

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



ORIGINAL

El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento

E. Arbonés*, A. Montes, M. Riu, C. Farriols y S. Mínguez; y la Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor del Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS)**

Institut Municipal d'Assistència Sanitària, Barcelona, España

Recibido el 19 de marzo de 2009; aceptado el 9 de junio de 2009

PALABRAS CLAVE

Dolor;
Cuestionario;
Profesionales;
Evaluación;
Información;
Centros hospitalarios

Resumen

Objetivo: Para proponer e implementar acciones de mejora en el manejo del control del dolor en los centros hospitalarios del IMAS (Institut Municipal d'Assistència Sanitària), la Comisión de Evaluación y Tratamiento del Dolor, elaboró un cuestionario dirigido a los pacientes ingresados en sus centros, que complementó un estudio previo destinado a conocer la opinión y la actitud de los profesionales hospitalarios.

Material y métodos: Estudio transversal realizado mediante encuesta de opinión y revisión de historia clínica. Las preguntas se agruparon en 5 categorías: información recibida acerca de la importancia de manifestar y tratar su dolor; métodos utilizados en su evaluación; repercusión en las actividades de la vida diaria hospitalaria; tratamiento aplicado, y satisfacción con el proceso de la gestión del dolor. Se incluyeron 325 entrevistas realizadas a pacientes adultos con ingreso superior a 48 h, se excluyeron los que presentaban dificultad de comunicación y los ingresados en psiquiatría en los que su médico no consideró oportuna la entrevista. La selección de camas fue aleatoria y el cálculo de la muestra se realizó estratificado por centro y áreas (agudos médicos, agudos quirúrgicos, larga estancia y psiquiatría). Se realizó un análisis descriptivo.

Resultados: Un 42,2% de los pacientes refirió no haber recibido ningún tipo de información acerca de la importancia de manifestar su dolor. A un 62,8% se le había preguntado sobre la intensidad de su dolor, siendo el método más utilizado una escala categórica (48,5%), seguido de la escala verbal numérica (35,8%). Un 76,9% de los pacientes había presentado algún tipo de dolor durante su ingreso, y de éstos un 22% no había solicitado atención por dicho motivo. Globalmente, un 85,8% consideró que se le había prestado suficiente atención a su dolor. El 33,3% de los pacientes refirió bastante o mucha limitación en las actividades de la vida diaria hospitalaria por dolor. La pauta analgésica más

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: earbones@imas.imim.es (E. Arbonés).

**Al final del artículo se relacionan los miembros de la Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor.

prescrita fue la fija sin rescate (31,1%). El grado de satisfacción fue elevado: 76,9% con la atención recibida y 75,1% con los tratamientos aplicados.

Conclusiones: Debe mejorarse el proceso de gestión del dolor de nuestros centros, aumentando tanto la información como la evaluación sistemática del dolor. Es necesaria la elaboración de protocolos adaptados a cada área. El grado de satisfacción de los pacientes no es un buen indicador de calidad del proceso de gestión del dolor.

© 2009 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Pain;
Questionnaire;
Professionals;
Evaluation;
Information;
Hospitals

Pain in hospitalized patients: cross-sectional study on information, evaluation and treatment

Abstract

Objective: To propose and implement strategies to improve pain management in hospitals belonging to the Municipal Institute of Healthcare (*Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria*, Barcelona, Spain), the Committee for Pain Evaluation and Treatment developed a questionnaire to be used in patients admitted to these centers to complement a previous survey of opinions and attitudes among hospital staff.

Material and methods: We performed a cross-sectional opinion survey and review of medical records. The questions were grouped into five categories: information given to the patient on the importance of reporting and treating pain, the methods used to assess pain, the effect on activities of daily living during hospitalization, the treatment applied and satisfaction with pain management. A total of 325 adult patients hospitalized for more than 48 hours were surveyed. Patients with communication difficulties were excluded, as were psychiatric patients if the treating physician considered participation inappropriate. Patients were selected randomly. In the calculation of sample size, stratification was by hospital and patient type (acutely ill medical or surgical patients, long-stay patients and psychiatric patients). Descriptive statistics were compiled.

Results: No information about the importance of reporting pain was received by 42.2% of the patients; 62.8% had been asked about pain intensity, the most frequent method used being a categorical scale (48.5%), followed by a verbal-numerical scale (35.8%). Most patients (76.9%) experienced some type of pain during admission; of these, 22% did not seek help for pain management. Overall, 85.8% of the patients felt that their pain had received sufficient attention, while 33.3% reported moderate or considerable limitation of daily activities due to pain while in hospital. The analgesia protocol prescribed in the largest proportion of the sample (31.1%) was a fixed-dose without rescue medication (31.1%). Satisfaction was high, with 76.9% of the patients being satisfied with the care received and 75.1% with the treatments used.

Conclusions: Pain management in our centers should be improved by increasing the information given to patients and providing systematic pain evaluation. Protocols adapted to the needs of each department should be designed. Patient satisfaction is not an accurate indicator of the quality of pain management.

© 2009 Sociedad Española del Dolor. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Numerosos estudios han analizado la situación del dolor, tanto en pacientes hospitalizados¹⁻³ como en la población general⁴. Estos estudios se han centrado, principalmente, en analizar la prevalencia de dolor, los sistemas de evaluación y los métodos de tratamiento¹. Sin embargo, otros aspectos considerados relevantes en el manejo del dolor por parte de organismos como la Joint Commission on Accredita-

tion of Healthcare Organizations⁵, como son la información/educación del paciente acerca de la importancia del tratamiento y la evaluación sistemática del dolor, han sido escasamente valorados en estos estudios⁶.

La CETD (Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor) de los centros del IMAS (Institut Municipal d'Assistència Sanitaria) diseñó 2 estudios para evaluar estos aspectos. En un primer estudio, se elaboró un cuestionario con el objetivo de conocer la opinión y la actitud de los profesionales

Tabla 1 Sexo de los pacientes entrevistados y distribución por áreas

| | Área | | | | | | | | | |
|-----------------|-------|------|--------|------|------------|------|-------------|------|----------------|----|
| | Total | | Médica | | Quirúrgica | | Psiquiatría | | Larga estancia | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Femenino | 192 | 59,1 | 74 | 53,2 | 67 | 67,7 | 16 | 47,1 | 35 | 66 |
| Masculino | 133 | 40,9 | 65 | 46,8 | 32 | 32,3 | 18 | 52,9 | 18 | 34 |
| Total pacientes | 325 | | 139 | | 99 | | 34 | | 53 | |
| Edad media | 67 | | 70 | | 64 | | 44 | | 80 | |

sanitarios (médicos y enfermeras) de nuestros centros respecto al manejo del dolor, cuyos resultados fueron publicados en esta revista⁷. Este segundo estudio complementa los resultados del anterior y valora los mismos aspectos, pero desde la óptica del paciente.

El estudio recoge la opinión de los pacientes ingresados sobre: la información recibida acerca de la importancia del dolor y su manejo; los métodos utilizados para la evaluación del dolor; la repercusión en las actividades de la vida diaria hospitalaria; el tratamiento aplicado, y la satisfacción de los pacientes con la gestión del dolor.

El objetivo de este trabajo es presentar y analizar los resultados de este segundo estudio, lo cual permitirá conocer la situación actual y diseñar e implementar acciones de mejora en el manejo del dolor en nuestros centros.

Material y métodos

Estudio transversal realizado mediante una encuesta de opinión y revisión de historia clínica a pacientes ingresados en todos los centros del IMAS, 2 de pacientes agudos, Hospital del Mar y Hospital de la Esperanza, y un tercero, Centro Fórum-Hospital del Mar, que atiende pacientes de psiquiatría y de larga estancia. En total el IMAS dispone de 928 camas, de las cuales 614 son de agudos.

Las entrevistas a pacientes se llevaron a cabo durante el mes de marzo de 2006 por 2 enfermeras en cada centro, una de ellas común a los 3 hospitales y la segunda propia de cada centro. Todas ellas recibieron previamente formación específica acerca de la metodología de la encuesta.

En primer lugar se realizó la entrevista, según un cuestionario preparado a tal efecto. Las preguntas realizadas se agruparon en 5 categorías: información recibida sobre el dolor; valoración; tratamiento; repercusión en las actividades diarias hospitalarias, y satisfacción con el tratamiento durante el ingreso. Posteriormente, se revisó la historia clínica para recoger el tipo de pauta indicada para el tratamiento del dolor, con el fin de que su conocimiento previo no influyera en la entrevista al paciente.

Criterios de inclusión: pacientes adultos de los 3 centros que llevasen ingresados más de 48 h, con el objetivo de asegurar el tiempo suficiente para haber recibido información sobre el control del dolor.

Criterios de exclusión: pacientes con dificultades de comunicación (ingresados en la unidad de cuidados intensivos, con demencia o barrera idiomática) y pacientes ingresados

en psiquiatría en los que su médico no consideró oportuna la entrevista. También se excluyeron los pacientes del servicio de urgencias, ya que se trata de un área de estancia inferior a 48 h.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó estratificado por centro y áreas, entendiendo éstas como grandes grupos de especialidades: agudos médicos, agudos quirúrgicos, larga estancia y psiquiatría. Se realizó el cálculo según el número de camas asignadas a cada servicio, siendo la muestra resultante de 325 pacientes a entrevistar. En total se excluyeron 192 camas.

Se realizó reposición de pacientes en el caso de que la cama estuviera ocupada por un enfermo de otra área o por su negativa a ser entrevistado.

El tamaño de la muestra de cada estrato permite estimar un 60% de respuestas afirmativas a haber recibido información oral sobre el dolor, con una precisión del 10% y un riesgo alfa de 0,05. La selección de camas según la población de estudio por centro y área se realizó a través de números aleatorios. Se realizó un análisis descriptivo, los resultados se presentan de forma global y estratificados por áreas, no se han analizado por centro.

Resultados

Se entrevistaron 325 pacientes, de los cuales un 59,1% eran mujeres y un 40,9% varones, con una edad media de 67 años. La distribución por áreas se muestra en la tabla 1.

El primer grupo de preguntas evaluaba los aspectos relacionados con la información (tabla 2). Un 42,2% de pacientes no había recibido ningún tipo de información acerca de la importancia de manifestar su dolor, con diferencias destacables según áreas.

Las siguientes preguntas analizaban la valoración del dolor (tabla 3). A un 62,8% se le había preguntado específicamente sobre la intensidad de éste. Los métodos más utilizados fueron una escala categórica (48,5%) y la escala verbal numérica (35,8%); en el área médica la más utilizada fue la categórica (66,3%) y en el área quirúrgica la numérica (63,1%). En cuanto a la frecuencia con la que se realizó la evaluación, un 54,4% manifestó que “diversas veces al día”, un 11,8% “una vez al día” y un 27% “ocasionalmente”. Esta evaluación fue realizada en un 42,6% de los pacientes por la enfermera, en un 9,3% por el médico y en un 41,7% por ambos.

El tercer bloque de preguntas correspondía al tratamiento recibido (tabla 4). El 76,9% había presentado do-

Tabla 2 Evaluación de la información sobre aspectos relacionados con el dolor

| | Área | | | | | | | | | |
|--|-------|------|--------|------|------------|------|-------------|------|----------------|------|
| | Total | | Médica | | Quirúrgica | | Psiquiatría | | Larga estancia | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Durante su ingreso ha recibido información acerca de la importancia de manifestar su dolor | | | | | | | | | | |
| Por escrito, oral o ambas | 165 | 50,8 | 64 | 46 | 82 | 82,8 | 5 | 14,7 | 14 | 26,4 |
| No informado | 137 | 42,2 | 68 | 48,9 | 15 | 15,2 | 27 | 79,4 | 27 | 50,9 |
| NS/NC | 20 | 6,2 | 7 | 5 | 1 | 1 | 1 | 2,9 | 11 | 20,8 |
| Desconocido | 3 | 0,9 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2,9 | 1 | 1,9 |
| Durante su ingreso ha recibido información acerca de la manera de tratar su dolor | | | | | | | | | | |
| Por escrito, oral o ambas | 149 | 46 | 55 | 39,6 | 74 | 74,7 | 5 | 14,7 | 15 | 28,8 |
| No informado | 150 | 46,3 | 75 | 54 | 22 | 22,2 | 27 | 79,4 | 26 | 50 |
| NS/NC | 19 | 5,9 | 8 | 5,8 | 1 | 1 | 1 | 2,9 | 9 | 17,3 |
| Desconocido | 6 | 1,9 | 1 | 0,7 | 2 | 2 | 1 | 2,9 | 2 | 3,8 |

NS/NC: no sabe/no contesta.

Tabla 3 Evaluación sobre la valoración del dolor

| | Área | | | | | | | | | |
|--|-------|------|--------|------|------------|------|-------------|------|----------------|------|
| | Total | | Médica | | Quirúrgica | | Psiquiatría | | Larga estancia | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Durante su ingreso le han preguntado específicamente acerca de la intensidad de su dolor | | | | | | | | | | |
| Sí | 204 | 62,8 | 89 | 64 | 84 | 84,8 | 9 | 26,5 | 22 | 41,5 |
| No | 109 | 33,5 | 47 | 33,8 | 15 | 15,2 | 20 | 58,8 | 27 | 50,9 |
| NS/NC | 11 | 3,4 | 3 | 2,2 | 0 | 0 | 4 | 11,8 | 4 | 7,5 |
| Desconocido | 1 | 0,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,9 | 0 | 0 |
| <i>En el caso de que le hayan preguntado ¿Cómo le han preguntado?, utilizando una...</i> | | | | | | | | | | |
| EVA | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2,4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| EVN | 73 | 35,8 | 17 | 19,1 | 53 | 63,1 | 1 | 11,1 | 2 | 9,1 |
| Escala categórica | 99 | 48,5 | 59 | 66,3 | 27 | 32,1 | 6 | 66,7 | 7 | 31,8 |
| Otra | 5 | 2,5 | 4 | 4,5 | 0 | 0 | 1 | 11,1 | 0 | 0 |
| No lo recuerda | 23 | 11,3 | 9 | 10,1 | 2 | 2,4 | 0 | 0 | 12 | 54,5 |
| Desconocido | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 11,1 | 1 | 4,5 |
| Esta evaluación se ha realizado | | | | | | | | | | |
| Diversas veces al día | 111 | 54,4 | 41 | 46,1 | 69 | 82,1 | 1 | 11,1 | 0 | 0 |
| Una vez al día | 24 | 11,8 | 17 | 19,1 | 2 | 2,4 | 1 | 11,1 | 4 | 18,2 |
| Ocasionalmente | 55 | 27 | 25 | 28,1 | 11 | 13,1 | 7 | 77,8 | 12 | 54,5 |
| No lo recuerda | 12 | 5,9 | 5 | 5,6 | 1 | 1,2 | 0 | 0 | 6 | 27,3 |
| Desconocido | 2 | 1 | 1 | 1,1 | 1 | 1,2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ¿Quién le ha preguntado? | | | | | | | | | | |
| Médico | 19 | 9,3 | 10 | 11,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 40,9 |
| Enfermera | 87 | 42,6 | 26 | 29,2 | 47 | 56 | 6 | 66,7 | 8 | 36,4 |
| Ambos | 85 | 41,7 | 47 | 52,8 | 32 | 38,1 | 2 | 22,2 | 4 | 18,2 |
| No lo recuerda | 11 | 5,4 | 5 | 5,6 | 5 | 6 | 0 | 0 | 1 | 4,5 |
| Desconocido | 2 | 1 | 1 | 1,1 | 0 | 0 | 1 | 11,1 | 0 | 0 |

EVA: escala visual analógica; EVN: escala visual numérica; NS/NC: no sabe/no contesta.

Tabla 4 Presencia de dolor y atención del personal sanitario durante la estancia en el hospital

| | Área | | | | | | | | | |
|--|-------|------|--------|------|------------|------|-------------|------|----------------|------|
| | Total | | Médica | | Quirúrgica | | Psiquiatría | | Larga estancia | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Durante su estancia en el hospital, ¿ha presentado dolor en alguna parte del cuerpo? | | | | | | | | | | |
| Bastante, mucho o muchísimo | 157 | 48,3 | 54 | 38,8 | 62 | 62,6 | 11 | 32,4 | 30 | 56,6 |
| Sí, un poco | 93 | 28,6 | 41 | 29,5 | 30 | 30,3 | 7 | 20,6 | 15 | 28,3 |
| No | 73 | 22,5 | 44 | 31,7 | 7 | 7,1 | 14 | 41,2 | 8 | 15,1 |
| Desconocido | 2 | 0,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5,9 | 0 | 0 |
| Cuando ha tenido dolor, ¿le han atendido? | | | | | | | | | | |
| Sí, siempre | 175 | 70 | 62 | 65,3 | 79 | 85,9 | 11 | 61,1 | 23 | 51,1 |
| Alguna vez | 9 | 3,6 | 3 | 3,2 | 1 | 1,1 | 3 | 16,7 | 2 | 4,4 |
| No | 3 | 1,2 | 1 | 1,1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4,4 |
| No lo ha solicitado | 55 | 22 | 25 | 26,3 | 9 | 9,8 | 4 | 22,2 | 17 | 37,8 |
| NS/NC | 2 | 0,8 | 0 | 0 | 1 | 1,1 | 0 | 0 | 1 | 2,2 |
| Desconocido | 6 | 2,4 | 4 | 4,2 | 2 | 2,2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Los pacientes que han tenido dolor y pedido/recibido atención</i> | | | | | | | | | | |
| ¿Cómo le han atendido cuando ha tenido dolor? | | | | | | | | | | |
| Bastante o muy rápido | 159 | 86,4 | 60 | 92,3 | 71 | 88,8 | 11 | 78,6 | 17 | 68 |
| Lento o muy lento | 15 | 8,2 | 4 | 6,2 | 4 | 5 | 1 | 7,1 | 6 | 24 |
| NS/NC | 7 | 3,8 | 1 | 1,5 | 3 | 3,8 | 1 | 7,1 | 2 | 8 |
| Desconocido | 3 | 1,6 | 0 | 0 | 2 | 2,5 | 1 | 7,1 | 0 | 0 |
| Desconocido | 3 | 1,2 | 1 | 1,1 | 2 | 2,2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Considera que le han prestado suficiente atención a su dolor | | | | | | | | | | |
| Mucha o bastante | 188 | 85,8 | 70 | 83,3 | 87 | 95,6 | 11 | 78,6 | 20 | 66,7 |
| Alguna o poca | 27 | 12,3 | 11 | 13,1 | 4 | 4,4 | 3 | 21,4 | 9 | 30 |
| Desconocido | 4 | 1,8 | 3 | 3,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3,3 |

NS/NC: no sabe/no contesta.

lor de diferentes intensidades durante su ingreso. Para identificar a los pacientes que habían presentado dolor con una intensidad de moderado a severo y que, por tanto, implicaba la necesidad de establecer una actuación terapéutica se establecieron las siguientes cuestiones: ¿ha presentado bastante, mucho o muchísimo dolor durante su ingreso?

El porcentaje de dolor con intensidad de moderado a severo en las distintas áreas fue: 38,8% en el área médica, 62,6% en el área quirúrgica, 32,4% en psiquiatría y 56,6% en los pacientes ingresados en el área de larga estancia (fig. 1). De estos pacientes, un 73,6% manifestó haber sido atendido por este motivo, y un 86,4% consideró la respuesta bastante o muy rápida. Destaca que un 22% de pacientes con dolor no solicitó ningún tipo de atención. A pesar de ello, globalmente, un 85,8% de los pacientes consideró que se le había prestado suficiente atención a su dolor.

El 33,3% de los pacientes (tabla 5) refirió bastante o mucha limitación, como consecuencia de su dolor, en las actividades personales de la vida diaria durante su ingreso (levantarse, lavarse, pasear, hablar, leer, etc.).

Se revisó la historia clínica de los pacientes para analizar la pauta analgésica prescrita (tabla 6). Un 29,5% del total

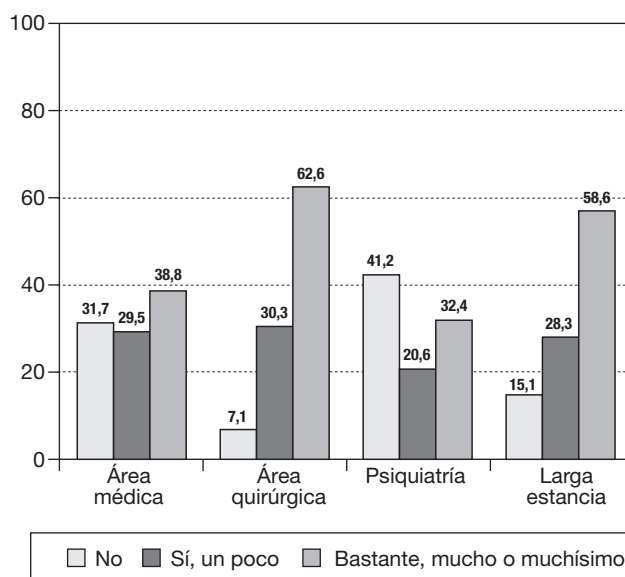


Figura 1 Durante su estancia en el hospital, ¿ha presentado dolor en alguna parte del cuerpo?

Tabla 5 Interferencia del dolor en las actividades durante la estancia en el hospital

| | Área | | | | | | | | | |
|--|-------|------|--------|------|------------|------|-------------|------|----------------|------|
| | Total | | Médica | | Quirúrgica | | Psiquiatría | | Larga estancia | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Durante su ingreso, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado sus actividades diarias? | | | | | | | | | | |
| Nada | 68 | 27,6 | 27 | 29,3 | 20 | 21,7 | 7 | 38,9 | 14 | 31,8 |
| Poco | 52 | 21,1 | 21 | 22,8 | 19 | 20,7 | 5 | 27,8 | 7 | 15,9 |
| Regular | 41 | 16,7 | 16 | 17,4 | 14 | 15,2 | 2 | 11,1 | 9 | 20,5 |
| Bastante o mucho | 82 | 33,3 | 27 | 29,3 | 37 | 40,2 | 4 | 22,2 | 14 | 31,8 |
| Desconocido | 3 | 1,2 | 1 | 1,1 | 2 | 2,2 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabla 6 Pautas analgésicas indicadas durante el período de hospitalización

| | Área | | | | | | | | | |
|---|-------|------|--------|------|------------|------|-------------|------|----------------|------|
| | Total | | Médica | | Quirúrgica | | Psiquiatría | | Larga estancia | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Pautas prescritas a los pacientes hospitalizados (independientemente de que tuviesen dolor) | | | | | | | | | | |
| Ninguna | 96 | 29,5 | 56 | 40,3 | 3 | 3 | 25 | 73,5 | 12 | 22,6 |
| A demanda | 40 | 12,3 | 24 | 17,3 | 5 | 5,1 | 4 | 11,8 | 7 | 13,2 |
| Fija, sin rescate | 101 | 31,1 | 37 | 26,6 | 36 | 36,4 | 3 | 8,8 | 25 | 47,2 |
| Fija, con rescate | 87 | 26,8 | 22 | 15,8 | 55 | 55,6 | 1 | 2,9 | 9 | 17 |
| Desconocido | 1 | 0,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,9 | 0 | 0 |
| Total | 325 | 100 | 139 | 100 | 99 | 100 | 34 | 100 | 53 | 100 |
| Pauta que tenían los pacientes que referían dolor durante la estancia en el hospital | | | | | | | | | | |
| Ninguna | 48 | 19,2 | 27 | 28,4 | 2 | 2,2 | 11 | 61,1 | 8 | 17,8 |
| A demanda | 30 | 12 | 18 | 18,9 | 5 | 5,4 | 3 | 16,7 | 4 | 8,9 |
| Fija, sin rescate | 95 | 38 | 33 | 34,7 | 36 | 39,1 | 2 | 11,1 | 24 | 53,3 |
| Fija, con rescate | 76 | 30,4 | 17 | 17,9 | 49 | 53,3 | 1 | 5,6 | 9 | 20 |
| Desconocido | 1 | 0,4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5,6 | 0 | 0 |
| Total | 250 | 100 | 95 | 100 | 92 | 100 | 18 | 100 | 45 | 100 |

de los pacientes no disponía de ninguna pauta (este porcentaje era mayor en el área médica: 40,3%), en un 12,3% la pauta era a demanda y en un 57,9% era fija (92% en el área quirúrgica). Al analizar separadamente los pacientes que refirieron dolor durante su estancia, destaca que un 19,2% no tenía pauta analgésica (28,4% en el área médica), y en un 12% ésta era sólo a demanda.

En la tabla 7 se recoge el grado de satisfacción con respecto a la atención recibida y los tratamientos aplicados. El grado de satisfacción fue elevado, con un 76,9% de pacientes bastante o muy satisfecho con la atención, y un 75,1% con los tratamientos aplicados.

Discusión

La información/educación adecuada a los pacientes, independientemente del motivo de su ingreso, médico o quirúr-

gico, por parte del personal asistencial es un componente esencial para el correcto abordaje del dolor⁵.

En nuestro estudio, sólo un 50,8% de los pacientes refirió haber recibido información acerca de la importancia de manifestar su dolor, con el fin de poder aplicar un plan terapéutico. Únicamente un 46% manifestaba haber sido informado sobre el tratamiento analgésico. Estos porcentajes fueron mayores en los servicios quirúrgicos, lo que puede explicarse por la puesta en marcha, en el año 2003, de un programa para la gestión del dolor postoperatorio, en el cual la información al paciente es una parte esencial. A pesar del tiempo transcurrido desde su instauración, todavía entre un 15,2 y un 22,2% de los pacientes del área quirúrgica no recibió información sobre el dolor.

El impacto de la información sobre el dolor y las expectativas de los pacientes quirúrgicos ante el manejo del dolor son temas bien establecidos. La información escrita acerca del manejo del dolor postoperatorio distribuida an-

Tabla 7 Satisfacción con relación al manejo del dolor durante la estancia en el hospital

| | Área | | | | | | | | | |
|--|-------|------|--------|------|------------|------|-------------|------|----------------|------|
| | Total | | Médica | | Quirúrgica | | Psiquiatría | | Larga estancia | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| ¿Cuál es su grado de satisfacción con la atención recibida mientras ha sido tratado de su dolor? | | | | | | | | | | |
| Mucho o bastante contento | 180 | 76,9 | 67 | 75,3 | 81 | 88 | 9 | 56,3 | 23 | 62,2 |
| Indiferente | 37 | 15,8 | 14 | 15,7 | 11 | 12 | 4 | 25 | 8 | 21,6 |
| Algo o muy disgustado | 11 | 4,7 | 4 | 4,5 | 0 | 0 | 1 | 6,3 | 6 | 16,2 |
| Desconocido | 6 | 2,6 | 4 | 4,5 | 0 | 0 | 2 | 12,5 | 0 | 0 |
| ¿Cómo de satisfecho ha estado con los tratamientos aplicados para su dolor? | | | | | | | | | | |
| Mucho o bastante contento | 184 | 75,1 | 70 | 74,5 | 83 | 86,5 | 8 | 44,4 | 23 | 62,2 |
| Indiferente | 43 | 17,6 | 16 | 17 | 13 | 13,5 | 4 | 22,2 | 10 | 27 |
| Algo o muy disgustado | 7 | 2,9 | 2 | 2,1 | 0 | 0 | 1 | 5,6 | 4 | 10,8 |
| No registrado | 11 | 4,5 | 6 | 6,4 | 0 | 0 | 5 | 27,8 | 0 | 0 |

tes de la valoración preanestésica ambulatoria aumenta la calidad de la información retenida, facilita la discusión con el anestesiólogo y la aceptación de un programa de dolor postoperatorio⁸. Un artículo publicado recientemente⁹ desde la perspectiva de los pacientes, valora telefónicamente a las 72 h de la cirugía los aspectos que ocasionan una mayor preocupación o que requieren más cuestiones en pacientes intervenidos ambulatoriamente, y destacan entre los ítems planteados cuál será la pauta analgésica al alta y si ésta permitirá mantener una actividad, los efectos indeseables de los analgésicos y cómo tratarlos, y finalmente las expectativas de su experiencia dolorosa. El miedo a la adicción tiene menor importancia en la valoración que realizan los pacientes.

La falta de información por parte del personal sanitario a los pacientes y sus familiares, contribuye a que un alto porcentaje de personas con dolor no esté recibiendo el tratamiento adecuado. El paciente y su familia deben ser educados en la importancia de manifestar el dolor para poder establecer un tratamiento y deben ser informados de las medidas disponibles para tratarlo. Si el paciente no aprende a manifestar su dolor y alerta de los cambios producidos, como falta de alivio o cambios en sus características con los tratamientos aplicados, no se obtendrá una respuesta favorable. Por el estudio publicado previamente⁷, conocemos que sólo un 29,6% de los profesionales sanitarios de nuestros centros da información escrita sobre el dolor, y que el 71,6% dice que la da siempre o casi siempre de forma oral, aunque en un 87,1% de los casos el personal sanitario conoce su responsabilidad en promover aspectos relacionados con el control del dolor.

El estudio europeo PATHOS¹⁰, estudio observacional sobre dolor postoperatorio, mostró deficiencias importantes en la formación del personal, la información preoperatoria sistemática al paciente, la existencia de protocolos escritos para el manejo del dolor y la recogida de datos. Estas deficiencias fueron más llamativas en nuestro país respecto al resto de Europa.

Acerca de los resultados relacionados con la evaluación del dolor, destaca que el porcentaje de valoración del dolor fue superior en los servicios quirúrgicos (por el motivo previamente citado), contrastando con el resto de áreas. En el área de psiquiatría o la unidad de larga estancia, esto podría explicarse por el perfil de los pacientes ingresados en dichas unidades (enfermos subagudos o crónicos). En el área médica de pacientes agudos, probablemente la falta de sistemática en la valoración sea la causa de estas diferencias.

En referencia a la prevalencia del dolor, estudios previos realizados en medios hospitalarios^{1,3,6,11-15} demuestran que entre el 45 y el 94% de los pacientes ingresados presentan dolor. Los porcentajes son muy heterogéneos debido a la variedad de hospitales, servicios y cuestionarios donde se han realizado. En nuestro estudio, la prevalencia del dolor fue del 76,9% (el 48,3% moderado o intenso). Destaca que tanto en el área quirúrgica como en la de larga estancia los pacientes con dolor moderado-intenso superan el 50%. A pesar de ello, un 22% del global de los pacientes no solicitó atención para el dolor, lo que puede deberse a la falta de información, ya que observamos como en el área quirúrgica este porcentaje se redujo al 9,8%.

En los pacientes persisten conceptos erróneos con relación al dolor. En un estudio realizado en un hospital universitario, más de un 50% de los pacientes realizaba afirmaciones como: "se debe soportar el dolor", "los analgésicos producen adicción" o "los analgésicos se deben reservar por si el dolor empeora"⁶. Nuestro trabajo viene a confirmar la necesidad de informar/educar a los pacientes acerca de la importancia de tratar el dolor.

El dolor es una experiencia capaz de alterar las actividades de la vida diaria, como se demuestra en varios estudios. Bassols et al⁴, en un trabajo realizado en la comunidad, determinaron que aproximadamente un 30% de la población estudiada presentaba limitaciones secundarias al dolor (trabajo, estudio, estado emocional o en el patrón del sueño). Boerlage et al¹⁴ analizaron el impacto del dolor en varios aspectos de la vida diaria de pacientes institucionalizados

(actividad física, insomnio, ansiedad, contactos sociales): un 60% presentaba limitación para las actividades de la vida diaria por el dolor, y en la mitad de ellos los limitaba “bastante” o “mucho”. Daut y Cleeland¹¹ demostraron cómo el dolor leve ocasionaba una mínima distorsión en la actividad del paciente, mientras que un dolor moderado o severo sí interfería. En nuestro estudio, un 71,1% del total afirmó que el dolor le había dificultado sus actividades en el hospital. Aunque no se analizó su relación con la intensidad del dolor, un 30% de los pacientes manifestó “bastante” o “mucho” limitación, sin diferencias destacables entre las áreas médicas y quirúrgicas.

Las diferentes características del dolor, agudo o crónico, obligan a enfoques y análisis distintos. La mayor parte de unidades de dolor agudo (UDA) se desarrollan en el marco de programas de dolor agudo postoperatorio y establecen una serie de estándares de control del dolor, como los propuestos por el National Health Service¹⁶ que en 2002 definió como objetivo conseguir que menos del 5% de los pacientes presentara dolor intenso postoperatorio. La mayoría de estudios establece la necesidad de tratar el dolor evaluado mediante escala analógica visual o escala verbal numérica por encima de 3 (3 sobre 10) con pautas adecuadas, estableciendo posibilidad de rescates adicionales y la valoración del alivio obtenido, probablemente la incidencia de intensidad de dolor es el método más directo de evaluación, y es recomendable establecer esta intensidad de dolor en reposo y con movimiento, aunque la mayoría de centros sólo valore sistemáticamente el dolor en reposo. El dolor postoperatorio es el dolor agudo o subagudo más frecuente en el medio hospitalario y con una prevalencia elevada, pero presenta la peculiaridad de ser un dolor previsible y evitable, ya que se conoce su inicio, la duración y con gran aproximación su intensidad. El enfoque que hemos dado en nuestros centros al programa de manejo del dolor por parte de la CETD es independiente pero a su vez complementario al programa de gestión de dolor postoperatorio, iniciado previamente, y que desde su creación impulsa el concepto de que todo paciente ingresado en nuestros centros tiene derecho a un adecuado programa de asistencia en dolor y que el alivio del dolor es responsabilidad de todo el personal sanitario.

El análisis de los tratamientos prescritos mostró que sólo el 30,4% de los pacientes recibió una pauta fija con rescate (tabla 6), y que la pauta que se aplicó más frecuentemente en todas las áreas excepto en la quirúrgica fue la fija sin rescates. Estos resultados coinciden con otros estudios de la bibliografía¹⁷, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud recomienda evitar las pautas de analgesia a demanda y potenciar la prescripción de pautas fijas con rescates^{18,19}. En nuestro estudio incluso un 19% de los pacientes que referían dolor no tenía ninguna pauta de analgesia, aunque este porcentaje disminuía a un 2,2% en el área quirúrgica.

La satisfacción es un aspecto multidimensional en la que debe considerarse el resultado del balance entre las expectativas del paciente y la asistencia recibida. Malouf et al²⁰, en un estudio realizado en 250 pacientes ingresados, demostraron que la satisfacción con el tratamiento se correlacionó positivamente con la satisfacción con el equipo sanitario, incluso a pesar de que persistiese el dolor, resultado congruente con otros estudios⁶. Roth et al¹⁷, en un estudio

prospectivo realizado en pacientes posquirúrgicos, analizaron los siguientes factores: interés del equipo médico por su dolor; frecuencia de episodios de dolor irruptivo; edad; protocolización del tratamiento del dolor; tipo de cirugía (mayor/menor), e intensidad del dolor. Este último fue el que presentó una menor correlación con el grado de satisfacción. En el presente estudio la mayoría de los pacientes (76,9%) estaba satisfecha con la atención recibida. Como se observa en la tabla 6, el 73,6% refirió que cuando tuvieron dolor se les atendió, y en el 86,4% de forma rápida.

Como limitaciones del estudio se podría considerar que la exclusión y el reemplazo de pacientes por los motivos citados con anterioridad pudieron ocasionar un sesgo en la muestra estudiada. Además, la inclusión en el análisis de áreas heterogéneas dificultó la comparación y pudo distorsionar los resultados globales. Esta heterogeneidad se refiere tanto a características propias de los pacientes como a los distintos tipos de dolor.

Nuestros resultados corroboran que es recomendable la instauración de protocolos y guías clínicas basadas en la evidencia médica disponible y mejorar la formación del personal sanitario en la evaluación y tratamiento del dolor. En algunos países, tanto organizaciones gubernamentales como capítulos nacionales de la International Association for the Study of Pain han definido unos requerimientos mínimos fundamentalmente en el campo de las unidades de UDA.

Como conclusiones del presente estudio se derivan las siguientes medidas con el objetivo de mejorar la calidad del abordaje clínico del dolor en nuestros centros:

- Mejorar los sistemas de información (verbal y escrita) acerca del dolor y asegurar su difusión.
- Registrar el dolor como una constante clínica más en las trayectorias clínicas, y sistematizar los métodos de evaluación mediante escalas de medida a intervalos fijos (adaptado según el perfil del paciente).
- Elaborar e implementar protocolos acerca del manejo del dolor adaptado a las necesidades de cada servicio.
- Estos protocolos deben establecer pautas fijas con rescate en los pacientes que presenten dolor y evaluar la adecuación de éstas.

En este sentido, se ha elaborado recientemente por parte de la CETD la Guía de evaluación y tratamiento del dolor del IMAS. El próximo objetivo es difundir dicha guía y asegurar su cumplimiento.

Agradecimientos

Al personal de enfermería que realizó las encuestas: Sras. Rosa Herms, Rosa Bartrons, Milagros Herranz y M. Isabel Castarlenas.

Al Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica del IMAS, y a los miembros de la CETD del IMAS.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Relación de miembros de la Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor

Elisa Arbonés, María Arilla, Rosa Bartrons, Jordi Castillo, Cristina Farriols, Carlos Mesía, Antonio Montes, Esther Marco, Silvia Mínguez, Encarna Muñoz, Pere Ortiz, Josep Planas, José Antonio Pereira, Anna Pros, Marta Riu, Manuel Ramírez y Eulalia Sevilla.

Bibliografía

- Vallano A, Malouf J, Payrulet, Baños JE; Catalan Research Group for Studying Pain in Hospital. Prevalence of pain in adults admitted to Catalanian hospitals: a cross-sectional study. *Eur J Pain*. 2006;10:721-31.
- Strohbecker B, Mayer H, Evers G, Sabatowski R. Pain prevalence in hospitalized patients in a German university teaching hospital. *J Pain Symptom Manage*. 2005;29:498-506.
- Melotti RM, Samolsky-Dekel BG, Ricchi E, Chiari P, Di Giacinto I, Carosi F, et al. Pain prevalence and predictors among inpatients in a major Italian teaching hospital. A baseline survey towards a pain free hospital. *Eur J Pain*. 2005;9:485-95.
- Bassols A, Bosch F, Campillo M, Cañellas M, Baños JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain*. 1999;83:9-16.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Pain assessment and management standards-Hospitals. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. The official Handbook (CAMH). Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2001.
- Salomon L, Tcherny-Lessenot S, Collin E, Coutaux A, Levy-Sousan M, Legeron MC, et al. Pain prevalence in a French teaching hospital. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24:586-92.
- Montes A, Arbonés E, Planas J, Muñoz E, Casamitjana M. Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor*. 2008;15:75-82.
- Binhas M, Roudot-Thoraval F, Thominet D, Maison P, Marty J. Impact of written information describing postoperative pain management on patient agreement with proposed treatment. *Eur J Anaesthesiol*. 2008;25:884-90.
- Kastanias P, Denny K, Robinson S, Sabo K, Snaith K. What do adult surgical patients really want to know about pain and pain management? *Pain Manag Nurs*. 2009;10:22-31.
- Vidal MA, 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;8:550-67.
- Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer*. 1982;50:1913-8.
- Visentin M, Zanolin E, Trentin L, Sartori S, De Marco R. Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals. *Eur J Pain*. 2005;9:61-7.
- Yates PM, Edwards RN, Nash RE, Walsh AM, Fentiman BJ, Skermerman HM, et al. Barriers to effective cancer pain management: a survey of hospitalized cancer patients in Australia. *J Pain Symptom Manage*. 2002;23:393-405.
- Boerlage AA, Dijk M, Stronks DR, De Wit R, Van der Rijt CC. Pain prevalence and characteristics in three Dutch residential homes. *Eur J Pain*. 2008;12:910-6.
- Bolíbar I, Català E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2005;52:131-40.
- Dolin SJ, Cashman JM, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: evidence from published data. *Br J Anaesth*. 2002;89:409-23.
- Roth W, Kling J, Gockel I, Rumelin A, Hessmann MH, Meurer A, et al. Dissatisfaction with post-operative pain management—A prospective analysis of 1071 patients. *Acute Pain*. 2005;7:75-83.
- WHO (World Health Organization) 1986. Guidelines for cancer pain management, based on three-step analgesic ladder. Cancer pain relief and palliative care. Switzerland: WHO Health Organization; 1990.
- American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute Pain and Cancer Pain. *JAMA*. 1995;274:1874-80.
- Malouf J, Andión O, Torrubia R, Cañellas M, Baños JE. A survey of perceptions with pain management in Spanish inpatients. *J Pain Symptom Manage*. 2006;32:361-71.