

Analgesia postoperatoria en *hallux valgus*

I. M. García Sánchez, N. Prados Olleta, E. Mochón, M. A. Herrera, M. Albarracyn

Unidad de Cirugía Alta Precoz. Hospital San Juan de Dios. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la efectividad de dos formas diferentes de prescribir la analgesia postoperatoria en pacientes sometidos a cirugía del *hallux valgus* con alta en el día.

Material y método: A través de un cuestionario telefónico se evaluó la efectividad, grado de cumplimiento y complicaciones de dos protocolos de analgesia en pacientes ambulatorios intervenidos de *hallux valgus*. Los dos protocolos sólo se diferenciaron en la forma de prescripción de los mismos. Se recogieron datos de 48 pacientes distribuidos al azar en dos grupos mediante una hoja diseñada para este propósito.

Resultados: La intensidad del dolor postoperatorio fue menor, tanto en las primeras 24 horas, como después, cuando se dio al paciente un protocolo de analgesia detallado minuciosamente, mejorando también el grado de cumplimiento. Las complicaciones (náuseas, vómitos, mareos) fueron más frecuentes en el grupo que no recibió una prescripción detallada. Un 34,5% de los pacientes padeció dolor bastante intenso en algún momento, pese a la analgesia. El dolor fue más intenso en las primeras 24 horas, cuando se asoció corrección de otros procesos y en los pacientes más jóvenes.

Conclusiones: Comunicar al paciente de una forma muy detallada (por escrito) la pauta analgésica adecuada hace que su postoperatorio sea menos doloroso y reduce la incidencia de complicaciones, así como facilita su cumplimiento.

Palabras clave: *Hallux valgus*. Dolor postoperatorio. Protocolos de analgesia.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of two different ways to prescribe the postoperative analgesia subjected patients to surgery intervention of *hallux valgus* with discharge from hospital in the same day.

Recibido: abril 2006.

Aceptado: octubre 2006.

Correspondencia: Isabel María García Sánchez. C/ Madrid, 6. 18102 Purchil (Granada). e-mail: metafora@tiscali.es

Material and method: Through a telephone questionnaire we evaluated the effectiveness, fulfilment and complications of two analgesia protocols in ambulatory patients under *hallux valgus* surgery. Both analgesia protocols were only different in the prescription form. We analyzed the feed back from 48 patient random distributed in two groups. Each group was assigned to different a analgesia protocol prescription.

Results: The intensity of the postoperative pain was smaller at the first 24 hours but also after that, when the prescription of analgesia protocol was given to the patient meticulously detailed. It also improved the protocol fulfilment by the patient. The complications (sickness, vomits, dizziness) were also more frequent in the group that did not receive a detailed prescription. A 34.5% of the patients suffered quite intense pain sometime, even when they have already taken the analgesia. The pain was more intense in the first 24 hours, when correction of other processes was associated and in the youngest patients.

Conclusions: To communicate to the patient the analgesia protocol in a very and meticulous way (even by written) achieves a less distressful and painful postoperative process. It even reduces the postoperative complications and increases the correct analgesia protocol achievement.

Key words: *Hallux valgus*. Postoperative pain. Analgesia protocols.

García Sánchez IM, Prados Olleta N, Mochón E, Herrera MA, Albarracyn M. Analgesia postoperatoria en *hallux valgus*. *Cir May Amb* 2007; 12: 27-31.

INTRODUCCIÓN

El componente *dolor* es uno de los factores más influyentes en la valoración que el paciente realiza sobre la calidad asistencial recibida en procesos sanitarios invasivos. Por lo tanto, trabajar en la minimización de este o ayudar a tolerarlo mejor cuando su erradicación o disminución no es posible originará la percepción por parte del

paciente de una mejor atención y, en consecuencia, el sentimiento de una mayor calidad asistencial.

Estudios realizados en pacientes sometidos a cirugía ambulatoria (1) han mostrado que no estaban preparados para la experiencia perioperatoria y sufrían innecesariamente debido al manejo inadecuado del dolor.

Es frecuente que muchos pacientes presenten dolor en el postoperatorio, y sean tratados de forma inadecuada. En general, el 50-70% puede sufrir dolor intenso y el 30-40% dolor moderado después de la cirugía (2). Entre las causas del alivio inadecuado del dolor podemos citar: conocimiento insuficiente sobre el dolor y su tratamiento por parte de los profesionales sanitarios, la prescripción de analgésicos a dosis mínimas o con intervalos de administración demasiado largos por miedo a los efectos colaterales y el incumplimiento de las pautas terapéuticas por parte del paciente o su indicación "según necesidades".

Además de lo todo lo anterior creemos que cuando se realiza cirugía con un postoperatorio doloroso, como es la del *hallux valgus*, en régimen ambulatorio, es frecuente que no se den pautas claras de analgesia al paciente o este no las comprenda adecuadamente, con lo que el resultado no sea el deseable.

Basándonos en estas premisas, hemos realizado un estudio para intentar demostrar que, cuando el dolor es un síntoma ineludible, la información que se transmite al paciente sobre su resolución y, sobre todo, la forma en la que se transmite ayuda a conseguir mejores resultados en cuanto a alivio del dolor, lo que quizás tenga repercusiones sobre la incidencia de complicaciones postoperatorias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para demostrar nuestra hipótesis seleccionamos una intervención quirúrgica donde el dolor postoperatorio es un síntoma habitual y de baja respuesta a los analgésicos tradicionales: la cirugía del *hallux valgus*. Se compararon dos protocolos de analgesia con la misma medicación (dexketoprofeno, trometadol y metamizol, más una asociación de paracetamol con codeína en caso necesario y omeprazol como protector gástrico). La única diferencia entre ambos protocolos residía en la forma en la que se comunicaba el mismo al paciente.

Durante todo el proceso, con objeto de minimizar las posibles adulteraciones de los resultados ocasionadas por factores externos al estudio, se seleccionaron 50 pacientes de características y condiciones de intervención similares, aunque sólo 48 de ellos completaron el estudio. Se excluyó a los menores de 18 años y mayores de 80, además de aquellos que presentaban alergia o enfermedad que contraindicaba el uso de la pauta analgésica señalada. Todos los pacientes sobre los que se realizó la experiencia, se intervinieron en horario de mañana, con un bloqueo nervioso del tronco ciático (mepivacaína y bupivacaína al 50%) más sedación, por técnicas convencionales

de cirugía ortopédica. En 29 pacientes se realizó sólo la corrección del *hallux valgus*, mientras que en los 19 restantes se asoció corrección de alguna deformidad de los otros dedos.

De forma aleatoria se dividieron estos pacientes en dos grupos, resultando 24 pacientes adscritos a cada uno de ellos. En el grupo I se utilizó el protocolo de analgesia que llamaremos *estándar*; la prescripción se realizó en el informe de alta, especificando los analgésicos a tomar, los intervalos y la medicación de "rescate"; una enfermera le explicaba verbalmente la pauta. En el grupo II se utilizó un protocolo que denominamos *detallado*, porque se entregaba una hoja aparte donde se especificaban detalladamente las dosis, horario de toma de analgésicos y qué añadir en caso de analgesia insuficiente, también una enfermera aclaraba las dudas antes del alta.

El grupo I, constituido por 2 hombres y 22 mujeres, tenía una media de edad de $57,42 \pm 12,35$ años, con un mínimo de 30 y un máximo de 76. El grupo II, de 2 hombres y 22 mujeres, presentó una edad media de $58,25 \pm 11,16$ con un mínimo de 35 y un máximo de 72.

Para cada uno de los 48 pacientes se rellenó una hoja de recogida de datos diseñada para tal fin, recabando información sobre el dolor padecido durante la intervención y en el momento del alta (sobre las 18 horas del día de la operación). Mediante llamadas telefónicas realizadas a las 24 y 72 horas del alta se recogió información sobre el dolor padecido, alivio del mismo con los analgésicos, grado de cumplimiento del tratamiento, complicaciones aparecidas y necesidad de consultas adicionales.

La valoración de la intensidad del dolor durante la operación y en el momento del alta se realizó utilizando una escala cualitativa con cinco niveles (ninguno, ligero, moderado, intenso e insoportable). El dolor padecido tras la operación se cuantificó mediante una escala numérica de 0 (ningún dolor) a 10 (máximo dolor imaginable). El alivio del dolor con los analgésicos se midió mediante una escala cualitativa con cinco niveles (del todo, bastante, a medias, poco, nada).

Para el estudio estadístico de los datos se utilizó el paquete SPSS 12.0. El dolor medido mediante escala numérica se comparó entre grupos mediante el test de la t de Student para muestras independientes y la variación entre las primeras 24 horas y las siguientes mediante la t de Student para muestras apareadas. La comparación entre variables cualitativas se realizó mediante el test de la Chi cuadrado, aunque se tuvieron que agrupar categorías para establecer tablas de 2×2 y aplicar la corrección por continuidad de Yates o el estadístico exacto de Fisher.

RESULTADOS

El análisis estadístico mostró que los dos grupos eran homogéneos en cuanto a edad, sexo y tipo de intervención practicada.

Aunque el estudio se dirigió fundamentalmente al dolor postoperatorio, observamos que un paciente del grupo *estándar* y cinco del grupo *detallado* presentaron dolor de moderado a intenso durante la intervención, dolor que fue corregido con medicación. En cuanto al momento del alta hospitalaria, un elevado porcentaje de pacientes (91,70% del grupo *estándar* y 95,80% del *detallado*) refirieron ligero o ningún dolor.

La tabla I muestra la intensidad del dolor tras el alta hospitalaria medido con la escala numérica de 0 a 10. Aunque es menor en los pacientes con pauta analgésica “detallada”, las diferencias entre grupos no llegan a ser estadísticamente significativas.

El dolor, medido con la misma escala numérica fue menor en los pacientes en los que sólo se efectuó la corrección del *hallux valgus* ($4,34 \pm 3,73$ en las primeras 24 horas y $3,21 \pm 3,03$ en las siguientes) que en los que se asoció otro procedimiento ($5,68 \pm 3,07$ y $4,95 \pm 2,74$). Sólo pasadas las 24 horas primeras las diferencias son estadísticamente significativas ($p = 0,045$).

También hemos observado cómo el dolor en las primeras 24 horas fue menor ($p = 0,094$) en los pacientes mayores de 65 años ($3,78 \pm 3,46$) frente a los más jóvenes ($5,53 \pm 3,44$). En días siguientes las diferencias se hacen menores, aunque persisten.

La tabla II muestra la respuesta al tratamiento analgésico en ambos grupos. Si agrupamos categorías observamos que en las primeras 24 horas el alivio del dolor fue considerado correcto (del todo o bastante) por 16 pacientes e incorrecto (a medias, poco o nada de alivio) por 8 pacientes del grupo *estándar*. En el grupo *de-*

tallado 20 pacientes refirieron un alivio adecuado, mientras que 4 no lo consideraron así. Pese a haber diferencias entre grupos, estas no llegan a ser significativas ($p = 0,182$). Durante las 48 horas siguientes, en el primer grupo había 18 pacientes con el dolor aceptablemente controlado y 6 con mala respuesta. En el segundo grupo las cifras eran de 21 y 3 respectivamente. Tampoco las diferencias entre grupos fueron estadísticamente significativas ($p = 0,46$).

Siete pacientes (cuatro del grupo de prescripción *estándar* y tres del grupo de prescripción *detallada*) calificaron el dolor en algún momento de las primeras 24 horas con una puntuación de 10 en la escala numérica (máximo dolor). Un total de 17 (35,4% del total) estuvieron en algún momento por encima del valor 6 de la escala (once del grupo I y seis del II). Se apreciaron diferencias significativas en cuanto a la necesidad de tomar más analgésicos de los prescritos pues, en el grupo *estándar*, cuatro pacientes tuvieron que hacerlo, bien acortando el espacio entre tomas o bien tomando otros analgésicos, frente a ninguno en el grupo *detallado* ($p = 0,039$). En el primer grupo sólo 18 pacientes (75%) reconocieron haber seguido correctamente el tratamiento, mientras que en el segundo lo hicieron 23 (95,8%).

En las 48 horas siguientes sólo tres pacientes del grupo *estándar* calificaron el dolor que padecían con la máxima puntuación frente a ninguno del otro grupo. La toma de analgésicos fue igual que en las primeras 24 horas, salvo por un paciente más del grupo *estándar*, que disminuyó la dosis en relación con lo prescrito.

TABLA I

INTENSIDAD DEL DOLOR MEDIDO MEDIANTE ESCALA NUMÉRICA (0-10) EN LAS PRIMERAS 24 HORAS Y EN LAS 48 POSTERIORES EN LOS DOS GRUPOS DE PACIENTES

	Grupo	N	Media	Desviación típ.	p
Dolor primeras 24 horas	<i>Estándar</i>	24	5,21	3,765	0,517
	<i>Detallado</i>	24	4,54	3,297	
Dolor tras 24 horas	<i>Estándar</i>	24	4,58	3,438	0,116
	<i>Detallado</i>	24	3,21	2,395	

TABLA II

NÚMERO DE PACIENTES DE CADA GRUPO QUE SE ENLOBABAN EN CADA UNA DE LAS CATEGORÍAS DE ALIVIO DEL DOLOR EN LAS PRIMERAS 24 HORAS (1^{as}) Y EN LAS 48 POSTERIORES (Ss)

Grupo		Alivio del dolor									
		Del todo		Bastante		A medias		Poco		Nada	
		1 ^{as}	Ss	1 ^{as}	Ss	1 ^{as}	Ss	1 ^{as}	Ss	1 ^{as}	Ss
Grupo	<i>Estándar</i>	9	10	7	8	6	4	2	1	0	1
	<i>Detallado</i>	11	14	9	7	3	3	1	0	0	0
Total		20	24	16	15	9	7	3	1	0	1

TABLA III
COMPLICACIONES SURGIDAS EN CADA UNO DE LOS GRUPOS

Grupo		Complicaciones						Total	
		Ninguna	Náuseas	Vómitos	Mareos	Gastralgia	Otra		
Grupo	<i>Estándar</i>	Recuento	15	3	3	3	0	0	24
		% de grupo	62,5%	12,5%	12,5%	12,5%	0,0%	0,0%	100,0%
	<i>Detallado</i>	Recuento	20	0	1	1	1	1	24
		% de grupo	83,3%	0,0%	4,2%	4,2%	4,2%	4,2%	100,0%
Total		Recuento	35	3	4	4	1	1	48
		% de grupo	72,9%	6,3%	8,3%	8,3%	2,1%	2,1%	100,0%

La tasa de complicaciones, reflejadas en la tabla III fue mayor en el grupo *estándar*, con diferencias estadísticas próximas a la significación ($p = 0,083$), pese a la baja incidencia.

DISCUSIÓN

La bunionectomía es un procedimiento ortopédico que se utiliza como modelo, al igual que el dolor tras cirugía dental, para evaluar el tratamiento del dolor agudo (3). En nuestra experiencia la cirugía del *hallux valgus* suele tener un postoperatorio extremadamente doloroso, si no se suministra una pauta analgésica adecuada. El control de este dolor en un paciente ambulatorio supone un importante reto para los profesionales sanitarios que creemos que no tiene justificación hoy día el que un paciente soporte estoicamente el dolor como una consecuencia inevitable de la cirugía.

La asociación de fármacos para el manejo del dolor proporciona sinergia entre ellos y permite reducir las dosis individuales y los potenciales efectos secundarios (4). Sin embargo muchos pacientes que requieren medicación para el dolor pueden ser no tratados o infratratados, entre otras causas, por temor a los efectos secundarios o por el desconocimiento de la medicación disponible (5). Pensamos que una prescripción poco detallada o ambigua de la medicación, a veces por temor del médico a sobremedicar, puede ocasionar que el paciente la tome de forma inadecuada (si no está seguro de lo que puede tomar tiende a reducir la dosis y a soportar el dolor).

En este sentido hemos constatado como una explicación más minuciosa de la misma pauta analgésica produce un mejor alivio del dolor, aunque no hemos alcanzado la significación estadística, posiblemente por lo reducido de la casuística. También favorece un mejor cumplimiento de la misma y, paradójicamente, disminuye la tasa de complicaciones, pese a que nos parecía que los pacientes tomarían más cantidad de medicación al tenerla bien especificada. Quizás el hecho de que la tomaron de una forma más reglada y de que se sentían mejor hizo que com-

plicaciones como náuseas, vómitos y mareos aparecieran más raramente.

El hecho de que los pacientes sean dados de alta a las pocas horas de la intervención hace que la medicación haya de ser suministrada por ellos mismos, con las limitaciones que esto supone (no se podrá utilizar de forma sistemática la vía parenteral). Quizás una pauta sólo con analgésicos del grupo de los antiinflamatorios no esteroideos con un opiáceo débil como la codeína resulte insuficiente en algunos pacientes las primeras 24-48 horas, por lo que en algunos centros se recomienda el tramadol 100 miligramos por vía oral cada 6 horas (6). En nuestra experiencia este fármaco provoca con frecuencia náuseas y vómitos, que dificultan el manejo ambulatorio del paciente.

Aunque existen variaciones individuales en cuanto a la percepción del dolor tras la cirugía del antepié (7) es un hecho que, pese a utilizar pautas de analgesia adecuadas, un total de 7 pacientes de nuestro estudio (14,6%) padecieron en algún momento un dolor "insoportable" y 17 (35,4%) un dolor bastante intenso. Esto es un hecho frecuente pues en un estudio llevado a cabo en Canadá sobre 5.703 pacientes se constató que el 30% padecía dolor moderado o severo en las primeras horas tras cirugía ambulatoria (8). Los autores entre sus conclusiones citan que una mejora en las instrucciones sobre la analgesia puede mejorar el control del dolor en los pacientes ambulatorios.

Creemos que tras este tipo de cirugía podría estar justificado el empleo de otros métodos analgésicos como el bloqueo continuo de nervios periféricos, que ha demostrado su eficacia en pacientes ambulatorios, mejorando su satisfacción y reduciendo la necesidad de usar fármacos opioides (9).

Nos parece coherente el hecho de que el dolor sea más intenso en los casos en que se asocian varios procedimientos. El hecho de que los pacientes más ancianos padezcan menos dolor, que hemos constatado en otros estudios (7), podría explicarse por variaciones en los procedimientos quirúrgicos y por una menor sensibilidad de los mayores al dolor.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria del antepié padecen en ocasiones un dolor intenso, insuficientemente aliviado con pautas analgésicas convencionales.

2. Se podría mejorar el dolor postoperatorio, tanto en las primeras 24 horas como después, dando al paciente protocolos de analgesia bien detallados.

3. El dolor es mayor en pacientes en los que se asocia a la corrección del *hallux valgus* otro procedimiento, siendo estos casos los que más se beneficiarían de una prescripción detallada. Los sujetos mayores refieren menos dolor.

4. La tasa de complicaciones (náuseas, vómitos, mareos, etc.) puede reducirse con una analgesia bien reglada.

5. Sería necesario realizar otros estudios y comparaciones entre distintas pautas de analgesia, pues un porcentaje importante de pacientes padece dolor intenso o insoportable en el postoperatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Costa MJ. The lived perioperative experience of ambulatory surgery patients. *AORN J* 2001; 74: 874-81.
2. López Timoneda F, Gasco García MC. Tratamiento del dolor postoperatorio: profilaxis y tratamiento. En: Tamales Escobar S, Martínez Ramos C, editores. *Cirugía. Fisiopatología general. Aspectos básicos. Manejo del paciente quirúrgico*. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA; 1997. p. 329-34.
3. Desjardins PJ, Black PM, Daniels S, et al. A randomized controlled study comparing rofecoxib, diclofenac sodium, and placebo in postbunionectomy pain. *Curr Med Res Opin* 2004; 20: 1523-37.
4. Kehlet H. Acute pain control and accelerated postoperative surgery recovery. *Surg Clin North Am* 1999; 79: 431-3.
5. Redmond M, Florence B, Glass PS. Effective analgesic modalities for ambulatory patients. *Anesthesiol Clin North Am* 2003; 21: 329-46.
6. García MA, Gómez C. Analgesia postoperatoria en Cirugía Mayor Ambulatoria. En: Urieta Solanas A (dir.). *Protocolos de analgesia postoperatoria*. Madrid: Edición de carácter no venal; 1997. p. 147-51.
7. Arenas Villamayor A, Prados Olleta N, Amorós Pou A, et al. Cirugía del antepié en régimen de corta estancia hospitalaria en los pacientes de edad avanzada. En: Orozco Carreras M, Prados Olleta N, editores. *Temas de Geriátría y Gerontología de Iberoamérica*. Granada: Diputación de Granada; 2002. p. 333-4.
8. McGrath B, Elgendy H, Chung F, Kamming D, Curti B, King S. Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: A survey of 5,703 patients. *Can J Anaesth* 2004; 5: 886-91.
9. Navas AM, Gutiérrez TV, Moreno ME. Continuous peripheral nerve blockade in lower extremity surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005; 49: 1048-55.