



## Analgesia posoperatoria en ginecoobstetricia

Mariana Calderón Vidal,\* Rafael Zamora Meraz,\* Miriam Zavaleta Bustos,\*\* Martín Túlio Santa Rita Escamilla,\*\*\* Guillermo Santibáñez Moreno,\*\*\* Guillermo Castorena Arellano,\* Alejandra Rosete Reyes\*\*

Nivel de evidencia: II-3

### RESUMEN

**Introducción:** el dolor posoperatorio en ginecología y obstetricia carece, frecuentemente, de evaluación y seguimiento sistematizados. **Objetivos:** determinar el porcentaje de casos que alcanzaron, o no, el control apropiado del dolor en un servicio de ginecoobstetricia, y describir los patrones de prescripción de analgésicos y errores de medicación identificados.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo, con asignación al azar, realizado en un hospital privado de enseñanza, con 278 pacientes en quienes se evaluó la intensidad del dolor mediante una escala numérica análoga y una de color (los registros iguales o mayores a 30 mm se clasificaron como control inapropiado del dolor). Se analizaron los patrones de medicación y los errores de medicación de analgésicos.

**Resultados:** de los 278 se registraron 3,526 mediciones de dolor ( $12.7 \pm 5.46$ ), 348 (136) fueron  $\geq 30$  mm. En los pacientes en quienes se analizaron el patrón de prescripción y los errores de medicación se registró un promedio de edad de  $34.1 \pm 11$  años. Los diagnósticos más frecuentes fueron: cesárea (15), parto (4), miomectomía (4), histerectomía (4) y diversos (13), en los que se prescribieron  $2.47 \pm 1.48$  analgésicos. Ocho pacientes tuvieron prescripción simultánea de antiinflamatorios no esteroides. En 24 casos se observaron errores de medicación (sobredosificación, duplicidad terapéutica y omisión de transcripción) pero no se observaron consecuencias.

**Conclusiones:** la evaluación sistemática del dolor y su tratamiento escalonado, según la intensidad, son esenciales para mejorar la calidad de la atención médica posoperatoria. Estudios como el presente son necesarios en cualquier sitio donde se atiendan pacientes posoperados.

**Palabras clave:** analgesia, dolor, posoperatorio, errores, medicación.

### ABSTRACT

**Introduction:** Frequently, postoperative pain lacks of systematic evaluation and follow-up.

**Objectives:** 1. To determine the proportion of cases without appropriate pain relief in an Obstetrics and Gynecology hospital service. 2. To describe analgesics' use patterns and medication errors detected in a case series.

**Methods:** Our study was conducted in a private teaching hospital. To fulfill the first objective, an analogue numeric scale and a color scale were applied to 278 patients, in order to evaluate severity of pain. Measurements equal or higher to 30 mm. were considered as inappropriate pain control. For the second objective, a retrospective random sample of 42 cases was selected to analyze analgesic use patterns and to detect medication errors.

**Results:** The 278 cases contributed with 3526 pain registries, average  $12.7 \pm 5.46$  measurements per patient, 348 data were  $\geq 30$  mm., involving 136/278 patients. For the second objective we included patients with an average age  $34.1 \pm 11$  years-old, diagnoses were: cesareans n= 15, labor n= 4, myomectomy n= 4, hysterectomy n= 15 y 13 with diverse disease conditions, where an average of  $2.47 \pm 1.48$  analgesics were prescribed, 8 cases with simultaneous NSAIDs use, 24 cases had medication errors as overdose, therapeutic duality, transcription omission, none of them with consequences for patients.

**Conclusions:** 1. Systematic pain evaluation and its scaled management, according to severity, are essential to improve postoperative health care quality.

2. Studies, as the one presented here, are desirable in any postoperative setting.

**Key words:** Analgesia, pain, postoperative, medication, errors.

### RÉSUMÉ

**Introduction:** la douleur post chirurgicale en gynécologie et obstétrique manque fréquemment d'évaluation et suivi systématisés.

**Objectifs:** faire la détermination du pourcentage des cas qui ont atteint, ou pas, le contrôle approprié de la douleur dans un service de gynéco-obstétrique, et décrire les patrons de prescription d'analgésiques et les erreurs de médication détectées.

**Matériel et méthodes:** étude réalisée dans un hôpital privé d'enseignement. On a choisi 278 patientes pour évaluer l'intensité de la douleur, au moyen d'une échelle numérique analogue (les registres égaux ou supérieurs à 30 mm ont été classés comme contrôle inapproprié de la douleur). On a étudié 42 cas rétrospectifs, élus au hasard, pour faire l'analyse des patrons de médication et des erreurs de médication d'analgésiques.

**Résultats :** parmi les 278 on a enregistré 3,526 mesurages de douleur ( $12.7 \pm 5.46$ ), 348 (136) ont été  $\geq 30$  mm. Dans les patientes dont on a fait l'analyse du patron de prescription et des erreurs de médication on a enregistré une moyenne d'âge de  $34.1 \pm 11$  ans. Les diagnostics les plus fréquents ont été césariennes (15), accouchement (4), myomectomie (4), hysterectomie (4) et divers (13), dans lesquels on a prescrit dans  $2.47 \pm 1.48$  analgésiques. Huit patientes ont eu prescription simultanée d'anti-inflammatoires non stéroïdes. Dans 24 cas on a observé des erreurs de médication (surdose, duplicité thérapeutique et omission de transcription), mais on n'a pas remarqué des conséquences.

**Conclusions :** l'évaluation systématique de la douleur et son traitement échelonné, selon l'intensité, sont essentiels pour améliorer la qualité d'attention médicale post chirurgicale. Des études comme celle-ci sont nécessaires partout où l'on traite des patientes post-opérées.

**Mots-clés :** analgesie, douleur, post surgical, errors, medication.

## RESUMO

**Introdução:** A dor pós-operatória em ginecologia e obstetrícia carece frequentemente de avaliação e seguimento sistematizados.

**Objetivos:** Determinar a porcentagem de casos que alcançaram ou não, o controle apropriado da dor em um serviço de ginecologia e obstetrícia, e descrever os padrões de prescrição de analgésicos e erros de medicação detectados.

**Material e métodos:** Estudo realizado num hospital privado de ensinos. Foram selecionadas 278 pacientes para serem avaliadas a intensidade da dor, mediante uma escala numérica análoga e uma de (os registros iguais ou maiores de 30 mm foram classificados como controle inapropriado da dor). Foram estudados 42 casos retrospectivos, elegidos ao azar, para analisar os padrões de medicação e erros de medicação de analgésicos.

**Resultados:** Dos 278 foram registrados 3.526 de medições de dor ( $12.7 \pm 5.46$ ), 348 (136) foram  $\geq 30$  mm. Nas pacientes que foram analisadas o padrão de prescrição e erros de medicação foi registrado promédio de idade de  $34.1 \pm 11$  anos. Os diagnósticos mais frequentes foram cesáreas (15), parto normal (4), miomectomia (4), histerectomia (4) e diversos (13), nos que foram prescritos em  $2.47 \pm 1.48$  analgésicos. Oito pacientes tiveram prescrição simultânea de antiinflamatórios não esteróides. Em 24 casos foram observados erros de medicação, (sobre dosificação, duplicitate terapêutica e omissão de transcrição), mas não foram observados consequências.

**Conclusões:** A avaliação sistemática da dor e seu tratamento escalonado, segundo a intensidade, são essenciais para melhorar a qualidade de atenção médica pós-operatória. Estudos como o presente são necessários em qualquer lugar onde se atendam pacientes pós-operadas.

**Palavras-chave:** Analgesia, dor, pós-operatório, erros, medicação.

El dolor es una experiencia subjetiva compleja, percibida como daño tisular real o potencial, que se acompaña de un fuerte componente afectivo.<sup>1</sup> Es, quizás, el síntoma más importante que el humano puede referir, ya que no importa su intensidad o el umbral que se tenga, siempre preocupa y es motivo de atención por parte de familiares y del personal de salud.

El dolor agudo posquirúrgico corresponde a una reacción fisiológica del tejido lesionado, de la víscera distendida o de la propia enfermedad,<sup>2</sup> que se ve influido por componentes individuales, sociales, familiares y ocupacionales de quien lo padece. En el medio hospitalario el dolor posoperatorio es una de las formas agudas más comunes, para la que no siempre se ofrece el tratamiento adecuado.<sup>3</sup> Filos y colaboradores mencionan que más de 50% de los pacientes sufren experiencias dolorosas no controladas después de alguna intervención quirúrgica, aún con la prescripción de fármacos de nueva generación y técnicas analgésicas.<sup>4</sup> El dolor posoperatorio constituye una peculiar paradoja, pues sus características clínicas lo convierten en un síntoma óptimo para tratamiento, principalmente porque es agudo, previsible, con duración limitada, sin función biológica, aparece en pacientes con estricta vigilancia clínica y los fármacos disponibles son eficaces para su control.<sup>5</sup> Por estas características predecibles, en especial su corta duración, se le ha restado importancia a su cuidado entre los profesionales de la salud. La falta de evaluación sistematizada, la limitada disponibilidad y seguimiento de algoritmos o protocolos de tratamiento y la complejidad de las interac-

\* Servicio de Anestesiología

\*\* Centro Institucional de Farmacovigilancia

\*\*\* Servicio de Ginecoobstetricia.

Hospital Médica Sur

Correspondencia: Dra. Mariana Calderón. Servicio de Anestesiología. Hospital Médica Sur. Puente de Piedra 150, colonia Toriello Guerra, México, DF. CP 14050. Correo electrónico: dotoraa@yahoo.com.

Recibido: noviembre, 2008. Aceptado: noviembre, 2008.

Este artículo debe citarse como: Calderón VM, Zamora MR, Zavaleta BM, Santa Rita EM, y col. Analgesia posoperatoria en ginecoobstetricia. Ginecol Obstet Mex 2009;77(2):82-88

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)

ciones de los medicamentos llevan al médico a cometer errores en la prescripción de analgésicos que resultan en inadecuado control del dolor, en aumento de los efectos adversos y los sitúa entre los errores más comunes de medicación,<sup>6</sup> sin contar los asociados con preparación o suministro de opioides.

El presente estudio se diseñó para evaluar el dolor asociado con alteraciones ginecológicas y obstétricas, para justificar la utilización de la escala numérica análoga en la etapa posquirúrgica y valorar el grado de control del dolor alcanzado, además de caracterizar el patrón de uso de analgésicos y los principales errores de medicación detectados, con la finalidad de proponer soluciones para mejorar la calidad de la atención médica.

El objetivo de este estudio es determinar el porcentaje de casos que alcanzaron, o no, el control apropiado del dolor (mediante su medición periódica) durante la estancia hospitalaria, describir los patrones de prescripción de analgésicos e identificar los errores de medicación más frecuentes.

## MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se realizó en un hospital privado de enseñanza y de alta especialidad de la Ciudad de México. La institución cuenta con 170 camas censables, cuyo servicio de ginecología y obstetricia tuvo 2,354 ingresos en el 2007. Para determinar el porcentaje de pacientes que alcanzó, o no, el control apropiado del dolor, se estudió una muestra no probabilística de conveniencia<sup>7</sup> con 278 casos que ingresaron del área de recuperación y de hospitalización, durante mayo a julio de 2007. Dado que el hospital no disponía de alguna metodología estandarizada para la evaluación y registro del dolor, un grupo multidisciplinario (ginecoobstetras, anestesiólogos, enfermeras, farmacéutico, especialistas en calidad y farmacovigilancia) eligió, de diversas escalas validadas en español, las escalas que pudieran aplicarse con facilidad en el estudio. Se seleccionó una escala numérica análoga (0 a 100 mm) y de color (azul-rojo) para evaluar la intensidad del síntoma percibido por las pacientes<sup>8</sup> (figura 1).

El personal de enfermería fue capacitado para homogeneizar la maniobra; los datos obtenidos se registraron en un formato específico cada cuatro horas (horarios: 6:00, 8:00, 12:00, 16:00, 20:00, 22:00) o cuando la paciente refiriera dolor durante el periodo de hospitalización. Se estableció por consenso del grupo que los registros menores a 30



**Figura 1.** Formato de registro y escala visual utilizada para la medición del dolor.

mm (<30) significaban control óptimo y no requerían ajuste de tratamiento, y que las cifras iguales o mayores a 30 mm ( $\geq 30$ ) sugerían aviso al médico de guardia para la evaluación de la paciente y ajuste del tratamiento analgésico, además de que estos casos, para propósitos del estudio, se clasificaran dentro del grupo que no alcanzó el control apropiado del dolor.

Para describir los patrones de prescripción analgésica y los errores de medicación se estudió una serie retrospectiva de 41 casos, seleccionados al azar desde diciembre del 2006 hasta mayo del 2007. Estas variables se definieron como cualquier evento prevenible que causara o condujera la prescripción inapropiada de medicamentos, o provocara daño al paciente mientras los fármacos estuvieran bajo control del personal de salud, el paciente o consumidor.<sup>9</sup> Se utilizó el criterio de la *National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP), que determina el tipo de error, la causa y consecuencia del mismo. El propio grupo multidisciplinario revisó los expedientes clínicos y estableció una coincidencia interevaluador con coeficiente k de 0.7 a 0.8 (considerada apropiada). La opinión de un ginecólogo con adiestramiento adicional en farmacología (MTSE) se consideró el patrón de referencia para la calificación final de los casos.

La base de datos se construyó con el programa Microsoft Excel®. Se utilizó estadística descriptiva y los resultados se registraron en el programa MINITAB Release® versión 14.12.0. La base de datos fue auditada por el área de calidad para confirmar su confiabilidad.

## **RESULTADOS**

De 278 casos evaluados, se registraron 3,526 mediciones del dolor (promedio de  $12.7 \pm 5.46$  [IC95: 12.04 a 13.32] y límite de 2 a 45). De éstos, sólo se recibieron datos generales, como la identificación de las pacientes, el diagnóstico de ingreso y los formatos de registro de dolor (no hubo acceso al resto de los datos ubicados en el expediente clínico y no correspondieron a los mismos casos utilizados para describir los patrones de prescripción de analgésicos y errores de medicación, por haberse analizado en períodos distintos). El cuadro 1 muestra los diagnósticos de las pacientes evaluadas en el estudio.

El 91% de las mediciones procedieron del área de hospitalización ( $n= 3,207$ ) y 9% ( $n= 250$ ) de recuperación. En 136 pacientes (49%) con registros de dolor  $\geq 30$  mm, en algún momento de su hospitalización, se encontró control inapropiado del síntoma en más de una ocasión (rango de 1 a 15 y promedio de 1.3 mediciones). Se registraron 214 casos con mediciones adicionales de dolor fuera de los horarios establecidos, pero sólo 73 se asociaron con la escala numérica análoga  $\geq 30$  mm. En estas pacientes el seguimiento tuvo mayor relevancia para observar la respuesta de ajuste del tratamiento analgésico.

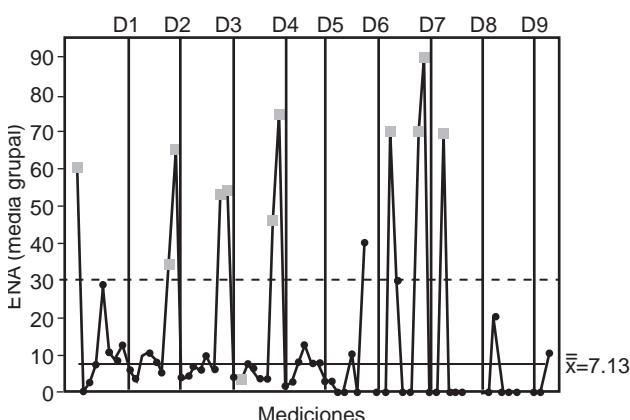
De las 3,526 mediciones, 348 fueron  $\geq 30$  mm, lo que representó 9.9% de los registros obtenidos. Los registros altos de dolor aparecieron en proporciones similares en las pacientes del área de hospitalización y recuperación (9 vs 12%, respectivamente); no hubo diferencias significativas.

Los casos quirúrgicos con registros de dolor más altos aparecieron en las pacientes sometidas a cesárea e hysterectomía total abdominal. La figura 2 se realizó con 213 casos que tuvieron más de nueve registros de dolor durante su estancia hospitalaria; también muestra 12 casos que en el periodo de recuperación y en cualquier día de hospitalización tuvieron eventos de dolor agudo no controlado, según las cifras reportadas en la escala numérica analógica  $\geq 30$  mm.

**Cuadro 1.** Diagnósticos de las pacientes en quienes se evaluó la intensidad del dolor.

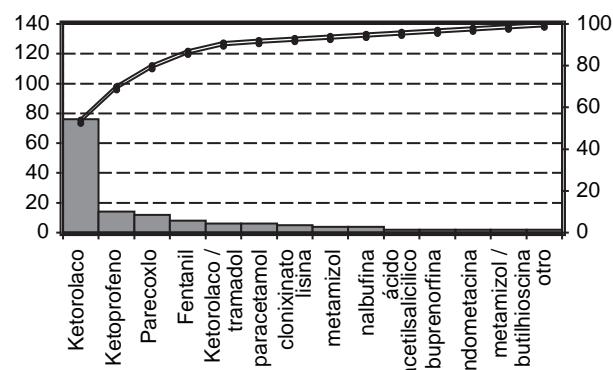
Casos	Diagnóstico	Total
No quirúrgicos	Hemorragia uterina anormal	2
	Infección de las vías urinarias	2
	Síndrome doloroso abdominal	2
	Preeclampsia	2
	Enfermedad inflamatoria pélvica	1
	Gastroenteritis y embarazo	1
	Síndrome anémico	1
Operación ginecológica mayor	Histerectomía total abdominal	34
	Miomectomía	19
	Laparoscopía (sin otros datos)	13
	Exéresis de quiste ovárico	7
	Exéresis de nódulo primario	5
	Laparotomía exploradora	5
	Fibroadenoma	4
	Bartholinectomía	2
	Colpoperinoplastía	2
	Exéresis de tumor ovárico	2
	Histerectomía laparoscópica	2
	Mestectomía	1
	Colpocele	1
	Exéresis de quiste paratubario	1
	Hiperplasia endometrial	1
	Histerectomía vaginal	1
	Mastectomía subcutánea	1
	Resección de pólipos endometriales	1
	Salpingooforectomía	1
Operación ginecológica menor	Aborto incompleto	2
	Colocación de catéter "JJ"	1
	Conización vertical	1
	Abdominoplastia	1
	Lipoma axilar	1
	Neoformación vulvar	1
	Tumor de labio derecho	1
Intervención quirúrgica obstétrica	Cesárea	116
	Parto	31
	Embarazo ectópico	3
	Legrado	2
	Cerclaje	1
No especificado		3

En lo que a patrones de prescripción y errores de medicación respecta (datos demográficos de la serie de 42 casos), se registró un promedio de edad de  $34.1 \pm 11$  años y estancia hospitalaria de  $3.4 \pm 2.5$  días. Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron: cesárea (15), parto (4), miomectomía (4), histerectomía (4) y diversos (13). Los casos estudiados tuvieron prescripción, en promedio, de  $2.47 \pm 1.48$  analgésicos (rango de 1 a 6). En relación con



**Figura 2.** Casos con más de nueve mediciones de dolor durante la estancia y registros  $\geq 30$  mm.

los antinflamatorios no esteroides, el promedio de prescripción grupal fue de  $1.71 \pm 0.74$  (rango de 1 a 3). De los 42 casos, hubo ocho con prescripción simultánea de dos a tres antinflamatorios no esteroides. Las estrategias de tratamiento prescrito se describen en la figura 3.



**Figura 3.** Patrón de prescripción de analgésicos (frecuencia de consumo de distintos fármacos).

Sólo 18 de los 42 casos tuvieron prescripción adecuada de medicamentos (43%) y en los 24 (57%) restantes hubo, al menos, un error de medicación relacionado con los analgésicos. En total se detectaron 31 errores (media de  $1.34 \pm 0.6$  por caso; rango 1-3), según los criterios de NCCMERC. Los fármacos asociados comúnmente con errores de prescripción fueron el ketorolaco, ketoprofeno y parecoxib.

Los errores más frecuentes fueron la sobredosificación, duplicidad terapéutica (prescripción de dos o más medicamentos de la misma clase y el mismo mecanismo de acción, indicados sin justificación para un mismo diagnós-

tico) y omisión de transcripción (ausencia de la indicación escrita para un fármaco administrado, o bien, la falta de transcripción de una orden médica al *kardex* de enfermería). Los errores de medicación identificados en este estudio se muestran en el cuadro 2. No se registraron efectos adversos relacionados con los mismos. Según el tipo de error encontrado: 81% se atribuyó al área médica y 19% al de enfermería (cuadro 2). Las causas que originaron los errores de medicación correspondieron a factores humanos (86%) y fallas en la comunicación (16%).

**Cuadro 2.** Errores de medicación detectados y área responsable del error.

Responsable	Tipo de error	n	%
Área de enfermería	Omisión de transcripción	4	
	Omisión de administración	2	
Total de enfermería		6	19.4%
Área médica	Sobredosificación	9	
	Duplicidad terapéutica	8	
	Intervalo de dosificación inadecuado	3	
	Interacciones fármaco-fármaco	2	
	Omisión de prescripción	1	
	Omisión de transcripción	1	
	Selección inadecuada por contraindicación	1	
Total de medicamentos		25	80.6%

## DISCUSIÓN

El propósito del tratamiento analgésico posoperatorio es minimizar o eliminar el síntoma, facilitar el proceso de recuperación y evitar al máximo los efectos adversos de los medicamentos prescritos.<sup>10</sup> Para este estudio se eligió un servicio homogéneo, donde hay baja frecuencia de enfermedades concurrentes que influyen en la percepción de la intensidad del dolor, con la finalidad de identificar los esquemas de tratamiento y determinar su eficacia.

Si el dolor se considera una experiencia subjetiva, entonces no existen datos clínicos que establezcan de manera inequívoca si el tratamiento es exitoso o efectivo, por lo que la percepción del paciente y el grado de intensidad son los únicos datos confiables para analizar el dolor,

transformándolos a escalas numéricas. Entre las diferentes escalas que se utilizan para valorar la intensidad del dolor, ninguna se considera el estándar de referencia. De aquellas validadas en español, decidió utilizarse la escala numérica análoga en conjunto con una escala de color, con la finalidad de que el paciente (sobre todo quienes tienen bajo nivel de atención, reducido efecto con narcóticos o benzodiacepinas, o con efecto residual de la anestesia) integrara de manera más certera su nivel de dolor. La destreza del personal de enfermería, para su correcta aplicación, se estandarizó en días previos al estudio y se estableció un registro periódico en las escalas durante el periodo de hospitalización de las pacientes.

Existen diversos niveles de corte relacionados con el dolor tolerable o control apropiado. Diferentes estudios sugieren que lo adecuado son 40 mm; sin embargo, por consenso para este estudio, el nivel de corte fueron 30 mm, porque permite la identificación oportuna de pacientes con dolor potencialmente atribuible a causas que requieren otro tipo de intervención médica, como el drenaje de algún hematoma o la colocación de una sonda vesical, más que el incremento en la dosis de medicamentos analgésicos. Estas consideraciones sugieren que el interrogatorio y la exploración física son fundamentales en el periodo posquirúrgico, pues existe riesgo de incrementar las dosis analgésicas y ocultar algún cuadro clínico agudo que se resuelva de manera temprana, con ventajas claras en la relación paciente-médico-hospital.

Como se refiere en el cuadro 1, la mayor parte de los ingresos hospitalarios corresponde a padecimientos que requieren intervenciones quirúrgicas programadas; sin embargo, un hallazgo común en la atención perioperatoria de cualquier sistema de salud, es que el equipo encargado de proveer la anestesia y analgesia no conoce al paciente con anticipación ni sus enfermedades concurrentes. Por lo anterior, no siempre se tiene la oportunidad de explicar cómo se establecerá el tratamiento analgésico, ni de resolver las preocupaciones del paciente. El impacto mundial de estos factores provocó que la Alianza Global por la Seguridad Clínica promoviera, a partir de enero de 2007, la utilización de un listado de verificación de seguridad quirúrgica dirigido a la revisión de condiciones determinantes del pronóstico del paciente. Antes de la inducción anestésica debe confirmarse la identidad del paciente, su consentimiento con información del procedimiento anestésico y quirúrgico, el sitio y proce-

dimiento a realizar, la inocuidad de los anestésicos y los antecedentes patológicos relevantes para el tratamiento óptimo del paciente. En nuestro medio es común que el anestesiólogo no entreviste al paciente antes de la operación, pero coincidimos en que la atención perioperatoria ofrece ventajas al equipo médico (anestesiólogo y cirujano) y permite la integración del paciente en la toma de decisiones para su control y tratamiento analgésico. Además, la explicación del uso de dispositivos (bombas de infusión PCA [Analgesia Controlada por el Paciente]) brinda la tranquilidad que implica el conocimiento del proceso al que será sometido. Warfield y colaboradores encontraron que el principal miedo de la mayoría de los pacientes entrevistados fue sentir dolor posoperatorio.<sup>11</sup> Klafta y Roizen señalan que las ventajas de la entrevista perioperatoria se asocian con reducción de la ansiedad, percepción del dolor, hipertensión y días de hospitalización, es decir, que los pacientes sometidos a este tipo de entrevistas, con el anestesiólogo, tienen registros de dolor menores, en comparación con los pacientes que no se consultan.<sup>12</sup>

No debe menospreciarse ningún factor quirúrgico, aún en situaciones previsibles. En las pacientes obstétricas, la entrevista con el anestesiólogo puede mejorar el perfil de recuperación posoperatorio. Un principio práctico establece que el dolor mal tratado desde el inicio es más difícil de controlar conforme pasa el tiempo.

En este estudio se encontraron 41 registros de dolor no tolerable ( $\geq 30$  mm) en el área de recuperación y 311 en el de hospitalización. Este fenómeno quizás se debe a que la evaluación del dolor y el efecto analgésico no se revisan sistemáticamente al egreso del área de recuperación, en comparación con el egreso ambulatorio de un paciente, donde la intensidad del dolor es determinante para darse de alta. Con la finalidad de disminuir el número de pacientes con inadecuado tratamiento del dolor en hospitalización, ningún paciente debería egresar del área de recuperación con medición de dolor no tolerable.

Aún con la muestra limitada de casos, la identificación de errores de medicación y la administración de fármacos con similares características y mecanismos de acción, sugiere una falta de conocimiento por parte del personal de salud para la prescripción de medicamentos analgésicos. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) emitió en el año 2006 su opinión acerca del “Uso Seguro de Medicamentos”<sup>13</sup> y señaló que los errores

de prescripción son la causa principal de las fallas de medicación, por lo que los médicos deben familiarizarse con los fármacos antes de prescribirlos, sobre todo en las pacientes obstétricas, cuyo riesgo de error se incrementa. Dicha situación coincidió con los resultados de este estudio. Se sabe que las prácticas de prescripción pueden ser resultado de la costumbre u otros factores, y a pesar de no haber observado consecuencias graves en estas pacientes, los errores estuvieron presentes y estamos obligados a corregirlos. La prescripción concomitante de dos o más fármacos analgésicos no esteroides es un error común en cualquier área médica; además, se ha demostrado que a dosis máximas no provocan mayor efecto en la analgesia, pero sí producen más efectos adversos. La estandarización de combinaciones permitirá evitar este tipo de error.

Después de los errores causados directamente por factores humanos, siguieron las fallas en la comunicación (16%). Aunque no se identificaron consecuencias, su relevancia radica en que pueden ocasionar eventos adversos, hasta en 31% de los casos, que suscitan quejas en los servicios de ginecología y obstetricia; la falta de comunicación entre el equipo primario de atención y los médicos que interconsultan genera importantes errores en la administración y prescripción de medicamentos.<sup>14</sup>

Este estudio es el inicio de diversas evaluaciones en tendencias analgésicas posquirúrgicas de diferentes especialidades. Actualmente, las directrices de calidad hospitalaria y las tendencias sobre prácticas seguras urgen al médico (sea cual fuere su especialidad), al estudio del dolor (pues estará presente en casi todas las áreas médicas) y al trabajo en equipo, para formar en conjunto los servicios de medicina perioperatoria.

## CONCLUSIONES

La evaluación sistemática del dolor y su tratamiento escalonado, según la intensidad, son procesos esenciales para mejorar la calidad de la atención médica en el periodo posoperatorio. Estudios como éste son necesarios en cualquier servicio médico donde se atiendan pacientes posoperados.

## Agradecimientos

Al personal de Enfermería y al Dr. José Ángel García Alonso, Jefe del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Médica Sur, por su apoyo para la realización de este estudio.

## REFERENCIAS

1. López-Timoneda F. Definición y clasificación del dolor. Clínicas urológicas de la Universidad Complutense. [en línea]. Dirección URL: <<http://www.ucm.es/BUCM/revistas/med/11330414/articulos/CLUR9596110049A.PDF>>. [Consulta: 14 de octubre de 2008].
2. Lubenow TR, Ivankovich AD, Barkin RL. Management of acute postoperative pain. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, editors. Clinical anesthesia. 1<sup>st</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2006;pp:1405-40.
3. McQuay H, Moore A, Justine D. Fortnightly review: treating acute pain in a hospital. BMJ 1997;314:1531-5.
4. Filos KS, Lehmann KA. Current concepts and practice in postoperative pain management: need for a change? Eur Surg Res 1999;31:97-107.
5. Soler-Company E, Faus-Soler MT, Montaner-Abasolo MC, Morales-Olivas F. Estudio de utilización de analgésicos en el tratamiento del dolor postoperatorio. Farmacia Hosp 2001;25(3):150-5.
6. Kfuri T, Morlock L, Hicks RW, Shore AD. Medication errors in obstetrics. Clin Perinatol 2008;35:101-7.
7. Baptista-González H, Méndez-Sánchez N, Uribe-Esquível A, Medina-Santillán R. Diseño del protocolo de investigación. En: Méndez-Sánchez N, Villa-Romero AR, Uribe-Esquível A, editores. Métodos clínicos y epidemiológicos de investigación clínica. 1<sup>a</sup> ed. México: Elsevier Masson Doyma México, 2006;pp:77-101.
8. Montero-Ibáñez R, Manzanares-Briega A. Escalas de valoración del dolor. JANO 2005;(1553):527-30.
9. Otero-López M. J, Codina-Jané C, Tamés-Alonso MJ, Pérez-Encinas M. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. Resultados de la beca Ruiz-Jarobo 2000. Farm Hosp 2003;27(3):137-49.
10. International Association for the Study of Pain (IASP). Management of acute pain. A practical guide. Seattle. [en línea]. Dirección URL: <[http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?section=out\\_of\\_print\\_books&template=/MembersOnly.cfm&ContentID=6798](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?section=out_of_print_books&template=/MembersOnly.cfm&ContentID=6798)>. [Consulta: 12 de noviembre de 2008].
11. Warfield C, Kahn C.H. Acute pain management programs in US hospitals and experiences and attitudes among US adults. Anesthesiology 1995;83(5):1090-4.
12. Klafta JM, Roizen MF. Current understanding of patients attitudes toward and preparation for anesthesia: A review [comments]. Anesth Analg 1996;83:1314-21.
13. ACOG Committee Opinion. Safe use of medication. Obstet Gynecol 2006;107(4):969-72.
14. White AA, Pichert JW, Bledsoe SH, Irwin C, Entman SS. Cause and effect analysis of closed claims in obstetrics and gynecology. Obstet Gynecol 2005;105:1031-8.