Laparoscópica	8	5,6%
Neurocirugía	5	3,5%
Vascular periférica	2	1,4%
Cardiovascular	1	0,7%
Premedicación anestésica		
Si/no	19/123	11,9/88,1
Tipo de anestesia		
General IV	44	31,0%
Conductiva	40	28,2%
General inhalada	30	21,1%
Regional	17	12,0%
Regional IV	8	5,6%
Local	3	2,1%

**Cuadro 2.** Medicamentos y esquemas más empleados en el post quirúrgico de 142 pacientes atendidos en la Clínica Los Rosales de Pereira.

Analgésicos empleados	4 horas n = 137	24 horas %	n = 68	%
Dipirona inyectable	94	68,6	54	79,4
Tramadol inyectable	37	27,0	20	29,4
Diclofenaco inyectable	30	21,9	13	19,1
Acetaminofen	23	16,8	3	4,4
Morfina inyectable	17	12,4	6	8,8
otros AINEs	12	8,8	0	0
Esquemas empleados con mayor frecuencia				
Solo analgésico antipirético	30	21,1	18	12,7
AINE + analgésico antipirético	29	20,4	12	8,5
Tramadol + analgésico antipirético	29	20,4	20	14,1
Opioide Fuerte + analgésico antipirético	8	5,6	3	2,1
Opioide Fuerte	6	4,2	5	3,5

### Comparación de pacientes con dolor controlado versus no controlado

En los cuadros 3 y 4 se presentan los resultados de los análisis bivariados que permiten hacer la comparación del subgrupo de pacientes con control del dolor Vs. aquellos sin control a las 4 y 24 horas respectivamente. Se encontró que las variables, estado civil, régimen de salud, nivel educativo, residencia, tabaquismo, consumo de alcohol, de sustancias psicoactivas, de clonidina, de AINES, o antidepresivos, el tipo de cirugía, el riesgo de la cirugía, las complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas, tipo de anestesia, el uso de premedicación analgésica, la aparición de sangrado digestivo, vómito y la coexistencia de comorbilidades como diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, depresión, epilepsia, EPOC, insuficiencia renal no se asociaron con la falta de control del dolor. Se halló que las variables presencia de náuseas y el esquema de tramadol + analgésico antipirético se asociaron de

manera estadísticamente significativa con la falta de control del dolor a las 4 horas, y las variables uso de corticoides, nivel socioeconómico y sexo se asociaron de manera estadísticamente significativa con la falta de control del dolor a las 24 horas. (Cuadro 3) (Cuadro 4)

Se evaluó también a aquellos pacientes que durante el curso de su postoperatorio (tanto a las 4 y 24 horas) no alcanzaron niveles de control del dolor, encontrándose que en estos las variables que se asociaron estadísticamente fueron el uso de tramadol + dipirona a las 24 horas ( $p=0,039$ ), incumplimiento de la dosis a las 4 horas ( $p=0,039$ ) y a las 24 horas ( $p<0,001$ ) e incumplimiento de la pauta de dosificación para las 24 horas ( $p<0,001$ ).

### Análisis multivariado

En el análisis multivariado, la variable dependiente fue la falta de control de dolor, y las variables independientes



**Cuadro 3.** Análisis bivariado de las características sociodemográficas, clínicas y farmacológicas a las 4 horas de 137 pacientes intervenidos quirúrgicamente en la Clínica los Rosales Pereira, 2011

Características	Número	Control de dolor a las 4 horas		No control del dolor a las 4 horas		Valor de p*
		Número	%	Número	%	
Exigencia de analgesia						0,019
Si	1		11,1	8	88,9	
No	65		51,2	63	48,8	
Nauseas						0,034
Si	5		26,3	14	73,7	
No	62		52,5	56	47,5	
Cumple pauta recomendada						0,04
Si	24		49,0	25	51,0	
No	30		42,3	41	57,7	
Esquema de analgésicos						
Tramadol + analgésico antipirético IV**	8		27,6	21	72,4	0,01
Solo analgésico antipirético IV	15		50,0	15	50,0	0,892
AINE + analgésico antipirético IV	14		48,3	15	51,7	0,939
Opioide Fuerte + analgésico antipirético IV	6		75,0	2	25,0	0,128
Opioide Fuerte IV	2		33,3	4	66,7	0,435

\*Valor de p mediante X2 \*\*IV: intravenoso

**Cuadro 4.** Análisis bivariado de las características sociodemográficas, clínicas y farmacológicas a las 24 horas, de 142 pacientes intervenidos quirúrgicamente en la Clínica los Rosales Pereira, 2011

Características	Número	Control de dolor a las 4 horas		No control del dolor a las 4 horas		Valor de p*
		Número	%	Número	%	
Sexo						0,008
Masculino	27		81,8	6	18,2	
Femenino	18		51,4	17	48,6	
Nivel socioeconómico						0,029
Estrato 1	7		100,0	0	0	
Estrato 2	21		75,0	7	25,0	
Estrato 3	5		41,6	7	58,4	
Estrato 4	9		69,3	4	30,7	
Estrato 5	3		37,5	5	62,5	
Uso de corticoides						0,045
Si	0		0	2	100,0	
No	45		68,2	21	31,8	

\*Valor de p mediante X2 \*\*IV: intravenoso

fueron aquellas que mostraron un nivel de significancia estadística en el análisis bivariado, pero se incluyeron otras covariables apoyadas en reportes de la literatura que pudiesen incidir en el control de dolor como fueron las demás combinaciones de analgésicos, el cumplimiento de la dosis analgésica y la pauta de administración del medicamento. Se encontró que la única variable independiente que se asoció de forma estadísticamente significativa con la falta de control del dolor a las 4 horas, fue el empleo de tramadol más analgésico antipirético (OR: 0,2; IC 95%: 0,055-0,532,  $p=0,002$ ). Para el mismo análisis multivariado a las 24 horas se incluyeron las variables sexo, nivel socioeconómico, uso previo de corticoides, cumplimiento de la dosis, el intervalo de dosificación y las combinaciones de analgésicos empleadas, pero ninguna se asoció significativamente con la falta de control del dolor.

## Discusión

A pesar de los llamados de la Organización Mundial de la Salud y de la publicación de guías clínicas basadas en la mejor evidencia, se mantiene elevada la frecuencia de dolor moderado a severo en los pacientes postquirúrgicos en todo el mundo. Los resultados de la evaluación inicial en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Pereira reflejan este problema y son similares a los descritos en otros estudios, donde la falta de implementación de guías que orienten el manejo del dolor y especialmente el fallo de evaluación de la percepción del dolor, por el paciente son una constante (3, 12).

Se encontró que la mayoría de los pacientes no tenían controlado el dolor

a las 4 primeras horas y una proporción menor tampoco lo tenían controlado a las 24 horas del postoperatorio, pero peor aún, se halló un porcentaje de pacientes que durante todo el intervalo de tiempo no lograron niveles aceptables de control de dolor. Además, un porcentaje significativo de pacientes exigió analgesia de rescate a consecuencia de la intensidad del dolor que estaban percibiendo, resultados que coinciden con varios estudios donde más del 50% de la población evaluada presentó niveles de dolor moderado a severo, y solicitó analgesia de rescate (3, 4, 6, 12-18). Adicionalmente, en este estudio se encontraron pacientes con niveles máximos de dolor según la EVA, que podían haberse evitado con un manejo apropiado y oportuno.

El medicamento más utilizado como monoterapia para el alivio del dolor fue dipirona y en terapia combinada fue la asociación de dipirona más tramadol; de manera similar a lo que ha sido reportado por algunos estudios regionales que muestran esta misma tendencia de prescripción (3, 12), pero que contrasta con países de la Unión Europea, donde lo más frecuente es la asociación de tramadol con algún AINE (19).

Debe considerarse que a las 4 horas la falta de control del dolor estuvo asociada con el esquema de tramadol más dipirona y con la pauta de dosificación, pero no con la dosis empleada, por lo que cabe preguntarse por qué no se emplean medicamentos más efectivos para su control, como la morfina o la meperidina (12). También se observó una asociación de falta de control con la aparición de náuseas, que puede estar ligada al uso de los opioides como ha sido reportado por múltiples autores (1, 6, 12, 13, 16). El pobre control del dolor a las 24 horas se

asoció a variables como género femenino, nivel socioeconómico y uso crónico de corticoides, lo cual ha sido descrito (20).

Debe contemplarse el dolor como un efecto directo de la intervención quirúrgica, por lo que es posible prevenir su aparición con la implementación temprana de analgesia, lo cual la hará más eficaz y evitará que se requieran dosis elevadas de los medicamentos y por lo tanto la aparición de algunos de los efectos indeseados asociados a estos (5, 12). El manejo adecuado del dolor se relaciona con mejor descanso nocturno del paciente, mayor movilidad, rehabilitación y alimentación precoz, menos complicaciones, menor estancia hospitalaria y mayor satisfacción por la atención sanitaria (15, 21).

Las razones que han sido reportadas para argumentar el deficiente control del dolor en otros centros hospitalarios, incluyen considerar el dolor como una condición natural a causa de la cirugía, el temor del personal sanitario y de los pacientes mismos a los efectos indeseables de los medicamentos, en especial a la posible adicción a opioides, la falta de evaluación de la intensidad del dolor mediante cualquier método, incluso las EVA, el desconocimiento de la farmacología básica de los analgésicos por parte de los prescriptores, que ignoran los intervalos correctos de dosificación de cada fármaco, la falta de actualización en conocimientos farmacológicos y técnicos del personal de salud, y finalmente la carencia de guías que garanticen el seguimiento de procedimientos analgésicos apropiados y claros (12, 15).

Entre las limitaciones de este estudio está el hecho de que la EVA solo proporciona una medida unidimensional, examinando

exclusivamente el componente sensorial, excluyendo el componente afectivo y cognitivo del paciente; además como solo se hizo monitoreo de la intensidad del dolor en 2 momentos, se desconoce cuál fue la percepción en el resto del tiempo que estuvo internado, sumado a la falta de registro de la formulación en algunas historias clínicas.

Generalmente la prescripción analgésica está dada por la experiencia y preferencia del profesional de salud. Los resultados reflejan que la ineficacia de la medicación analgésica empleada en el postquirúrgico, es debida característicamente a fallos en la selección del analgésico y en el cumplimiento de la pauta de dosificación (4, 6). Partiendo de que el dolor es una experiencia emocional subjetiva y que su génesis e intensidad puede depender de múltiples factores, tales como el tipo de cirugía, la pre-medicación anestésica, el sexo, la tolerabilidad a los medicamentos, la pauta de dosificación, la variabilidad interindividual de respuesta a los analgésicos e incluso algunos propios del personal del salud como la opiofobia, se hace necesario el diseño e implementación de guías que contemplen la naturaleza multifactorial del dolor, que lo cuantifiquen mediante instrumentos validados al menos una vez al día, registrando los resultados en la historia clínica, que procuren disminuir la ansiedad del paciente y que consideren otras técnicas para su control (analgesia epidural, bloqueos nerviosos, bombas de autoadministración de opioides entre otros), sin olvidar la importancia que tiene la selección adecuada del analgésico según la intensidad del síntoma y su empleo en la dosis definida y en el intervalo correcto que garantice que permanezca sin dolor (4, 7, 20, 22-24). La solución al problema de alivio inadecuado del dolor no solo

se relaciona con el desarrollo de nuevos fármacos o técnicas, sino con diseñar estrategias efectivas para suministrar analgesia a los pacientes, mediante la introducción de unidades de dolor agudo en los servicios de recuperación y de hospitalización postquirúrgica (12, 14, 20, 21, 25).

## REFERENCIAS

- 1 Fernández D, Gordo F, Real J, Méndez H, López S. Manejo de la analgesia postoperatoria en las primeras 24 horas en un Hospital de segundo nivel. Estudio observacional. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2006; 13:18-23
- 2 Marcote C, Santiago J, Salmerón J, Muñoz-Blanco F. Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2001; 8:194-211
- 3 Berry P, Chapman C, Covington E, Dahl J, Katz J, Miskowski C *et al.* Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments. Section II: 2001. Consultado en: [http://www.npcnow.org/App\\_Themes/Public/pdf/Issues/pub\\_related\\_research/pub\\_quality\\_care/Pain-Current-Understanding-of-Assessment-Management-and-Treatments.pdf](http://www.npcnow.org/App_Themes/Public/pdf/Issues/pub_related_research/pub_quality_care/Pain-Current-Understanding-of-Assessment-Management-and-Treatments.pdf) Hallado: 30 agosto 2011.
- 4 American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology.* 2004; 100:1573-81
- 5 Cardona E, Castaño M, Builes A, Castro G. Manejo del dolor postquirúrgico en el Hospital Universitario San Vicente de Paul de Medellín. *Rev. Col. Anest.* 2003; 31: 111-6
- 6 Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vazquez-Guerrero JC, Gil M. Estimation of the prevalence and severity of postoperative pain and relation with patient satisfaction. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2004; 11: 197-202
- 7 Dawidowicz N, Tedeschi V, De Muria M, Bujebaum P. Comentario Editorial: El dolor alarma y el dolor como carga. *Evid. actual. práct. ambul.* 2006; 9(5):130-2
- 8 Balibrea J, López-Timoneda F, Acín F, Cabero L, Moreno-González A, Ayala L. MADAI project: an epidemiologic study about the perioperative pain management and treatment. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2008; 15:4-2
- 9 DeLoach LJ, Higgins MS, Caplan AB, Stiff JL. The visual analog scale in the immediate postoperative period: intrasubject variability and correlation with a numeric scale. *Anesth Analg.* 1998; 86:102-6
- 10 Dexter F, Chestnut DH. Analysis of statistical tests to compare visual analog scale measurements among groups. *Anesthesiology.* 1995; 82:896-902
- 11 Myles PS, Troedel S, Boquest M, Reeves M. The pain visual analog scale: is it linear or nonlinear? *Anesth Analg.* 1999; 89:1517-20
- 12 Cadavid A, Mendoza J, Gómez N, Berrío M. Prevalencia de dolor agudo posoperatorio y calidad de la recuperación en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia, 2007. *IATREIA.* 2009; 22:11-5
- 13 Torres L, Calderón E, Fuentes R, de Antonio P, López-Fernández J. Tratamiento del dolor postoperatorio tras cirugía biliar con sistema PCA intravenoso. Comparación entre clonixinato de lisina, tramadol y ketorolaco. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 1998; 5:112-9
- 14 Moreno-Azcoitia M, De Andrés J, Torres L, Vidal M. Estudio Observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España. *PATHOS. Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2007; 14:550-67
- 15 Fernández-Galinski D, Gordo F, López-Galera S, Pulido C, Real J. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2007; 14:3-8

- 16 Moore RA, Derry S, McQuay HJ, Wiffen PJ. Single dose oral analgesics for acute postoperative pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9. Art. No.: CD008659. DOI: 10.1002/14651858.CD008659.pub2.
- 17 Restrepo-Garcés C, Manrique-Valencia H, Botero-Posada L. Gabapentina y Pregabalina: ¿cuál es su papel en el perioperatorio? *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2007; 14: 432-436
- 18 González-Pérez E, González-Cabrera N, Nieto-Monteagudo C, Águila D, Santiago A, Rodríguez-Santos C. Analgesia postoperatoria con tramadol epidural tras histerectomía abdominal. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2006; 13:399-405
- 19 García F, Rodríguez-Huertas F, Gutiérrez M, Bustos A, Sariego M, García-Baquero A. Propacetamol preoperatorio y dolor postoperatorio tras cirugía laparoscópica para el bloqueo tubárico. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 1999; 6:83-7
- 20 Sobrino J, Cabadas R, Rodríguez J, Ares X, Pereira J, Blanco J. Pain during the early postoperative period in outpatient major surgery (OPMS): Determining factors. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 1999; 6: 175-179
- 21 Robaina F. ¿Por qué las Unidades del Dolor deben ser multidisciplinarias? *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2005; 12:137-140
- 22 Labrada A, Jiménez-García Y. Preventive multimodal analgesia: a comparative study. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2004; 11:122-8
- 23 Ferrer A, Baena M, Montero F, Giménez I, del Rosario E, Esteve N. Analgesia postoperatoria en cirugía mayor: ¿es hora de cambiar nuestros protocolos?. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2009; 16:239-45
- 24 Amanzio M, Pollo A, Maggi G and Benedetti F. Response variability to analgesics: a role of non-specific activation of endogenous opiates. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2001; 8:378-91
- 25 Castro F, Barreto P, Gil R, Varela M, de la Iglesia A, Camba M. Ensayo clínico controlado, aleatorio, comparativo y a doble ciego para valorar el efecto preventivo de tramadol v s placebo en el tratamiento del dolor postquirúrgico ginecológico. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2000; 7:214-219