

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen 27
Volume

Número 4
Number

Octubre-Diciembre 2004
October-December

Artículo:

Desarrollo de los parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Colegio Mexicano de Anestesiología, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Desarrollo de los parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo

Dr. Uriah Guevara-López, **
Dr. José A. Córdova-Domínguez, **
Dr. Antonio Tamayo-Valenzuela, **
Dr. Emilio Ramos,*
Dr. Hugo Martínez-Espinoza,*
Dr. Jaime Óscar Durán-Alcocer,*
Dr. Francisco Javier Ochoa-Carrillo,*
Dr. Carlos Cuervo,*
Dr. Andrés Hernández-Ortiz,*
Dr. Enrique Olivares-Durán,*
Dr. Carlos Rodríguez-Celaya,*

Dra. Diana Moyao-García, **
Dra. Rosalinda Castillo, **
Dr. Sergio Hernández-Jiménez, **
Dr. Carlos García-Padilla,*
Dr. Raúl Carrillo-Esper,*
Dr. Alfredo Covarrubias-Gómez, **
Dr. Juan Carlos Torres,*
Dr. Antonio Carrasco-Rojas,*
Dr. Luis Feria,*
Dr. Jorge Villegas-Saldaña,*
Dr. Juan Montejo-Vargas*

COMITÉ DE REDACCIÓN

Dr. Uriah Guevara-López, Dr. Alfredo Covarrubias-Gómez, Dr. Andrés Hernández Ortiz

* Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa. México, D.F.
** Grupo de Consenso para el Manejo del Dolor Agudo. Comité de Redacción.

Solicitud de sobretiros:
uriahguevara@yahoo.com

Recibido para publicación: 30-09-04
Aceptado para publicación: 03-11-04

RESUMEN

Contexto: De acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) el dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desplacentera, la cual se encuentra asociada a daño tisular real, potencial, o bien, descrito en términos de dicho daño. Para el Comité de Taxonomía de la IASP en lo referente a la duración del dolor, éste es considerado agudo cuando se presenta de forma súbita y generalmente se autolimita en su duración, tiene una relación causal, así como, temporal con una enfermedad o lesión. **Objetivo:** El objetivo principal de desarrollar un grupo de consenso que elaborara parámetros de práctica enfocados al manejo del dolor agudo; es el de poder establecer una guía eficaz para el manejo de esta entidad con la finalidad de mejorar el resultado derivado del tratamiento médico y hospitalario. **Método y resultados:** Un grupo de médicos de diferentes instituciones hospitalarias del país, aplicó a 55 pacientes un cuestionario, el cual constó de 15 reactivos principales. Los resultados del cuestionario que hemos aplicado muestran que el 96.36% de los entrevistados presentan dolor. De los pacientes con dolor encontramos que la mayoría de los pacientes reportó su dolor de moderado a severo. El 60% de los pacientes reportan que el dolor interfiere con sus actividades laborales, encontramos además que el dolor interfiere con el estado de ánimo de los pacientes (54.55%). Del mismo modo el dolor interfiere con el sueño en 56.56% de los pacientes. **Conclusiones:** El dolor agudo frecuentemente no es tratado por el personal médico o paramédico, o bien, se establecen esquemas de manejo que resultan costosos y poco benéficos.

Palabras clave: Dolor, dolor agudo, parámetro de práctica.

SUMMARY

Context: The International Association for the Study of Pain (IASP) defines pain as a sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage. The Taxonomy Committee of the IASP defines acute pain as a pain of recent onset and probable limited

duration. It usually has an identifiable temporal and causal relationship to injury or disease. Objective: The reason to create a task force that will develop a practice guidelines for the management of acute pain is to provide an effective guide for the general practitioner in order to achieve a better outcome. **Settings and results:** A questionnaire was conducted in different hospitals in Mexico. The questionnaire was performed by medical staff and applied to 55 patients. It contained 15 main questions. We found that 96.36% of the patients had pain. Most of the patients with pain referred it as moderate to severe. Sixty percent of the patients referred that pain interfered with their daily activities, we found that 54.55% of the patients referred that pain had a diminished mood and 56.56% reported that pain had interfered with their sleep habits. **Conclusions:** Acute pain is frequently untreated by medical or paramedical staff, and actually the established treatment may be expensive and had a poor outcome.

Key words: Pain, acute pain, practice guidelines.

INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desplacentera, la cual se encuentra asociada a daño tisular, ya sea real, potencial o descrito en términos de dicho daño⁽¹⁾. La IASP además define al dolor agudo como un dolor de inicio reciente, cuya duración es probablemente limitada; generalmente tiene una relación causal o temporal identificable, la cual se relaciona con una lesión o enfermedad⁽²⁾. Un manejo efectivo del dolor es fundamental para mejorar las condiciones que se encuentran asociadas al cuidado del paciente, con la finalidad de facilitar una recuperación más rápida, así como la disminución de la estancia intrahospitalaria^(3,4).

A pesar de los beneficios asociados al manejo efectivo del dolor^(3,4), éste ha sido inadecuado. La prevalencia existente sobre el manejo del dolor, ha documentado esta aseveración en diferentes escenarios clínicos, incluyendo unidades de medicina general y quirúrgicas, así como pabellones oncológicos, clínicos, pediátricos, unidades de quemados y departamentos de emergencias. En respuesta a esto se han identificado los factores que se encuentran asociados al inadecuado manejo del dolor y se han propuesto diferentes programas destinados a su corrección⁽⁵⁾.

Las series de estudio muestran que el 78% de los pacientes ha experimentado dolor durante la hospitalización; de estos, el 45% presentó dolor insoportable, sin embargo, únicamente el 49% de las notas de enfermería mencionan que existe una mejoría de la sintomatología dolorosa⁽⁶⁾. Por otro lado, sólo el 42% de los hospitales en Estados Unidos cuentan con programas para el manejo agudo del dolor y un 13% más de hospitales planean establecer uno de estos programas. El 77% de los adultos en Estados Unidos considera que es necesario experimentar dolor después de ser sometidos a un procedimiento quirúrgico, del 57% de los que efectivamente fueron sometidos a un procedimiento quirúrgico re-

portaron que el dolor posterior a la cirugía fue una de sus principales preocupaciones. Setenta y siete por ciento de los pacientes reportaron dolor posterior a la realización de un procedimiento quirúrgico y de éstos el 80% refirió haber presentado dolor de moderado a severo⁽⁷⁾. Ahora bien, de los pacientes que han sido sometidos a cirugía ortopédica o cirugía abdominal mayor, el 76% de los pacientes refieren su dolor de moderado a severo y el 5% lo refieren como insoportable⁽⁸⁾. El 74% de los pacientes con trauma múltiple atendidos en el departamento de emergencias reportaron su dolor de moderado a severo⁽⁹⁾. De los pacientes que fueron sometidos a un programa para el manejo del dolor el 80% presentaron alivio del dolor⁽¹⁰⁾.

Con la finalidad de proporcionar lineamientos en los cuales se sustenten los programas de educación, así como de tratamiento para el manejo del dolor agudo varios grupos de consenso a nivel mundial han hecho diferentes propuestas.

OBJETIVO

Analizar la prevalencia del dolor agudo en la población mexicana con el propósito de crear un grupo de consenso que proporcione parámetros de práctica enfocados a un tratamiento efectivo del dolor agudo, el cual se encuentre adecuado al contexto del país.

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

Un grupo de médicos de diferentes instituciones de salud en el país, aplicó un cuestionario por entrevista directa, el cual constaba de 15 reactivos principales a 55 pacientes hospitalizados y ambulatorios. El cuestionario propuesto por la American Pain Society Quality of Care Committee⁽⁵⁾, consta de 15 reactivos principales los cuales evalúan (1) la presencia del dolor, (2) la temporalidad del mismo, (3) su intensidad, (4) los cambios en las condiciones de vida asociados y (5) la percepción y preferencias de los pacientes hacia el do-

lor, ya sea ambulatorios, hospitalizados o postquirúrgicos. Estos reactivos utilizan para su evaluación una escala numérica análoga (ENA) de 10 puntos o una escala de satisfacción de cinco puntos⁽⁵⁾. La intensidad del dolor se definió de la siguiente forma (1) dolor leve (ENA 1 a 3), (2) dolor moderado (ENA 4 a 7) y (3) dolor severo (ENA 8 a 10)⁽¹¹⁻¹³⁾. Se decidió aplicar esta asociación con respecto a la intensidad del dolor para emitir resultados que fueran concordantes con otros estudios que evalúan la misma temática⁽⁶⁻¹⁰⁾.

Encontramos que en las últimas 24 h el 96.36% (53 pacientes) experimentaron dolor mientras que el 3.64% (2 pacientes) no lo experimentaron (Figura 1). De los 53 pacientes con dolor, el 62.26% (33) reportaron su dolor de moderado a severo (41.51% moderado y 20.75% severo), entre tanto 37.74% (20 pacientes) reportaron su dolor como leve. La intensidad más alta percibida por los pacientes fue reportada de moderada a severa por el 94.34% (50), mientras que sólo el 5.66% (3) la reportaron como leve. El dolor promedio percibido por los pacientes fue de moderado a severo por el 81.13% (43 pacientes), mientras que el 18.87% (10) lo reportaron como leve (Figura 2).

El 60% (33) de los 55 pacientes refirieron que el dolor interfería con sus actividades cotidianas en una escala numérica análoga (ENA) de 4 a 10, por otro lado sólo el 40% (22 pacientes) reportaron que la interferencia con las activi-

dades se encontraba en rangos de 0 a 3 en la escala numérica análoga (ENA). El 54.55% (30 pacientes) reportaron una disminución en el estado de ánimo (ENA de 4 a 10) y 14.55% (8 pacientes) no reportaron alteraciones sobre el estado de ánimo (ENA de cero). El 56.36% (31 pacientes) mencionaron que el dolor interfirió con el dormir (ENA de 4 al 10), mientras que sólo el 18.18% (10 pacientes) no reportaron interferencia con el sueño (escala numérica análoga de cero).

De los 55 pacientes estudiados 45.45% (25) eran pacientes ambulatorios y de éstos el 60% (15) reportaron que el dolor

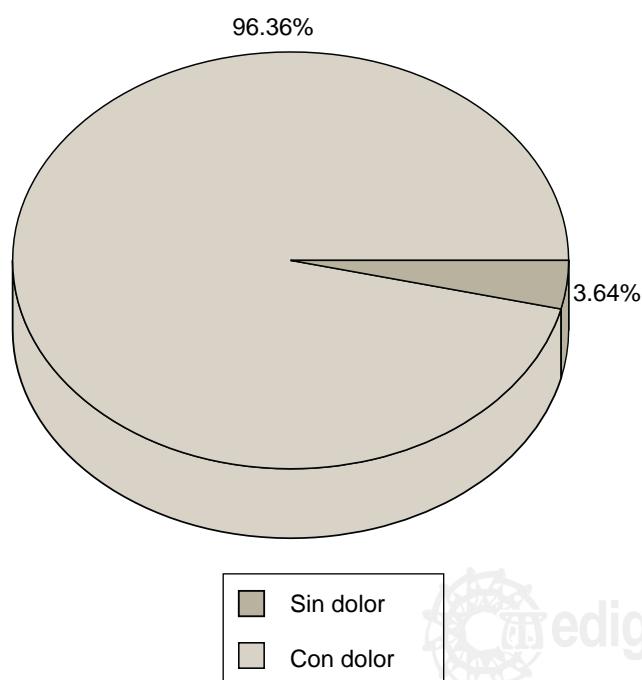


Figura 1. Porcentaje de los pacientes que reportan dolor en las últimas 24 horas. Fuente: Grupo de Consenso para el Manejo del Dolor Agudo, 2004.

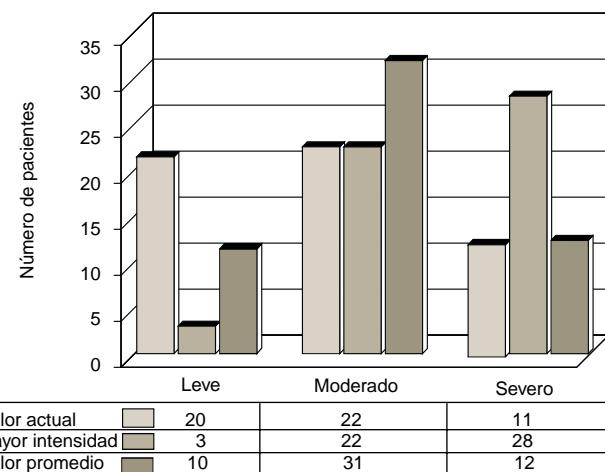


Figura 2. Intensidad del dolor agudo percibido por los pacientes al momento de realizar el cuestionario, de igual manera se desglosan tanto la mayor intensidad del dolor, así como el dolor promedio. Fuente: Grupo de Consenso para el Manejo del Dolor Agudo, 2004.

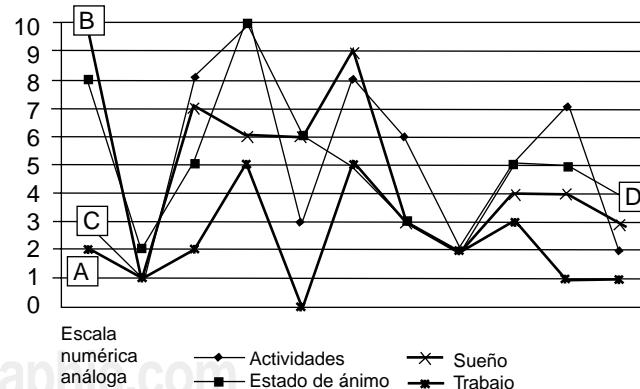


Figura 3. Interferencia del dolor con respecto a las condiciones asociadas al estilo de vida, (A) trabajo, (B) sueño, (C) actividades cotidianas y (D) estado de ánimo. Fuente: Grupo de Consenso para el Manejo del Dolor Agudo, 2004.

interfería con su trabajo normal en escala numérica análoga de 4 a 10 y en el 8% (2) no reportaron interferencia con su trabajo normal (escala numérica análoga de cero). De los pacientes hospitalizados el 5.45% (3) esperó de una a 4 horas en recibir tratamiento analgésico para aliviar el dolor (Figura 3).

CONCLUSIONES

Los resultados del cuestionario que hemos aplicado muestran que el 96.36% de los entrevistados presentan dolor, esto contrasta con otras series en las cuales el dolor se presenta del 80% al 70% de los pacientes; sin embargo estos estudios sólo incluyeron a pacientes hospitalizados⁽⁶⁻¹⁰⁾. De los pacientes con dolor encontramos que la mayoría de los pacientes refiere su dolor de moderado a severo y esto no es diferente a lo encontrado en otras series. El 60% de los entrevistados reporta que el dolor interfiere con sus actividades laborales, encontramos además que el dolor interfiere con el estado de ánimo en 54.55%. Del mismo modo el dolor interfiere con el sueño en 56.56% de los pacientes, así mismo esto no es diferente a lo referido en otras series⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Estos hallazgos evidencian que el dolor agudo es una entidad más que frecuente, la cual habitualmente es tratada por el personal médico o paramédico de forma ineficiente, o bien, se establecen esquemas de manejo que resultan costosos y poco beneficiosos. El impacto que tiene el dolor sobre diferentes aspectos asociados a las condiciones de vida del paciente lo hacen una entidad que debe tratarse de forma más efectiva. Por tal motivo diferentes grupos de consenso a nivel mundial se han dado a la tarea de proponer parámetros de práctica que mejoren el manejo del dolor agudo, así como de establecer programas que hagan posible este objetivo, y que de igual forma, proporcionen educación al personal médico, paramédico, al mismo paciente, así como a los familiares del mismo; todo esto con la finalidad de hacer una detección temprana e incorporar al interesado al buen manejo de su dolor^(2,5,7,12,17-19).

GRUPO DE CONSENSO

Con fundamento a los resultados descritos, se consideró necesario convocar a un grupo de consenso integrado por

veintidós médicos especialistas en diferentes áreas (anestesiólogos, algólogos, cirujanos generales, cirujanos oncólogos, ortopedistas, internistas, reumatólogos e intensivistas). Cada uno de ellos, con experiencia en la valoración y tratamiento del paciente con dolor agudo. Se efectuaron cuatro sesiones de trabajo con una duración total de 10 horas en donde se analizó la evidencia existente en cuanto al manejo del dolor agudo.

NIVELES DE EVIDENCIA

Las recomendaciones emitidas por este grupo de consenso se sustentaron en niveles de evidencia literaria. Éstos proporcionan la posibilidad de establecer un juicio de certeza con respecto a un conjunto de aseveraciones, siendo éste sustentado en la evidencia existente. En medicina ha sido propuesto un sistema de cuatro puntos que identifica el sustento literario en los cuales se basan los argumentos expuestos. Este sistema de cuatro puntos fue desarrollado en los Estados Unidos de América por el Grupo de Trabajo para Servicios Preventivos (United States Preventive Services Task Force) en 1995. La evidencia sustentada en un NIVEL I, es la que tiene mayor fuerza y solidez; ésta es obtenida por medio de una revisión sistemática de los ensayos clínicos controlados relevantes (con metaanálisis cuando sea posible). El NIVEL II de evidencia es obtenido de uno o más ensayos clínicos controlados aleatorizados que tengan un buen diseño metodológico. El NIVEL III de evidencia es obtenida de ensayos clínicos no aleatorizados con un buen diseño metodológico, o bien, estudio de cohorte con un buen diseño metodológico, o bien, estudios analíticos de casos y controles, preferentemente multicéntricos o desarrollados en diferentes tiempos. El NIVEL IV de evidencia es obtenido de la opinión de expertos en la materia que tengan impacto de opinión y que emitan un juicio basados en su experiencia clínica, estudios descriptivos, o bien reportes generados por consensos de expertos en la materia. Es recomendable a su vez que en el caso de no existir evidencia con NIVEL I, se deben generar estudios enfocados a la obtención de ese nivel de evidencia

REFERENCIAS

1. Merskey H. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 1979;6:249-52.
2. Ready LB, Edwards WT. Management of Acute Pain: A Practical Guide. Taskforce on Acute Pain, IASP Publications. 1992.
3. McQuay H, Moore A, Justine D. Fortnightly review: Treating acute pain in hospital. *BMJ* 1997;314:1531-1535.
4. Ducharme J. Acute pain and pain control: State of the art. *Ann Emerg Med* 2000;35:592-603.
5. American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA* 1995;274:1874-1880.
6. Donovan M, Dillon P, McGuire L. Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical inpatients. *Pain* 1987;30:69-87.

7. Warfield CA, Kahn CH. Acute pain management: Programs in the US hospitals and experiences and attitudes among US adults. *Anesthesiology* 1995;83:1090-1094.
8. Svensson I, Sjostrom B, Haljamae H. Influence of expectations and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management. *Eur J Pain* 2001;5:125-133.
9. Cohen SP, Christo PJ, Moroz L. Pain management in trauma patients. *Am J Phys Med Rehabil* 2004;83:142-161.
10. Gan TJ, Lubarsky DA, Flood EM, Thanh T. Patient preferences for acute pain treatment. *BJA* 2004;92:681-688.
11. Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer* 1982;50:191-198.
12. Grossman SA, Benedetti C, Payne R, Syrjala KL. NCCN practice guidelines for cancer pain. *Oncology* 1999;13:33-44.
13. Kelly AM. The minimum clinically significant difference in visual analogue scale pain score does not differ with severity of pain. *Emer Med J* 2001;18:205-207.
14. Dersh J, Polantin PB, Gatchel RJ. Chronic Pain and Psychopathology: Research Findings and Theoretical Considerations. *Psychosomat Med* 2002;64:773-786.
15. Ghodse H. Pain, anxiety and insomnia: A global perspective on the relief of suffering. *BJP* 2003;183:15-21.
16. Raymond I, Neilsen TA, Lavigne G, Manzini C. Quality of sleep and its daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients. *Pain* 2001;92:381-388.
17. American society of anesthesiologists. Task force on acute pain management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting. *Anesthesiology* 2004;100:1573-1581.
18. Guevara-López U, Moyao-García D. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. *Rev Mex Anest.* 2002;24: 277-288.
19. Acute pain management: scientific evidence. National health and medical research council. Canberra. Australia. 1999.

