

Prevalencia de dolor agudo postoperatorio en un centro hospitalario quirúrgico de accidentes laborales

Prevalence of acute postoperative pain (DAP) in a surgical center

Hermann Ribera Leclerc¹, Margarita Sampol Roig²

1. *Médico Especialista en Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor*

2. *Diplomada Universitaria en Enfermería*

Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Unidad del Dolor.

Mutua Balear. Palma de Mallorca

Correspondencia

Hermann Ribera Leclerc
Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor
Mutua Balear
Bisbe Campins, 4 - 07009 · Palma de Mallorca. Islas Baleares
email: h.ribera@hotmail.com

Recibido: 4 - IX - 2013

Aceptado: 15 - X - 2013

doi:

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia del dolor agudo postoperatorio (DAP) en nuestro centro quirúrgico y del grado de implantación, seguimiento y eficacia de nuestros protocolos analgésicos.

Método: Estudio transversal en 55 pacientes sometidos a cualquier procedimiento quirúrgico durante un mes. Durante el primer y segundo día del postoperatorio fue registrada la intensidad del dolor (Escala Numérica -EN-) en reposo y en movimiento, antes y después de la analgesia de rescate, necesidad de analgesia de rescate, expectativas respecto al DAP y del grado de satisfacción del paciente.

Resultados: En el primer día postoperatorio, las valoraciones de la Escala Numérica o EN (media \pm desviación estándar) en reposo fueron de $2,6 \pm 2,3$ y en movimiento, $4,9 \pm 3,5$; tras la administración de rescate, $1,8 \pm 1,9$. En el segundo día postoperatorio, Las valoraciones de la EN (media \pm desviación estándar) en reposo fueron de $1,4 \pm 1,3$, en movimiento $4,7 \pm 3,3$ y tras la administración de rescate $1,1 \pm 1,2$. El 71% de los pacientes solicitó analgesia de rescate en algún momento del postoperatorio y el 54% expresó haber tenido mucho menos dolor de lo esperado. El grado de satisfacción de los pacientes fue valorado como muy satisfactorio en el 95% de los casos.

Conclusiones: La prevalencia del DAP en nuestro centro fue del 41% en reposo y del 78% en movimiento con una valoración excelente del grado de satisfacción por parte del paciente.

Palabras clave: Dolor; Dolor agudo postoperatorio; Analgesia controlada por el paciente.

Abstract

Objective: To determine the prevalence of acute postoperative pain (DAP) in our surgical center and the degree of implementation, monitoring and analgesic efficacy of our protocols.

Method: Cross-sectional study in 55 patients undergoing any surgical procedure for a month. pain intensity During the first and second postoperative day was recorded (Numeric Pain Intensity Scale or NPIS) at rest and during movement, before and after rescue analgesia, need for rescue analgesia, expectations of the DAP and the degree of patient satisfaction.

Results: The scores of the NPIS (mean \pm SD) at rest were 2.6 ± 2.3 and 4.9 ± 3.5 , for the first postoperative day, after administration of rescue, $1,8 \pm 1.9$. On second postoperative day, NPIS (mean \pm standard deviation) at rest were 1.4 ± 1.3 , during movement 4.7 ± 3.3 and after administration of rescue, 1.1 ± 1.2 . 71% of patients requested rescue analgesia postoperatively and 54% said they have had much less pain than expected. The degree of patient satisfaction was rated as very satisfactory in 95% of cases.

Conclusions: The prevalence of PDA in our center was 41% at rest and 78% in motion with an excellent rating on the degree of satisfaction by the patient.

Key words: Pain, postoperative pain, patient controlled analgesia.

Introducción

El tratamiento adecuado del dolor agudo postoperatorio (DAP) es un reto en la mayoría de los centros hospitalarios quirúrgicos. Entre un 30% y un 75% de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, experimentan en algún momento dolor de moderado a intenso^{1,2}, dato que se relaciona con un aumento de la morbilidad, de los costes y una disminución del confort del paciente^{3,4}, y a un riesgo más elevado de desarrollar dolor crónico⁵. Además, existe una evidencia cada vez mayor de que, junto a otros factores como la movilización y la nutrición precoces, el tratamiento del DAP disminuye la morbilidad postoperatoria y, en algunos casos, reduce la estancia hospitalaria⁶.

El manejo óptimo del DAP debería responder de forma prioritaria a los requerimientos siguientes: posibilidad de ofrecer una movilidad precoz, la individualización por procedimiento quirúrgico y por tipo de paciente y, además, ser capaz de prevenir la aparición de hiperalgesia y de dolor crónico postoperatorio⁷.

Por otro lado, la agresión quirúrgica desencadena una serie de reacciones metabólicas, neuroendocrinas, inmunitarias e inflamatorias, que en conjunto forman la llamada respuesta al estrés quirúrgico. La magnitud de dicha respuesta se asocia con el incremento de complicaciones respiratorias, infecciosas, cardíacas y tromboembólicas, así como con el retardo en la recuperación del tránsito intestinal, el deterioro cognitivo postoperatorio⁸ y el retraso en la recuperación postoperatoria. La analgesia postoperatoria pretende disminuir dichas complicaciones mediante el bloqueo de las aferencias nociceptivas que genera dicha agresión quirúrgica.

Objetivos

En las mutuas de accidentes laborales, los procedimientos quirúrgicos son, en su mayoría, traumatológicos y, por lo tanto, susceptibles de asociarse a intensidades de dolores postoperatorios elevadas si no se llevan a cabo estrategias analgésicas perioperatorias eficaces para su prevención.

Nuestra Unidad del Dolor fue inaugurada en el año 2005 con el objetivo de atender a los pacientes con dolores agudos, subagudos o crónicos refractarios a los tratamientos analgésicos convencionales. En el año 2010, desde dicha Unidad se diseñó un "Plan de Actuación Multidisciplinario del DAP" para nuestro centro (37 camas, 1500 intervenciones/año) con las siguientes objetivos: carácter multidisciplinario, consensuado con los servicios quirúrgicos, individualizado a las necesidades analgésicas de cada procedimiento y, por último, evaluativo periódicamente.

Es necesario conocer la prevalencia de DAP para poder evaluar el impacto de las mejoras en su atención. Asimismo, es necesario que los datos obtenidos nos permitan definir con claridad aquellas áreas y aspectos que requieran especial atención para una futura optimización de los resultados. Conocer las expectativas y la satisfacción del paciente con la atención postoperatoria obtenida, nos ayudará también a entender y a responder a sus necesidades.

El objetivo de este estudio es evaluar la puesta en marcha del "Plan de Actuación Multidisciplinario del DAP" mediante la determinación de la prevalencia del DAP en nuestro centro quirúrgico, del grado de implantación y seguimiento de nuestros protocolos analgésicos, de la calidad de la prestación de la analgesia y, por último, el conocimiento del grado de satisfacción de nuestros pacientes postoperados.

Material y método

El Plan de Actuación Multidisciplinario para un abordaje integral del dolor agudo postoperatorio incluyó al personal de enfermería, de farmacia, cirujanos y anestesiólogos implicados en el cuidado y tratamiento de los pacientes durante el período postoperatorio. La acción prioritaria consistió en la implantación en las planta quirúrgica de la evaluación y el registro sistematizado de la intensidad del dolor (Escala Numérica Verbal EN) como la 5ª constante, realizada por cada turno de enfermería.

El plan de actuación incluyó, además, la aplicación de unos protocolos analgésicos por procedimiento quirúrgico asociados a dolor leve, moderado o severo para todos los pacientes y la prescripción universal de analgesia de rescate. Previamente a su implantación, se realizaron reuniones con los cirujanos y se consensuaron las pautas analgésicas teniendo en cuenta los siguientes puntos: la revisión reciente de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), la experiencia clínica y las necesidades específicas para cada tipo de cirugía.

Los resultados de dichas reuniones se detallaron a continuación en un documento, en el que se establecían las pautas de actuación y los protocolos analgésicos que permitirían prevenir y tratar el DAP de una forma individualizada.

Descripción de las pautas analgésicas protocolizadas

- Analgesia en cirugía asociada a dolor leve (Tabla I)
- Analgesia en cirugía asociada a dolor leve-moderado (Tabla II)
- Analgesia en cirugía asociada a dolor moderado-severo (Tabla III)

Tabla I: Analgesia en cirugía asociada a dolor leve**Infiltración herida quirúrgica con Anestésico Local y, además:**

PAUTA 1
Dexketoprofeno 50 mg / 8 h / EV
Paracetamol 1 g / 8 h / IV
Ondansetrón 4 mg / 8 h / IV s/p
Analgesia de rescate: Tramadol 1mg / Kg / EV + 50 ml SF en dosiflow a 100 ml/h (30')

PAUTA 1A: Contraindicación de AINE
Paracetamol 1 g / 8 h / IV
Ondansetrón 4 mg / 8 h / IV s/p
Analgesia de rescate: Tramadol 1mg / Kg / EV + 50 ml SF dosiflow a 100 ml/h (30')

Tabla II: Analgesia en cirugía asociada a dolor leve-moderado**Infiltración herida quirúrgica con Anestésico Local y, además:**

PAUTA 2
Elastómero 100 ml a 2ml/h: Tramadol 4 mg/ml + Dexketoprofeno 2 mg/ml (*)
PREPARACIÓN: SF 84 ml + Tramadol 8 ml (4 amp) + Dexketoprofeno 8 ml (4 amp)
Paracetamol 1 g / 6 h / IV
Ondansetrón 4 mg / 8 h / IV s/p
Analgesia de rescate:
Cloruro Mórfico 5 mg / IV / 4 – 6 – 8 h / 50 ml SF / dosifló a 200 ml / h (a pasar en 15')
>80 años CIM 5 mg / IV / 8 h / 50 ml SF / dosifló a 100 ml / h (a pasar en 30 min)
DURACIÓN: 48 horas
(*) Caducidad de la solución: 30 días en nevera (2-8°C)

PAUTA 2A: Contraindicación de AINES
Elastómero 100 ml a 2ml / h: Tramadol 4 mg / ml (*)
PREPARACIÓN: SF 92 ml + Tramadol 8 ml (4 amp)
Paracetamol 1 g / 6 h / IV
Ondansetrón 4 mg / 8 h / IV s/p
Analgesia de rescate:
Cloruro Mórfico 5 mg / IV / 4 – 6 – 8 h / 50 ml SF / dosifló a 200 ml / h (a pasar en 15 min)
>80 años CIM 5 mg / IV / 8 h / 50 ml SF / dosifló a 100 ml / h (a pasar en 30 min)
DURACIÓN: 48 horas
(*) Caducidad de la solución: 63 días en nevera (2-8°C) 8 días temperatura ambiente

Diseño y población de estudio

Se realizó un estudio transversal en nuestro centro de una muestra representativa: se incluyeron en el estudio a los pacientes mayores de 18 años, sometidos a un procedimiento quirúrgico de un mes del año 2012 (15 de Octubre a 15 de Noviembre de 2012). El seguimiento se llevó a cabo el primer y segundo día del postoperatorio.

Se excluyeron los pacientes menores de 18 años, los que sufrían alteraciones cognitivas graves o con problemas de comprensión lingüística y los que rehusaron participar.

Durante dicho seguimiento, la enfermera de la Unidad del Dolor entrevistó diariamente a los pacientes mediante la cumplimentación del cuestionario adaptado e la Sociedad Americana del Dolor⁹ que se expone a continuación:

En relación con la siguiente escala **¿Cómo valoraría el dolor que está sintiendo ahora?**

reposo**movimiento**

¿Ahora, valore la mayor intensidad de dolor que haya tenido en el Postoperatorio, en reposo?



¿Valore la mayor intensidad de dolor que haya tenido en el Postoperatorio, en movimiento?



Señale **¿cuál ha sido el menor nivel de dolor que haya tenido tras recibir calmantes para el dolor?**



¿Recibió alguna información sobre el dolor antes de su intervención?

- Sí
- No

¿En alguna ocasión ha tenido que solicitar más calmante para aliviar su dolor?

- Sí
- No

Cuando pidió un calmante para el dolor ¿cuál fue el tiempo máximo que tuvo que esperar?

- 15 min o menos
- 15 – 30 min
- 30-60 min
- > 1 hora
- No se lo administraron

Comparado con el dolor que esperaba ¿Cuánto dolor ha tenido después de esta operación?

- Mucho más de lo esperado
- Algo más de lo esperado
- Como esperaba
- Un poco menos de lo esperado
- Mucho menos de lo esperado

¿Cree usted que puede aliviarse el dolor tras una operación quirúrgica como la suya?

- Poco
- Algo
- Mucho
- Alivio total

¿Cuál es su grado de satisfacción con la manera en que las enfermeras trataron su dolor?

- Muy Insatisfecho
- Insatisfecho
- Satisfecho
- Muy Satisfecho

¿Cuál es su grado de satisfacción con la manera en que los médicos trataron su dolor?

- Muy Insatisfecho
- Insatisfecho
- Satisfecho
- Muy Satisfecho

Análisis estadístico

Se trata de un estudio prospectivo, observacional y descriptivo. Las variables cuantitativas se expresan como medias aritméticas y desviaciones estándar procesado con el programa Microsoft Excel 2010 y en porcentajes con el resto de variables cualitativas.

Resultados

Fueron incluidos en el estudio 55 pacientes con una edad media de $45,13 \pm 12,41$. En la **tabla IV** se exponen el resto las variables sociodemográficas de los pacientes incluidos en el estudio.

Intensidad del dolor en reposo y movimiento

En el primer día postoperatorio, el 52,7% de los pacientes relató dolor leve ($EN < 3$) en reposo y un 21,8% en movimiento, un 40% dolor moderado ($EN = 3-6$) y 41,8% en movimiento y, por último, dolor severo ($EN > 3$) un 0,7% en reposo y 36% en movimiento (**Figura 1**).

En el segundo día postoperatorio, un 81,8% de los pacientes presentó un dolor leve ($EN < 3$) en reposo y un 27,2% en movimiento, un 18,2% presentó dolor moderado ($EN = 3-6$) en reposo y un 45,4% en movimiento y, por último, ningún paciente refirió dolor severo ($EN > 3$) en reposo y un 27,2% tuvo dolor en movimiento.

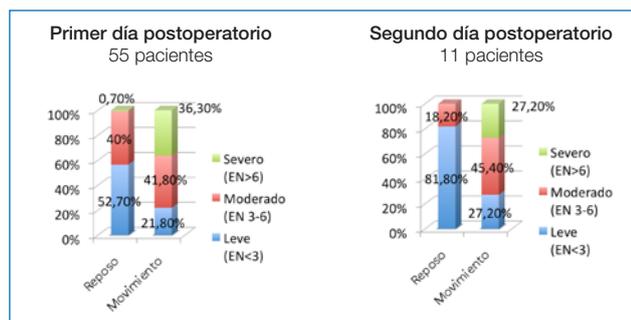


Figura 1: Intensidad del dolor en reposo y movimiento en primer y segundo día postoperatorio

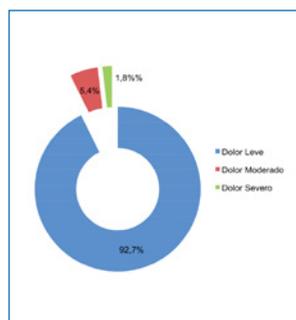


Figura 2: Pautas analgésicas de dolor leve, moderado o severo

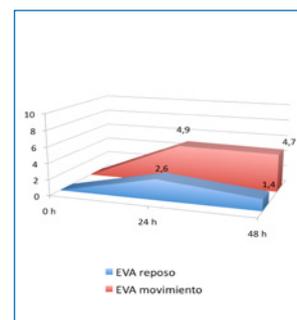


Figura 3: Evolución de la EN primer y segundo día PO

Tipo de cirugía

El 80% de los pacientes fueron sometidos a algún procedimiento traumatológicos, 16% a cirugía general y un 4% a cirugía plástica.

Técnica anestésica

33 pacientes (60%) recibieron anestesia intradural, 11 pacientes (20%) anestesia plexual o de troncos peritéricos, 10 pacientes (18%) anestesia general y, por último, 1 paciente (2%) sedación endovenosa.

Pautas analgésicas prescritas

Las pautas analgésicas fueron prescritas en su mayoría asociadas a dolor leve postoperatorio. Concretamente, fueron las siguientes: 51 pacientes (92,7%) asociadas a dolor leve, 3 pacientes (5,4%) a dolor leve-moderado y 1 paciente (1,8%) a dolor severo (Figura 2).

Grado de información del paciente

A pesar de las sesiones informativas a los cirujanos, las pautas analgésicas postoperatorias no incluyeron en el 98% de los casos una analgesia de rescate.

Tabla III: Analgesia en cirugía asociada a dolor moderado-severo

Infiltración herida quirúrgica con Anestésico Local y, además:

PAUTA 3
Elastómero EPIDURAL 300 ml: L-bupivacaína 1,25 mg/ml + fentanilo 2 mcg/ml (*) (**) a 5-7-12ml / h Bolo 5 ml Tiempo de cierre 30 min.
PREPARACIÓN: L-Bupivacaína (Chirocane) 0,125% 288 ml + Fentanilo 12 ml (4 amp)
Dexketoprofeno 50 mg IV / 8 h o Metamizol 2 g IV / 8h (si no contraindicación AINE)
Paracetamol 1 g / 6 h / IV
Ondansetrón 4 mg / 8 h / IV s/p
Analgesia de rescate:
Cloruro Mórfico 5 mg / IV / 4 – 6 – 8 h / 50 ml SF / dosifló a 200 ml / h (a pasar en 15)
>80 años CIM 5 mg / IV / 8 h / 50 ml SF / dosifló a 100 ml / h (a pasar en 30 min)
DURACIÓN: 48 – 72 horas
(*) Caducidad de la solución: 30 días en nevera (2-8°C)
(**) Si contraindicación de opioides epidurales, se administrará solo A. Local epidural (L-bupivacaína@ 1,25 mg/ml bolsa 200 ml)

PAUTA 4
Elastómero Perineural 300 ml: L-bupivacaína 1,25 mg/ml (Chirocane @) (*)
5-7-12 ml / h Bolo 5 ml Tiempo de cierre 30 min.
Dexketoprofeno 50 mg IV / 8 h o Metamizol 2 g IV / 8h (si no contraindicación AINE)
Paracetamol 1 g / 6 h / IV
Ondansetrón 4 mg / 8 h / IV s/p
Analgesia de rescate: Cloruro Mórfico 5 mg / IV / 4 – 6 – 8 h / 50 ml SF / dosiflow a 200 ml / h (en 15 min)
>80 años CIM 5 mg / IV / 8 h / 50 ml SF / dosifló a 100 ml / h (a pasar en 30 min)
DURACIÓN: 48 – 72 horas
(*) Caducidad de la solución: La especificada por el laboratorio fabricante. Conservación a temperatura ambiente

PAUTA 5
Elastómero IV 100 ml: Cloruro Mórfico 0,5 mg / ml (*) a 2 ml/h
PREPARACIÓN: SF 95 ml+ Cl. Mórfico 1% 5 amp (5 ml)
Dexketoprofeno 50 mg IV / 8 h o Metamizol 2 g IV / 8h (si no contraindicación AINE)
Paracetamol 1 g / 6 h / IV
Ondansetrón 4 mg / 8 h / IV s/p
DURACIÓN: 48 – 72 horas
(*) Caducidad de la solución: 14 días a temperatura ambiente

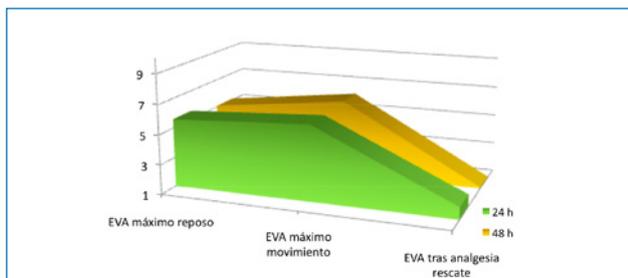


Figura 4: EN máximos en reposo, movimiento y tras analgesia de rescate

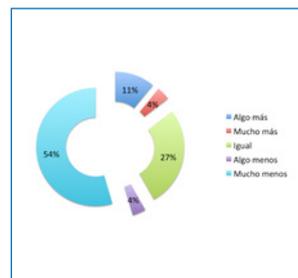


Figura 5: Comparado con lo que esperaba, ¿cuánto dolor ha tenido después de la operación?

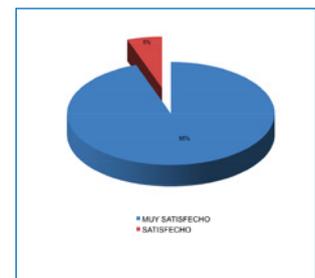


Figura 6: Grado de satisfacción del paciente

Evolución del DAP en los dos días postoperatorios

Las valoraciones de la EN (media \pm desviación estándar) en las primeras 24 horas fueron los siguientes: en reposo, $2,6 \pm 2,3$; en movimiento, $4,9 \pm 3,5$; máximo en reposo, $5,6 \pm 3,1$; máximo en movimiento, $6,1 \pm 2,9$ y, por último, tras la administración de rescate, $1,8 \pm 1,9$. Por otro lado, las valoraciones de la EN (media \pm desviación estándar) en las primeras 48 horas, fueron las siguientes: en reposo, $1,4 \pm 1,3$; en movimiento, $4,7 \pm 3,3$; máximo en reposo, $5,1 \pm 3,4$; máximo en movimiento, $6,2 \pm 3,8$ y, por último, tras la administración de rescate, $1,1 \pm 1,2$ (Tabla V).

En las figuras 3 y 4 se expresan las evoluciones cronológicas de los valores de la EVA en reposo, en movimiento y tras la analgesia de rescate durante el primer y segundo días postoperatorio.

Información y expectativas de los pacientes sobre el DAP

El 87% de los pacientes no recibió una información acerca del dolor postoperatorio en ningún momento antes de ser intervenido. Sin embargo, el 71% de los pacientes solicitó analgesia de rescate en algún momento del postoperatorio y todos los pacientes recibieron la analgesia de rescate cuando fue solicitada.

En cuanto a las expectativas del dolor postoperatorio de los pacientes, el 54% expresó haber tenido mucho menos de lo esperado, el 27% lo mismo, un 11% algo más y, por último, un 4% algo menos o mucho más de lo esperado (Figura 5).

Satisfacción del paciente

Finalmente, fue valorado el grado de satisfacción de los pacientes respecto al manejo del dolor postoperatorio como muy satisfactorio en el 95% y de satisfactorio en el 5% (Figura 6).

Tipo de cirugía

El 80% de los pacientes fueron sometidos a algún procedimiento traumatológicos, 16% a cirugía general y un 4% a cirugía plástica.

Técnica anestésica

33 pacientes (60%) recibieron anestesia intradural, 11 pacientes (20%) anestesia plexual o de troncos peritéricos, 10 pacientes (18%) anestesia general y, por último, 1 paciente (2%) sedación endovenosa.

Pautas analgésicas prescritas

Las pautas analgésicas fueron prescritas en su mayoría asociadas a dolor leve postoperatorio. Concretamente, fueron las siguientes: 51 pacientes (92,7%) asociadas a dolor leve, 3 pacientes (5,4%) a dolor leve-moderado y 1 paciente (1,8%) a dolor severo (Figura 2).

Grado de información del paciente

A pesar de las sesiones informativas a los cirujanos, las pautas analgésicas postoperatorias no incluyeron en el 98% de los casos una analgesia de rescate.

Evolución del DAP en los dos días postoperatorios

Las valoraciones de la EN (media \pm desviación estándar) en las primeras 24 horas fueron los siguientes: en reposo, $2,6 \pm 2,3$; en movimiento, $4,9 \pm 3,5$; máximo en reposo, $5,6 \pm 3,1$; máximo en movimiento, $6,1 \pm 2,9$ y, por último, tras la administración de rescate, $1,8 \pm 1,9$. Por otro lado, las valoraciones de la EN (media \pm desviación estándar) en las primeras 48 horas, fueron las siguientes: en reposo, $1,4 \pm 1,3$; en movimiento, $4,7 \pm 3,3$; máximo en reposo, $5,1 \pm 3,4$; máximo en movimiento, $6,2 \pm 3,8$ y, por último, tras la administración de rescate, $1,1 \pm 1,2$ (Tabla V).

En las figuras 3 y 4 se expresan las evoluciones cronológicas de los valores de la EVA en reposo, en movimiento y tras la analgesia de rescate durante el primer y segundo días postoperatorio.

Información y expectativas de los pacientes sobre el DAP

El 87% de los pacientes no recibió una información acerca del dolor postoperatorio en ningún momento antes de ser intervenido. Sin embargo, el 71% de los pacientes solicitó analgesia de rescate en algún momento del postoperatorio y todos los pacientes recibieron la analgesia de rescate cuando fue solicitada.

Tabla IV: Variables sociodemográficas de los pacientes

Edad (media \pm desviación estándar)	45,13 \pm 12,41
Sexo (mujeres/hombres)	14 (25,4%) / 41 (74,5%)
Origen (CEE/Extracomunitarios)	51 (92,7%) / 4 (7,3%)
Tipo de cirugía (Programada/Urgente)	53 (96,3%) / 2 (3,7%)

En cuanto a las expectativas del dolor postoperatorio de los pacientes, el 54% expresó haber tenido mucho menos de lo esperado, el 27% lo mismo, un 11% algo más y, por último, un 4% algo menos o mucho más de lo esperado (Figura 5).

Satisfacción del paciente

Finalmente, fue valorado el grado de satisfacción de los pacientes respecto al manejo del dolor postoperatorio como muy satisfactorio en el 95% y de satisfactorio en el 5% (Figura 6).

Tabla V: Escala Numérica (EN) del primer día postoperatorio (1er día PO) y segundo día postoperatorio (2º día PO) expresado en media \pm desviación estándar

	1er día PO (N=55)	2º día PO (N=11)
EN reposo	2,6 \pm 2,3	1,4 \pm 1,3
EN movimiento	4,9 \pm 3,5	4,7 \pm 3,3
EN máximo reposo	5,6 \pm 3,1	5,1 \pm 3,4
EN máximo movimiento	6,1 \pm 2,9	6,2 \pm 3,8
EN tras analgesia rescate	1,8 \pm 1,9	1,1 \pm 1,2

Discusión

En nuestro estudio, la prevalencia de DAP en el primer día postoperatorio fue de un 41% de dolor en reposo (dolor severo, 0,7%) y un 78% en movimiento (dolor severo, 36%). En el segundo día postoperatorio, la prevalencia fue de un 18,2% de dolor en reposo (ningún paciente con dolor intenso) y de un 73% en movimiento (dolor severo, 27%). Resulta difícil comparar nuestros resultados con los de otros estudios dada la heterogeneidad metodológica y a las diferencias entre los tipos de pacientes.

En la revisión bibliográfica realizada, encontramos estudios de prevalencia que analizan el dolor agudo en pacientes hospitalizados¹⁰, estuvieran o no operados.

Otros estudios se centran en la cirugía mayor ambulatoria¹¹, o bien en el postoperatorio inmediato en las salas de despertar¹². También se registran datos de incidencia de DAP en los seguimientos realizados por las unidades de dolor agudo tributarias de tratamientos analgésicos invasivos¹³. Sin embargo, no existen estudios de prevalencia de DAP en centros hospitalarios quirúrgicos de mutuas de accidentes laborales. En la revisión sistemática de Dolin¹⁴ del año 2002, la incidencia de dolor

moderado a intenso en las primeras 24 horas fue entre un 26-33% y la de dolor intenso en reposo se determinó entre un 8-13%. En nuestro estudio, la prevalencia de dolor moderado y severo es algo superior (41%); sin embargo, el dolor intenso fue muy inferior (0,7%). Llama la atención la ausencia en los estudios de datos respecto al dolor en movimiento, hecho fundamental en la recuperación postoperatoria y factor clave en la valoración de la verdadera prevalencia de DAP y de la eficacia de los tratamientos (dolor moderado e intenso en un 78% de los pacientes), aunque no podemos compararlo con ningún otro estudio en la literatura científica.

La elevada incidencia de dolor postoperatorio responde a múltiples causas^{15,16}: falta de conocimientos o conceptos erróneos sobre el tratamiento de dolor por parte del personal sanitario, pautas analgésicas a demanda o "si dolor", que producen periodos de vacío o "gap analgésico"; la ausencia de pautas de transición entre la analgesia invasiva, intravenosa o regional y los tratamientos orales; la ausencia de evaluación o valoración inadecuada de la intensidad del dolor y de la eficacia de los tratamientos utilizados; la escasa información del paciente sobre las consecuencias del dolor no tratado de forma adecuada y sobre las posibilidades de la analgesia en el periodo postoperatorio; el miedo a los efectos secundarios de los opioides y a una hipotética adicción. Por último, pensamos que influye de forma definitiva el déficit de estructuras organizativas que ordenen el proceso del dolor a lo largo de todo el período perioperatorio, en las que puedan participar todos los profesionales implicados en la asistencia del paciente, y de que se adapten a las características específicas de cada hospital.

En nuestro centro quirúrgico, Traumatología y Ortopedia fuera la especialidad que más intervenciones llevó a cabo y, en su mayoría, fueron procedimientos de agresividad quirúrgica baja, dato que confirma el hecho de que las pautas analgésicas prescritas fueron mayoritariamente a asociadas a dolor leve (92,7%), en las que la asociación de un AINE, paracetamol y un bloqueo anestésico preincisional se demostraron eficaces en el control del DAP.

En cuanto a la analgesia de rescate, llama la atención varios aspectos. En primer lugar, su eficacia para aliviar el dolor evidenciada por valoraciones de la EN por debajo de 2 tras la administración de la misma; en segundo lugar, la celeridad con que enfermería administró la analgesia (todos los pacientes la recibieron en menos de quince minutos); por último, la falta de concienciación por parte de los cirujanos en la importancia de la prescripción de la analgesia de rescate en todos los pacientes. Respecto al primer aspecto, no hace sino más que evidenciar la trascendencia que tiene siempre la eficacia de la analgesia de rescate. El papel de enfermería de planta en la prestación de la misma es fundamental, y los datos de estudio evidencian que su comprensión y concienciación del concepto de analgesia de rescate

es elevado y adecuado. La prescripción por parte del cirujano de la analgesia de rescate también es primordial; sin embargo, nuestro estudio evidenció una falta de entendimiento de la importancia del concepto, a pesar de las sesiones informativas que recibieron al respecto. Obviamente, ello obliga a enfermería a acudir al médico de guardia a solicitar una prescripción analgésica o a adelantar la siguiente dosis, hecho que puede alterar la pauta analgésica de base.

En cuanto a la valoración de la intensidad del dolor, pensamos que las valoraciones de los pacientes fueron aceptables con una EN media en reposo no superior a 3. Sin embargo, el hecho de que en el primer y segundo postoperatorio los pacientes relataran intensidades de dolor a la movilización elevadas, pensamos que podría deberse a la movilización de las extremidades intervenidas que lleva a cabo el rehabilitador diariamente durante el ingreso desde el primer día postoperatorio hasta el día del alta.

Por último, el 87% de nuestros pacientes no había recibido ninguna información previa acerca del dolor postoperatorio. Este dato está por encima de los resultados obtenidos en otros estudios (cifrados entre 42% y 75,8%¹⁷) y nos obliga a recapacitar sobre la importancia de la consulta preanestésica como fuente de información sobre la analgesia postoperatoria que debe recibir el paciente. En todo caso, el paciente se mostró muy satisfecho con el manejo perioperatorio del dolor en un 95% de los casos, aunque somos conscientes de que dicha satisfacción podría tener un componente multifactorial.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones. La realización de encuestas en el ámbito hospitalario presenta una serie de sesgos relacionados con la información suministrada por el paciente. La encuesta fue realizada por la enfermera de la Unidad del Dolor, por lo tanto era un observador entrenado, motivo por el cual no existía el anonimato. En contrapartida, permite un índice mayor de respuestas y también la mejor comprensión de

las preguntas por parte de los pacientes. Otros factores que pueden influir en los resultados son el tamaño de la muestra y el hecho de no haber registrado los datos de DAP en el postoperatorio inmediato. Finalmente, el segundo día postoperatorio el número de pacientes disminuyó ostensiblemente porque fueron dados de alta el primer día (de 55 a 12), hecho que puede disminuir la validez interna de los resultados a las 48 horas de la cirugía.

Conclusiones

El registro del DAP en nuestro estudio mostró una prevalencia del dolor en reposo (EN>3) del 41% y en movimiento del 78% medida en el primer día del postoperatorio tras la introducción de nuestros protocolos analgésicos. El dolor al movimiento es uno de los principales indicadores para detectar grupos de pacientes en los que es posible mejorar en un futuro las pautas analgésicas.

Los procedimientos fueron de agresividad quirúrgica baja asociados a pautas analgésicas de dolor leve y que precisaron un día de control postoperatorio mayoritariamente. A pesar de ello, la prevalencia del DAP fue algo elevada probablemente debido a la conjunción de varios factores como la falta de prescripción de la analgesia de rescate, la movilización precoz postoperatoria o la poca información preoperatoria y preparatoria recibida por el paciente. A pesar de todo ello, el grado de satisfacción de la atención recibida por parte del paciente durante el período postoperatorio fue elevado.

Estas conclusiones permitirán en un futuro reorganizar y rediseñar nuestro plan de actuación de los cuidados postoperatorios. La optimización de los resultados debería conseguirse mediante la mejora de la formación de los médicos cirujanos y de la información preoperatoria de los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico en nuestro centro.

Bibliografía

1. Bolibar I, Catalá E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2005; 52 (3): 131-40.
2. Vallano A, Malouf J, Payrulet P, Baños JE, on behalf of the Catalan Research Group for Studying Pain in Hospital. Prevalence of pain in adults admitted to Catalan hospitals: A cross-sectional study. *Eur J Pain.* 2006; 10 (8):721-31.
3. Basse L, Thorbol J, Lossl K, Kehlet H. Colonic Surgery with accelerated rehabilitation or conventional care. *Dis Colon Rectum.* 2004; 47 (3):271-8.
4. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg.* 2002; 183 (6):630-44.
5. Koppert W, Schmelz M. The impact of opioid-induced hyperalgesia for postoperative pain. *Best Pract Res Clin Anaesthesiology.* 2007; 21 (1):65-83.
6. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg.* 2008; 248 (2):189-98.
7. Hutchison R.W. Challenges in acute post-operative pain management. *Am J Helt Syst Pharm.* 2007; 64 (6 Suppl 4): S2-5. Review.
8. Beaussier M, Atchabahan A, Dufeu N. Regional anesthesia and the perioperative period: basis and principles. *Tech Reg Anesth Pain Manag.* 2008; 12:171-7.
9. Díez-Álvarez E, Arrospide A, Mar J, Cuesta M, Martínez MC, Beitia E, et al. Assesment of acute postoperative pain. *Rev Calid Asist.* 2009; 24:215-21.
10. Arbonés E, Montes A, Riu M, Farriols C, Mínguez S. El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev Esp Dolor.* 2009; 16:314-22.
11. Ip HY, Abrishami A, Peng PW, Wong J, Chung F. Predictors of post-operative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. *Anesthesiology.* 2009;111 (3): 657-77.
12. Aubrun F, Valade N, Coriat P, Riou B. Predictive factors of severe postoperative pain in the postanesthesia care unit. *Anesth Analg.* 2008;106 (5): 1535-41.
13. Ribera H, García I, Mirasol J, Meli M. Situación actual del dolor agudo postoperatorio en un hospital de la Comunidad de Baleares. *Rev Esp Anest Reanim.* 2010;57 (4): 257-8.
14. Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidnece from published data. *Br J Anaesth.* 2002;89 (3):409-23.
15. Bell L, Duffy A. Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review. *Br J Nurse.* 2009;18 (3): 153-6.
16. Heitz JW, Witkowski TA, Viscusi ER. New and emerging analgesics and analgesic technologies for acute pain management. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2009; 22 (5): 608-17.
17. Valentín López B, García Caballero J, Muñoz Ramón JM, Aparicio Grande P, Díez Sebastián J, Criado Jiménez A. Atención al dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calidad. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2006; 53 (7):408-18.