



Dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Análisis de resultados según dos métodos de medición del dolor

Elena Martín, Beatriz Osés, Ana Alás, Esther Lacosta, Esther Alvarez, Maria Portas, Víctor Valentí.

*Área de Hospitalización de Enfermería. Clínica Universidad de Navarra. ✉ elenammgg@hotmail.com

Resumen: Objetivo: La obesidad mórbida constituye un problema de salud en los países industrializados. Las medidas habituales para el control de la pérdida de peso a menudo conducen al fracaso. En este sentido la cirugía bariátrica se ha convertido en la opción de tratamiento más adecuada por sus buenos resultados a largo plazo. El adecuado control del dolor en el postoperatorio inmediato reduce las posibles complicaciones y la estancia hospitalaria. El objetivo de este estudio fue analizar y comparar dos métodos diferentes para el control del dolor en el postoperatorio inmediato tras cirugía bariátrica laparoscópica. **Material y método:** Durante el período comprendido entre enero y septiembre de 2014, cuarenta y cuatro pacientes con obesidad mórbida fueron sometidos a bypass gástrico laparoscópico (BGYR) y la gastrectomía tubular (SG) en nuestro hospital. Se procedió a realizar medición del dolor durante las primeras 24 horas posteriores a la cirugía mediante escala visual analógica (VAS) y Cuestionario Internacional de Dolor (IPQ) validado por la Asociación Americana del Dolor. Los resultados de los diferentes métodos se analizaron y se comparan. **Resultados:** No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos métodos analizados en función del tipo de cirugía realizada, aunque se observó menor dolor referido por los pacientes en aquellos sometidos a SG en ambos métodos de medición. En el estudio comparativo entre ASA y IPQ se observó una correcta correlación entre el dolor referido por los pacientes en el cuestionario cumplimentado y los datos recogidos por el personal de enfermería en las escala VAS. **Conclusiones:** La valoración del dolor en pacientes sometidos a cirugía bariátrica constituye un tema prioritario que puede conducir a disminuir las complicaciones postoperatorias iniciales. Las escalas de dolor VAS y el IPQ son métodos sencillos y válidos que aportan datos importantes para el correcto manejo del dolor en los equipos quirúrgicos implicados.

Palabras clave: Dolor; Cirugía bariátrica; Escala Visual Analógica.

Abstract: Objectives: Classical treatments for weight loss in morbidly obese patients often lead to high treatment failure. Bariatric surgery has become the most appropriate treatment option for long-term success results. Postoperative adequate pain control reduces potential surgical complications and hospital stay. The aim of this study was to analyze two different methods for postoperative pain control during the postoperative period after bariatric laparoscopic surgery. **Material and methods:** During the period between January-September 2014, forty-four morbid obese patients underwent laparoscopic gastric bypass and sleeve gastrectomy in our hospital. Pain control was reported during the first 24 hours after surgery following Visual Analog Scale (VAS) and International Pain Questionnaire (IPQ) validated by the American Association of Pain. Results of different methods were analyzed and compare. **Results:** No statistically significant differences were observed in either of the two methods analyzed depending on the type of surgery performed, although there was less pain referred in patients undergoing SG in both methods. In the comparative study between ASA and IPQ there was a proper matching between patients completed questionnaire and nursing VAS collected data. **Conclusion:** Adequate pain assessment after bariatric surgery is a major issue that can reduce early postoperative complications. Pain measure with ASA and IPQ are validated simple methods that bring important data in surgical teams for management of postoperative pain.

Introducción

La obesidad supone un importante problema de salud pública en la mayoría de los países industrializados. Las cifras actuales indican que desde 1980 la prevalencia de la obesidad se ha duplicado en todo el mundo. En 2014 se estimó que existían aproximadamente 1.900 millones de individuos con sobrepeso (el 39% de la población), de los cuales más de 600 millones eran obesos (el 13% de la población) (1).

La obesidad lleva consigo una morbi-mortalidad asociada importante debido a su afectación multisistémica, haciendo que la práctica totalidad de

los órganos y sistemas vitales se vean comprometidos (2-3). Por este motivo, cualquier tratamiento encaminado a la disminución de peso debe buscar como objetivo prioritario la mejoría o resolución de las patologías asociadas. La cirugía bariátrica ha demostrado en las últimas décadas resultados significativos, con importantes disminuciones de peso a largo plazo y mejoría de las comorbilidades asociadas (4-5), si bien la propia cirugía y en concreto el dolor después de procedimientos quirúrgicos constituye una de las causas más comunes de morbilidad. El manejo adecuado del dolor postoperatorio por parte del personal sanitario disminuye las posibles complicaciones derivadas de la intervención, posibilita la movilización precoz y disminuye la estancia hospitalaria. (6-7).



Para ello, es necesario evaluar el dolor de manera periódica utilizando escalas sencillas que se adecuen a la realidad experimentada (8). El objetivo de este trabajo es analizar la percepción del dolor postoperatorio en las primeras 24 horas tras cirugía bariátrica laparoscópica, comparando la posible variabilidad entre métodos distintos de medición de dolor.

Material y métodos

Se trata de un estudio no experimental, descriptivo y retrospectivo realizado en Unidad de Hospitalización Quirúrgica de Centro de Excelencia en Cirugía Bariátrica y Metabólica (IFSO-EU). Se incluyeron todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica: bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico (BGYR) y Gastrectomía Vertical laparoscópica (GVL), en el periodo comprendido de enero a septiembre de 2014. La muestra constó de 44 pacientes. Todos los pacientes cumplían criterios de inclusión de cirugía bariátrica según Conferencia de Consenso National Institute Health (NIH) de 1991 (9).

El estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética del hospital. A los pacientes se les facilitó un consentimiento informado, en el cual se describía el estudio, así como la confidencialidad de los datos obtenidos y la voluntariedad en la participación del mismo. Se recogieron de la historia clínica datos acerca de las características clínicas de los pacientes, comorbilidad asociada, así como el tipo de cirugía bariátrica realizada: BGYR y GVL.

Como método para la recogida de datos se utilizaron el cuestionario de la Sociedad Americana del Dolor (American Pain Society Patient Outcome questionnaire: APS_POQ_R) (10) validado al español (IPQ). Éste consta de 13 preguntas con respuestas numéricas, de menor a mayor valor, en las que el paciente selecciona la que considera más apropiada a su estado. Para este trabajo se seleccionaron la P1: El menor dolor sufrido en las primeras 24h, la P2: El peor dolor sufrido en las primeras 24h así como la P3: Porcentaje de tiempo en las primeras 24 horas con dolor intenso y la P7: Porcentaje de alivio del dolor experimentado en las primeras 24 horas. Este cuestionario se pasó a los pacientes al día siguiente de la intervención.

A su vez, el personal de enfermería registraba el dolor a través de la Escala Analógica Visual (Visual Analogic Scale: VAS) en su variante más actual, la Escala

Numérica Verbal (ENV) (al ingreso en planta al subir de quirófano y una vez por cada uno de los tres turnos en las primeras 24 horas del ingreso). Es una escala numérica del uno al diez, donde 0 es ausencia de dolor, de 1-3 es leve, 4-7 moderado y 8-10 intenso (11). El paciente responde con el número que mejor identifica su dolor. Este valor era registrado por la enfermera de la unidad.

Se realizó una estadística descriptiva para definir las características de la población, se calculó la media y los rangos. Para el análisis estadístico se realizó: Chi cuadrado. Los tests estadísticos fueron considerados significativos si la probabilidad de error en la diferencia observada era inferior al 5% ($p < 0.05$). El programa estadístico utilizado fue el SPSS v. 15.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Resultados

En la tabla 1 se muestran las características clínicas y demográficas de los pacientes estudiados así como los resultados de las cirugías realizadas. En la Figura 1 se muestra los resultados recogidos para el VAS medio en las primeras 24 horas del estudio según tipo de intervención realizada. No se observaron diferencias significativas entre grupos de intervención realizadas si bien los pacientes a los que se les realizó una SG percibieron un menor dolor según este método de medición.

En la tabla 2 se muestran los valores recogidos para las preguntas P1, P2, P3 y P7 de la encuesta realizada a las 24 horas de la intervención. Tampoco se observaron en este sentido diferencias importantes entre los grupos según tipo de intervención, si bien al igual que en la medición según VAS se observó una menor percepción de dolor global para aquellos pacientes en los que se realizó GVL. La frecuencia de dolor intenso en las primeras 24 horas (P3) así como la frecuencia de alivio del dolor en las primeras 24 horas (P7) guardaron correlación con los registros guardados por el equipo de enfermería según VAS en las primeras 24 horas.



| | TOTAL (N=44) |
|-------------------------------|---------------------|
| Edad (años) | 45 (26-67) |
| Peso (Kg) | 122.6 (82.6-187.9) |
| Sexo (V/M) | 9/35 |
| IMC (Kg/m²) | 45.2 (31.7-68.2) |
| % Grasa corporal | 53.3 (35.6-68.2) |
| Perímetro cintura (cm) | 127 (97-172) |
| DMT2(%) | 10 (21.2%) |
| Hipertensión (%) | 21 (44.6%) |
| Dislipemia (%) | 16 (34%) |
| Cirugía (BGYR/SG) | 36/8 |
| Complicaciones | 2 |
| Re intervención | 0 |
| Reingreso | 0 |
| Mortalidad | 0 |

Tabla 1: Características clínicas y demográficas

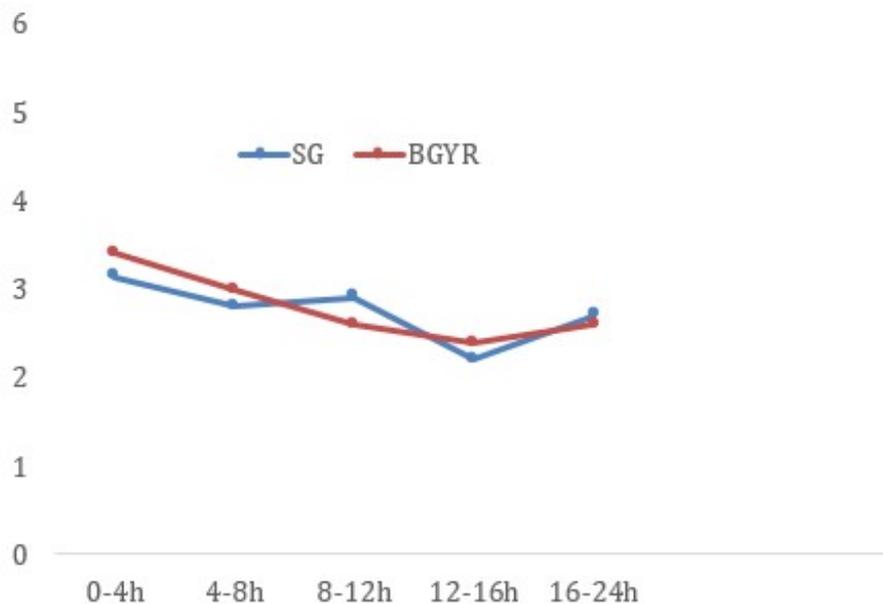
DMT2: Diabetes Mellitus Tipo 2

BGYR : Bypass Gástrico Laparoscópico

GVL: Gastrectomía Vertical Laparoscópica

| | BGYR | GVL |
|---|-------------|-------------|
| 1. Menor dolor sufrido en las primeras 24 h. | 3 (0-7) | 2 (0-7) |
| 2. Mayor dolor sufrido en las primeras 24 h. | 6 (0-10) | 6 (0-10) |
| 3. Con que frecuencia ha experimentado dolor intenso en las primeras 24 h (%). | 30 (0-90) | 20 (0-70) |
| 4. Cuanto le impidió el dolor o le interfirió en : 4.1 Hacer actividades en la cama (sentarse, cambiar de posición) 4.2 Hacer actividades fuera de la cama (levantarse, caminar) 4.3 Dormir 4.4 Staying asleep | | |
| 5. Cuanto dolor le experimento sentir: 5.1 Ansiedad 5.2 Indefensión | | |
| 6. Ha experimentado alguno de los efectos secundarios siguientes: 6.1 Nausea 6.2 Somnolencia 6.3 Picor 6.4 Mareos | | |
| 7. En las primeras 24 horas cuanto alivio del dolor ha experiemntado (%). | 70 (30-100) | 60 (30-100) |
| 8. Le gustaría haber recibido más tratamiento para el dolor. Si/No (%). | | |
| 9. Ha recibido alguna información sobre opciones para el tratamiento del dolor. Si/No (%). | | |
| 10. Le han permitido participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento de su dolor tanto como le hubiera gustado | | |
| 11. Satisfacción con los resultados del tratamiento de su dolor. | | |
| 12. Ha utilizado métodos no farmacológicos para el tratamiento de su dolor (calor, masaje,...) | | |
| 13. Ha experimentado dolor persistente en los últimos tres meses antes de venir al hospital. Si/No | | |

Tabla 2: Cuestionario Internacional validado al español (IPQ).



BGYR : Bypass Gástrico Laparoscópico
SG: Gastrectomía Vertical Laparoscópico

Figura 1: Registro VAS según tipo de Intervención realizada

Discusión

El cuidado peri-operatorio del paciente obeso requiere un equipo multidisciplinar en el que la actuación conjunta del equipo médico y de enfermería juega un papel muy importante para el correcto devenir y evolución tras la intervención. Para facilitar una rápida recuperación y evitar posibles complicaciones, en estos pacientes, es importante un buen control de dolor especialmente en el postoperatorio inmediato durante las primeras 24 horas. En este sentido una buena valoración y registro del dolor es fundamental para el adecuado control del mismo, siendo la enfermería de hospitalización un grupo de especial importancia por el papel destacado que presentan en este aspecto (12). El adecuado manejo del dolor disminuye las posibles complicaciones derivadas de la dificultad para la deambulación temprana y fisioterapia respiratoria evitando la posibilidad de formación de trombos o complicaciones pulmonares entre otras (13-14). De igual modo el dolor mal controlado produce no sólo sufrimiento en el paciente y familiares sino que

también aumento en los costes económicos debido a una prolongación en los días de estancia hospitalaria.

En el presenta trabajo se observó un adecuado control del dolor en el postoperatorio inmediato según protocolo de analgesia de nuestro centro siendo la intensidad del dolor percibido medio durante las primeras 24 horas leve- moderado para ambas técnicas quirúrgicas empleadas. La ligera menor percepción de dolor para aquellos pacientes en los que se realizó GVL consideramos no tiene implicaciones en nuestro caso, puesto que el protocolo de actuación quirúrgico de nuestro hospital, así como las incisiones realizadas para ambas técnicas quirúrgicas y su ulterior manejo en planta son similares en todo momento no difiriendo en ningún punto del protocolo. Consideramos en este punto que un volumen mayor de pacientes en el estudio no hubiera modificado los resultados observados.



El registro por parte de enfermería del dolor postquirúrgico se realizó a través de un sistema informático que permite un seguimiento continuo del dolor del paciente durante toda su estancia hospitalaria. Este sistema de recogida de VAS en cada turno de enfermería mostró adecuarse a la realidad percibida por el paciente en el IPQ rellenado a las 24 de la intervención, siendo los porcentajes de dolor percibido por los pacientes (P3 y P7) así como los valores para el mínimo y máximo dolor (P1 y P2) similares al registro de enfermería informático. Sin embargo, a pesar de comprobarse en nuestra experiencia, que este sistema de recogida de datos según VAS es adecuado, es importante señalar que precisa de cierto grado de formación en el personal de enfermería implicado. La correcta identificación y valoración del dolor, así como el adecuado control del mismo produce un impacto positivo en la satisfacción de los profesionales implicados (15). En nuestra opinión sería recomendable realizar nuevos estudios prospectivos multicéntricos, aumentando el tamaño muestral, con el objetivo de plantear posibles nuevos estudios de intervención y formación de enfermería. Estos resultados podrían servir para aunar esfuerzos y desarrollar estrategias del control del dolor efectivo.

Bibliografía

1. WHO. Obesity and overweight. Nota descriptiva N° 311 Enero de 2015. disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
2. Frühbeck G, Toplak H, Woodward E, Yumuk V, Maislos M, Oppert JM; executive Committee of the European Association for the study of Obesity. Obesity: the gateway to ill health—an EASO position statement on a rising public health, clinical and scientific challenge in Europe. *Obes Facts*. 2013; 6: 117–120.
3. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2013; 309:71–82.
4. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, Schoelles K. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2004; 292:1724–37.
5. Chang SH, Stoll CR, Song J, Varela JE, Eagon CJ, Colditz GA. The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis 2003–2012. *JAMA Surg*. 2014; 149:275–87.
6. Díez-Álvarez E, Arrospide A, Mar J, et al. Valoración del dolor agudo postoperatorio. *Revista de Calidad Asistencial*. 2009; 24:215–221.
7. Álvarez A, Singh PM. Postoperative analgesia in morbid obesity. *Obes Surg*. 2014; 24:652–659.
8. Guevara-Lopez U, Covarrubias-Gomez A, Delille-Fuentes R, Hernandez-Ortiz A, Carrillo-Esper R, Moyao-Garcia D. Practice guidelines for the management of acute perioperative pain. *Cir Ciruj*. 2005; 73:223–232.
9. NIH conference gastrointestinal surgery for severe obesity: consensus development conference panel. *Ann Intern Med*. 1991; 115: 956–61
10. Gordon DB, Polomano RC, Pellino TA, et al. Revised american pain society patient outcome questionnaire (APS-POQ-R) for quality improvement of pain management in hospitalized adults: preliminary psychometric evaluation. *J Pain*. 2010; 11: 1172–86.
11. Johnson C. Measuring pain visual analog scale versus numeric pain scale: what is the difference? *J Chiropr Med*. 2005; 4: 43–4.
12. Kaye AD, Ali SI, Urman RD. Perioperative analgesia: everchanging technology and pharmacology. *Best Pract res Clin Anaesthesiol*. 2014; 28: 3–14.
13. Charghi R, Backman S, Christou N et al. Patient controlled iv analgesia is an acceptable pain management strategy in morbidly obese patients undergoing gastric bypass surgery. A retrospective comparison with epidural analgesia. *Can J Anesth*. 2003; 52:672–678.
14. Kehlet H. The surgical stress response: should it be prevented? *Can J Surg* 1991; 34:565–567.



15. Alvarez A, Singh PM. Postoperative analgesia in morbid obesity. *Obes Surg* 2014.24; 652-59.