

Prevalencia de dolor agudo posoperatorio y calidad de la recuperación en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia, 2007

Adriana M. Cadavid Puentes¹, Juliana M. Mendoza Villa², Nancy D. Gómez Úsuga², Marta I. Berrío Valencia²

Resumen

Objetivo: determinar la prevalencia de dolor agudo posoperatorio moderado o severo y la calidad de la recuperación en pacientes atendidos en un hospital universitario.

Diseño: estudio prospectivo, observacional, de corte transversal, en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl (HUSVP), Medellín, Colombia.

Muestra: 112 pacientes hospitalizados, mayores de 18 años, en posoperatorio de cirugía ortopédica, torácica o abdominal.

Métodos y resultados: se evaluaron el dolor posoperatorio dinámico y en reposo mediante la *Escala Numérica Verbal* (ENV) y la *Calidad de la Recuperación* por medio de una encuesta para determinar el bienestar y la funcionalidad física y mental de los pacientes. También se tuvieron en cuenta los efectos adversos asociados a la analgesia. La tasa de prevalencia del dolor moderado en reposo fue de 31,3% y la del dolor severo, 22,3%. Para el dolor dinámico moderado y severo, las tasas de prevalencia fueron de 27,6% y 48,2%, respectivamente. La calidad de la recuperación fue buena en el 80,4% de los pacientes. Se halló relación entre el dolor severo y la peor calidad de la recuperación. Los efectos adversos reportados fueron somnolencia (44,6%), náuseas (25%), epigastralgia (17%), retención urinaria (17%) y vómito (13,4%).

Conclusiones: la tasa de prevalencia del dolor posoperatorio severo en el grupo de pacientes estudiado fue elevada y se asoció con resultados desfavorables en la calidad de la recuperación, lo cual motiva a poner en práctica estrategias que optimicen su control.

Palabras clave

Calidad de la recuperación, Dolor postoperatorio

¹ Anestesióloga, Clínica de Alivio del Dolor, Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Docente de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

² Residente de Anestesiología y Reanimación. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Correspondencia: martaberrio@gmail.com

Recibido: abril 28 de 2008

Aceptado: septiembre 12 de 2008

Summary

Prevalence of acute postoperative pain and quality of recovery at a university-affiliated hospital in Medellín, Colombia, 2007

Objective: To determine the prevalence of acute moderate or severe postoperative pain and the quality of recovery at a university-affiliated hospital.

Design: Prospective, observational, cross-sectional study at *Hospital Universitario San Vicente de Paúl* in Medellín, Colombia.

Patients: 112 hospitalized patients, older than 18 years, in the postoperative period of orthopedic, thoracic or abdominal surgery.

Methods and results: The static and dynamic postoperative pains were evaluated by means of a *Verbal Numeric Rate Pain scale*. The *Quality of Recovery* was measured with an instrument to determine the well-being and mental and physical functionality of the patients during the postoperative period. The adverse effects associated with analgesia were also taken into account. The prevalence rates of moderate and severe static postoperative pain were, respectively, 31.3% and 22.3%. For moderate and severe dynamic postoperative pain, the prevalence rates were 27.6% and 48.2%, respectively. The *Quality of Recovery* was good in 80.4% of the patients. An increase in the intensity of postoperative pain was correlated with a decrease in the quality of recovery. Adverse effects of analgesia were as follows: somnolence (44.6%), nausea (25%) epigastralgia (17%), urinary retention (17%) and vomit (13.4%).

Conclusions: The prevalence rate of severe postoperative pain was high in this group of patients and it correlated with a decrease in the quality of recovery. Strategies to improve control of postoperative pain should be implemented in our milieu.

Key words

Postoperative pain, Quality of recovery

INTRODUCCIÓN

Está demostrado que un alivio inadecuado del dolor posoperatorio (DPO) tiene consecuencias fisiológicas y psicológicas nocivas en los pacientes, aumenta las tasas

de morbilidad y mortalidad, prolonga la estancia hospitalaria y proyecta una imagen negativa del medio sanitario ante una población cada vez más informada y exigente.¹⁻⁵ Sin embargo, en estudios recientes se han hallado tasas de incidencia de DPO severo o extremo, en pacientes quirúrgicos, desde 8,4% hasta 47%.⁶⁻⁹ Lo anterior contrasta con los avances logrados en el conocimiento fisiopatológico del dolor, con el desarrollo de nuevos medicamentos y con el diseño de técnicas novedosas para su tratamiento.

Este fue un estudio diagnóstico, como primer paso para implementar un programa que busca mejorar la analgesia posoperatoria en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl (HUSVP), de Medellín, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal que muestra la prevalencia del DPO en pacientes atendidos en el HUSVP. Se encuestó en abril de 2007 a 112 pacientes mayores de 18 años, sometidos a cirugía ortopédica, abdominal o torácica. Se excluyó a los que requirieron atención especializada por la Clínica del dolor de la institución, según concepto del médico tratante, a las pacientes obstétricas, y a quienes tenían trastornos psiquiátricos, retardo mental, alteración del estado de conciencia o eran fármaco-dependientes.

Una persona ajena al proyecto de investigación aplicó la encuesta en las salas de hospitalización a las 24 horas del posoperatorio. Consta de tres partes: 1. La *Escala numérica verbal* (ENV) para DPO en reposo y dinámico. Consiste en interrogar al paciente sobre la intensidad de su dolor, diciéndole que si 0 es no tener nada de dolor y 10, un dolor insoportable, dé un número con el que relacione su dolor. Se definió el *dolor dinámico* como un dolor agudo secundario a un procedimiento quirúrgico, que se experimenta al sentarse, toser o movilizar la parte afectada. 2. Efectos adversos del manejo analgésico: náuseas, vómito, sedación, epigastralgia o retención urinaria. 3. La calidad de la recuperación mediante el instrumento CR. Este último está validado en el español colombiano^{10,11} y consiste en una encuesta que ayuda a determinar el bienestar y la funcionalidad física y mental de los pacientes en el posoperatorio. Está compuesto por tres dominios y 14 ítems, así: calidad general (8 ítems), sala de recuperación (5 ítems) y dolor (1 ítem). El punto de corte para considerar como buena la calidad de la

recuperación es de 56 o más puntos de un total posible de 70.

Se usaron la prueba de Mann Whitney en la ENV y las variables del cuestionario que son de tipo ordinal no paramétricas. Para evaluar y comparar el desenlace CR con la variable dolor, se utilizó inicialmente la prueba ANOVA y luego la T de Student.

RESULTADOS

El grupo estudiado incluyó 39 mujeres (34,8%) y 73 hombres (65,2%). La edad promedio fue 42,6 años ($\pm 18,9$). De los procedimientos realizados, 51 (45,5%) fueron ortopédicos y 61 (54,5%), torácicos o abdominales.

No hubo dolor en reposo a las 24 horas del posoperatorio en 23 pacientes (20,5%) y fue leve en 29 (25,9%), moderado en 35 pacientes (31,3%) y severo en 25 (22,3%). En cuanto al dolor dinámico no lo hubo en 12 pacientes (10,7%), fue leve en 15 (13,5%), moderado en 31 pacientes (27,6%) y severo en 54 (48,2%).

Los valores obtenidos en la ENV fueron mayores para el dolor dinámico que para el dolor en reposo, con una media de $5,8 \pm 3,1$ frente a $3,9 \pm 2,9$, respectivamente (Tabla n.º 1).

Los efectos adversos fueron somnolencia en 50 pacientes (44,6%), náuseas en 28 (25%), epigastralgia en 19 (17%), retención urinaria en 19 (17%) y vómito en 15 (13,4%) (Tabla n.º 2).

La calidad de la recuperación fue buena en 90 pacientes (80,4%). Se halló relación entre la presencia del grado máximo de dolor (severo) y la peor calidad de la recuperación: los pacientes con dolor severo presentaban puntajes de CR menores que aquellos con mejor control del DPO (Tabla n.º 3).

Tanto para el dolor dinámico como para el dolor en reposo, la CR se redujo significativamente para las intensidades de dolor moderado a severo ($p < 0,05$)

DISCUSIÓN

Para la mayoría de los pacientes sometidos a procedimientos convencionales, el control del DPO no

Tabla n.º 1. Intensidad del dolor a las 24 horas del posoperatorio

Tipo de dolor	n = 112	Porcentaje	Media (%) ENV con reporte de dolor
En reposo			
Ausente	23	20,5	
Leve	29	25,9	$3,9 \pm 2,9^a$
Moderado	35	31,3	
Severo	25	22,3	
Dinámico			
Ausente	12	10,7	
Leve	15	13,5	$5,8 \pm 3,1$
Moderado	31	27,6	
Severo	54	48,2	

Escala numérica verbal (ENV): ausente 0, dolor leve 1-3, moderado 4-6, severo 7-10

a. Prueba t para muestras relacionadas. Diferencias significativas ($t = -8,6$; $gl = 111$; $p = 0,000$)

Tabla n.º 2. Efectos adversos asociados a la analgesia hasta las 24 horas del postoperatorio

Efecto adverso	n = 112	%
Somnolencia	50	44,6
Náuseas	28	25,0
Retención urinaria	19	17,0
Epigastralgia	19	17,0
Vómito*	15	13,4

* 1 vez: n = 4; 2 veces: n = 2; 3 o más veces: n = 9.

ha sido proporcional a los avances farmacológicos y tecnológicos en la materia. A pesar de la creación de guías clínicas y consensos basados en la mejor evidencia, se mantiene elevada la frecuencia de dolor severo en los pacientes posquirúrgicos.

Los resultados de la evaluación inicial en el HUSVP reflejan este problema y son similares a los descritos

Tabla n.º 3. Variaciones de la CR según la intensidad del dolor a las 24 horas del posoperatorio

Intensidad del dolor (ENV)	Número	CR (media)	Rango	Desviación estándar	Error estándar
Dolor dinámico					
Leve o ausente	27	62,00	52-69	4,41	0,85
Moderado	31	58,32	49-68	5,30	0,95
Severo	54	59,5	44-67	5,67	0,77
Dolor en reposo					
Leve o ausente	52	61,3	50-69	4,8	0,67
Moderado	35	58,62	49-67	5,15	0,87
Severo	25	58,36	44-67	6,33	1,26

Escala numérica verbal (ENV): ausente 0, dolor leve 1-3, moderado 4-6, severo 7-10

recientemente por Valentín y colaboradores,⁹ quienes reportaron una tasa de prevalencia del 47% de dolor moderado a severo, a las 24 horas del posoperatorio en un hospital de tercer nivel.

El común denominador de los estudios que reportan tasas altas de prevalencia de DPO es que el dolor severo se presenta principalmente en los pacientes en quienes no se hacen a menudo evaluaciones para ver si existe mejoría en la sensación de dolor o efectos adversos asociados al tratamiento. Estos suelen ser los pacientes posquirúrgicos más comunes, de cirugía menor, que no son atendidos por servicios especializados en el control del dolor agudo, y que sufren con frecuencia dolor severo pues no reciben los beneficios de técnicas como la analgesia controlada por sí mismos o la epidural.^{6,9,12,13}

Lo anterior ratifica la necesidad de establecer medidas para el control del DPO en todos los pacientes. Varios estudios demuestran cómo la puesta en práctica de programas de educación dirigidos tanto al personal médico como al de enfermería, con algoritmos de manejo simples e intervenciones analgésicas farmacológicas sistemáticas, logra una merma del dolor insuficientemente tratado (ENV por encima de 3/10) en 32-64% de los casos, sin cambios en la frecuencia de efectos adversos a la medicación y con una merma leve de la incidencia de complicaciones posoperatorias.¹⁴⁻¹⁶ Esto se debe a que el éxito de la analgesia posoperatoria depende, más que de técnicas sofisticadas, de que sean adecuadas la educación, la documentación y el monitoreo del dolor, y de que se establezcan políticas claras de analgesia.^{17,18}

Por otra parte, la sola medición del dolor no es un referente adecuado para establecer un tratamiento posoperatorio óptimo. Actualmente se dispone de instrumentos validados para evaluar la *calidad de la recuperación* en este período (por ejemplo: QoR store, QoR40, 24FAQ y QI.).^{10,19-21} Tales instrumentos recogen información sobre la funcionalidad física y mental de los pacientes, los efectos adversos de la medicación y la calidad del sueño, entre otras variables.

Algunos ensayos han demostrado que existe una relación entre los niveles elevados de DPO y los puntajes desfavorables en la calidad de la recuperación.^{22,23} Nuestro estudio ratificó esa asociación, al relacionar la CR con la intensidad del dolor posoperatorio, pues encontramos una notable caída de tal indicador cuando los pacientes tenían dolor moderado o severo.

En resumen, la frecuencia de DPO en el HUSVP de Medellín, es elevada y similar a la informada en otros países. Se ha demostrado que los métodos simples para el control del dolor pueden ser muy efectivos, siempre y cuando estén asociados a una educación adecuada. Esta posibilidad genera expectativas en todos los países y justifica la puesta en práctica de estrategias de atención del dolor posoperatorio.

Conflicto de intereses

Este trabajo no tuvo ningún conflicto de interés.

Agradecimientos

Este proyecto se realizó gracias al apoyo y acogida del Hospital Universitario San Vicente de Paúl y de su

personal. Este proyecto fue ganador de la beca de "Educación en dolor para países en vías de desarrollo" de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), 2007.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Joshi GP, Ogunnaike BO. Consequences of inadequate postoperative pain relief and chronic persistent postoperative pain. *Anesthesiol Clin North Am* 2005; 23: 21-36.
2. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anesth* 1997; 78: 606-617.
3. Staats PS. The effect of pain on survival. *Anesthesiol Clin North Am* 2003; 21: 825-833.
4. Wilder-Smith OH, Arendt-Nielsen L. Postoperative hyperalgesia: its clinical importance and relevance. *Anesthesiology* 2006; 104: 601-607.
5. Chung F, Ritchie E, Su J. Postoperative pain in ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1997; 85: 808-816.
6. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003; 97: 534-540.
7. Rocchi A, Chung F, Forte L. Canadian survey of postsurgical pain and pain medication experiences. *Can J Anesth* 2002; 10: 1053-1056.
8. Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. *Br J Anaesth* 2002; 89: 409-423.
9. Valentín López B, García Caballero J, Muñoz Ramón JM, Aparicio Grande P, Díez Sebastián J, Criado Jiménez A. Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calidad. *Rev Esp Anestesiología Reanimación* 2006; 53: 408-418.
10. Myles PS, Weitkamp B, Jones K, Melick J, Hensen S. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. *Br J Anaesth* 2000; 84: 11-15.
11. Eslava-Schmalbach J, Gaitán H, Gómez C. Escala para medir la calidad de la recuperación postanestésica desde la perspectiva del usuario. *Rev Salud Pública* 2006; 8: 52-62.
12. Gali J, Puig C, Carrasco G, Roure C, Andreu C. Experiencia en el tratamiento multidisciplinar del dolor agudo postoperatorio. *Rev Calidad Asistencial* 2004; 19: 296-303.
13. Gallego J, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 197-202.
14. Harmer M, Davies KA. The effect of education, assessment and standardised prescription on postoperative pain management. The value of clinical audit in the establishment of acute pain services. *Anaesthesia* 1998; 53: 424-430.
15. Karlsten R, Ström K, Gunningberg L. Improving assessment of postoperative pain in surgical wards by education and training. *Qual Saf Health Care* 2005; 14: 332-335.
16. Salomäki TE, Hokajärvi TM, Ranta P, Alahuhta S. Improving the quality of postoperative pain relief. *Eur J Pain* 2000; 4: 367-372.
17. Rawal N. 10 years of acute pain services – achievements and challenges. *Reg Anesth Pain Med* 1999; 24: 68-73.
18. Klopfenstein CE, Herrmann FR, Mamie C, Van Gessel E, Forster A. Pain intensity and pain relief after surgery. A comparison between patients' reported assessments and nurses' and physicians' observations. *Acta Anaesthesiol Scand* 2000; 44: 58-62.
19. Gracely RH. Pain measurement. *Acta Anaesthesiol Scand* 1999; 43: 897-908.
20. Wu CL, Richman JM. Postoperative pain and quality of recovery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2004; 17: 455-460.
21. American Pain Society of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. Consensus Statement. *JAMA* 1995; 274: 1874-1880.
22. Wu CL, Rowlingson AJ, Partin AW, Kalish MA, Courpas GE, Walsh PC, et al. Correlation of postoperative pain to quality of recovery in the immediate postoperative period. *Reg Anesth Pain Med* 2005; 30: 516-522.
23. Leslie K, Troedel S, Irwin K, Pearce F, Ugoni A, Gillies R, et al. Quality of recovery from anesthesia in neurosurgical patients. *Anesthesiology* 2003; 99: 1158-1165.

