



Universidad Popular Autónoma
del Estado de Puebla

Facultad de Medicina
Secretaría de Investigación y
Estudios de Posgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Especialidades de Puebla

Centro Médico Nacional
General de División Manuel Ávila Camacho



***ANALGESIA PERIDURAL Y LA SATISFACCIÓN DEL
MANEJO DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO EN
CIRUGÍA ABDOMINAL.***

T E S I S

Para obtener el título de
Especialidad en Anestesiología

Presenta:

Dr. Kevin Zavala Bardales

Directores de Tesis:

**DR. CARLOS ALBERTO LÓPEZ BERNAL
DRA. ANA HIZEL BARBA GARCÍA**

Puebla, Puebla, México

Enero 2022



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, 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 de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE
PUEBLA**

CENTRO MÉDICO NACIONAL GENERAL DE DIVISIÓN MANUEL ÁVILA CAMACHO

***ANALGESIA PERIDURAL Y LA SATISFACCIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR
POSTQUIRÚRGICO EN CIRUGÍA ABDOMINAL.***

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA.

PRESENTA:

DR. KEVIN ZAVALA BARDALES

DIRECTORES DE TESIS:

DR. CARLOS ALBERTO LÓPEZ BERNAL

DRA. ANA HIZEL BARBA GARCÍA

PUEBLA, PUEBLA, MÉXICO

ENERO 2022

DICTÁMEN DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

27/6/2021

SIRE/CIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD



Dictamen de Aprobado

Centro de Investigación Epidemiológica y Salud Pública
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES Y ATENCIÓN NACIONAL (SEAN) - DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN

Registro de Investigación: 17/02/21-134-835
Registro de Investigación: 17/02/21-134-835

17/02/21-134-835

Dra. Ana Hiraldo Barba García

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **AMALGESIA PERIDURAL Y LA SATISFACCIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO EN CIRUGÍA ABDOMINAL** que se sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y su revisión, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional
R-2021-2101-099

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. JOSE ALVARO BARRA SALAZAR
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2101

IMSS

México, D.F., a 27 de junio de 2021

DICTÁMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA

29/04/2021

SIRELCHS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Centro de Investigación en Epidemiología del IMSS

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES Y CENTRO MÉDICO "SANTO DOMINGO", DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA

Registro Centralizado de la Secretaría de Salud

Registro de la Comisión de Ética en Investigación No. 21018

Fecha: México, 28 de mayo de 2021

Dra. Ana Hízel Barba García

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ANALGESIA PERIDURAL Y LA SATISFACCIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO EN CIRUGÍA ABDOMINAL** que someto a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requiera solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

M.C. Georgina Guadalupe Quiróz Bayardo

Presidenta del Comité de Ética en Investigación No. 21018

Firma

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD



GOBIERNO DE
MÉXICO

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE
ALTA ESPECIALIDAD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA

PUEBLA, PUE., A 18 de enero de 2022

AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES: Dra. Ana Hízel Barba García

Dr. Carlos Alberto López Bernal

DE LA TESIS TITULADA:

"Analgesia peridural y la satisfacción del manejo de dolor
postquirúrgico en cirugía abdominal"

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE: Kevin Zavala Bardales

DE LA ESPECIALIDAD: Anestesiología

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTÍFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCS
CON NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL:

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

Ana Hízel Barba García
(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

Carlos Alberto López Bernal
(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)



GOBIERNO DE
MÉXICO

CARTA COMPROMISO

Puebla, Puebla, a 18 de Enero de 2022

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PRESENTE

El (la) suscrito (a) Kevin Zavala Bordaes, en mi calidad de estudiante y habiendo sido beneficiario de la residencia médica de Anestesiología de fecha 2019 - 2022 y estando cursando la (el) (maestría/doctorado/residencia) en Anestesiología manifiesto bajo protesta de decir verdad que soy autor del trabajo de Tesis titulado "Analgesia peridural y la satisfacción del manejo de dolor postquirúrgico en cirugía abdominal".

_____, el cual ha sido asesorado por el (los) doctor

(es) Dra. Ana Hízel Barba García y Dr. Carlos Alberto López Bernal en las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social. Por tanto, para fines de divulgación y publicación sobre la metodología, resultados y/o otra información desarrollada durante el proyecto, reconozco que deberé contar con la autorización escrita de todos los autores.

Asimismo, manifiesto que en caso de que el presente trabajo implique derechos de propiedad industrial e intelectual como resultado de su desarrollo, tomando en consideración que será producto de una investigación practicada en las instalaciones del Instituto y con pacientes, equipos, materiales y diversos instrumentos de su propiedad, se reconoce como legítimo propietario de dicha novedad al Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde el suscrito participa en colaboración con mi (los) asesor (es), por lo que mi colaboración y derechos estará sujeta al porcentaje de autoría que corresponda a mi participación en relación con los demás autores en colaboración.

Atentamente

Kevin Zavala Bordaes

Nombre y firma

ÍNDICE

Resumen

1.- Introducción	1
1.1.- Antecedentes generales	1
1.2.- Antecedentes específicos	5
2.- Planteamiento del problema	13
3.- Justificación	13
4.- Material y métodos.....	14
Análisis estadístico	15
Aspectos éticos	16
5.- Resultados	17
6.- Discusión	22
7.- Conclusiones	25
9.- Bibliografía	27
10.- Anexos	31

RESUMEN

ANALGESIA PERIDURAL Y LA SATISFACCIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO EN CIRUGÍA ABDOMINAL

AUTORES: Dr. Kevin Zavala Bardales, médico residente de tercer año de la especialidad de anestesiología. Dr. Carlos Alberto López Bernal médico adscrito especialista en Coloproctología y experto en investigación. Dra. Ana Hízel Barba médico especialista en Anestesiología y profesora adyuvante de la especialidad de Anestesiología.

INTRODUCCIÓN: El dolor es un indicador de una adecuada práctica médica, así como de calidad en la atención hospitalaria; controlarlo se ha convertido en una parte fundamental de los cuidados perioperatorios.

Se estima que más de 60% de pacientes que se someten a cirugía experimentarán dolor postoperatorio de moderado a severo, de ahí la importancia de su manejo. El siguiente estudio tiene como objetivo conocer el grado de satisfacción del dolor postquirúrgico con manejo adyuvante peridural a la analgesia convencional en las primeras 24 horas de cirugía abdominal de pacientes con patología abdominal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizará un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en aquellos pacientes en quienes se haya aplicado analgesia peridural para el manejo de dolor postquirúrgico en las primeras 24 horas de cirugía abdominal en la UMAE del HE del IMSS Puebla en el periodo de julio a octubre de 2021, el tipo de muestreo es no probabilístico a conveniencia del investigador, para la estadística descriptiva se utilizarán frecuencias y porcentajes de las variables.

RESULTADOS: Estudio realizado a 53 pacientes de la UMAE HE Puebla postoperados de cirugía abdominal con analgesia peridural para manejo de dolor agudo postquirúrgico en el periodo de julio a septiembre del 2021, en las especialidades de cirugía general, urología, coloproctología y cirugía oncológica. La edad media fue 50 años ($DE \pm 14$), El 62.26% fueron del sexo femenino lo que y el 37.74% al sexo masculino. El nivel de dolor posterior a la administración de

analgésia peridural que fue de: dolor severo 3.77%, moderado 28.3% y leve 67.92%. En relación tipo de intervención quirúrgica el 33.96% corresponde al servicio de urología, 30.19% cirugía general, 24.53 cirugía oncológica y 11.32% coloproctología. Las intervenciones que más se asociaron a dolor de moderado a severo fueron las de oncología quirúrgica (14%). El servicio que refiere mayor grado de satisfacción fue urología en contraparte con el de mayor insatisfacción fue oncología quirúrgica.

CONCLUSIÓN: El grado de satisfacción adecuado: "muy satisfecho" y "satisfecho" referido por los sujetos de estudio fue de del 71.7% con lo cual se concluye que el uso de analgesia peridural para control de dolor postquirúrgico si tiene impacto en la satisfacción reportada por los pacientes.

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- ANTECEDENTES GENERALES

El dolor es un síntoma común en cualquier enfermedad, si bien es de tipo subjetivo y varía entre persona a persona para unificar criterios la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) lo define como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial"¹. Dicha definición ha sido aceptada desde 1979 incluso por la OMS (Organización Mundial de la Salud).

El dolor es un indicador de una adecuada práctica médica, así como de calidad en la atención hospitalaria; el control eficaz del dolor postoperatorio se ha convertido en una parte fundamental de los cuidados perioperatorios y su adecuado tratamiento, junto a otros factores como la deambulación y la nutrición precoz, se relacionan directamente con la disminución de las complicaciones postoperatorias y de la estancia hospitalaria; a pesar de esto y de los múltiples fármacos que existen para el manejo del dolor existe aún una alta prevalencia de dolor como es el caso de los pacientes que han sido intervenidos de algún procedimiento quirúrgico.

Actualmente los protocolos analgésicos específicos para cada tipo de intervención quirúrgica son adaptados al contexto organizativo y de práctica clínica hospitalaria y tienen como objetivo individualizar los tratamientos y responder adecuadamente a las demandas analgésicas de cada paciente.

El dolor agudo postoperatorio de acuerdo a la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) lo cataloga como aquel que está presente en el paciente debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y a sus complicaciones o a una combinación de ambos, y se caracteriza fundamentalmente por ser un dolor agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable.²

El dolor agudo postoperatorio resulta de la inflamación causada por el trauma al tejido (ya sea por incisión quirúrgica, disección o quemadura) o por lesión directa de un nervio (sección, elongación o compresión).³ Este dolor aunado a pacientes con alguna característica específica como lo son los pacientes oncológicos crea un dolor aún más

complejo de manejar y una orientación de tratamiento ajustado a las condiciones del paciente.

El dolor oncológico es un síntoma común en pacientes con neoplasias avanzadas o como único dato de dicha patología. Lo sufre hasta un 30% de los pacientes en el momento del diagnóstico y el 80% en fases finales de la enfermedad.⁴

Las causas del dolor oncológico son muy variadas, y habitualmente en el paciente con cáncer hay múltiples causas y localizaciones de dolor; siendo las principales causas del dolor oncológico:⁵

La invasión tumoral de estructuras adyacentes (70%): Como puede ser la invasión de estructuras óseas, invasión de elementos vasculares o nerviosos, obstrucción intestinal o la infiltración de vísceras huecas.⁵

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos (20%): Entre los que cabe mencionar las intervenciones quirúrgicas, los efectos secundarios propios de la quimioterapia (mucositis gastrointestinal y bucofaríngea, neurotoxicidad) y/o de la radioterapia.⁵

Síndromes inducidos por la neoplasia (<10%): Como son los síndromes paraneoplásicos.⁵

Otras causas extraoncológicas: como la artrosis, osteoporosis, cardiopatía isquémica, infarto de miocardio, etc.⁵

CLASIFICACIÓN DE DOLOR

El dolor oncológico se clasifica de acuerdo con el mecanismo de producción, la duración o su localización. Así como en base a la fisiología y neuroanatomía del dolor se puede clasificar como:⁶

Dolor somático: aquel que se produce como consecuencia de la activación de los nociceptores en la piel o en los tejidos profundos. Suele tratarse de un dolor bien localizado. Algunos ejemplos de este tipo de dolor son el dolor por metástasis óseas y dolor músculo-esquelético.

Dolor visceral: aquel que surge tras la activación de los nociceptores por infiltración y/o compresión de vísceras torácicas, abdominales o pélvicas. Se trata de un dolor difuso y mal localizado, e irradia incluso a zonas alejadas del punto de origen.

Dolor neuropático: surge como consecuencia de una lesión primaria o por una disfunción en el sistema nervioso central o periférico, con destrucción y/o afectación de las raíces nerviosas. Suele ir acompañado de parestesias y disestesias incluso desproporcionado para el estímulo que lo produce (hiperalgesia).

En relación a la duración en tiempo el dolor oncológico se clasifica en:

Dolor agudo: Es de corta duración, menor a 6 meses y generalmente de aparición brusca sin antecedente previo.⁶

Dolor crónico: Aparece de forma lenta, y habitualmente tiene una duración en el tiempo superior a los 6 meses y surge como consecuencia de un dolor agudo no tratado o con manejo inadecuado.⁶

FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR

El primer paso para procesar el dolor es la conversión de un estímulo en la periferia en las fibras sensoriales nociceptivas ante un daño potencial. Si un estímulo tiene suficiente intensidad para alcanzar el umbral para un potencial de acción, se crea un impulso nervioso. Esto se propaga a lo largo de la fibra aferente primaria al Sistema Nervioso Central. Si la intensidad del estímulo aumenta, entonces fibras nerviosas adicionales y áreas del sistema nervioso son reclutados.⁷

Los nociceptores son un grupo especial de receptores sensoriales capaces de diferenciar entre estímulos inocuos y nocivos. Son terminaciones periféricas de las fibras aferentes sensoriales primarias. Reciben y transforman los estímulos locales en potenciales de acción que son transmitidos a través de las fibras aferentes sensoriales primarias hacia el Sistema Nervioso Central. El umbral de dolor de estos receptores no es constante y depende del tejido donde se encuentren.

Se distinguen dos tipos de nociceptores:

A-δ: Son las terminaciones sensoriales de fibras mielínicas de pequeño diámetro y de conducción lenta con velocidades de conducción entre 5 y 30 metros/seg. Generalmente se están involucradas en la sensación de dolor agudo, responden casi exclusivamente a estímulos nocivos de tipo mecánico. Responden a estímulos mecánicos con umbrales mucho más altos que los de los mecanorreceptores de bajo umbral, cuya activación está relacionada con el sentido del tacto. Los nociceptores A-δ responden especialmente bien a pinchazos y pellizcos aplicados a la piel, o a penetraciones de objetos punzantes.⁷

Nociceptores C: Son las terminaciones nerviosas de fibras aferentes amielínicas con velocidades de conducción inferiores a 1,5 metros/seg. Son simples terminaciones libres y polimodales que responden a estímulos irritantes mecánicos, térmicos y químicos nocivos.⁷

Estos nociceptores responden cuando hay un estímulo que causa daño tisular. Algunas de las sustancias involucradas incluyen globulina y proteína quinasa, que se liberan de los daños tejido, y puede producir activamente dolor. El ácido araquidónico también se libera durante el daño tisular, que luego se metaboliza a prostaglandinas que bloquean la salida de potasio de los nociceptores y los hace más sensibles. La histamina también se libera cuando el daño tisular estimula a los mastocitos a liberarla, lo que posteriormente excita a los nociceptores y causa dolor. De manera similar, el factor de crecimiento nervioso se desencadena por daño tisular o inflamación, que luego se une a los receptores TrKa en las superficies de los nociceptores, activándolos. La sustancia P y el péptido relacionado con el gen de la calcitonina se liberan por inflamación o daño tisular.⁷

Posteriormente estas fibras aferentes llegan al ganglio de la raíz dorsal a través de un nervio craneal o espinal y entra en el tronco del encéfalo o la médula espinal. Ahí hace sinapsis con una neurona somatosensorial secundaria, estos axones llegan a las capas I y II de Rexed y liberan agentes neuroquímicos como glutamato, péptido vasoactivo, somatostatina, péptido relacionado con el gen de la calcitonina y sustancia P; lo cual a su vez, activa las neuronas nociceptivas en la médula espinal y puede liberar glutamato, que activa aún más las neuronas y, en última instancia, puede hacer que los receptores de NMDA sean más sensibles al glutamato en un proceso llamado "sensibilización

central". Y asciende a través de los tractos nerviosos de la vía espinotalámica principalmente donde llega la corteza cerebral donde se integra el dolor y se manda una respuesta ante dicho estímulo.⁷

1.2.- ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Conocer el grado de satisfacción del dolor postquirúrgico con manejo adyuvante peridural a la analgesia convencional en las primeras 24 horas de cirugía abdominal de pacientes en la UMAE del HE del IMSS de Puebla.

MANEJO DE DOLOR

La lesión producida durante la incisión quirúrgica sobre el tejido es el estímulo que activa los nociceptores y activa el proceso de dolor. Actualmente el manejo de dolor postoperatorio ha evolucionado de solo administrar opioides a la administración de una variedad de medicamentos, así como el uso de técnicas para prevenir dolor agudo y crónico.

Estas nuevas prácticas descritas en las Guías prácticas de manejo del dolor postoperatorio de la American Pain Society³, en conjunto crean lo que actualmente se conoce como Analgesia Multimodal la cual es una analgesia preventiva que se refiere a estrategias analgésicas previas a la incisión quirúrgica o estímulo doloroso pueden modificar la respuesta del sistema nervioso central y periférico para el procesamiento e interpretación del estímulo nociceptivo reduciendo así la sensibilización central, la hiperalgesia y la alodinia.³

Tiene como finalidad el uso variedad de analgésicos y técnicas (con distinto mecanismo de acción) combinadas con medidas no farmacológicas para el tratamiento de dolor postoperatorio.⁸

Para ello la APS (American Pain Society) estableció guías de manejo del dolor postoperatorio con la finalidad de disminuir el dolor y mejorar la calidad de la analgesia.

Dentro de las medidas no farmacológicas se recomienda el uso de terapias cognitivo conductuales como parte de un abordaje multimodal de la analgesia, esto debido a que tienen efectos positivos en el dolor postoperatorio, uso de analgésicos de rescate y

ansiedad del paciente⁶. Y cobra vital importancia el manejo multidisciplinario del paciente oncológico que será sometido a una intervención quirúrgica diagnóstica, terapéutica o paliativa.

La analgesia multimodal tiene como base el uso de diversos agentes analgésicos que actúen en sitios diferentes de las vías del dolor. Eso reduce la dependencia de un solo medicamento, reduciendo o eliminando la necesidad de opioides y de sus efectos secundarios no deseados.

Estudios recientes comentan que pesar de los avances farmacológicos, organizativos y de protocolización de los tratamientos, los datos muestran que la prevalencia del Dolor agudo postoperatorio apenas se ha modificado en los últimos años. Los factores que se relacionaron con una mayor intensidad de dolor fueron el tipo de abordaje y el procedimiento quirúrgico.

En las intervenciones que presentan dolor leve o moderado destacan los abordajes laparoscópicos, pero también cirugías muy dolorosas como la toracotomía, la hepatectomía o la cirugía de columna vertebral. Hoy en día, en este tipo de cirugías asociadas a dolor intenso se aplican protocolos analgésicos invasivos, como bombas de PCA (analgesia controlada por el paciente) intravenosas y epidurales, que explicarían el adecuado control del dolor.

Los opioides están en la primera línea del tratamiento del dolor agudo postoperatorio de moderado a intenso. No obstante, sus efectos adversos limitan en ocasiones las dosis, retrasan la recuperación postoperatoria y pueden poner en peligro la vida del paciente si no se controlan adecuadamente, ya sea en uso intravenoso como en uso vía epidural, además consecuente riesgo de inmunosupresión en pacientes oncológicos. Por lo que actualmente el concepto de analgesia multimodal opta por usar menos opioide o analgesia libre de opioides para evitar los efectos secundarios de los mismo, basada en un concepto amplio de combinación de analgésicos, fármacos coadyuvantes y técnicas analgésicas.

Se prefiere el uso de opioides por vía oral sobre opioides intravenosos en pacientes que toleren la vía oral. En general no es recomendado el uso de opioides de larga duración

ni de opioides preoperatorios para el tratamiento de dolor postoperatorio. Así como utilizar la dosis mínima de opioides y disminuir progresivamente hasta su retiro total.

Mientras que el uso rutinario de infusión basal de opioides intravenosos está contraindicado, pues aumenta de forma importante el riesgo de efectos adversos. Estas guías recomiendan que todo paciente con tratamiento a base de opioides tiene que estar monitorizado (sedación, respiración, etc.)

Se debe tener en consideración que aquellos pacientes con consumo crónico de opioides requerirán un plan analgésico más complejo para el control del dolor. Así el tipo de manejo dependerá del escenario clínico, características individuales del paciente y el tipo de procedimiento quirúrgico.

En caso de cualquier otro analgésico se prefiere la vía oral sobre la intravenosa y esta sobre la intramuscular. Cuando se tenga que utilizar la vía intravenosa en el paciente, el panel recomienda que el paciente controle su nivel de analgesia (PCA- Patient Controlled Analgesia).

El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y de paracetamol es recomendado como parte de la analgesia multimodal, siempre que no existan contraindicaciones (gastrointestinales o cardiovasculares). Además, que los pacientes con AINES tienen menor consumo de opioides postoperatorios.

El paracetamol y los AINES tienen diferentes mecanismos de acción, gran parte de los estudios han encontrado que su combinación es más efectiva que cualquier otro fármaco por sí solo.

Se recomienda el uso de celecoxib preoperatorio en pacientes sin contraindicaciones pues disminuye el consumo de opioides y dolor postoperatorio.

También se recomienda el uso de gabapentina y pregabalina como un componente de la analgesia multimodal. Ambos medicamentos disminuyen el requerimiento de opioides y disminuyen el dolor postoperatorio, especialmente cuando son administrados antes de la cirugía.

El uso de antidepresivos y alfa 2 agonistas por sí solos o en combinación con opioides se pueden utilizar como un régimen de analgesia multimodal, principalmente en paciente con tolerancia a opioides.

Está indicado el uso de infusiones intravenosas de lidocaína en pacientes sometidos a cirugía abdominal que no tienen contraindicaciones.

Analgesia neuroaxial y otras técnicas regionales son más efectivas para el tratamiento de dolor agudo postoperatorio y provén un control superior del dolor comparado con el uso de opioides sistémicos. Estudios actuales encontraron que la administración de opioide epidural continua mejora al control de dolor en comparación que con opioide intravenoso, además de que se asocia con menor incidencia de prurito. Estos pacientes deben ser monitorizados para detección temprana de efectos adversos y complicaciones

ANALGESIA PERIDURAL

la analgesia epidural es la más efectiva en el control del dolor dinámico, en el bloqueo del estrés quirúrgico y en la recuperación del tránsito intestinal en la cirugía abdominal mayor por laparotomía. Reduciendo así la incidencia de arritmias, depresión respiratoria, atelectasias, neumonía, íleo, náuseas y vómitos postoperatorios, acelerando la recuperación del tránsito intestinal. No obstante, se registra mayor incidencia de hipotensión, prurito, bloqueo motor y retención urinaria.

La analgesia epidural se convirtió en una técnica rutinaria para controlar el dolor en el entorno perioperatorio. La infusión en el espacio epidural de anestésicos locales y opioides ha demostrado un mejor control del dolor, atenuación del estrés quirúrgico y optimización de la funcionalidad cardiorrespiratoria que la gestión sistémica de opioides.

Con el uso de analgesia peridural se debe de valorar la relación riesgo beneficio ya que esta técnica no está exenta de complicaciones.²⁴

Las complicaciones del uso de analgesia peridural se pueden dividir en dos principalmente; las primeras son aquellas derivadas de la técnica de colocación tales como infección, hematoma, lesión directa del nervio o compromiso medular por isquemia o compresión por hematoma o absceso. Las segundas son relacionadas con los

medicamentos utilizados para la analgesia como toxicidad por anestésicos locales, la hipotensión secundaria o depresión respiratoria secundaria al uso de opioides epidurales.²⁵

El manejo de las complicaciones va a depender del tipo de complicación, la severidad de los síntomas y de las comorbilidades asociadas, la gran mayoría como el absceso o hematoma requieren manejo conservador y resuelven espontáneamente tras unas semanas. Mientras que en casos graves puede requerir de intervenciones neuroquirúrgicas con los consecuentes riesgos que esta implica. Por lo que la incidencia de complicaciones se asocia en gran medida al operador, por lo que el procedimiento solo debe ser realizado por manos expertas y bajo una técnica estéril, en este caso, un anestesiólogo capacitado.²⁶

El uso de anestésico local del tipo lidocaína intravenoso o próxima al sitio de incisión quirúrgica produce una analgesia leve, sin embargo, esto reduce el dolor de tipo somático, pero no actúa sobre el dolor visceral.

Conocer la prevalencia del DAP por procedimiento quirúrgico es una buena herramienta para localizar los puntos de mejora en la terapia analgésica postoperatoria de cada hospital. Los protocolos analgésicos específicos para cada tipo de intervención quirúrgica, adaptados al contexto organizativo y de práctica clínica hospitalaria son una garantía para individualizar los tratamientos y responder adecuadamente a las demandas analgésicas de cada paciente.

VALORACIÓN DEL DOLOR

De acuerdo a un estudio transversal observacional, prospectivo tipo encuesta a pacientes postoperados realizado por Gan y colaboradores en 2014 se estima que de los 100 millones de pacientes que se someten a cirugía en todo el mundo cada año, más del 60% experimentarán dolor postoperatorio de moderado a severo¹⁴; y este aumento de la intensidad del dolor postoperatorio agudo se asocia con el desarrollo de dolor posquirúrgico persistente.

Los componentes sociodemográficos y conductuales se han asociado con la magnitud del dolor posoperatorio agudo entre los cuales resaltan la edad, el sexo y la ansiedad preoperatoria.¹⁵ Se describe que existe una disminución lineal del dolor postoperatorio con la edad. El sexo femenino refiere mayor intensidad de dolor.¹⁶ Además, que el dolor interfiere en las actividades de la vida diaria y se ve afectado en relación con la actividad realizada.¹¹

Como paso siguiente del manejo de dolor agudo postoperatorio se encuentra la vigilancia del dolor asociado a la intervención quirúrgica realizada esto con el objetivo de medir la satisfacción de los pacientes postoperados respecto al manejo recibido, así como identificar los factores que determinan una analgesia postoperatoria adecuada y evaluar el grado de dolor de acuerdo a escalas aceptadas.⁹

La variabilidad personal de cada paciente, los componentes de peligro potenciales para la existencia de dolor severo, la magnitud de dolor esperada conforme a las intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo y que los tiempos quirúrgicos prolongados poseen un efecto sobre los resultados en la analgesia, por lo cual debemos evaluar anteriormente todos ellos para optimizar y minimizar la existencia de dolor postoperatorio con el objetivo de mejorar la calidad y satisfacción del paciente en relación a la analgesia concedida.¹⁸

Uno de los aspectos de los pacientes afectados por la enfermedad oncológica es el dolor. Entre el 60 y el 80% de los pacientes oncológicos terminales refieren dolor de base de moderado a importante.¹⁰ que puede agravarse con crisis de dolor abrupto.

Además del dolor, las funciones físicas y mentales de la mayoría de los pacientes con cáncer también se ven afectadas y, a medida que aumenta la intensidad y frecuencia de los ataques de dolor, la condición se verá más afectada.

La importancia de la valoración del dolor en pacientes explica la creciente utilización de escalas de evaluación del dolor en la investigación clínica. Los tres tipos de escalas más utilizadas en la evaluación del dolor son las escalas de descripción verbal (EDV), las escalas visuales analógicas (EVA) y las escalas numéricas (EN).

Escala visual analógica (EVA): Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimétrica. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Escala numérica (EN): Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad; el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado.

Escalas de descripción verbal: Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico. Ejemplo: 0 (nada) 1 (poco) 2 (bastante) 3 (mucho).

GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

El objetivo de la evaluación de dolor es medir el grado de satisfacción de los pacientes operados respecto al grado del dolor postoperatorio. En segundo lugar, se deben buscar los factores que determinan una analgesia postoperatoria adecuada.¹³

Ya que se identificaron dichos factores (edad, sexo, comorbilidades, etc.) se procede a realizar un plan de manejo analgésico de acuerdo al modelo de anestesia multimodal adecuada a las condiciones y características específicas del paciente con el fin de prevenir o disminuir un mal manejo de dolor postoperatorio y por tanto un estado de no satisfacción por parte de los pacientes.

La escala de satisfacción Likert es un instrumento de medición como indicador de buena o mala opinión del usuario referente a una situación específica, en este caso el manejo de dolor. Esta escala va desde: - Muy satisfecho, satisfecho, normal, poco satisfecho y nada satisfecho.²¹

En lo que respecta al grado de satisfacción referido por los pacientes va como primero identificar aquellos pacientes que tuvieron dolor postoperatorio leve o nulo, los cuales catalogan como muy satisfecho o satisfecho, después en aquellos pacientes con la presencia de dolor postoperatorio que va de moderado a intenso se evalúa mediante poco satisfecho o nada satisfecho, es estos casos estas mediciones ayudan a detectar problemas o inconvenientes en la ejecución de la atención otorgada, necesidades no cubiertas, expectativas de los beneficiarios, y a mejorar el servicio por medio de información sustentada.¹⁹

La satisfacción en este entorno de manejo de dolor se conceptualiza como una medida en que la atención sanitaria y el estado de salud cumplan con las expectativas del cliente. Esta satisfacción representa la experiencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un individuo con en relación a el manejo recibido.²⁰

Como instrumento dentro del área hospitalaria, la Sociedad Americana del Dolor ha validado desde 2002 un cuestionario adaptado que junto con la escala visual análoga (EVA) permite medir tanto el mínimo como el máximo dolor presentado en las últimas 24 horas, así como el dolor al momento de la entrevista.²¹

Se consideró como control del dolor agudo postoperatorio cuando la respuesta a EVA fue tres a cero (dolor leve a ningún dolor), y dolor moderado e intenso aquellos mayores de cuatro. Además, que incluye indicadores de satisfacción del manejo recibido los cuales se pueden utilizar como puntos de referencia para mejorar el manejo y establecer protocolos en las unidades médicas.²²

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se estima que de los 100 millones de pacientes que se someten a cirugía en todo el mundo cada año, más del 60% experimentarán dolor posoperatorio de moderado a severo a pesar de los múltiples analgésicos y técnicas de manejo existentes, esto contribuye a tener una satisfacción mala en el manejo del dolor postquirúrgico condicionando a efectos simpáticos producidos por el mismo. En la UMAE del IMSS de Puebla no tenemos documentado el grado de satisfacción del manejo del dolor postquirúrgico con el uso de analgesia peridural como adyuvante de la analgesia convencional en pacientes intervenidos mediante cirugía abdominal en patología maligna, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado de satisfacción en el manejo del dolor postquirúrgico con el uso de analgesia peridural en cirugía abdominal por patología maligna en la UMAE del HE del IMSS de Puebla?

3.- JUSTIFICACIÓN

El motivo de la realización del siguiente protocolo es conocer el grado de satisfacción del manejo del dolor que experimentan los pacientes con el uso de analgesia peridural como adyuvante a la terapia convencional en cirugía abdominal. El presente estudio será de utilidad para el desarrollo de protocolos posteriores como base para estudios comparativos, experimentales y evitar el uso crónico de opioides y evitar complicaciones como el íleo paralítico, el estado nauseoso, vómito, inmunosupresión y aplicar protocolos de recuperación rápida postquirúrgica.

4.- MATERIAL Y MÉTODOS

Por el tipo de diseño metodológico no es necesario el planteamiento de una hipótesis. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal en aquellos pacientes en quienes se haya aplicado analgesia peridural para el manejo de dolor postquirúrgico en las primeras 24 horas de cirugía abdominal por patología maligna, el tipo de muestreo es no probabilístico a conveniencia del investigador, para la estadística descriptiva se utilizarán frecuencias y porcentajes de las variables. El tamaño de la muestra fue a conveniencia del investigador de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión. Como variables y escala de medición se consideraron: el grado de satisfacción, nivel de dolor, edad, sexo, tipo de cirugía abdominal y tipo de anestesia utilizada. El estudio incluyó a 53 pacientes de la UMAE HE Puebla postoperados de cirugía abdominal con analgesia peridural para manejo de dolor agudo postquirúrgico en el periodo de julio a septiembre del 2021, en las especialidades de cirugía general, urología, coloproctología y cirugía oncológica; además de pacientes mayores de 18 años, con patología abdominal, programados de manera electiva para el procedimiento quirúrgico en el periodo de estudio, que cuenten con consentimiento informado para el uso de catéter peridural como adyuvancia en la analgesia postquirúrgica y que se encuentre en las primeras 24 horas de postoperatorio. Posterior se evaluó el grado de satisfacción del dolor postquirúrgico en pacientes con uso de terapia analgésica convencional con la adyuvancia de catéter peridural mediante una hoja de recolección de datos (*ver Anexos*). Las encuestas se realizaron en las primeras 24 horas posteriores al procedimiento quirúrgico. Se localiza el número de cama de los pacientes, no se realizó manipulación de la analgesia por parte del investigador principal, los datos se registraron en una base de datos y posteriormente se realizó su análisis.

4.5.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

De inicio se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos en las encuestas para conocer las características generales de la muestra de estudio. Se ingresaron la información obtenida en una base datos del programa Microsoft Excel 2019 donde se obtienen las tablas y gráficas correspondientes al objetivo de estudio.

Se presentan los datos con relación a edad y sexo una tabla con frecuencias y porcentajes para determinar las características sociodemográficas de la muestra de estudio.

Se muestran datos con relación a los tipos de cirugía que fueron sometidos la muestra en forma de tabla de barra y frecuencia.

Se describieron las variables de nivel de dolor las cuales estaban representadas por valor numérico y fueron recategorizadas en nivel leve (0-3), moderado (4-6) y severo (7-10) para poder representar los resultados de nivel de dolor en frecuencias y porcentajes.

Para evaluar la relación entre la intensidad del dolor posterior a la aplicación de analgesia peridural y la satisfacción en el manejo, se realizó la prueba ρ de Spearman con un valor de 0.53223, con lo cual se concluye que existe asociación estadísticamente significativa entre las variables de estudio.

Para el análisis de la variable edad, se utilizó la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión.

Para el análisis de las variables categóricas: sexo, tipo de cirugía, intensidad de dolor previo y posterior a la administración de analgesia peridural y tipo de anestesia, se utilizaron frecuencias y porcentajes.

ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El siguiente estudio cuenta con aprobación por el Comité Local de Investigación. El riesgo del estudio de investigación es menor a mínimo de acuerdo con la Ley General de Salud en materia de investigación.

Se aplicaron los siguientes principios éticos:

Beneficencia: se beneficiaron los pacientes al valorar adecuadamente su intensidad de dolor y así poder darle el tratamiento adecuado.

No maleficencia: en este estudio no se realizó ningún tipo de intervención en el paciente que pudiera causar daño, al tratarse de un estudio descriptivo.

Autonomía: se respetó la participación voluntaria, la privacidad y confidencialidad de los datos recolectados, además del uso del consentimiento informado y se explicó así mismo las instrucciones y objetivos del estudio.

Justicia: todos los participantes tuvieron la misma oportunidad de participar en el estudio.

5.- RESULTADOS.

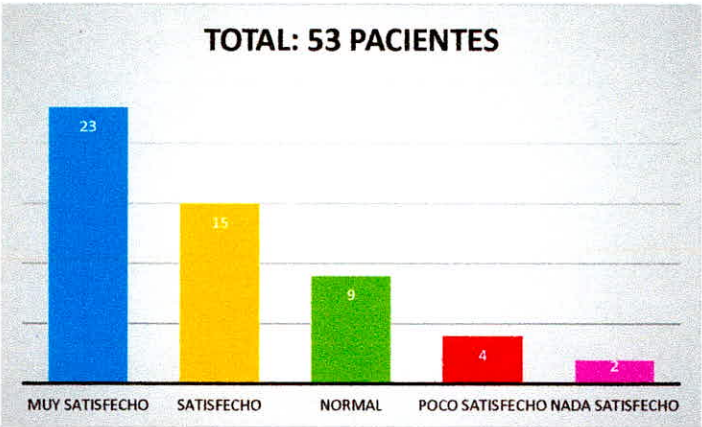
A continuación, se presentan los datos obtenidos luego de entrevistar a 53 pacientes de la UMAE HE Puebla postoperados de cirugía abdominal con analgesia peridural para manejo de dolor agudo postquirúrgico en el periodo de julio a septiembre del 2021, en las especialidades de cirugía general, urología, coloproctología y cirugía oncológica.

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de los pacientes. **N=53.**

Características	f	%
Edad promedio en años (Media ± DE)	50 ± 14	
Sexo		
Femenino	33	62.26
Masculino	20	37.74
Intensidad del dolor previo a administración de analgesia peridural		
Leve	1	1.89
Moderado	9	16.98
Severo	43	81.13
Intensidad del dolor posterior a administración de analgesia peridural		
Leve	36	67.92
Moderado	15	28.30
Severo	2	3.77
Satisfacción en el manejo de dolor		
Muy satisfecho	23	43.40
Satisfecho	15	28.30
Normal	9	16.98
Poco satisfecho	4	7.55
Nada satisfecho	2	3.77
Tipo de cirugía		
Cirugía General	16	30.19
Urología	18	33.96
Cirugía Oncológica	13	24.53
Coloproctología	6	11.32
Tipo de anestesia		
Combinada	40	75.47
Regional	13	24.53

Nota: (DE: Desviación estándar).

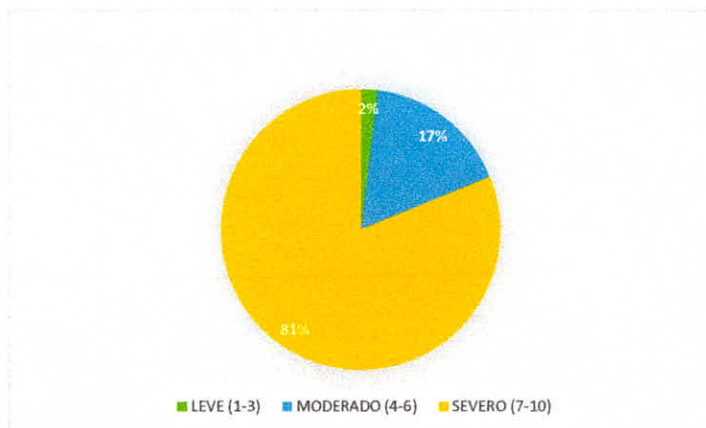
Gráfica 1. Grado de satisfacción de manejo de dolor agudo postquirúrgico referido por los pacientes.



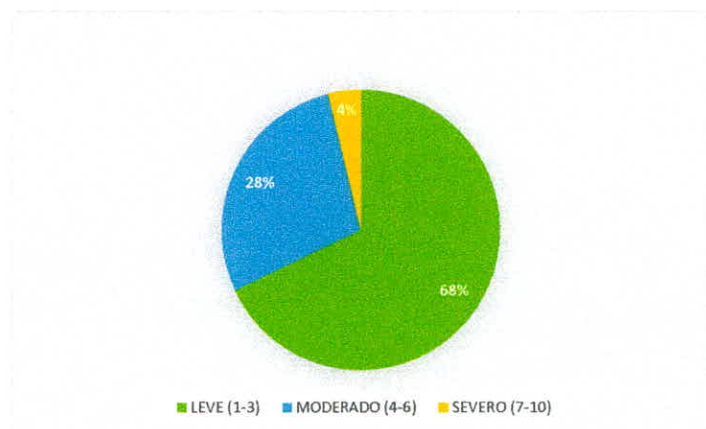
Gráfica 2. Porcentaje de grado de satisfacción de manejo de dolor agudo postquirúrgico referido por los pacientes.



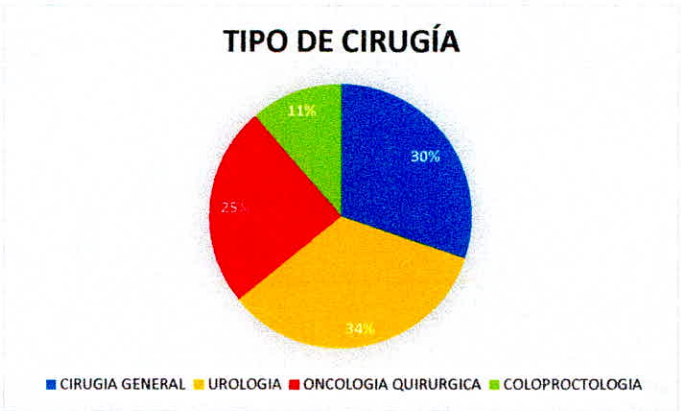
Gráfica 3. Grado de intensidad del dolor (Escala Numérica Análoga) referida por los pacientes previo a la administración de analgesia peridural para control del dolor postquirúrgico.



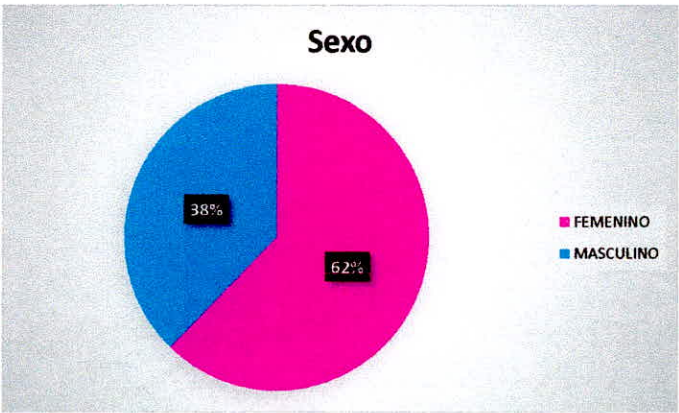
Gráfica 4. Grado de intensidad del dolor (Escala Numérica Análoga) referida por los pacientes posterior a la administración de analgesia peridural para control del dolor postquirúrgico.



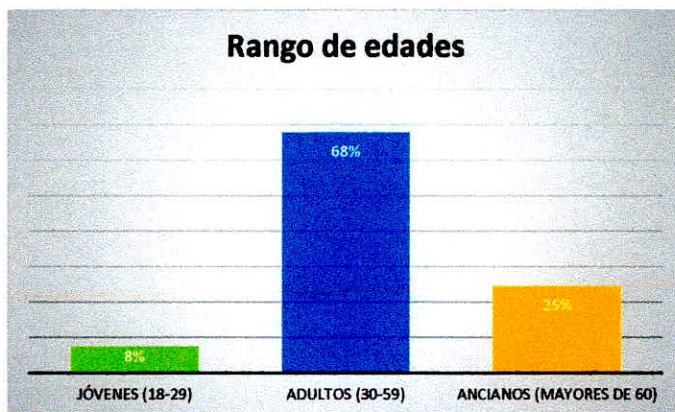
Gráfica 5. Tipo de cirugías a los que fueron sometidos los pacientes.



Gráfica 6. Distribución de pacientes por sexo.



Gráfica 7. Rango de edades de los pacientes.



6.- DISCUSIÓN

Recapitulando el dolor es un síntoma común en el postoperatorio inmediato, a pesar de los múltiples analgésicos y técnicas analgésicas sigue teniendo una prevalencia muy alta dentro de las unidades hospitalarias. Esto debido a que es un síntoma subjetivo que depende de la interpretación emocional, el umbral, y los desencadenantes del paciente, que varía de persona a persona. De ahí que la evaluación del mismo no sea del todo objetiva, aún así se han implementado técnicas para valoración del dolor con el fin de tener un mejor concepto del dolor y abordaje adecuado.

La analgesia peridural muestra una disminución de la morbi-mortalidad en aquellos pacientes con analgesia peridural ante los que únicamente reciben analgesia sistémica. Reduciendo de manera significativa la incidencia de complicaciones postoperatorias como: arritmias, hipoventilación, atelectasias, neumonía, íleo, náuseas y vómitos postoperatorios, en el caso específico de la cirugía abdominal un control adecuado del dolor, facilita la deambulación temprana acelerando así la recuperación del tránsito intestinal.²⁹

El siguiente estudio contó con la participación de 53 pacientes de la UMAE HE Puebla postoperados de cirugía abdominal en el periodo de julio a septiembre del 2021, en las especialidades de cirugía general, urología, coloproctología y cirugía oncológica para describir el grado de satisfacción de manejo de dolor postquirúrgico en aquellos pacientes con analgesia peridural para manejo de dolor.

Las características de la población encontradas fueron: edad media de 50 años con una desviación estándar de ± 14 años representando el 66.03% de la muestra con un rango de edades que van desde los 18 años hasta los 74 años similares al estudio de Méndez-Prieto en Barcelona, España donde la edad media fue de 55.9 (DE: ± 16.32).²⁷

El 62.26% (33) de los participantes fueron del sexo femenino lo que representa casi dos terceras partes de la muestra; y el 37.74% (20) corresponden al sexo masculino. Esto en comparación con Moreno-Monsiváis en un estudio realizado en un hospital en Monterrey, Nuevo León donde el porcentaje de sexo femenino representó el 62.7% concluyendo una distribución por sexo similar entre ambos estudios.¹²

La prevalencia de nivel de dolor severo previo a la administración de analgesia peridural fue de 81.13%, moderado 16.98% y leve 1.89%. En cuanto a la intensidad se identificó una alta proporción de pacientes con presencia de dolor de moderado a severo en el postoperatorio, esto coincide con resultado de estudio de Bolibar, ante tal hallazgo confirma que el manejo adecuado del dolor sin el uso de terapia adyuvante con analgesia peridural sigue siendo un reto para las instituciones de salud, especialmente en el ámbito quirúrgico.²⁸

Por el lado contrario el nivel de dolor posterior a la administración de analgesia peridural que fue de: dolor severo 3.77%, moderado 28.3% y leve 67.92%. De acuerdo a Esteve-Pérez la analgesia peridural es efectiva en la reducción del dolor postoperatorio, proporciona una analgesia de mejor calidad en comparación con la analgesia sistémica.

Hay que tomar en cuenta que para aumentar la efectividad de la analgesia peridural se debe individualizar en relación al tipo de paciente, sus comorbilidades, el riesgo anestésico quirúrgico, el tipo y abordaje quirúrgico, esto con el fin de un adecuado control de dolor postquirúrgico para así poder iniciar con la deambulación precoz, evitar el íleo paralítico con el fin de una recuperación pronta y egreso temprano. Así como identificar eventos adversos derivados del uso de catéter peridural y un retiro precoz del mismo.

Respecto al tipo de intervención quirúrgica el 33.96% corresponde al servicio de urología, 30.19% cirugía general, 24.53 cirugía oncológica y 11.32% coloproctología. Esto en relación que al tratarse de un hospital de tercer nivel son las áreas de especialidad médica predominantes, predominando en este hospital de cirugía oncológica sin embargo al no limitarse a cirugía abdominal da paso a que las intervenciones de urología sean las más frecuentes.

La técnica anestésica de elección fue de dos tipos: anestesia combinada (anestesia general balanceada + bloqueo peridural) y anestesia regional únicamente. Con un 75.47% de paciente con anestesia combinada contra un 24.53% con analgesia regional, esto en relación a que los tipos de procedimientos a los que fueron sometidos los pacientes son de larga duración por lo cual se necesita complementar con anestesia general a parte de la regional.

El uso de catéter peridural para analgesia no es un procedimiento inocuo, existen complicaciones derivadas del uso del mismo las que son dependientes de la técnica como son dolor en sitio de punción, infección por mala técnica de asepsia, punción advertida de duramadre, catéter no funcional por mencionar las más frecuentes así como derivadas de la administración de medicamentos como bloqueo motor, bloqueo alto o insuficiente a pesar de manejar dosis analgésicas, siendo en bloqueo motor lo más frecuente. En relación con la muestra solo el 4% de los pacientes presentó una complicación relacionada al uso de catéter peridural siendo esta el dolor en sitio de punción sin presentar mayor problema.²⁹

El uso de analgesia peridural para control de dolor agudo postoperatorio es una técnica que esta descrita e indicada actualmente como parte de los protocolos ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) o Recuperación Acelerada Después de Cirugía, como parte de una estrategia hospitalaria con un manejo multidisciplinario con el fin de reducir el dolor u otras complicaciones postquirúrgicas, la deambulación temprana para una recuperación más rápida, disminuyendo el tiempo de estancia intrahospitalaria, mejorando así los costos hospitalarios.³⁰

La satisfacción del paciente es un indicador de calidad de atención hospitalaria que prestan los servicios de salud. La importancia de conocer el grado de satisfacción nos da las pautas para mejorar fallas y reafirmar fortalezas con el propósito de desarrollar un sistema de salud que brinde la atención de calidad y seguridad que demanda la población.

7. CONCLUSIONES

El grado de satisfacción adecuado: "muy satisfecho" y "satisfecho" referido por los sujetos de estudio fue de del 71.7% con lo cual se concluye que el uso de analgesia peridural para control de dolor postquirúrgico si tiene impacto en la satisfacción reportada por los pacientes.

Aún así poco más de una cuarta parte de los pacientes refieren insatisfacción con su manejo de dolor a pesar de la analgesia peridural, por lo cual se necesita estudiar más a fondo que otros factores intervienen en dicho grado de satisfacción.

El promedio de edad de los pacientes fue de 50 años, con predominio del sexo femenino.

Las intervenciones que más se asociaron a dolor de moderado a severo fueron las de oncología quirúrgica (14%).

Las intervenciones que más se asociaron a un dolor leve fueron las urológicas (25%).

El servicio que refiere mayor grado de satisfacción fue urología en contraparte con el de mayor insatisfacción fue oncología quirúrgica.

PERSPECTIVAS DE ESTUDIO

Las expectativas del estudio radican en la posibilidad de aumentar los hallazgos y extrapolarlos a muestras mayores ya que otorga datos importantes en relación a la magnitud de dolor agudo postquirúrgico y la satisfacción en el manejo del dolor, tras una intervención quirúrgica lo que ayuda a todo el personal de la salud del nosocomio involucrado en la atención del paciente al desarrollo de tácticas que puedan mejorar la valoración del nivel del dolor y su manejo para un mayor beneficio del paciente acorde sus necesidades

PROYECCIÓN

El siguiente estudio nos invita a identificar debilidades y destrezas respecto al manejo de dolor en este hospital, y así en un mediano plazo contar con un protocolo postoperatorio de manejo de dolor postoperatorio en la UMAE HE Puebla adecuado a las características del paciente, el tipo de intervención quirúrgica con el fin de mejorar la calidad en la atención médica así como reducir los costos por estancia y tratamiento de los pacientes; y a largo plazo que sirva en un futuro para ser aplicado en todas las unidades hospitalarias del país.

8.- BIBLIOGRAFÍA.

1. Pérez-Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Rev Soc Esp Dolor*. 2020;24 (7):232–3.
2. Pérez-Guerrero AC, Aragón M del C, Torres LM. Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? *Rev Soc Esp Dolor*. 2017;24(1):1–3.
3. Mariano, E. Management of acute perioperative pain. UpToDate. Septiembre, 2020. Sitio web: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-perioperative-pain/print>
4. Benítez-Rosario MÁ. Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico. *Aten Primaria*. 2006;38(Supl.2):29–37.
5. Puebla-Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncol (Barc)*. 2005;28(3):33–7.
6. Del-Arco J. Curso básico sobre dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. *Farm prof (Internet)*. 2015;29(1):36–43.
7. Dinakar P, Stillman AM. Pathogenesis of pain. *Semin Pediatr Neurol*. 2016;23(3):201–8.
8. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, et al. 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(2):131–57.
9. Díez-Álvarez E, Arrospide A, Mar J, Cuesta M, Martínez M del C, Beitia E, et al. Valoración del dolor agudo postoperatorio. *Rev Calid Asist*. 2009;24(5):215–21.
10. Badia X, Muriel C, Gracia A, Manuel Núñez-Olarte J, Perulero N, Gálvez R, et al. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(2):52–9.

11. Vicente-Herrero T, López-González ÁA, Ramírez-Iñiguez de la Torre MV, Capdevila-García LM, Terradillos-García MJ, Aguilar-Jiménez E. Dolor en población laboral y su interferencia en actividades de la vida diaria. *Rev Soc Esp Dolor*. 2016;23(2):64–74.
12. Moreno-Monsiváis MG, Muñoz-Rodríguez M de R, Iltal-Guzmán MG. Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Aquichan*. 2015;14(4):460–72.
13. Gallego JI, Rodríguez-De la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11(4):35–40.
14. Gan TJ, Habib C, Molinero TE, W, Apfelbaum JL. Incidencia, satisfacción del paciente y percepción del dolor posquirúrgico: resultados de una encuesta nacional de EE. UU. *Curr Med Res Opin*. 2014;30:149–60.
15. Vasilopoulos T, Wardhan R, Rashidi P, Fillingim RB, Wallace MR, Crispen PL, et al. Patient and procedural determinants of postoperative pain trajectories. *Anesthesiology*. 2021;134(3):421–34.
16. Gerbershagen HJ, Pogatzki-Zahn E, Aduckathil S, Peelen LM, Kappen TH, van Wijck AJM, et al. Procedure-specific risk factor analysis for the development of severe postoperative pain. *Anesthesiology*. 2014;120(5):1237–45.
17. Garduño-López AL, Acosta-Nava VM, Castro-Garcés L, Rascón-Martínez DM, Cuellar-Guzmán LF, Flores-Villanueva ME, et al. Towards better perioperative pain management in Mexico: A study in a network of hospitals using Quality Improvement methods from PAIN OUT. *J Pain Res*. 2021;14:415–30.
18. Garduño-López DAL, Castro-Garcés DL, Acosta-Nava VM. Evaluation of postoperative pain, standardization of protocols of action, and continuous Evaluación del dolor postoperatorio, improvement based on goals and results estandarización de protocolos de actuación, y mejora continua basada en resultados [Internet].

Medigraphic.com. [cited 2021 Mar 8]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2019/cma193d.pdf>

19. Gómez-Morales CE, García-Posada LD, López-Garcés VM. Evaluación de atención del dolor postoperatorio en la Unidad Médica de Alta especialidad. León Guanajuato. Anest Méx. 2016;28(3):20–7.

20. Gómez-Fuentes DS, Guevara-López U, Serratos-Vázquez DMC, Zermeño-Sanchez DME. Evaluación de la satisfacción de pacientes atendidos en un centro especializado para el estudio y tratamiento del dolor [Internet]. Medigraphic.com. [cited 2021 Mar 8]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cma133b.pdf>

21. Torres-Moraga E, Lastra-Torres J. Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio de los centros de atención secundaria de salud. Rev adm pública. 2008;42(4):719–34.

22. Gordon DB, Pellino TA, Miaskowski C, McNeill JA, Paice JA, Laferriere D, et al. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcome measures. Pain Manag Nurs. 2002;3(4):116–30.

23. Dalí-Armellina F, De la Torre S, Carlucci F, Mansilla G, Gamboz F, Oyhanarte C. Analgesia Epidural Continua. Complicaciones presentadas en el seguimiento de 150 pacientes. Rev argent anestesiología. 2017; 75:11–2.

24. Ramírez-Guerrero A, Mille-Loera JE, Aréchiga-Ornelas G. Complicaciones de la analgesia epidural [Internet]. Medigraphic.com. [cited 2021 Apr 29]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cmas101g.pdf>

25. Bos EME, Hollmann MW, Lirk P. Safety and efficacy of epidural analgesia. Curr Opin Anaesthesiol. 2017;30(6):736–42.

26. Listing H, Pöpping D. Pro: Epidural analgesia remains the gold standard for abdominal and thoracic surgery. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2018;53(4):237–44.

27. Méndez -Prieto M. L., Orejas-Carbonell B., Peix-Soriano N., Herrero-Nogues .. Prevalencia del dolor agudo postoperatorio en un servicio de cirugía gastro-intestinal y satisfacción del paciente. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2016 Oct [citado 2021 Dic 07]; 23(5): 222-228.
28. 1. Bolívar I, Català E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. Rev esp anestesiología reanim [Internet]. 2005 [citado el 7 de diciembre de 2021];131-40.
29. Esteve-Pérez N., Mora-Fernández C. Analgesia epidural postoperatoria: ¿cuál es su papel en la práctica anestésica actual? Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2018 Feb [citado 2021 Dic 08]; 25(1): 1-3. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000100001&lng=es. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3654/2018>.
30. 1. Köhnenkamp R, Maldonado F. Protocolos de recuperación acelerada después de cirugía ¿tienen espacio en nuestra práctica diaria actual? [Internet]. Revista Chilena de Anestesia. 2018 [citado 8 diciembre 2021]; 48(1): 20-27. Disponible en:
<https://revistachilenadeanestesia.cl/>

9.- ANEXOS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	ANALGESIA PERIDURAL Y LA SATISFACCIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO EN CIRUGÍA ABDOMINAL
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Área de hospitalización del Hospital de Especialidades de Puebla Centro Médico Nacional General de División "Manuel Ávila Camacho en el período Julio – diciembre 2021.
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer el grado de satisfacción respecto al manejo de dolor postoperatorio recibido.
Procedimientos:	Consiste en una serie de preguntas realizadas por un encuestador al paciente.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Ninguno.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Ninguno.
Participación o retiro:	El paciente es libre de retirarse del estudio si así lo desea.
Privacidad y confidencialidad:	El uso de datos es únicamente con fin estadístico y de investigación.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

☐

No acepto participar en el estudio.

☒

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

☐

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dr. Kevin Zavala Bardales
Colaboradores: _____

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante _____

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento _____

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma _____

Nombre, dirección, relación y firma _____

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE UMAES
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA
CENTRO MÉDICO NACIONAL
GENERAL DE DIVISIÓN "MANUEL ÁVILA CAMACHO"

ANALGESIA PERIDURAL Y LA SATISFACCIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR
POSTQUIRÚRGICO EN CIRUGÍA ABDOMINAL

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre del paciente:			Fecha:		
NSS:			Edad:		
Diagnóstico:			Sexo: M F		
Peso:	Kg	Talla:	M	IMC:	
Cirugía realizada:			Servicio:		
Tipo de anestesia recibida: General			Regional Combinada		

Cuestionario adaptado de la Sociedad Americana del Dolor

1. ¿En algún momento durante su ingreso ha precisado tratamiento para el dolor? Sí No

2. ¿Ha tenido dolor durante las últimas 24 horas? Sí No

Las siguientes preguntas se refieren al dolor que ha tenido en las últimas 24 horas

3. En relación con la siguiente escala ¿cómo valoraría el grado de dolor que está sintiendo ahora?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor									Mayor dolor

4. En relación con la siguiente escala valore la mayor intensidad de dolor que haya tenido en las últimas 24 horas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor									Mayor dolor

5. En esta escala señale cuál ha sido el menor nivel de dolor que haya tenido tras recibir analgésicos para el dolor.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No dolor									Mayor dolor

6. Señale su grado de satisfacción en relación al tratamiento de su dolor por parte de los/las enfermeras.

Muy satisfecho Satisfecho Normal Poco satisfecho Nada satisfecho

7. Señale su grado de satisfacción en relación al tratamiento de su dolor por parte de los médicos.

Muy satisfecho Satisfecho Normal Poco satisfecho Nada satisfecho

8. Cuando usted ha solicitado medicación analgésica, ¿Cuánto tiempo a debido esperar a que se la administren?

15 minutos o menos 15 – 30 minutos 30 – 60 minutos Más de 1 hora Nunca lo solicitó

9. En alguna ocasión la medicación analgésica que se le ha suministrado no le ha ayudado y ha tenido que solicitar otra diferente para aliviar su dolor? Sí No

Si usted ha respondido afirmativamente a la pregunta anterior, ¿Cuánto tiempo transcurrió hasta que las enfermeras o médicos cambiaron su tratamiento analgésico a uno más potente o diferente y se lo suministraron?

1 hora o 1 – 2 horas 2 – 4 horas 4 – 8 horas 8 – 24 horas Más de 24 horas
 menos horas horas horas horas horas

10. ¿En qué grado cree usted que puede aliviarse el dolor tras una intervención quirúrgica como la suya?

Totalmente Mucho Regular Poco Nada

Refiere alguna complicación asociada al uso de catéter peridural, especifique cual (es):

Nombre del encuestador: _____

Elaboró: *Kevin Zavala Bardales, Residente de Anestesiología.*