



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA"
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA

TITULO:

**MEDICIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES POST-OPERADOS
EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO
NACIONAL SIGLO XXI**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

Presenta:

DRA. MILAGROS VÁZQUEZ PULIDO
*MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO UNIVERSITARIO DE
ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA*

Asesor de Tesis:

Dr. Antonio Castellanos Olivares

Ciudad de México, D.F. a octubre de 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Doctora

LEONOR BARILE FABRIS

Directora de Educación e Investigación en Salud
UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Maestro en Ciencias Médicas

ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

Jefe del Servicio de Anestesiología
UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI
Profesor Titular del Curso Universitario de Especialización en
Anestesiología
(Asesor de Tesis)

Doctora

ISIDORA VASQUEZ MÁRQUEZ

Médico no familiar Anestesióloga
UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI
(Colaboradora de tesis)

INDICE

RESUMEN	4
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	4
MATERIAL Y MÉTODOS	15
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	22
CONCLUSIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

RESUMEN

ANTECEDENTES: El manejo del dolor es uno de los aspectos centrales de la atención médica. El control del dolor post - operatorio requiere no solo proveer confort al paciente, si no también de lograr resultados adecuados. Un punto importante del manejo del dolor es la educación del personal de salud, pacientes y familiares, así como el uso apropiado de escalas para medir el dolor.

OBJETIVOS: Conocer el grado de dolor que presentan los pacientes post-quirúrgicos del área hospitalaria del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI.

DISEÑO: Encuesta comparativa

MATERIAL Y MÉTODOS: Después de contar con la autorización del Comité Local de investigación del hospital se realizó en la UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI del IMSS, en pacientes post-quirúrgicos del área de hospitalización. Se utilizó la Escala Visual Análoga, se aplicó un cuestionario, la medición de las variables se hizo en una sola ocasión. De la programación respectiva, se detectaron a los pacientes post-operados con menos de 24 horas de ser intervenidos. Se explicó el procedimiento y los objetivos del estudio al paciente; para obtener el consentimiento.

RESULTADOS: De los 200 pacientes estudiados, el dolor moderado fue el más prevalente en pacientes postoperados (45%). En 76% se presentó dolor en las primeras cinco horas del posquirúrgico, el tratamiento del dolor fue principalmente con AINEs, el metamizol se utilizó en 44% de los casos y en 4% se usó un Opiode. Los pacientes recibieron información previa de las características del dolor en 37%. Tres de cada 10 pacientes consideraron al anestesiólogo como el responsable del control del dolor post – quirúrgico. El dolor moderado predominó en los servicios de colón y recto, urología y angiología.

CONCLUSIONES: En los pacientes postoperados predominó el dolor de intensidad moderada. En 76% de ellos se presentó en las primeras cinco horas del período post – quirúrgico. El dolor moderado predominó en los servicios de urología, cirugía de colón y recto y angiología. Solo 37% de los pacientes recibió información previa sobre el dolor postoperatorio. Solamente Tres de cada 10 pacientes consideran al médico anestesiólogo como responsable del control del dolor. El Metamizol fue el analgésico más utilizado.

Palabras Clave: prevalencia, dolor postoperatorio, analgésicos

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El manejo del dolor es uno de los aspectos centrales de la atención médica, siendo uno de los síntomas más frecuentes por los que las personas acuden ante el médico para su alivio. Clínicamente al dolor se le estudia su localización, intensidad, cualidades, duración y fenómenos generales asociados. Al experimentar esta sensación se activan reacciones de escape inminente al estímulo que lo produce, se trata de eliminar la causa que lo origina, y si esto no es posible, al menos disminuir su intensidad.¹

El dolor postoperatorio tiene características propias a la que se debe dar respuesta, ya que ocurre en una situación controlada, sin embargo numerosos estudios demuestran que los pacientes continúan padeciendo dolor de intensidad moderada a intensa, un estudio reciente describe que 64% de los pacientes sufrió dolor clínicamente relevante. Las respuestas fisiológicas al dolor pueden provocar un funcionamiento orgánico incorrecto, lo que influye directamente sobre los resultados de la intervención quirúrgica, especialmente en pacientes críticos y aumenta la estancia hospitalaria.²

Existen factores que pueden modular la percepción del dolor y producir desviaciones en la evaluación del dolor postoperatorio, entre estos se encuentran la edad, el sexo, la condición sociocultural, la información

con la que cuenta el paciente, sus rasgos de personalidad, la ansiedad en el periodo preoperatorio, el tipo de cirugía, el transcurso natural del dolor y los factores externos. La edad puede tomarse en cuenta como un covariante de los estudios de valoración del dolor, en cuanto al sexo existen varios estudios que describen que las mujeres obtienen mayor puntuación de dolor más elevadas que los hombres en el período postoperatorio, la condición socio - cultural tiene un papel importante en la medición del dolor, numerosos autores han demostrado las diferencias existentes entre distintos grupos culturales, étnicos o sociales.³ Existe un componente cognitivo - valorativo que puede modular en forma notable la percepción dolorosa, las expectativas de dolor de un paciente se nutren de diversas fuentes de información, que van desde experiencias personales previas a las aportadas por otros pacientes o su médico.⁴

El dolor es un proceso dinámico, en el que interviene la actitud del paciente, su estado emocional, la forma de pensar, la respuesta que tiene el paciente ante el estrés, por lo que los sistemas de salud deben de estar capacitados para enfrentar el control del dolor con un enfoque multidisciplinario.⁵

El manejo del dolor postoperatorio es usualmente con fármacos como opioides o antiinflamatorios no esteroideos. En los pacientes en estado crítico, la presencia de dolor es una constante; en este sentido muchos

medicamentos y tratamientos se dirigen a la disminución del dolor en primera instancia y a su alivio, finalmente. El control del dolor requiere no solo proveer confort al paciente, si no también de lograr resultados post - quirúrgicos adecuados.⁶

Se reconoce la interrelación entre los aspectos objetivos y fisiológico - sensitivos del dolor así como sus componentes subjetivos, emocionales y psicológicos. La respuesta al dolor es muy variable entre las personas así como en el mismo individuo en diferentes momentos.⁶ El dolor tiene dos componentes: el nociceptivo y el afectivo, siendo el primero una experiencia sensorial que constituye la sensación dolorosa y es consecuencia de la transmisión de los estímulos lesivos por las vías nerviosas hasta la corteza cerebral.⁵

El dolor es una experiencia emocional, que modela el denominado sufrimiento asociado al dolor, y que según la causa, el momento y la experiencia del enfermo, puede variar ampliamente dada su relación con numerosos factores psicológicos que pueden modificar la sensación dolorosa.⁷

El termino nocicepción (palabra del latín para daño o lesión), es usado para describir solo la respuesta neural a los estímulos traumáticos o dolorosos.⁸ El dolor se puede dividir entonces en dos categorías: 1) dolor agudo, que se debe sobre todo a nocicepción, y 2) dolor crónico que

puede deberse a nocicepción, pero en el cual intervienen factores psicológicos y conductuales que muchas veces desempeñan un papel principal.⁹

El dolor se clasifica según su fisiopatología, su etiología o por la región afectada. Hay tres categorías para clasificar el dolor y su definición depende de: El mecanismo fisiopatológico que lo genera (exceso de nocicepción, neurógeno, psicógeno). El tipo de patología que lo causa (maligna o no maligna). La duración de la evolución (agudo o crónico). Esta categoría es la más usada tradicionalmente, dividiéndose todavía el dolor agudo en benigno y maligno.¹⁰

El dolor agudo se debe a una lesión o herida aguda bien definida, tiene un inicio definido y su duración es limitada y predecible. Se acompaña de ansiedad y signos clínicos de sobre actividad simpática: taquicardia, taquipnea, hipertensión, sudoración, dilatación pupilar y palidez. Los procesos dolorosos agudos, si no son tratados de forma efectiva, pueden, y a menudo lo hacen, progresar a una condición de dolor crónico.⁵

El dolor es causado por la estimulación de las terminaciones nerviosas libres (nociceptores) y estos impulsos pasan a lo largo del nervio periférico hacia el asta dorsal de la médula espinal. Ahí hacen sinapsis con las células del

tracto espinotalámico que transporta los impulsos a lo largo de la médula espinal, a través del tallo cerebral al tálamo, los impulsos son enviados a diferentes áreas de la corteza cerebral que permiten la percepción y la reacción al dolor.⁶

Los nociceptores somáticos y viscerales, pueden ser estimulados físicamente, pero pueden ser más comúnmente activados por estímulo químico consecuencia de lesión o inflamación del tejido. Esta lesión resulta en la producción y acumulo de una variedad de sustancias productoras del dolor incluyendo prostaglandinas, bradiquinina, serotonina, histamina, iones de potasio e hidrógeno, el impulso generado por los estímulos es transmitido hasta la médula espinal a lo largo de dos tipos de fibras sensoriales aferentes. Las fibras A-delta con fibras mielinizadas y conducen los impulsos rápidamente; se percibe como dolor agudo, localizado, las fibras C los conducen con mayor lentitud debido a que no están mielinizadas y son más pequeñas que las anteriores, se percibe como un dolor sordo, difuso y persistente, o como un dolor urente o punzante.⁶ Las prostaglandinas juegan un papel importante en el ciclo lesión del tejido – dolor nociceptivo, lo que explica la utilidad de los inhibidores de la prostaglandina sintetasa en el tratamiento del dolor.¹¹

Dentro de la médula espinal, el tracto espinotalámico lateral contiene las fibras que transmiten los impulsos dolorosos hasta el cerebro. Largas fibras

ascienden hasta el tálamo ventrolateral y posterior, con nuevas conexiones con el córtex somatosensorial (tracto neoespinotalámico). Tanto las fibras largas como las cortas conectan con la formación reticular, la médula, el mesencéfalo, la materia gris periacueductal, el hipotálamo y el tálamo medio (tracto paleoespinotalámico). En suma, el proceso de percepción del dolor, puede ser un fenómeno complejo e individual.¹¹

Es común que la evaluación del dolor en el paciente que se encuentra consciente se haga mediante preguntas directas y tomando en cuenta su intensidad dado que es una de sus características más elocuentes; en el paciente semi - inconsciente se recurre, también, a la observación de la conducta dolorosa y se obtienen, de modo indirecto, datos sobre la intensidad del dolor. En el caso de los pacientes inconscientes, con frecuencia no se hace una valoración del dolor y las escalas o la medición de los procesos fisiológicos ligados al dolor no se realiza. En la mayoría de los casos se dejan de lado, además, características de tipo sensorial (dolor quemante, penetrante o punzante) o afectivo (dolor agotador o atemorizante).¹²

El dolor es un fenómeno subjetivo, la medición objetiva no es posible, se ha desarrollado una gran variedad de instrumentos, de complejidad diversa para medir el dolor. El umbral del dolor puede variar de acuerdo con diversos factores (raciales, de edad, de sexo, según el estado psicológico,

etc.). En consecuencia, conviene más considerar las escalas de medición del dolor según tres categoríasⁱ: a) Informes subjetivos de dolor; b) Mediciones y observaciones de conducta dolorosa; y c) Correlaciones fisiológicas.¹²

En la primera categoría se encuentran las más utilizadas y que se basan en la información proporcionada por el paciente, valorando principalmente la intensidad del dolor, y pueden ser de varios tipos: Escala de clasificación numérica, Escala visual análoga, Escala de clasificación por adjetivos, Escala numérica de intensidad del dolor, Escala simple de incomodidad al dolor, Escala numérica de incomodidad al dolor, Escala verbal gráfica, Escala frutal, Poker chip tool, Método de evaluación de Wong-Baker, Oucher, Termómetro del dolor, Escala de colores, Escala dibujando el dolorⁱⁱ; Cuestionario de dolor de McGill, Cuestionario del dolor de Saint-Antoine, etc.¹³

A decir de Bugedo Tarraza y Tarragosa Zúñiga, las escalas de la segunda categoría, son especialmente útiles para evaluar el dolor crónico y en particular la respuesta al tratamiento empleado, estas escalas se basan en la actividad laboral, patrón de sueño, actividad sexual y alimentación. Si bien estas medidas no cuantifican directamente el dolor, proporcionan datos objetivos que son extremadamente útiles para evaluar la respuesta

al tratamiento analgésico o la necesidad de drogas coadyuvantes (sedantes o antidepresivos).¹⁰

La tercera categoría se refiere a la medición de las correlaciones fisiológicas en el paciente; al respecto, Bugedo Tarraza y Tarragosa Zúñiga informan que se ha usado la inscripción de la transmisión eléctrica de nervios periféricos, la electromiografía, la electroencefalografía, índices autonómicos (FC, PA, TC, conductancia de la piel), potenciales evocados y otros. Sin embargo, los resultados no han sido satisfactorios y su uso está restringido a pacientes con incapacidad de expresarse (niños).¹³

Clasificación del dolor agudo postoperatorio: Dolor leve: EVA de 2 – 4 y corresponde a cirugía menor de partes blandas (Catarata, retina, apendicetomía, varicocele y senos).

Dolor Moderado: EVA de 4- 6, y corresponde a cirugía abdominal baja, (cirugía ginecológica, cesárea, traumatología general y ciertas cirugía de ORL).

Dolor severo: EVA de 6- 10 y corresponde a cirugía mayor, estereotomía, toracotomía, cirugía abdominal alta, urológica mayor y ortopédica de grandes articulaciones.¹⁴

Un manejo efectivo del dolor incluye modalidades farmacológicas y no farmacológicas. Un punto importante del manejo del dolor es la

educación del personal de salud, pacientes y familiares, así como el uso apropiado de escalas para medir el dolor. La selección del medicamento o medicamentos que se usarán involucra la elección del fármaco adecuado para el tipo de dolor, severidad del dolor, el uso de combinaciones de medicamentos, seguir la escalera analgésica de la OMS, utilizar adyuvantes de los analgésicos y nunca utilizar placebos. ¹⁵

ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS				
		Analgésicos	Medicamento de elección	Alternativa
Paso 1	Dolor	Fármaco no opioide + adyuvante	Aspirina o Aine	Paracetamol
Paso 2	El dolor persiste o aumenta	Opioide débil + no opioide + adyuvante	Codeína	Oxicodona Tramadol
Paso 3	El dolor persiste o aumenta	Opioide fuerte + no opioide + adyuvante	Morfina	Metadona Hidromorfona

El uso de determinado AINE para el manejo del control agudo postoperatorio se basa en la necesidad de administración por vía intravenosa o intramuscular. Se puede usar en caso de dolor leve o moderado, o en pacientes en los que no están indicados los opiáceos, o bien en combinación con opiáceos para disminuir los requerimientos de estos, así como los efectos indeseables.¹⁶

Elección analgésica en función de la clasificación del dolor agudo postoperatorio: Dolor leve: Elección de AINES vía intravenosa en pauta horaria. Dolor moderado: Ocasionalmente serán suficientes los AINES, pero frecuentemente habrá que asociarlos a opiáceos intermedios en pauta horaria. En el Dolor severo: Son obligados los opiáceos mayores vía intravenosa o espinal, anestésicos locales espinales o mezcla de ambos vía espinal, puede ser en forma de bolos o de infusión continua. En este tipo de dolor los AINES solo se utilizan, si se requiere disminuir las dosis de los opiáceos.¹⁴

Puede ser necesario complementar el tratamiento inicial con un analgésico que actúe de manera diferente a los fármacos ya pautados y que no suponga ninguna modificación de la técnica analgésica que se está utilizando.¹⁵

El Servicio de Anestesiología proporciona apoyo anestésico a casi 60 % de los servicios quirúrgicos y de diagnóstico del hospital, por lo que es muy importante para nosotros conocer cuál es el grado de dolor con el que se encuentran los pacientes en el período postoperatorio mediato, motivo por el cual realizamos la siguiente investigación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

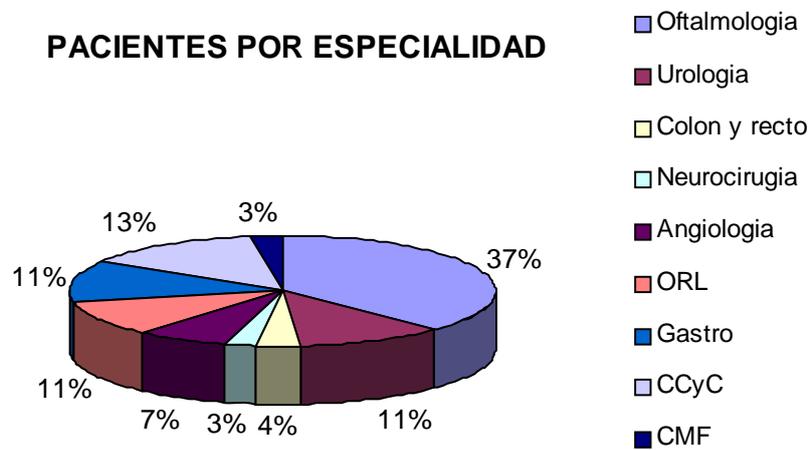
Se diseñó un estudio tipo Encuesta comparativa y después de contar con la autorización del Comité Local de Investigación del hospital se realizó en la UMAE Hospital de Especialidades de CMN Siglo XXI "Dr. Bernardo Sepúlveda G." del IMSS, en pacientes post-quirúrgicos del área de hospitalización. Se utilizó la Escala Visual Análoga, se aplicó un cuestionario en una sola ocasión. Consultando la lista de programación respectiva, se detectaron a los candidatos con menos de 24 horas de ser intervenidos. Se utilizaron los siguientes Criterios de inclusión: pacientes pos-operados conscientes de 20 a 60 años, con menos de 24 horas de haber sido intervenidos. No se incluyeron pacientes inconscientes y en estado de coma. Se explicó el procedimiento y los objetivos del estudio a cada paciente y para obtener el consentimiento se pidió firmaran la carta de aceptación respectiva.

Los datos fueron capturados en una base de datos en el Programa Excell previamente diseñada y luego se pasó al programa SPSS versión 10. El análisis estadístico de las variables medidas en escala cualitativa se obtuvieron en frecuencia absoluta y porcentajes y las variables medidas en escala cuantitativa de radio o razón se estableció en promedio y desviación estándar cuando siguieron un patrón de distribución normal, de lo contrario se expresaron en mediana.

RESULTADOS

Estudiamos 200 pacientes, 37.5 % de ellos correspondieron al servicio de Oftalmología, 11 % a Urología, 3.5% a Colón y Recto, 2.5% a Neurocirugía, 7% Angiología, 10.5% a ORL, 12% a Gastrocirugía, 13.5 % a Cirugía de Cabeza y Cuello (CCC) y el 2.5% a Cirugía Maxilo Facial (CMF). Ver gráfica

1



Gráfica No. 1

En cuanto a la distribución por sexo, 53 % (106) fueron hombres y 47 % (94) mujeres, la edad promedio en años de 51.9 para los hombres y 52.6 para las mujeres.

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES	
VARIABLE	FRECUENCIA
No. DE SUJETOS	200
FEMENINO / MASCULINO (%)	94 / 106
EDAD (AÑOS)	52.6 / 51.9
TIEMPO QUIRÚRGICO (MIN)	135
TIEMPO ANESTÉSICO (MIN)	174

En el mayor porcentaje de pacientes se encontró una medición del dolor según la Escala Visual Análoga (EVA) grado 1, en 44%, en 19.5% con EVA 2, con 16% con EVA 4 y 5, 4% presentaron EVA 3 y por ultimo 1% con EVA 6, como se muestra en el Gráfico 2:

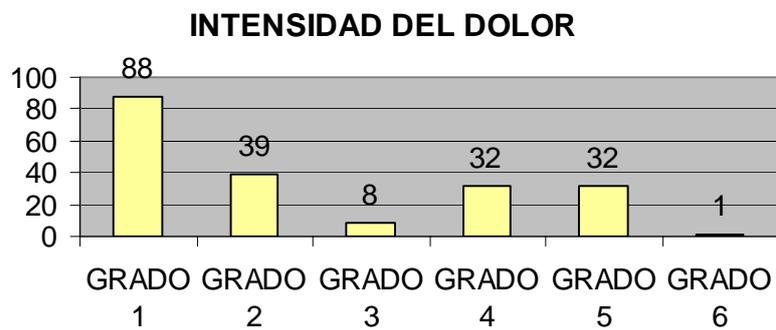


Grafico No. 2

Por especialidad quirúrgica también hubo diferencias en la intensidad del dolor, en CMF predominó el grado 1 en 80%, en Oftalmología 33% presentó grado 4 y fue el único servicio que presentó grado 6, en 1.3%. El dolor grado 5 se presentó principalmente en cirugía de colon y recto y angiología, ocupando el segundo lugar respectivamente por grupo de especialidad, como se muestra en el Gráfico 3.

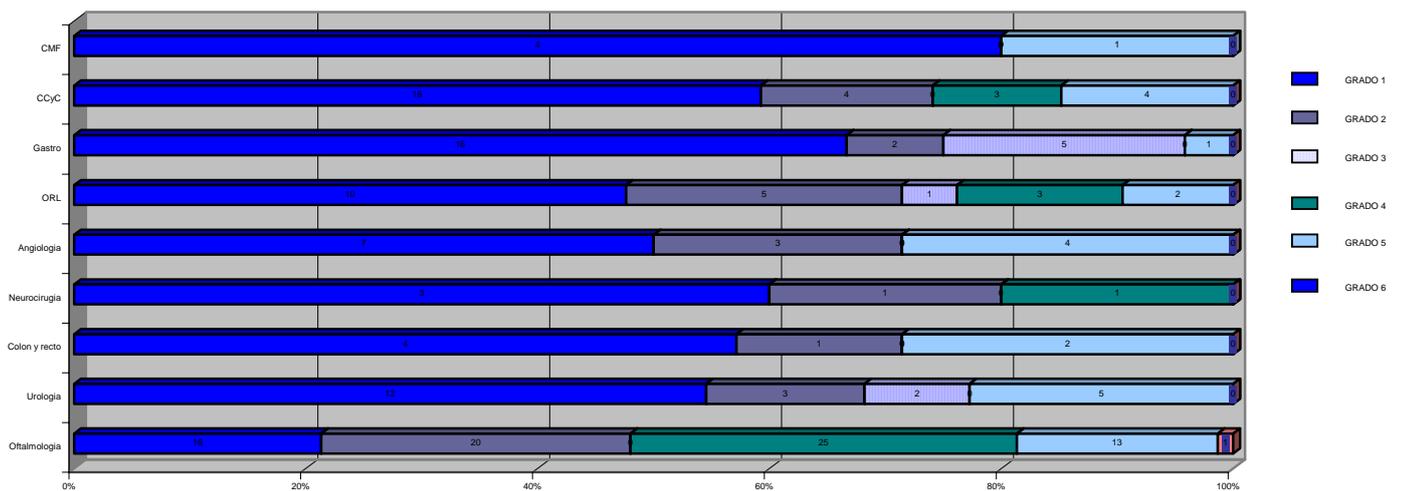


Gráfico No. 3

La intensidad del dolor post - quirúrgico en general fue mediana en 44.5%; alta en 25%, baja en 18% y 12.5% no refirió dolor. (Ver gráfico 4)

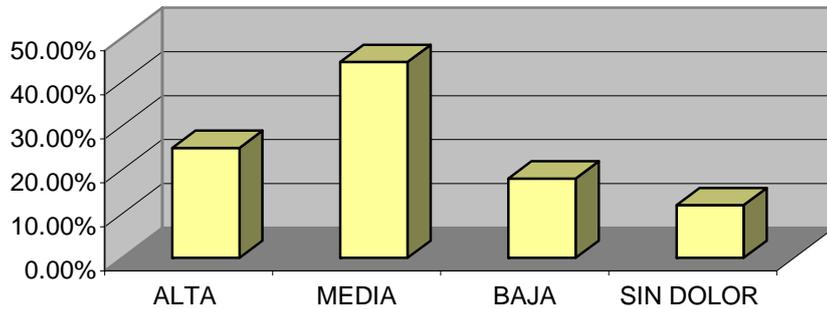


Gráfico No. 4

En la evaluación del dolor en las primeras cinco horas posterior al procedimiento quirúrgico, 76.5% de los pacientes presentó dolor en este período y 23.5% no refirió ningún dolor.

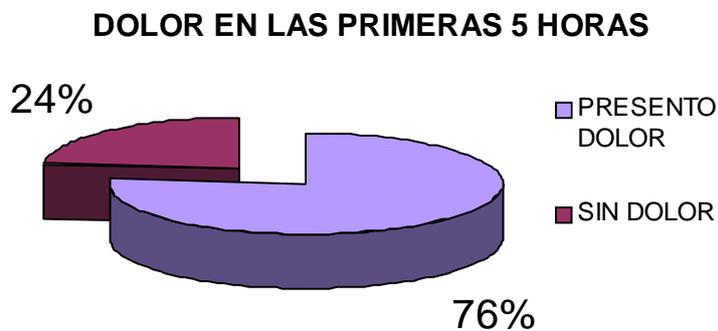


Gráfico No. 5

Se interrogó a los pacientes sobre la información recibida acerca de las características del dolor post – quirúrgico, encontrando que solo 37 % recibió información y 63% no recibió ningún tipo de información al respecto.

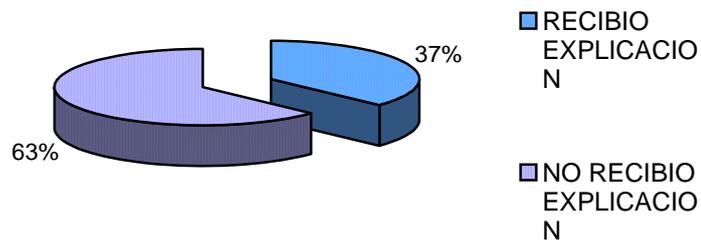


Gráfico No. 6

La persona que el paciente consideró como responsable del control del dolor post - quirúrgico, fue al Cirujano en 46% de los casos, al anestesiólogo 31%, al servicio de enfermería 20% y 3% contestó no saber quién era el responsable.

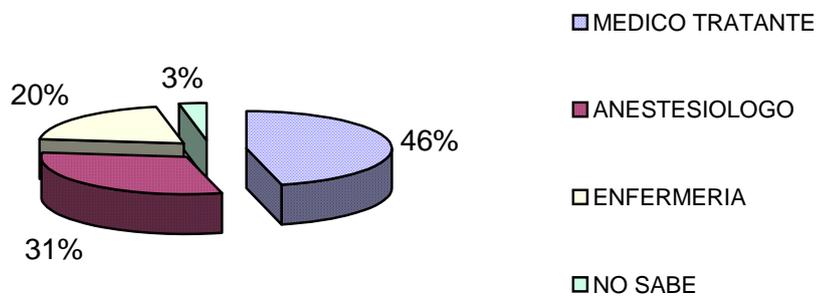


Gráfico No. 7

Los AINEs fueron los medicamentos más utilizados para el control del dolor. El Metamizol fue administrado en 44%, el Diclofenaco en 20%, paracetamol en 16% y Nalbufina en 4%, solo 16% de los pacientes no recibió ningún analgésico.

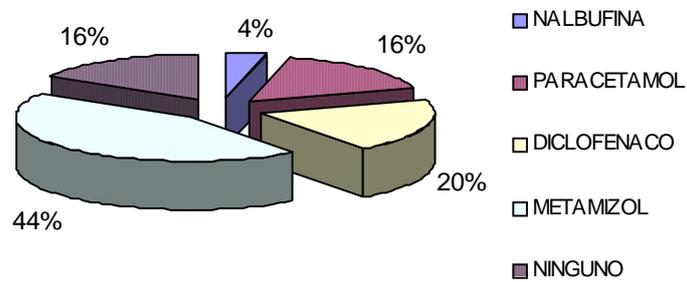


Gráfico No. 8

DISCUSIÓN

Todos los pacientes que se incluyeron en este estudio fueron sometidos a cirugía y se evaluó las características del dolor post - quirúrgico, así como el tratamiento utilizado para el control de este tipo de dolor, como se ha mencionado antes el control del dolor tiene muchos factores sensoriales y emocionales por lo tanto es subjetivo. El dolor agudo y el dolor crónico presentan signos y asociaciones psicológicas diferentes y requieren distintos enfoques terapéuticos.⁶

Se debe individualizar cada caso en el tratamiento del dolor, ya que los factores físicos, sociales, psicológicos, culturales e incluso preocupaciones espirituales son factores que modifican la percepción del dolor. El género influye en la intensidad de dolor referido por el paciente, se ha observado que el sexo femenino refiere dolor de mayor intensidad que el sexo masculino, generalmente debido a factores psicológicos adquiridos desde la infancia.¹⁶

La selección del tratamiento para el control del dolor depende del tipo y la gravedad del dolor. Diferentes tipos de dolor, responden a diferentes analgésicos, debido a que el dolor no puede ser controlado inmediatamente, es preferible iniciar con un analgésico fuerte y subsecuentemente, sustituirlo con un medicamento menos potente.¹⁷

Los AINES, son los medicamentos más comúnmente utilizados en el control del dolor post-quirúrgico, están indicados para el tratamiento del dolor leve

a moderado del tejido blando y para el dolor óseo leve, moderado o severo, pueden ser más eficaces que los analgésicos opioides para el tratamiento del dolor óseo, aunque para el dolor moderado a intenso con frecuencia también se requiere un medicamento opioide.¹⁶

Los problemas psicológicos, sociales, culturales o espirituales no resueltos, ocasionalmente son la causa del dolor no aliviado, esto será identificado sin hay un abordaje multidisciplinario en la evaluación del paciente, en caso contrario podrán pasar desapercibidos.¹⁸

De los 200 pacientes estudiados, el dolor moderado es el más prevalente en pacientes postoperados, en 76% de los pacientes se presentó dolor en las primeras cinco horas del posquirúrgico, el tratamiento del dolor fue principalmente con AINEs, el metamizol se utilizó en 44% de los casos y solo en 4 % se usó un Opioide.

Los pacientes solo recibieron información de las características del dolor dependiendo del procedimiento quirúrgico en 37 % y el resto no fue informado previamente.

Tres de cada 10 pacientes consideraron al anestesiólogo como el responsable del control del dolor.

También se encontraron diferencias en las características del dolor dependiendo de la especialidad quirúrgica, el dolor moderado es el más prevalente en pacientes postoperados.

En conclusión el control adecuado del dolor debe abarcar el uso óptimo de analgésicos contra el dolor post-quirúrgico, utilización de otras modalidades de tratamiento además de los analgésicos, tomar en cuenta los aspectos psicosociales y culturales, con abordaje multidisciplinario u holístico en el cuidado post-quirúrgico.

CONCLUSIONES

En los pacientes postoperados predominó el dolor de intensidad moderada. En 76% de ellos se presentó en las primeras cinco horas del período post – quirúrgico. El dolor moderado prevaleció en los servicios de Urología, Cirugía de colón y recto y Angiología.

Solo 37% de los pacientes recibió información previa sobre el dolor postoperatorio. Solamente Tres de cada 10 pacientes consideran al médico anestesiólogo como responsable del control del dolor. El Metamizol fue el analgésico más utilizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres J. Fisiopatología del dolor. En: Omaña Zapata, editor. Estudio y tratamiento del dolor. México: Ediciones del Instituto Syntex 1994:1-40.
2. Calderón E, Velásquez A. Cuidados Paliativos. En: Cruces Prado, editor. Reflexión sobre el dolor 2ª parte. México: Medigraphic Editores 2001: 203-209.
3. Loera M. Modelos clínicos de dolor. Revista Médica del Hospital General de México 2000;63:131-184.
4. Lázaro C. Valoración integral del dolor postoperatorio. Programa de actualización continúa en anestesia. México: Intersistemas editores 2001:17-31.
5. Woodruff R. Definiciones, clasificaciones y causas. En: Bruera MD, editor. Dolor por Cáncer. México: Medigraphic editores 1997:27-32.
6. Bergdahl R. Temperament and character personality dimensions in patients with nonspecific musculoskeletal disorders. Clin J Pain 2006; 22:625–631.
7. Cook R. The cognitive risk profile for pain: Development of a self-report inventory for identifying beliefs and attitudes that interfere with pain management. Clin J Pain 2006;22:332-345.
8. Corominas J. Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. México: Editorial Gredos 1973:210- 219.
9. Echeverría M. Tratamiento del dolor. En: Collins, editor. Anestesiología. México: Editorial Península 1978: 238-241.
10. Strachan N, Hopkinson M. Manejo del dolor. En: Edward Morgan MD Anestesiología clínica. Manual moderno 2002:325-376.
11. Gordon I. The substance P receptor antagonist reduces acute postoperative pain. Clin Pharm 1998;562-568.
12. Grotle M. Screening for yellow flags in first-time acute low back pain: reliability and validity of a norwegian version of the acute low back pain screening questionnaire. Clin J Pain 2006;22:458–467 .

13. Woodruff R. Principios generales del tratamiento. En: Bruera MD, editor. Dolor por Cáncer. México: Medigraphic editores 1997:134-149.
14. Schug S. The role of COX-2inhibitors in the treatment of postoperative pain. J Card Pharm 2006;47[1]:582-586.
15. Lee Faucher . Pactice guidelines for the management of pain. JBC&Res 2002;38:117-132.
16. Verster S. Effects of an opioid (oxycodone / paracetamol) and an NSAID (bromfenac) on driving ability, memory functioning, psychomotor performance, pupil size, and mood. Clin J Pain 2006;22:499-504
17. Haythornthwaite J. Outcome of cronic opioid therapy for non – cancer pain. J Pain Symptom 1998;65:185-194.
18. Callejas C. Indicaciones de los AANEs vía parenteral, dolor agudo. Supuestos prácticos. V Reunión científica del dolor 2006:7 – 10.