

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y

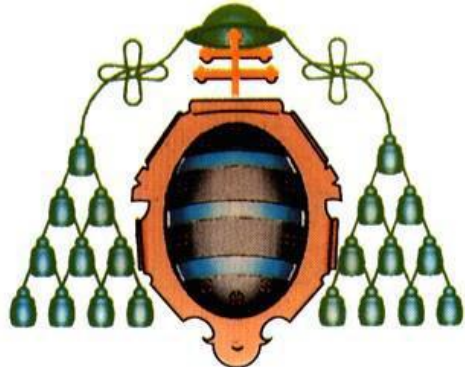
Cuidados Críticos

**“Valoración del dolor del paciente en el
postoperatorio de la artoplastia de cadera”**

Ana Isabel Guerrero Rodríguez

10 de Julio de 2012

Trabajo Fin De Máster



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y

Cuidados Críticos

**“Valoración del dolor del paciente en el
postoperatorio de la artoplastia de cadera”**

Trabajo Fin de Máster

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized, cursive letter 'J' followed by a horizontal line and a vertical stroke.

Ana Isabel Guerrero Rodríguez

Prof. Dr. Joaquín Moris de la Tassa



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

JOAQUÍN MORÍS DE LA TASSA, Doctor en Medicina por la Universidad de Oviedo, Profesor del Departamento de Medicina de de la Universidad de Oviedo y del Máster de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo.

CERTIFICA:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Dña. **Ana Isabel Guerrero Rodríguez** titulado “**Valoración del dolor del paciente en el postoperatorio de la artoplastia de cadera**” realizado bajo nuestra dirección dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a nuestro juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 10 de Julio de 2012.

Vº Bº

Fdo: Joaquín Morís de la Tassa
Tutor del Proyecto

INDICE

1.INTRODUCCION	1
2. HIPOTÉISIS Y OBJETIVOS.....	8
2.1 Hipótesis	8
2.2 Objetivos.....	8
2.2.1 Objetivo principal	8
2.2.2 Objetivos secundarios.....	9
3. PACIENTES Y MÉTODOS	10
3.1 Criterios de selección de la muestra	10
3.2 Tamaño muestral	11
3.3 Variables.....	12
3.4 Métodos estadísticos	15
4. RESULTADOS	16
5. DISCUSION	32
6. CONCLUSIONES	48
7. BIBLIOGRAFÍA	49
8. ANEXO I Hoja de recogida de datos	52
9. ANEXO II Autorización Dirección de Enfermería	54

10. ANEXO III Autorización Comité de Ética.....	55
11. ANEXO IV Procedimiento operativo para evaluación del dolor	56
12. ANEXO V Procedimiento operativo para evaluación del dolor (Flujograma) .	57
13. ANEXO VI Procedimiento operativo para evaluación del dolor (Escala).....	58

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

EVA	Escala Analógica Visual
HUCA	Hospital Universitario Central de Asturias
SPSS	Statistical Pacage for Social Sciences
AINEs	Antinflamatorios no esteroideos
K	Keterolaco
D	Dexketoprofeno
PCA	Analgesia controlada por paciente
MOS SF-36	Medical Outcomes Study-Short From 36
WOMAC	Western Ontario and McMaster University
HHS	Harris Hip Score

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1 Distribución de sexos	16
Figura 2. Tipo de intervención realizada	17
Figura 3. Relación entre el lado de la intervención y el tipo de intervención.....	18
Figura 4 Tipo de intervención según el sexo.....	19
Tabla 1 Relación entre lado intervenido y sexo	19
Figura 5 Relación de consumo de psicofármacos y analgesia.....	20
Figura 6 Relación de consumo de psicofármacos y analgesia según sexo.	21
Figura 7 Relación de analgésicos postoperatorios utilizados	22
Figura 8 Relación de analgésicos postoperatorios según sexo	23
Figura 9 Frecuencia de eventos secundarios	24
Figura 10 Frecuencia de episodios de desorientación	25
Tabla 2 Relación entre el consumo de fármacos y episodios de desorientación	25
Tabla 3 Episodio de desorientación según sexo	26
Figura 11 Relación de episodios de desorientación y fármacos analgésicos	26
Tabla 4 Resumen de las medias de la escala EVA	27
Figura 12 Relación EVA según sexo	28
Figura 13 Relación de escala EVA con analgesia administrada	29
Figura 14 Relación EVA con tipo de intervención.....	30
Figura 15. Relación de la EVA con consumo de psicofármacos	30
Figura 16 Relación de la EVA con consumo de analgesia domiciliaria	31

1. INTRODUCCIÓN

EL dolor es una sensación conocida y vivida por todos los seres humanos en alguna medida, es una experiencia muy compleja en la que se mezclan procesos cognitivos, sensoriales y emocionales, cuyo umbral y tolerancia van a depender de variados factores: la historia del individuo, su constitución psicósomática, el contexto social, familiar y medio donde se desarrolla ^{1,2}.

Enfermería tiene el reto y la obligación, junto con otros profesionales, en la puesta en marcha de todas las medidas para su alivio y mejora, lo que implícitamente supone ofrecer confort. Ello supone que reconozcamos al individuo y su sufrimiento, pero también que utilicemos todos los medios a nuestro alcance que puedan ser útiles para conseguir la desaparición o el alivio de ese padecer.

El alivio del dolor no es sólo un objetivo humano, sino también un derecho terapéutico. El dolor es ante todo una causa de sufrimiento; las personas piden ayuda cuando sienten dolor y quienes les cuidan o acompañan quieren que cese cuanto antes.

Todo ello se demuestra, hasta tal punto que el dolor es la causa más frecuente de consulta médica en todo el mundo. Según los datos recogidos por algunos estudios realizados en hospitales españoles se estima que padecen dolor, entre un 50% a 67 % de los pacientes ingresados. Además tenemos que tener en cuenta que de este porcentaje la mayoría además padece dolor agudo, un 44, 1% frente al 9 % que padecen dolor crónico lo que requiere un abordaje diferente ^{3,4}.

El dolor agudo, de gran intensidad y usualmente de corta duración, tiene una gran repercusión psicológica y orgánica de carácter general, lo que provoca efectos perjudiciales si persiste sin el abordaje adecuado. En el tratamiento del dolor agudo relacionado con las intervenciones quirúrgicas resulta muy importante la preparación preoperatorio.

En el preoperatorio, se deben valorar las experiencias previas dolorosas; desarrollar conjuntamente con el individuo un programa para evaluar el dolor seleccionando una escala de valoración del dolor agudo, de tal modo que antes de la intervención la conozca y se familiarice con ella. Y recordar al paciente que es más fácil prevenirlo o controlarlo inicialmente que reducirlo una vez esté establecido².

En el paciente con dolor crónico, la historia es más compleja y requiere una valoración diferente. Debemos tener en cuenta durante su tratamiento el componente psicosocial y los fenómenos mentales; y que además es el resultado de una compleja y dinámica interacción de sensaciones, cogniciones, conductas y emociones. Constituye la forma dolorosa con mayores repercusiones sobre el individuo (por el gran deterioro de su calidad de vida), y sobre la sociedad⁴.

Además estos datos se ven reforzados con el consumo de analgésicos. El consumo de morfina, entre otros, es un indicador de la calidad de los cuidados que se suministran a los enfermos con dolor. En 1990 España era uno de los países europeos con menor consumo de mórficos y de calmantes¹.

Con respecto al tema que nos ocupa, la valoración del dolor postoperatorio en pacientes con fracturas osteoporóticas del macizo trocantéreo; es importante tenerlo en

cuenta debido a la prevalencia de esta patología. Presentan una prevalencia creciente en nuestro entorno debido al envejecimiento progresivo de la población. Mayoritariamente, las fracturas que afectan al tercio proximal del fémur suponen un gran impacto social y económico. En EE.UU. tienen una incidencia de 250.000 casos/año y se prevé que esta cifra llegue a doblarse en el año 2050⁵.

En España se producen unas 33.000 fracturas de cadera al año en pacientes ancianos, su incidencia está en torno a los 500 casos/100.000 pacientes/año, de las cuales el 37,6% de las fracturas son pertrocantéreas⁵.

En la actualidad, constituyen uno de los problemas más prevalentes en nuestra sociedad, debido a su elevada incidencia y a la morbi-mortalidad asociada que conllevan.

Se ha calculado que el 93% de las mujeres que llegan a los 80 años han tenido al menos una fractura, siendo en el 33% de los casos de cadera. Se estima que en 40 años la cifra de fracturas se duplicará. Más del 75% de las fracturas ocurren en personas mayores de 65 años, segmento que representa el 16% de la población. Las fracturas osteoporóticas por excelencia son las de cuerpos vertebrales, antebrazo o Colles y de cadera.

Existen diferencias en la incidencia según género, una mujer de 50 años tiene un riesgo de un 14% de sufrir una fractura frente a un 3% en el varón; y raza, siendo más prevalente entre la población caucásica. La osteoporosis es uno de los factores etiológicos más importantes que conlleva a un mayor riesgo de fracturas, seguido de las caídas accidentales.

En España, los costes varían de 3.500 a 5.200 euros/paciente, sin contar los gastos indirectos que representa el consumo de recursos sociales a los que recurren de 6.000 a 9.000 familias por año ⁵.

El dolor es el principal problema terapéutico en el postoperatorio, con un incremento importante de la morbilidad y de mortalidad por la repercusión a nivel de distintos órganos y sistemas.

Las complicaciones pueden ser de distintos tipos; respiratorias, cardiocirculatorias, digestivas, endocrino-metabólicas y psicológicas.

Con respecto a estas últimas, las complicaciones psicológicas, cabe mencionar que el estrés que genera el propio ingreso hospitalario y la perspectiva de una cirugía inminente, contribuye a una disminución del umbral del dolor. Además de producirse una respuesta cortical al dolor con angustia, miedo, desorientación y postración que contribuye a mermar las defensas del paciente ⁶.

A la hora de valorarlo debemos tener presente el tipo de paciente al que estamos tratando y considerar las tres esferas del individuo físico, psíquico y social. Lo que determinará tanto el tratamiento como la vía de administración del mismo. Y tener en cuenta el tipo de dolor, dependiendo de la cronología (agudo o crónico), de la patología (oncológico o no) y de la fisiopatología (nociceptivo: somático y visceral, o neuropático) ⁴.

Dentro de la valoración existe la premisa de que cuando una persona afirma que tiene dolor debemos asumir que, efectivamente, lo tiene.

Hay estudios, como los realizados por Teske y Cols que afirman que al analizar la valoración que efectúa el personal de enfermería; encontrando una relación poco consistente entre la valoración objetiva y la valoración subjetiva del paciente. Los juicios del personal de enfermería coincidieron tan sólo en un 10-16% con las estimaciones subjetivas efectuadas por los propios enfermos. A tenor de estos resultados los autores afirman que la observación del comportamiento constituye un método de valoración poco fiable ².

Por lo que según otros autores, se podría obtener una información más objetiva mediante la observación de la conducta; las respuestas autonómicas asociadas al dolor; y las determinaciones bioquímicas y, utilizar los instrumentos más adecuados para evaluarlo, trabajar de forma conjunta con el equipo multidisciplinar, iniciar acciones que lo alivien, y comprobar la eficacia de estos métodos. El registro que efectuemos de la valoración del dolor será igual de importante, ya que nos ofrecerá un control de la efectividad del tratamiento ⁴.

Entre los instrumentos empleados para hacer la valoración del dolor como complementos de otras determinaciones, son las escalas de valoración del dolor, existen múltiples escalas aunque las mas comunes son las escalas numéricas, donde el paciente asigna un número comprendido entre dos extremos, estas son consideradas poco fiables porque no tienen en cuenta el componente afectivo.

Otra escala es la descriptiva simple, se asigna un numero con un palabra de expresión de dolor, algunos lo consideran inespecífica y poco sensible debido a que distintas persona pueden dar distinto significado a una misma palabra.

Por ello la que presenta mayor fiabilidad sería la escala EVA, es la evaluada en este estudio, la valoración del dolor durante el postoperatorio, destaca la utilización de la Escala Visual Analógica (EVA) ideada por Scott Huskinson en 1976, y ligeramente modificada posteriormente, es el método de medición empleado con más frecuencia en analgesimetría por la gran sensibilidad de medición que ofrece.

Se trata de una línea de 10 cm, numerada del 1 al 10, siendo el 1 “la ausencia de dolor” y el 10 “el peor dolor imaginable”, cada número está representado por una expresión facial que va desde un rostro feliz identificado con el número 1 hasta un rostro triste y lloroso, identificado con el número 10 de la escala EVA.

La EVA es simple, reproducible y bien entendida por el paciente por lo que es capaz de detectar pequeños cambios en el dolor. Entendemos que si $EVA < 3$ (dolor leve) mantenemos el control como Quinta Constante Vital. Si $EVA > 3$: Administrar analgesia pautada. Si no hay pauta, informar al médico. Comprobar la eficacia de la analgesia administrada a los 30 minutos si es vía parenteral o a los 60 minutos si se trata de vía oral/enteral. Si continúa con $EVA > 3$: Administrar analgesia de rescate, si no está pautada informar al médico³.

Con ésta introducción vengo a confirmar la gran necesidad de concienciar a la población y al personal sanitario con respecto a la gran importancia que tiene saber valorar el dolor postoperatorio en la cirugía de cadera.

Que la analgesia existe para ser utilizada cuando hace falta y que su uso es indicativo de buena praxis demostrando con ello sensibilidad ante quién manifiesta dolor

La enfermería por tanto, debería ser la encargada de registrar todo dato referente al dolor que obtenga de la entrevista y valoraciones que realice al paciente; para, si procede, poder diagnosticar, planificar, intervenir y evaluar el control del dolor obtenido

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

2.1 HIPÓTESIS.

La valoración enfermera del dolor como quinta constante vital aplicando la Escala Analógica Visual (EVA) mejora la percepción de control de dolor en el paciente postoperado de cadera.

2.2 OBJETIVOS.

2.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Estudiar el manejo del dolor postoperatorio en pacientes intervenidos de artroplastia de cadera en una muestra, en el servicio de traumatología del HUCA.

2.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

Conocer características epidemiológicas de la muestra de pacientes intervenidos de artroplastia de cadera en el HUCA.

Determinar si el consumo de psicofármacos influye en la percepción del dolor.

Determinar si el consumo de psicofármacos influye en los episodios de desorientación.

Estudiar la frecuencia de efectos secundarios.

Observar la respuesta a diferentes pautas farmacológicas.

Determinar si los pacientes con tratamientos analgésicos domiciliarios son más resistentes a la analgesia postoperatoria.

3. PACIENTES Y MÉTODO.

En Asturias se producen en torno a las 1000 fracturas de cadera al año y en concreto en el área IV, en el Hospital Universitario Central de Asturias, se intervienen en torno a las 400 fracturas anuales, bien sean osteoporóticas, debidas a necrosis del acetábulo o como consecuencia de accidentes de tráfico ⁷.

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo con la aplicación de un instrumento de medida de la intensidad del dolor, la Escala Analógica Visual, para un tamaño muestral de 32 pacientes , intervenidos de artroplastia de cadera entre el 1 de septiembre y 31 de diciembre del año 2011 en el HUCA . Para ello se creó una hoja de recogida de datos (Anexo I) para recopilar los datos obtenidos de las historias clínicas.

Dentro de los aspectos éticos y legales; el proyecto ha sido aprobado por la Dirección de Enfermería (Anexo II) y Comité de Ética (Anexo III), garantizándose el cumplimiento de la Ley de Protección de Datos de carácter personal. (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos)

3.1 Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

Ser intervenido de artroplastia de cadera durante el tiempo del estudio en el HUCA

Completar el proceso de las 72 horas de postoperatorio hospitalizado en las unidades de traumatología de adulto del HUCA.

Tener completa la valoración de la escala EVA en las 72 horas del postoperatorio.

Criterios de exclusión

Ser intervenido a través del servicio de urgencias.

Ser ilegibles los datos de la historia clínica.

No haber sido valorado por el servicio de anestesia mediante consulta ambulatoria.

Pacientes que tengan capacidad cognitiva alterada.

3.2 Tamaño muestral

Se estudiaron un total de 32 pacientes que cumplieron todos ellos los criterios de inclusión. Ninguno presentó criterios de exclusión, por lo que no hubo que excluir a ningún paciente.

3.3 Variables

Las dos primeras variables configuran el paciente tipo; que es intervenido de artroplastia de cadera. Nos permiten ver la influencia de éstas en la percepción del dolor.

EDAD: Variable modificadora del efecto .Cuantitativa, continúa, independiente .Años vividos desde el nacimiento hasta la fecha de la cirugía. Escala de razón. Valores de 32 a 91 años.

SEXO: Variable modificadora del efecto .Cualitativa, independiente. Sexo fenotipo o rol sexual .Escala nominal, dicotómica. Categorías (1) hombre, (2) mujer.

En las siguientes variables describimos el tipo de cirugía y o así observar que influencia tiene en la percepción del dolor

LADO: Variable modificadora del efecto. Cualitativa, independiente .Bien puede ser el lado derecho o izquierdo de la cadera. Escala nominal, dicotómica. Derecho (1) Izquierdo (2).

TIPO DE CIRUGIA: Variable de resultados. Cualitativa dependiente. Desde el momento del ingreso del paciente se decide que tipo de cirugía se va aplicar, ésta puede ser parcial, total o de recambio. Escala nominal; dicotómica. Categorías (1) si. (2) no.

DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN QUIRURGICA: Variable de aplicabilidad. Cuantitativa, continua, independiente. Valores en minutos; de 60 a 120 minutos según se hable de una cirugía u otra. Escala de razón.

En estas dos variables se pretende recoger los antecedentes de consumo de fármacos y el consumo durante el postoperatorio, y la relación de estos en la percepción del dolor.

CONSUMO DE TRATAMIENTO ANALGÉSICO DOMICILIARIO: Variable modificadora del efecto. Cuantitativa, discreta, independiente .Consumo de medicación analgésica previo a la cirugía para aliviar el dolor que de alguna manera pueda interferir en el mayor o menor efecto de la analgesia postoperatoria. (1) Consume (2) No consume.

CONSUMO DE PSICOFARMACOS: Variable modificadora del efecto. Cualitativa, independiente .Su consumo puede alterar el comportamiento del paciente en el postoperatorio e influir en la percepción del dolor .Escala nominal, dicotómica: Categorías: si (1), no (2).

CONSUMO DE FÁRMACOS ANALGÉSICOS DURANTE EL POSTOPERATORIO: Cualitativa, nominal y dicotómica. En la hoja de recogida de datos se registra la administración de cinco fármacos (bomba elastomérica, paracetamol, metamizol, tramadol, hidrocóloruro de petidina).El uso de cada uno de ellos repercute en la interpretación de la valoración de la escala EVA.

La pauta analgésica seguida en el postoperatorio es la siguiente:

La bomba elastomérica se coloca en quirófano y tiene una durabilidad de 72 horas tras la cirugía .Esta compuesta generalmente por 6 ampollas de Tramadol, 6 ampollas de dexketoprofeno y 3 ampollas de metoclopramida hidrocóloruro, su efectividad está garantizada, aún así a veces se precisa analgesia de rescate como el paracetamol cada 8 horas, si insuficiente ,metamizol cada 8 horas y si con esto no fuera suficiente se pauta de rescate la peptidina de hidrocóloruro subcutánea media ampolla cada 6 horas .

Ante pacientes con algún tipo de alergia a determinada analgesia, se juega con la programación del resto de manera que tenga suficiente cobertura analgésica.

Una vez retirada la bomba elastomérica la analgesia de rescate pasa a establecerse como analgesia pautada con el Paracetamol y Metamizol intercalado cada 6 horas, y si no fuera suficiente; peptidina de hidrocloreuro subcutánea cada 6 horas media ampolla.

ESCALA DE VALORACION ANALÓGICA; Variable cuantitativa continúa. Esta es la principal variable de estudio. Y queda registrada en la hoja de recogida de datos; estos datos son obtenidos de la historia clínica y con ello observamos la percepción del dolor en los pacientes, dando respuesta al propósito del trabajo.

Las ultimas dos variables pretenden registrar algunas de las complicaciones mas frecuentes en el consumo de fármacos analgésicos y observar la repercusión sobre el paciente y su dolor.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Variable modificadora del efecto .Cualitativa, independiente. Presencia de efectos no deseados derivados del tratamiento (nauseas, rash cutáneo, hipotensión).Escala nominal, dicotómica. Categorías: (1) si, (2) no.

DESORIENTACIÓN: Variable de resultado .Cualitativa dependiente .Episodios de desorientación durante el postoperatorio, constatado en la historia clínica del paciente. Escala nominal; dicotómica .Categorías (1) si, (2) no.

3.4 Métodos estadísticos

Las variables se procesaron en una base de datos Excel y se analizaron mediante el programa SPSS (Statistical Pacage for Social Sciences). Las variables cuantitativas se expresan mediante media y desviación estándar, rango y la mediana cuando ofrece información adicional. Las variables cualitativas mediante proporciones.

Para comparar valores cuantitativos entre varias categorías de variables cuantitativas se utilizó la prueba *t* de Student. Para comparar frecuencias entre diversas categorías de dos variables cualitativas se utilizó *Chi* cuadrado.

Todo a lo largo del estudio se utilizó un nivel de confianza del 95%, y se consideró la *p* significativa cuando su valor fue inferior a 0,05.

4. RESULTADOS

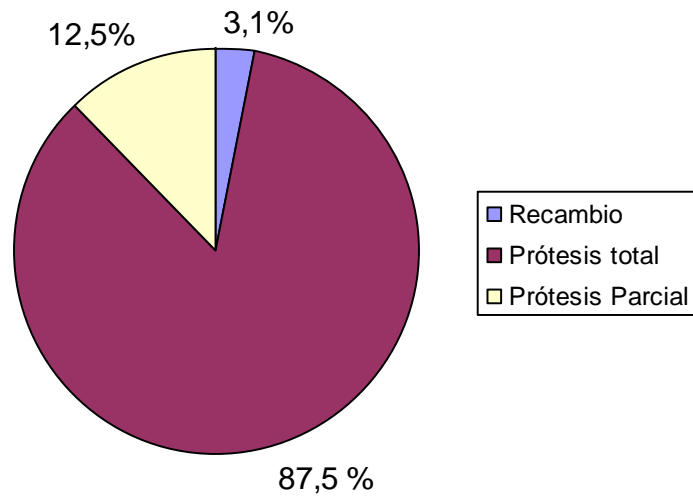
Se presenta una muestra de 32 individuos, con una edad media de $69.9 \pm 14,6$ (32-91), Mediana 70 años. Por sexos la distribución corresponde mayoritariamente a mujeres en un 62.5% ($n = 20$) y el 37, 5 % restante a hombres. Las diferencias de edad en relación al sexo no mostraron diferencias con significación estadística.

Figura 1 Distribución de sexos



En la figura 2 se observa el tipo de intervención más frecuente, en este caso han sido en un 87, 5 % las artroplastias de cadera totales, seguidas de las parciales en un 12, 5 % Y por ultimo los recambios que solo se produjeron en un 3, 1 % ($n = 1$).

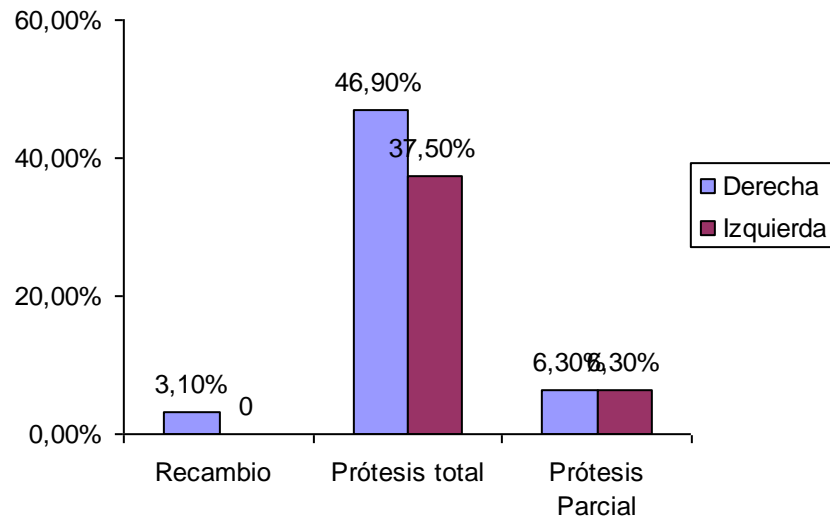
Figura 2. Tipo de intervención realizada



En la figura número 3 se representa el tipo de intervención sobre el lado que se realizó. El porcentaje mas elevado de cirugía de prótesis de cadera total corresponde al lado derecho con un 46.90%, siendo la cirugía del lado izquierdo de un 37.50%.

Otro procedimiento seria la cirugía de prótesis de cadera parcial con un porcentaje de 6.3% para ambos lados .En cuanto al recambio, se trata de la cirugía menos demandada, con un 3.10% de intervenciones sucediendo éstas solamente sobre el lado derecho.

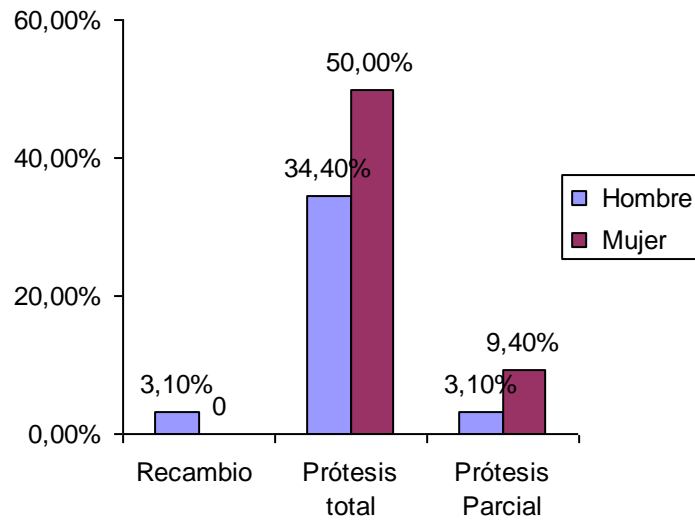
Figura 3. Relación entre el lado de la intervención y el tipo de intervención



La figura (figura 4) adjunta muestra la relación entre el sexo y la lateralidad de la intervención, que no mostró diferencias con significación estadística.

Se observa que la cirugía de prótesis de cadera total se realizó en el 50% de las mujeres, seguidas de las operadas de prótesis parcial con un 9.4%, frente a los hombres con un 34.4% y 3.10% respectivamente. Por otro lado se aprecian las escasas intervenciones de recambio que solo se producen en un 3.10% de los hombres.

Figura 4 Tipo de intervención según el sexo



En la siguiente tabla se muestra la relación lado-sexo ,se aprecia un incremento también de las cirugías del lado derecho en mujeres con respecto a los hombres , con una relación 58.8% y 41.2% respectivamente Siendo las cirugías del lado izquierdo de 66.7% y 33.3% para mujeres y hombres respectivamente.

Tabla 1 Relación entre lado intervenido y sexo

			Lado		Total
			Derecha	Izquierda	
género	Hombre	Recuento	7	5	12
		% dentro de género	58,3%	41,7%	100,0%
	Mujer	Recuento	10	10	20
		% dentro de género	50,0%	50,0%	100,0%
Total		Recuento	17	15	32
		% dentro de género	53,1%	46,9%	100,0%

En la figura 5 el consumo de analgésicos domiciliarios se presenta en una relación equitativa tanto para los que los consumieron como para los que no consumieron nada ; el 31% consumió analgesia en su casa frente al otro 31% que no consumió ningún fármaco.

Por otro lado se analiza el consumo de psicofármacos del tamaño muestral, siendo del 19% los que si los tomaron frente a un 19 % que consume psicofármacos y analgésicos.

Figura 5 Relación de consumo de psicofármacos y analgesia

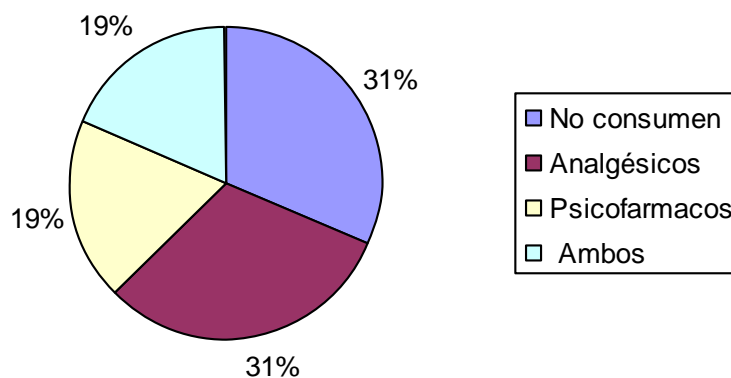
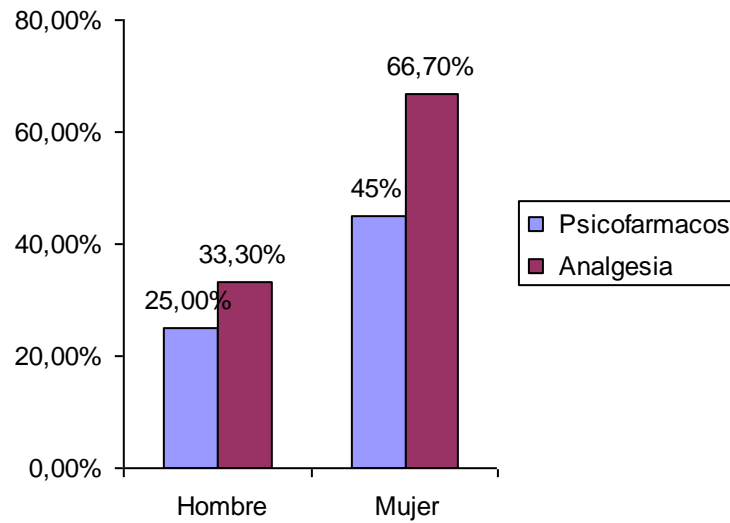


Figura 6 El consumo de analgésicos domiciliarios en mujeres fue mayor que en los hombres, con una relación de 60% y 33.3% respectivamente. Por otro lado los que no consumieron lo hicieron en una relación de 40%(mujeres) frente a un 66.7% (hombres).

Con el consumo de psicofármacos sucede algo parecido; ellas son mayores consumidoras, en un porcentaje de 45% frente a 55% que no los toman. En el caso de los hombres la relación es de 25% frente a 75% que no los toman.

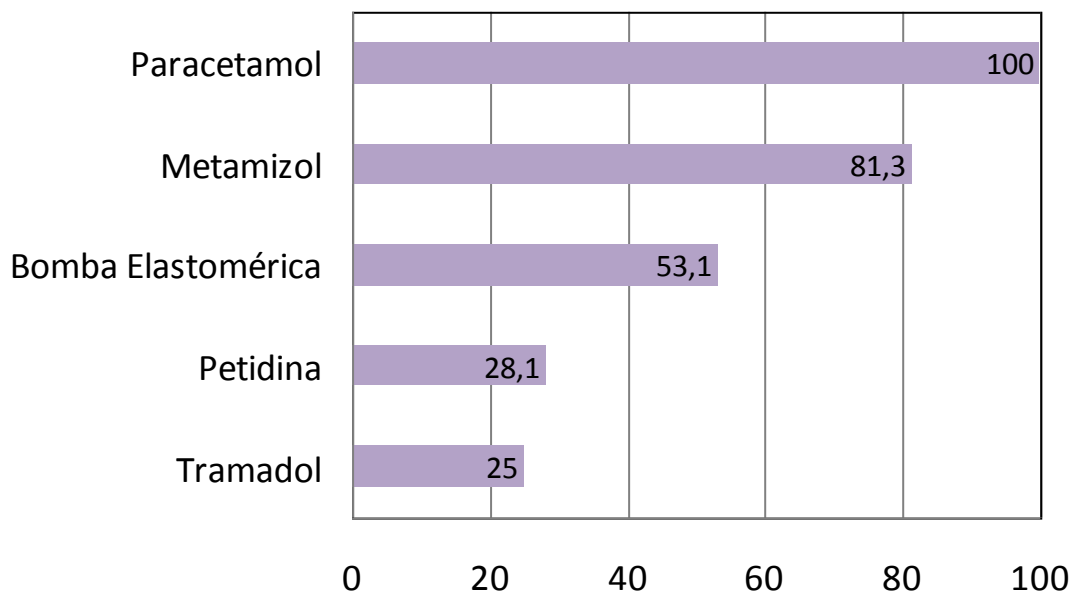
Figura 6 Relación de consumo de psicofármacos y analgesia según sexo.



En la siguiente figura (figura 7) se representa en la distribución de analgésica posoperatoria.

En la muestra observamos que un 53,10% de pacientes portaban elastómero; un 28.10% preciso peptidina de hidrocloreuro, el consumo de Metamizol fue del 81.30% y todos recibieron paracetamol, el 100% de la muestra. Estos datos siguen las pautas de analgesia establecida.

Figura 7 Relación de analgésicos postoperatorios utilizados



En la figura adjunta (figura 8) describimos el consumo de analgésicos postoperatorios según sexo. Se produce un mayor consumo de analgésicos en general, en las mujeres. Siendo de un 62.5% frente al 37% el consumo de paracetamol en mujeres con respecto a los hombres.

Sucede lo mismo con el metamizol, el consumo en mujeres es del 50% mientras que en hombres alcanza un 31.30%.

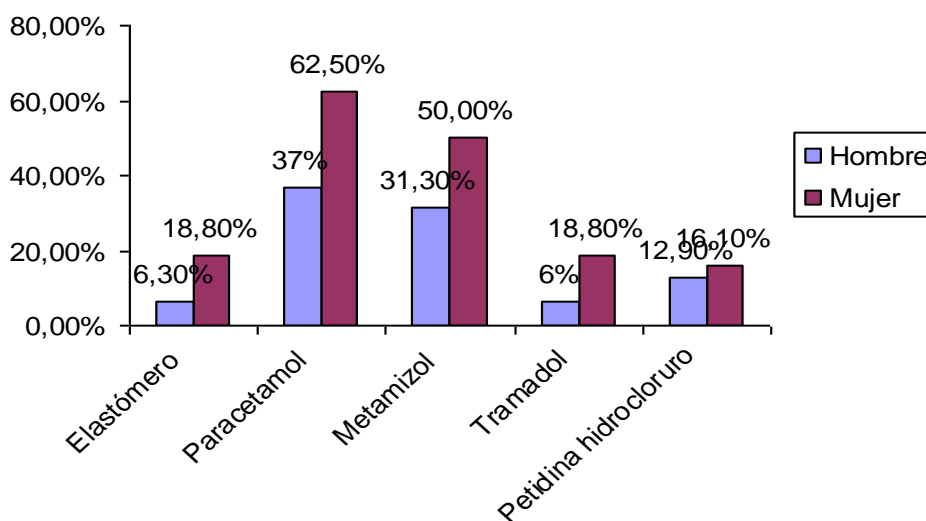
Con el tramadol, la diferencia en cuanto al uso también es característico, siendo de un 18.8% en mujeres frente al 6% en hombres.

Sin embargo, el uso de peptidina de hidrocloreuro (peptidina hidrocloreuro) no difiere tanto de un sexo a otro, seria de un 16.10% frente a un 12.9%, entre mujeres y hombres respectivamente.

La colocación de bomba elastomérica es significativamente mayor en mujeres, con un 18.8% frente al 6.3% de los hombres.

Los criterios que definen la colocación de bomba elastomérica no son otros que parte de las variables que se describen en el estudio (tipo de cirugía, edad y consumo de analgésicos en domicilio principalmente.) y el criterio personal de cada anestesista.

Figura 8 Relación de analgésicos postoperatorios según sexo



En esta figura (figura 9) se da respuesta a uno de los objetivos secundarios planteados, la mayoría de los pacientes en un 90,6 % no presentaron efectos secundarios, con una aparición de tales efectos de 9.4%.

Figura 9 Frecuencia de eventos secundarios

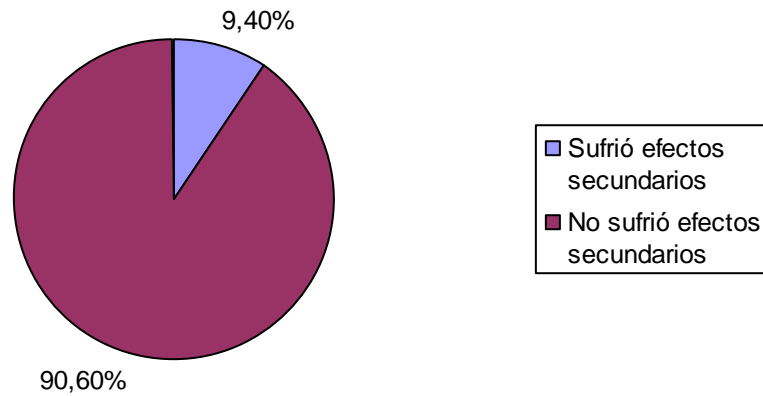


Figura 10. La mayoría de los pacientes, no sufrió episodio de desorientación en un 62,5 % frente al 37% de la muestra sufrió algún episodio de desorientación, siendo las mujeres más sensibles a éste estado con un 28.1 % de ellas afectadas frente al 9.4 % de los hombres. (Tabla 3). Existiendo una relación, como se muestra en la tabla 2, entre el consumo de psicofármacos y los episodios de desorientación, el 31.3% que consumían se desorientaron frente al 56.3% que no consumían ni se desorientaron.

Figura 10 Frecuencia de episodios de desorientación

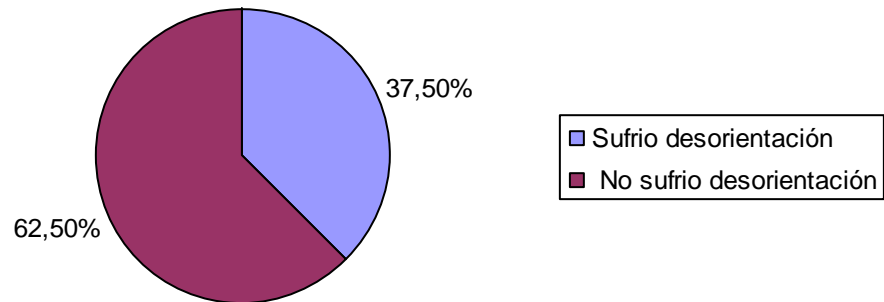


Tabla 2 Relación entre el tratamiento con psicofármacos y desorientación

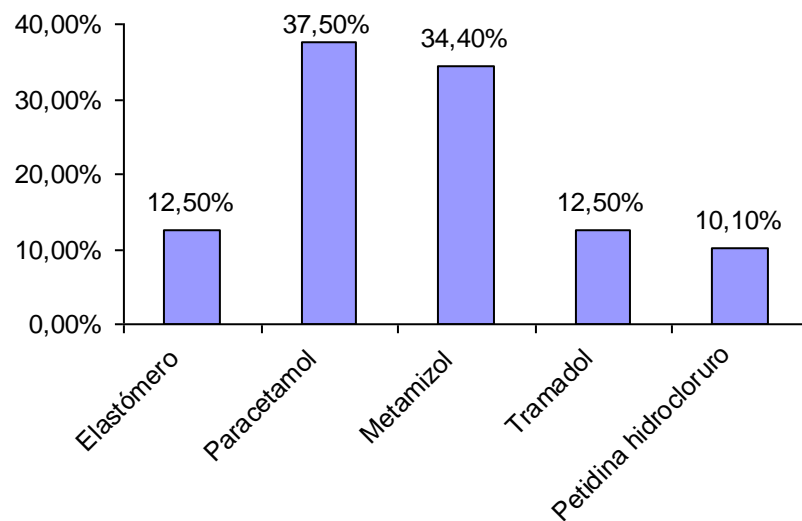
		Psicofármacos		P<0,0001
		Si	No	
Desorientación	Si	10 (83,3%)	2 (10%)	12 (37,5%)
	No	2 (16,7%)	18 (90%)	20 (62,5%)
TOTAL		12	20	32

Tabla 3 Episodio de desorientación según sexo

		Psicofármacos		P=0,227
		Si	No	
Sexo	Hombre	3 (25%)	9 (45%)	12 (37,5%)
	Mujer	9 (75%)	11 (55%)	20 (62,5%)
TOTAL		12	20	

En la siguiente figura (figura 11) se presenta la relación de pacientes que si consumieron analgesia y si sufrieron episodios de desorientación. No existe una relación clara entre el consumo de analgésicos y los episodios de desorientación. Dado que todos tomaron paracetamol, coincide que ocupan el porcentaje más amplio de pacientes desorientados. Pero no porque la causa haya sido el fármaco, ya que todos consumieron paracetamol pero no todos se desorientaron

Figura 11 Relación de episodios de desorientación y fármacos analgésicos



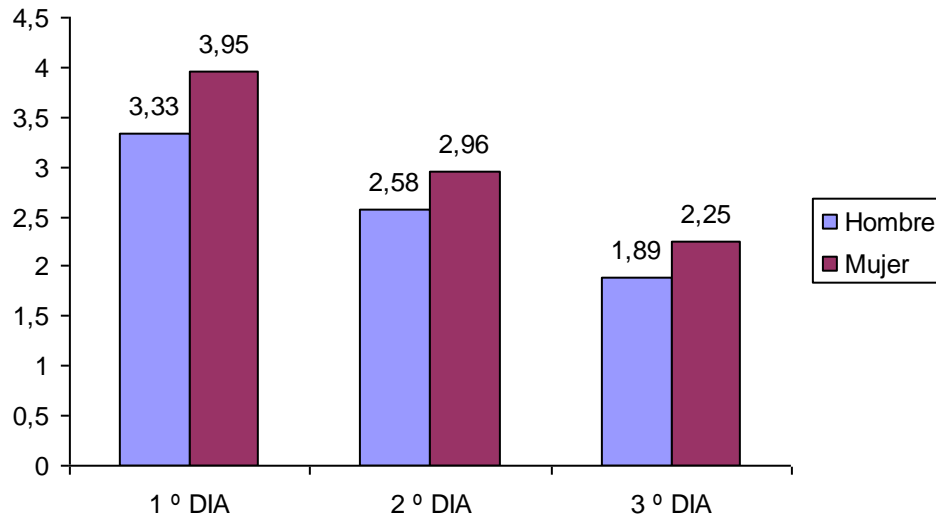
En la siguiente tabla (tabla 4) se resumen la medias de los valores de la escala EVA en los tres primeros días de posoperatorio. Se produce un descenso paulatino de la media del dolor. Comenzando con una media de la escala del dolor de 4.3 en el primer día, de 2.75 en la segunda tarde del postoperatorio y finalizando con 1.91 en la última noche del postoperatorio.

Tabla 4 Resumen de las medias de la escala EVA

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EVA1°T	32	2	7	4,03	1,257
EVA1°N	32	1	6	3,41	1,132
EVA2°M	32	1	6	3,06	1,134
EVA2°T	32	1	6	2,75	1,191
EVA2°N	32	1	4	2,66	,827
EVA3°M	32	1	4	2,31	,780
EVA3°T	32	1	4	2,13	,707
EVA3°N	32	1	3	1,91	,588
N válido (según lista)	32				

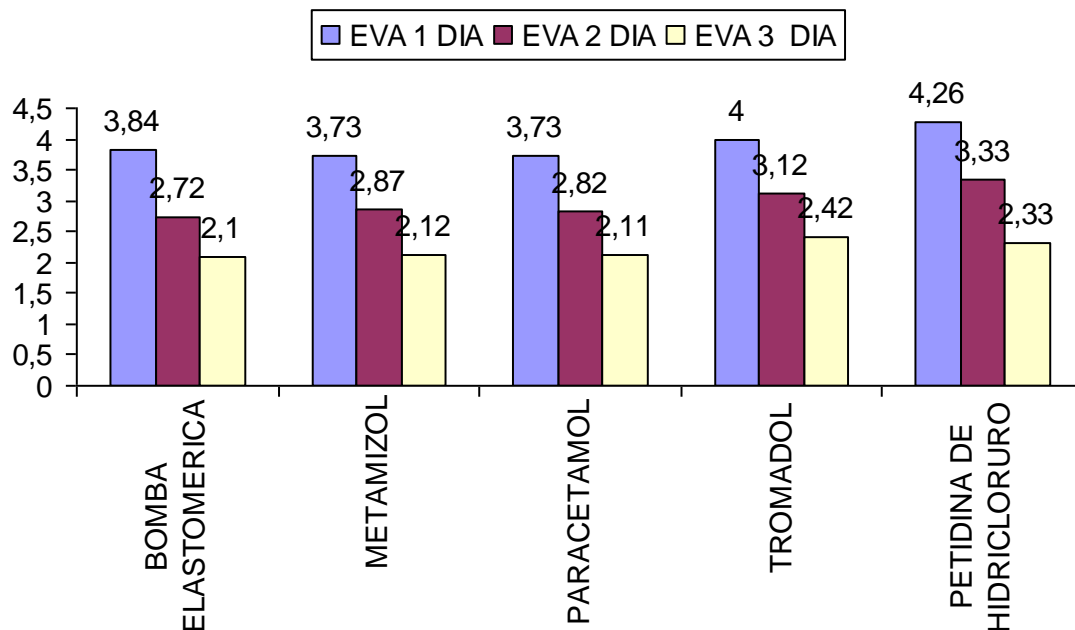
Las medias de las mujeres siempre son mayores que las medias de los hombres. Estas diferencias sólo son significativas el primer día por la tarde .Aunque la media descende paulatinamente en ambos sexos

Figura 12 Relación EVA según sexo



En esta figura (figura 13) se relaciona la media de la escala EVA con la analgesia administrada. Se observa una homogeneidad en cuanto a la valoración del dolor, en cada una de los días los diferentes fármacos analgésicos opioides y no opioides responden como sería de esperar, manteniendo el valor del dolor dentro cifras aceptables e interpretándose que el dolor está perfectamente controlado. Destaca la media de la EVA en los pacientes a los que se les administra peptidina de hidrocloreuro, que es ligeramente superior al resto, lo cual es debido a que esta se administra cuando el resto de fármacos no son efectivos. De esta manera damos respuesta al 5º objetivo de nuestro trabajo.

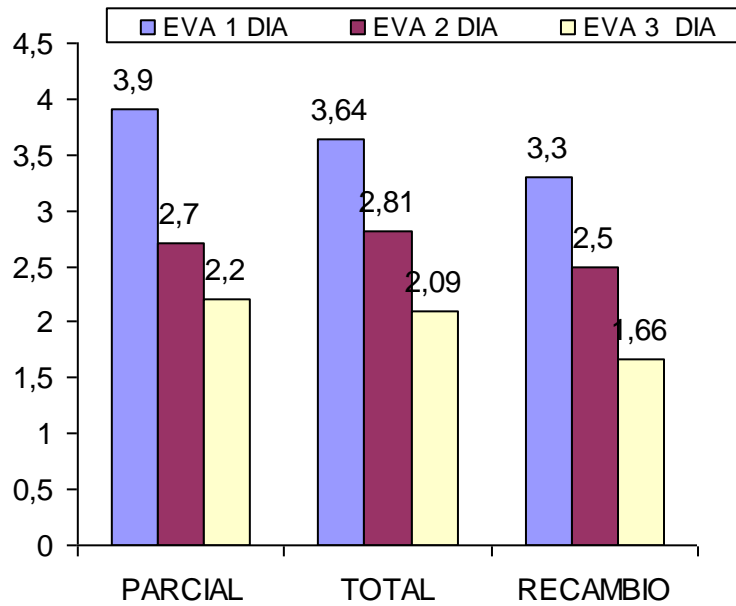
Figura 13 Relación de escala EVA con analgesia administrada



En esta figura (figura 14) se observa como las medias de la EVA son similares en los tres tipos de cirugía, en torno a tres. Aunque a priori podría entenderse que la cirugía de cadera total podría disparar la cifra de la EVA, no es el caso porque son pacientes con gran cobertura analgésica, la mayoría dispone de elastómero más la analgesia de rescate si la precisara.

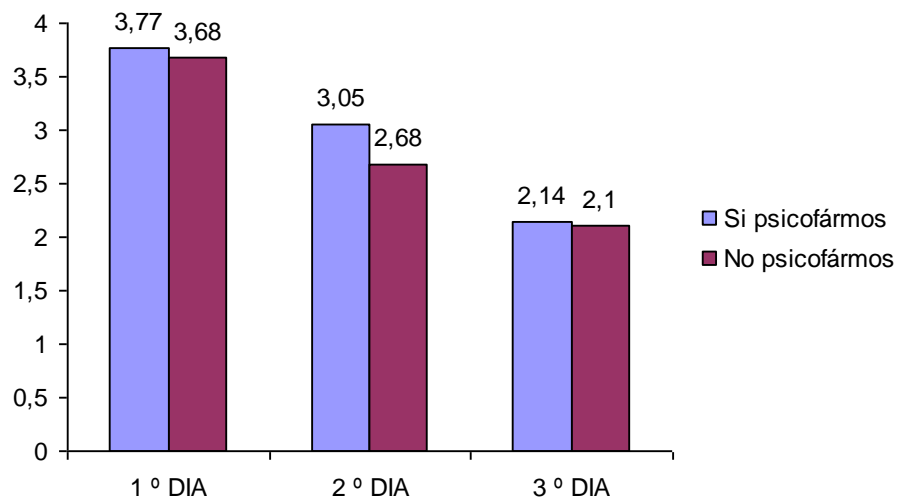
Con la cirugía parcial y el recambio tampoco son significativos los valores de la EVA, el dolor está bien controlado

Figura 14 Relación EVA con tipo de intervención



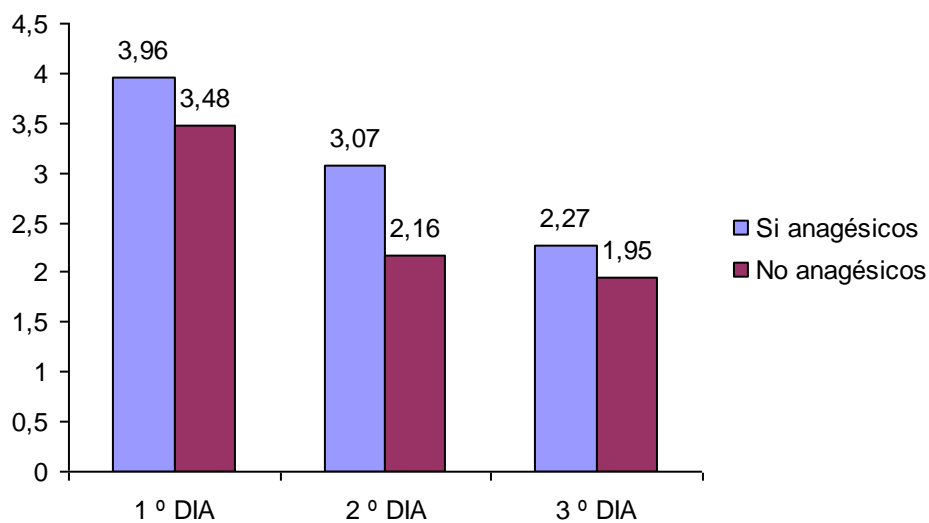
En la figura 15 se muestra la relación entre el consumo de psicofármacos y la influencia de estos en la percepción del dolor. No existiendo diferencia entre los que consumen y los que no, ya que tienen medias similares en los tres días.

Figura 15. Relación de la EVA con consumo de psicofármacos



En la figura 16 se representa la relación entre el consumo de analgésicos domiciliarios y su influencia en la valoración del dolor. Existen ligeras diferencias entre los que consumen analgésicos domiciliarios y los que no, los primeros tienen una, media de la EVA sensiblemente más superior, esta diferencia se ve reducida en el tercer día del postoperatorio.

Figura 16 Relación de la EVA con consumo de analgesia domiciliaria



5. DISCUSIÓN

Es fundamental que otorguemos al dolor la importancia que se merece, que conozcamos las consecuencias que, de no ser aliviado, puede generar, desembocando en efectos no deseables sobre las funciones vitales, aumentando la morbi-mortalidad, y provocando riesgo de sufrir estrés mental y psicológico.

Al integrar dentro de las funciones de enfermería la de establecer una relación con el individuo que nos permita elaborar planes de tratamiento del dolor y evaluación del mismo estamos contribuyendo a una mejora asistencial y propiciando beneficios de un manejo eficaz de éste problema: reducir el estrés hormonal, metabólico y psicológico, disminuir la morbilidad y complicaciones postoperatorias, permitir adelantar el alta y, en consecuencia, minimizar los costes económicos y mejorar la calidad de vida y satisfacción del enfermo⁴.

Se trata de una experiencia subjetiva, difícil de medir o cuantificar, pero de gran interés de cara a la terapia a emplear así como a su eficacia.

En la clínica, la naturaleza y la intensidad del estímulo resultan difíciles de concretar y la gravedad del proceso no se relaciona directamente con la intensidad que describen los pacientes.

En la mayoría de las ocasiones la valoración corre a cargo del propio paciente. De esta manera, está influida por su personalidad, su cultura, ambiente familiar, nivel

socioeconómico y entorno social .Se trata de una valoración subjetiva .Cuando una persona afirma que tiene dolor debemos asumir que, efectivamente, lo tiene.

Se podría obtener una información más objetiva mediante:

- a) observación de la conducta.
- b) respuestas autonómicas asociadas al dolor.
- c) determinaciones bioquímicas.

No tiene ninguna lógica que la inmensa mayoría de las personas que son sometidas a una intervención quirúrgica se vean obligadas a sufrir dolor intenso, fácilmente controlado si se pusieran los medios para ello. Las personas con dolor tienen que participar en la valoración de su dolor y los profesionales tenemos que aceptar la clasificación que hagan sobre la intensidad de este dolor, sin establecer relación directa entre intensidad y estímulo doloroso. El paciente tiene derecho a decidir la duración e intensidad del dolor, a estar informado de todos los métodos posibles para el control del dolor y sus consecuencias.

Aún hoy en día se advierte de la existencia de varios problemas que inciden en el manejo del dolor:

-La poca sensibilización del personal sanitario sobre la importancia del dolor como síntoma.

-Las creencias del paciente y de los profesionales: los pacientes en ocasiones no solicitan los analgésicos por la influencia de sus creencias, y los profesionales sanitarios en ocasiones valoramos el dolor de los pacientes basándonos en nuestras creencias, con lo cual hacemos una suma de subjetividades que se traducen en una valoración errónea del dolor.

-Los escasos conocimientos: la falta de conocimientos de los profesionales sanitarios sobre temas relacionados con el dolor hace necesario que se realicen programas de formación, para actualizar temas sobre mecanismos de acción del dolor, valoración, tratamiento, evaluación ².

Es importante adquirir la creencia de que la persona que dice tener dolor lo tiene; tomar conciencia de que las/los enfermeras/os somos las personas del equipo sanitario que mejor podemos valorar el dolor, y también que es responsabilidad de las enfermeras/os el que las personas que cuidamos no sufran dolor.

Existen estudios sobre el dolor, la mayoría de ellos son prospectivos, se realizan también en los 3 días posteriores a la intervención.

Existen diferentes estudios que evalúan el dolor, un hospital de Turquía donde evalúan el dolor en la artroplastia de cadera y dos de ámbito nacional uno del hospital de Barcelona y el hospital San Cecilio de Granada. Existe además un estudio norteamericano, prospectivo cuyo objetivo era determinar la relación entre el consumo de opiáceos y el deterioro cognitivo después de una cirugía de fractura de cadera.

En el estudio Barcelonés se trata de un estudio observacional, prospectivo y aleatorio con pacientes del servicio de cirugía ortopédica y traumatología. Con una muestra de 122 pacientes (5 perdidas en el seguimiento), con una edad media de 71.6-57.4 años, de los que se obtuvieron las medias de la EVA en los tres tipos de dolor ⁸.

Existe otro estudio realizado en un hospital de Suecia, transversal, descriptivo, realizado en dos partes, del registro del dolor en la cirugía traumatológica y de los datos de la encuesta de los pacientes, durante el periodo 2000-02 y 2002-04. Por un lado se pretendía comparar los niveles de dolor manifestados por los pacientes y los documentados por los enfermeros para averiguar en que medida la cantidad de opioide estaba justificada para esos niveles de dolor .En segundo lugar se pretendía estudiar si el tratamiento y la gestión del dolor por los enfermeros había mejorado trascurrido un periodo de dos años, durante los cuales el personal asistió a u programa educativo de control del dolor durante seis meses. Aún habiendo participado en un programa educativo sobre gestión y control del dolor los resultados no fueron los esperados .Como método de registro también se utilizo la EVA.

En la primera parte del estudio se incluyo a 77 pacientes y 19 enfermeros; en la segunda parte formaban el estudio 141 pacientes y 22 enfermeras ⁹.

Otro estudio realizado en un hospital de Turquía donde mediante un estudio descriptivo se pretendía realizar evaluaciones del dolor postoperatorio de los pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor. El estudio se llevo a cabo con pacientes hospitalizados en las salas de ortopedia y traumatología de dos hospitales universitarios de Estambul durante el año 2004.

La edad media de los 150 pacientes estudiados fue de $54,13 \pm 18,12$ (rango 19-93) años. De la muestra, el 67,3% eran las mujeres, y el 72,7% tenía previamente sometido a una cirugía ¹⁰.

El estudio del Hospital San Cecilio, se llevó a cabo en 98 pacientes intervenidos de cirugía traumatológica, concretamente de prótesis de cadera a lo largo de ocho meses, se valoró a todos los pacientes que iban a ser intervenidos de prótesis de cadera con objeto de descartar el uso de (antiinflamatorios no esteroideos) AINES como sistema de control del dolor postoperatorio, no participando en el estudio pacientes que presentaran cualquier contraindicación para el empleo de AINES.

En cuanto a la distribución por sexos, los participantes fueron en un 46.2% mujeres y el 53.8% varones ¹¹.

En el estudio norteamericano se trataba de un trabajo formado por una muestra de 236 pacientes mayores de 65 años sometidos a cirugía de fractura de cadera entre abril de 2005 y julio de 2009, estos fueron seguidos por el dolor, el consumo de opiáceos, y el delirio postoperatorio.

Los participantes fueron evaluados para el delirio por el Método de Evaluación de la confusión antes de la cirugía y la media mañana del día del postoperatorio 2 ¹².

Los numerosos avances de los últimos años en las técnicas anestésicas y quirúrgicas así como la presencia de nuevos fármacos y vías de administración no parece haber mejorado el control de dolor, ya que numerosos estudios revelan que el dolor en pacientes

postquirúrgicos no está bien tratado, entre el 25 y el 75% de los pacientes quirúrgicos sufren dolor postoperatorio de moderado a intenso ⁴

Pacientes que ingresan para ser intervenidos por el servicio de traumatología pueden experimentar menos dolor a pesar de ser intervenciones quirúrgicas de grado III. Esto contrasta con la mayor parte de trabajos de la literatura en que se compara el dolor experimentado por los pacientes intervenidos en distintos servicios, siendo traumatología una de los servicios en el que más dolor experimentaban los pacientes y en el que más analgésicos eran demandados. Con esto se pone de manifiesto que el manejo del dolor no se hace atendiendo a la severidad de la intervención quirúrgica a pesar de ser el factor que más influye en el dolor postoperatorio, junto con la técnica de abordaje, sino que, en la mayoría de los casos viene determinado por la tradición y actitud del médico prescriptor en cada servicio, esto hace que su tratamiento con frecuencia sea insuficiente e inadecuado⁵.

Por otro lado podemos comparar la prevalencia del dolor mediante la escala EVA de este trabajo con los realizados en un hospital de Barcelona dentro de los pacientes del servicio de traumatología.

Una de EVA de 0 a 3 en el 42.6% de los pacientes, para el dolor leve. Para el dolor moderado la EVA fue de 4 a 6 en el 36% de los pacientes. Y para un dolor severo la EVA fue de 7 a 10 en el 17% de los pacientes. Estos resultados para un periodo de 72 horas:

En las condiciones del estudio más del 50% de los pacientes presentaron dolor moderado o severo durante el postoperatorio.

Con respecto a este estudio la muestra es inferior, 32 pacientes, se observa una homogeneidad en cuanto a la valoración del dolor, en cada uno de los tres días. La media de la EVA el primer día del postoperatorio es de 4.3 para un dolor moderado en general. La media de la EVA para el segundo día es de 2.75 para un dolor leve. Y el tercer día, la media de la EVA sería de 1.91. No apareciendo una media de EVA para un dolor severo, con lo cual se confirma existe un buen control del dolor.

El mismo hospital barcelonés hace un registro de la media de la EVA en las diferentes cirugías traumatológicas que pueden ser comparables con las cirugías de este trabajo.

Para la Prótesis Total de Cadera la media máxima de la EVA sería de 5.3, sin embargo en este trabajo se sitúa en 3.64

Para la Prótesis Parcial de Cadera la media máxima de la EVA sería de 5, mientras que en este trabajo estaría en 3.9.

Y para el Recambio, la EVA del estudio barcelonés sería de 5.4, y en este estudio de 3.3⁸.

Con respecto a este trabajo también se observan diferencias considerables con el valor de la EVA, de lo que se traduce que no tienen un buen control del dolor, sin embargo el presente estudio refleja lo contrario.

Las causas de las diferencias en la escala EVA no pueden ser comparadas ya que no existen datos sobre analgésicos o pautas analgésicas.

Respecto al estudio del hospital de Estambul, tenían una media de EVA para el tercer día de postoperatorio ligeramente superior al de este estudio. Ya que los pacientes presentaban una EVA entre 3,5 y 2, 2. Un 70,7% estaban tomando medicamentos analgésicos no opioides domiciliarios. La mayoría de los pacientes (95,3%) declaró que su dolor se redujo con la administración de medicación analgésica ¹⁰.

Haciendo un análisis comparativo con el peor dolor registrado en el trabajo que nos ocupa, en el tercer día del postoperatorio obtuvo una EVA de 4 y una media de 1.6. El consumo de analgésicos domiciliarios no opioides fue del 60% en las mujeres y 33.3% en hombres. Las cifras de la EVA para la cirugía de cadera el tercer día oscilo entre 2.2 y 1.66, de lo que se desprende un correcto control del dolor en este trabajo.

Otro estudio de un hospital de Suecia, compara la aplicabilidad de la EVA en el postoperatorio de cirugía de cadera por parte de dos grupos de estudio en dos periodos diferentes¹².

Los pacientes respondieron con una EVA <4 para el peor dolor en las 24-72 horas tras la cirugía y los enfermeros registraron un valor equivalente a los cuestionarios de los pacientes. Todos consumieron paracetamol y se utilizó opioide cuando la EVA era >4 .

La edad media de los participantes está entre 61-63 años entre los pacientes y de 31-39 años la edad de los enfermeros.

- En la primera parte del estudio la puntuación media del dolor, EVA, fue de 3.8, manifestado por los pacientes; mientras el dolor documentado en los registros de los enfermeros era de 3.5
- En la segunda parte, la media del dolor había descendido, siendo de 3.2 manifestado por los pacientes y de 2.9 la EVA documentada por los enfermeros. El uso de opioide guardaba relación con los registros de la EVA >2.9 .

El buen uso de la administración de analgesia se observó en los enfermeros de la segunda parte del estudio, con lo que implicaba buen control del dolor.

Con este estudio se observó el aumento de la capacidad de los enfermeros para anticiparse al dolor, tras el programa de formación fue mayor en la segunda parte del estudio que en la primera parte. Se desprende del estudio que el personal puede tener los conocimientos teóricos pero esto no significa que vayan a ser aplicados con éxito en la práctica clínica.

El estudio del HUCA, se comenzó a aplicar la EVA sin formación excepto unas recomendaciones escritas en un papel (anexo IV, V y VI), junto con la tabla específica. Y sin embargo los datos correspondientes a la EVA fueron rigurosamente identificados y

posteriormente supervisados al final del turno. Los datos demuestran una buena aplicación de la EVA por parte de las enfermeras del servicio.

Por otra parte en el estudio del hospital San Cecilio el diseño de investigación contempló dos grupos experimentales, según el tipo de fármaco a administrar Keterolaco (K) o Dexketoprofeno (D).

En este estudio se pretende conocer dos conjuntos de cuestiones. En primer lugar se intentará averiguar si el sistema subjetivo tradicional de valoración del dolor padecido, EVA, presenta niveles de validez comparables a sistemas complementarios y compartamentales de valoración, como pueden ser por ejemplo las dosis autoadministradas de analgesia. En segundo lugar, se contrasta la eficacia analgésica de dos AINEs, el D y el K a través de su uso en perfusión continua (PCA) en el dolor agudo postoperatorio de cirugía ortopédica (prótesis de cadera). El efecto antiinflamatorio y analgésico de ambos AINEs ha sido probado en numerosos estudios sin que se tengan en el momento actual demasiadas comparativas eficientes de su uso autoadministrado a través de la PCA.¹³ La EVA para ambos fármacos es similar en el primer día de un 2, 5 y desciende paulatinamente siendo para el D de 1, 5 para el segundo día y 1, 3 para el tercer día. Frente al otro fármaco el K que parece más efectivo ya que la EVA desciende a 1, 3 a partir del segundo día ¹¹.

Al igual que en este trabajo el efecto analgésico de los AINEs fue directamente proporcional al valor numérico de la EVA, su actividad analgésica alcanza intensidad media o moderada ,por tanto están indicados en el tratamiento del dolor de intensidad leve o moderada es decir para una EVA < de 3. En la práctica se utilizan asociados a

analgésicos opioides, permitiendo reducir el consumo de estos. Para el tamaño muestral de nuestro estudio el consumo de paracetamol fue del 100% y de metamizol de 81.3%. Y la EVA que presentan estos dos fármacos son ligeramente superior ya que en el primer día presentan una EVA de 3, 73, para el segundo día de 2, 87 y finalmente el tercer día llega en un 2,11.

En el estudio norteamericano el personal de enfermería evaluó el dolor en una escala numérica oral (rango 0-10). La analgesia opioide fue proporcionada en respuesta al dolor en reposo para lograr calificaciones de 3 o menos. El consumo de opioide se analizó con respecto a la ocurrencia de delirio postoperatorio incidente, la presencia de la demencia, y otras variables demográficas.

De los 236 pacientes del estudio americano, un 90% recibieron opioide y un 28% se desorientaron; hubo significación estadística ($p=0.12$).

El estudio no encontró asociación entre el uso de opioide y la desorientación postoperatoria. Por lo tanto; el postoperatorio con delirio no se asocia al consumo de opioide ¹².

En este estudio el uso de los diferentes fármacos analgésicos opioide y no opioide que responden como sería de esperar, manteniendo el valor del dolor dentro de cifras aceptables e interpretándose que el dolor está perfectamente controlado.

En este trabajo si existe una relación importante entre el consumo de psicofármacos y la desorientación, ($p < 0.001$), sin haber utilizado dosis elevadas. La media de edad del

tamaño muestral sobre la que realicé el trabajo se sitúa en torno a los 70 años, bien es cierto que también influyen otros factores que precipitan esa desorientación, como el propio déficit cognitivo que puede aparecer a partir de esa edad y un 37% de los pacientes sufrió desorientación.

Como quiera que sea la preocupación por el delirio postoperatorio no debe impedir el uso de la terapia analgésica opioide suficiente para alcanzar un nivel de bienestar en los individuos con o sin deterioro cognitivo preexistente.

La relación entre el uso de analgésica opioide y la desorientación postoperatoria cuando el manejo del dolor en ancianos adultos después de la reparación de fractura de cadera no está bien definido, puede dar lugar a interpretaciones erróneas. Existe controversia en cuanto a si la administración de opioide puede ser en sí un factor de riesgo para el delirio postoperatorio

Esta situación contrasta con los resultados de estudios realizados en otros países, principalmente anglosajones, en los que se observa que los opiáceos son los analgésicos más usados para tratar el dolor postoperatorio, mientras que en este estudio tan solo un 28.10% de pacientes se les prescribe peptidina de hidrocloreuro, como opioide mayor y un 25% son los pacientes a los que se les prescribe Tramadol, como opioide débil ⁶.

Estas cifras se encuentran bastante por debajo de lo que muestran otros trabajos, como el estudio multicéntrico del grupo de analgesia postoperatoria de la Sociedad Española de Farmacología Clínica, en que se observó que se administraban opiáceos al 36% de los pacientes ⁶.

En general, en nuestro entorno los opiáceos no solo se administran en pocos pacientes sino que la dosis, a menudo es insuficiente. Las razones para ésta infradosificación de los opiáceos se ha relacionado con una infraestimación del dolor y un temor exagerado a ciertos problemas derivados del uso de opiáceos fundamentalmente la tolerancia y la depresión respiratoria, que parece ser una preocupación desproporcionada ya que se estima que la incidencia de adicción en todos los pacientes tratados por dolores agudos es inferior al 0.1% y la depresión respiratoria del 1% ².

Limitaciones y sesgos

Del tamaño muestral que se pretendía ,50 pacientes, se redujeron a 32, ya que los historiales clínicos se encontraban en otras consultas.

Otra limitación sería la gran variedad de cirujanos y anestesiistas que actúan en este servicio y no todos siguen un criterio de actuación común, en cuanto a la pauta analgésica.

También sería una limitación la dificultad de comparar los resultados con otros publicados, el diseño y la aplicación retrospectiva dificulta la comparabilidad de los resultados.

Indicar también la valoración subjetiva del dolor por parte del paciente, a pesar del uso de la escala EVA, la cual en pacientes ancianos puede ser de difícil interpretación, así como la imposibilidad de contar con un único evaluador para todos los casos.

Según un estudio alrededor de una cuarta parte de las personas mayores con fractura de cadera, experimentan dolor de moderado a muy grave a partir de seis meses

a un año después del alta. Por otra parte, el dolor experimentado durante el primer mes después del alta supone un impacto significativo en la calidad de vida de la persona durante todo el año siguiente al alta ¹³.

Teniendo en cuenta estos datos pocos estudios han examinado el impacto del dolor sobre la calidad de vida de las personas tras el postoperatorio de la artroplastia de cadera; sería interesante realizar un estudio prospectivo sobre estos pacientes.

Sería un dato relevante para la práctica clínica que las enfermeras presten la atención e intervención a largo plazo del dolor postoperatorio en el fractura de cadera de los ancianos para evitar nuevas complicaciones en los resultados físicos relacionados. Los hallazgos de este estudio pueden ser utilizados para desarrollar eficaces estrategias de manejo del dolor para la fractura de la cadera en los pacientes mayores.

Partiendo de la idea de continuar haciendo un seguimiento a estos pacientes ,podríamos plantearnos hacer uso de una serie de instrumentos reconocidos y validados , porque una adecuada valoración de los resultados de la artroplastia de cadera requiere el uso de instrumentos genéricos de medición de la calidad de vida , capaces de valorar las diversas dimensiones del bienestar relacionadas con la salud , y de instrumentos específicos que sean lo suficientemente sensibles para detectar los cambios clínicos de interés en el estado de los pacientes.

El instrumento genérico más difundido actualmente es el Medical Outcomes Study-Short Form 36 (MOS SF-36), muy utilizado en las enfermedades de cadera y sus propiedades clinimétricas (fiabilidad, validez, sensibilidad a los cambios) han sido bien estudiadas en los problemas de ésta articulación dado su frecuente uso como patrón oro para la validación de otros instrumentos.

Respecto a los instrumentos específicos, el Western Ontario and McMaster University (WOMAC) Osteoarthritis Index es un instrumento muy extendido para evaluar la patología de cadera

Sin embargo, el instrumento más utilizado, para evaluar los resultados tras la artroplastia de cadera es la escala de cadera de Harris (Harris Hip Score,HHS), a pesar de la escasez de trabajos sobre sus propiedades clinimétricas. Esta nos permite valorar la patología traumática de cadera a partir de cuatro dimensiones, dolor, función, deformidad, y amplitud de movimientos.¹⁴.

Otro punto interesante sería la necesidad de instaurar programas de formación para control y manejo del dolor en el paciente postoperado dirigidos al personal de enfermería. Todo ello sería de gran utilidad, ya que supondría crear protocolos de pautas analgésicas destinados a aliviar el dolor del paciente postoperado de artroplastia de cadera cuando la pauta habitual no le es efectiva.

En toda la literatura se enfatiza en la necesidad de la formación continuada y el adiestramiento del personal sanitario en detectar el dolor y tratarlo adecuadamente.

Tan importante como la utilización de pautas farmacológicas es un programa de educación para la plantilla que está a cargo de ese paciente, encontrándose con esto reducciones importantes en el grado de dolor experimentado e incluso en la incidencia de complicaciones postoperatorias.

Pero para que esto pueda llevarse a cabo es necesario que se considere el control del dolor uno de los marcadores de calidad dentro del hospital y se le dediquen los recursos suficientes.

Por tanto es preciso determinar la prevalencia y severidad del dolor postoperatorio así como los hábitos de prescripción ya que este es el punto de partida para intervenciones futuras que lleven a un mejor manejo del dolor postoperatorio.

Para conseguir un control adecuado del dolor, el primer paso es que su tratamiento sea entendido como una necesidad por los profesionales que deben manejarlo, así como un marcador de calidad por los gestores de los hospitales que deben estar dispuestos a invertir tiempo y recursos en su tratamiento. La aplicación de terapias ineficaces puede corregirse con el empleo de protocolos analgésicos adecuados, pero para que estos sean efectivos, previamente hay que realizar un estudio de la situación del dolor, en el medio en que piensan aplicarse, para determinar las características del tratamiento del dolor, los posibles errores en su manejo y subsanarlos, implicando además en ello a los responsables de los cambios necesarios

6. CONCLUSIONES

Los pacientes intervenidos de artroplastia de cadera en el servicio de traumatología del HUCA tienen buen manejo del dolor postoperatorio.

Los pacientes intervenidos de artroplastia de cadera mayoritariamente son mujeres con una media de edad alta.

No se percibe una clara relación entre el consumo de psicofármacos y la percepción del dolor.

La incidencia de efectos secundarios no es clínicamente importante teniendo en cuenta la escasa manifestación de éstos.

Existe mucha relación entre la desorientación y la toma de psicofármacos. De los que toman psicofármacos la mayoría se desorientan y viceversa.

Se observa una respuesta homogénea a las diferentes formas analgésicas, si bien es cierto que los que consumen tramadol y peptidina de hidrocloreuro tienen menos dolor, pero ninguna diferencia llega a ser significativa. Con la bomba elastomérica, los resultados son muy similares.

Las mujeres consumidoras de analgésicos domiciliarios tienen menos dolor durante el postoperatorio

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Casanovas M, Soto R, Ramón J, Martínez C, Serrano I, Sancho R. La valoración del dolor por los profesionales de enfermería. Impacto en el tratamiento y bienestar del paciente. *Enfermería Clínica*.2000 ;10 (6): 235-244

- 2.- Peña Otero D. El dolor como quinta constante vital: Valoración de Enfermería Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master. 2 (1): 176-186, Universidad Complutense de Madrid 2010

- 3.- Imirizaldu M, Calvo J. Prevalencia y valoración del dolor. *Rol Enf* 2009;32 (6):414-420

- 4.- Pérez L. Tratamiento y control del dolor. *Rol Enf* 2009; 32 (6): 428-435.

- 5.- Estrada J, Cabrera S. Ensayo clínico aleatorizado sobre el control del dolor en las fracturas peritrocánterea de fémur mediante el uso o no de tracción cutánea. *Enfermería Clínica*. 2011; 21 (5) : 264-270

- 6.- Barragán González MJ. Control de la analgesia en pacientes postquirúrgicos. Seminario de investigación, Facultad de medicina. Universidad de Oviedo, 2001

- 7.-Díaz M, Gil A, Mataix J Serra C. Nutrición y Salud Ósea. Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas. Agosto de 2004 [acceso 23 de mayo de 2012]. Disponible en:
http://www.pulevasalud.com/ps/Zips/10385/dossier_nutricion_hueso.pdf

- 8.- Galí J, Puig C, Carrasco G, Roure C, Andreu C. Experiencia en el tratamiento multidisciplinar del dolor agudo postoperatorio. *Rev Calidad Asistencial* 2004; 19(5):296-303
9. - Büyükyılmaz FE, Aşti T. Postoperative Pain Characteristics in Turkish Orthopedic Patients. *Pain Manag Nurs.* 2010 Jun;11(2):76-84. Epub 2009 Apr 18.
- 10.- Ene KW, Nordberg G, Bergh I, Johansson FG, Sjöström B .Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. *J Clin Nurs.* 2008 Aug; 17(15):2042-50
- 11.- Fernández-Castillo A, Vílchez-Lara M J, Caballero J2. Valoración complementaria del dolor agudo postoperatorio en un contraste de potencia analgésica. *Rev. Soc. Esp. del Dolor.* 2003 ;13, (3): 151-158.
- 12.- Sieber FE, Mears S, Lee H, Gottschalk A. Postoperative opioid consumption and its relationship to cognitive function in older adults with hip fracture. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Dec; 59(12):2256-62. Epub 2011 Nov 7
- 13.- Shyu YI, Chen ML, Chen MC, Wu CC, Su JY. Postoperative pain and its impact on quality of life for hip-fractured older people over 12 months after hospital discharge. *J Clin Nurs.* 2009; 18(5):755-64.

14.- Navarro MJ, Peiró S, L Ruiz L, Paya A, Hervas MT Lopez P Mateu J. Valided de la escala de la cadera de Harris en la rehabilitación de la artoplasia de cadera. (Madrid) 2005; 39(4):147-54

8.- ANEXO I

Hoja de recogida de datos

Nº Historia Clínica:

Fecha de Ingreso:

Edad: Sexo V M

Tipo de Cirugía: Total Parcial
Recambio

Analgésicos domiciliarios SI NO

Psicofármacos SI NO

Otros tratamientos: SI NO

Duración de la Cirugía (t)

1. EVA Primer día: M T N

2. EVA Segundo día: M T N

3. EVA Tercer día: M T N

Bomba Elastomérica : SI NO

OTROS TRATAMIENTOS:

Paracetamol : SI NO

Metamizol : SI NO

Peptidina de
hidrocloruro : SI NO

Efectos Secundarios : SI NO

Episodios de desorientación:

SI NO

9.- ANEXO II



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Area Sanitaria IV

D^a ANA ISABEL GUERRERO RODRÍGUEZ
ENFERMERA
PLANTA 3^a D D.
CENTRO GENERAL

Oviedo 19 de enero de 2012

Asunto: Respuesta a solicitud para realizar estudio trabajo fin de Máster

En contestación al escrito que firma D^a Ana Isabel Guerrero Rodríguez solicitando autorización para llevar a cabo el estudio para el trabajo fin de Máster titulado VALORACIÓN DEL DOLOR, MEDIANTE LA ESCALA ANALÓGICA VISUAL (EVA), DEL PACIENTE EN EL POSTOPERATORIO DE LA ARTROPLASTIA DE CADERA", esta Dirección de Enfermería da su conformidad a dicha solicitud, recordando a la solicitante que deberá de notificarlo a la Supervisora de la Unidad, así como guardar la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este estudio.

Un saludo.



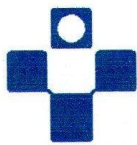
Fdo.: Francisco López Marinas
Director de Enfermería del HUCA

D^a. NATALIA SÁNCHEZ CAYADO

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Celestino Villamil, s/nº - 33006
Oviedo
Tel.: 985 000 000 - Fax:

10.- ANEXO III



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Área Sanitaria

Dña. Ana Isabel Guerrero Rodríguez
D.U.E.
Cirugía y Traumatología
HUCA

Estimada amiga

Hemos recibido en este Comité un modelo de solicitud de datos para trabajos de investigación y/o publicaciones científicas. Para realizar una revisión del historial clínico del paciente no se necesita ningún permiso por parte de este Comité. Lo que si creo es que habría que ponerlo en conocimiento de la Dirección de Enfermería y probablemente de la Dirección Médica ya que sobre ella recae la custodia de las historias clínicas del centro. Desde lo que a nosotros nos incumbe como Comité de Ética solo recordar que se debe tratar toda la información recibida con total confidencialidad desligando en todo momento los datos de identificación del paciente cumpliendo de este modo con la ley de protección de datos de 1999.



Un saludo y ante cualquier duda o aclaración no duden en consultarlo.

En Oviedo a 17 de enero de 2012



Manuel Naves Díaz
Secretario Comité de Ética para la Atención Sanitaria (CEAS)
HUCA

11.- ANEXO IV

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	PROCEDIMIENTO OPERATIVO EVALUACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	 huca hospital universitario central asturias Dirección de enfermería
	Fecha: Agosto 2011	
	Edición: 001 PT050	

ACTIVIDADES:

1. Valorar y Registrar al ingreso del paciente: tipo de dolor, localización e intensidad. El tipo de dolor y localización se registrará en la hoja de valoración al ingreso, mientras que la intensidad, medida mediante Escala EVA, se registrará en el Plan de cuidados.
2. Continuar valorando la presencia y/o ausencia de dolor, con el resto de las constantes, al menos una vez por turno, durante toda la estancia hospitalaria. **Quinta Constante Vital.**
3. Registrar en el Plan de cuidados el valor de la Escala EVA, para visualizar la evolución.
4. Todas las mediciones adicionales se registrarán en la hoja de observaciones de enfermería como se hace con el resto de las constantes vitales. **Quinta constante vital**
5. Asegurarse de que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes. Para ello, tanto en la valoración inicial, como en el resto de la estancia hospitalaria, comprobar:
 - Si $EVA \leq 3$ (Dolor leve) mantener el control como Quinta Constante Vital.
 - Si $EVA > 3$: Administrar analgesia pautada. En caso de que no exista analgesia pautada, informar al médico.



Comprobar la eficacia de la analgesia administrada a los 30 minutos si es Vía Parenteral o a los 60 minutos en Vía Oral/ Enteral

Si continúa con $EVA > 3$: Administrar analgesia de rescate, si no está pautada informar al médico.

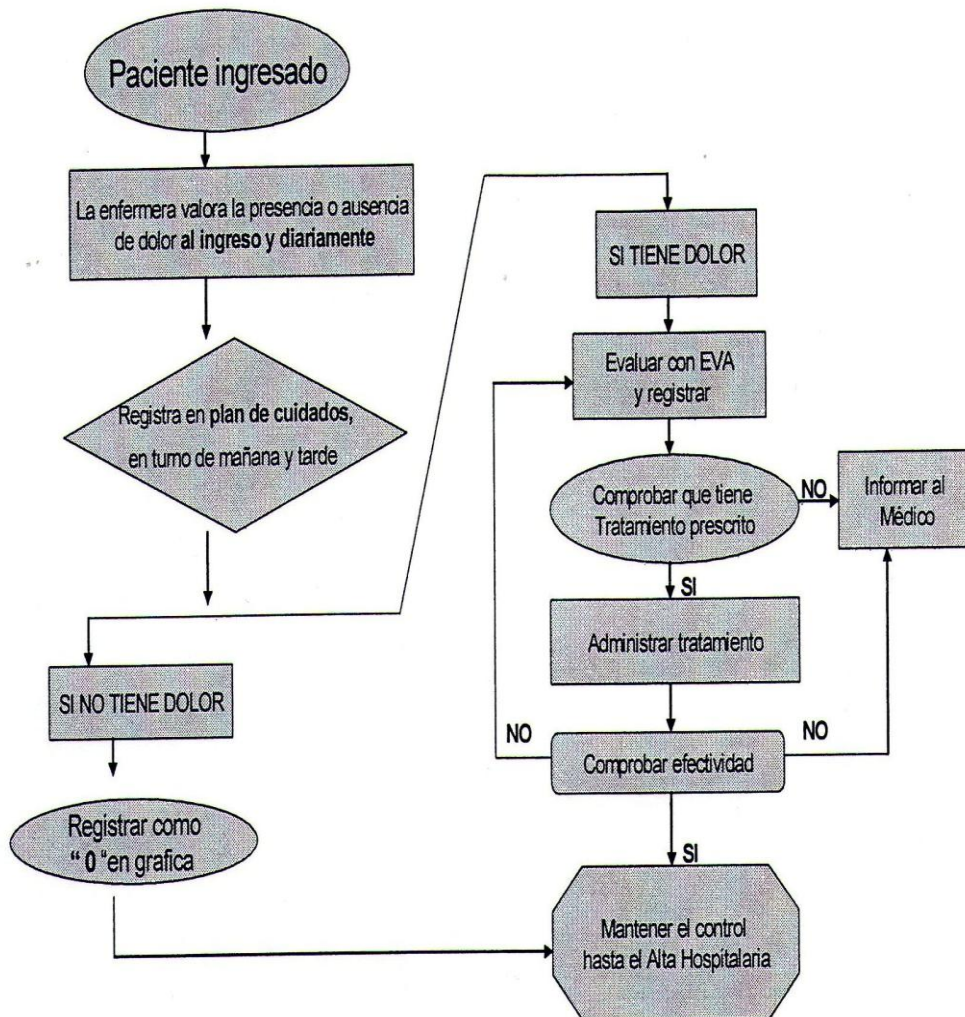
Medir la intensidad del dolor cada vez que se administra analgesia de rescate para verificar su efectividad. Anotar en hoja de observaciones de enfermería.

6. Incluir el último resultado de la valoración del dolor en el Informe de continuidad de cuidados de Enfermería al Alta

12.- ANEXO V

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	PROCEDIMIENTO OPERATIVO EVALUACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	 Dirección de enfermería
	Fecha: Agosto 2011	
	Edición: 001 PT050	

FLUJOGRAMA



13.- ANEXO VI

