

Rev. Soc. Esp. Dolor
11: 197-202, 2004

Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes

J. I. Gallego¹, M. R. Rodríguez de la Torre¹, J. C. Vázquez-Guerrero¹ y M. Gil²

Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimation of the prevalence and severity of postoperative pain and relation with patient satisfaction. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 197-202.

SUMMARY

The first line therapy for any type of pain aims to eliminate its cause, although this is not always possible, obviously. Furthermore, pain is sometimes so severe that requires to take fast and effective analgesic measures. Postoperative pain presents both characteristics: the need for a fast treatment and the impossibility to eliminate its cause.

The aim of this study has been to assess the prevalence and severity of postoperative pain, as well as patient satisfaction with the medical and nursing staff; to quantify the time elapsed between the request of the analgesic drug and its administration, as perceived by the patient; and, finally, to ascertain the opinion of the patients regarding the effectiveness of analgesic drugs for postoperative pain.

This was a descriptive study in which 388 patients undergoing elective surgery at the services of General Surgery, Traumatology, Gynecology, Vascular Surgery, ORL and Urology, were interviewed.

Conclusion:

According to this review, postoperative pain still represents a negative aspect of postoperative care and requires corrective action. The results suggest the need to design more appropriate analgesic protocols that take into account the needs of the patients and to optimize the interaction between the surgical services and the anesthesia service. © 2004 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.L.

¹Médico Adjunto

²Jefe de Servicio

Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor
Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Recibido: 11-08-03.

Aceptado: 23-03-04.

Key words: Postoperative pain. Questionnaires. Quality assurance. Health care. Cross-sectional studies.

RESUMEN

El tratamiento de elección para cualquier tipo de dolor consiste en eliminar la causa que lo provoca aunque esto no es, obviamente, siempre posible. Por otra parte, existen ocasiones en las que el dolor es tan intenso que es necesario instaurar medidas analgésicas rápidas y eficaces. El dolor del periodo postoperatorio cumple ambas características: necesidad de tratamiento rápido e imposibilidad de eliminar la causa que lo provoca.

Los objetivos de este estudio han consistido en evaluar la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio, la satisfacción de los pacientes con el personal médico y de enfermería, cuantificar el tiempo percibido por el paciente transcurrido desde que solicita medicación analgésica hasta que la recibe y por último, conocer la opinión de los pacientes sobre la efectividad de los analgésicos en el dolor postoperatorio.

Se trata de un estudio descriptivo en el que se entrevistaron 388 pacientes intervenidos quirúrgicamente de manera programada por los servicios de Cirugía General, Traumatología, Ginecología, Cirugía Vascular, ORL y Urología.

Conclusión:

En la revisión expuesta, el dolor postoperatorio continúa representando un aspecto negativo de los cuidados postoperatorios, precisando medidas para su corrección. Los resultados revelan la necesidad de diseñar protocolos analgésicos más adecuados a las necesidades de los pacientes y optimizar la interacción entre los servicios quirúrgicos y el servicio de anestesia. © 2004 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S. L.

Palabras clave: Dolor postoperatorio. Cuestionarios. Garantía de calidad. Salud. Estudios transversales.

INTRODUCCIÓN

El control satisfactorio del dolor postoperatorio 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 (1). Es una evidencia innegable que la mayoría de los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica padecen dolor en un grado variable (2).

A pesar de las continuas innovaciones farmacológicas y los incesantes avances tecnológicos, una gran parte de estos pacientes siguen tratados de forma inadecuada, por lo que experimentan un sufrimiento injustificado, que incrementa notablemente el riesgo de aparición de complicaciones postoperatorias (3).

Distintos estudios han concluido que los pacientes refieren un alto índice de satisfacción en el tratamiento de su dolor tras la intervención quirúrgica, a pesar de presentar grados de dolor moderado o intenso (4).

Al ser el dolor una experiencia subjetiva, para su cuantificación se requiere necesariamente de la información suministrada por el paciente, ya que los signos físicos y metabólicos son absolutamente inespecíficos y no mantienen necesariamente una relación proporcional a la magnitud del dolor (5). La evaluación clínica constituye el único método efectivo y razonable fácil de realizar a pie de cama para valorar el grado de dolor postoperatorio (6).

Los objetivos de este estudio han consistido en estimar la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio, la satisfacción de los pacientes con el personal médico y de enfermería, cuantificar el tiempo percibido por el paciente transcurrido desde que solicita medicación analgésica hasta que la recibe y por último, conocer la opinión de los pacientes sobre la efectividad de los analgésicos en el dolor postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo en el que se entrevistaron 388 pacientes intervenidos quirúrgicamente de manera programada por los Servicios de Cirugía General, Traumatología, Ginecología, Cirugía Vasculat, ORL y Urología.

Como instrumento de medida se utilizó el cuestionario de la Sociedad Americana del Dolor (7) con alguna modificación (Tabla I). Este cuestionario incluye una escala numérica como instrumento de medición de la intensidad de dolor, aunque en este

estudio se ha considerado más adecuado utilizar una escala visual analógica (VAS) en tres momentos diferentes: en el momento de la entrevista, en las últimas 24 horas y el mínimo dolor tras la administración de analgésicos. Al mismo tiempo se realiza una valoración del grado de satisfacción de los pacientes con el personal sanitario (médicos y enfermeras) y se registra el tiempo que transcurre desde la solicitud de analgesia hasta que esta es administrada. En el cuestionario se distingue entre la primera vez que el paciente solicita analgesia y se transcriben así mismo, las siguientes peticiones de analgesia (analgesia de rescate).

Finalmente, como sugiere Ward y cols. (8), a este cuestionario se le añadió una pregunta para conocer la opinión del paciente sobre el grado de alivio de dolor postoperatorio que pueden proporcionar los analgésicos.

Se definió dolor moderado como EVA > 3 y dolor severo como EVA > 6.

Se excluyeron del estudio los pacientes que cumplían algunas de las siguientes características:

- Pacientes que no hablan o comprenden el idioma español.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes sometidos a intervención quirúrgica con anestesia local.
- Pacientes que reciben el alta hospitalaria antes de 24 horas tras la intervención quirúrgica.
- Pacientes que precisan cuidados críticos en el postoperatorio inmediato.

El estudio fue realizado en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, en el cual no existen protocolos de tratamiento del dolor postoperatorio en las plantas de hospitalización. La pauta más habitual consiste en la administración i.v. de propacetamol, ketorolaco o metamizol magnésico, ya sea en bolos o perfusiones continuas. Generalmente la administración de opioides se utiliza como pauta de rescate tras el fracaso de la medicación analgésica habitual.

La recogida de datos se llevó a cabo por anestesiólogos adscritos al Servicio de Anestesiología y Reanimación, con visita al enfermo a las 24 horas de la intervención quirúrgica, leyendo el cuestionario y explicando los conceptos que fueren necesarios.

La presentación de los datos se realizó con estadísticos descriptivos (tablas de frecuencias, media \pm desviación típica) para resumir datos. Para la comparación entre variables se utilizaron la prueba de Kruskal-Wallis y la Chi cuadrado, dependiendo de la naturaleza de las variables. Se utilizó el estadístico de Fisher cuando en alguna celda de la tabla de contingencia el valor era menor de 5. Al analizar la sa-

TABLA I. CUESTIONARIO ADAPTADO DE LA SOCIEDAD AMERICANA DEL DOLOR (10)

1. ¿En algún momento, durante su ingreso, ha precisado tratamiento para el dolor?	SÍ	NO
2. ¿Ha tenido dolor durante las últimas 24 horas?	SÍ	NO
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN AL DOLOR QUE HA TENIDO EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS		
3. En relación con la siguiente escala, ¿cómo valoraría el dolor que está sintiendo ahora? No dolor ----- Mayor dolor imaginable		
4. En relación con la siguiente escala, valore la mayor intensidad del dolor que haya tenido en las últimas 24 horas. No dolor ----- Mayor dolor imaginable		
5. En esta escala, señale cuál ha sido el menor nivel de dolor que haya tenido tras recibir analgésicos para el dolor. No dolor ----- Mayor dolor imaginable		
6. Señale su grado de satisfacción en relación al tratamiento de su dolor por parte de las/los enfermeros/as Muy insatisfactorio Insatisfactorio Algo insatisfactorio Algo satisfactorio Satisfactorio Muy satisfactorio		
7. Señale su grado de satisfacción en relación al tratamiento de su dolor por parte de los médicos Muy insatisfactorio Insatisfactorio Algo insatisfactorio Algo satisfactorio Satisfactorio Muy satisfactorio		
8. Cuando usted ha solicitado medicación analgésica, ¿cuánto tiempo ha debido esperar a que se la administren? 15 min o menos 15-30 min 30-60 min Más de 1 hora Nunca la solicitó		
9. ¿En alguna ocasión la medicación analgésica que se le ha suministrado no le ha ayudado y ha tenido que solicitar otra diferente para aliviar su dolor? Si usted ha respondido afirmativamente a la pregunta anterior, ¿cuánto tiempo trascurrió hasta que las enfermeras o doctores cambiaron su tratamiento analgésico a uno más potente o diferente y se lo suministraron? 1 hora o menos 1-2 horas 2-4 horas 4-8 horas 8-24 horas Más de 24 horas	SÍ	NO
10. ¿En qué grado cree usted que puede aliviarse el dolor tras una intervención quirúrgica como la suya? Totalmente Mucho Regular Poco Nada		

tisfacción, los pacientes fueron divididos en 2 grupos: los pacientes satisfechos o muy satisfechos se englobaron en la categoría de pacientes que expresan satisfacción y el resto, la categoría de pacientes insatisfechos en algún grado. El valor de p para alcanzar significación estadística se estableció en 0,05. Para realizar el análisis estadístico se utilizó el programa informático SSPS 10.0.

RESULTADOS

En el estudio se incluyeron 388 pacientes, 216 mujeres (55,7%) y 172 varones (44,3%), con una edad media de $55,73 \pm 16,18$ años (rango 18-90).

La distribución de pacientes por especialidades se muestra en la Tabla II.

Un total de 377 pacientes (97,2%) refirieron haber experimentado dolor en algún momento durante su estancia en el hospital y 376 pacientes (96,9%) refi-

TABLA II. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR ESPECIALIDADES

Especialidad	Nº pacientes
Cirugía General	115 (29,6%)
Traumatología	109 (28,1%)
Ginecología	66 (17%)
Urología	66 (17%)
ORL	24 (6,2%)
Cirugía Vasculat	8 (2,1%)

rieron haber presentado dolor en las últimas 24 horas.

La intensidad del dolor en el momento de la entrevista fue de $3,08 \pm 2,35$. La mayor intensidad de dolor fue de $6,7 \pm 2,78$ y la menor de $0,89 \pm 1,57$. En el momento de la entrevista 157 pacientes (40,5%) refirieron dolor moderado y 62 (16%) dolor severo.

El nivel de satisfacción de los pacientes con médicos y enfermeras en relación con el tratamiento de su dolor es mostrado en la Tabla III.

Un total de 261 pacientes (67,3%) solicitaron analgesia en algún momento durante su ingreso y 127 pacientes (32,7%) no solicitaron analgesia. Los tiempos de espera percibidos por los pacientes desde la solicitud hasta la administración de la medicación analgésica se muestran en la Tabla IV. Además, 110 pacientes (28,4%) solicitaron nuevamente analgésicos (analgesia de rescate) por ineficacia del tratamiento administrado previamente. Los tiempos de espera para recibir este tratamiento se muestran en Tabla V.

TABLA III. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON MÉDICOS Y ENFERMERAS

<i>Grado de satisfacción</i>	<i>Médicos</i>	<i>Enfermeras</i>
Muy satisfactorio	189 (48,7%)	158 (40,7%)
Satisfactorio	165 (42,5%)	171 (44,1%)
Algo satisfactorio	24 (6,2%)	41 (10,6%)
Algo insatisfactorio	4 (1%)	13 (3,4%)
Insatisfactorio	4 (1%)	2 (0,5%)
Muy insatisfactorio	2 (0,5%)	3 (0,8%)

TABLA IV. TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR ANALGESIA

<i>Tiempo de espera</i>	<i>Frecuencia</i>
15 minutos o menos	219 (56,4%)
15-30 minutos	40 (10,3%)
30-60 minutos	1 (0,3%)
Más de 1 hora	1 (0,3%)
Nunca la solicitó	127 (32,7%)

TABLA V. TIEMPO PARA RECIBIR ANALGESIA DE RESCATE

<i>Tiempo de espera</i>	<i>Frecuencia</i>
1 hora o menos	65 (16,8%)
1-2 horas	39 (10,1%)
2-4 horas	6 (1,5%)

En relación con la opinión sobre la eficacia de los analgésicos: 110 pacientes (28,4%) opinaron que pueden aliviar totalmente el dolor, 196 (50,5%) que lo pueden aliviar mucho, 78 (20,1%) que lo alivian regular y 4 (1%) que lo alivian poco.

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

Al analizar la relación entre el grado de satisfacción de los pacientes y el tiempo percibido transcurrido desde que se solicita analgesia y esta es administrada, los pacientes que tienen que esperar menos de 15 minutos se mostraron más satisfechos con enfermeras ($p = 0,006$) y médicos ($p = 0,02$) que aquellos que han de esperar más de 15 minutos para recibir analgesia tras su solicitud. Así mismo, se observó que existe un mayor grado de satisfacción con enfermería ($p = 0,014$) en aquellos pacientes que esperan menos de una hora para la administración de medicación analgésica de rescate comparado con aquellos que esperaron más de 1 hora. En cambio, no se observó relación entre el grado de satisfacción médica y tiempo de espera para recibir analgesia de rescate ($p = 0,18$).

Finalmente, no hemos detectado que exista una relación entre la satisfacción del paciente con personal sanitario y la opinión sobre la eficacia de los analgésicos en el tratamiento del dolor.

DISCUSIÓN

Los efectos perjudiciales del dolor postoperatorio sobre el organismo han sido ampliamente estudiados tanto en el ámbito experimental como clínico. La aferencia nociceptiva continuada determina una estimulación simpática mantenida y la activación de la liberación de hormonas relacionadas con el estrés responsables de la disfunción de múltiples sistemas y órganos como el cardiovascular, renal, gastrointestinal y respiratorio, entre otros. Esta disfunción puede aumentar la incidencia de complicaciones postoperatorias como isquemia miocárdica, atelectasia, infección respiratoria, íleo, desnutrición, trombosis venosa profunda, disfunción cognitiva, etc. El alivio del dolor mejora el confort del paciente, minimiza la respuesta al estrés postoperatorio, permite la fisioterapia y cuidados de enfermería precoces y potencialmente acorta la estancia postoperatoria (9).

Nuestros resultados indican que un elevado porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente en nuestro hospital, sufren dolor de manera intensa durante el periodo postoperatorio. El grado de dolor referido por los pacientes en el momento de máximo dolor es algo inferior a 7, punto establecido por algunos autores (10) a partir del cual el dolor ocasiona

una notable alteración de la actividad, estado anímico y calidad de sueño del paciente.

El 67,3% de pacientes solicitaron analgesia suplementaria, lo que indica que las pautas basales del hospital resultan insuficientes. Soler-Company y cols. (11) en un estudio prospectivo en el que comparan tratamientos 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. En este grupo de pacientes que solicitaron analgesia suplementaria, destaca el alto porcentaje de pacientes que recibieron la analgesia solicitada en menos de 15 minutos (83,9%). Este último dato contrasta con los ofrecidos por otros autores (4,8) que han usado este cuestionario para valorar la calidad del tratamiento del dolor en enfermos postquirúrgicos denotando que un 24 y 8% respectivamente, de los pacientes que solicitaron analgesia, esperaron más de 30 minutos para recibirla.

Ciento diez pacientes (28,4%) solicitaron analgesia de rescate, lo que indica que la analgesia pautada habitualmente en muchos pacientes resulta insuficiente, bien porque los fármacos empleados no son adecuados o porque las dosis son insuficientes.

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 (4,8,12). 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. En nuestro estudio, los pacientes más satisfechos son aquellos que solicitan analgesia y la reciben en menos de 15 minutos. 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 (13). La incapacidad para responder esta cuestión limita la utilidad de la medida de la satisfacción.

Por último, creemos necesario reseñar que este estudio, como otros muchos, padece una serie de limitaciones que es preciso comentar:

—La escala elegida para cuantificar el grado de dolor en el cuestionario es unidimensional, midiendo exclusivamente el componente sensorial, no los com-

ponentes afectivos y cognitivo evaluativo. Si entendemos que el dolor es una experiencia multidimensional, entonces deberemos pensar que medir su intensidad con una escala VAS carece de especificidad. Incluso, Clark y cols. (14) 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.

—El cuestionario no explora la repercusión del dolor en las actividades habituales del paciente. Muchos pacientes refieren picos de dolor de duración no determinada en este estudio, pero por los comentarios de los pacientes no parecen prolongados en el tiempo. Creemos que si esta idea es correcta, quizá sería más adecuado utilizar como referencia principal el dolor en el momento de la entrevista.

—En nuestro hospital, los pacientes no reciben información preoperatoria sobre aspectos relacionados con el dolor postoperatorio, lo que puede sugerir que las expectativas del paciente sean más negativas que la realidad, reflejándose en un alto grado de satisfacción. Esta particularidad, unida a la ausencia de protocolos específicos de dolor postoperatorio, puede afectar a la validez externa del estudio.

—La última pregunta del cuestionario se realizó con la finalidad de conocer las expectativas de los pacientes sobre el dolor postoperatorio. A la vista de los resultados, parece que esta pregunta realmente mide la eficacia que han tenido los analgésicos en cada paciente tras la intervención quirúrgica, no sus expectativas.

CONCLUSIÓN

En la revisión expuesta, el dolor postoperatorio continúa representando un aspecto negativo de los cuidados postoperatorios, precisando medidas para su corrección. Los pacientes siguen expresando un alto nivel de satisfacción a pesar del alto nivel de dolor postoperatorio, lo que sugiere cautela en la consideración de este aspecto en la monitorización de calidad del manejo del dolor postoperatorio.

Los resultados revelan la necesidad de mejorar, diseñando protocolos analgésicos más adecuados a las necesidades de los pacientes y optimizar la interacción entre los servicios quirúrgicos y el servicio de anestesia.

La solución al problema de alivio inadecuado del dolor no se relaciona con el desarrollo de nuevos fármacos y/o técnicas, sino en diseñar una estrategia efectiva para suministrar analgesia a los pacientes mediante la introducción de unidades de dolor agudo en las plantas de hospitalización postquirúrgica.

CORRESPONDENCIA:

María Rosalía Rodríguez de la Torre
 Avda. Cabezo de la Joya
 Edificio Florida, portal 2, 8º C
 21004 Huelva
 e-mail. vestibuloanconeo@ono.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres LM. Confort vs analgesia en el dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp del Dolor* 1995; 2: 149-50.
2. Miranda A. Dolor postoperatorio: definición y problemática. En: Miranda A. *Dolor postoperatorio. Estudio, valoración y tratamiento*. Barcelona: JIMS, 1992. p. 1-26.
3. Martínez Vázquez J, Torres Morera LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. En: de la Torre R. *Guía práctica del dolor agudo postoperatorio*. Madrid, 2001. p. 11-31.
4. Miaskowski C, Nichols R, Brody R, et al. Assessment of patient satisfaction utilizing the American Pain Society's Quality Assurance Standards on acute and cancer related pain. *J Pain Symptom Manage* 1994; 9 (1): 5-11.
5. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: mayor properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1: 277-99.
6. Wallestein SL, Heichrich G, Kaiko R, et al. Clinical evaluation of mild analgesics: the mesurement of clinical pain. *Br J Clin Pharmacol* 1980; 10: 319s-27s.
7. American Pain Society Committee on Quality Assurance Standards for relief of acute and cancer pain. In: Bond MR, Charlton JE Wolf CJ, eds. *Proceedings of the VI World Congress on Pain*. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier, 1991. p. 185-9.
8. Ward E, Gordon D. Application of the American Pain Society quality assurance standards. *Pain* 1994; 56: 299-306.
9. Jayr C. Repercussions of postoperative pain. Expected therapeutic benefits. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 1998; 17 (6): 540-54.
10. Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, et al. When is cancer pain mild, moderate o severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain* 1995; 61 (2): 277-84.
11. Soler-Company E, Baños JE, Faus-Soler T, et al. Analgesic use for postoperative pain: differences arise when comparing departments of surgery. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2002; 11 (7): 607-14.
12. Boström BM, Ramberg T, Davis BD, et al. Survey of post-operative patients' pain management. *J Nurs Manag* 1997; 5 (6): 341-9.
13. Ware JEJ, Snyder MK, Wright WR, et al. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plan* 1983; 6: 247-63.
14. Clark WC, Yang JC, Tsui S, et al. Unidimensional pain rating scales: a multidimensional affect and pain survey (MAPS) analysis of what they really measure. *Pain* 2002; 98: 241-7.