



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACIÓN 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DR. BERNADO SEPULVERA G.
CENTRO MEDICO SIGLO XXI.

**INCIDENCIA DE DOLOR POSTOPERATORIO UN MES DESPUÉS DE LA
CIRUGÍA**

TESIS DE POS GRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA

P R E S E N T A

DR. FRANCISCO OSCAR MATIAS DAVILA

*Dr. Antonio Castellanos Olivares
Jefe del Servicio de Anestesiología
UMAE Hospital Especialidades CMN SIGLO XXI IMSS*

*Dra. Petra Isidora Vázquez Márquez
Jefa de Enseñanza del Servicio de Anestesiología
UMAE Hospital Especialidades CMN SIGLO XXI IMSS*



CIUDAD DE MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
DIRECCIÓN REGIONAL SIGLO XXI
DELEGACIÓN 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR BERNARDO SEPÚLVEDA G."

TITULO

**INCIDENCIA DE DOLOR POSTOPERATORIO UN MES DESPUÉS DE LA
CIRUGÍA**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

PRESENTA:

DR. FRANCISCO OSCAR MATIAS DÁVILA

***Dr. Antonio Castellanos Olivares
Jefe del Servicio de Anestesiología
UMAE Hospital Especialidades CMN SIGLO XXI IMSS***

***Dra. Petra Isidora Vázquez Márquez
Médico Adscrito Servicio de Anestesiología
UMAE Hospital Especialidades CMN SIGLO XXI IMSS***

CIUDAD DE MÉXICO, D.F. FEBRERO DE 2010.



IMSS

REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación: 3 SUROESTE Unidad de adscripción: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI

Autor:

Apellido

Paterno: MATIAS Materno: DÁVILA Nombre: FRANCISCO OSCAR

Matrícula: 11517999 Especialidad: ANESTESIOLOGIA Fecha Grad. 28/02/2010

Título de la tesis: INCIDENCIA DE DOLOR POSTOPERATORIO UN MES DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

RESUMEN:

OBJETIVO

Describir la incidencia de dolor postoperatorio un mes después de la realización de la cirugía en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos.

MATERIAL Y METODOS

Previa autorización del Comité Local de Investigación y de la Jefatura del Servicio de Anestesiología; se diseñó un estudio de seguimiento extrayendo de la Población quirúrgica del servicio una muestra de 1427 pacientes post-operados del 1 de septiembre al 15 de octubre de 2009 su número telefónico, para entrevistarlos vía telefónica, sobre la persistencia o ausencia de dolor a un mes de realizado el procedimiento quirúrgico. Se entrevistaron un total de 105 pacientes a los cuales se les realizaron cinco preguntas: cuanto dolor referían evaluado a través de la escala Visual Análoga (EVA), tratamiento actual, entre otras.

RESULTADOS

Se revisaron 1427 registros de visita postanestésica de los cuales se eliminaron 1321 registros, se estudiaron 105 pacientes. Se analizaron características demográficas: el promedio de edad fue de 54.30 +- 16.2 años; por género 52 pacientes hombres y 53 pacientes mujeres.

En el Tipo de Analgésico recibido: 36 (34.4%) pacientes se les administró metamizol, y 27 (25.7%) pacientes no recibieron tratamiento.

En el EVA evaluado a las 24 hrs después de la cirugía comparado con el EVA al mes: EVA 0 (10 pacientes), el 80% al mes presentaron EVA de 0; pacientes con EVA de 6 (6 pacientes), el 50% presento EVA de 0; de los pacientes que tenían EVA de 7 (2 pacientes) el 50% tenía EVA de 0 y EVA de 7. Sólo 1 paciente con dolor severo (EVA de 8) persistió con la misma intensidad de dolor.

CONCLUSIONES

El dolor posoperatorio a un mes es menor que el percibido por los pacientes en el posoperatorio de 24 hrs, por ello la importancia de un adecuado manejo anestésico en las primeras horas de postoperado.

Palabras Clave:

- 1) Dolor Postoperatorio
- 2) cirugía
- 3) Anestesia

Págs. 23 Ilus. 9

(Anotar el número real de páginas en el rubro correspondiente sin las dedicatorias ni portada)

(Para ser llenado por el jefe de Educación e Investigación Médica)

Tipo de Investigación: _____

Tipo de Diseño: _____

Tipo de Estudio: _____

DRA DIANA G. MÉNEZ DÍAZ
JEFA DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DR. ANTONIO CASTELLANO OLIVARES
MAESTRO EN CIENCIAS MÉDICAS
JEFE DEL SERVICIO Y TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO
DE ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNANDO SEPÚLVEDA G"
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
(ASESOR DE TESIS)

DRA. ISIDORA VÁZQUEZ MÁRQUEZ.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNANDO SEPÚLVEDA G"
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
(COASESORA DE TESIS)

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme el regalo de la vida, el estar conmigo en todo momento, guiarme y guardarme con bien.

A mi Madre por darme todo su Amor, Entrega, Esfuerzo, su Ser, por verme nacer y siempre estar a mi lado cuando más la necesito.

A mi Padre por ser mi Ejemplo a seguir, por ser Fortaleza y Responsabilidad, por que Gracias a su esfuerzo estoy donde estoy.

A mis hermanos Alba Georgina, Inés Yolanda, Oswaldo Alfredo por su apoyo en los momentos difíciles.

A mis Amigos por estar conmigo en las buenas y en las malas.

A mis Maestros de Anestesiología del HGZ N^o 1 "Vendos" Dra. Romay, Dra. Arenas, Dra. Quintero, Dr., Rodríguez Bueno, etc., y del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Dr. Jaramillo, Dr. Villa, Dr. Palma, Dr. Puente, Dr. Jiménez, etc., por creer en mí y por apoyarme desde el inicio de la especialidad, por todas sus enseñanzas y consejos a lo largo de mi Residencia..

Al Dr. Antonio Castellanos Olivares por ser mi Maestro y un Ejemplo de compromiso con el Paciente, por su profesionalismo, por su Apoyo en la elaboración de esta tesis y por todas sus enseñanzas .

A la Dra. Petra Isidora Vázquez Márquez, por ser mi Respaldo y un Ejemplo de Responsabilidad y de vida.

CONTENIDO.

RESUMEN	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
JUSTIFICACIÓN	7
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	10
DISCUSIÓN	13
CONCLUSION	15
ANEXOS Y GRAFICAS	16
BIBLIOGRAFIA.	22

OBJETIVO

Describir la incidencia de dolor postoperatorio un mes después de la realización de la cirugía en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos.

MATERIAL Y METODOS

Previa autorización del Comité Local de Investigación y de la Jefatura del Servicio de Anestesiología; se diseñó un estudio de seguimiento extrayendo de la Población quirúrgica del servicio una muestra de 1427 pacientes post-operados del 1 de septiembre al 15 de octubre de 2009 su número telefónico, para entrevistarlos vía telefónica, sobre la persistencia o ausencia de dolor a un mes de realizado el procedimiento quirúrgico. Se entrevistaron un total de 105 pacientes a los cuales se les realizaron cinco preguntas: cuanto dolor referían evaluado a través de la escala Visual Análoga (EVA), tratamiento actual, entre otras.

RESULTADOS

Se revisaron 1427 registros de visita posanestésica de los cuales se eliminaron 1321 registros, se estudiaron 105 pacientes. Se analizaron características demográficas: el promedio de edad fue de 54.30 +- 16.2 años; por género 52 pacientes hombres y 53 pacientes mujeres.

En el Tipo de Analgésico recibido: 36 (34.4%) pacientes se les administró metamizol, y 27 (25.7%) pacientes no recibieron tratamiento.

En el EVA evaluado a las 24 hrs después de la cirugía comparado con el EVA al mes: EVA 0 (10 pacientes), el 80% al mes presentaron EVA de 0; pacientes con EVA de 6 (6 pacientes), el 50% presento EVA de 0; de los pacientes que tenían EVA de 7 (2 pacientes) el 50% tenía EVA de 0 y EVA de 7. Sólo 1 paciente con dolor severo (EVA de 8) persistió con la misma intensidad de dolor.

CONCLUSIONES

El dolor posoperatorio a un mes es menor que el percibido por los pacientes en el posoperatorio de 24 hrs, por ello la importancia de un adecuado manejo anestésico en las primeras horas de postoperado.

PALABRAS CLAVES: 1) Dolor Postoperatorio 2) cirugía 3) Anestesia

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

Dolor postoperatorio

Un manejo efectivo del dolor es fundamental para mejorar las condiciones de una recuperación rápida.¹

El dolor es una evaluación cognitiva. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor como una «experiencia sensorial y emocional displacentera, la cual se encuentra asociada a daño tisular, ya sea real, potencial o descrito en términos de dicho daño» (Merksey & Bogduk, 1994).^{1,2}

La IASP define al dolor agudo como un dolor de inicio reciente, con duración limitada; generalmente tiene una relación causal o temporal identificable, la cual se relaciona con una lesión o enfermedad. El dolor postoperatorio es una variante del dolor agudo.² El dolor crónico se refiere a aquel que persiste en un periodo de tiempo requerido, después de una lesión no reciente (agudo) y es usualmente definido como dolor que se presenta a lo largo de 3 meses.³

El dolor es un complejo fenómeno de respuestas neurofuncionales y subjetivas e individuales a un estímulo, en donde influyen factores emocionales, personalidad, aspectos socioculturales, así como la experiencia previa del paciente al dolor.⁴

Factores que condicionan el grado de dolor postoperatorio:

- Intervención quirúrgica
- El paciente
- La preparación preoperatoria
- Las posibles complicaciones postoperatorias
- El tratamiento anestésico
- La calidad de los cuidados postoperatorios ⁵

La intensidad del dolor está influenciada por factores físicos, psíquicos, emocionales, aspectos de la personalidad, factores sociales, culturales e interpersonales, experiencia previa frente al dolor, la ansiedad, aprensión y miedo ante la intervención quirúrgica, principalmente en pacientes con una inadecuada preparación psicológica. ⁵

Las diferencias sexuales en cuanto al dolor parecen estar relacionadas a los efectos en la organización y activación de las hormonas esteroideas, los cuales afectan el desarrollo de la organización del sistema nervioso central, y la modulación de neurotransmisores. ⁶

El dolor postoperatorio aparece con mayor frecuencia e intensidad después de intervenciones intratorácicas, intraabdominales, renales, cirugía de columna vertebral, articulaciones, cirugía traumatológica de la mano y pie, y, en general, cualquier otro procedimiento de cirugía mayor. ⁵

Incidencia del dolor postoperatorio

Una tercera parte de la población con dolor crónico sufre la pérdida de las habilidades y la independencia de su estilo de vida, con disminución en su calidad de vida. El costo del dolor crónico se estima que es igual al del cáncer o enfermedad cardiovascular.⁷

Tratamiento analgésico postoperatorio

El objetivo consiste en mantener un nivel terapéutico (analgésico) del fármaco, previniendo la aparición de picos agudos, dentro de niveles tóxicos, y la caída a concentraciones subterapéuticas.⁸

La distinta naturaleza de los fármacos empleados, la vía y la técnica de administración, y la edad y estado general del paciente, condicionan el resultado analgésico y los problemas relacionados con dicho tratamiento.⁸

La Organización Joint Commission of Healthcare refiere que el manejo del dolor agudo postoperatorio es reducir el nivel de dolor de los pacientes a un nivel <3 de la Escala de EVA. Además el dolor postoperatorio alto aumenta el riesgo de desarrollar dolor crónico.⁹

Fisiopatología del dolor

Los mensajes nociceptivos son transmitidos, modulados e integrados en diferentes niveles del sistema nervioso; van desde la periferia por vía medular a centros superiores (tálamo, corteza cerebral). El dolor agudo puede ser persistente, el daño tisular en la cirugía, la fisiopatología procesos en el sistema nervioso central y periférico que puede producir cronicidad.¹⁰

Dolor puede ser clasificado como nociceptivo o neuropático, Somático, Visceral. ¹¹

Las complicaciones digestivas postoperatorias están determinadas por el descenso en la actividad digestiva; como distensión abdominal, náuseas, vómitos, o íleo paralítico. ¹²

Deben adaptarse al tipo de intervención quirúrgica, abordaje quirúrgico, factores de riesgo asociados al paciente y al patrón de práctica clínica local. La evaluación del riesgo/beneficio de cada técnica dependerá de la severidad del dolor secundario al procedimiento quirúrgico y de los potenciales efectos secundarios de las técnicas y los fármacos analgésicos. ¹³

La preocupación ante la posibilidad de padecer dolor moderado-intenso después de un procedimiento quirúrgico es muy común y estas expectativas suelen coincidir con la intensidad del dolor postoperatorio. Por ello es importante informar al paciente durante la visita preoperatoria sobre la analgesia que se le administrará después de la operación. ¹⁴

En 1995 la Asociación Americana de Anestesiólogos (ASA) publica unos lineamientos de práctica para el manejo del dolor agudo en el ambiente perioperatorio. Con el propósito de facilitar la eficacia y seguridad del manejo del dolor agudo postoperatorio y reducir el riesgo de eventos adversos. ¹⁵

Evaluación del manejo del dolor perioperatorio

La escala visual análoga (EVA) es un instrumento validado para la estimación del dolor. Se trata de una línea de 10 centímetros numerada de 0 a 10, en donde el 0 representa ausencia de dolor y el 10 el dolor más intenso percibido por el paciente. ¹⁶

La terapia farmacológica debe ser individualizada de acuerdo con la intensidad del dolor. Tomando en cuenta la escala visual análoga y la escala verbal análoga, se proponen las siguientes alternativas:

- *Dolor leve (EVA 1 a 3)*: de baja intensidad puede ser tratado con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos.
- *Dolor moderado (EVA 4 a 7)*: intensidad media puede ser tratado con analgésicos opioides con efecto techo (tramadol, buprenorfina, nalbufina) en bolo o en infusión continua, en combinación con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES).
- *Dolor severo (EVA 8 a 10)*: puede ser manejado con opioides (morfina y citrato de fentanilo) en infusión continua o PCA y técnicas de anestesia regional. ¹⁶

JUSTIFICACIÓN

Magnitud

La importancia de la valoración del dolor postoperatorio a un mes de haberse realizado la cirugía, es fundamental para el actuar profesional del médico anestesiólogo, ya que nos permite conocer las condiciones de salud del paciente que se sometió a un procedimiento anestésico- quirúrgico y nos evalúa la atención brindada al paciente, es decir si el paciente se encuentra con dolor a un mes de haberse operado ó no recibió un tratamiento adecuado en el posoperatorio inmediato.

Trascendencia

Actualmente no se cuenta con estadísticas o revisiones en la literatura que muestren el perfil del paciente sometido a cirugía a un mes de haberse realizado.

Vulnerabilidad

Debido a que la muestra se realizo en un breve periodo de tiempo durante mes y medio y no se realizaron todas las llamadas telefónicas, por lo cual posteriormente se necesitaran más estudios para poder comparar la trascendencia de la calidad anestésica otorgada al paciente.

Factibilidad

La realización de la valoración postoperatoria a un mes de realizada la cirugía es factible al recopilar todos los datos necesarios.

MATERIAL Y METODOS.

Previo autorización del Comité Local de Investigación y de la jefatura del servicio de Anestesiología, se diseñó un estudio de seguimiento extrayendo de la Población quirúrgica del servicio, una muestra de 1427 pacientes post-operados del 1 de septiembre al 15 de octubre de 2009 para identificar domicilios y números teléfonos correctos con el fin de entrevistarlos vía telefónica, sobre la persistencia o ausencia de dolor a un mes de realizado el procedimiento quirúrgico. Incluyendo a todos aquellos pacientes que tuvieron visita postanestésica en la cual quedo consignada la evaluación del dolor postoperatorio a las 24 horas posteriores al procedimiento quirúrgico.

Una vez que se obtuvo los números telefónicos correctos se llamo a los domicilios de cada pacientes para aplicarles una encuesta constituida por cinco preguntas: cuanto dolor tenían evaluado a través de la escala Visual Análoga (EVA), explicando la EVA como dolor ausente el 0 y dolor máximo el 10), tiramiento al momento de la entrevista, identificación del nombre de su anesthesiólogo y nombre de su cirujano, y finalmente se le pregunto como describía la atención recibida en el servicio de anestesiología.

El resto de variables se obtuvieron de los registro de valoración postanestésica como: Edad, sexo escolaridad, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico posoperatorio, técnica anestésica, ASA, Glasgow, Ramsay, Aldrete, analgesia posquirúrgica, antiemético transoperatorio utilizado, analgésico utilizado por el paciente a un mes posterior al evento quirúrgico, y complicaciones postoperatorias inherentes a la patología de los pacientes).

Excluyendo todos aquellos registros ilegibles y aquellos pacientes que no contestaron las llamadas telefónicas. Al finalizar la captura de la información anotada en la hoja de recolección de datos se capturo en una base de datos procesándola mediante el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Se revisaron 1427 registros de visita postanestésica de los cuales se eliminaron 1321 registros por las siguientes causas: 452 pacientes no contaban con número telefónico, 184 pacientes con registros ilegibles, 166 pacientes no coincidieron los teléfonos anotados con los de los pacientes, 294 pacientes no se encontraron al momento de realizar la entrevista, 225 pacientes no aceptaron la entrevista por desconfianza. De los 105 pacientes estudiados se analizó las características demográficas: el promedio de edad fue de 54.30 +- 16.2 años; en cuanto al género 52 pacientes fueron hombres y 53 pacientes fueron mujeres. Ver Gráfica 1.

En cuanto a la calificación de ASA y el número de pacientes: 11.5% fueron ASA I; 46.2% ASA II; 41.3% ASA III; y el 1% ASA IV. Ver grafica 2

En lo referente a la escala de Ramsay 17.3% Ramsay 1, 73.1% Ramsay 2 y 8.7% Ramsay 3. Ver gráfica 3.

En cuanto a la técnica anestésica utilizada y el número de pacientes se analizó lo siguiente: Anestesia General Balanceada 56 pacientes (53.3%), Anestesia General Endovenosa 15 pacientes (14.28%), Bloqueo Peridural 4 pacientes (3.8%), Anestesia Local+Sedación 13 pacientes (12.3%), Sedación 8 pacientes (7.6%), Bloqueo retrobulbar + sedación 9 pacientes (8.5%) Ver gráfica 4.

Se analizó el tipo de analgésico recibido, encontrando: 29 (27.6%) pacientes recibieron Ketorolaco dosis única; 36 (34.4%) pacientes se les administró metamizol, a 27 (25.7%) pacientes no se les administró medicamento; 7 pacientes (6.7%) recibieron Clonixinato de Lisina; 1 paciente recibió fentanil (1%), Butilhioscina-Metamizol 1 paciente (1 %); Buprenorfina 1 paciente (1 %); 1 (1%) paciente con Metamizol-Buprenorfina y Clonixinato de Lisina; y 1(1%) paciente con Metamizol- Buprenorfina. Ver grafica 5.

En cuanto al EVA evaluado a las 24 hrs después de la cirugía comparado con el EVA al mes se encontró lo siguiente: **EVA 0** (10 pacientes), de éstos el 80% al mes presentaron EVA de 0, el 10 % EVA de 3, el otro 10% EVA de 8, **EVA de 1**, (4 pacientes) de los cuales el 50% continuó con EVA de 1, 25 % con EVA de 1 y el otro 25% EVA de 3, De los pacientes que tenían **EVA de 2**, (24 pacientes), de los cuales el 62.5% presentó EVA de 0, 12.5% EVA de 1, 16.7% EVA de 2, 4.2% EVA de 4, 4.2% EVA de 5, De los pacientes que tenía **EVA de 3** , (22 pacientes) 54.5% pacientes tenían EVA de 0, 13.6% EVA de 1, 9.1%; EVA de 2, 13.6%, EVA de 3, 9.1% EVA de 5, De los pacientes que tenían **EVA de 4**, (24 pacientes), 37.5% tenían EVA de 0, 25% tenían EVA de 1, 20.8% EVA de 2, 8.3% EVA de 3, 8.3% EVA de 6, De los pacientes que tenían **EVA de 5** (11 pacientes) 45.5% tenían EVA de 0, 9.1% EVA de 1, 9.1% EVA de 2, 27.3% EVA de 3, 9.1% EVA de 5, De los pacientes que tenían **EVA de 6** (6 pacientes), el 50% tenía EVA de 0, 16.7% tenía EVA de 3, 33.3% tenía EVA de 5, de los pacientes que tenían **EVA de 7** (2 pacientes) el 50% tenía EVA de 0, y el otro 50% EVA de 7, Del pacientes que tenían **EVA de 8** (1 paciente) continuó con EVA de 8. Ver gráfica 6 y 7.

En lo referente a pacientes que tienen **tratamiento para el dolor a un mes después de la cirugía** se encontró: 88 pacientes están sin tratamiento (83.8%), 5 pacientes se tratan con paracetamol (4.8%), 2 pacientes se tratan con tramadol (1.9%). Es importante saber que la mayoría de los pacientes el (88.8%) no tienen tratamiento un mes después de la cirugía y de los que si tienen tratamiento utilizan paracetamol y tramadol. Ver gráfica 8.

Analizando los **pacientes que no tienen tratamiento y su EVA** se encontró: 55 pacientes con EVA: 0 (62.5%), 14 pacientes con EVA 1 (15.9%); 11 pacientes con EVA 2 (12.5%); 6 pacientes con EVA 3 (6.8%); 1 paciente con EVA 5 (1.1%); 1 paciente con EVA: 6 (1.1%). Se aprecia que la mayoría de los pacientes que se entrevistaron un mes después de la cirugía y que no tenían tratamiento tenían un EVA de 0 en 55 pacientes (62.5%), el EVA de 5 y 6 que habla de dolor moderado sólo fueron 2 pacientes (1.9%). Ver gráfica 9.

DISCUSIÓN.

El dolor postoperatorio es una de las principales causas de morbilidad postoperatoria en el paciente, por ello la importancia de recibir un adecuado tratamiento del dolor en las primeras 24 horas, pues es indudable el beneficio que se obtiene, de acuerdo a lo descrito por Muñoz Blanco.

Por ello la importancia de un adecuado manejo postoperatorio inicial el cual repercute en la evolución del dolor crónico, recomendado por las Clínicas de Norteamérica de Anestesiología del 2006.

Se analizó el tratamiento analgésico indicado para el postoperado, manejado principalmente con AINES metamizol y Ketorolaco, sin embargo existieron pacientes los cuales no recibieron tratamiento, persistiendo con dolor a un mes de su cirugía, se ha visto que los AINES constituyen el principal tratamiento para el dolor postoperatorio inmediato. Para el tratamiento del dolor a un mes después de la cirugía utilizan paracetamol, tramadol sin embargo la mayoría de los pacientes negaron tratamiento. Se ha visto que los opiáceos en combinación con los AINES influyen en la mejoría de la Analgesia postoperatoria de acuerdo con Muñoz Blanco.

En este trabajo los pacientes que presentan dolor leve, moderado y severo de acuerdo a la escala de EVA, el dolor disminuyó su intensidad, solo un paciente que no recibió tratamiento en el postoperatorio inmediato persistió con dolor severo. Coincidiendo con las recomendaciones de las guías clínicas de dolor postoperatorio de Hernández Ortiz.

Desafortunadamente es muy escasa la literatura relacionada con la evaluación del dolor postoperatorio a un mes de realizada la cirugía.

De lo anteriormente expuesto se concluye que si no se establece un tratamiento adecuado para el dolor en el posoperatorio inmediato, este puede evolucionar a dolor crónico como es el caso del paciente del servicio de Angiología que continuó con dolor, ya que en su domicilio no tiene tratamiento.

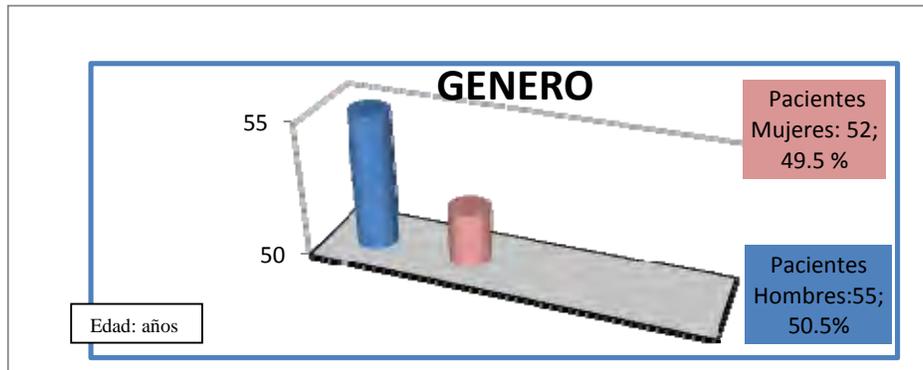
En éste estudio no se investigó el tiempo que los pacientes se administraron los medicamentos y cuando lo suspendieron, esto es importante ya que influye con el EVA al mes después de haberse operado. Este punto queda abierto para futuras investigaciones.

CONCLUSION

En este trabajo al investigar la incidencia del dolor posoperatorio a un mes después de haberse operado el tratamiento fue adecuado en el posoperatorio inmediato repercutiendo en el postoperatorio a un mes después de la cirugía. Debido a que si el paciente no recibe un adecuado manejo persiste con dolor al mes la cirugía y puede evolucionar a la cronicidad.

El dolor posoperatorio a un mes es menor que el percibido por los pacientes en el posoperatorio de 24 hrs, sólo 1 paciente que refirió dolor severo (EVA de 8) persistió con la misma intensidad de dolor y fue un paciente que no recibió tratamiento analgésico, lo cual pudo haber influido para que continúe con el dolor.

GRAFICOS:



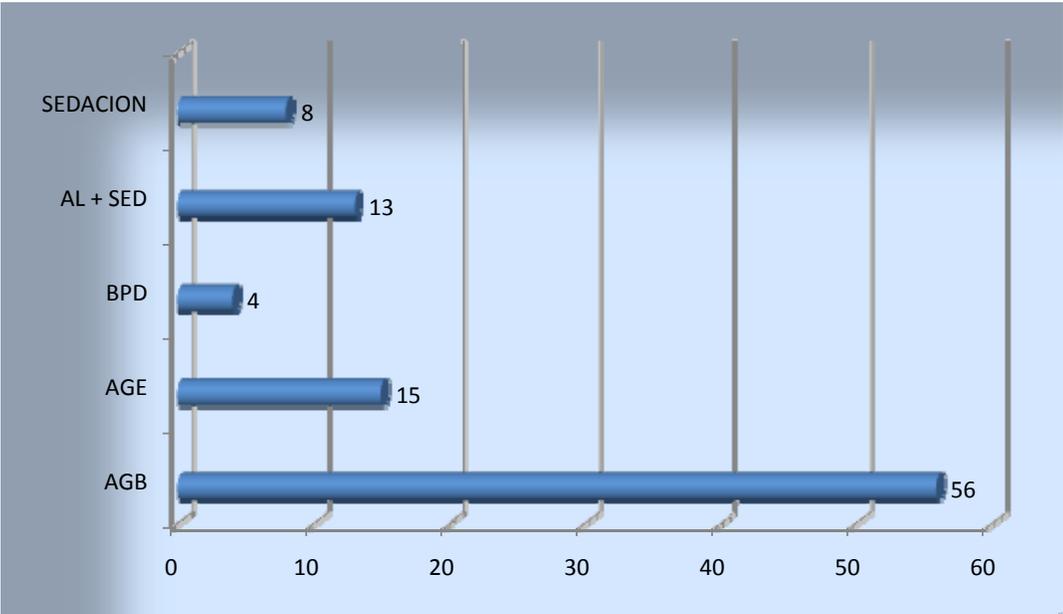
Grafica 1. Número de pacientes de acuerdo a género.



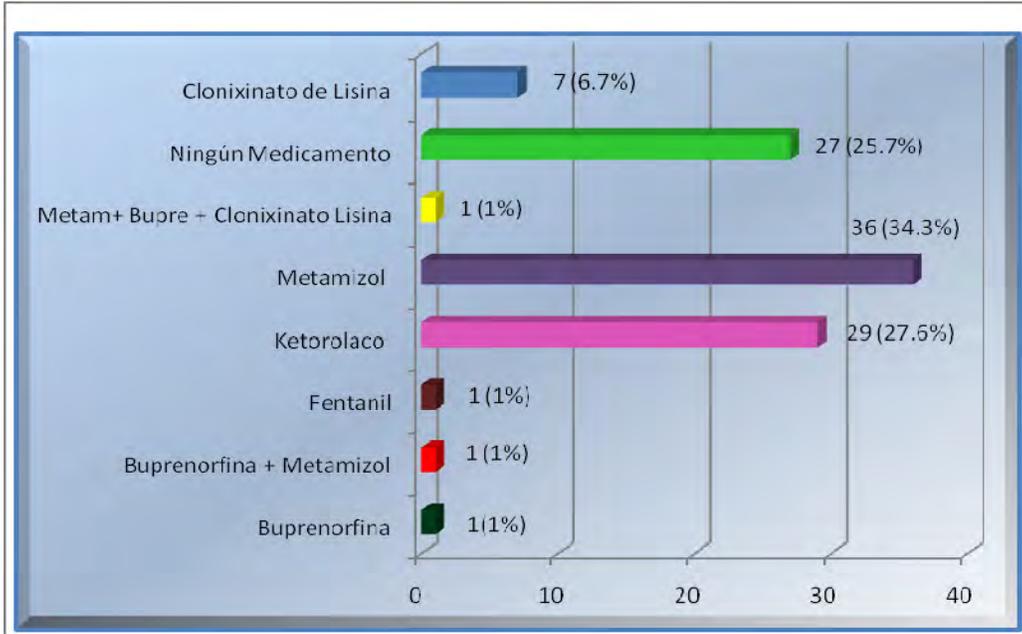
Gráfica 2. Expresa el porcentaje del estado físico según la ASA



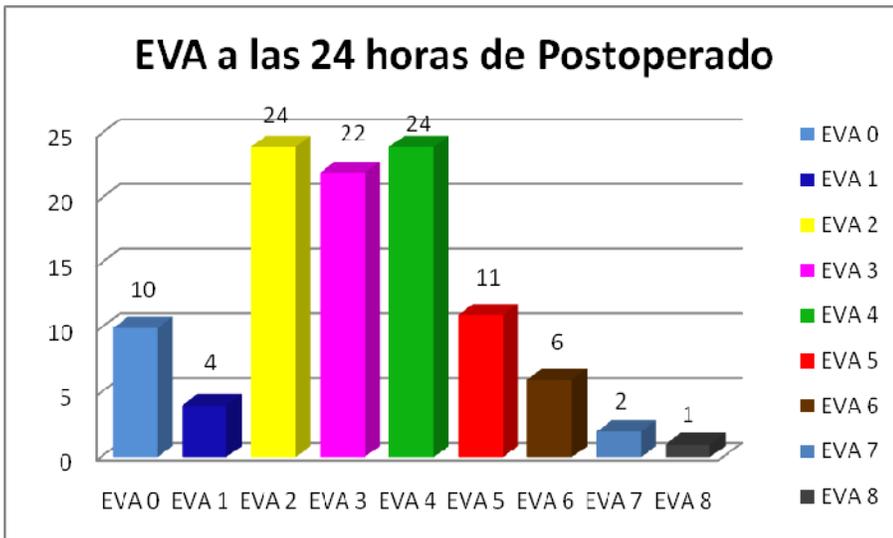
Gráfica 3.- Expresa la Escala de Ramsay de acuerdo a porcentaje.



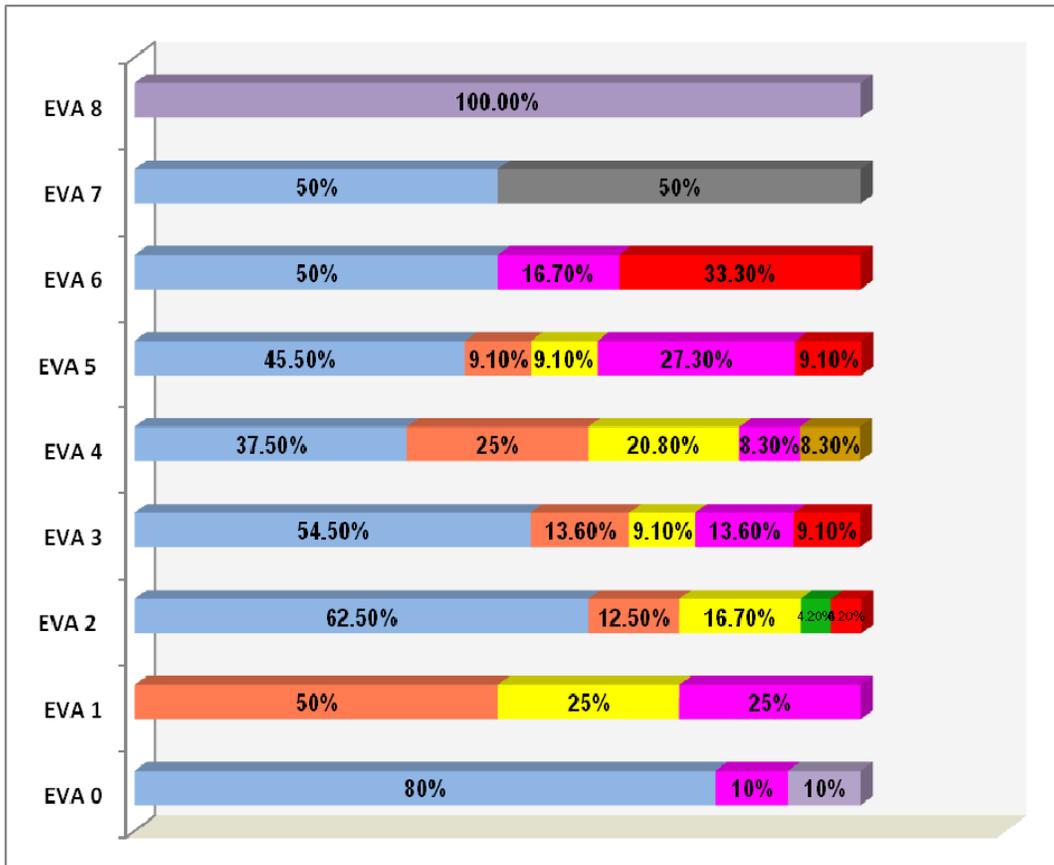
Gráfica 4. Expresa el número de pacientes de acuerdo a la Técnica Anestésica.



Gráfica 5. Expresa el número y porcentaje de pacientes que recibieron analgésico durante el postoperatorio de 24 horas.



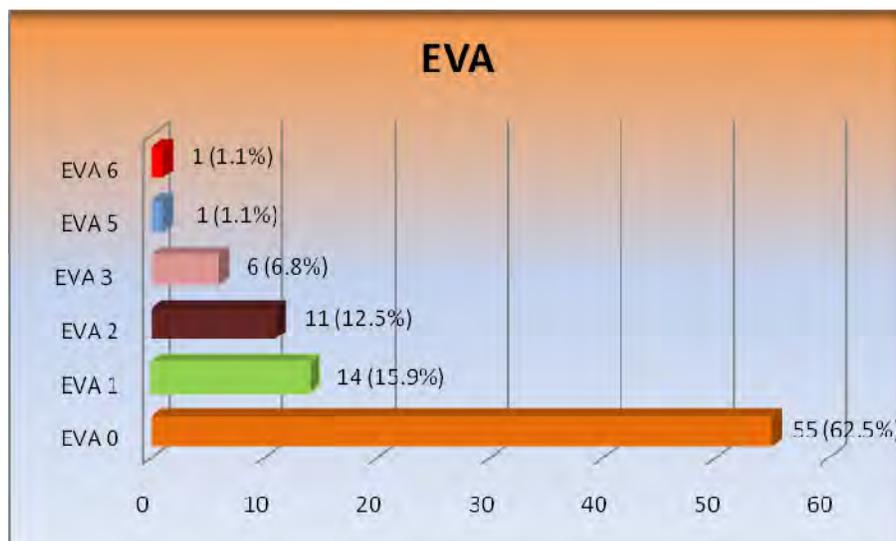
Gráfica 6.- Expresa el número de paciente que presentó EVA a las 24 hrs



Grafica 7.- Expresa el porcentaje de pacientes, con EVA al mes del posoperatorio.



Gráfica 8: Expresa el Tratamiento para el dolor a un mes de la cirugía.



Gráfica 9. Expresa el número y porcentaje de Pacientes sin tratamiento valorados por EVA.



1. Fecha de elaboración de la entrevista preanestésica (día/mes/año).
2. Afiliación:
3. Sexo (M) (F)
4. Edad () años
5. Dirección: (Calle N°, colonia, Delegación, estado)
6. Teléfono: (con LADA).
7. Escolaridad: (ninguna, primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura, posgrado)
8. Diagnóstico Preoperatorio:
9. Diagnóstico Postoperatorio:
10. Tipo de anestesia recibida:
11. ASA: (I- IV)
12. Glasgow:
13. Ramsay: (0-6)
14. Aldrete: (2-10)
15. Analgesia Postquirúrgica (24 hrs)
16. Antihemético transoperatorio:
17. Complicaciones:
18. Sala:
19. Residente que elaboró la entrevista postanestésica
20. EVA actual 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
21. Tratamiento Actual:
22. Recuerda el Nombre del Anestesiólogo (SI) (NO)
23. Recuerda el Nombre del Cirujano (SI) (NO)
24. Evaluación de la atención brindada por el anestesiólogo (5-10):
 - 5-6: Mala
 - 7-8: Regular
 - 9-10: Buena

BIBLIOGRAFIA

1. **Guevara López U.** Desarrollo de los parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo. *Rev Mex Anest* 2004; 27: 200-204.
2. **Montero-Homs J.** Dolor nociocectivo, dolor neuropático y memoria de dolor. *Neurología* 2009; 24:419-422.
3. **González-Escalada JR,** Barutellb C, Cambac A, Contreras D, Muriele C. Creencias, actitudes y percepciones de médicos, farmacéuticos y pacientes acerca de la evaluación y el tratamiento del dolor crónico no oncológico. *Rev Soc Esp Dolor.* 2009; 16:7-20.
4. **Hernández-Saldívar M.** Manejo del dolor postoperatorio: Experiencia terapéutica en Unidad de Terapia Quirúrgica Central del Hospital General de México. *Rev. Mex. de Anest.* 2008; 3: 246-251.
5. **Martínez- Vázquez de Castro J.** Prevalencia del dolor posoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev Soc Esp Dolor* 2000; 7: 465-476.
6. **Chacón Francis V.** Diferencias en la percepción del dolor entre hombres y mujeres. papel de los estrógenos. *Informed.* 2009; 11: 355-366
7. **Mirkhil S.** Kent P. The Diagnostic Accuracy of Brief Screening Questions for Psychosocial Risk Factors of Poor Outcome From an Episode of Pain. *Clin J Pain.* 2009; 25: 340-348
8. **Muñoz-Blanco F,** Salmerón J, Santiago J and Marcote C. Complications of postoperative pain. *Rev Soc Esp Dolor* 2001; 8: 194-211.
9. **Sommer M,** Rijke JM, Van Kleef M, Kessels GHA, Peters LM, Geurts ZJW. Predictors of Acute Postoperative Pain After Elective Surgery. *Clin J Pain.* Feb. 2010; 26: 87-94.

10. **Power I.** Recent advances in postoperative pain therapy Br J Anaesth 2005; 95: 43–51
11. **De Pinto M,** Dunbar JP, Edwards W. Pain Management. Anesthesiology Clin N Am 2006; 24:19– 37.
12. **Eslava-Schmalbach J,** Gaitán-Duartell H, Gómez-Restrepo C. Escala para medir la Calidad de la Recuperación Postanestésica desde la Perspectiva del Usuario. Rev Salud Pública 2006; 8: 52-62.
13. **Ferrer A,** Baena Nadal M, Montero Sánchez F, Jiménez Jiménez I, del Rosario Usoles E, Esteve Pérez, N. Analgesia postoperatoria en cirugía mayor: ¿es hora de cambiar nuestros protocolos?. Rev Soc Esp Dolor 2009; 16: 239 – 245.
14. **Real J,** Pulido. C, López-Galera S, Gordo F, Fernández-Galinski DL. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. Rev Soc Esp Dolor 2007; 14:3 – 8
15. **Hernández Ortiz A.** Guías de manejo para el dolor postoperatorio. Rev Mex Anest 2004; 27: 136-137.
16. **Guevara-López U,** Covarrubias-Gómez C, De Lille-Fuentes R, Hernández-Ortiz A. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. Cir Ciruj 2005; 73:223-232.