

Rev. Soc. Esp. Dolor
2: 75-82; 2008

Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento

A. Montes¹, E. Arbonés², J. Planas³, E. Muñoz⁴, M. Casamitjana⁵

En nombre del Grupo de la "Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor" del Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS) (ver anexo).

Montes A., Arbonés E., Planas J., Muñoz E.,
Casamitjana M.

Health care professionals and pain: a cross-sectional study on information, assessment and treatment

ABSTRACT

Background and aims

One of the proposals made by institutional programs to improve pain control is setting up of interdisciplinary committees. There is a lack of studies which evaluate how health care professionals cope with pain management. In order to discover the opinions and attitudes of hospital staff a study was conducted which focused on: information provided to the patient, assessment of pain and treatment methods used.

¹ Unidad de Dolor. Presidente
"Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor".

² Unidad de Dolor. Secretaria
"Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor"

³ Unidad de Curas Paliativas. (Traumatología) Vocal
"Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor"

⁴ Jefe de Área de Enfermería. Vice-presidenta
"Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor"

⁵ Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica. Vocal
"Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor"

Institut Municipal d'Assistència Sanitària
Passeig Marítim, 25-29 - 08003 Barcelona
Fax: +34 93 2483617
E-mail: amontes@imas.imim.es

Recibido: 20/11/2007
Aceptado: 20/01/2008

Methods

A random sample of 25% was chosen from 1060 hospital based personnel. The 264 subjects chosen were: 116 doctors or senior health technicians (TS), and 148 nurses or medium grade health technicians (TM), employed in medical and surgical areas. The questionnaire consisted of 12 questions grouped into three blocks: patient-personnel information-communication, assessment of the diagnostic protocol, and therapeutic measures applied.

Results

The response rate was 58,7% (doctors 52,6%, nurses 63,5%). Written information is given to patients in 29,6% of cases, and verbal information is given to only 71,6%. Health professionals are aware of their responsibility (87,1%) but only 52,2% have received any training in pain management. While 81,3% ask the patient if they are in pain, only 35,5% use categorical scales, and 45,8% use visual analog scales. In surgical areas, 92,6% of TM and 86,4% of TS mention the existence of protocols, whereas in medical areas the corresponding figures were 28,3% of TM and 35,9% of TS.

Conclusions

The results suggest that measures should be taken to improve pain management.

Key words: Pain, questionnaire, health care professionals, assessment, information, committees.

RESUMEN

Objetivo

La creación de comités interdisciplinarios es una de las propuestas establecidas en programas institucionales para la mejoría del control del dolor en los centros hospitalarios. Falta estudios que evalúen como afronta el personal sanitario el manejo del dolor. Para conocer la opinión y la actitud de

los profesionales hospitalarios se elaboró un estudio centrado en: información al paciente, evaluación del dolor y métodos de tratamiento utilizados.

Material y métodos

Sobre un total de 1060 profesionales, médicos y enfermeras, se eligió aleatoriamente una muestra que seleccionó a 264 profesionales (25 %): 116 médicos o técnicos superiores (TS) y 148 enfermeras o técnicos medios (TM), distribuidos en área médica (AM) y área quirúrgica (AQ). El cuestionario constaba de 12 preguntas agrupadas en tres bloques: información-comunicación personal-paciente, evaluación del protocolo diagnóstico y medidas terapéuticas aplicadas.

Resultados

La tasa de respuesta fue de un 58,7% (52,6% médicos y 63,5% enfermeras). Solo un 29,6% de los profesionales declararon transmitir información escrita, y verbal un 71,6%. Un 87,1% de los profesionales conocen su responsabilidad, pero únicamente un 52,2% han recibido formación en el manejo del dolor. Un 81,3% pregunta al paciente si presenta dolor, pero solamente un 35,5% utiliza escalas categóricas y un 45,8% la escala visual analógica. En el AQ un 92,6% de los TM y un 86,4% de los TS manifiestan la existencia de protocolos frente a un 28,3% de los TM y 35,9 de los TS del AM.

Conclusiones

Estos resultados han permitido tener información sobre la actitud de los médicos y enfermeras frente al dolor y establecer medidas de mejora en la gestión del dolor.

Palabras clave: Dolor, cuestionario, profesionales, evaluación, información, centros hospitalarios.

INTRODUCCION

El dolor una vez cumplida su función de alarma, es un sufrimiento innecesario, de alta prevalencia, que puede prevenirse, controlarse o aliviarse en la mayoría de casos. A pesar de disponer de métodos que permiten su tratamiento, son numerosos los estudios que demuestran un mal control del dolor en nuestro entorno (1-3). La mayoría de estos trabajos se han centrado en analizar la prevalencia de dolor tanto en pacientes hospitalizados (4-6) como en la población general (2). Los estudios realizados en medios hospitalarios habitualmente han evaluado la existencia de dolor en relación a la patología médica o quirúrgica, y a la terapia analgésica aplicada (1,4,5). Sin embargo aspectos considerados relevantes en el

manejo del dolor por parte de organismos como la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (7): información/educación del paciente sobre la importancia del tratamiento y la evaluación sistemática del dolor, no han sido valorados en estos estudios.

Frente al insuficiente control del dolor objetivado en nuestro entorno, existe un creciente interés social y sanitario para desarrollar programas institucionales dirigidos a mejorar el control del dolor en todos los niveles asistenciales (8), en los que es utilizado como indicador de buena práctica clínica y de calidad asistencial (7). Una de las propuestas para mejorar esta situación ha sido la creación de comités de dolor interdisciplinarios en los diferentes ámbitos sanitarios, con el objetivo de proponer medidas dirigidas a mejorar la calidad de vida en relación a la prevención y el alivio del dolor.

En el mes de abril de 2004 se constituyó la "Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor" (CETD) para los diferentes centros asistenciales del IMAS (Hospital del Mar, Hospital de la Esperanza, Centro Geriátrico Municipal, Instituto Municipal de Psiquiatría de Urgencias y Centro Peracamps), todos ellos situados en la ciudad de Barcelona con 580 camas de agudos y 285 de sociosanitarios. Los objetivos generales de la comisión son: evaluar la incidencia y la intensidad del dolor de los pacientes, implementar métodos de evaluación, y crear programas dirigidos a mejorar el tratamiento del dolor en todas las áreas asistenciales.

Existen pocos estudios que evalúen cómo afrontan los profesionales del ámbito hospitalario este problema (9-10). Con el objetivo de conocer la opinión y la actitud de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) de los centros del IMAS respecto al manejo del dolor, se elaboró un cuestionario centrado en tres áreas de interés: la información al paciente, la evaluación del dolor, y los métodos de tratamiento. En base a los resultados se proponen medidas de mejora.

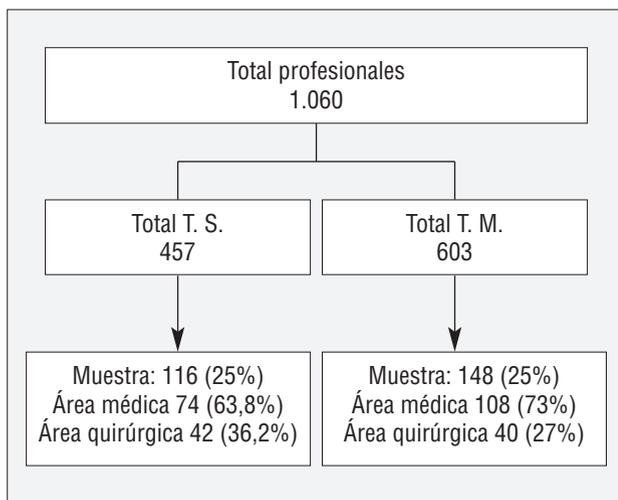
MÉTODOS

Se trata de un estudio de diseño transversal realizado a partir de un cuestionario sobre el dolor, dirigido a todos los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) de los centros asistenciales del IMAS (Hospital del Mar, Hospital de la Esperanza, Centro Geriátrico Municipal, Instituto Municipal de Psiquiatría de Urgencias y Centro de Urgencias Peracamps).

La población elegible fue 1.060 profesionales sanitarios de las distintas áreas asistenciales de los centros antes descritos, y con más de dos años de actividad laboral en el IMAS. En el grupo de médicos o técnicos superiores (TS) se incluyeron los jefes de servicio, de sección, adjuntos y residentes, en total 457. En el grupo de enfermeras o técnicos medios (TM) se incluyeron los de las unidades de hospitalización, urgencias y exploraciones complementarias, excluyendo los de consultas externas; en total 603.

Se eligieron 264 profesionales a partir de un muestreo aleatorio estratificado según categoría laboral (TS y TM). El tamaño de la muestra se calculó para un error máximo del 5% y un nivel de confianza del 95%, estimando una tasa de respuesta de un 60% (Fig. 1).

Fig. 1. Total de la muestra y su distribución por áreas.



La no respuesta ha sido analizada a partir de la distribución entre el área médica (AM) y el área quirúrgica (AQ) (Tabla I), que son los parámetros que podrían determinar algún sesgo. Así del 47,4% de los TS, no han contestado en la misma proporción el AM y el AQ; y del 36,5% de los TM, no han contestado en proporción parecida tanto el AM (38%) como el AQ (32,5%) (Tabla II).

Tabla I. Distribución por áreas de trabajo: Área médica y Área quirúrgica.

Área médica	Área quirúrgica
Cardiología	Anestesiología
Convalecencia	Angiología y Cirugía Vasculat
Cuidados Paliativos	Cirugía General
Dermatología	Cirugía Maxilofacial
Endocrinología	Cirugía Ortopédica y Traumatología
Geriatría	Cirugía Pediátrica
Hematología	Ginecología y obstetricia
Medicina Intensiva	Oftalmología
Nefrología	Otorrinolaringología
Neurofisiología	Urología
Neurología	
Oncología	
Pediatría	
Neumología	
Psiquiatría-Toxicomanías	
Radiología	
Radioterapia	
Rehabilitación	
Reumatología	
Urgencias	

Tabla II

Distribución de la respuesta obtenida según: categoría laboral (TS/TM) y área de trabajo (AM/AQ).

	n	%	P	Chi ²
Respuesta por categoría laboral				
TS	61	52,6	0,07	3,20
TM	94	63,5		
Respuesta por categoría laboral y área de trabajo				
TS (AM)	39	52,7	0,21	1,57
TM (AM)	67	62,0		
TS (AQ)	22	52,4	0,16	1,95
TM (AQ)	27	67,5		

TS: Técnico Superior

TM: Técnico Medio

AM: Área Médica

AQ: Área Quirúrgica

Se elaboró un cuestionario de 12 preguntas, repartidas en tres bloques. El primero dirigido a conocer la actitud de los médicos y enfermeras ante el dolor de los pacientes a través de la información-comunicación entre los profesionales y los enfermos. El segundo grupo de preguntas pretende evaluar el protocolo diagnóstico que se realiza y el tercer bloque las medidas terapéuticas que se aplican. Las tablas III, IV y V recogen el enunciado de estas cuestiones. Para cada una de las preguntas se estableció una escala de valoración del 0 al 4 según el grado de cumplimiento (0=nunca; 1=casi nunca; 2=algunas veces; 3=casi siempre; 4=siempre y NA=no aplicable o desconocido).

El cuestionario de modelo autoadministrado, se envió por correo e iba acompañado de una carta de la "Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor", en la que se explicaba el objetivo del estudio y la importancia de contestarlo. En caso de falta de respuesta se reenvió hasta dos veces más. El periodo de recogida fue entre los meses de julio y octubre del año 2004.

Previamente se efectuó una prueba piloto a 15 personas para valorar la consistencia y comprensión de

las preguntas y la adecuación del modelo de respuesta. Los resultados obtenidos de esta prueba piloto no se incluyen en el análisis del estudio.

Se realizó un análisis descriptivo de la respuesta agrupando según categoría laboral y área de trabajo para cada pregunta. Se utilizó las pruebas estadísticas básicas de tipo paramétrico (test chi cuadrado STAT-CALC) de Acces de MS Office 97.

RESULTADOS

La tasa global de respuesta por categoría laboral fue del 58,7% (52,6% en los TS y del 63,5% en los TM), con pocas diferencias al realizar un análisis por áreas de trabajo (Tabla II).

¿Cómo se realiza la Información-Comunicación entre profesional sanitario y paciente? (Tabla III).

De forma global sólo un 29,6% de los profesionales sanitarios manifiestan que los pacientes sí

Tabla III.

Grado de acuerdo con cada pregunta en relación a la Información-Comunicación entre profesional sanitario y paciente.

	TS-AM (39)		TM-AM (67)		TS-AQ (22)		TM-AQ (27)		Global (155)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Se da información escrita referente a aspectos relacionados con el dolor, durante la estancia hospitalaria del paciente?										
Siempre/casi siempre	3	7,7	6	8,9	11	50,0	12	44,4	32	20,6
Algunas veces	2	5,1	5	7,4	3	13,6	4	14,8	14	9,0
Nunca/casi nunca	32	82,0	52	77,6	7	31,8	7	25,9	98	63,2
Desconocido	2	5,1	4	6,0	1	4,5	4	14,8	11	7,1
¿Se da información no escrita referente a aspectos relacionados con el dolor, durante la estancia hospitalaria del paciente?										
Siempre/casi siempre	28	71,8	44	65,7	15	68,2	24	88,9	111	71,6
Algunas veces	8	20,5	17	25,3	3	13,6	1	3,7	29	18,7
Nunca/casi nunca	3	7,7	3	4,5	3	13,6	0	0,0	9	5,8
Desconocido	0	0,0	3	4,5	1	4,5	2	7,4	6	3,9
¿El personal sanitario de tu servicio conoce su responsabilidad en actuar y promover una atención sin dolor?										
Siempre/casi siempre	31	79,5	57	85,0	22	100,0	25	92,6	135	87,1
Algunas veces	6	15,4	8	11,9	0	0,0	1	3,7	15	9,7
Nunca/casi nunca	2	5,1	1	1,5	0	0,0	0	0,0	3	1,9
Desconocido	0	0,0	1	1,5	0	0,0	1	3,7	2	1,3
¿Los médicos y enfermeras han recibido formación sobre cómo abordar el dolor del paciente?										
Siempre/casi siempre	17	43,6	25	37,3	16	72,7	23	85,2	81	52,2
Algunas veces	10	25,6	23	34,3	3	13,6	2	7,4	38	24,5
Nunca/casi nunca	12	30,7	19	28,3	3	13,6	0	0,0	34	21,9
Desconocido	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,4	2	1,3

reciben información escrita sobre el dolor, aunque este porcentaje aumenta en el área quirúrgica (63,6% según los TS y 59,2% según los TM). Respecto a la información no escrita a los pacientes sobre el dolor, el 71,6% de los profesionales dice que se da siempre o casi siempre.

En cuanto a sí el personal sanitario conoce su responsabilidad en promover aspectos relacionados con el control del dolor, la respuesta es siempre/casi siempre en el 87,1% de los casos.

El 52,2% de la muestra seleccionada reconoce haber recibido formación sobre el manejo del dolor, aunque este porcentaje es sensiblemente superior en el área quirúrgica.

¿Cómo se realiza la evaluación del protocolo diagnóstico? (Tabla IV)

Un 81,3% declara que se pregunta específicamente al paciente si presenta dolor. En relación a los métodos utilizados, el sistema de evaluación categórica (por ejemplo: dolor nulo, leve, moderado, intenso) se

utiliza en un 35,5% y la EVA (escala visual analógica) en un 45,8%. En el AQ se utiliza de manera habitual la EVA en un porcentaje notablemente superior al del AM. En general no se utiliza otro sistema de evaluación.

¿Cómo se aplican las pautas analgésicas? (Tabla V)

En el AQ un 92,6% de los TM y un 86,4% de los TS manifiestan que existen protocolos para el tratamiento del dolor. En contraposición sólo refieren la existencia de protocolos en el AM el 28,3% de los TM y el 35,9% de los TS.

En relación a la aplicación sistemática de pautas fijas de analgesia se aprecian diferencias entre áreas, con igual proporcionalidad entre categorías (TS y TM) de una misma área. Cuando se pregunta si las pautas se aplican sólo como rescate en el caso de que exista dolor, un 38,1% manifiestan que es así siempre o casi siempre, si bien los resultados son muy variables tanto en función de la categoría laboral como del área de trabajo.

Tabla IV.
Grado de acuerdo con cada pregunta en relación a la evaluación del protocolo diagnóstico.

	TS-AM (39)		TM-AM (67)		TS-AQ (22)		TM-AQ (27)		Global (155)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Se pregunta específicamente al paciente sobre el estado de dolor en la visita al paciente ingresado?										
Siempre/casi siempre	29	74,3	55	82,1	20	91,0	22	81,5	126	81,3
Algunas veces	6	15,4	2	3,0	1	4,5	0	0	9	5,8
Nunca/casi nunca	1	2,6	5	7,5	1	4,5	0	0	7	4,5
Desconocido	3	7,7	5	7,4	0	0,0	5	18,5	13	8,4
¿Se utiliza el sistema CATEGÓRICO para objetivar el dolor?										
Siempre/casi siempre	9	17,9	27	40,3	10	45,5	9	33,3	55	35,5
Algunas veces	6	20,5	9	23,9	4	18,2	7	25,9	26	16,8
Nunca/casi nunca	21	53,9	18	28,4	7	31,8	3	11,1	49	31,6
Desconocido	3	7,7	13	7,4	1	4,5	8	29,7	25	16,1
¿Se utiliza el sistema EVA (escala visual analógica) para categorizar el dolor?										
Siempre/casi siempre	7	17,9	27	40,3	16	72,8	21	77,7	71	45,8
Algunas veces	8	20,5	16	23,9	0	0,0	4	14,8	28	18,1
Nunca/casi nunca	21	53,9	19	28,4	6	27,2	0	0,0	46	29,7
Desconocido	3	7,7	5	7,5	0	0,0	2	7,5	10	6,4
¿Se utiliza algún otro sistema? (puedes anotarlo en observaciones)										
Siempre/casi siempre	3	7,7	3	4,5	1	4,5	4	14,8	11	7,1
Algunas veces	5	12,8	10	14,9	2	9,1	3	11,1	20	12,9
Nunca/casi nunca	16	41,1	30	44,7	15	68,2	12	44,4	73	47,1
Desconocido	15	38,5	24	35,9	4	18,2	8	29,7	51	32,9

Tabla V.
Grado de acuerdo con cada pregunta en relación a la aplicación de pautas analgésicas.

	TS-AM (39)		TM-AM (67)		TS-AQ (22)		TM-AQ (27)		Global (155)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Existe un protocolo de actuación en el tratamiento del dolor?										
Siempre/casi siempre	14	35,9	19	28,3	19	86,4	25	92,6	77	49,6
Algunas veces	5	12,8	10	14,9	0	0,0	0	0,0	15	9,7
Nunca/casi nunca	17	43,6	27	40,3	3	13,6	1	3,7	48	31,0
Desconocido	3	7,7	11	16,5	0	0,0	1	3,7	15	9,7
¿Se aplica de manera sistemática según pautas fijas?										
Siempre/casi siempre	20	51,3	31	46,3	17	77,3	23	85,2	91	58,7
Algunas veces	10	25,6	12	17,9	2	9,1	0	0,0	24	15,5
Nunca/casi nunca	9	23,1	16	23,9	2	9,1	1	3,7	28	18,1
Desconocido	0	0	8	11,9	1	4,5	3	11,1	12	7,7
¿Se aplica de manera sistemática solo según pautas de rescate?										
Siempre/casi siempre	10	25,7	25	37,3	13	59,1	11	40,8	59	38,1
Algunas veces	6	15,4	23	34,3	7	31,9	2	7,4	38	24,5
Nunca/casi nunca	18	46,1	10	14,9	1	4,5	10	37,0	39	25,2
Desconocido	5	12,8	9	13,5	1	4,5	4	14,8	19	12,2
¿Se aplica según la Escalera analgésica de la OMS (Organización Mundial de la Salud)?										
Siempre/casi siempre	11	28,2	14	20,9	12	54,5	7	25,9	44	28,4
Algunas veces	2	5,1	4	6,0	1	4,6	1	3,7	8	5,2
Nunca/casi nunca	20	51,3	33	49,2	5	22,7	6	22,2	64	41,3
Desconocido	6	38,4	16	23,9	4	18,2	13	48,2	39	25,1

Finalmente, existe una escasa utilización de la escalera analgésica de la OMS como herramienta básica de abordaje del dolor en todas las áreas asistenciales (28,4% en global).

DISCUSIÓN

La JCAHCO (7) sostiene que el adecuado manejo del dolor se basa en: información-educación de los pacientes y del personal sanitario; evaluación sistemática del dolor; aplicación de protocolos; y seguimiento o análisis del proceso y sus resultados. El presente estudio da la respuesta a estos aspectos en nuestro ámbito hospitalario y permite utilizar esta información como punto de partida para la mejora del proceso de atención del dolor.

Recientemente se han publicado estudios sobre la prevalencia del dolor y técnicas analgésicas aplicadas (estudio ANESCAT) (11), pero en ninguno de ellos se ha analizado como afronta el profesional sanitario el proceso global de la gestión del dolor (1,4).

El primer aspecto a considerar en la interpretación de los resultados ha sido la menor respuesta global si se compara con un estudio realizado a profesionales sanitarios de atención primaria de nuestro entorno, en el que se obtuvo una respuesta superior al 70% (12). Este porcentaje de respuesta podría indicar un limitado interés de algunos profesionales en el manejo del dolor. Sin embargo, es difícil pensar en un sesgo ya que no existieron diferencias significativas entre áreas de trabajo (médica / quirúrgica) o entre categorías laborales (técnicos superiores / técnicos medios). Además, en estudios de similares características realizados en otros países, las tasas de respuesta son similares o inferiores a las obtenidas por nosotros (13-14).

De los resultados obtenidos destaca un manejo similar entre categorías laborales (TS y TM) y unas diferencias entre los profesionales de las áreas médica y quirúrgica (AM y AQ).

La información y/o educación del paciente sobre el dolor se realiza de diversas formas: oral, escrita en forma de folletos informativos o mediante vídeos. Aunque la evidencia sobre los beneficios de su apli-

cación no está suficientemente demostrada, los pacientes la valoran de forma positiva ya que les permite participar en el proceso (15). Sin embargo, el resultado sobre la mejoría del dolor no está suficientemente contrastada (16-17). Nuestros resultados muestran que la información se realiza mayoritariamente de forma verbal, y que no va acompañada de información escrita; salvo en el área quirúrgica en donde se entrega un tríptico informativo sobre el dolor a un 50% de los pacientes.

La educación del personal sanitario asociada a la aplicación de guías médicas y de enfermería, ha derivado en una mejora de la evaluación y del tratamiento del dolor (18); aunque no siempre se ha podido demostrar que la introducción de guías clínicas de actuación o que una mejor educación de los profesionales se traduzca en una mayor calidad de la gestión del proceso (19-20). En nuestro estudio, a pesar de que un 87,1% de los encuestados conoce su responsabilidad en el manejo del dolor, la mitad manifiesta una insuficiente formación, siendo especialmente preocupante en el área médica. El motivo de estas diferencias entre áreas se explica por la puesta en marcha de un programa para la gestión del dolor postoperatorio a partir del año 2003.

Los resultados relacionados con la evaluación, muestran que aunque se pregunta al paciente sobre la presencia de dolor no se utilizan habitualmente métodos de registro (EVA, categórico u otros). A excepción del área quirúrgica en la que se utiliza con mayor frecuencia el sistema EVA.

En lo que respecta a la disponibilidad de protocolos terapéuticos solo el área quirúrgica refiere su existencia. Sin embargo, no se aplican pautas analgésicas (fijas y/o de rescate) de manera homogénea en todas las áreas.

Basándonos en los resultados obtenidos concluimos que: existe una escasa información sobre el dolor a los pacientes, la cual se realiza principalmente de forma oral; los profesionales sanitarios reconocen estar insuficientemente formados en el manejo del dolor; se registra en un bajo porcentaje la valoración del dolor; y no existen protocolos terapéuticos de analgesia, a excepción del área quirúrgica.

Estos resultados obtenidos en los profesionales sanitarios se han complementado con una encuesta realizada a los pacientes ingresados que valora los mismos aspectos (información, evaluación y tratamiento). Esta segunda encuesta está en proceso de análisis. La valoración conjunta de los datos permite a la Comisión (CETD) impulsar medidas de información, educación, evaluación periódica, y realización y apli-

cación de protocolos en las áreas más deficientes.

Entre las medidas iniciadas destaca: 1) la inclusión en todas las trayectorias clínicas de la monitorización del dolor como una constante clínica más (la quinta constante) (7), adecuando las diferentes escalas y su periodicidad de evaluación en función de las características de los pacientes; 2) la elaboración y utilización de protocolos consensuados en los servicios que no disponen; 3) evitar las pautas de analgesia a demanda y estimular la prescripción de pautas fijas con rescates, siguiendo las recomendaciones del tratamiento escalonado de la OMS; 4) la edición de información escrita para todas las áreas, reflejando la entrega de esta documentación en la trayectoria clínica del paciente; 5) ampliar el nivel de formación en dolor de los profesionales asistenciales de todas las áreas del IMAS; y 6) potenciar la Comisión (CETD) como instrumento de buena praxis.

ANEXO:

Miembros del Grupo de la “Comisión para la Evaluación y Tratamiento del Dolor”: Elisa Arbonés, Maria Arilla, Rosa Bartrons, Montserrat Casamitjana, Jordi Castillo, Felipe Isbert, Roman Martínez Cercos, Antonio Montes, Encarna Muñoz, Pere Ortiz, Josep Planas, Manuel Ramírez.

CORRESPONDENCIA

A. Montes
amontes@imas.imim.es
Financiación: Ninguna
Conflictos de intereses: No declarados

BIBLIOGRAFÍA

1. Vallano A, Malouf J, Payrulet, et al. Prevalence of pain in adults admitted to Catalan hospitals: A cross-sectional study. *Eur J Pain*. 2006;10:721-31.
2. Bassols A, Bosch F, Campillo M, et al. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain*. 1999;83:9-16.
3. Bassols A, Cañellas M, Bosch F, et al. Dades, reflexions i propostes de millora. *Annals de Medicina*. 2005;88:4-6.

4. Bolivar I, Catalá E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2005;52:131-40.
5. Cañellas M, Bosch F, Bassols A, et al. Prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Med Clin (Barc).* 1993;101:51-4.
6. Lopez-Soriano F, Rivas F, Bernal L, et al. How much longer must we put up with acute pain in our hospitals?. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2005;52:579-80.
7. 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.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguritat Social. Pla de Salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguritat Social, 2000.
9. Casanovas M, Soto R, Ramón J, et al. La valoración del dolor por los profesionales de enfermería. Impacto en el tratamiento y bienestar del paciente. *Enfermería Clínica.* 2000;10:235-44.
10. Puig MM, Montes A, Marrugat J. Treatment of postoperative pain in Spain. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2001;45(4):465-70.
11. Mayoral V, Gomar C, Canet J, et al. Medicina perioperatoria y tratamiento del dolor crónico en Cataluña. *Med Clín (Barc).* 2006;126(2):68-74.
12. Riu M, Castells X, Casamitjana M, et al. Actitudes y conocimientos de los médicos de atención primaria sobre los programas poblacionales de cribado de cáncer de mama. *Aten Primaria.* 1998;21: 81-7.
13. Boolchand V, Olds G, Singh J, et al. Colorectal screening after polypectomy: a national survey study of primary care physicians. *Hypertens Res.* 2006;29:471-4.
14. Wauben LS, van Veelen MA, Gossot D, et al. Application of ergonomyc guidelines during minimally invasive surgery: a questionnaire survey of 284 surgeons. *Surg Endosc.* 2006;20:1268-74.
15. Knoerl DV, Faut-Callahan M, Paice J, et al. Preoperative PCA teaching program to manage postoperative pain. *Medsurg Nurs.* 1999;8:25-33.
16. Greenberg RS, Billett C, Zahurack M, et al. Videotape increases parental knowledge about pediatric pain management. *Anest Analg.* 1999;89:899-903.
17. Giraudet-Le Quintrec JS, Coste J, Vastel L, et al. Positive effect of patient education for hip surgery: A randomized trial. *Clin Orthop Relat Res.* 2003;414:112-20.
18. Ury WA, Rahn M, Tolentino V, et al. Can a pain management and palliative care curriculum improve the opioid prescribing practices of medical residents?. *J Gen Intern Med.* 2002; 17(8):625-31.
19. Knoblauch SC, Wilson CJ. Clinical outcomes of educating nurses about pediatric pain management. *Outcomes Manag Nurs Pract.* 1999;3(2):87-9.
20. Harmer M, Davies KA. The effect of education, assessment and a standardised prescription on postoperative pain management. The value of clinical audit in the establishment of acute pain services. *Anaesthesia.* 1998;53: 424-30.