

Dolor Postoperatorio en Niños: Diagnóstico de Situación en Unidad de Recuperación

Postoperative Pain in Children: Diagnosis of Situation in Recovery Unit

Dra. M^a Eliana Eberhard F. (1*), Dra. Ximena Mora D. (1*), Dra. Mariela Agurto V. (2*), Ivonne Arriagada I. (2**)

Resumen

OBJETIVO: Estudio descriptivo. Evaluación nivel del dolor en el postoperatorio inmediato de pacientes pediátricos y su correlación con técnica analgésica del intraoperatorio

METODO: A través de una pauta previamente diseñada, se evaluó a niños operados de cirugía electiva y urgencia e ingresados en las unidades de recuperación (UR) de 2 hospitales de Santiago. Se registró el tipo de analgesia del intraoperatorio y el nivel de dolor durante el postoperatorio inmediato de acuerdo a escala visual análoga. También se registró la analgesia de rescate.

RESULTADOS: 173 niños ingresaron al estudio (febrero a junio 2004). Todos recibieron analgésicos durante el intraoperatorio. El 99% de los casos recibió más de una droga. El AINE más usado fue ketoprofeno (70.3%) y de los opiodes, fentanyl (90.8%). El 73% de los casos fueron candidatas a bloqueo analgésico regional, el cual se realizó en el 42% de ellos. El 62%, presentaba un EVA <3 al momento del ingreso a recuperación. A los 30 min, el 81% tenía EVA <3 y a los 60 min 96%. Ningún paciente presentaba dolor al momento del alta. Fue necesario rescate (EVA >3) en 37%, de los pacientes al ingreso a la UR, 18% requirió rescate a los 30 min y sólo 3% a los 60. Se eligió un opiode en 59% de casos y AINES en 40%. (confeccionar Tabla)

CONCLUSIONES: Los resultados muestran que el dolor postoperatorio inmediato en pediatría, es en la mayoría de los pacientes de intensidad sólo leve a moderada. Esto debido probablemente al adecuado uso de analgesia multimodal durante el intraoperatorio. Además, responde favorablemente tanto a AINES como a opioides. También sugieren que los analgésicos opioides son la droga de elección para rescate analgésico. En ningún paciente hubo retraso del alta por motivo de dolor.

Palabras clave: dolor, niños, EVA.

Summary

OBJECTIVE: To survey the analgesic technique used during surgery and its postoperative effectiveness. A modified Visual Analog Scale (VAS) and Clinical Scale Measurements were obtained from 173 operated children, from two hospitals of Santiago. We also registered requesting of additional analgesia.

RESULTS: in recovery room, at the arrival time (T0), VAS was < 3 in 62%, of our patients, in 81% and 96% at 30 and 60 min respectively. And 100% at discharge. The request of additional analgesia at T0 (VAS >3) was registered in 37% children, and at 30 and 60 min in 18% and 3% respectively. The choice of an opioid was in 59% of cases and NSAID'S in 40%.

CONCLUSIONS: All the children had their postoperative analgesia started during the surgery.

In 99% of the cases more than one drug was selected. Being ketoprofen the most common NSAID and fentanyl in the opioids. Regional blockades were used in 73% in whom it was suitable.

All our patients were discharged without pain and no further treatment was needed.

Key words: pain, children, VAS.

Introducción

En la última década ha habido un especial interés en el manejo del dolor postoperatorio en pediatría, pero a pesar de diversos avances aún hay muchos niños que sufren innecesariamente por falta no sólo de un adecuado

tratamiento, sino también por una inadecuada evaluación del problema. (1-2)

Hay múltiples evidencias en la literatura que demuestran que el mal manejo del dolor agudo postoperatorio afecta la morbimortalidad y complica el tratamiento aumentando la cantidad de fármacos y costos. (a)

El manejo de los episodios dolorosos servirá de experiencia positiva o negativa frente a experiencias posteriores. (3,4,5)

El dolor agudo tratado inadecuadamente puede llevar a la cronicidad y trae también consecuencias psicológicas como ansiedad, miedo, alteraciones del sueño y comportamiento, a largo plazo. (6-7)

La prevención y buen manejo del dolor postoperatorio son prioridades en el paciente pediátrico quirúrgico. Para esto

* (1) Clínica Alemana Santiago,

(2) Clínica Dávila

(*) Médico Anestesiólogo

(**) Enfermera Matrona

Tabla 1

Escala Clínica de Dolor	
Puntaje	Características Clínicas
1	Niño feliz, juguetón, risueño.
2	Calmado, dormido.
3	Dolor moderado, llora, hace muecas, puede distraerse con juguetes, los padres, comida.
4	Dolor moderado, llora, no se distrae, adopta posición antialgíca, se lleva las manos al sitio de la cirugía.
5	Dolor severo, llanto inconsolable niño que no se consuela con nada

Tabla 2

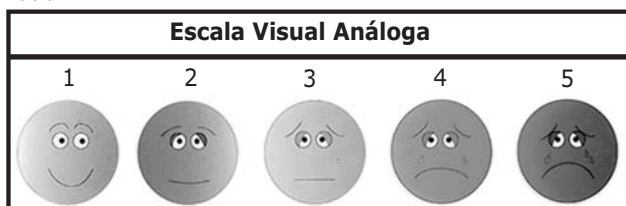


Tabla 3

Tipo de Cirugía	0-5 años	5-10 años	>10 años
Urgencia	2	6	8
Electiva	93	42	22

Tabla 4

Intraoperatorio			
Analgesia Intraop.	0-5	5-10	10-14
Opioide Solo (n) 21	12	4	5
Aine Solo (n) 11	4	4	3
Opioide + Aine (n) 117	73	32	12

Analgesia Intraop.	EVA postop		
	>4	>4	>4
Opioide Solo (n)	7	5	-
Aine Solo (n)	10	3	1
Opioide + Aine (n)	49	23	5

entre otras cosas es necesario incorporar la evaluación de dolor en forma rutinaria, por ejemplo, a través de su incorporación como 5º Signo Vital.

Pesquisar la presencia y magnitud del dolor en pediatría no es fácil, sobre todo en los más pequeños; esto explica la existencia de diversas tablas y guías para realizarlo. Lo importante es consensuar una forma de evaluación adecuada para cada centro asistencial, que sea fácil de utilizar y reproducible por cualquier miembro del equipo de salud. (8-9-10-11)

Los factores que determinan la calidad de la analgesia postoperatoria son administrar el tratamiento en forma sistemática (horario), anticipado al evento doloroso, lo que se ha denominado ANALGESIA PREVENTIVA, y atacando las diversas vías del dolor en forma simultánea, o sea, tratamiento MULTIMODAL. (12-13)

Basándonos en estos conceptos es que decidimos durante el año 2004 realizar una evaluación diagnóstica de la calidad de analgesia postoperatoria pediátrica en dos hospitales generales. Es así como diseñamos el siguiente trabajo cuyo objetivo fue identificar, en los menores de 16 años, la o las técnicas analgésicas recibidas durante el intraoperatorio y correlacionar su efectividad con la presencia de dolor en el postoperatorio inmediato.

Pacientes y Metodos:

En 2 centros hospitalarios de Santiago se realizó una encuesta a todos pacientes menores de 16 años ingresados en la unidad de recuperación (UR)* entre febrero y junio de 2004, que fueron sometidos a cirugía ambulatoria u hospitalizados, ya sean urgencia o electivos. Esta fue realizada por una enfermera de la unidad de recuperación, quien consignó el tipo de analgesia recibida en el intraoperatorio y realizó una medición de dolor mediante escala visual análoga en tres momentos específicos: ingreso (tiempo 0), a los 30 min, 60 min y al alta de la unidad. También se registró la analgesia de rescate, momento y droga utilizada, así también como la respuesta analgésica.

En los menores de 5 años la evaluación se realizó con una escala clínica de dolor, ya validada en nuestros servicios, en la que los puntos observados son: verbalización, expresión facial, respuesta motora, postura, actividad y aspecto general (Tabla 1). 8

En los mayores de 5 años utilizamos una adaptación de la escala visual análoga a una escala de 5 puntos para facilitar la comprensión y cooperación. (Tabla 2)9

Ambas escalas tienen puntaje de 1 a 5, donde 1 y 2 corresponden a dolor leve, 3 a moderado y 5 a dolor severo. Definimos respuesta analgésica adecuada si se registra una disminución de 1 a 2 puntos en alguna de las escalas. (Tabla 1 y Tabla 2)

Resultados

Se incluyeron 173 niños, con edades entre 4 meses y 15 años 11 meses. (En promedio, 6 años 2 meses), 104 (60.1%) de sexo masculino y 69 (39.88%) femenino.

116 (67.05%) cirugías correspondieron a pacientes ambulatorios y 57 (32.94%) a hospitalizados. 16 (9.24%) fueron urgencias y 157 (90.75%) cirugías electivas. Tabla 3 Todos los niños operados en las unidades de recuperación evaluadas recibieron analgesia multimodal desde el intraoperatorio. Tabla 4

El AINE más usado fue el ketoprofeno y de los opioides, el fentanyl.

Los bloqueos regionales se realizaron en 42.19% del total de pacientes.

Al analizar sólo las cirugías susceptibles de recibir un bloqueo regional este porcentaje aumenta al 73%.

Las cirugías más frecuentes fueron, circuncisión 42/173 (24.27%), adenoamigdalectomía 30/173 (17.34%), adenoidectomía 15/173 (8.6%), hernioplastia 21/173 (12.13%), cirugía oftalmológica 8/173 (4.62%), cirugía ortopédica 10/173 (5.78%), apendicetomías 10/173 (5.78%) y otras en 36/173 (20.80%). (Gráfico 1)

El 62%, presentaba un EVA <3 al momento del ingreso a recuperación. A los 30 min, el 81% tenía EVA <3 y a los 60 min 96%. Ningún paciente presentaba dolor al momento del alta. Fue necesario rescate (EVA >3) en 37% de los pacientes al ingreso a la UR. 18% requirió rescate a los 30 min y sólo 3% a los 60, Se eligió un opioide en 59% de casos y AINES en 40%. Tabla 5 y 6

Conclusiones

Los resultados muestran que, al menos en los dos centros evaluados, el dolor postoperatorio inmediato en pediatría es en la mayoría de los pacientes de intensidad sólo leve a moderada, y que cuando se presenta, responde rápidamente a las drogas administradas, por lo que es posible concluir que existe un adecuado manejo del dolor en este grupo de pacientes encuestados. Esto debido probablemente al adecuado uso de analgesia multimodal durante el intraoperatorio. También muestran que los analgésicos opioides son la droga de elección para rescate analgésico durante la primera hora del postoperatorio. Todos nuestros pacientes fueron dados de alta desde recuperación sin dolor y no hubo pacientes que necesitaran ser incorporados posteriormente en la unidad de dolor de agudos. Si bien no es posible extrapolar estos resultados a la realidad nacional, los analgésicos tanto opioides como no-esteroidales usados en el grupo de pacientes estudiados en general se encuentran disponibles en la mayoría de los centros donde se operan niños. Es necesario realizar mayores estudios para establecer un mejor diagnóstico del manejo del dolor postoperatorio pediátrico en nuestro medio.

Gráfico 1

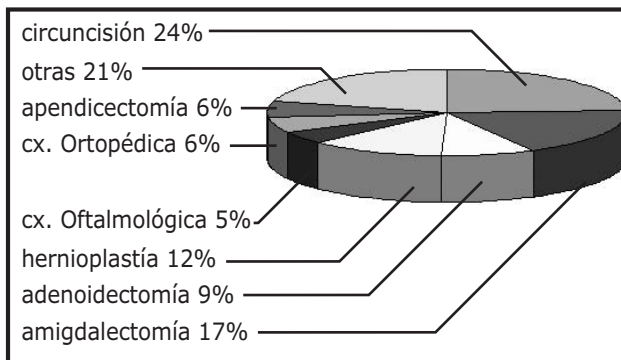


Gráfico 2

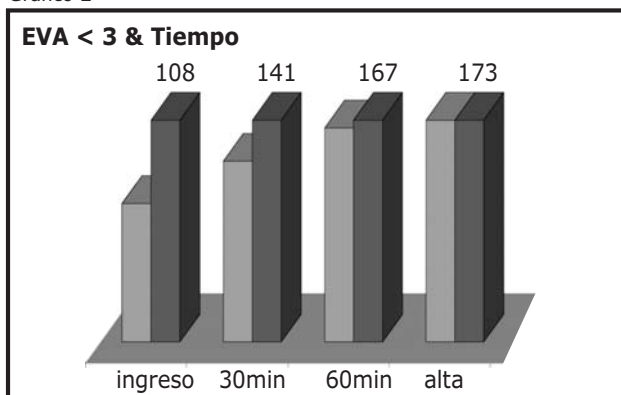
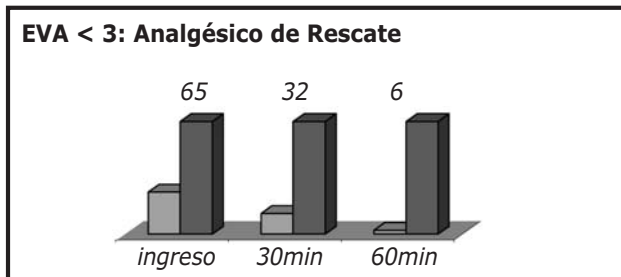


Gráfico 3



Correspondencia

Dra. Ximena Mora Diez
Médico Anestesiólogo - Anestesiólogo Pediátrico
Teléfono: 210 1111-1377
Santiago - Chile
e-mail: xmora@vtr.net

Dra. María Eliana Eberhard Fellay
Médico Anestesiólogo - Anestesiólogo Pediátrico
Teléfono: 210 1111-1377
Santiago - Chile
e-mail: meeberhard@vtr.net

Encuesta Diagnóstico de Control del Dolor Agudo Postoperatorio en Recuperación en Niños (< Hasta 15 Años)

Fecha	<input type="text"/>	Central	<input type="text"/>
Hora Ingreso	<input type="text"/>	Ht	<input type="text"/>
Recuperación	<input type="text"/>		

Nombre Edad Ficha

Sexo Cirugía Realizada Anestesiólogo

Hospitalización Normal Transitoria A Cargo a la Unidad de Dolor

Al Ingreso a Recuperación: Si No Al Alta de Recuperación: Si No

Analgesia Intraoperatoria: Si No Aines Opioides

Anestésico Local: Si No (Técnica)

EVA Ingreso a Recuperación

Si Dolor Moderado o Severo (EVA >3),
 Conducta

Rescate: Si No Cuál Vía de Administración

Segunda Evaluación

Hora EVA

Conducta

Tercera Evaluación

Hora EVA

Conducta

Evaluación Alta

Hora EVA

Conducta

Eberhard / Mora / Agurto

Referencias Bibliográficas

<p>1.- Walco GA, Cassidy RC, Schechter NL. Pain, hurt and harm. The ethics of pain control in infants and children. N England J Med. 1994, 331: 541-544.</p> <p>2.- Simons SHP, Van dijkm KM, Anand KJS, Roofthoof D, et al. Do we still hurt newborn babies? A prospective study of procedural pain and analgesia in neonates. Arch Pediatr Adolesc Med 2003; 157:1058-1064.</p> <p>3.- Porter FL, Grunau RE, Anand KJ. Long term effects of pain in infants, J Dev Beba Pediatr 1999; 20: 253-261.</p> <p>4.- Grunau R. Early pain in preterm infants. A model of long-term effects. Clin Perinatol 2002; 29: 373-394.</p> <p>5.- Stevens B, Gibbins S, Franck LS. Treatment of pain the neonatal intensive care unit. Pediatr Clin North Am. 2000; 47: 633-650.</p> <p>6.- Smith RP, Gitau R, Glover V, Fisk NM. Pain and stress in the human fetus. Eur J Gynecol Reprod Biol. 2000; 92:161-165.</p> <p>7.- Anand KJS, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. N England J Med. 1987; 317: 1321-1329.</p>	<p>8.- Hester NO, Foster R, Kristensen K Measurement of pain in children: generalizability and validity of the pain ladder and the poker chip tool. Adv Pain Res Ther 1990; 15:79-84</p> <p>9.- Bierid D, Reeve RA, Champion GD, et al. The faces pain scale for the selfassessment of severity of pain experience by children: development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. Pain 1990; 41:139-150.</p> <p>10.- Beyer JE, Wells N. The assessment of pain in children. Pediatr clin North Am. 1989; 36: 837-854.</p> <p>11.- Mc Grath PJ, Jonson G, Godman JT, et al . CHEOPS: a behavioral scale for rating postoperative pain in children. Adv Pain Res Ther 1985; 9: 395-402.</p> <p>12.- " Guías Prácticas para el manejo del Dolor Agudo". Consenso Comité de Expertos. Patrocinio: Sociedad de Anestesiología de Chile, Asociación Internacional para el Estudio del Dolor IASP - Capitulo Chileno. Año 2002.</p> <p>13.- Eberhard Ma. E. y Mora X. " Manejo del Dolor en el Paciente Pediátrico". Rev Chil Pediatr 2004; 75 (3); 277-279.</p> <p>14.- Kehlet H,Hole K. Effect ofpostoperative analgesia on surgical outcome. Br J Anaesth 2001;87:62-72.</p>
---	---