



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
(Curso académico 2016-2017).

Trabajo Fin de Grado.

**CONTROL ENFERMERO DEL DOLOR
POSTQUIRÚGICO.**

Revisión bibliográfica.

Alumno/a: Aroa Quirce Antón

Tutora: D^a Julia García Iglesias

Fecha: Junio, 2017

ÍNDICE:

1. RESUMEN:.....	2
2. INTRODUCCIÓN:.....	3
• Introducción.....	3
• Evolución histórica.....	3
• Definición.....	4
• Tipos de dolor.....	5
• Valoración del dolor.....	6
• Dolor postquirúrgico.....	8
• Tratamiento del dolor.....	10
• Recomendaciones basadas en la evidencia.....	12
• Justificación.....	14
3. OBJETIVOS:.....	15
4. MATERIAL Y MÉTODOS:.....	16
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:.....	19
6. CONCLUSIONES:.....	24
7. BIBLIOGRAFIA:.....	25

1. RESUMEN:

Introducción

El dolor postoperatorio es la queja más frecuente de los pacientes que han sufrido una intervención quirúrgica. El dolor postoperatorio no es el resultado “obligado” de una intervención, sino de una insuficiente analgesia. En los umbrales del siglo XXI se dispone de suficientes fármacos y técnicas para evitarlo, o al menos minimizarlo. El alivio del dolor postoperatorio rara vez se consigue con una sola modalidad analgésica. Existen alternativas terapéuticas englobadas dentro del tratamiento farmacológico del dolor agudo, principalmente. Estas medidas deben de adaptarse en función del tipo de cirugía, el tipo de paciente y la evolución en el tiempo.

Objetivos

Obtener información y conocer técnicas a desarrollar por el personal enfermero con el fin de conseguir un manejo eficaz del dolor postoperatorio.

Material y métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica usando bases de datos y otras fuentes fiables para seleccionar aquellos artículos que cumplieran los criterios de inclusión.

Resultados y discusión

Los principales resultados muestran que casi uno de cada tres pacientes postoperados de cirugía traumatológica y protésica presenta dolor en el postoperatorio inmediato y que más de la mitad presentan dolor máximo moderado-intenso en las primeras 24 h. del postoperatorio. La respuesta ante el dolor postoperatorio varía ampliamente de un paciente a otro ante procedimientos quirúrgicos similares. Influyendo en la respuesta individual y en la necesidad de analgesia, estados emocionales como la ansiedad y el miedo.

Conclusiones

Un mal manejo del dolor tiene múltiples consecuencias, como el incremento en la estancia hospitalaria, insatisfacción de los usuarios e impacto negativo en la calidad de vida lo que hace convertirse en uno de los principales problemas de salud pública por su gran repercusión socioeconómica.

2. INTRODUCCIÓN:

- **Introducción:**

El dolor es una de las razones más frecuentes por las que se solicita la asistencia de los profesionales de la salud. El dolor puede constituir una carga significativa de preocupación y afectación para los pacientes, familiares y el sistema de salud.

El dolor no aliviado produce unos efectos psicosociales y psicológicos profundos en el paciente, que pueden influir en la recuperación de una enfermedad grave, modificar su funcionamiento físico y emocional, disminuir su calidad de vida y afecta a su capacidad laboral. A pesar de estas consecuencias nefastas, numerosos estudios siguen informando todavía sobre incidencia significativa del dolor no aliviado en todos los grupos de pacientes.

El conocimiento y los recursos existen para proporcionar alivio satisfactorio del dolor y mejorar la calidad de vida de los que experimentan dolor de manera significativa. Los estándares de la Canadian Council on Health Services Accreditation (1995) permite una orientación clara a los hospitales canadienses para la eficacia del tratamiento del dolor.

Las enfermeras pueden asumir un papel fundamental en el manejo del dolor utilizando el conocimiento actual sobre las medidas para mitigar el dolor y adaptando unas buenas prácticas en la valoración y el manejo del dolor. La enfermera tiene la obligación legal y ética de velar para que se utilicen todos los medios efectivos con el fin de lograr el bienestar de los pacientes. (1)

- **Evolución histórica:**

En todas las civilizaciones y culturas, está presente el dolor, como viene referido en las tablas de arcilla de Babilonia, papiros egipcios de la época de construcción de las pirámides, documentos persas, inscripciones de Micenas y rollos de pergaminos de Troya. (2)

Hipócrates, declara que la localización, la intensidad y la irradiación del dolor sirven para realizar un diagnóstico. Estableció varios aforismos sobre el dolor, destacando este: *“cuando dos dolores ocurren a la vez, pero no en el mismo lugar, el más violento oscurece al otro”* (2)

Hasta finales del siglo XIX el conocimiento del dolor estaba ligado a factores culturales, religiosos y filosóficos. En las sociedades primitivas el dolor de una herida o fractura se comprendía fácilmente, sin embargo el producido por una enfermedad interna tenía significado místico y religioso, era atribuible a un hechizo, a la pérdida del alma o la posesión por un espíritu maligno; utilizaban para intentar protegerse anillos en nariz y orejas, amuletos, talismanes y tatuajes, y para tratar el dolor y la enfermedad acudían al chaman. (3).

Los egipcios consideraban que el dolor era causado por la entrada de los espíritus de la muerte en el individuo y que para librar al organismo de este influjo, estos espíritus debían ser expulsados a través de los vómitos, la orina, los estornudos o el sudor.

En los primeros años del siglo XX hubo grandes avances en la medicina y en el tratamiento del dolor que tendrá gran importancia en la terapéutica seguida en las clínicas de tratamiento del dolor de la segunda mitad del siglo. La enfermedad comienza a circular alrededor del dolor y se reemplaza la vieja concepción unidimensional por un nuevo modelo multidimensional que une los aspectos fisiológicos, emocionales, cognitivos y sociales del dolor. (4)

- Definición de dolor:

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor como *“una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real, potencial o descrito en términos de tal daño”*. (1)

La función del dolor es alertar de una situación que genera una lesión, puede ayudar a diagnosticar un problema.

Sin dolor, un individuo puede lastimarse gravemente sin saberlo o no darse cuenta de que tiene un problema médico que requiere tratamiento, esta enfermedad se denomina insensibilidad congénita al dolor, está caracterizada por anhidrosis, insensibilidad a los estímulos dolorosos y térmicos y retraso mental.

- Tipos de dolor:

El dolor puede caracterizarse según su localización, su etiología, su intensidad y su duración (agudo y crónico).

El dolor crónico representa aquel dolor que, con una duración superior a seis meses, se mantiene, a pesar de que la causa que lo produjo haya desaparecido, o aun cuando ya no cumple su función biológico-defensiva.

El dolor agudo representa a aquel dolor que no suele durar más de lo que tarda en resolverse la lesión causante y en todo caso, menos de un periodo, de entre tres y seis meses. El dolor agudo engloba al dolor en obstetricia, al dolor en el paciente politraumatizado, al dolor de grandes quemados, al dolor agudo sintomático y el siendo el máximo representante el dolor postoperatorio o postquirúrgico. (5)

TIPOS DE DOLOR		
Localización	Cutáneo	Herida, inyección.
	Somático profundo	Fractura, esguince, flebitis.
	Visceral	Obstrucción intestinal, infarto.
Etiología	Irradiado	Infarto: duele el pecho y el brazo izquierdo.
	Irruptivo	Dolor oncológico
	Neuropático	Dolor después de un accidente de coche.
	Nociceptivo	Quemadura, infección.
	Fantasma	Pierna amputada.
Intensidad	Leve	Herida
	Fuerte	Cólico
Duración	Crónico	Dolor del cáncer, escoliosis.
	Agudo	Dolor postoperatorio, fractura.

Tabla 1: Tipos de dolor.

- Valoración del dolor:

El dolor, como toda experiencia emocional es subjetivo; solo el propio paciente conoce su dolor y cuándo le duele, por ello, toda la información para realizar la valoración va a venir dada por el paciente, este es el indicador más fiable en la existencia y en la intensidad del dolor.

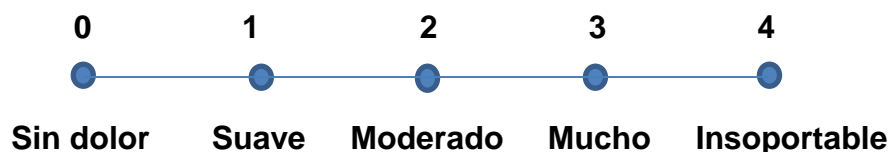
Existen diferentes métodos y escalas para valorar el dolor, un método de valoración debe tener las siguientes características: aplicabilidad (facilidad de uso), fiabilidad (independientes del evaluador y del paciente), validez (permite obviar elementos semiológicos de confusión), versatilidad (puede ser aplicada a cualquier persona), uniformidad (“hablar el mismo idioma”), idoneidad (apropiada a cada paciente según su desarrollo físico, psíquico, emocional o cognitivo) y sensibilidad (poder valorar las variaciones analgésicas). (6)

Para poder realizar una adecuada valoración enfermera se deben registrar datos sobre el estado del paciente para detectar las necesidades de cuidados inmediatos y su posterior seguimiento.

Algunos de los cuidados que la enfermera debe realizar son: Control del dolor, control de constantes vitales, valoración continua de la eficacia del tratamiento del dolor, comprobación de la permeabilidad y sujeción del catéter, actuación sobre el entorno, medidas de confort, técnicas de relajación, técnicas de distracción, medios físicos: aplicación de frío/calor....

Existen diferentes escalas de evaluación del dolor algunas de las más utilizadas son las siguientes:

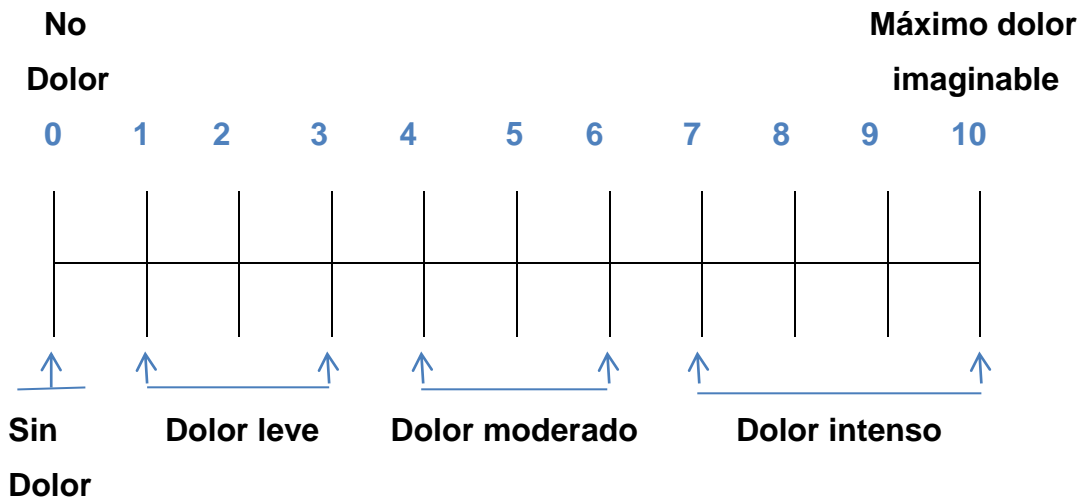
→ Escala de valoración verbal: Abordaje más básico para medir el dolor, útil por su fácil aplicación. Son cinco categorías puntuables del 0 al 5 según la intensidad. Es inespecífica y poco sensible. (7)



→ Escala numérica: Una de las más empleadas. El paciente debe asignar al dolor un valor numérico entre dos puntos extremos que son de 0 (no dolor) a 10 (máximo dolor). Es fácilmente comprensible. Tiene una gran sensibilidad.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor										Máximo dolor

→ Escala visual analógica (EVA): Se comporta de un dibujo con una línea horizontal o vertical continua de 10cm de longitud, con los extremos marcados por dos líneas donde figuran las expresiones de “no dolor” y “máximo dolor imaginable”. Es muy utilizada. (7)



→ Escala de caras revisada: Muestra dibujos de expresiones faciales cada uno con un valor numérico. Útil en niños de más de 3 años y en personas en las que la comunicación sea compleja o esté imposibilitada. (7)



Además de las escalas existen métodos para medir el dolor:

1. **Métodos observacionales.** Valoran la conducta del sujeto ante el dolor. Va acompañado de cambios de la conducta que indican su padecimiento (llanto, suspiros, muecas), las cuales están influidas por el entorno cultural, los estados emocionales y la variabilidad psicológica.
2. **Métodos fisiológicos.** Se estudian las respuestas psico-fisiológicas del sistema nervioso autónomo, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria, niveles de endorfinas, catecolaminas o cortisol, termografía, dilatación pupilar y palidez. Se utiliza acompañado de otro método.
3. **Métodos subjetivos.** Son los mejores indicadores de dolor. Consisten en conseguir información subjetiva por parte del paciente a través de manifestaciones verbales o escritas. Existen modelos unidimensionales y modelos multidimensionales.

- Dolor postquirúrgico:

El dolor postoperatorio es un tipo de dolor que aparece como consecuencia de un traumatismo quirúrgico que desencadena una reacción inflamatoria y una descarga neuronal aferente, por lo que intervienen diversos mecanismos fisiológicos nociceptivos. (8)

Debemos referirnos al dolor en el posoperatorio, entendiéndole como aquel dolor presente en un paciente quirúrgico a causa de la enfermedad previa, del procedimiento quirúrgico o de la combinación de ellas.

Hasta mitad del siglo XIX no se usaban los analgésicos ni en el acto operatorio. Cuanto menos en el postoperatorio. Desde la mitad del siglo XX se comienza a tratar sistemáticamente el dolor postoperatorio, una vez solucionado el intraoperatorio. Pero el miedo a los mórficos y los prolongados efectos residuales de los anestésicos hacen que el uso de analgésicos se reduzca al indispensable, a demanda del paciente cuando ya no puede más. En los años 70 se rechaza la analgesia a demanda (con resultados muy retardados, pues aún pervive) y se realizan encuestas en las que se demuestra que los mórficos se administraban a dosis insuficientes y con periodos interdosis muy prolongados. En 1990 se creaban las primeras

unidades de tratamiento del dolor agudo (UDA), atendidas por anestesiólogos que van a valorar y tratar a los pacientes intervenidos en días anteriores, en sus habitaciones. (9)

La eficacia del control del dolor postquirúrgico es una parte importante de los cuidados postoperatorios ya que un adecuado confort y satisfacción de los pacientes disminuye la estancia en el hospital e incluso disminuye la morbilidad, disminuyendo así también el coste. El personal de enfermería es pieza clave dentro del equipo multidisciplinar, por lo que la formación, experiencia y habilidades en el manejo de los analgésicos y de las vías de administración de los profesionales enfermeros implicados en el control del dolor, son aspectos prioritarios y fundamentales para el control, alivio y prevención del dolor, además de la reducción de los posibles efectos secundarios de los analgésicos. (10)

Este dolor es predecible y autolimitado en el tiempo, por lo que lo ideal es anticiparnos a él evitando así sus complicaciones.

La incidencia, duración e intensidad del dolor postoperatorio varía con cada paciente (edad, sexo, factores socioculturales, étnicos, el estrés de ingreso, incertidumbre, ansiedad y estado emocional que dependen a su vez de factores predisponentes como el tipo de personalidad o la historia familiar) también varía de diversos factores como puede ser la preparación prequirúrgica, del tipo de intervención quirúrgica realizada (localización, naturaleza, duración, extensión...), de las complicaciones que pueden surgir, de la técnica anestésica empleada (infusión continua, dosis fraccionadas, vía espinal, bloqueos locorreregionales...) y de los cuidados posquirúrgicos, sin olvidar que es una experiencia subjetiva influenciada por diversos agentes relacionados y también depende del hospital donde esté e incluso depende del país donde se haya realizado la intervención. (11 y 12)

El alivio del dolor postoperatorio rara vez se consigue con una sola modalidad analgésica. Existen alternativas terapéuticas englobadas dentro del tratamiento farmacológico del dolor agudo, principalmente. Estas medidas deben de adaptarse para tratar este dolor adecuadamente en función del tiempo transcurrido desde la intervención, el tipo de cirugía que lo provoca, el tamaño, la localización y el tipo de paciente. (11)

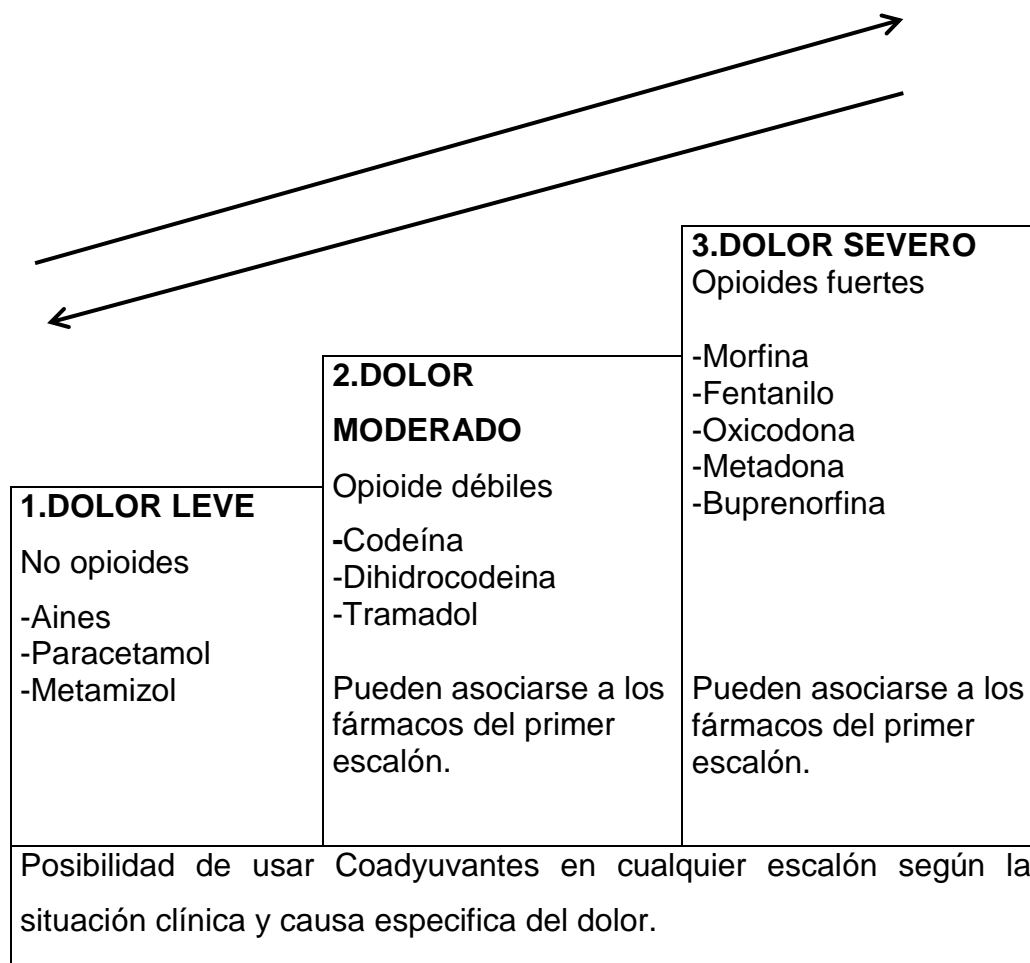
- Tratamiento del dolor:

El dolor postoperatorio es la queja más frecuente de los pacientes que han sufrido una intervención quirúrgica. El dolor postoperatorio no es el resultado “obligado” de una intervención, sino de una insuficiente analgesia. En los umbrales del siglo XXI se dispone de suficientes fármacos y técnicas para evitarlo, o al menos minimizarlo. Para identificar el tratamiento oportuno para el dolor de cada paciente debemos seguir una serie de principios como pueden ser; no infravalorar el dolor de un enfermo , identificar el origen del dolor y decidir si será útil administrar fármacos analgésicos, administrar analgesia a horas fijas y no a demanda, pautar medicación de rescate, analgesia escalonada, individualización de dosis , utilizar preferentemente la vía oral , utilizar preparados de composición única y no asociar fármacos del mismo grupo.

La OMS ha mostrado gran interés en el manejo del dolor, otorgándole gran importancia al abordaje terapéutico. En 1986 la OMS publicó el trabajo “alivio del dolor en el cáncer” donde incluye la “escala o escalera analgésica de la OMS”, que contribuye un instrumento sencillo para la elección del tratamiento analgésico, actualmente es útil para cualquier tipo de dolor. (1)

La escala de la OMS supone tener 3 niveles de dolor con distintos tratamientos para cada nivel, y tiene un nivel adicional, que es tomado como un nivel 3 pero agravado, no como un cuarto nivel, ya que no hay más dolor que antes si no que este está refractado y los analgésicos aplicados no producen ningún efecto. Se utiliza la administración de fármacos por vía espinal, realizar un bloqueo de nervios periféricos, simpáticos o neurolépticos, o por último, estimulación eléctrica. (13)

El uso de la analgesia debe empezarse por el escalón de la escalera analgésica apropiado según la severidad del dolor, en situaciones de dolor agudo la escala se invierte, se empieza por el escalos 3 y se retrocede hacia el escalón 1 cuando se produce una recuperación. (14)



Existen además métodos **no farmacológicos** para controlar el dolor:
Calor y frío: El calor sobre la piel incrementa el flujo sanguíneo y reduce los neurotransmisores, el cerebro percibe la sensación de calor y reduce la percepción de dolor y el frío crea entumecimiento en el área del dolor y compite por la transmisión a través del nervio.

Relajación y visualización: El objetivo de este método es reducir la tensión muscular y la ansiedad. Se puede realizar una simple relajación centrada en la respiración profunda y lenta o una relajación muscular progresiva con ejercicios isotónicos.

Distracción: La idea es desviar la atención mediante alguna técnica de distracción e involucrarse en alguna tarea más interesante y agradable. Se puede elegir cualquier actividad de su interés.

Otras terapias: Masajes, reflexología, reiki, aromaterapia, musicoterapia, acupuntura, TENS... (14)

- Recomendaciones basadas en la evidencia:

Hoy en día, todavía las referencias al fracaso en el control del dolor postoperatorio son continuas, a pesar de los avances que se han producido en el tratamiento y en el control del dolor.

Las enfermeras realizan muchas actuaciones para el cuidado del paciente en esta situación, con especial atención al control del dolor, por esto juegan un papel muy importante durante toda la estancia en el hospital para hacer que el paciente esté lo más confortable posible.

Para ello existen las siguientes recomendaciones basadas en la evidencia: (12)

VALORACIÓN	RECOMENDACIÓN	GRADO
Cribado del dolor.	1. Valoración, al menos una vez al día.	C
Revaloración y valoración continuada del dolor.	2. Llevar a cabo una revaloración periódica del dolor de acuerdo con el tipo y la intensidad. 3. Valorar de forma inmediata todo dolor intenso e inesperado, especialmente si se trata de un dolor repentino o asociado con alteraciones de las constantes vitales.	A B
Notificación de las conclusiones extraídas de la valoración del dolor.	4. Responsabilidad ética de informar de las situaciones de dolor persistente.	C
GESTIÓN	RECOMENDACIÓN	GRADO
Establecimiento del plan de cuidados para el tratamiento del dolor.	1. Establecer con la ayuda del equipo interdisciplinar, un plan de cuidados compatible con los objetivos.	C

Selección de los analgésicos adecuados.	2. Asegurarse de que la elección de analgésicos se adapta a cada persona.	A
	3. La selección de los analgésicos se realizará de forma escalonada en función de la intensidad del dolor.	B
	4. Se acepta el uso del paracetamol o de los analgésicos no esteroideos (AINES) para el tratamiento del dolor leve y como analgésicos coadyuvantes para algunos tipos de dolor específicos salvo contraindicación.	A
	5. Se acepta el uso de opioides para el tratamiento del dolor de intensidad moderada a severa, salvo contraindicaciones	A
Optimización del alivio del dolor con opioides.	6. Asegurarse de que se han prescrito vías alternativas de administración cuando no pueda hacerse a través de la vía oral.	C
	7. Evaluar la eficacia de los analgésicos administrados en intervalos regulares.	C
Aplicar y prevenir los efectos de los opioides.	8. Anticipar y monitorizar a los pacientes.	B
	9. Identificar y tratar las causas de los efectos secundarios de los opioides.	A
Anticipar y prevenir el dolor causado por un procedimiento.	10. Anticiparse al dolor	C

Tabla 2: Recomendaciones basadas en la evidencia. (14)

- Justificación:

Se ha considerado necesario e importante abordar el tema del dolor postquirúrgico, ya que hoy en día es uno de los síntomas más prevalentes en los hospitales y que quizá en alguna ocasión se pasa por alto o es de forma tardía, inadecuada e insuficiente. Tiene que ser un reto sobre todo para el personal enfermero resolverlo mediante los cuidados oportunos.

A pesar de los importantes avances que se han producido en el control y tratamiento del dolor cada vez más eficaces, todavía en la actualidad las referencias al fracaso en el control postoperatorio son continuas.

Asimismo, y debido al desconocimiento general del mismo entre gran parte de la población, se tiene la necesidad de elaborar una revisión bibliográfica para obtener mayor documentación sobre el dolor postquirúrgico y de su importancia, así como poder mostrar los posibles factores que puedan influir en su curso.

3. OBJETIVOS:

Objetivo general:

-Realizar una revisión bibliográfica para conocer técnicas a desarrollar por el personal enfermero con el fin de conseguir un control eficaz del dolor postoperatorio.

Objetivos específicos:

-Obtener mayor información sobre el conocimiento del personal sanitario sobre el dolor postquirúrgico.

-Obtener información sobre el manejo del dolor posquirúrgico para mejorar la situación de los pacientes que lo sufren.

-Valorar la posibilidad de emplear un enfoque multimodal en el manejo del dolor empleando métodos tanto farmacológicos como no farmacológicos.

4. MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza una revisión bibliográfica entre los meses de enero y mayo de 2017 con el fin de documentarse acerca del dolor postquirúrgico, los factores que pueden influir, y los distintos tratamientos existentes para el mismo.

Esta revisión bibliográfica se realizó de la siguiente manera: primero se plantea el tema; seguidamente se busca información para ampliar los conocimientos; a continuación se realiza la búsqueda bibliográfica en documentos y libros fiables y actualizados, también se busca artículos recientes sobre el tema en diferentes bases de datos y otras páginas de interés; posteriormente se organizan los datos encontrados, y por último se realiza el resumen y la presentación.

Criterios de inclusión:

- Estudios con humanos mayores de 18 años.
- Artículos en Español/ Ingles.
- Texto completo.
- Artículos de menos de 10 años de antigüedad

Criterios de exclusión:

- Dolor crónico.
- Dolor oncológico.
- Pacientes en UCI.
- Pacientes de cirugía mayor ambulatoria

Las bases de datos utilizadas fueron las siguientes:

- **PubMed:**

Se utilizaron los descriptores “Pain” and “postoperative”, se obtuvieron 138 artículos, de los cuales fueron seleccionados 5 y finalmente se eligieron y se utilizaron solamente 2.

Utilizando el descriptor “subjectivity” and “nursing” se obtuvieron 4 artículos, de los cuales no se utilizó ninguno para esta revisión por no ajustarse al objetivo.

- **Scielo:**

Se utilizaron como descriptores “Care Nurses” and “Postoperative Pain” se encontraron 86 artículos, de los cuales se seleccionaron 3 solo se utilizó uno.

Se utilizó el descriptor “side effects” and “analgesics” se encontraron 34 artículos, de los cuales fueron seleccionados 5 y finalmente no se utilizó ninguno.

Utilizando como descriptores “anesthesia” and “drugs” se encontraron 500 artículos, se seleccionaron 3 artículos, de los cuales no se utilizó ninguno por no ajustarse a los objetivos.

- **Dialnet:**

Utilizando los descriptores “Knowledge” y “Postoperative Pain” se encontraron 15 artículos, de entre ellos se seleccionaron 5 y finalmente solo se utilizó uno.

- **Biblioteca Cochrane Plus:**

En esta base de datos no se encontró nada sobre el tema que buscábamos “subjetividad enfermera frente al dolor”.

- **Google académico:**

Se buscaron artículos sobre la prevención de efectos secundarios en el postoperatorio, se seleccionaron 7 y se utilizó 1.

También fueron utilizadas páginas de salud como la Sociedad española del dolor donde se encontraron varios artículos sobre la anestesia y de estos se eligieron tres para incluirlos en los resultados.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA			
BASE DE DATOS	Artículos encontrados	Artículos seleccionados	Artículos utilizados
PubMed:	138	5	2
Scielo	86	3	1
	34	5	0
Dialnet	15	5	1
Biblioteca Cochrane Plus	0		0
Google académico	1000	7	1
Sociedad Española del Dolor	33	4	3

Tabla 3: Artículos en el desarrollo

DESCRIPTORES UTILIZADOS	
DeCS	MeSH
Dolor	Dolor Pain
Postoperatorio	Postoperative
Subjetividad	Subjectivity
Enfermería	Nursing
Anestesia	Anesthesia
Fármacos	Drugs
Cuidados enfermeros	Care Nurses
Dolor posoperatorio	Postoperative Pain
Conocimientos	Knowledge
Efectos secundarios	Side effects
Analesicos	Analgesics

Tabla 4: Descriptores utilizados.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

El dolor postoperatorio no controlado es un tema vigente en todos los hospitales. Se han experimentado grandes e importantes modificaciones en las estrategias para disminuir este problema y así aliviar al paciente y favorecer su mejoría, pero aun así afecta a la mayoría de los pacientes sometidos a alguna intervención quirúrgica.

D. L. Fernández-Galinski y col. realizaron un estudio en el Hospital de Sabadell para investigar los conocimientos y las actitudes del paciente y del personal sanitario frente al dolor postquirúrgico repartiendo cuestionarios a pacientes con intervención quirúrgica programada, al personal de enfermería de plantas de hospitalización quirúrgica y al personal médico de cirugía. El 39% de los pacientes que ya habían sido operados con anterioridad recordaba haber sentido dolor después de la intervención quirúrgica. El 76% de los pacientes consideraba normal sentir dolor en el postoperatorio. En relación a la futura intervención quirúrgica, un 43% creía que tendría dolor mientras un 65% preferiría recibir morfina antes de padecer dolor.

En el ámbito de enfermería, las escalas de valoración del dolor, visual analógica (EVA) y verbal eran conocidas por el 91.6%. Un 18% y un 10% dependiendo del tiempo de experiencia desconocían el manejo de opiáceos por vía intramuscular y vía intravenosa. El tratamiento del dolor con anestésicos locales por vía peridural era desconocido para el 23% y un 46% ignoraba los beneficios de los bloqueos de nervios periféricos. Para el 46% el temor a los efectos indeseables de los mórficos, condicionaba su administración y una falta de administración de medicación prescrita, podría ser el factor más explicativo del dolor postoperatorio intenso. Otra creencia negativa que condiciona su administración, es el temor a crear adicción en los pacientes. Por lo que se observó un déficit de conocimientos básicos relacionados con el tratamiento del dolor postoperatorio. En cuanto a la conducta que adoptaban los médicos cuando eran requeridos porque un paciente refería dolor postoperatorio, sólo un 33% prescribía los analgésicos, el resto dejaba la decisión en manos de enfermería o consultaba a un anestesiólogo.

Concluyendo que la educación continuada del personal sanitario y la información entregada a los pacientes en el ámbito del dolor postoperatorio son fundamentales para el tratamiento efectivo y seguro de los pacientes operados. (15)

La respuesta ante el dolor postoperatorio varía ampliamente de un paciente a otro ante procedimientos quirúrgicos similares. Influyendo en la respuesta individual y en

la necesidad de analgesia, en los estados emocionales como la ansiedad y el miedo. Por lo tanto el conocimiento de estos sería una gran contribución para lograr el tratamiento más adecuado en cada paciente. Gemma Robleda y col. en un estudio observacional y retrospectivo realizado a 127 pacientes adultos de cirugía ortopédica y traumatológica en la Unidad de Reanimación Postquirúrgica de un hospital universitario de Barcelona (España), en el período comprendido entre enero y marzo de 2011 para analizar la relación entre el estado emocional prequirúrgico y la prevalencia e intensidad de dolor postoperatorio y para explorar factores predictivos posibles de dolor postoperatorio. La intensidad del dolor se valoró mediante la Escala Verbal Numérica, se establecieron dos intensidades de dolor estandarizadas: dolor leve EVN ≤ 3 y dolor moderado-intenso > 4 . El estado emocional prequirúrgico se evaluó con una escala dicotómica (ausente=0 / presente=1) de 5 ítems: ansiedad, sudor, tensión, miedo y lloros. Con ellos se obtiene la puntuación total de estado emocional que puede ir de 0 (ausencia total de alteración del estado emocional prequirúrgico) a 5. Los principales resultados muestran que casi uno de cada tres pacientes postoperados de cirugía traumatológica y protésica presenta dolor en el postoperatorio inmediato y que más de la mitad presentan dolor máximo moderado-intenso en las primeras 24h del postoperatorio. El análisis de regresión multivariante muestra que existe una asociación entre la ansiedad prequirúrgica y el dolor postoperatorio. Los indicadores de alteraciones del estado emocional detectados con mayor frecuencia son; la ansiedad (72%), el miedo (68,5%) y la tensión (59%). No se observaron diferencias en la prevalencia de indicadores emocionales por grupos de edad. Las mujeres presentaron más tensión y lloros que los hombres. Concluyendo que sería recomendable que los pacientes jóvenes y con ansiedad tuvieran pautas analgésicas personalizadas. Se aconseja la instauración de protocolos para la valoración y tratamiento de la ansiedad como factor predictivo de dolor postoperatorio. (16)

María Guadalupe Moreno-Monsiváis y col. realizaron un estudio descriptivo correlacional sobre la satisfacción con el manejo del dolor en pacientes hospitalizados y su relación con la intensidad del mismo, el alivio y la orientación proporcionada al paciente para el manejo del dolor posoperatorio, para ello se aplicó el Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente, se utilizó también una escala visual numérica con valores de 0 a 10 y la satisfacción con el manejo del

dolor posoperatorio se midió con tres preguntas que identifica la percepción del paciente acerca del alivio del dolor como resultado de la atención brindada por el personal médico y de enfermería.

El 48,2 % de los participantes manifestaron dolor severo como máximo dolor durante las primeras 24 horas. En relación con el alivio del dolor, el 77,7 % tuvo un manejo adecuado y el 85,5 % recibió orientación preoperatoria. La satisfacción se ubicó en 9,54. Se encontró diferencia significativa en la satisfacción del paciente según si recibió o no orientación con mayor satisfacción en los que recibieron orientación.

Concluyendo que la satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio se ve afectada por la intensidad de este, específicamente por el máximo dolor que percibe el paciente y por la orientación que se proporciona para su manejo. (17)

El dolor que persiste a consecuencia de un tratamiento inadecuado o por la ausencia de cualquier otra medida a pesar de disponer de terapias eficaces, contribuye un grave problema asistencial.

A. Lara y col. mediante un estudio, ciego, randomizado, prospectivo y longitudinal aprobado por el Comité de Investigación y Bioética del Hospital General Dr. Manuel Gea González demostraron que el tramadol es un fármaco que utilizado por vía sublingual puede ser de gran utilidad para el control del dolor postoperatorio. La dosis que resultó más útil en mediciones en la escala visual analógica y menor número de rescates, fue la de 150 mg. Al utilizar esta vía se logró analgesia efectiva durante las primeras 3 horas después de administrado. (18)

A. Pernia y col. mediante un estudio randomizado, de doble ciego evaluaron la eficacia analgésica, los efectos secundarios y la aceptación de los pacientes tratados con propacetamol (prodroga del paracetamol) o metamizol, usados mediante el método de analgesia controlada por el paciente (PCA) por vía intravenosa en el tratamiento del dolor postoperatorio (DP) moderado-severo. Concluyeron que el propacetamol es eficaz en el tratamiento del dolor postoperatorio moderado-severo administrado mediante PCA i.v ya que al ser el propio paciente quien regula la administración del analgésico, evita el retraso en la administración del mismo, consiguiendo unas concentraciones plasmáticas adecuadas y disminuyendo la dependencia del personal sanitario. El propacetamol y metamizol a las dosis utilizadas por nosotros mediante PCA i.v. durante las primeras 24 horas del postoperatorio tras cirugía presentan una eficacia analgésica equiparable con

escasos efectos secundarios y siendo valorados muy positivamente por los pacientes. (19)

Vaquerizo-García V y col. mediante un estudio clínico prospectivo, aleatorizado, ciego, simple del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid) valoraron la eficacia de la morfina intratecal en el control del dolor postquirúrgico en especial en la intervención de artrodesis vertebral instrumentada. Con dicho estudio concluyeron que el uso de morfina intratecal es una opción terapéutica efectiva para el control del dolor postquirúrgico permitiendo una recuperación más cómoda y rápida. Su efecto permite mejorar el control del dolor en las primeras 24 horas postoperatorias, reduciendo la analgesia coadyuvante durante este período. Los pacientes deben ser estrechamente controlados durante el período postoperatorio, por el riesgo de depresión respiratoria, porque su uso no está exento de complicaciones. (20)

E. Calderón y col. mediante un estudio prospectivo quisieron determinar la eficacia de las pautas analgésicas administradas intraoperatoriamente tras una anestesia general con remifentanilo (opioide de la familia del fentanilo) en función del procedimiento quirúrgico.

Lo que llegaron a concluir con este estudio fue que, es necesario establecer una pauta analgésica 20-30 min antes de finalizar una intervención quirúrgica con remifentanilo como único analgésico intraoperatorio, la administración de morfina o tramadol en estos intervalos de tiempo, no retrasan los parámetros de recuperación postanestésicos y proporcionan durante los primeros 30 minutos de la recuperación, analgesia adecuada en más del 80% de los pacientes, es necesario la utilización de opioides en la unidad de recuperación a partir de los 30 min, no siendo los Aines solos una alternativa adecuada en intervenciones que cursan con dolor postoperatorio moderado-severo. (21)

Los fármacos para reducir el dolor pueden causar muchos efectos secundarios dependiendo del medicamento y de la vía de administración, por lo que es importante conocerlos. Estos pueden ser graves o leves, tales como dolores de estómago, mareos, náuseas, vómitos, etc.

Erick Castillo F y col. realizaron una revisión bibliográfica sobre la prevención y el tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios.

Los factores de riesgo descritos como predictores de náuseas y vómitos postoperatorios son el sexo femenino, no fumador, situaciones médicas que

predisponen a ello y enfermedades metabólicas. Se estima que cada 30 minutos de aumento en el tiempo quirúrgico, incrementa el riesgo de sufrir náuseas y vómitos postquirúrgicos. Los factores relacionados con la anestesia se pueden controlar, menor incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios cuando se emplean técnicas de anestesia regional.

Las estrategias para el manejo de las náuseas y los vómitos son: reducir los factores de riesgo basal, realizar profilaxis, utilizar terapia de rescate en aquellos pacientes en que la profilaxis no fue efectiva o no se realizó.

Obtuvieron información sobre la interacción de fármacos antieméticos, sobre la terapia antiemética profiláctica multimodal y sobre los efectos secundarios del uso de antieméticos y concluyeron que la mayoría de los pacientes que reciben un fármaco para prevenir las náuseas o los vómitos después de la cirugía no obtendrán beneficio del mismo. Se notifica que las náuseas o los vómitos afectan como máximo a 80 de 100 personas después de la cirugía. Las náuseas y los vómitos juntos son generalmente menos frecuentes y por consiguiente los fármacos son menos útiles. Existen pruebas de que droperidol, granisetron, metoclopramida, ondansetrón, tropisetron, dolasetron y dexametasona reducen las náuseas y vómitos postquirúrgicos. (22)

6. CONCLUSIONES:

- I. El estado emocional del paciente influye significativamente en el dolor postquirúrgico, disminuyendo la ansiedad, el miedo y la tensión perquirúrgica, el dolor postquirúrgico disminuye.
- II. Las pautas analgésicas individualizadas pre, inter y post intervención son eficaces en el tratamiento del dolor posquirurgico, enfermería es la encargada de mantener estas pautas atendiendo a las necesidades del paciente, a la prevención de los efectos secundarios y al tratamiento de los mismos. La escalera analgésica de la OMS es la mejor demostración de la utilización multimodal de los analgésicos.
- III. Los profesionales de la salud tienen un déficit de conocimiento acerca del dolor postoperatorio, su control e implicación en la evolución postoperatoria. La educación continuada del personal sanitario y la información entregada a los pacientes y familiares en el ámbito del dolor postoperatorio son fundamentales para el tratamiento efectivo y seguro de los pacientes operados
- IV. Esta revisión refuerza la necesidad de impulsar medidas de mejora en la información a los pacientes, formación de los profesionales, evaluación periódica del dolor y aplicación de protocolos terapéuticos. El manejo del dolor se considera indicador de calidad asistencial y de buena práctica, sin embargo, el control de dolor en el periodo posoperatorio sigue siendo un reto.

7. BIBLIOGRAFIA:

1. Ministerio d Sanidad, Política Social e Igualdad. Informes, estudios e investigaciones; 2011. Unidad de Tratamiento del dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad.
2. B. Fernandez-Torres, C.Marquez y M.de las Mulas, Dolor y enfermedad: evolución historical. De la Prehistoria a las Ilustración. Rev Soc Esp. Dolor 1999; 6: 281-29. http://revista.sedolor.es/pdf/1999_04_05.pdf
3. Robinw S, Prithvi P. Historia estado actual del tratamiento del dolor. Tratamieto práctico del dolor. Madrid: Mosby/Doyma; 1995:3-15.
4. B. Fernández-Torres, C. Márquez y M. de las Mulas, Dolor y enfermedad: evolución histórica. II. Del siglo XIX a la actualidad. REVISIÓN 368 R e v. Soc. Esp. Dolor 6: 368-379, 1999. <http://studylib.es/doc/3533750/rev-sdad-esp-dolor-1999--6-5-368-79.pdf>
5. Dolopedia [internet]. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre [acceso 20 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://dolopedia.com>
6. Autores: Grupo "Valoración" Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias. Proceso de cuidados: valoración enfermera. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Gobierno del Principado de Asturias; 2009/2010. https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Formacion/AS_Formacion/Me todologia%20enfermera/GUIA%20VALORACION%20INTERACT.pdf
7. Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C y Prieto J. Valoración del dolor (I).). Rev Soc Esp Dolor 2002; 9: 94-108 <http://docplayer.es/11557783-Valoracion-del-dolor-i.html>

8. Mosteiro Díaz, MP. Dolor y cuidados enfermeros 1ªedición. Madrid: DAE, 2010.
9. Primer símbolo virtual de dolor, Medicina paliativa y avances en farmacología del dolor: Tratamiento del dolor postoperatorio en U.C.I. José Luis Martí Viaño Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital General y Universitario de Elche. Profesor de Anestesiología y Reanimación de la Universidad "Miguel Hernández" [Internet] [acceso 27 de Febrero de 2017]; Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/simposio_espanol_dolor__postoperatorio.pdf
10. López S, López A, Zaballos M, Argente P, Bustos F, Carrero C, Cía P, de Andrés J, Echeverría M, Gomar C, González J, Isar MC, Jiménez A, Moliner S, Salgado I, Torres LM. Recomendaciones sobre el del el manejo del dolor agudo postoperatorio cirugía ambulatoria. 2ªedición, Madrid: Asecma; 2012.
11. Dolor Postoperatorio en la Urpa y plantas de hospitalización del centro del Huca. Vanesa López Tello [Internet]. 2012 [acceso 9 de enero de 2017]. Disponible en: [file:///C:/Users/.../Dolorposquirurgico\)/TFM_Vanessa_López_TelloDolorposquirurgicoenHUCAd eoviedo.pdf](file:///C:/Users/.../Dolorposquirurgico)/TFM_Vanessa_López_TelloDolorposquirurgicoenHUCAd eoviedo.pdf)
12. El Dolor Postoperatorio en la actualidad: un problema de calidad asistencial. [Internet]. 1999 [acceso 9 de enero de 2016]. Disponible en: [file:///C:/Users/.../Dolorposquirurgico\)/articulodolorposquirurgicoenlaactualidad.pdf](file:///C:/Users/.../Dolorposquirurgico)/articulodolorposquirurgicoenlaactualidad.pdf)
13. La escalera analgésica de la oms ¿el dolor paso a paso? Cuello Azcárate JJ Gómez Fernández M Lomo Montero FJ Licenciados Especialistas en Anestesiología y Reanimación. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España) [Internet]. Junio 2014; Vol. X N° Extraordinario [acceso 3 de diciembre de 2016]; Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/CAZamora/es/publicaciones/revista-nuevo->

hospital-2014/nuevo-hospital-2014-junio-x-1-extra/escalera-analgésica-oms-dolor-paso-paso-nuevo-hosp-2014-jun

14. RNAO, traducido por Centro Colaborador Español. Guía de buenas prácticas en enfermería; Valoración y manejo del dolor. Orntorio (Canada). Investén iscii. Noviembre de 2002.
15. D. L. Fernández-Galinski; DEAA; F. Gordo; S. López-Galera; C. Pulido J. Real. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio [Internet]. 2007. [acceso 23 de Marzo de 2017]; Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v14n1/original1.pdf>
16. Gemma Robleda, Amalia Sillero-Sillero, Teresa Puig Ignasi Gich, Josep-E Baños.—Influencia del estado emocional prequirúrgico en el dolor postoperatorio tras cirugía ortopédica y traumatológica. [Internet]. 2014. [Acceso 23 de Marzo]; Disponible en: : http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/es_0104-1169-rlae-22-05-00785.pdf
17. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Ma. Guadalupe Interrial Guzmán, María Eugenia Garza Elizondo, Esther Angélica Hernández Fierro. INTENSITY AND MANAGEMENT OF POSTOPERATIVE PAIN IN HOSPITALIZED PATIENTS. [Internet]. 2012. Acceso 27 de Marzo de 2017]; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4568092.pdf>
18. A. Lara*, N. R. Lavin**, R. H. Rogerio-Zamora*** y V. M. Esquivel. Control del dolor postoperatorio con clorhidrato de tramadol sublingual. [Internet]. 2001. Acceso 27 de Marzo de 2017]. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2001_07_05.pdf
19. A. Pernia, L. M. Torres y E. Calderó. Tratamiento del dolor postoperatorio mediante analgesia intravenosa controlada por el paciente (P C A i.v.). Comparación entre propacetamol y metamizol. [Internet]. 2000. Acceso 27 de Marzo de 2017]. Disponible en: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/ibc-4662>

20. Vaquerizo-García V, García-López M, Plasencia-Arriba MA, Maestre-García C. Control del dolor postoperatorio mediante morfina intratecal en pacientes intervenidos por fusión vertebral instrumentada. [Internet]. 2015. [Acceso el 27 de Marzo de 2017]. Disponible en; <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2015/or151e.pdf>
21. E. Calderón, A. Pernia, F. Pérez-Bustamante, P. de Antonio, E. Calderón-Pla y L. M. Torre. Parámetros de recuperación y manejo del dolor postoperatorio tras anestesia general con remifentanilo. [Internet]. 2000. Acceso el 27 de Marzo de 2017]. Disponible en; http://revista.sedolor.es/pdf/2000_01_05.pdf
22. Erick Castillo F., Valentina Hernández N., Carolina Quintana P. y Alvaro Elgueta C. Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos postoperatorios. [Internet] 2011. [Acceso el 18 de Abril de 2017]. Disponible en; http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-28642011000100011&script=sci_arttext&lng=es