

## ***Prevalencia del dolor agudo postoperatorio en un Servicio de Cirugía Gastro-intestinal y satisfacción del paciente***

M. L. Méndez Prieto, B. Orejas Carbonell, N. Peix Soriano y S. Herrero Nogues

*Enfermeras del Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Área Quirúrgica. Hospital Clínico. Barcelona*

---

Méndez Prieto ML, Orejas Carbonell B, Peix Soriano N y Herrero Nogues S. Prevalencia del dolor agudo postoperatorio en un Servicio de Cirugía Gastro-intestinal y satisfacción del paciente. Rev Soc Esp Dolor 2016;23(5):222-228.

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Adequate pain treatment, together with items that reduce preoperative stress, introducing rehabilitation and nutrition at an early stage, decrease postoperative morbidity and mortality are the current basis of surgical patient management despite greatly improved knowledge of pathophysiology of postoperative pain and provide drug for treatment, half of the patients reported moderate to severe pain in the postoperative period.

**Objectives:** 1. Know the incidence and intensity of acute postoperative pain in gastrointestinal surgery unit. 2. Assessing the predictive value of visual analogue scale at two hours after surgery. 3. To measure the degree of satisfaction of the patients operated on CGI respect to postoperative pain control.

**Material and methods:** A prospective, descriptive, observational study, was conducted in the Department of Gastrointestinal Surgery Clinical Hospital of Barcelona. We performed a measurement of the degree of pain at different times: a) at the end of the intervention; b) at two hours post intervention; c) after 24 hours at rest and in motion immediately after extubation the patient; d) collect the maximum amount of pain and minimal pain reported by the expected patient in the last 24 hours from the end of the intervention is collected; e) patient satisfaction was assessed in relation to the treatment of pain received from professionals and compared to the expectations he had

before surgery. If you have had more or less pain than he would have expected; f) the Clinical Research Ethics Committee of the Hospital (CEIC) approved in October 2011, and g) respondents were informed consent request.

**Results:** The study included 51 patients one (54.9 %) males and (45.1 %) women the mean age was 55.90 (SD  $\pm$  16.32). A total of 45 patients (88.2 %) reported having experienced pain Sometime in the last 24 hours versus 11.8 % 6 patients who had no pain at the time of the interview 41 patients (80.4 %) mild pain VAS 0-3. The remaining 15 patients (19.6 %) reported having moderate pain VAS 4-6. However, 88.2 % of patients could not sleep during the first night after surgery. A correlation between the value of EVA at two hours post intervention and assessed pain intensity at 24 hours, both at rest and in motion  $p$  0.049 and  $p$  0.03 Despite suffering pain satisfaction was very good, presented much more pain than they expected 2 %, something more than expected by 21.6 %, much less than what they expected 29.4 % what they expected 33.3 %.

**Conclusions:** 1. DAP incidence is 88.2 % at 24 hours after the IQ. With a mild pain intensity in 80.4 % of patients and moderate pain intensity in 19.6 %. 2. The Eva at two hours post-intervention, indicating that patients will require special attention and has a high predictive as it almost certainly will suffer pain 24 hours. 3. Although there is acute postoperative pain degree of patient satisfaction with physicians and nurses regarding their treatment was very satisfactory.

**Key words:** Acute postoperative pain, pain assessment, patient satisfaction.

### **RESUMEN**

**Introducción:** El tratamiento adecuado del dolor, la disminución del estrés preoperatorio, la rehabilitación y la nutrición precoz disminuyen la morbimortalidad postoperatoria y son la base actual del manejo del paciente quirúrgico. A pesar de haber mejorado los conocimientos sobre fisiopatología del dolor postoperatorio y de disponer de fármacos para su tratamiento, la mitad de los pacientes refieren dolor moderado o intenso.

**Objetivos:** 1. Conocer la incidencia e intensidad del dolor agudo postoperatorio en una Unidad de Cirugía Gastro-intestinal. 2. Evaluar el valor predictivo de la escala visual analógica a las dos horas de la intervención, en relación al grado de dolor postoperatorio durante las primeras 24 horas. 3. Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes respecto al control del dolor postoperatorio.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo y prospectivo, realizado en el Servicio de Cirugía Gastro-intestinal del Hospital Clínico de Barcelona. Se realizó la valoración del dolor en los siguientes momentos: a) al final de la intervención, inmediatamente tras ser extubado el paciente; b) a las dos horas post-intervención; c) a las 24 horas en reposo y en movimiento; d) se recoge el máximo valor de dolor, así como el mínimo dolor referido por el paciente en las últimas 24 horas desde el final de la intervención; e) se valoró la satisfacción del paciente en relación al tratamiento del dolor recibido por parte de los profesionales, y en comparación con las expectativas que él tenía antes de la intervención. Si ha tenido más o menos dolor del que él esperaba tener; f) se registra si el paciente ha podido dormir la primer noche después de la intervención.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital (CEIC). Se solicitó el consentimiento informado de todos los participantes.

**Resultados:** Se incluyeron 51 pacientes (54,9 % hombres y 45,1 % mujeres). La edad media fue de 55,9 (DE:  $\pm$  16,32), 45 pacientes (88,2 %) refirieron haber experimentado dolor en algún momento durante las primeras 24 horas; el 11,8 % no tuvo dolor. En el momento de la entrevista a las 24 horas post-intervención, 41 pacientes (80,4 %) refirieron dolor leve (EVA de 0 a 3); el resto de pacientes 15 (19,6 %) refirieron tener dolor moderado (EVA de 4 a 6). El 88,2 % de los pacientes pudo dormir durante la primera noche después de la intervención.

Se encontró correlación entre el valor del EVA a las dos horas post-intervención y la intensidad del dolor valorada a las 24 horas, tanto en reposo como en movimiento ( $p = 0,049$  y  $p = 0,03$ ). Presentaron mucho más dolor de lo que ellos esperaban un 2 %, algo más de lo que esperaba un 21,6 %, mucho menos de lo esperado un 29,4 %, lo que esperaban un 33,3 %.

**Conclusiones:** La incidencia de dolor agudo postoperatorio (DAP) es de un 88,2 % a las 24 horas, siendo la intensidad leve en el 80,4 % de los pacientes y moderada en el 19,6 %. La EVA a las dos horas post-intervención tiene un alto poder predictivo de los pacientes que presentarán dolor durante las primeras 24 horas. El grado de satisfacción de los pacientes en relación al tratamiento del dolor fue elevado.

**Palabras clave:** Dolor agudo postoperatorio, valoración dolor, satisfacción paciente.

## INTRODUCCIÓN

El dolor agudo postoperatorio aparece a causa de la lesión quirúrgica y es uno de los principales factores que intervienen en el retraso de la recuperación funcional del paciente, así como en la demora del alta hospitalaria.

Los estudios realizados muestran una gran variabilidad en la incidencia e intensidad del dolor postoperatorio.

La valoración de la intensidad del dolor en movimiento es de suma importancia, ya que se ha demostrado que con diferentes pautas analgésicas, que en reposo producen efectos similares, se consiguen diferentes niveles de analgesia al evaluarse con movimiento.

Existen tres causas básicamente para intentar explicar la elevada incidencia de dolor postoperatorio:

1. La ausencia de conocimientos o conocimientos erróneos sobre el tratamiento del dolor por parte del personal sanitario.
2. La ausencia de valoración o valoración inadecuada de la intensidad del dolor, así como de la efectividad de los tratamientos utilizados.
3. La ausencia de formación y/o educación del paciente sobre las posibilidades de analgesia en el periodo postoperatorio.

## OBJETIVOS

1. Conocer la incidencia e intensidad del dolor agudo postoperatorio en la Unidad de Cirugía Gastro-intestinal del hospital Clínico de Barcelona.
2. Evaluar el valor predictivo de la escala visual analógica a las dos horas de la intervención, en relación al grado de dolor postoperatorio durante las primeras 24 horas.
3. Medir el grado de satisfacción de los pacientes respecto al control del dolor postoperatorio.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y prospectivo. El periodo de recogida de datos comprendió los meses de enero y febrero de 2012.

La muestra fue no probabilística y a conveniencia.

### Criterios de inclusión

Fueron incluidos todos los pacientes intervenidos en el Servicio de Cirugía Gastro-intestinal sometidos a anestesia general o regional, entre los meses reseñados, cuya analgesia postoperatoria estaba incluida en alguno de los distintos protocolos de analgesia postoperatoria de nuestro hospital.

### Criterios de exclusión

Fueron excluidos los pacientes con intervenciones urgentes o reintervenciones, y pacientes con discapacidad psíquica o mental, así como los pacientes que permanecieran intubados a las 24 horas.

Como instrumento de medida se utilizó el cuestionario de la Sociedad Americana del Dolor, con alguna modificación (Anexo 1).

Se consideró dolor leve un EVA de 1 a 3, dolor moderado un EVA de 4 a 6, y dolor intenso un EVA de 7 a 10.

La evaluación del dolor se realizó en los siguientes intervalos:

- Al final de la intervención, inmediatamente tras la extubación del paciente.
- A las dos horas post-intervención.
- A las 24 horas en reposo y en movimiento.
- Se recoge el máximo valor de dolor, así como el mínimo dolor referido por el paciente en las últimas 24 horas, durante la entrevista.

Se valoró la satisfacción de los pacientes con el personal sanitario (médicos y enfermera) en relación al tratamiento del dolor. Se registró el tiempo que transcurrió entre la solicitud de analgesia y su administración.

Se incluyó una pregunta para valorar el grado de satisfacción de los pacientes, que considera las expectativas previas que el paciente tenía antes del proceso quirúrgico: “En comparación con lo que usted esperaba, ¿cuánto dolor ha tenido en las últimas 24 horas? Mucho más dolor de lo que yo esperaba, lo que yo esperaba, mucho menos de lo que yo esperaba, algo más, algo menos”.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital (CEIC).

A los encuestados se les solicitó su consentimiento informado.

El procedimiento seguido para la recogida de datos fue el siguiente:

1. Revisión de la historia clínica.
2. Valoración del dolor tras la extubación por la enfermera de anestesia o el anestesiólogo, al final de la intervención.
3. Valoración del dolor a las 2 horas postintervención por las enfermeras de la URPA.
4. A las 24 horas postintervención, la enfermera de anestesia les pasó el cuestionario adaptado de la Sociedad Americana del Dolor.

Se recogieron las siguientes variables sociodemográficas y del procedimiento anestésico realizado: edad, sexo IMC, ASA, nivel de estudios, tipo de cirugía, tipo de intervención (abierta o laparoscópica), tipo de anestesia y analgesia practicada.

#### *Variables que hacen referencia al factor de estudio*

*Información recibida por el paciente referente al control del dolor.* Se recoge en las preguntas 13 y 14: “¿al inicio de su estancia el médico y/o la enfermera le comunicaron la importancia del tratamiento del dolor?”, “¿le indicaron que avisase si tenía dolor a la enfermera o al médico y

que no se aguantase?”. Han sido tratadas como variables categóricas binarias sí/no.

*Intensidad de dolor.* Se recoge en las preguntas 1, 2, 3, 4 y 5: “¿tenía dolor en la garganta?”, “¿tenía dolor en el lugar de la intervención?”, “¿tenía dolor en otros sitios?”, “¿ha tenido dolor en las últimas 24 horas?”, “¿ha podido dormir esta noche?”. Han sido tratadas como variables categóricas binarias sí/no.

Las preguntas números 6, 8 y 9 han sido tratadas como variables categóricas ordinales de 10 categorías de 0 a 10: “En relación con la siguiente escala que va de 0 (nada de dolor) a 10 (máximo dolor inimaginable), ¿cómo valoraría el dolor que está sintiendo ahora en este momento en reposo, sin moverse de la cama?”, “¿cuál ha sido el máximo dolor que ha tenido en las últimas 24 horas?”, “¿cuál ha sido el mínimo dolor que ha tenido en las últimas 24 horas?”.

*Funcionalidad.* Se recoge en la pregunta 7: “En esta escala del 0 al 10, indique qué siente ahora en este momento si se mueve, tose, cambia de posición, anda o se intenta levantar”. Ha sido tratada como variable categórica ordinal de 0 a 10.

*Tiempo de espera.* La pregunta 10 fue tratada como variable categórica de cuatro categorías: “¿hubo algún momento en que la medicación que recibió para el dolor no fue suficiente y tuvo que solicitar otra dosis u otra medicación? Si la solicitó, ¿cuánto tardaron en administrársela?”.

*Expectativas.* La pregunta 22 ha sido tratada como variable categórica ordinal: “en comparación con lo que usted esperaba, ¿cuánto dolor ha tenido en las últimas 24 horas?”.

*Satisfacción.* Se recoge en las preguntas 11 y 12, donde se pregunta el grado de satisfacción con la manera en que los médicos y las enfermeras trataron el dolor. Estas preguntas fueron tratadas como variable categórica.

#### *Variables recogidas que pueden actuar como factores de confusión*

*Procedimiento quirúrgico.* Variable categórica independiente con 15 categorías (hemicolecotomía derecha, sigmoidectomía, colectomía total, resección de recto más mesorrecto, TEM, gastrectomía total, bypass gástrico, tubulización en manga, esofagectomía, cierre de ileostomía, hernia de hiatus, reconstrucción de Hartman, cruce duodenal, proctocolecotomía más reservorio en j, laparoscopia exploradora).

*Tipo de intervención.* Variable independiente categórica con tres categorías (abierta, laparoscópica, notes).

*Tipo de anestesia.* Variable independiente categórica con cinco categorías (general, locoregional, combinada, sedación, bloqueo de plexos).

*Tipo de analgesia practicada.* Variable independiente categórica con tres categorías (intravenosa, epidural, otras vías).

*Complicaciones de la técnica analgésica.* Variable independiente categórica binaria sí/ no.

**Anexo 1. Cuestionario adaptado de la Sociedad Americana del Dolor**

Cuestionario: ..... Fecha: .....

..... Hora: .....

**Después de la intervención:**

1. ¿Tenía dolor en la garganta?:

- a) Sí    b) no

2. ¿En el lugar de la operación?:

- a) Sí    b) no

3. ¿En otros sitios?:

- a) Sí    b) no

¿En cuáles?: \_\_\_\_\_

EVA a las dos horas post-intervención \_\_\_\_\_

**Las siguientes preguntas se refieren al dolor que usted ha experimentado en las últimas 24 horas.**

4. ¿Ha sentido dolor en las últimas 24 horas?:

- a) Sí    b) no

5. ¿Ha podido dormir esta noche?:

- a) Sí    b) no

6. En relación con la siguiente escala, ¿cómo valoraría el dolor que está sintiendo ahora? EN ESTE MOMENTO. Sin moverse de la cama:

Ningún dolor    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Máximo dolor inimaginable

NADA 0    LEVE (1 a 3)    MODERADO (4 a 6)    SEVERO > 6

7. En esta escala indique el dolor que siente AHORA en este momento, ¿si se mueve, cambia de posición, si tose, si anda o se intenta levantar?:

Ningún dolor    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Máximo dolor inimaginable

8. En esta escala, indique por favor cuál ha sido el MÁXIMO dolor que ha tenido en las últimas 24 horas:

Ningún dolor    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Máximo dolor inimaginable

9. En esta escala, ¿cuál ha sido el MÍNIMO dolor que ha experimentado tras recibir la medicación para el dolor?:

Ningún dolor    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Máximo dolor inimaginable

10. ¿Hubo algún momento en que la medicación que recibió para el dolor no fue suficiente y tuvo que solicitar otra dosis u otra medicación? ¿Cuánto tiempo ha debido esperar para que se le administrara?:

- a) Nunca la solicitó    b) Sí la solicitó

\*Menos de 15 minutos

\*Entre 15 y 30 minutos

\*Entre 30 y 60 minutos

\*No se lo administraron

11. Indique su nivel de satisfacción con la manera en que las enfermeras trataron su dolor.  
a) Muy insatisfecho      b) Insatisfecho      c) Algo satisfecho  
d) Satisfecho              e) Muy satisfecho
12. Indique su nivel de satisfacción con la manera en que los médicos trataron su dolor:  
a) Muy insatisfecho      b) Insatisfecho      c) Algo satisfecho  
d) Satisfecho              e) Muy satisfecho
13. ¿Al inicio de su estancia el médico y/o la enfermera le comunicaron la importancia del tratamiento del dolor?:  
a) Sí      b) no
14. ¿Le indicaron que avisara si tenía dolor a la enfermera o al médico y que no se aguantase?:  
a) Sí      b) no
- ¿En las últimas 24 horas ha notado? (que no tuviese antes):**
15. Picores    a) Sí      b) no
16. Náuseas    a) Sí      b) no
17. Vómitos    a) Sí      b) no
18. Estreñimiento                                      a) Sí      b) no
19. Sedación     a) Sí      b) no
20. Dificultad para orinar                              a) Sí      b) no
21. Sensación y adormecimiento de piernas      a) Sí      b) no
22. En comparación con lo que usted esperaba, ¿cuánto dolor ha tenido en las últimas 24 horas?:  
a) Mucho más de lo que yo esperaba      b) Algo más de lo que yo esperaba  
c) Lo que yo esperaba, más o menos      d) Algo menos de lo que yo esperaba  
e) Mucho menos de lo que yo esperaba

*Dolor en otras localizaciones.* Preguntas 1 y 3, tratadas como variables categóricas binarias sí/no.

*Efectos secundarios.* De la 15 a las 21, ambas incluidas, tratadas como variables categóricas binarias sí/no.

### **Análisis estadístico**

Para la comparación de variables se utilizaron la correlación de Pearson y el test de Chi cuadrado, dependiendo de la naturaleza de las variables. Se utilizó el estadístico de Fisher cuando en alguna celda de la tabla de contingencia el valor era menor de 5. Se utilizó el programa informático SPSS V19.

### **RESULTADOS**

El número de pacientes operados en el periodo reseñado fue de 68, de los cuales se recogieron datos de 51.

Se excluyeron 3 pacientes por discapacidad psíquica, 4 pacientes por reintervención, 3 pacientes que se suspendieron por prolongación de las intervenciones anteriores, 4 pacientes programados que se suspendieron porque se realizaron reintervenciones que se incluyeron en el programa, y 3 pacientes por dificultad de comprensión oral.

Se analizaron 51 pacientes [54,9 % hombres (28) y 45,1 mujeres (23)]. La edad media fue de 55,9 (DE: ± 16,32) (rango 27-92). El IMC fue de 30,23 ± 9,56 (rango 17-69), ASA II: 68,6 %, ASA III: 23,5 %. El 19,6 % tenían estudios primarios, el 60,8 % estudios medios y el 19,6 % estudios universitarios.

A las 2 horas de finalizada la intervención 36 pacientes manifestaron dolor leve (70,6 %), 11 pacientes dolor moderado (21,6 %) y 4 pacientes dolor intenso (7,8 %).

45 pacientes (88,2 %) refirieron haber experimentado dolor en algún momento en las últimas 24 horas, mientras que 6 pacientes (11,8 %) no tuvieron dolor.



En el momento de la entrevista, 41 pacientes (80,4 %) refirieron dolor leve (EVA de 0 a 3) y 15 dolor moderado (19,6 %) (EVA 4-6).

El 88,2 % de los pacientes pudo dormir durante la primera noche después de la intervención.

Hubo 19 pacientes (37,3 %) con dolor leve, 26 pacientes (51%) con dolor moderado y 6 pacientes (11,8 %) con dolor intenso. Se encontró correlación entre el valor del EVA a las dos horas post-intervención y la intensidad del dolor valorada a las 24 horas, tanto en reposo como en movimiento ( $p = 0,049$  y  $p = 0,03$ ).

La máxima intensidad de dolor fue de  $5,12 \pm 1,65$  (rango de 2 a 9). El mínimo dolor fue de  $0,84 \pm 0,95$  (rango de 0 a 5). Un 29,4 % de los pacientes tuvo que solicitar analgesia porque la que tenía pautada no fue suficiente. Hubo un 70,6 % que no necesitó analgesia adicional.

De los pacientes que solicitaron analgesia, los tiempos percibidos por los pacientes desde la solicitud hasta la administración fueron los siguientes: menos de 15 minutos el 21,6 %, y de 15 a 30 minutos el 7,8 %.

Se encontró correlación entre la solicitud de medicación analgésica adicional y el dolor máximo registrado en las últimas 24 horas, con una significación de  $p = 0,04$ .

El nivel de satisfacción de los pacientes con los médicos y las enfermeras, en relación a su tratamiento con el dolor, se muestra en la Tabla I.

No hemos encontrado relación entre el grado de satisfacción del paciente con médicos o enfermeras y la intensidad de dolor referida por el paciente, ya sea en el momento de la entrevista, máximo o mínimo grado de dolor.

A la pregunta de si al inicio de su estancia el médico o la enfermera le informaron de la importancia del tratamiento del dolor, 47 pacientes estaban informados (92,2 %) y 4 pacientes no estaban informados (7,8 %).

Los efectos adversos registrados fueron prurito (2 %), náuseas (33,3 %), vómitos (2 %), sedación (3,9 %) y sensación de adormecimiento de piernas (3,9 %).

A la pregunta "En comparación con lo que usted esperaba, ¿cuánto dolor ha tenido en las últimas 24 horas?", los resul-

tados fueron: algo más de lo que esperaba (21,6 %), lo que esperaba (33,3 %), algo menos de lo que esperaba (13,7 %), mucho menos de lo que esperaba (29,4 %) y mucho más de lo que yo esperaba (2 %).

## DISCUSIÓN

La incidencia de dolor postoperatorio en las primeras 24 horas del postoperatorio es del 82,2 %, cifra algo menor que la obtenida en otros estudios realizados en España, donde es cercana al 90 %.

Un factor a tener en cuenta es el *case-mix* de cada hospital. Nuestra muestra es de pacientes de un hospital terciario referente en cirugía gastrointestinal, pacientes de alta complejidad. La intensidad del dolor a las 24 horas en reposo es leve en el 80,4 % de los pacientes, y moderada en el 19,6 %. Este porcentaje aumenta al 51 % cuando se evalúa el dolor en movimiento.

Existe correlación entre el valor del EVA las dos horas postintervención y la intensidad del dolor valorada a las 24 horas, tanto en reposo como en movimiento.

Resulta llamativo que incluso entre los que expresan dolor a las 24 horas, los que están satisfechos superan el 90 %. Probablemente esto es debido a que la satisfacción del paciente esté más relacionada con los aspectos de relación interpersonal entre el paciente y los profesionales sanitarios que con aspectos técnicos.

## Limitaciones del estudio

La valoración del dolor postoperatorio se realiza sólo en un tipo de pacientes determinado (los sometidos a cirugía gastrointestinal), pero que se consideran cirugías que provocan una intensidad de dolor severo. El 99 % de las intervenciones fueron realizadas por laparoscopia, y estos procedimientos tienen una intensidad media de dolor mayor que las intervenciones abiertas durante las primeras 24 horas. Otra posible limitación es que la realización de encuestas puede presentar una serie de sesgos relacionados con la validez de la información suministrada por el paciente, en una situación de vulnerabilidad y dependencia hacia el personal sanitario.

## CONCLUSIONES

1. La incidencia de dolor agudo postoperatorio fue de un 88,2 % a las 24 horas después de la IQ. Con una intensidad de dolor leve en el 80,4 % de los pacientes, y moderada en el 19,6 %.
2. La valoración de la EVA a las dos horas post-intervención puede indicar a los profesionales sanitarios quiénes son los pacientes que requerirán especial atención.

**TABLA I**  
GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES  
CON LOS MÉDICOS Y LAS ENFERMERAS

Grado de satisfacción	Médicos	Enfermeras
Algo satisfecho		1 (2 %)
Satisfecho	27 (52,9 %)	20 (39,2 %)
Muy satisfecho	24 (47,1 %)	30 (58,8 %)
Insatisfecho		
Muy insatisfecho		

3. El uso de la EVA (medición del grado de dolor) de manera regular por parte de las enfermeras tiene una importancia relevante para conseguir mejorar la atención de los pacientes quirúrgicos.
4. El grado de satisfacción del paciente con los médicos y las enfermeras, en relación a su tratamiento, fue elevado.

### Aplicabilidad

El estudio tiene una validez interna importante porque nos indica en qué punto estamos, abriendo posibilidades de mejora, como pueden ser formación e información a pacientes y profesionales para conseguir disminuir la incidencia de dolor agudo postoperatorio.

#### CORRESPONDENCIA:

M. L. Méndez Prieto  
luzmendezprieto@gmail.com

### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Ortega JL, Neira F. Prevalencia, medición y valoración del dolor postoperatorio. En: Torres LM. Tratamiento del dolor postoperatorio. Madrid: Editorial Ergón SA; 2003. p. 31-55.
2. Francesca F, Bader P. Echtle Guidelines on Pain Management. European Association of Urology. February, 2003.
3. Puig MM, Montes A, Marrugat J. Treatment of postoperative pain in Spain. *Acta Anaesthesiology Scand* 2001;45(4):465-70.
4. Permia A, Torres LM, Calderón E. Tratamiento del dolor postoperatorio mediante analgesia intravenosa controlada por el paciente (PCA iv). Comparación entre proparacetamol y metamizol. *Rev Soc Esp Dolor* 2000;7:354-60.
5. Rodríguez Rodríguez RI. Analgesia postoperatoria en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) *Rev Soc Esp Dolor* 2001;8:317-26.
6. Klopfenstein B, Herrmann F, Marie B, Van Gessel E, Forster A. Pain intensity and pain relief alter surgery. A comparison between patients reported assessments and nurses and physicians observations. *Acta Anaesthesiol Scand* 2000;44:58-62.
7. Torres LM. Confort versus analgesia en el postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor* 1995;2:149-50.
8. Beydon L, Rauss A, Lofaso L. El dolor agudo en nuestros hospitales: un problema de gestión *Rev. Calidad Asistencial* 2005;20:43-4.
9. Dahl JB, Rosenberrg J, Hansen BL, Hjortso NC, Kehlet H. Differential analgesic effects of low dose epidural morphine and morphine – bupivacaine at rest during mobilization after mayor abdominal surgery. *Anesth Analg* 1992;74:362-5.
10. Bolívar I, Català E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Rev Esp Anestesiología Reanimación* 2005;52(3):131-40.
11. Thomas T, Robinson B, Champion D, Mckell M, Pell M. Prediction and assessment of the severity of postoperative pain and of satisfaction which management. *Pain* 1998;75(2):177-85.
12. Bonica JJ. Postoperative pain. En: Bonica JJ. The management of pain. Philadelphia: Lea and Febiger; 1990. p. 461-80.
13. Carr DB, Miaskowski C, Dedrick SC, Williams GR. Management of perioperative pain in hospitalized patients: A national survey. *J Clin Anesth* 1998;10(1):77-85.
14. The Royal College of Surgeons of England and the College of Anaesthetist. Commission on the provision of surgical Services, report of the working party of pain after surgery. London UK: HMSO; 1990.
15. Agency for Health Care Policy and Research, Public Health service. US department of health and Human services. Acute Pain Management in Adults: Operative procedures. Quick Reference Guide for Clinicians. AHCPR pub n.º 92 -0019. Rockville MD; 1992.
16. Internacional Association for the Study of pain. Management of acute pain: a practical guide. En: Ready LB, Edwards WT, ed. Seattle; 1992.
17. World Health Organization. Cancer pain relief. Genève, Switzerland: World Health Organization.
18. Gil M, Vázquez-Guerrero JC, Rodríguez de la Torre MR, Gallego JL. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev Soc Esp del Dolor* 2004;11:197-202.
19. Benhanou D, Berti M, Brodner G, De Andrés J, Draisi G, Moreno-Azcoita M, et al. Postoperative analgesic therapy observational survey PATHOS: A practice pattern study in 7 central/southern European Countries. *Pain* 2008;136:134-41.
20. Chabás E. Dolor postoperatorio y unidades de dolor agudo. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11:257-9.
21. Vidal M, Torres LM, de Andrés JA, Moreno- Azcoitia M. Estudio observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España PATHOS. *Rev Soc Esp Dolor* 2007;14:550-67.
22. López Martínez AE, Esteve R, Ramirez-Maestre C. Diferencias en la percepción del dolor relacionadas con las variables sexo y edad. *Rev Soc Esp Dolor* 2001;8:562-8.
23. Yamitsky D, Crispel Y, Eisemberg E, Granovsky Y, Ben Nun A, Sprecher E, et al. Prediction of chronic post-operative pain: Pre-operative DNIC testing identifies patients at risk pain 2008;138:22-8.
24. Muñoz-Ramón JM, Criado A, Valentín B, García Caballero J. Diseño de un plan de formación para la puesta en marcha de una unidad de dolor agudo. *Rev Soc Esp Dolor* 2002;9:37-40.
25. Rawal N, Berggren L. Organization of acute pain services a low cost model *pain* 1994;57(1):117-23.
26. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations pain Assessment and Management Standards-Hospitals. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. The official Handbook (CAMH); 2001.
27. Garijo JA, San Martín G. Contort analgésico y dolor posoperatorio en Cirugía General. En: Cuadernos multidisciplinares de confort analgésico. Madrid: Ed grupoi SANED; 2004. p. 56-7.
28. Soler E, Faus T, Montaner MC, Morales F, Martínez-Pons V. Prevalencia, tratamiento y factores determinantes del dolor postoperatorio en un servicio de Cirugía General y de aparato digestivo. *Rev Soc Esp Dolor* 2001;8:317-26.