

El dolor agudo en nuestros hospitales: un problema de gestión

Francisco López-Soriano y Lucía Bernal

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Dirección de Enfermería. Hospital del Noroeste de Murcia. Caravaca. Murcia. España.

Correspondencia: Dr. Francisco López-Soriano.
Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital del Noroeste de Murcia.
Miguel Espinosa s/n. 30400 Caravaca. Murcia. España.
Correo electrónico: francisco.lopez18@carm.es

Sr. Director:

Un reciente estudio observacional publicado en la Revista¹ refleja la alta prevalencia de dolor agudo postoperatorio que aún persiste en nuestros hospitales, lo que señala la necesidad de hacer más efectivo lo que ha demostrado ser muy eficaz, la analgesia. Este avance necesario está entre los retos de la gestión, que debe plantearse definitivamente poder controlar el proceso "dolor agudo postoperatorio" para hacer frente al reto de la Organización Mundial de la Salud de un "hospital sin dolor".

Aunque en general consideramos de gran interés el artículo referido, así como cualquier otra medida encaminada a llamar la atención sobre este enorme problema, nos gustaría puntualizar algunos detalles:

La primera norma de la American Pain Society Quality of Care Committee es reconocer y tratar el dolor lo más rápidamente posible. Para su correcta aplicación, precisa de la medición del dolor inicial y a intervalos regulares (5.^a constante), así como el alivio tras la analgesia². Las cifras de prevalencia encontradas pueden estar subestimadas respecto a otros hospitales si consideramos que la prevalencia de dolor hospitalario es diferente antes que después de introducir la 5.^a constante. En 2001, nuestro equipo estudió la prevalencia de dolor entre los pacientes tratados tradicionalmente (analgesia pautada o a demanda) y un grupo al que además se preguntaba cada 6 h su nivel de dolor percibido, lo que permitía actuar en caso de que el dolor superase el umbral de leve. Los pacientes con dolor moderado-severo fueron el 71,4% del grupo control, frente al 30,6% del grupo al que se preguntaba sobre su dolor cada 6 h. Igualmente, el dolor percibido por el paciente fue mayor en el grupo control que en el grupo de la 5.^a constante (2,07 frente a 1,45 de una escala de Likert de 1 a 5). Esta actuación mejoró estadísticamente la satisfacción de los pacientes y se correlacionó positivamente con los niveles de alivio conseguido (coeficiente de correlación = 0,78)³.

Los autores del trabajo encuentran un 14,4% de pacientes obstetricoginecológicas con dolor después de 48 h, cifra que representa más del doble de los pacientes de traumatología y casi 10 veces los de cirugía. Aunque es difícil de interpretar, pues la muestra de pacientes difiere lógicamente en el

sexo (todas son mujeres en tocoginecología) y también hay diferencias de edad entre los grupos (41 frente a 56 años). Además, parece ser que, cuando los autores comparan parto con postoperatorio de cesáreas, un 30% de los primeros tienen dolor al tercer día frente al 14,3% de los segundos, lo que podría explicar las diferencias entre grupos, en parte achacables al puerperio.

Los pacientes con catéter de analgesia tuvieron unos porcentajes de dolor severo un 50% menores que los que no la recibieron por esta técnica. Estos datos ayudan a explicar, en parte, las diferencias de prevalencia de dolor publicadas por diferentes autores, dependiendo del tratamiento del dolor que se aplique; así, en los hospitales con mayores cifras de uso de catéteres para la analgesia, las cifras de prevalencia de dolor tienden a ser menores, pues la eficacia de estos tratamientos es muy superior a la de la analgesia tradicional.

Los autores encuentran porcentajes de satisfacción significativamente menores en los pacientes que experimentan dolor severo en el postoperatorio. Estos resultados difieren de los publicados por Comley et al⁴, que no encuentran asociación entre satisfacción e intensidad de dolor percibido ni con los grados de alivio. Sí concuerdan con Svensson et al⁵, que encuentran relación negativa entre satisfacción e intensidad del dolor. Por otro lado, parece haber relación entre satisfacción y rapidez de la respuesta en administrar analgesia⁴.

Los autores del artículo encuentran que un 9,4% de los pacientes con dolor severo refieren en la encuesta que recibieron analgesia después de 30 min, frente al 2,5% del total de la muestra, lo que apunta a que, a pesar de tener más dolor, reciben más tarde el alivio. Este hallazgo concuerda con la relación entre satisfacción y rapidez de respuesta encontrada por Comley et al⁴.

Los mayores niveles de satisfacción de los pacientes cuando utilizan técnicas de analgesia que ellos mismos manejan⁶ apuntan a que es la capacidad de autonomía, y no las expectativas, el origen de niveles de satisfacción superiores, aunque la reiterada publicación de altos porcentajes de pacientes con dolor severo que no piden alivio⁷ y el alto porcentaje con dolor severo que expresan estar muy satisfechos con la respuesta⁸ apoyarían la relación entre satisfacción y expectativas.

Creemos que el artículo publicado es interesante en cuanto identifica a los subgrupos del proceso que precisarían una actuación analgésica más intensa, a la vez que detectan aspectos del manejo del dolor susceptibles de mejora. Así, cuando se pregunta a las enfermeras sobre cómo entiende el paciente las instrucciones de la escala analógica visual, sólo el 38,5% declara bien-muy bien, frente al 81,9% de los pacientes que declaran no tener dificultad para entenderla. Esto detecta déficit en el lenguaje entre asistente y asistido.

Por último, queremos invitar a la reflexión: si la mitad de los pacientes con prescripción farmacológica "correcta" tienen niveles de dolor moderado-severo a pesar de medirlo periódicamente, ¿estamos haciendo lo correcto?, ¿qué pensaríamos si la mitad de los pacientes diabéticos mantuvieran cifras de glucemia inaceptables y los hipertensos, cifras altas de tensión o la fiebre sin controlar estando hospitalizados?

El problema de la alta prevalencia de dolor agudo en nuestros hospitales es un problema ético, porque dejar que los pacientes sufran pudiendo evitarlo atenta contra el principio de no maleficencia, máxime cuando todo paciente hospitalizado pierde el principio de autonomía y queda a nuestro cuidado. Pero también es un problema de gestión, en cuanto que es un problema de calidad de asistencia. Dado que no basta con prescripciones farmacológicas "correctas", ya que el tratamiento del dolor debe ser individualizado, debemos incorporar técnicas de control de procesos que aseguren a nuestros pacientes (como compradores de servicios) que tenemos "bajo control" una de sus mayores preocupaciones cuando ingresan en los hospitales para ser operados.

Bibliografía

1. Galí J, Puig C, Carrasco G, Roure C, Andreu C. Experiencia en el tratamiento multidisciplinar del dolor agudo postoperatorio. *Rev Calidad Asistencial*. 2004;19:296-303.
2. American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA*. 1995;274:1874-80.
3. López-Soriano F, Cánovas A, Bernal L, García J, Molina F, Díaz J. Control activo del dolor postoperatorio, mejora del alivio y la satisfacción del paciente. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:669.
4. Comley AI, DeMeyer E. Assessing patient satisfaction with pain management through a continuous quality improvement. *J Pain Symptom Manage*. 2001;21:27-40.
5. Svensson I, Haljamae H, Sjostrom B. Influence of expectations and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management. *Eur J Pain*. 2001;5:125-33.
6. Chumbley GM, May GM, Salmon P. Why do patients feel positive about patient controlled analgesia. *Anaesthesia*. 1999;54:386-9.
7. López-Soriano F, Bernal L, Cánovas A, Lajarín B, Verdú J, Rivas F. Ineficacia de las medidas educativas en el manejo del dolor agudo para disminuir su prevalencia en el hospital y elevar la satisfacción de los pacientes. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18:291-5.
8. López-Soriano F, Bernal L, Cánovas A, Rico J, Iborra M, Pozo P. ¿Qué determina la satisfacción del paciente con el tratamiento del dolor? *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:130.