

A. ABOY GARCÍA, C. DELGADO PORTO, I. PRESEDO FARIÑA, I. RODRÍGUEZ CASTELO, S. DEL CORRAL GÓMEZ  
Servicio de Urología Hospital Juan Canalejo. A Coruña

# Dolor en el paciente postquirúrgico

## RESUMEN

Para determinar si la analgesia administrada a los pacientes urológicos en el postoperatorio es adecuada para mitigar el dolor; los autores realizan un estudio observacional y de prevalencia durante un período concreto con unos criterios de inclusión y exclusión y midiendo en cada paciente una serie de parámetros, realizándose un análisis estadístico de las variables incluidas en el estudio. Así mismo se realiza una revisión exhaustiva de la bibliografía existente.

**Palabras clave:** Dolor; postoperatorio, analgesia.

## OBJETIVO

Determinar si la pauta habitual de analgesia en el paciente postquirúrgico urológico es suficiente para el control del dolor.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Ámbito:** Pacientes postquirúrgicos del servicio de Urología del Complejo Hospitalario Juan Canalejo.

**Período:** Abril-julio 2002.

**Tipo de estudio:** Observacional de prevalencia.

**Criterios de inclusión y exclusión:** Se han incluido pacientes ingresados en el servicio de Urología en el período de estudio que requerían intervención quirúrgica. Han sido excluidos los pacientes parapléjicos y los procedimientos quirúrgicos que no requerían anestesia general o epidural.

**Mediciones/intervenciones:** En cada paciente incluido en el estudio se determinarán las siguientes variables: Edad, sexo, motivo de ingreso, patología asociada, tipo de intervención, pauta inicial de analgesia, necesidad de analgesia a demanda y modificación de la pauta inicial.

La valoración de la cuantificación del dolor se hizo por medio de una escala visual validada. Las mediciones se realizaron a su llegada a la planta y los dos días posteriores.

## Justificación del tamaño muestral

SEGURIDAD	PRECISIÓN	Nº
95%	5%	385
95%	6%	267
95%	7%	196
95%	8%	151
95%	9%	119
95%	10%	97
95%	11%	80
95%	12%	67
95%	13%	57
95%	14%	49



LA VALORACIÓN DE LA CUANTIFICACIÓN DEL DOLOR SE HIZO POR MEDIO DE UNA ESCALA VISUAL VALIDADA. LAS MEDICIONES SE REALIZARON A SU LLEGADA A LA PLANTA Y LOS DOS DÍAS POSTERIORES

*Análisis estadístico:* Se realizará un estudio descriptivo de las variables incluidas en el estudio con la estimación de su 95% intervalo de confianza. La comparación de métricas se realizará con los test de Student o test de Mann Whitney, según proceda tras la comprobación de normalidad con el test de Kolgomorov-Smirnov. Para determinar las variables asociadas a la presencia de dolor, se realizará un análisis de regresión logística

**Plan de trabajo**

- a) Valora la viabilidad y colaboración del estudio con el personal que desee participar.
- b) Concretar las mediciones a realizar en cada paciente.
- c) Valorar la cuantificación del dolor.
- d) Revisar bibliografía.

**HOJA DE REGISTRO/ETIQUETA**

**Fecha de ingreso:**

**Motivo de ingreso:**

**Patología asociada:**

- |          |                          |                       |                          |
|----------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| H. T. A  | <input type="checkbox"/> | Neoplasia             | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Cardiopatía isquémica | <input type="checkbox"/> |
| EPOC     | <input type="checkbox"/> |                       |                          |

**Tipo de intervención:**

- |             |                          |         |                          |
|-------------|--------------------------|---------|--------------------------|
| Endoscópica | <input type="checkbox"/> | Abierta | <input type="checkbox"/> |
|-------------|--------------------------|---------|--------------------------|

**Especificar tipo de intervención:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> R.T.U. Próstata | <input type="checkbox"/> Prostatectomía radical |
| <input type="checkbox"/> R.T.U. Vejiga   | <input type="checkbox"/> Cistectomía            |
| <input type="checkbox"/> Aenomectomía    | <input type="checkbox"/> Suspensión vesical     |
| <input type="checkbox"/> Nefrectomía     | <input type="checkbox"/> .....                  |

**Pauta inicial de analgesia:**

FÁRMACO	DOSIS	CAMBIOS
Adolonta		
Buscapina Compositum		
Nolotil		
Cloruro mórfico		
Proefferalgan		

¿Se ha pautado analgesia a demanda? Sí  No  ¿La precisó? Sí  No

¿Se precisó modificar la pauta inicial? Sí  No

Causa de la modificación: Persistencia del dolor   
 Disminución del dolor

**Cuantificación del dolor:**

Al llegar a planta	Un día	Dos días
<b>Día:</b>	<b>Día:</b>	<b>Día:</b>
<b>Hora:</b>	<b>Hora:</b>	<b>Hora:</b>
<b>Equipo: Rojo</b>		
<b>Azul</b>		

## RESULTADOS

La media de edad es de  $67,8 \pm 11,4$  con una mediana de 70,4 y un rango que oscila entre 35 y 85 años. El 86,2% son hombres. La patología asociada más frecuente es la hipertensión arterial (34,5%), seguida del EPOC (17,2%) y la cardiopatía isquémica (13,8%). El 69,0% se realizó cirugía abierta y en el 31,0% cirugía endoscópica. El tipo de intervención más frecuente ha sido la Adenomectomía (30,2%) seguida de Prostatectomía radical (20,9%) y R.T.U. próstata (16,3%) y R.T.U. vejiga (14,0%). El fármaco analgésico más frecuentemente utilizado ha sido el Nolotil (50%), seguido de Adolonta y Buscapina Compositum con 17,2% cada uno de ellos y del Cloruro Mórfico (12,1%). Se ha pautado analgesia a demanda en el 20,7% de los casos, precisándose en el 12,1%. Se modificó la pauta en el 8,6%.

Al llegar a planta, el 53,4% de los pacientes no tiene dolor, este porcentaje asciende al 58,6% al segundo día y a un 69% al tercer día. El 1,7% presentan el máximo dolor de la escala al llegar a la planta. Los hombres presentan una puntuación de dolor discretamente más elevada que las mujeres al llegar a planta (1,9 vs 0,7) no siendo la diferencia significativa ( $p=0,29$ ). Dicho hallazgo es consistente el segundo y tercer día. Existe una correlación negativa, no significativa, entre la edad y la escala de dolor (Rho de Spearman =  $-0,14$ ;  $p=0,28$ ). Los pacientes con cirugía abierta refieren más dolor que los de cirugía endoscópica al llegar a planta (2,3 vs 0,7) ( $p=0,024$ ). Esta diferencia no es significativa al tercer día, estando en el límite de la significancia estadística al segundo día (1,8 vs 0,7;  $p=0,061$ ). Existen

diferencias estadísticamente significativas al llegar a planta entre la escala de dolor y el tipo de intervención, experimentando los valores más elevados de escala de dolor la cistectomía (4,0) y adenomectomía (3,8), y los más reducidos la R.T.U. de próstata y vejiga. No existen diferencias significativas entre la escala del dolor y los diferentes equipos quirúrgicos.

## CONCLUSIÓN

La mayoría de los pacientes presentan un control adecuado del dolor, siendo el tipo de intervención el que determina la intensidad del mismo.

## BIBLIOGRAFÍA

- J Adv Nurs 2002 Mar; 37 (6): 532-540. Development of an instrument to measure strategic and clinical quality indicators in postoperative pain management. Idvall E, Hamrin E, Unosson M.
- Int J Nurs Pract 1999 Dec; 5 (4): 216-26.
- Can J Anaesth 1996 Feb; 43 (2): 193-4. Postoperative pain management-beyond basics. Ready LB.
- Pain 1999 Mar; 80 (1-2): 23-9. Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. Miaskowski C, Crews J, Ready LB, Paul SM, Ginsberg B.
- Eur J Pain 2001; 5 (2): 125-33. Influence of expecta-

- tions and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management. Svensson I, Sjoström B, Haljamae H.
- Qual Manag Health Care 1999 Winter; 7 (2): 20-7. Evaluation of a local cooperative project to improve postoperative pain management in Wisconsin hospitals. Tavis DR, Dahl J, Gordon D, Kloepfel E, Williams N, Martin P, Gold J. MetaStar, Inc., Madison, WI, USA.
  - Ann Fr Anesth Reanim 1998; 17 (6): 494-501.
  - Arch Surg 1998 Feb; 133 (2): 226.
  - J Miss State Med Assoc 2002 Feb; 43 (2): 58-9. Progress seen in quality indicators. McIlwain JS.
  - Acta Anaesthesiol Scand 1996 Aug; 40 (7): 852-7. Management of postoperative pain. An intervention study. Juhl IU, Bulow HH, Nielsen PR, Videbaek B, Sonnenschein C.
  - Mt Sinai J Med 1991 May; 58 (3): 240-6. Update on postoperative pain management. Kreitzer JM, Reuben SS, Reed AP.
  - Clin Nurse Spec 2002 Jan; 16 (1): 35-7. Considerations for postoperative pain management in older adults. Moddeman G.
  - Harefuah 1984 Jan 1; 106 (1): 25-7. Zilber N, Rosenberg C, Birkhan J.
  - Pain Manag Nurs 2001 Jun; 2 (2): 65-72. Contemporary staffing-mix changes: the impact on postoperative pain management. Huston CJ.
  - J Pain Symptom Manage 1999 Jul; 18 (1): 17-2. Measuring patient opinion of pain management. Calvin A, Becker H, Biering P, Grobe S.
  - Am J Nurs 2002 Jan; 102 (1): 13-4. Lack of pain management. Bell G.
  - Anaesthesist 1997 Sep; 46 Suppl 3: S143-6. «The quality of postoperative pain therapy». Malteser Krankenhaus Bonn.
  - Clin Podiatr Med Surg 1994 Jan; 11 (1): 55-64. Postoperative pain management. Woodburn SE.
  - Orthop Nurs 1997 Nov-Dec; 16 (6): 55-60; quiz 61-2. Epidural pain management for the pediatric spinal fusion patient. Kester K.
  - Nursing 1980 Mar; 10 (3): 76-8. Test your knowledge of postoperative pain management. Steele BG.
  - S Afr J Surg 1992 Mar; 30 (1): 2-5. Postoperative pain-an update. Shipton EA.
  - Ann Fr Anesth Reanim 2001 Mar; 20 (3): 246-54. «Quality assurance program for postoperative pain management: impact of the Consensus Conference of the French Society of Anesthesiology and Intensive Care». Mann C, Beziat C, Pouzeratte Y, Boccara G, Brunat G, Millat B, Colson P.
  - Medsurg Nurs 1993 Jun; 2 (3): 191-6. Nursing care of the postoperative patient receiving epidural analgesia. Keeney SA.
  - J Nurs Manag 1997 Nov; 5 (6): 341-9. Survey of postoperative patients' pain management. Bostrom BM, Ramberg T, Davis BD, Fridlund B. Department of Health Sciences, Halmstad University, Varberg, Sweden.
  - Anaesthesist 1997 Feb; 46 (2): 161-73. «Postoperative pain therapy. II.». Jage J, Hartje H. Klinik für Anaesthesiologie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz.
  - J. Vasc Nurs 1993 Dec; 11 (4): 104-7. Management of patients undergoing vascular surgery who are receiving epidural analgesia. Matula PA.
  - Ned Tijdschr Geneesk 1994 Apr 30; 138 (18): 902. Ned Tijdschr Geneesk. 1994 Aug 13; 138 (33): 1688. «Postoperative pain control in The Netherlands».
  - Ann Fr Anesth Reanim 1998; 17 (6): 445-61. «Management of postoperative pain in adults and children»
  - Masui 1995; 44 Suppl: S78-82. «Epidural analgesia for surgery and postoperative pain». Kosaka Y.
  - Anesthesiology 1989 Apr; 70 (4): 719-20. A postoperative pain management service. Brodsky JB, Brose WG, Vivenzo K.
  - Cah Anesthesiol 1991; 39 (2): 105-10. Spinal opioids in the management of postoperative pain. Rubin AP.
  - Clin J Pain 1997 Sep; 13 (3): 229-36. Assessment of postoperative pain management: patient satisfaction and perceived helpfulness. Jamison RN, Ross MJ, Hoopman P, Griffin F, Levy J, Daly M, Schaffer JL.
  - Acta Anaesthesiol Scand 2001 Apr; 45 (4): 465-70. Management of postoperative pain in Spain. Puig MM, Montes A, Marrugat J.
  - J Perianesth Nurs 2001 Dec; 16 (6): 388-98. Pain management in the ambulatory surgical population. Moline BM.
  - Int Anesthesiol Clin 1983 Winter; 21 (4): 1-208. Pain management.
  - Eur J Anaesthesiol 1998 Nov; 15 (6): 748-51. Postoperative pain management: why is it difficult to show that it improves outcome? Breivik H.
  - Zhonghua Hu Li Za Zhi 1989 Dec; 24 (12): 713-5. «Nursing care of postoperative pain». Yang CL.
  - Crit Care Nurs Clin North Am 2001 Jun; 13 (2): 311-7. Monitoring and improving pain management practices. A quality improvement approach. Miaskowski
  - J Perianesth Nurs 2002 Feb; 17 (1): 30-42. Postoperative pain management: Morphine versus ketorolac. Anthony D, Jasinski DM.
  - Semin Urol 1985 Aug; 3 (3): 204-15. Management of postoperative pain. Malhotra V, Artusio JF Jr.
  - Top Clin Nurs 1980 Apr; 2 (1): ix. Pain management. Sutterley DC, Donnelly GF.
  - Pain 1984 Feb; 18 (2): 205-8. Preoperative predictors of postoperative pain. Keeri-Szanto M.
  - Soins Chir 1995 Feb; (168): 28-31. «Postoperative pain». Fagnoni C, Vanetti S, Oberlin P.
  - Mt Sinai J Med 1991 May; 58 (3): 247-56. Postoperative pain management in children. Haberkern CM, Tyler DC, Krane EJ.
  - Surg Clin North Am 1999 Apr; 79 (2): 431-43. Acute pain control and accelerated postoperative surgical recovery. Kehlet H.
  - Crit Care Nurs Clin North Am 1990 Dec; 2 (4): 537-47. Pain management. Wild L.
  - J Perianesth Nurs 2002 Feb; 17 (1): 9-10. A position statement on pain management.
  - Crit Care Nurs Q 1993 May; 16 (1): 8-25. Acute postoperative pain management: a comprehensive review and update. Jurf JB, Nirschl AL.