

Evaluación del dolor postoperatorio, estandarización de protocolos de actuación, y mejora continua basada en resultados

Dra. Ana Lilia Garduño-López,* Dra. Lisette Castro-Garcés,* Dr. Víctor Manuel Acosta-Nava**

* Anestesióloga adscrita al Departamento de Anestesiología y coordinadora de Unidad de Dolor Postoperatorio.

** Jefe del Departamento de Anestesiología.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán» (INCMNSZ).

Centro coordinador de la Red Mexicana Pain Out.
<http://www.painoutmexico.com>

Solicitud de sobretiros:

Dra. Ana Lilia Garduño López
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga 15, 1er piso
Colonia Sección XVI Delegación Tlalpan
Ciudad de México, 14000
Teléfono: (55) 54 87-0900, extensiones: 5020 y 5021
E-mail: ana.gardunol@incmnsz.mx

Recibido para publicación: 15-01-2019

Aceptado para publicación: 11-03-2019

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/rma>

RESUMEN

La valoración del dolor postoperatorio mediante escalas unidimensionales como la escala verbal análoga (EVA), están siendo abandonadas. Actualmente la evaluación se realiza con base a las actividades que, de acuerdo con el tipo de cirugía, el paciente pueda realizar durante las primeras horas del postoperatorio. El tratamiento del dolor requiere de un marco organizativo, que debe incluir el diseño de protocolos de actuación que permitan la mejora continua basada en resultados, de acuerdo con las necesidades de cada hospital. La implementación y planeación de estrategias mediante auditorías internas como el sistema *Pain Out*, son una base para la gestión de nuevas unidades de dolor agudo (**visite <http://www.painoutmexico.com>**).

Palabras clave: evaluación del dolor, dolor postoperatorio, auditorías internas, sistema de gestión, *Pain Out*, protocolos de manejo en dolor agudo.

ABSTRACT

The assessment of postoperative pain using unidimensional scales such as the verbal analog scale (VAS), are being abandoned. Currently the evaluation is made based on the activities that, according to the type of surgery, the patient can perform during the first hours of postoperative period. The treatment of pain requires an organizational framework, which must include the design of protocols that allow continuous improvement based on results, according to the needs of each hospital. The implementation and planning of strategies through internal audits such as the Pain Out system, are a basis for the management of new units of acute pain (visit <http://www.painoutmexico.com>).

Keywords: pain assessment, postoperative pain, internal audits, gestion system, Pain Out, protocols in acute pain.

En el INCMNSZ con el proyecto internacional *Pain Out* iniciado en 2016, se detectaron áreas de oportunidad de mejora en dolor postoperatorio, gracias a los resultados obtenidos de la primera fase en el año 2017, en el Departamento de Anestesiología, se creó la Unidad de Dolor Postoperatorio con el objetivo de optimizar el manejo del dolor centrado en los pacientes. Múltiples esfuerzos fueron conformando la estructura actual de la unidad, estos incluyeron la capacitación del personal de salud, la

especialización y adquisición de habilidades en anestesia y analgesia regional guiada por ultrasonido, la realización de algoritmos de actuación y el establecimiento de protocolos de manejo por procedimiento específico basados en evidencia. La eficacia y seguridad de éstos fueron evaluadas mediante los instrumentos del registro internacional de *Pain Out*⁽¹⁾ y modificados de acuerdo a los resultados obtenidos de manera continua. Además, se implementó un pase de visita diario con un anestesiólogo y un residente

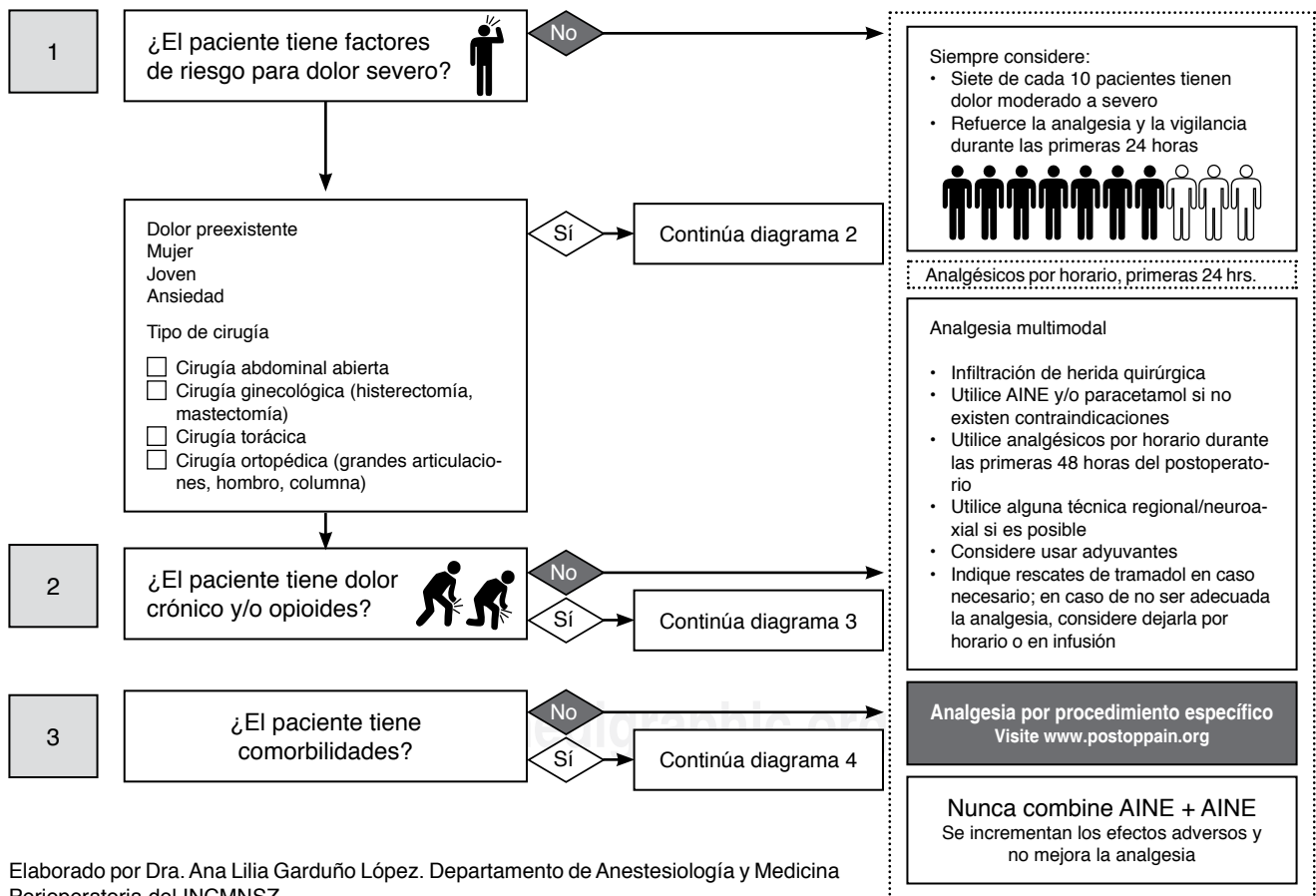
durante los tres turnos, para evaluar la eficacia analgésica basada en resultados, lo cual permitió también la detección temprana de complicaciones secundarias al manejo anestésico y analgésico.

Con el tiempo, hemos aprendido a evaluar y reconocer que no todas las propuestas internacionales en guías de dolor postoperatorio son aplicables a nuestra población. Ahora sabemos que es necesario reconocer en nuestra población: la variabilidad individual de cada paciente, los factores de riesgo potenciales para la presencia de dolor severo, la intensidad de dolor esperada acorde a las intervenciones quirúrgicas realizadas y que los tiempos quirúrgicos prolongados tienen un impacto sobre los resultados en la analgesia. Por todas estas razones es necesario llevar a cabo un registro de datos para poder gestionar la calidad en la atención de los pacientes quirúrgicos. A través de estos dos años, la aceptación del programa en el INCMNSZ cada vez ha sido mayor gracias a la interacción día a día con el equipo quirúrgico, los médicos internistas y el personal de enfermería a cargo, lo cual nos ha permitido establecer toma de decisiones en conjunto, asistir

de forma inmediata a pacientes con crisis de dolor y a la detección temprana de efectos adversos.

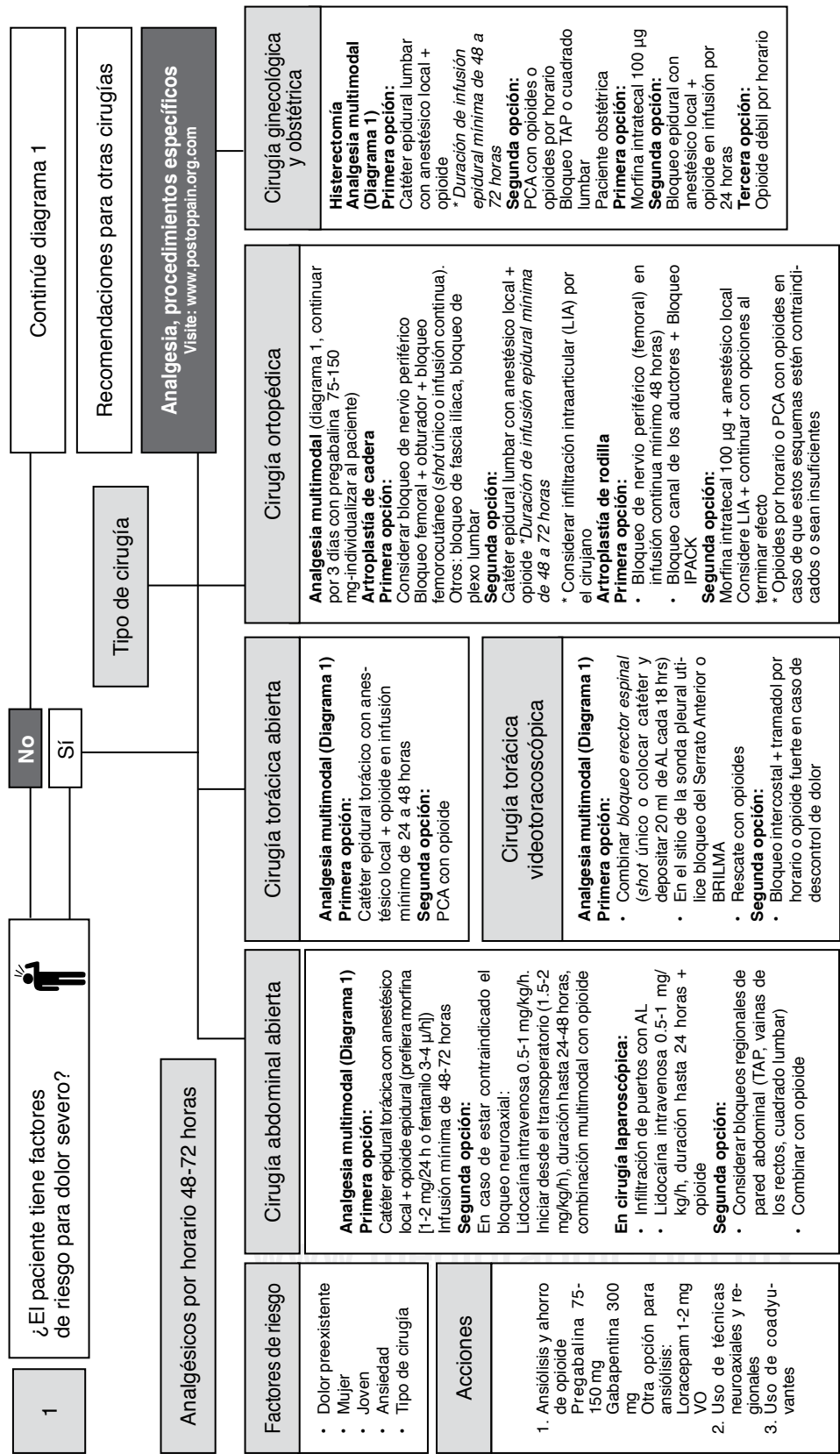
A través de la experiencia obtenida, los resultados del proyecto de investigación en el INCMNSZ y con base en la evidencia⁽²⁻⁴⁾, hemos creado diagramas para la planeación analgésica desde el preoperatorio, que nos permiten detectar factores de riesgo para dolor severo (Figuras 1 y 2), reconocer y manejar adecuadamente pacientes con antecedente de dolor y uso crónico de opioides (Figura 3)^(2,3), y finalmente para considerar las comorbilidades y las consideraciones especiales con el manejo analgésico (Figura 4)⁽³⁾.

En el postoperatorio inmediato, una vez establecido el manejo, la evaluación del dolor debe ser basada en resultados^(5,6). Las escalas unidimensionales de dolor como EVA (escala verbal análoga), EVN (escala verbal numérica) y la escala de caras han sido recomendadas para la medición del dolor en guías internacionales^(2,3); sin embargo, el nivel de evidencia es débil⁽²⁾. De acuerdo con autores norteamericanos, estas escalas han contribuido a la epidemia de opioides en Estados Unidos de América⁽⁵⁾. Debido a esto, la Comisión Conjunta



Elaborado por Dra. Ana Lilia Garduño López. Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria del INCMNSZ

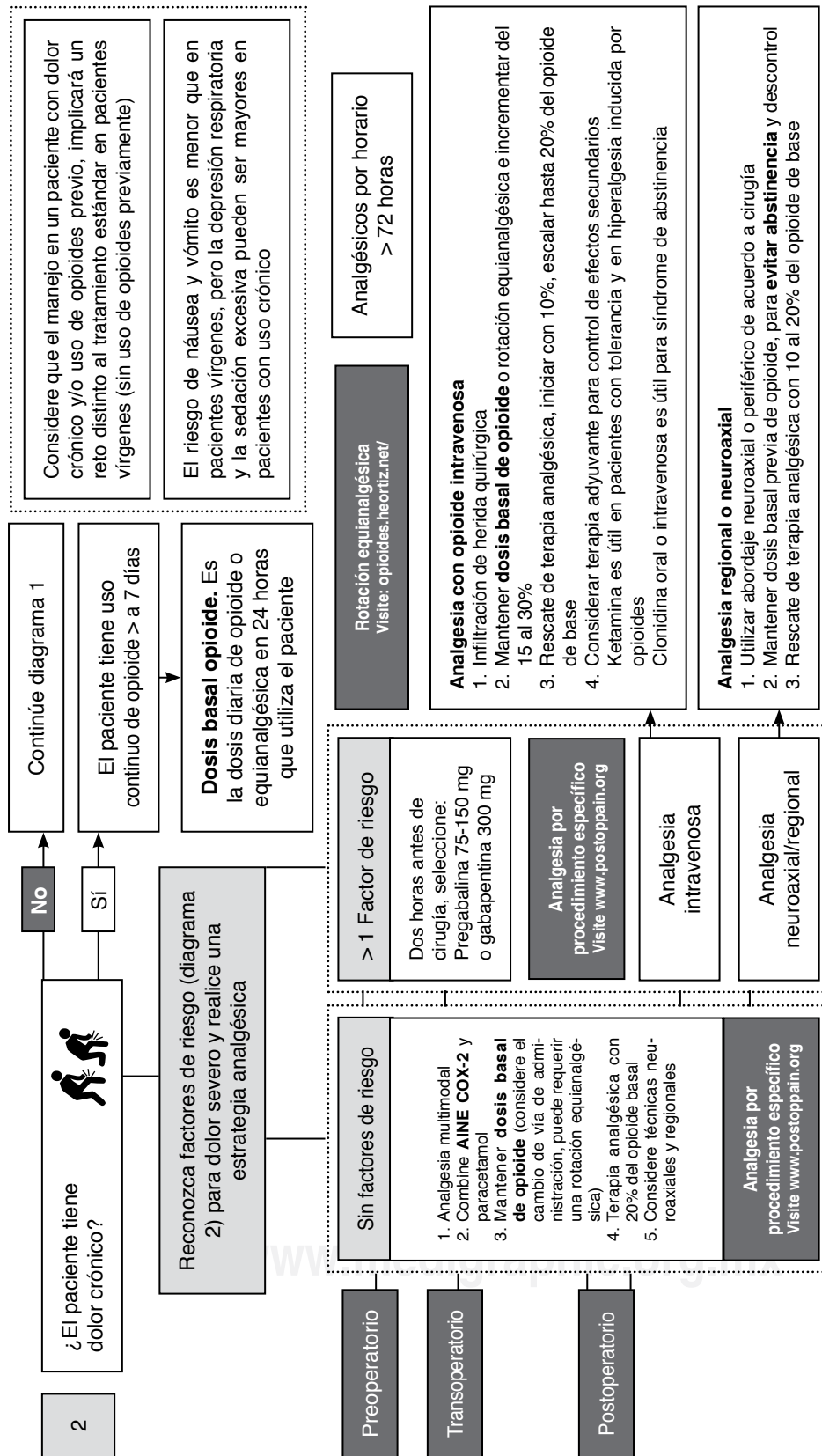
Figura 1. Planeación analgésica perioperatoria.



Anzca Chapter 11, 423-424.
VO: vía oral. AL: anestésico local. TAP: bloqueo del plano transverso del abdomen, PCA: analgesia controlada por el paciente, BRILMA: bloqueo de las ramas intercostales en la línea media axilar, bloqueo IPACK: bloqueo del espacio entre la arteria poplítea y la cápsula posterior de la rodilla.
Curr Opin Anesthesiol. 2009;22:627-633.
J Pain. 2016;17:131-157.

Elaborado por Dra. Ana Lilia Garduño López. Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria INCMNSZ

Figura 2. Planeación en paciente con factores de riesgo para dolor severo.



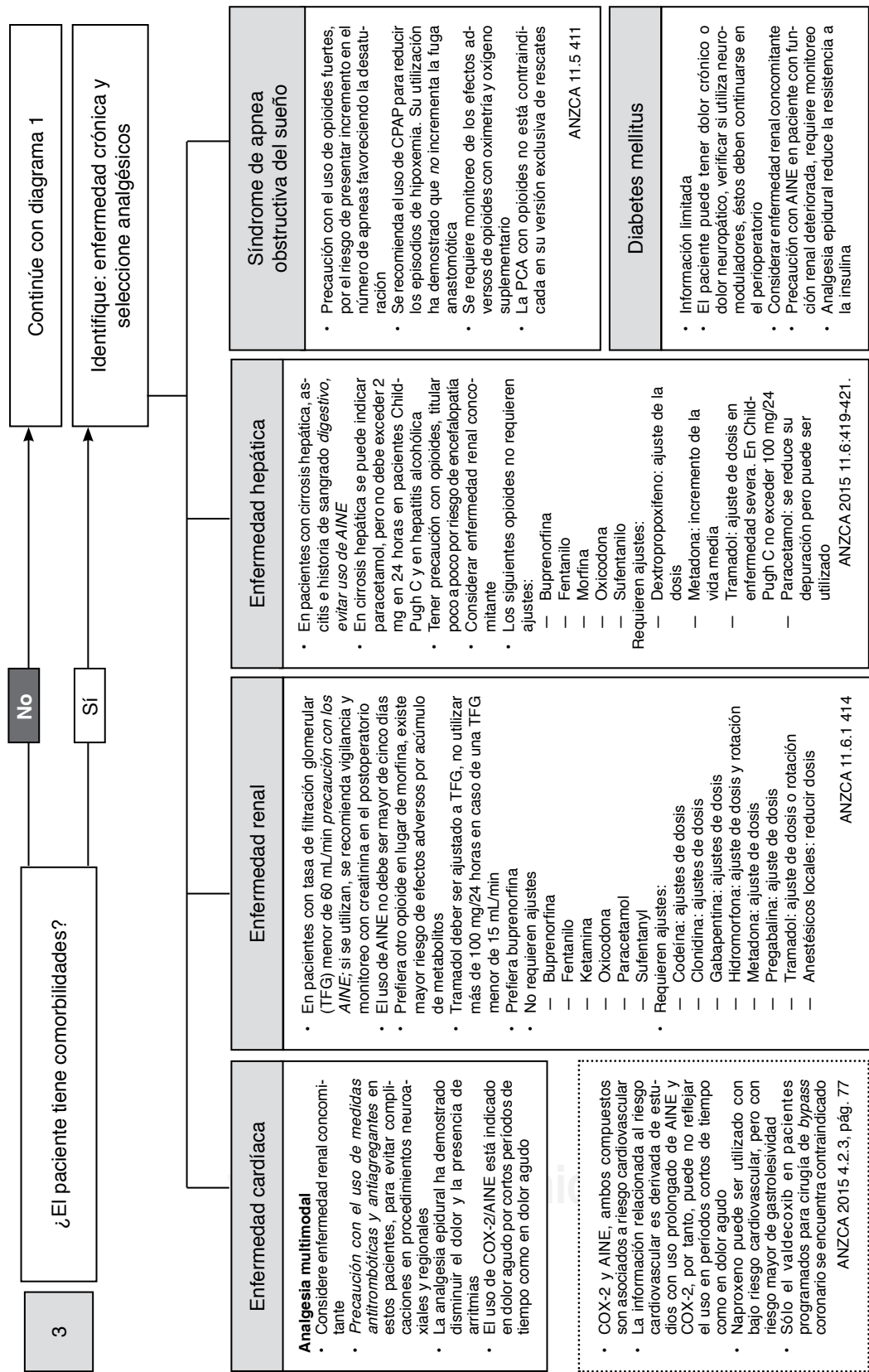
Anzca Chapter 11, 423-424.

Curr Opin Anesthesiol. 2009;22:627-633.

J Pain. 2016;17:131-157.

Elaborado por Dra. Ana Lilia Garduño López. Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria INCMNSZ

Figura 3. Pacientes con dolor preexistente y uso crónico de opioides.



Elaborado por Dra. Ana Lilia Garduño López. Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria INCMNSZ

Figura 4. Planeación de analgesia en pacientes con comorbilidades.

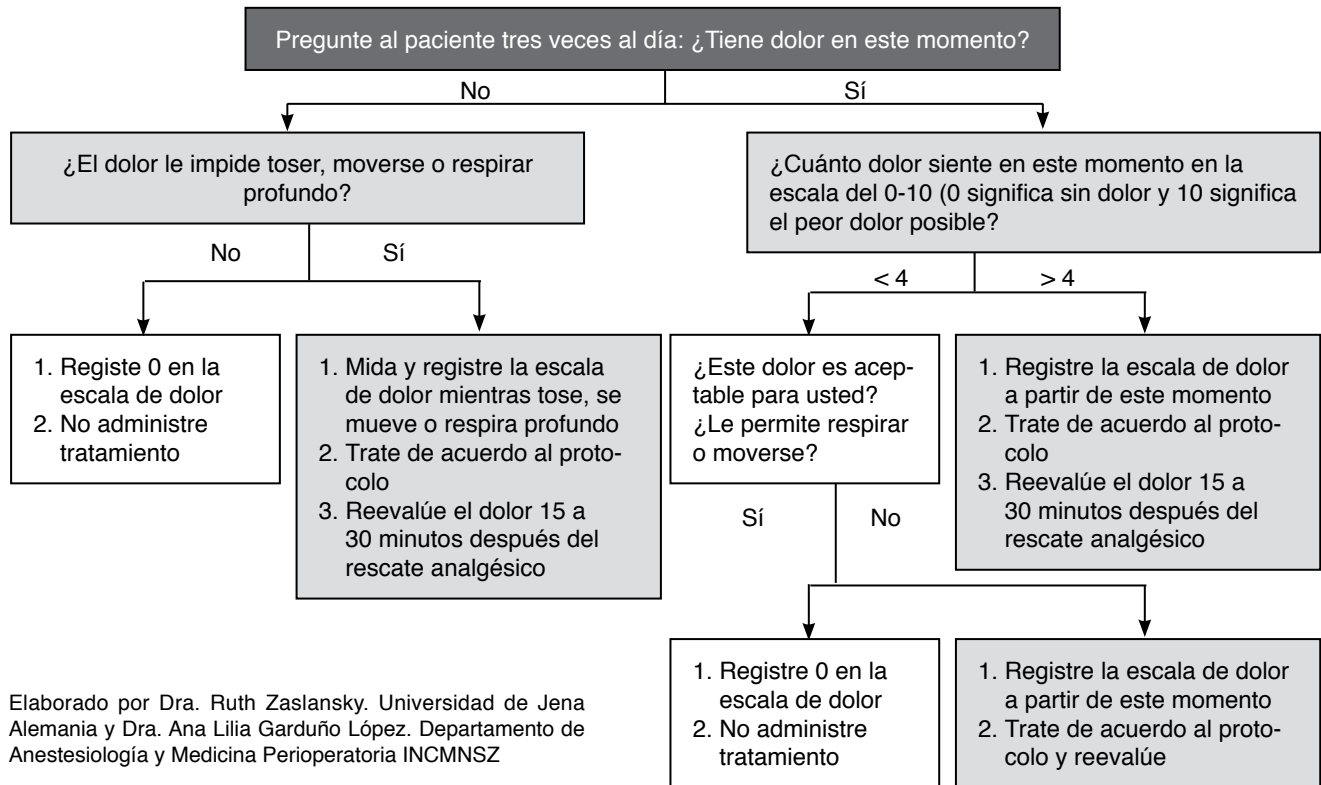


Figura 5. Flujo general para la evaluación del dolor y rescate analgésico.

(Joint Commission), «destaca la importancia de evaluar cómo afecta el dolor a la función y la capacidad de avanzar hacia los objetivos del tratamiento». Un ejemplo es la cirugía abdominal mayor, donde sugieren que: «inmediatamente después de la cirugía, el objetivo del control del dolor puede estar basado en la capacidad para tener una mecánica respiratoria adecuada y conforme pasan las horas el objetivo del control del dolor puede ser la capacidad de sentarse en la cama o caminar al baño sin ninguna limitación»⁽⁶⁾.

La escala de actividad funcional (FAS) es una escala nueva que se ha propuesto para evaluar si el dolor del paciente está suficientemente controlado para permitirle realizar actividades apropiadas de acuerdo con su cirugía y estado premórbido. La escala de actividad funcional tiene tres niveles: a) sin limitación, b) limitación leve y c) limitación significativa⁽⁷⁾.

Las intervenciones analgésicas se indican para facilitar la función. Sin embargo, el puntaje no ha sido validado, pero es suficientemente breve para permitir su adopción en la práctica clínica de rutina⁽⁸⁾. En el INCMNSZ recientemente hemos adoptado los diagramas de evaluación del dolor propuestos por *Pain Out* para la evaluación basada en resultados y para la evaluación del rescate analgésico (Figura 5); esto permite racionalizar el tratamiento de acuerdo con las necesidades de cada paciente.

El tratamiento del dolor postoperatorio requiere un marco organizativo, protocolización y actuación que exige acciones inmediatas en cada unidad hospitalaria. La implementación y planeación de estrategias mediante un sistema de gestión en calidad como *Pain Out* son la base primordial para las unidades de dolor agudo.

REFERENCIAS

1. Zaslansky R, Rothaug J, Chapman CR, et al. *Pain Out*: the making of an international acute pain registry. *Eur J Pain*. 2015;19:490-502.
2. Chou R, Gordon D, de Leon-Casasola O, Rosenberg J, Bickler S, Brennan T, Griffith S. Management of Postoperative Pain: a clinical practice guideline from the American pain society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' committee on regional anesthesia, executive committee, and administrative council. *J Pain*. 2016;17:131-157.
3. Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Hallivell R, Trinca J. Acute pain management: scientific evidence. 4th ed. Melbourne: ANZCA and FPM; 2015. Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. Available from: http://fpm.anzca.edu.au/documents/apmse4_2015_final.
4. Prospect Group Recommendations. www.postoppain.org.
5. Kharasch ED, Brunt LM. Perioperative opioids and public health. *Anesthesiol*. 2016;124:960-965.
6. The Joint commission's pain standards: origins and evolution. Published May 2017. [Accessed 2019] Available from: https://www.jointcommission.org/assets/1/6/Pain_Std_History_Web_Version_05122017.pdf
7. Levy N, Sturgess J, Mills P. "Pain as the fifth vital sign" and dependence on the "numerical pain scale" is being abandoned in the US: Why? *Br J Anaesth*. 2018;120:435-438.
8. Petti E, Scher C, Meador L, Van Cleave JH, Carrington RM. Can multidimensional pain assessment tools help improve pain outcomes in the perianesthesia setting? *J Perianesth Nurs*. 2018;33:767-772.