

Experiencia en el tratamiento multidisciplinar del dolor agudo postoperatorio

Jordi Galí, Carme Puig, Genís Carrasco, Cristina Roure y Carme Andreu, por el Grupo de Trabajo de Dolor Agudo Postoperatorio SCIAS. Hospital de Barcelona. Barcelona. España.

Correspondencia: Dr. Jordi Galí López.
Servicio de Medicina Intensiva. SCIAS. Hospital de Barcelona.
Avda. Diagonal, 660. 08034 Barcelona. España.
Correo electrónico: 13592jgl@comb.es

Resumen

Objetivo: Evaluar la prevalencia del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel.

Material y método: Se confeccionó un modelo manual de escala visual analógica (EVA) y se implantó un algoritmo de actuación. Se realizó un estudio prospectivo y aleatorio con inclusión de pacientes de cirugía ortopédica y traumatología, cirugía general y digestiva, y ginecología y obstetricia, que excluyó a los pacientes menores de 16 años de edad o con alteración de la consciencia. Mediante el programa informático File Maker, se registraron diferentes variables. Se realizó una encuesta de satisfacción del usuario y una encuesta de valoración del uso de la EVA a enfermeras y pacientes.

Resultados: Se implantó el uso de la EVA como una constante más de medición periódica. Se incluyó en el estudio a 376 pacientes (edad media, $52,1 \pm 17,6$ años). La media de la EVA máxima registrada fue de 46 puntos. Presentó dolor moderado y severo (EVA, 41-100) el 51,8% de los pacientes. Se registraron valores de EVA máxima al tercer día de postoperatorio en el 7,4% de los pacientes. Si la prescripción farmacológica era incorrecta, aumentaba el porcentaje de dolor severo. La satisfacción global de los pacientes por el tratamiento recibido fue buena, pero empeoró en el grupo de pacientes con dolor severo. La satisfacción en enfermería por el uso de la EVA fue regular, mientras que fue muy buena entre los pacientes.

Conclusiones: En las condiciones del estudio, más del 50% de los pacientes presentan dolor moderado o severo durante el postoperatorio.

Palabras clave: Dolor agudo postoperatorio. Participación del paciente. Analgesia.

Abstract

Objective: To evaluate the prevalence of postoperative pain in a general hospital.

Material and method: A manual model of the visual analog scale (VAS) was constructed, which implemented an intervention algorithm. A prospective, randomized study was carried out that included patients from orthopedic, digestive, gynecological and obstetric surgery. Patients aged less than 16 years old and those with an altered level of consciousness were excluded. Several variables were entered into the File Maker computer program. Two questionnaires, one on patient satisfaction and another evaluating the use of VAS, were administered to nurses and patients.

Results: VAS was included as one more nursing instrument for periodic measurement. Three hundred seventy-six patients (mean age, 52.1 ± 17.6 years) were included. The mean maximum VAS registered was 46 points. Moderate or severe pain (VAS, 41-100) was found in 51.8% of the patients. Maximum VAS values were registered on the third postoperative day in 7.4% of the patients. Incorrect pharmacological prescription increased the percentage of severe pain. Overall patient satisfaction with the treatment received was good but satisfaction was lower in patients with severe pain. Satisfaction with the use of VAS was fair among nurses and very good among patients.

Conclusions: In the present study, more than 50% of the patients presented moderate or severe postoperative pain.

Key words: Acute postoperative pain. Patient participation. Analgesia.

Introducción

Aunque la primera anestesia consiguió la cirugía sin dolor en 1846, siglo y medio después aún no se ha conseguido eliminar el dolor postoperatorio en los hospitales¹.

El "hospital libre de dolor" es uno de los objetivos prioritarios de los programas de calidad. Para conseguirlo es imprescindible un óptimo manejo, desde una perspectiva multidisciplinar, del dolor agudo postoperatorio con el fin de conseguir su ausencia o mínima presencia. Este abordaje persigue evitar las complicaciones médicas derivadas del dolor como la enfermedad tromboembólica y las complicaciones respiratorias^{2,3} desde una perspectiva de ética médica que

supone no dejar padecer, pudiendo evitarlo, a un paciente⁴. El dolor no sólo es un estímulo sobre un receptor biológico, sino lo que siente un ser humano con toda la masa de sus sentimientos, su psicología personal, valores y experiencia⁵.

El problema del tratamiento del dolor postoperatorio es complejo, ya que nuestros hospitales presentan importantes déficit de organización que dificultan su abordaje. Sólo el 36% de los servicios quirúrgicos evalúan el dolor con escalas clínicas y únicamente en el 28% están satisfechos con el tratamiento del problema⁶.

Determinar la intensidad del dolor agudo postoperatorio y administrar el tratamiento adecuado no es fácil ni está exento de riesgos. Clásicamente, se han instaurado pautas de

tratamiento dividiendo empíricamente los episodios quirúrgicos en cirugía mayor o menor dentro de las diferentes especialidades y administrando pautas analgésicas de acuerdo con estos parámetros. Hoy la tendencia es la instauración de pautas móviles y progresivas para conseguir un suficiente nivel de analgesia en todo momento.

Para cuantificar la intensidad del dolor disponemos de diferentes escalas de valoración del dolor, de las que la más conocida y aceptada es la escala visual analógica (EVA), que intenta convertir variables cualitativas, como la percepción del dolor por el propio paciente, en variables cuantitativas que puedan, según su gradación, darnos idea de la intensidad del dolor y, por tanto, de la analgesia necesaria⁷.

Las características clinimétricas de la EVA han permitido su validación para el uso tanto en investigación como en la clínica diaria. No obstante su implantación aún es minoritaria⁶. La implantación de la EVA en el postoperatorio como uno más de los parámetros que hay que controlar periódicamente es la mejor manera de asegurar que el paciente sea escuchado en todo momento en lo que a dolor agudo postoperatorio se refiere.

A pesar de la introducción de instrumentos para la medición del dolor y de nuevas técnicas anestésicas, la incidencia de dolor postoperatorio sigue siendo elevada. El hecho de que más del 50% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente experimenta dolor en el período postoperatorio⁸ ha generado la aparición de equipos especializados en su tratamiento, que en Estados Unidos se han implantado en más del 42% de los hospitales⁹.

Ante la importancia del problema, en 1999 en el Hospital de Barcelona se decidió crear un grupo de trabajo sobre dolor agudo postoperatorio con un triple objetivo. El primero fue evaluar la prevalencia del dolor postoperatorio en el hospital. Un segundo objetivo consistió en conocer la percepción de los profesionales con la utilización de la EVA. El tercero fue conocer la percepción del paciente sobre la analgesia administrada.

Material y método

Pacientes

Se inició un estudio prospectivo, observacional y aleatorizado. Se incluyó en el estudio a los pacientes ingresados para tratamiento quirúrgico dentro de las especialidades de cirugía ortopédica y traumatología (COT), cirugía general y digestiva (CGD) y ginecología y obstetricia (GOB), y se excluyó a los pacientes de edad inferior a 16 años, los pacientes cuyo estado de consciencia no les permitía entender las explicaciones que se les daban y los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. La muestra final estuvo formada por 376 pacientes distribuidos en 122 de COT, 127 de CGD y 114 de GOB.

Instrumentos

El grupo multidisciplinar se reclutó entre médicos y enfermeras voluntarias. Se diseñó una plantilla para la posterior

Figura 1. Escala visual analógica (EVA).

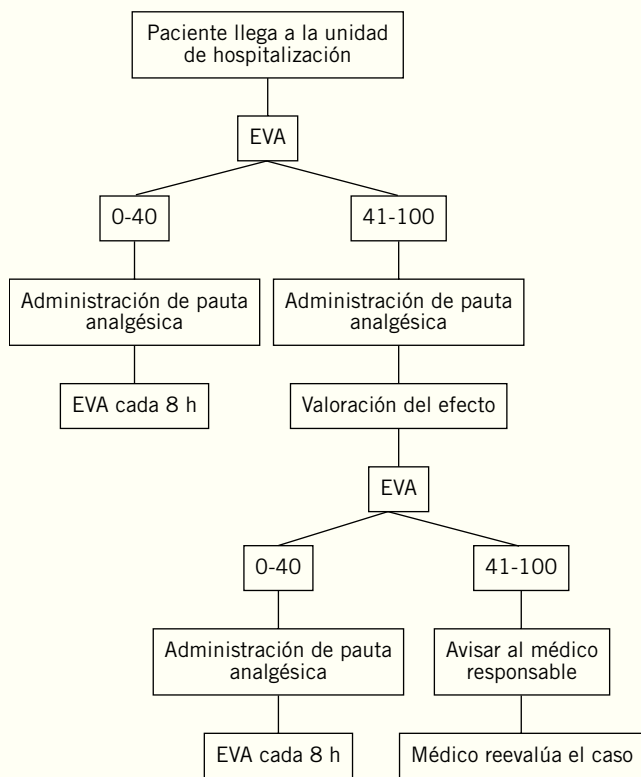
confección de un modelo manual de EVA que pudiera ser utilizado por el diferente personal sanitario del hospital. La plantilla de EVA que se diseñó se muestra en la figura 1. Consta de 2 caras, en cuyo anverso se puede apreciar una línea longitudinal no numerada (en la que el paciente, mediante un marcador móvil, señala la intensidad de dolor que percibe) y en el reverso, la traslación numérica de esta medición. Para el registro de la EVA se utiliza habitualmente una escala decimal que va desde el 0, que corresponde a la ausencia de dolor, hasta el 10, el máximo dolor imaginable. En nuestro caso, para evitar las fracciones decimales, se empleó una escala centesimal.

A partir de técnicas de consenso formal, el grupo elaboró e implantó un algoritmo de actuación ante la aparición de dolor postoperatorio (fig. 2). Posteriormente se consensuó, con el Servicio de Farmacia y representantes de los diferentes equipos anestésicos y quirúrgicos, un protocolo de analgesia postoperatoria basado en la revisión de la literatura científica.

La encuesta de satisfacción del usuario sobre la analgesia se diseñó por consenso del grupo y se la validó mediante la prueba de comprensión lectora y la técnica de prueba y re-prueba. Consistió en ítems relativos al grado de satisfacción sobre el tratamiento analgésico recibido, el grado de satisfacción por la respuesta del personal sanitario, el tiempo transcurrido entre la solicitud de un analgésico y su administración y la opinión sobre si era mejorable el tratamiento analgésico recibido.

Se diseñaron 2 encuestas sobre la utilidad de la escala de valoración del dolor, una para pacientes y otra para profesionales. La técnica de diseño y validación fue idéntica a la descrita para el cuestionario de satisfacción del usuario sobre la analgesia.

Figura 2. Valoración posquirúrgica.



EVA: escala visual analógica.

Análisis estadístico

Se elaboró una hoja de registro de datos mediante el programa informático File Maker Pro 2.0, en la que se registraron las variables referentes a los diferentes diagnósticos y técnicas quirúrgicas realizadas, la intensidad del dolor referido por el paciente, la técnica anestésica utilizada, la analgesia administrada, las complicaciones que presentaba el paciente y la satisfacción del paciente por el tratamiento recibido. Se emplearon técnicas estándar de estadística descriptiva.

Resultados

Estudio sobre el dolor agudo postoperatorio

Se incluyó en el estudio a 376 pacientes, con una media de edad de $52,1 \pm 17,6$ años, de los que 122 eran pacientes de COT (edad media, $56,3 \pm 17,3$ años); 127, de CGD (edad media, $57,7 \pm 16,8$ años), y 114, de GOB (edad media, $41,2 \pm 14,4$ años).

La media de la EVA máxima registrada por la totalidad de los pacientes fue de 46 puntos, cifra idéntica a la media de la EVA máxima registrada al analizar las diferentes especialidades quirúrgicas. El número y el porcentaje de pacientes que presentaron dolor leve, moderado o severo se exponen en la tabla 1.

Al analizar el registro de EVA máxima distribuido por horas postoperatorias, se observó que a medida que aumentaba el tiempo desde la intervención quirúrgica disminuía el porcentaje de registros máximos de dolor. No obstante, al tercer día del postoperatorio un porcentaje importante de pacientes todavía presentaban dolor, sobre todo en la especialidad de GOB (tabla 2).

La media de la EVA máxima en la especialidad de COT fue de 46. Al desglosar la totalidad de la serie según los diferentes diagnósticos y/o tratamientos se detectó que la cirugía del hombro no artroscópica, las osteotomías de rodilla, el *hallux valgus* no percutáneo y la cirugía de tobillo presentaban las cifras de EVA máxima más elevadas junto con la cirugía protésica de rodilla y cadera, tanto en prótesis primarias como en recambios protésicos. Los registros de la media de la EVA máxima en la especialidad de COT, así como el número de casos de cada apartado y la edad media de los pacientes incluidos están relacionados en la tabla 3.

Se agrupó los pacientes de CGD en función de la incisión quirúrgica realizada y también según el tipo de cirugía y las complicaciones registradas. La media de la EVA máxima según los parámetros mencionados, el número de casos y la edad media se exponen en la tabla 4.

La media de la EVA máxima de la especialidad de GOB también fue de 46, con variaciones según se realizase asistencia ginecológica u obstétrica. Asimismo la estratificación por incisiones quirúrgicas y por tipos de cirugía presenta grandes variaciones (tabla 5). En el caso del parto vaginal y la cesárea, al analizar el registro de la EVA máxima desglosado por horas postoperatorias y clasificando el dolor percibido

Tabla 1. Distribución total y por especialidades según dolor leve, moderado o severo

	Estudio, n (%)	COT, n (%)	CGD, n (%)	GOB, n (%)
Total pacientes	376	122	127	114
Pérdidas en el seguimiento	12 (3,3)	5 (4,1)	4 (3,2)	3 (2,6)
Dolor leve (EVA, 0-40)	169 (44,9)	52 (42,6)	56 (44,1)	53 (46,5)
Dolor moderado (EVA, 41-70)	128 (34)	44 (36,1)	45 (35,4)	35 (30,7)
Dolor severo (EVA, 71-100)	67 (17,8)	21 (17,2)	22 (17,3)	23 (20,2)

COT: cirugía ortopédica y traumatología; CGD: cirugía general y digestiva; GOB: ginecología y obstetricia; EVA: escala visual analógica.

Tabla 2. Registro de la EVA máxima distribuido por horas de postoperatorio

Postoperatorio (h)	Estudio, n (%)	COT, n (%)	CGD, n (%)	GOB, n (%)
0	129 (35,4)	50 (42,7)	45 (36,6)	33 (29,7)
8	88 (24,2)	22 (18,8)	32 (26)	32 (28,8)
16	47 (12,9)	15 (12,8)	16 (13)	14 (12,6)
24	32 (8,8)	14 (12)	13 (10,6)	5 (4,5)
32	22 (6)	7 (6)	8 (6,5)	5 (4,5)
40	12 (3,3)	1 (0,9)	4 (3,3)	4 (3,6)
48	7 (1,9)	1 (0,9)	3 (2,4)	2 (1,8)
56	12 (3,3)	2 (1,7)	2 (1,6)	7 (6,3)
64	8 (2,2)	2 (1,7)	0 (0)	5 (4,5)
72	7 (1,9)	3 (2,6)	0 (0)	4 (3,6)

EVA: escala visual analógica; n: número de pacientes que registran la EVA máxima en una hora determinada.

Tabla 3. Registro de la media de EVA máxima en cirugía ortopédica y traumatología

	EVA máxima (media)	Casos (n)	Media de edad (años)
<i>Hallux valgus</i> no percutáneo	75	3	55,3
Osteotomías de rodilla	70	4	53,5
Prótesis totales de rodilla primarias	63	12	72,3
Cirugía del tobillo	63	3	61,7
Acromioplastia y sutura manguito sin artroscopia	58	5	56,4
Recambios protésicos	54	5	70
Prótesis totales de cadera primarias	53	14	71,6
Cirugía de la columna lumbar	42	19	57,4
Tornillo placa deslizante de cadera (Richards)	40	3	59,7
Cirugía de la columna cervical	39	4	49,3
Acromioplastia por artroscopia	38	8	59,1
Bankart por artroscopia	33	2	39,5
Ligamentoplastia de rodilla por artroscopia	32	6	28,2
Meniscectomía por artroscopia	21	14	49,1

EVA: escala visual analógica.

como leve, moderado o severo, se constató una importante incidencia de dolor severo y unos registros de dolor máximo en el tercer día del postoperatorio o del posparto (tabla 6).

En los 173 pacientes en los que la técnica anestésica consistió en una anestesia general, se registró una media de EVA máxima de 49 puntos, frente a los 44 puntos de los 111 pacientes con anestesia regional sin catéter o los 37 puntos de los 58 pacientes con anestesia regional con catéter. Los pacientes que presentaron dolor severo fueron el 20,8% de los casos de anestesia general, el 17,1% de los de anestesia regional sin catéter y el 10,3% de los de anestesia regional con catéter.

El Servicio de Farmacia Hospitalaria analizó la corrección de las prescripciones de analgésicos. Sólo se tuvo en

cuenta si los fármacos utilizados se prescribieron en sus dosis y frecuencia correctas. No se analizó la idoneidad de los fármacos empleados. Se analizó la primera prescripción realizada y las siguientes correcciones que se establecieron en las órdenes médicas. En la tabla 7 puede apreciarse la media de EVA máxima y el porcentaje de dolor severo según la idoneidad de la prescripción.

Encuesta de satisfacción del usuario sobre la analgesia

Respondió a las encuestas el 98% de los pacientes incluidos en el estudio. Los resultados de estas encuestas, tanto en la totalidad de la serie como en los pacientes que presentaron en algún momento dolor severo, se exponen en la tabla 8.

Tabla 4. Registro de la media de EVA máxima en cirugía general y digestiva

	EVA máxima (media)	Casos (n)	Media de edad (años)
Laparotomía supraumbilical	46	8	70
Laparotomía infraumbilical	80	1	76
Laparotomía suprainfraumbilical	62	17	61,3
Incisión subcostal derecha	43	6	58,8
Mc Burney	55	2	23
Gregoire	51	24	64,3
Nyhus	34	4	55,5
Otras incisiones quirúrgicas	44	25	58,4
Cirugía abdominal	49	64	60,1
Cirugía de la hernia inguinocrural	49	30	63,2
Cirugía del sacro y perineal	40	26	42,6
Cirugía laparoscópica	42	24	61,1
Grandes despegamientos en la cirugía	50	13	65,5
Hematomas posquirúrgicos	55	3	61,3
Hemorroidectomía	26	11	50,5
Fístula anal	32	5	45,8
Quiste sacro cerrado	24	6	27,5
Quiste sacro abierto	15	2	31,5

EVA: escala visual analógica.

Tabla 5. Registro de la media de EVA máxima en ginecología y obstetricia

	EVA máxima (media)	Casos (n)	Media de edad (años)
Ginecología	61	33	54,1
Obstetricia	40	52	32,8
Parto vaginal	36	30	32,8
Cesárea	49	21	32,8
Cirugía abdominal clásica	59	29	42,1
Cirugía laparoscópica	57	3	42
Incisión infraumbilical	63	4	60,8
Incisión suprainfraumbilical	48	2	49
Pfannenstiel	57	33	36,9
Cirugía vaginal	39	29	40
Cirugía de la mama	58	8	57,6
Cirugía del periné	37	33	37,5
Cirugía de ovario	66	12	49,6
Cirugía de útero	56	39	43,4

EVA: escala visual analógica.

Encuesta realizada a las enfermeras sobre la escala de valoración del dolor

El número de enfermeras que respondieron fue de 140, es decir, el 85% de los profesionales reclutados en el estudio. Las preguntas realizadas y las respuestas obtenidas pueden verse en la tabla 9.

Encuesta realizada a los pacientes sobre la escala de valoración del dolor

El número de pacientes que respondieron a la encuesta fue de 83, el 80% de las encuestas entregadas. Las preguntas realizadas a los pacientes y las respuestas obtenidas pueden verse en la tabla 10.

Tabla 6. Análisis del parto vaginal y de la cesárea

Postoperatorio (h)	Parto vaginal, n (%)	Cesárea, n (%)
0	2 (6,7)	1 (4,8)
8	5 (16,7)	10 (47,6)
16	4 (13,3)	6 (28,6)
24	4 (13,3)	0 (0)
32	3 (10)	1 (4,8)
40	2 (6,7)	0 (0)
48	1 (3,3)	0 (0)
56	4 (13,3)	2 (9,5)
64	4 (13,3)	0 (0)
72	1 (3,3)	1 (4,8)
Dolor Leve (EVA, 0-40)	19 (63,3)	8 (38,1)
Dolor Moderado (EVA, 41-70)	6 (20)	11 (52,4)
Dolor Severo (EVA, 71-100)	5 (16,7)	2 (9,5)

n: número de pacientes que registran la EVA máxima en una hora determinada y número de pacientes que registran dolor leve, moderado o severo; EVA: escala visual analógica.

Discusión

La principal limitación del estudio fue su carácter observacional, que no permitió establecer el impacto en la disminución del dolor postoperatorio mediante la acción multidisciplinar del grupo de trabajo. No obstante, el objetivo del estudio fue describir el trabajo y los hallazgos de grupo, por lo que otras variables quedaron fuera de sus objetivos. Además deben tenerse en cuenta otras limitaciones secundarias. La primera fue consecuencia de la gran variedad de cirujanos y anestesiólogos que actúan en nuestro hospital, dado que se trata de un centro abierto. La segunda limitación es que no existe una pauta analgésica estandarizada, aunque el *end-point* era registrar la existencia o no de dolor agudo postoperatorio en nuestro hospital. La tercera limitación es la estratificación de la muestra por especialidades, ya que, aunque el número de registros de cada especialidad es elevado, al des-

glosarlo según las diferentes intervenciones quirúrgicas, algunos subgrupos tuvieron muestras pequeñas. La última limitación consiste en la dificultad de comparar los resultados con otros publicados. El diseño y la aplicación prospectiva dificultaron la comparabilidad de los resultados.

La creación de un grupo de trabajo sobre dolor agudo postoperatorio ha propiciado la implantación del registro del dolor percibido por el paciente como una constante más de medición periódica. Asimismo ha tenido una repercusión positiva en la concienciación de todo el personal del hospital sobre un hecho de importancia como es la participación del paciente en todo lo relacionado con su tratamiento.

En nuestro estudio se constató que más del 50% de los pacientes refirieron dolor moderado o severo en algún momento del período postoperatorio, tanto analizando la serie total como desglosándola según las diferentes especialidades quirúrgicas incluidas en el estudio, con cifras que concuerdan con las de otros estudios publicados¹⁰⁻¹².

La incidencia del dolor disminuyó a medida que transcurrieron las horas desde el postoperatorio inmediato, sin embargo se registró un porcentaje de pacientes que refirieron dolor máximo durante el tercer día postoperatorio, que llegó a ser el 14,4% en GOB. En esta misma especialidad encontramos también que en un 16,7% de los partos vaginales las pacientes refieren haber presentado dolor severo en algún momento dentro de las primeras 72 h postparto.

En la especialidad de COT se detectó que intervenciones quirúrgicas consideradas como cirugía menor (*hallux valgus* no percutáneo, acromioplastia no transartroscópica) presentaban registros de dolor elevados. Este hecho va en contra de la utilización de las clásicas pautas analgésicas que diferenciaban cirugía menor y cirugía mayor.

Se encontró diferencias con significación estadística al analizar la corrección de la prescripción farmacológica, y se constató que un 47,1% de los pacientes refirieron solamente dolor leve, si la primera prescripción farmacológica era correcta, frente a un 31% de pacientes que refirieron sólo dolor leve ($p = 0,004335$) si la primera prescripción farmacológica era incorrecta. Paralelamente, los pacientes que refirieron dolor severo en algún momento pasaron del 16,1%, en el caso de la primera prescripción farmacológica correcta, frente a un 26,4% ($p = 0,01601$) si la primera prescripción farmacológica

Tabla 7. Análisis de la calidad de la prescripción farmacológica

	P.1 OK, n (%)	P.1 NO, n (%)	P.2 OK, n (%)	P.2 NO, n (%)
Pacientes	261	87	128	28
Media de EVA máxima	44	55	49	56
Dolor leve (EVA, 0-40)	123 (47,1)	27 (31)	49 (38,3)	9 (32,1)
Dolor moderado (EVA, 41-70)	87 (33,3)	35 (40,2)	49 (38,3)	12 (42,9)
Dolor severo (EVA, 71-100)	42 (16,1)	23 (26,4)	27 (21,1)	6 (21,4)
Pérdidas en el seguimiento	9 (3,5)	2 (2,4)	3 (2,3)	1 (3,6)

P.1 OK, P.2 OK: primera prescripción o segunda prescripción farmacológica correctas; P.1 NO, P.2 NO: primera prescripción o segunda prescripción farmacológica incorrectas; EVA: escala visual analógica.

Tabla 8. Encuesta de satisfacción de los usuarios sobre la analgesia recibida

	Serie total, n (%)	Pacientes con dolor severo, n (%)	p
Grado de satisfacción por el tratamiento analgésico administrado			
Respuestas	372 (98,9)	65 (97)	
Muy satisfecho	251 (67,5)	32 (49,2)	0,002252
Satisfecho	108 (29)	26 (40)	0,03842
Insatisfecho	13 (3,5)	7 (10,8)	0,004808
Muy insatisfecho	0 (-)	0 (-)	
Grado de satisfacción por la respuesta del personal sanitario cuando ha tenido dolor			
Respuestas	372 (98,9)	65 (97)	
Muy satisfecho	285 (76,6)	43 (66,2)	0,03608
Satisfecho	84 (22,6)	20 (30,8)	NS
Insatisfecho	3 (0,8)	2 (3)	NS
Muy insatisfecho	0 (-)	0 (-)	
Tiempo de espera en la entrega de un analgésico tras solicitarlo			
Respuestas	354 (94,1)	64 (95,5)	
Menos de 30 min	344 (97,2)	58 (90,6)	0,005979
Entre 30 min y 1 h	5 (1,4)	4 (6,3)	NS
Más de 1 h	4 (1,1)	2 (3,1)	NS
No administrado	1 (0,3)	0 (-)	NS
¿Cree que se le ha hecho todo lo posible para calmar el dolor que presentaba?			
Respuestas	354 (94,1)	63 (94)	
Sí	338 (95,5)	57 (90,5)	NS
Bastante	14 (4)	5 (7,9)	NS
No	2 (0,6)	1 (1,6)	NS

NS: diferencia sin significación estadística.

Tabla 9. Encuesta a las enfermeras

	Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal	No responde
¿Cómo acostumbra entender el paciente las instrucciones dadas sobre el uso de la EVA?	1,2	37,3	56,6	3,6	0	1,3
¿Crees que la EVA sirve para cuantificar el dolor del paciente de forma objetiva?	2,4	28,9	54,2	13,3	1,2	0
Para cuantificar el dolor, la EVA es un sistema...	4,8	44,6	43,4	7,2	0	0
¿Crees que el uso de la EVA supone una mejora asistencial?	3,6	49,4	41	6	0	0

EVA: escala visual analógica.

Los valores expresan porcentajes.

Tabla 10. Encuesta a los pacientes

	Sí	No	No responde
¿Es fácil de entender el sistema que utiliza el hospital para medir el dolor?	81,9	12	6
¿Es útil la medición que hacemos de su dolor?	63,9	27,7	8,4
¿Cree que es importante que el hospital dedique esfuerzos para llegar a entender el grado de su dolor?	90,4	2,4	7,2

Los valores expresan porcentajes.

ca era incorrecta. No hubo diferencias con significación estadística al analizar la segunda prescripción farmacológica realizada, suponemos que por la disminución de la intensidad del dolor, al transcurrir más tiempo desde el postoperatorio, y por el lógico ajuste de las dosis analgésicas ante la existencia de dolor.

Al analizar la encuesta de satisfacción de los usuarios sobre la analgesia recibida, se observa que, a pesar de que un 17,8% de los pacientes de nuestra serie refirió dolor severo en algún momento del postoperatorio, un 96,5% de los pacientes que respondieron a la encuesta refirieron estar satisfechos o muy satisfechos con el tratamiento analgésico recibido. Esto concuerda con la idea de calidad esperada, pues en la cultura colectiva lo normal es tener dolor en el postoperatorio. Es más, al analizar el grado de satisfacción por el tratamiento analgésico recibido, se registró que un 89,2% de los pacientes que presentaron dolor severo refirieron estar satisfechos o muy satisfechos. Se ha de tener en cuenta que las encuestas fueron respondidas por más de un 96% de los pacientes. Al comparar el grado de satisfacción de los pacientes de la serie total con el de los pacientes que refirieron dolor severo en algún momento, se aprecia que hubo diferencias con significación estadística.

La percepción de enfermería sobre la utilidad de la EVA oscila entre los parámetros regular y bien, lo que contrasta con el 90% de pacientes que consideraron importante que el hospital dedique esfuerzos para llegar a averiguar la intensidad del dolor que presentan.

En la actualidad, el grupo de trabajo está pendiente de implantar definitivamente el protocolo de analgesia postoperatoria realizado y de llevar a cabo un nuevo estudio para verificar, mediante el registro del dolor percibido por el paciente y de la posible aparición de complicaciones médicas, la efectividad del protocolo implantado.

En conclusión, podemos afirmar que, en las condiciones del estudio, más del 50% de los pacientes presentan dolor moderado o severo durante el postoperatorio; que las intervenciones quirúrgicas consideradas cirugía menor presentan registros de dolor elevados; que la mayoría de los pacientes están satisfechos o muy satisfechos con el tratamiento analgésico recibido; que la percepción de enfermería sobre la utilidad de la EVA oscila entre regular y bien, y que el 90% de los pacientes consideran importante que el hospital dedique esfuerzos para llegar a averiguar la intensidad de su dolor.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer la labor realizada por todos los integrantes del Grupo de Trabajo de Dolor Agudo Postoperatorio: Carme Andreu, Teresa Balsalobre, Marta Calsina, Genís Carrasco, Neus Cervera, Jordi Comajuncosas, Roser Cot, Joan Fornaguera, Jordi Galí, Vicens García, Regine Gaudronet, Carles Gil, Carlos Humet, María Marin, Marta Morató, Carme Pichot, Carme Puig, José María Romero, Cristina Roure, Ricardo Ruiz, Pere Vila, Raul Villanueva, Carme Villuendas y Aurora Yuste.

Bibliografía

- Bertini L. Pain free hospital: organisation aspects. *Minerva Anesthesiol* 2001;67(Suppl1):181-6.
- American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting. *Anesthesiology* 1995;82:1071-81.
- Bonica J. The management of pain. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990; p. 461-80.
- Baños JE, Soler E. Algunas consideraciones bioéticas sobre el tratamiento del dolor (o sobre su ausencia). *Dolor* 2001;16: 193-8.
- Le Breton D. Antropología del dolor. Barcelona: Seix Barral, 1999.
- Puig MM, Montes A, Marrugat J. Management of postoperative pain in Spain. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;45:465-70.
- Chapman CR, Case KL, Dubner R, et al. Pain measurement: and overview. *Pain* 1985;22:1-31.
- Warfield CA, Kahn CH. Acute pain management. Programs in US hospitals and experiences and attitudes among US adults. *Anesthesiology* 1995;83:1090-4.
- Sandler AN. La gestión de la douleur postopératoire: lignes de conduite. *Can J Anaesth* 1997;44:142-5.
- Muñoz-Blanco F, Salmerón J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor* 2001;8: 194-211.
- Poisson-Salomon AS, Brasseur L, Lory C, Chauvin M, Durieux P. Audit de la prise en charge de la douleur postopératoire. *Presse Méd* 1996;25:1013-7.
- Warfield CA, Kahn CH. Acute pain management. Programs in US hospitals and experiences and attitudes among US adults. *Anesthesiology* 1995;83:1090-4.