

MANEJO DEL DOLOR EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

MANAGEMENT OF POSTOPERATIVE PAIN IN PATIENTS UNDERGOING TOTAL KNEE

Autoras: Sonia Marchán Espinosa (1), Ámparo Gómez-Rico Pareja (2)

Dirección de contacto: smarchanesp@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Marchán Espinosa S, Gómez-Rico Pareja A. Manejo del dolor en el postoperatorio inmediato en pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla. NURE Inv. (Revista en Internet) 2011 Sept-Oct. (fecha de acceso); 8(54):(aprox. 13 pant). Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE54_original_manejodeldolor.pdf

Fecha recepción: 12/01/2011

Aceptado para su publicación: 29/04/2011

Resumen

El dolor postoperatorio tras prótesis total de rodilla es un tipo especial de dolor agudo, de gran repercusión en el área de la salud, pues afecta a los pacientes quirúrgicos que lo padecen, a la familia que "sufre" junto al paciente, a los médicos responsables, al personal de enfermería y a las instituciones involucradas. **Objetivo:** Valorar el grado de dolor en el postoperatorio inmediato de los pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla durante su estancia en la Unidad de Recuperación Post-Anestésica. **Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en la Unidad de Recuperación Post-Anestésica del Hospital de Valdepeñas durante 7 meses. La muestra la formaban los pacientes que fueron intervenidos de prótesis total de rodilla en ese período. Se diseñó un cuestionario de respuestas múltiples al que los pacientes respondieron durante su estancia en la unidad y se utilizó como instrumento de medida del dolor la escala visual analógica. **Resultados:** El 50% de los pacientes sufrió un dolor intenso tras la desaparición del efecto anestésico. Casi la totalidad de los pacientes (90%) precisó un rescate analgésico. A pesar de ello, la satisfacción que expresaron los pacientes con el alivio de su dolor fue muy alta. **Conclusiones:** Los pacientes experimentan niveles elevados de dolor durante el postoperatorio inmediato. Los resultados revelan la necesidad de diseñar protocolos analgésicos más adecuados a las necesidades de los pacientes.

Palabras clave

Dolor postoperatorio, rodilla, analgesia, enfermería, satisfacción del paciente.

Abstract

The postoperative pain after total prosthesis of knee is a special type of agony, of great repercussion in the health area, since it affects the surgical patients who suffer it, the family that "suffer" together with the patient, the responsible doctors, the nursing personnel and the involved institutions. **Aim:** To value the pain degree for the immediate postoperative of the prosthesis of knee surgical patients during his stay at the Post-anesthetic Recovery Unit. **Material and method:** There was realized a descriptive study at the Valdepeña's Hospital at the Post-anesthesia Recovery Unit for 7 months. The sample was formed by the prosthesis of knee surgical patients during this period. There was designed a multiple answers questionnaire to which the patients answered during his stay in the unit and there was in use as instrument of measure of the pain the visual analogical scale. **Results:** 50 % of the patients suffered an intense pain after the anesthetic effect disappear. Almost the totality of the patients (90 %) needed an analgesic rescue. In spite of it, the satisfaction that the patients expressed with the relief of his pain was very high. **Conclusions:** The patients experience high pain levels during the immediate postoperative. The results reveal the need to design analgesic protocols more adapted to the individual patients need.

Key words

Postoperative pain, knee, analgesia, nursing, patient satisfaction.

Centro de Trabajo: (1) Enfermera. Unidad de Recuperación Post-anestésica. Hospital Gutiérrez Ortega de Valdepeñas (Ciudad Real). (2) Enfermera. Quirófano. Hospital Gutiérrez Ortega de Valdepeñas (Ciudad Real).

INTRODUCCIÓN

El dolor se ha convertido en el quinto signo vital y es hoy día un tema crítico en la atención del paciente. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) definió el dolor como "aquella experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión" (1).

La IASP define el dolor agudo como un dolor de reciente comienzo y duración probablemente limitada, que generalmente tiene una relación causal y temporal con lesión o enfermedad. Esto lo distingue del dolor crónico, el cual se define como dolor que persiste a lo largo de períodos más allá del tiempo de cicatrización de la lesión, frecuentemente sin una causa claramente identificable.

El dolor postoperatorio (DPO) es un tipo especial de dolor agudo, que tiene como causa fundamental la estimulación nociceptiva producida por la agresión quirúrgica y que tiene una gran repercusión en el área de la salud, pues afecta a los pacientes quirúrgicos que lo padecen, a la familia que "sufre" junto al paciente, a los médicos responsables, al personal de enfermería que ejecuta las indicaciones médicas y a las instituciones involucradas (2).

El DPO no tiene una función biológica, se trata de un dolor iatrogénico cuyo control inadecuado conduce a reacciones fisiopatológicas y psicológicas anormales causantes de complicaciones no infrecuentes. Está demostrado que un mal control del dolor en el postoperatorio, aumenta la morbilidad del paciente, ya que actúa sobre todos los sistemas (2, 3, 4):

- A nivel **cardiovascular**: aumenta la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y el gasto cardíaco, facilitando la aparición de arritmias o patología isquémica en pacientes de riesgo.
- A nivel **respiratorio**: disminuye la función pulmonar y aumenta el consumo de oxígeno, posibilitando la aparición de microatelectasias y una mayor incidencia de infecciones respiratorias.
- A nivel **gastrointestinal**: disminuye la motilidad intestinal pudiendo producir distensión abdominal, náuseas, vómitos o íleo paralítico.
- A nivel **genito-urinario**: disminuye el tono muscular y puede producir retención urinaria.

- A nivel **osteo-muscular**: la inmovilización por dolor dificulta la recuperación posterior a la cirugía ortopédica, la rehabilitación y facilita el desarrollo de atrofia muscular.
- **Otros trastornos** como: ansiedad, estrés, trastorno del sueño y sufrimiento físico y emocional del paciente.

La intensidad del DPO está muy relacionada con el tipo de intervención practicada, la localización y la técnica quirúrgica empleada, de forma que a mayor agresión, mayor respuesta fisiológica del organismo (5).

Existen numerosos estudios que ponen de manifiesto que el dolor tras prótesis de rodilla es severo en el 60% de los pacientes y moderado en el 30%, durante las primeras 24 a 36 horas, disminuyendo considerablemente la intensidad del mismo a partir del tercer día postoperatorio (5, 6).

El control satisfactorio del DPO tras prótesis de rodilla es uno de los retos más importantes que permanecen sin resolver en el ámbito quirúrgico, lo que motiva un fuerte impacto en los pacientes y en el sistema sanitario en su conjunto (7). El personal sanitario en general, tendemos a infravalorar el dolor que dice sentir el paciente, o en el mejor de los casos a estandarizarlo según el tipo de intervención quirúrgica o dolencia.

Una correcta analgesia debería ser el objetivo fundamental para aliviar el sufrimiento, permitir la movilización e inicio precoz de la rehabilitación funcional (8, 9). Cuando se descuida el tratamiento del DPO, se desaprovechan importantes ventajas que brinda el paciente bien analgesiado y que son: el índice de calidad que representa y la reducción de la carga de trabajo del personal de enfermería que supone.

A pesar de que en las dos últimas décadas se han producido importantes avances en el conocimiento de la fisiopatología del dolor agudo, así como la introducción de nuevos fármacos y el desarrollo de nuevas técnicas y modos de administración, una gran parte de estos pacientes siguen tratados de forma inadecuada debido, entre otras causas, a un deficiente uso de analgésicos como los opiáceos (10, 11), por desconocimiento de sus características farmacológicas, miedo a efectos tales como la depresión respiratoria y empleo de pautas de tratamiento insuficientes como la analgesia "a demanda", y/o vías de administración inadecuadas (7). Esto es un hecho incomprensible e inaceptable, ya que oca-

siona un sufrimiento innecesario en los pacientes e incrementa notablemente el riesgo de aparición de complicaciones postoperatorias.

El tratamiento del DPO requiere un abordaje multidisciplinario de todo el personal sanitario (anestesiólogos, cirujanos y personal de enfermería) implicado en el mismo (12). Esto requiere que previamente los distintos profesionales identifiquemos claramente cual es nuestra intervención específica para aliviar el dolor de las personas a las que atendemos.

Las enfermeras son el primer filtro que franquea la experiencia dolorosa de los pacientes. Esto las convierte en traductoras de una experiencia subjetiva que verbaliza el paciente y que puede no ser bien comprendida por distintas razones, como por ejemplo la acepción de la palabra dolor por parte del paciente, que puede o no distar de la que tiene la enfermera, la que toma el médico que prescribe el tratamiento farmacológico, y la que finalmente se traduce en que el manejo sea correcto o no (13, 14).

La enfermera como gestora del tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud, es una pieza fundamental en el proceso del dolor agudo y su alivio. La valoración de enfermería y la identificación temprana de las complicaciones, reales o potenciales, que presenta el paciente postquirúrgico, evidencian la importancia del manejo correcto de las estrategias analgésicas y el éxito de las mismas. El objetivo principal de cualquier actividad de enfermería es conseguir el bienestar del paciente, y en el caso de pacientes post-quirúrgicos el objetivo será vigilar el "comfort" postoperatorio de estos. Una de las causas fundamentales que hacen que este confort no se consiga es que se vea alterado por el dolor.

La satisfacción de los pacientes tras un acto anestésico, es una medida de calidad de la asistencia que contribuye a la evaluación final del centro sanitario. A pesar de esto, no existen demasiadas publicaciones al respecto que valoren la opinión de nuestros pacientes en función de la experiencia vivida durante todo el procedimiento quirúrgico realizado de forma ambulatoria (15).

Se acepta la presencia de dolor como un sufrimiento innecesario e inútil, ya que en general puede controlarse eficazmente mediante los fármacos y las técnicas disponibles actualmente. En consecuencia, el adecuado tratamiento del dolor ha sido considerado como un indicador relevante de buena práctica clínica y calidad asistencial (16).

OBJETIVOS

Objetivo general

Valorar el manejo del dolor en el postoperatorio inmediato de los pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla durante su estancia en la Unidad de Recuperación Post-Anestésica.

Objetivos específicos

- Evaluar las diferencias en la percepción del dolor tras la administración de diferentes protocolos de analgesia (protocolo de Trauma versus analgesia a criterio del anestesista).
- Valorar el grado de satisfacción del paciente en relación al manejo del dolor.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo prospectivo, realizado en pacientes intervenidos de manera programada de prótesis total de rodilla (PTR), por la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatológica del Hospital Gutiérrez Ortega de Valdepeñas (Ciudad Real), durante los meses de agosto del 2009 a marzo del 2010.

La muestra la formaron los pacientes que fueron intervenidos de PTR durante el periodo de estudio y que cumplían los criterios de inclusión. Se intervinieron un total de 80 pacientes, de los cuales 75 participaron en el estudio. El resto (6'25%) se excluyeron por no cumplir los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Ser sometidos a cirugía programada de PTR durante el periodo de estudio.
- Dar el consentimiento informado para la participación en el estudio.
- Estancia mínima de 4 horas en la URPA.

Criterios de exclusión

- Paciente con los que resulte difícil comunicarse, bien sea por demencia, incapacidad para hablar o por desconocimiento del idioma.

Variables de estudio

- Edad.
- Sexo.
- Antecedentes quirúrgicos.
- Tipo de anestesia.
- Dolor en distintos momentos de su estancia en la URPA.
- Tipo de analgesia.
- Necesidad de rescate.
- Alivio del dolor tras la analgesia.
- Información recibida.
- Expectativas ante el dolor.
- Satisfacción del paciente por el control del dolor.

Instrumento para la recogida de datos

Con objeto de proceder a la recogida de la información se diseñó un cuestionario de respuestas múltiples (**Anexo 1**), elaborado en base a la bibliografía consultada que fue revisado por un grupo de expertos. Se realizó un estudio piloto inicial con objeto de mejorar la herramienta y el diseño. El cuestionario consta de 3 partes claramente diferenciadas: la primera son datos recogidos de la historia del paciente, la segunda parte fue recopilada por el personal de enfermería y la última parte fue contestada por el paciente antes de su traslado a la unidad de hospitalización. La recogida de datos se llevó a cabo por el personal de enfermería de la URPA. Debido a las características del estudio, el consentimiento se pidió de forma verbal.

En nuestro hospital existe un protocolo creado por el servicio de Traumatología para los pacientes intervenidos de PTR cuya analgesia es la siguiente:

- Una dosis de carga de 50 mg. de Meperidina intravenosa (iv) que se administra a la llegada del paciente a la URPA.
- A los treinta minutos, se inicia una bomba de analgesia intravenosa compuesta por 200 mg de Meperidina, 90 mg de Ketorolaco y 6 g de Metamizol. A los pacientes mayores de 75 años no se les pone Meperidina en la bomba de analgesia.
- Como rescate analgésico, 1 g de Paracetamol iv cada 8 horas.

No todos los anestesiólogos utilizan este protocolo, decidiendo algunos administrar la analgesia según su criterio y teniendo en cuenta las características de cada paciente.

Para medir la intensidad del dolor se utilizó como instrumento la escala visual analógica (EVA), que gradúa el dolor de 0 (sin dolor) a 10 (máximo dolor), y se agrupa en dolor leve (de 1-3 puntos), moderado (de 4-6 puntos) e intenso (de 7-10 puntos).

Análisis de datos

Se procedió al análisis descriptivo de las características de la muestra mediante el uso de medidas de tendencia central y dispersión (media, rango y desviación típica) de las variables cuantitativas y al recuento de frecuencias absolutas y porcentuales para las variables cualitativas.

Se utilizó estadística inferencial, prueba no paramétrica (test de Mann-Whitney) para la comparación entre los diferentes protocolos de analgesia y prueba de Kruskal-Wallis para la comparación entre los diferentes profesionales que informaron a los pacientes.

Los test estadísticos se consideraron significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% ($p < 0,05$).

Los datos fueron analizados con el programa SPSS en su versión 15.0.

Consideraciones éticas

La realización de este estudio se puso en conocimiento de la Dirección de Enfermería del hospital, así como a los Jefes de Servicio de Anestesia y Traumatología.

Los pacientes que fueron incluidos en el estudio fueron informados de forma verbal y se solicitó su consentimiento de igual forma.

RESULTADOS

En el estudio se incluyeron 75 pacientes, 58 mujeres (77,33%) y 17 hombres (22,67%), con una edad media de $70,25 \pm 6,06$ años (rango 52-80) y una moda de 72 años. El 88% de los pacientes intervenidos tenían antecedentes quirúrgicos. El tipo de anestesia utilizado fue mayoritariamente raquídea (92%), frente a un 5,3% general y un 2,7% epidural.

El dolor experimentado por los pacientes a su llegada a la URPA fue de $0,63 \pm 1,96$ (rango 0-9). Un 86,7% de los pacientes llegaron con un EVA de 0. Casi en la totalidad de los pacientes (97,33%) la analgesia se inicia inmediatamente a su llegada a la URPA. La analgesia utilizada fue en un 58,7% de los pacientes según el protocolo de trauma y en un 41,3% a criterio del anestesista.

El tiempo transcurrido hasta que desaparece el efecto anestésico y el paciente comienza a quejarse de dolor fue de $2,15 \pm 1,34$ horas. La intensidad del dolor en este momento fue de $5,69 \pm 2,54$ (rango 0-10), pudiendo verse desglosada en la **Figura 1**.

El número de rescates se muestra en la **Figura 2**, donde se observa que el 90% de los pacientes solicitó analgesia de rescate en algún momento de su estancia en la URPA y casi la mitad de ellos volvió a solicitar un segundo rescate. El número de rescates administrados fue de $1,55 \pm 0,98$.

La medicación que se administró en el primer rescate aparece detallada en la **Figura 3**.

El tiempo que transcurre hasta que se administra el primer rescate fue de $2,71 \pm 1,48$ horas. La intensidad del dolor tras la administración del primer rescate fue de $4,88 \pm 2,34$ (rango 0-9), destacando aquí un 21,2% de los pacientes que sufrió dolor intenso tras el primer rescate y un 51,5% dolor moderado.

La mitad de los pacientes (49,33%) necesitó un segundo rescate, realizándose este como puede apreciarse en la figura 3. El tiempo en que se administró el segundo rescate fue de $3,36 \pm 2,22$ horas. La intensidad del dolor tras el segundo rescate fue de $5,47 \pm 1,87$, destacando un 27,8% de los pacientes con dolor intenso y un 55,5% con dolor moderado.

Un 13% de los pacientes solicitó un tercer rescate (figura 2). El tiempo transcurrido hasta este momento fue de $4,41 \pm 1,74$ horas y con un EVA de $5 \pm 2,12$ tras el rescate. A un 4% de los pacientes se les administró un cuarto rescate y un 1,33% precisó un quinto rescate.

Figura 1. Intensidad del dolor tras desaparición del efecto anestésico.

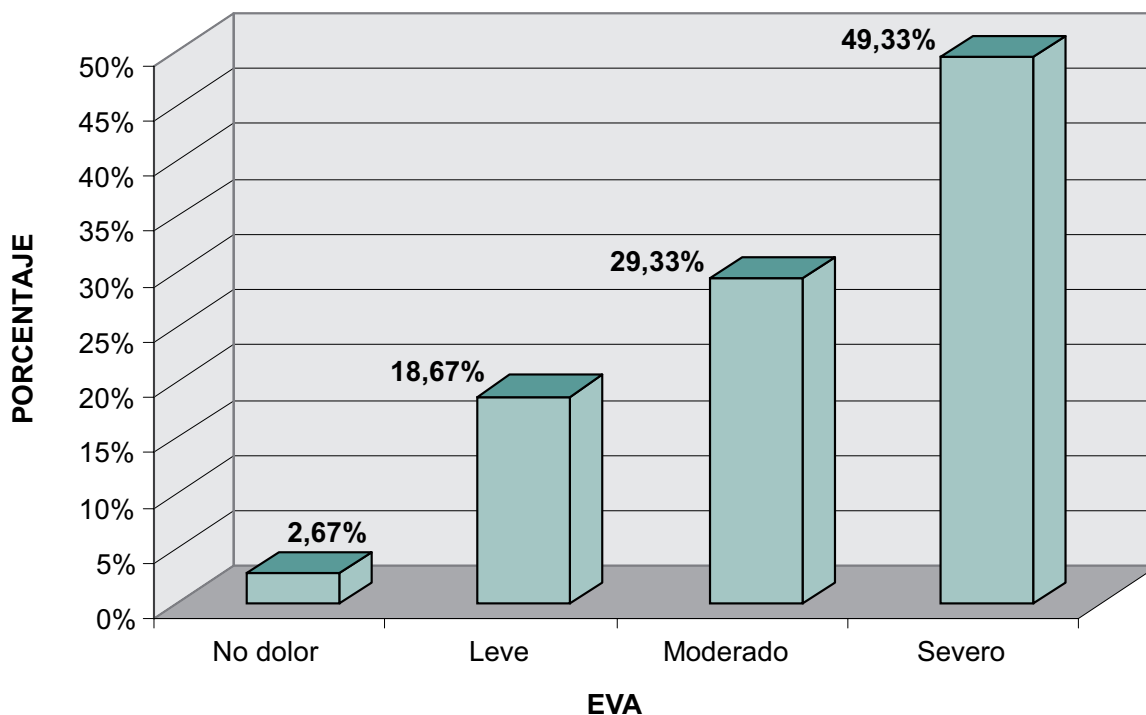


Figura 2. Número de rescates (en porcentajes).

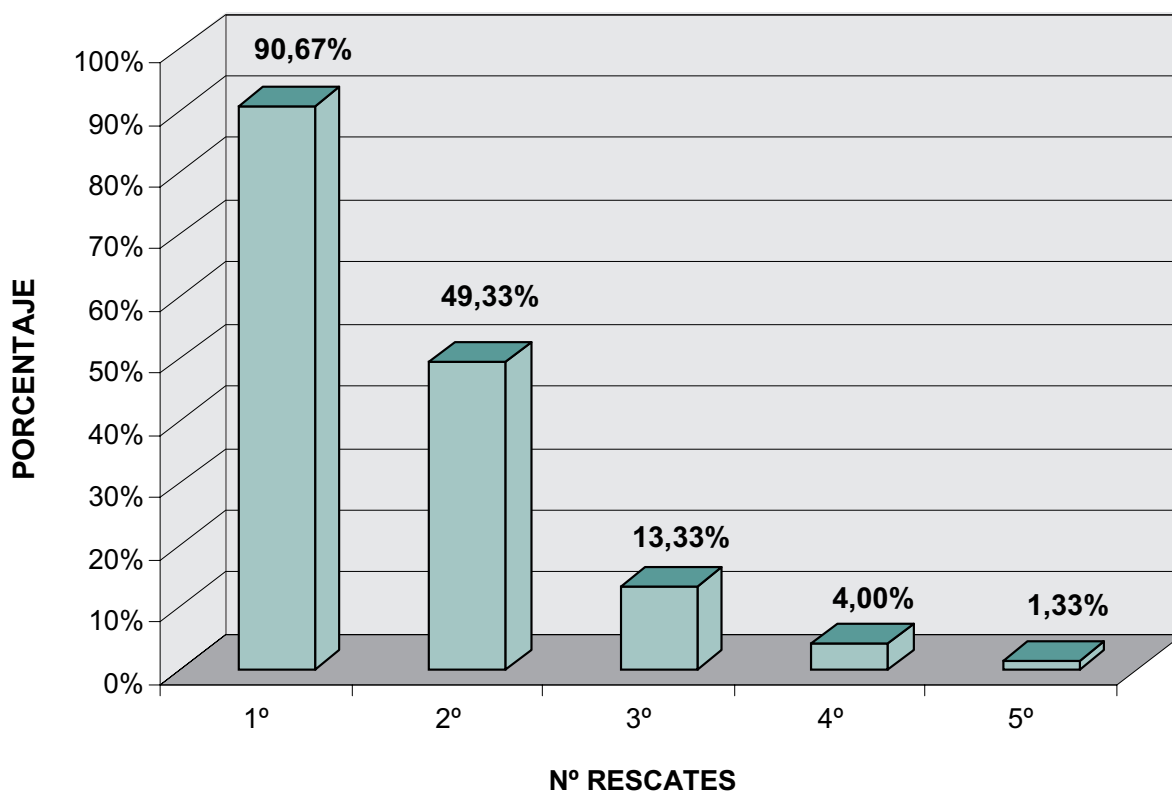
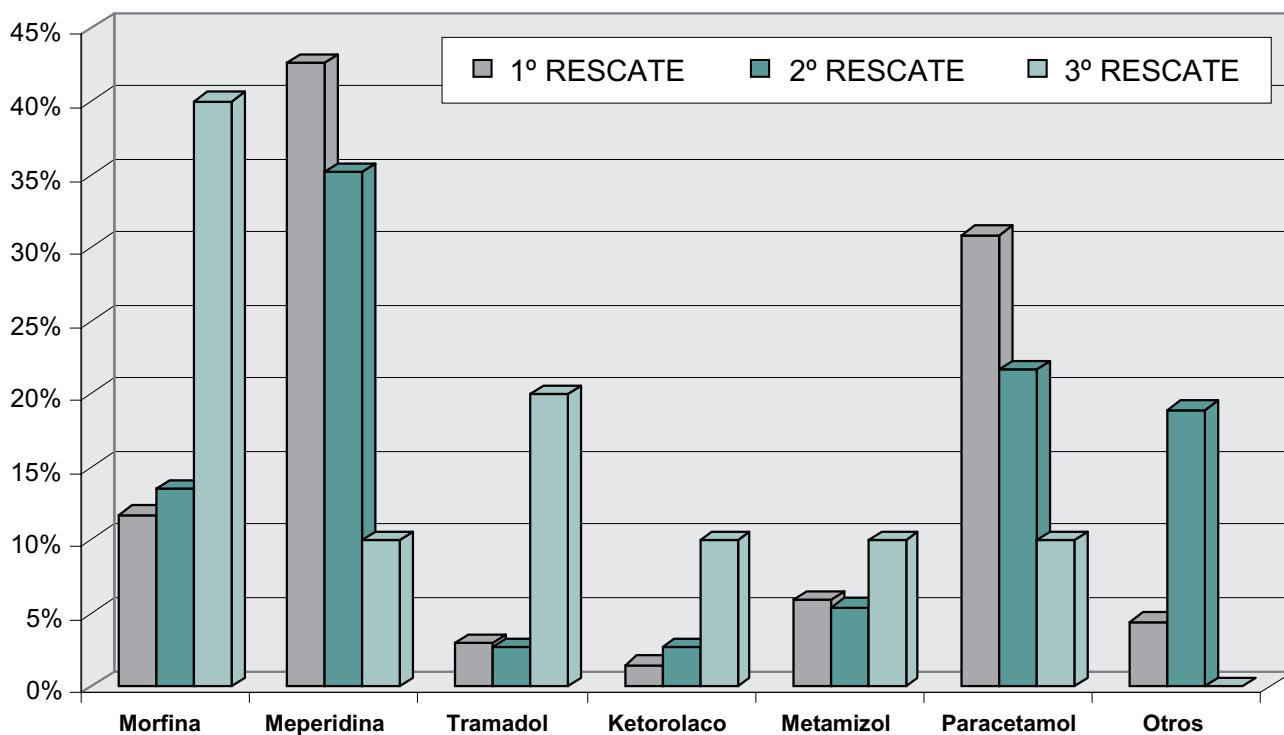


Figura 3. Medicación utilizada en los tres primeros rescates.



El tiempo medio que los pacientes permanecieron en la URPA fue de $7,62 \pm 2,43$ horas y la intensidad del dolor en el momento en que el paciente es dado de alta de la URPA fue de $3,65 \pm 2,07$ (rango 0-7).

Con respecto a la información recibida, la mayoría de los pacientes (82,7%) afirmó que ya le habían avisado que el postoperatorio era bastante doloroso. En cuanto al profesional que proporcionó dicha información se muestra en la **Figura 4**.

El 73% de los pacientes afirmó estar satisfecho con la información recibida. No existen diferencias significativas entre los profesionales que participan en la información y la satisfacción percibida ($p > 0,72$).

El 45,33% de los pacientes manifestó que el dolor fue mayor de lo que se esperaba. A pesar de ello, el nivel de satisfacción de los pacientes con el alivio de su dolor fue muy alto (**Figura 5**).

El 24% de los pacientes consideró que podría haber sufrido menos dolor y un 43% de los pacientes no supo o no quiso contestar a esta pregunta.

No se observan diferencias significativas al comparar el alivio del dolor utilizando un protocolo u otro de analgesia ($p > 0,05$).

DISCUSIÓN

La PTR se asocia a un severo dolor postoperatorio (17), donde su control, además de mejorar la confortabilidad del paciente, se hace indispensable para favorecer la recuperación funcional y el alta hospitalaria, así como para disminuir las consecuencias fisiopatológicas de este en pacientes pluripatológicos.

Nuestros resultados indican que un elevado porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente de PTR en nuestro hospital, sufren dolor de manera intensa durante el postoperatorio inmediato. El grado de dolor referido por los pacientes en distintos momentos de su estancia en la URPA es superior a 7, punto establecido por algunos autores a partir del cual el dolor ocasiona una notable alteración de la actividad, estado anímico y calidad del sueño del paciente (7).

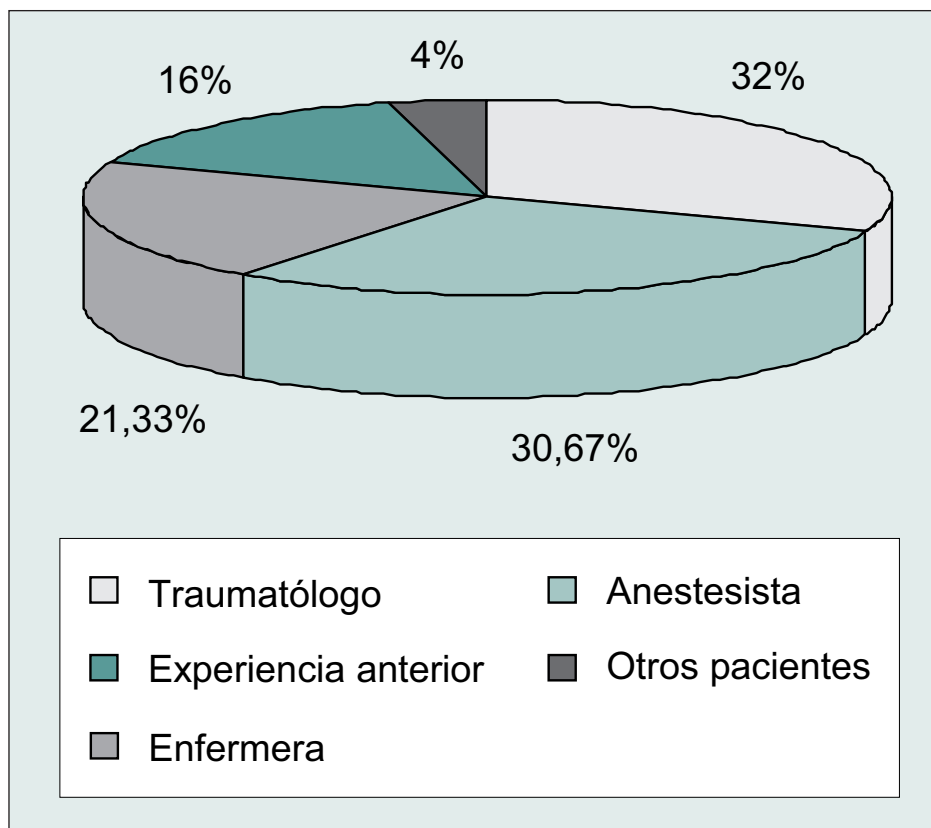


Figura 4. Persona que proporciona la información.

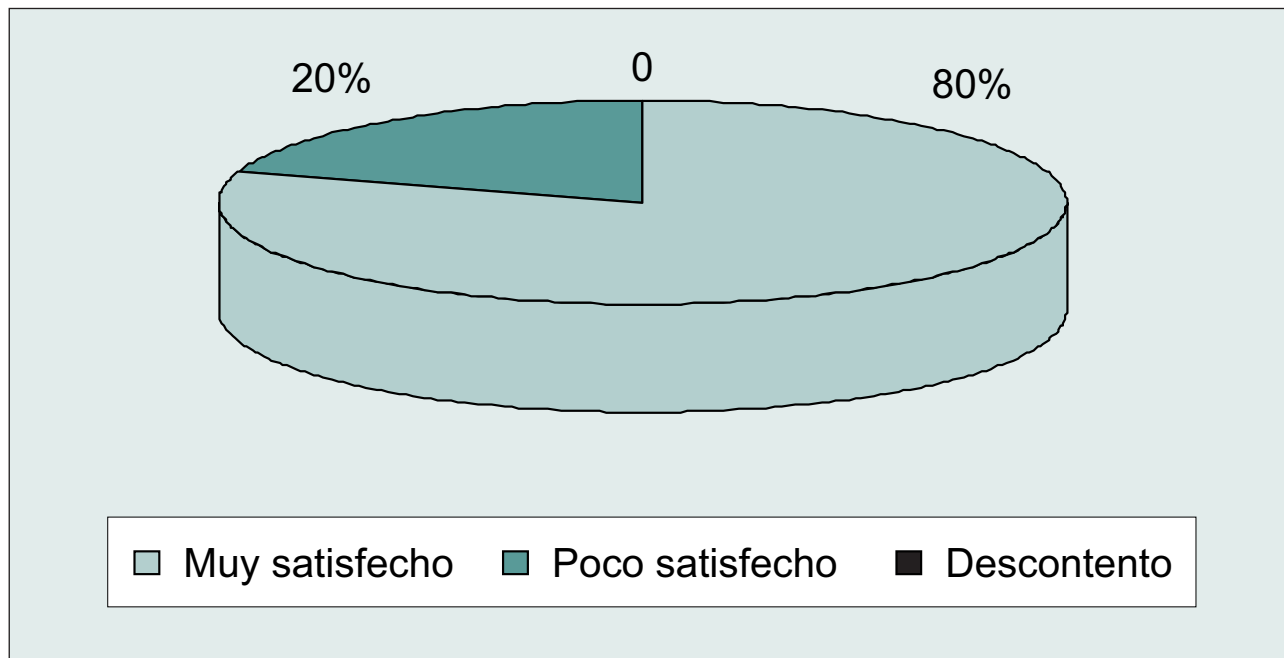


Figura 5. Satisfacción de los pacientes en el alivio del dolor (en porcentaje).

Todo esto concuerda con los resultados de diversos estudios en las que se constata la necesidad de una mejoría en el tratamiento del postoperatorio en la PTR. Es recomendable la instauración de protocolos más eficaces y guías clínicas basadas en la evidencia médica disponible. No debemos menospreciar la formación del personal sanitario, debiendo mejorarse y favorecer la investigación clínica y básica en dolor. Es también de vital importancia una colaboración más estrecha entre cirujanos y anestesiólogos (7, 18).

Según los resultados del presente estudio, no hemos encontrado diferencias en cuanto al alivio del dolor en pacientes tratados según el protocolo de Traumatología y los que siguieron las pautas antiálgicas prescritas por el Anestesiólogo.

En nuestro trabajo, el porcentaje de pacientes que precisan analgesia de rescate es superior al referido en otros estudios que evalúan analgesia postoperatoria en PTR, si bien los estudios con los que nos hemos podido comparar hacen más referencia a bloqueos femorales y anestesia epidural (6).

Casi el 90% de los pacientes solicitaron analgesia de rescate, lo que indica que tanto la analgesia del protocolo de Trauma como la pauta por Anestesia resultaron insuficientes, bien porque los fármacos empleados no son adecuados o porque las dosis son insuficientes (19). Soler-Company y cols. en un estudio prospectivo en el que comparan tratamiento analgésicos y severidad del dolor en el periodo postoperatorio concluyen que las pautas antiálgicas utilizadas en los servicios quirúrgicos tienen mayor relación con las costumbres del médico que con la magnitud del dolor manifestado por el paciente (7).

Respecto a la información que habían recibido los pacientes, el 90% refirió haber sido informado previamente y la mayoría puso de manifiesto estar satisfecho con la información recibida. Esto contrasta con otros estudios, como el estudio PATHOS, que ponen de manifiesto que en España la información prequirúrgica sobre el tratamiento del DPO dada a los pacientes es claramente insuficiente (12, 20).

A pesar de un alivio inadecuado del dolor, la mayoría de los pacientes expresan un grado de satisfacción alto o total con el tratamiento de su dolor. Esta situación ha sido descrita en numerosos estudios (7). La satisfacción representa, al menos en teoría, una evaluación del cuidado recibido, basado en las creencias y percepciones de cada paciente. La medición de la satisfacción del paciente, hoy día, es considerado uno de los objetivos prioritarios de la práctica médica. Desafortunadamente, desconocemos si los pacientes entrevistados están satisfechos por el manejo de su dolor, cuidados globales, trato humano recibido o por los resultados de su intervención, ya que, la medición de la satisfacción en el entorno sanitario ha demostrado que los pacientes son incapaces de diferenciar las diferentes dimensiones de los cuidados. La incapacidad para responder esta cuestión limita la utilidad de la medida de la satisfacción.

Por último, creemos necesario reseñar algunas **limitaciones** de este estudio:

- La escala elegida para cuantificar el grado de dolor en el cuestionario es unidimensional, midiendo exclusivamente el componente sensorial, no los componentes afectivos y cognitivo-evaluativo. Si entendemos que el dolor es una experiencia multidimensional, entonces deberemos pensar que medir su intensidad con una escala EVA carece de especificidad. Incluso, Clark y cols. han demostrado que el valor de dolor sensorial referido por el paciente está más influido por el estado emocional del paciente que por el dolor sensorial experimentado.
- En nuestro hospital, la mayoría de los pacientes reciben información preoperatoria sobre aspectos relacionados con el dolor, lo que puede sugerir que las expectativas del paciente sean más negativas que la realidad, reflejándose en un alto grado de satisfacción. Esta particularidad podría afectar a los resultados obtenidos.

A pesar de estas limitaciones, es indiscutible la necesidad de llevar a cabo importantes mejoras. Los resultados obtenidos en este estudio deberían servirnos para analizar las carencias y potenciales mejoras que pueden llevarse a cabo y para canalizar nuestros esfuerzos para que el tratamiento del dolor postoperatorio tras PTR sea lo mejor posible.

Para terminar, nos gustaría citar la frase del eminente Leriche, cuando declaró "El dolor que mejor se soporta es el dolor ajeno". El objetivo de este trabajo es, precisamente, que no nos sea ajeno el dolor de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández-Saldívar ML. Manejo del dolor postoperatorio: Experiencia terapéutica en Unidad de Terapia Quirúrgica Central del Hospital General de México. *Rev Mexicana de Anestesiología* 2008; 31(1): 246-251.
2. Ramos Mejía JM. El dolor postoperatorio. Conceptos básicos y fundamentos para un tratamiento adecuado. *Rev del Hospital General de Agudos [serial online]* 2003. [Acceso el 21 de enero de 2009]. Disponible en: [http:// www.ramosmejia.org.ar](http://www.ramosmejia.org.ar).
3. Muñoz-Blanco F, Salmerón J, Santiago J y Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2001; 8: 194-211.
4. Pérez Y, Álvarez G, Peñalta R, García M, García del Valle S. Complicaciones en el tratamiento del dolor postoperatorio con analgesia continua. *Rev. Enfermería* 2005; 13.
5. Reina M, Vázquez-Gutiérrez T, Martínez-Navas A et al. Analgesia postoperatoria tras artroplastia de rodilla mediante bloqueo femoral continuo con ropivacaína. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2004; 11: 21-25.
6. Illescas M, Ríos JR, Rodríguez de la Torre R, Mojarro I, Gallego JI, Gil-Fernández M. Eficacia y efectos secundarios de 3 técnicas analgésicas en el control del dolor postoperatorio en artroplastia de rodilla. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2007; 1: 20-25.
7. Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2004; 11: 197-202.
8. Esteve N, del Rosario E, Giménez I, Montero F, Baena M y Ferrer A. Analgesia postoperatoria en cirugía mayor: ¿es hora de cambiar nuestros protocolos? *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2009; 16: 239-245.
9. Cursino T, Moraes M, Cavalcanti L, Cursino T y Falcão MC. Prevalencia e influencia del sexo, edad y del tipo de operación en el dolor postoperatorio. *Rev. Bras. Anestesiol.* 2009; 59 : 178-181.
10. Mugabure B, González S, Tranque I, Araujo A y Torán L. Manejo del dolor perioperatorio de los pacientes en tratamiento crónico con opioides. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2009; 16: 288-297.

11. Aguilar JL, Peláez R, Esteve N y Fernández S. Limitaciones en el uso de opiáceos mayores en dolor crónico no oncológico: ¿"errare humanum est" o procrastinación médica? Rev. Soc. Esp. Dolor 2009; 16: 4-6.
12. 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: 550-567.
13. Closs SJ, Briggs M. Patients' verbal descriptions of pain and discomfort following orthopaedic surgery. Int J Nurs Stud 2002; 39: 563-72.
14. Vila VS, Mussi FC. Postoperative pain relief in patients from the perspective of nurses at an intensive care center. Rev Esc Enferm USP 2001; 35: 300-7.
15. Martín MA, Ollé G, Oferil F et al. ¿Qué piensan los pacientes de la anestesia? Encuesta de satisfacción postoperatoria en cirugía ambulatoria comparando anestesia general y subaracnoidea. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2003; 50: 439-443.
16. Bolívar 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: 131-140.
17. Poggi L, Ibarra O. Manejo del dolor agudo postquirúrgico. Acta Med Per 2007; 24 (2): 39-45.
18. Fernández DL, Gordo F, López S, Méndez H, Real J. Manejo de la analgesia postoperatoria en las primeras 24 horas en un Hospital de segundo nivel. Rev. Soc. Esp. Dolor 2006; 1: 18-23.
19. Bajo R, del Cojo E, Delgado I, Macías JP, Asencio A y Luque V. Manejo del dolor postoperatorio en artroplastia/artroscopia de rodilla en nuestro medio. Déficit de concurso del Servicio de Anestesiología. Rev. Soc. Esp. Dolor 2010; 17 : 89-98.
20. Vidal MA, Torres LM. Estudio observacional PATHOS sobre el dolor postoperatorio leve o moderado. Comparación de los resultados de España frente a Europa. Rev. Soc. Esp. Dolor 2008; 55: 393-400.

ANEXO I

ESTUDIO DEL MANEJO DEL DOLOR EN EL POST-OPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

El objetivo de esta encuesta es conocer El grado de dolor de los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla con la finalidad de mejorar la calidad de nuestra atención. La realización de esta encuesta es voluntaria y la información que nos facilite será tratada de forma confidencial.

1. Datos recogidos de la historia del paciente

Edad: años

Sexo: Hombre Mujer

Antecedentes quirúrgicos:

No Si _____

Intervenido anteriormente de PTR: Si No

Tipo de anestesia: Raquídea Epidural Otro _____

2. Datos a recoger por la enfermera de reanimación

Valoración del dolor experimentado por el paciente a su llegada a la URPA, para ello elija un número del 0 al 10, teniendo en cuenta que 0 es no tener dolor y 10 sería un dolor insoportable:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 no dolor leve moderado intenso insoportable

A su llegada a la URPA, ¿se inicia analgesia? Si No

Tipo de bomba de analgesia:

Según protocolo de trauma

A criterio del anestesista _____


Tiempo que lleva el paciente en la URPA cuando comienza a quejarse de dolor:

Valoración del dolor, una vez que el bloqueo anestésico ha desaparecido:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 no dolor leve moderado intenso insoportable

¿Necesita rescate analgésico?

No

Si 

RESCATE	Medicamento utilizado	Tiempo que lleva el paciente en la URPA	Valoración del dolor tras el rescate (escala EVA)
1º			
2º			
3º			
4º			
5º			

Valoración del dolor cuando el paciente sale de la URPA:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 no dolor leve moderado intenso insoportable

Tiempo de estancia en la URPA: horas

3. Datos a preguntar al paciente

¿Le habían informado que el post-operatorio de esta intervención era doloroso?

Si No No sabe

En caso afirmativo, ¿quién le informo?

Traumatólogo Anestesiista Enfermera
 Otros pacientes Por experiencia anterior

¿Cree que la información podría haber sido mejor? Si No

El dolor que ha sufrido ha sido:

Mayor de lo esperado Menor de lo esperado Se lo esperaba así

Con respecto al alivio del dolor en la reanimación, está usted:

Muy satisfecho Poco satisfecho Descontento

¿Cree usted que podría haber tenido menos dolor?

Si No No sabe

Gracias por su colaboración.