

Artículo Original

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE DOLOR AGUDO: EFICACIA, SEGURIDAD Y PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN POR PARTE DE LOS PACIENTES. EXPERIENCIA CLÍNICA ALEMANA, SANTIAGO - CHILE

MARÍA ANTONIETA RICO P.*, SUSAN VEITL V.*, DIEGO BUCHUCK G.***, PAMELA VALENTÍN H.***, DANIELA SUBIABRE**, CRISTIÁN MUÑOZ H.** y IRIS DELGADO ***

Resumen

La falta de alivio adecuado del dolor postoperatorio tiene efectos negativos en los resultados de la cirugía y en la satisfacción de los pacientes. Hoy en día el dolor continúa siendo subtratado en muchos lugares del mundo. La incidencia de dolor moderado a severo está entre 30 a 80% de los postoperados. Un programa de dolor agudo (PDA) es muy recomendable en las instituciones y debe basarse en guías clínicas con la mejor evidencia disponible. **Objetivos:** Evaluación del PDA de Clínica Alemana de Santiago con respecto a la eficacia y seguridad del tratamiento del dolor y a las opiniones del paciente sobre su experiencia de dolor y la atención recibida por el equipo de dolor (EDA) y enfermeras. **Material y Métodos:** Revisamos los datos electrónicos de todos los pacientes manejados por el PDA entre diciembre de 2010 y septiembre de 2011 (993 pacientes). También se realizó una encuesta con 9 preguntas a una muestra de 163 pacientes por investigadores ciegos. **Resultados:** El promedio de edad fue $51,4 \pm 18$ años con un 51% de mujeres y 49% hombres. Los pacientes tenían dolor agudo postoperatorio (93%) y dolor agudo no quirúrgico (7%). El promedio de control por el PDA fue de $2,6 \pm 1,19$ días. Las técnicas analgésicas fueron multimodales en todos los casos. La frecuencia de las técnicas utilizadas fue: PCA IV 46%, catéteres peridurales 35% y catéteres perineurales 18%. La morfina fue el opioide más usado (63,8%). Todos los pacientes recibieron de 1 a 3 analgésicos no opioides. En 11% se usó medicación coadyuvante. El promedio de intensidad del dolor registrado el primer día fue de 1,4 en reposo y 3,3 dinámico (escala 0 a 10) y estos valores disminuyeron a 0,86 y 2,5 respectivamente el día del alta del programa. Casi todos los valores estuvieron en el rango de dolor leve (0 a 3). No se presentaron complicaciones en relación a los métodos de analgesia. **Resultados de encuesta:** La gran mayoría de los pacientes asignan gran importancia al control del dolor. El recuerdo de la experiencia de dolor fue 41% para dolor leve (0 a 3), dolor moderado 30% (4 a 6) y dolor severo 29% (7 a 10). Otros síntomas asociados fueron: somnolencia, insomnio y náuseas. Al EDA se le evaluó con nota máxima por la mayoría de los encuestados y más del 90% se sintió cómodo con la técnica analgésica utilizada. Por último, la evaluación promedio de la atención integral del dolor agudo fue de 8,4 (máximo 10). Algunas diferencias se observaron entre el valor del dolor registrado y el recuerdo de la experiencia de dolor y entre los hombres y mujeres en la encuesta de opinión. **Conclusión:** Estos resultados muestran que nuestro PDA es eficiente y seguro en el control de los pacientes con dolor agudo, los cuales están en general muy satisfechos con la atención recibida.

Abstract

Lack of adequate postoperative pain relief has negative effects on patient outcome and satisfaction. Nowadays pain continues being undertreated all over the world. Incidence of moderate to severe pain is

* Anestesiólogo staff Clínica Alemana Santiago /UDD.

** Becado Anestesiología Clínica Alemana /UDD.

***Magister Bioestadística UDD.

between 30 to 80% of postoperative patients. An Acute Pain Program (APP) is strongly recommended in institutions and must be based on clinical guidelines with the best evidence available. **Objectives:** Evaluation of the APP of Clínica Alemana regarding the efficacy and safety of pain management and patients' opinion about their pain experience and care provided by the pain team and nurses. **Methods:** We reviewed the electronic data of all patients treated by the APP between December 2010 and September 2011 (993 patients). Also a group of 163 patients was interviewed with a survey of nine questions by blind investigators. **Results:** Mean age was 51.4 ± 18 years; 51% female and 49% male. Patients had acute postoperative pain (93%) and non-surgical acute pain (7%). The mean stay in APP control was 2.6 ± 1.19 days. Analgesic techniques were multimodal analgesia: iv PCA 46%, epidural catheters 35% and perineural catheters 18%. Morphine was the more used opioid (63.8%). All patients were treated with 1 to 3 non opioid analgesics. Adjuvant medication was used in 11% of the patients. The mean pain intensity registered the first day was 1.4 at rest and 3.3 dynamic (0-10 scale) and these values decreased to 0.86 and 2.5 respectively on the day of discharge. Almost all values were in range of mild pain (0-3). No complications occurred related to analgesia methods. **Survey results:** It is clear that the vast majority of patients assigned great importance to pain control. The memory of the pain experience was 41% mild pain (0-3), 30% moderate pain (4-6) and 29% severe pain (7-10). Other symptoms associated were drowsiness, insomnia and nausea. Team Pain was assessed with the maximum score in quality care by the majority of the respondents and also more than 90% of them were comfortable with the analgesic techniques used. Finally the average assessment received for comprehensive care of acute pain was 8.4 (maximum 10). Some differences were observed between registered pain score and patient's pain memory and between male and women in the opinion survey. **Conclusion:** These results support that our APP is efficient and safe in acute pain patients, who were in general very satisfied with the care provided.

Key words: Postoperative pain, acute pain program, patient opinion survey.

INTRODUCCIÓN

Es ampliamente aceptado que un adecuado alivio del dolor agudo tiene impacto positivo en la recuperación de diversas patologías especialmente las quirúrgicas. Esto se ve reflejado en un menor riesgo de complicaciones asociadas al dolor severo y prolongado (atelectasias, neumonías, isquemia miocárdica, trombosis venosas, etc.), una recuperación funcional precoz y probablemente una reducción de la estadía en el hospital^{1,2}. Hay algunas evidencias respecto al potencial beneficio que tiene un buen control de dolor agudo en la prevención de la cronificación del dolor post quirúrgico³.

El dolor postoperatorio es habitualmente subestimado y muchas veces subtratado. Muchas publicaciones de numerosos países reportan que la incidencia de dolor postoperatorio moderado a severo afecta entre un 30 y 80% de los pacientes; que hay un alto requerimiento de dosis extra de analgésicos y que existe un retardo en la administración de éstos, lo que implica altos niveles de sufrimiento innecesario⁴⁻⁶.

Existe consenso que avala la necesidad de implementar servicios o programas de dolor agudo que respondan a estas necesidades con prácticas basadas en recomendaciones y guías clínicas apoyadas en la mejor evidencia disponible⁷.

Los métodos utilizados dependen del tipo de cirugía, tienen un enfoque multimodal y deben ser adaptados a las necesidades del paciente en particular. Algunas de estas técnicas son: uso de bombas controladas por el paciente (PCA) para opioides y anestésicos locales, bloqueos nerviosos, catéteres epidurales y perineurales, bombas elastoméricas, infusión intravenosa de analgésicos no opioides y uso de coadyuvantes.

El objetivo de todos estos métodos es prevenir y aliviar al máximo el dolor agudo, diagnosticar y minimizar los efectos adversos, disminuir el riesgo de cronificación del dolor y mejorar la satisfacción de los pacientes.

La utilización de estas técnicas no está exenta de riesgos, que aunque excepcionales, pueden ser graves. Ejemplos son: depresión respiratoria por opioides, complicaciones de los catéteres (como hematomas epidurales), hipotensión severa, daño neurológico, etc. Por esta razón, estas técnicas necesitan un adecuado control, monitorización, seguimiento y un manejo interdisciplinario, por lo cual se recomienda tener un programa de control del dolor agudo.

Por otra parte, el buen control del dolor y un oportuno alivio es considerado un importante indicador de calidad de atención en una institución, destacado por la comisión de acreditación JCAHO⁸.

En Clínica Alemana de Santiago, se implementó el año 2007 un Programa de Dolor Agudo (PDA), dependiente del Servicio de Anestesiología. Este programa trabaja en coordinación con enfermería y es responsable del manejo del dolor agudo de causa médica o quirúrgica. Se solicita el ingreso al programa de todos los casos de dolor agudo postoperatorio o de causa no quirúrgica que ameriten usar métodos de analgesia de mayor complejidad y que requieran controles frecuentes.

Con la implementación del PDA se desarrollaron protocolos de registro específicos en la ficha electrónica por lo que disponemos de gran cantidad de información para evaluar los resultados del programa.

OBJETIVOS

1. Evaluar la eficacia, seguridad y complicaciones del manejo del dolor agudo por el PDA a través de la información registrada en la ficha clínica electrónica (FCE).
2. Conocer la opinión de los pacientes atendidos en relación a su experiencia del dolor, los tratamientos aplicados, la opinión sobre ellos, los síntomas adversos y la atención recibida.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio es de tipo analítico observacional y consta de dos partes.

La primera es un análisis de la información contenida en la ficha electrónica correspondiente al universo de pacientes que ingresaron al PDA de Clínica Alemana de Santiago entre diciembre de 2010 y agosto de 2011.

Las variables consignadas fueron:

1. Demográficas (sexo, edad).
2. Patología causante del dolor (quirúrgico o no quirúrgico).
3. Método de analgesia aplicado.
4. Fármacos utilizados.
5. Intensidad del dolor en reposo y en movimiento, mediante el uso de escala numérica verbal de intensidad del dolor entre 0 y 10.
7. Presencia de efectos adversos.
8. Eventuales complicaciones de los métodos analgésicos utilizados.

Los datos fueron solicitados a la Unidad de Estudios de la clínica. Toda la información se analizó de manera anónima y el estudio fue aprobado por

el comité de ética de la Clínica Alemana y de la Universidad del Desarrollo.

La segunda parte del estudio corresponde al diseño y aplicación de un instrumento basado en la encuesta de la American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R 2010)⁹ revisada y adaptada a la realidad asistencial de nuestra institución. La encuesta incluye nueve preguntas acerca de la experiencia del dolor en los días previos, síntomas adversos durante ese período, la opinión acerca de los tratamientos utilizados, la educación recibida en cuanto a escalas de medición del dolor, la calidad y oportunidad de la atención recibida y la evaluación a la atención del equipo del dolor agudo (EDA) (ver encuesta en anexo).

La encuesta se aplicó a 163 pacientes en una entrevista cara a cara el día de salida del PDA por investigadores externos, previa firma de consentimiento informado para participar en el estudio. Los 163 pacientes (19%) corresponden a una muestra seleccionada por oportunidad de entrevista y es representativa del universo total de los 993 pacientes cuyos datos se analizaron en la primera etapa del estudio.

El análisis estadístico incluyó una descripción de frecuencias de valores absolutos y relativos. Para las variables de evaluación o calificación se utilizaron medidas de tendencia central. Para las asociaciones entre variables categóricas se utilizaron tablas de contingencia (χ^2) y entre las variables numéricas y categóricas se utilizó t-tests de muestras independientes. Se consideró significancia estadística un valor de $p < 0,05$. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el software estadístico SPSS versión 19.0.

RESULTADOS

Parte 1. Análisis de la información contenida en la ficha clínica electrónica

Entre diciembre de 2010 y septiembre del año 2011 ingresaron 993 pacientes a control por el PDA. El 51,4% fueron mujeres. El promedio de edad para el total de la muestra fue de $51,4 \pm 18,4$ años. Las mujeres atendidas en promedio fueron casi 4 años mayor que los hombres ($p < 0,001$).

El número promedio de estadía en el PDA es de $2,6 \pm 1,6$ (DE) con un rango de 2 a 19 días y sin diferencias por diagnóstico de ingreso. La distribución según variables demográficas y tipo de diagnóstico para las patologías quirúrgicas y no quirúrgicas se observa en la Tabla 1. Las técnicas analgésicas utilizadas se muestran en la Figura 1.

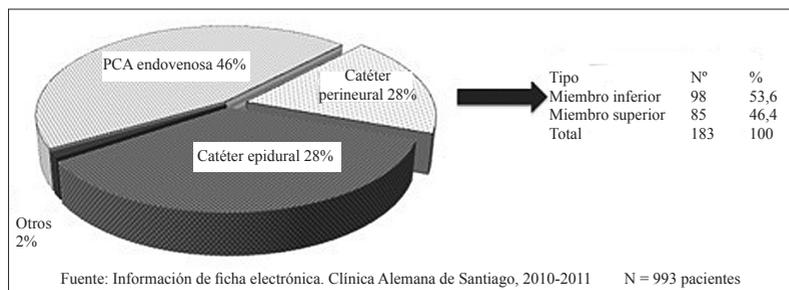


Figura 1. Técnicas de analgesia utilizadas.

Se utilizaron bombas analgésicas de algún tipo en el 91% de los pacientes. En el 40,1% se utilizaron bombas PCA IV, en el 44,3% se utilizaron bombas PCA epidurales y en el 18% bombas elastoméricas para infusión perineural. Un 9% de los pacientes no utilizó ningún tipo de bomba.

La utilización y tipos de opioides usados en la analgesia se resumen en la Figura 2.

En la Tabla 2 se muestran, de mayor a menor la frecuencia de uso, los analgésicos no opioides utilizados al ingreso del paciente al PDA. El total es mayor a 993 ya que el 12,7% de los pacientes

recibió una droga, el 35,3% dos y el 44,6% tres tipos de analgésicos no opioides. Sólo el 5,4% de los pacientes no recibió ningún tipo de fármaco no opioide.

En la Figura 3 se observan las combinaciones de analgésicos no opioides más utilizadas.

El uso de coadyuvantes se registró en 108 pacientes (11%). Con mayor frecuencia se utilizó ansiolíticos (en 48% de los pacientes que recibieron coadyuvantes), luego hipnóticos (20%), anticonvulsivantes (19%) y antidepresivos (11%).

Eficacia en el control del dolor: En el primer

Tabla 1. Distribución porcentual de variables demográficas y diagnósticos popatología y estadía en el programa

Sexo (N, %)	Hombres	483	48,6
	Mujeres	510	51,4
Edad (Promedio; DE)	Hombres	53,4	±17,5
	Mujeres	49,2	±19,1
	Total	51,4	±18,4
Causa de Ingreso PDA (N; %)	Quirúrgicas	923	93,0
	No Quirúrgicas	70	7,0
Patología Quirúrgica (N, %)	Traumatología	500	54,2
	Cirugía General	253	27,4
	Ginecología	85	9,2
	Urología	58	6,3
	ORL	4	0,4
	Sin Información	23	2,5
	Total	923	100,0
	Patología NO Quirúrgica (N, %)	Lumbago	29
Dolor abdominal		8	11,4
Cefalea		6	8,6
Cervicobraquialgia		5	7,1
Otros		22	31,4
Total		70	100,0
Estadía en el PDA días (Promedio ± DE, Rango)	Total	2,6 ±1,6	1-19

Fuente: Información de ficha electrónica. Clínica Alemana de Santiago, 2010-2011. N = 993 pacientes.

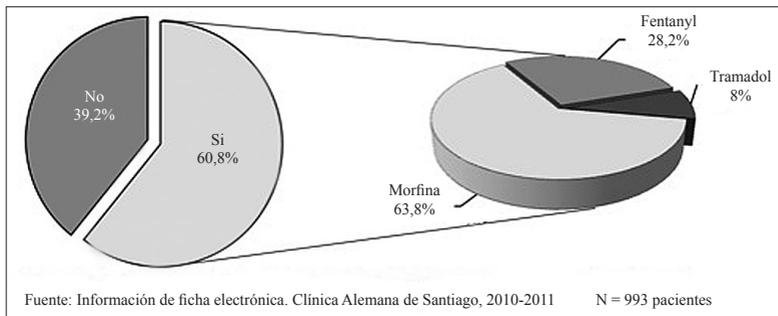


Figura 2. Utilización de opioides.

Tabla 2. Analgésicos no opioides utilizados

Analgésico	n	%
Paracetamol	595	29,1
Ketoprofeno	588	28,8
Dipirona	523	25,6
Ketorolaco	222	10,9
Parecoxib	105	5,1
Celecoxib	9	0,4
Diclofenaco	2	0,1
Total	2.044	100,0

Fuente: Información de ficha electrónica. Clínica Alemana de Santiago, 2010-2011, N = 993 pacientes.

control del paciente la intensidad del dolor en reposo (escala de 0 a 10) fue de $1,4 \pm 1,74$ y en movimiento $3,3 \pm 2,3$. Estos valores disminuyeron significativamente en el control del último día llegando a $0,86 (\pm 1,3)$ y $2,5 (\pm 1,9)$ en reposo y movimiento respectivamente ($p < 0,001$) (Figura 4). Si los valores de intensidad del dolor se agrupan en rangos de dolor leve (valores del 1 a 3), moderado (4 a 7) y severo (8 a 10), los pacientes siempre estuvieron en niveles de dolor leve (Figura 5).

Síntomas de efectos adversos: Se detectó falta de datos en esta sección por subregistro o quizá ausencia del síntomas. Dentro de los datos registrados los síntomas más frecuentes fueron: náuseas en 181 pacientes (20%), sedación en 38 pacientes (5%), vómitos en 34 (5%), prurito en 14

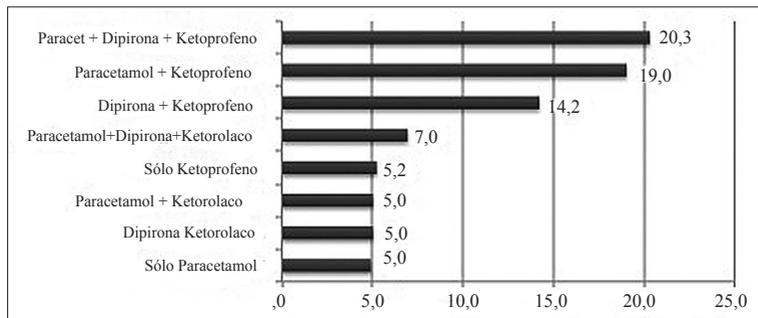


Figura 3. Combinaciones de analgésicos no opioides Utilizados (%).

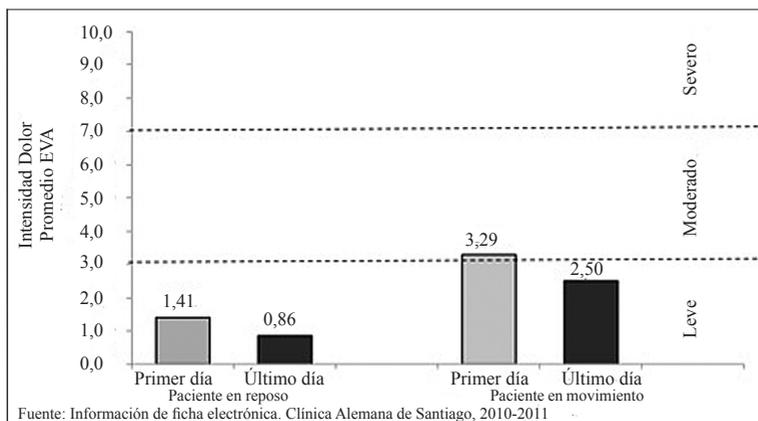


Figura 4. Evolución de la intensidad del dolor entre primer y último día de control (promedios escala numerica verbal de 0 - 10).

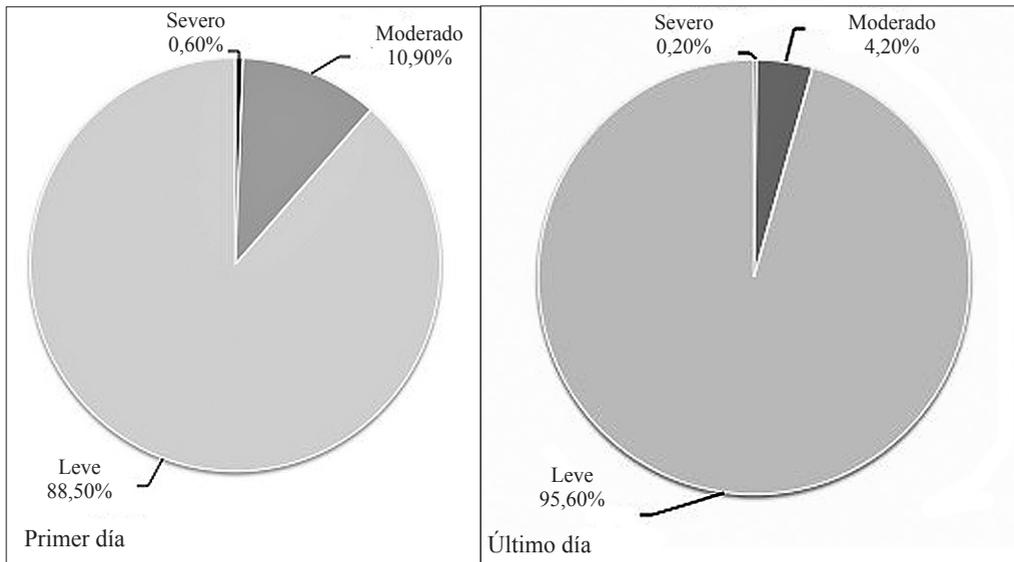


Figura 5. Rango de Dolor Registrado en los Controles (Ficha Electrónica) Leve (0-3) - Moderado (4-6) - Severo (7-10).

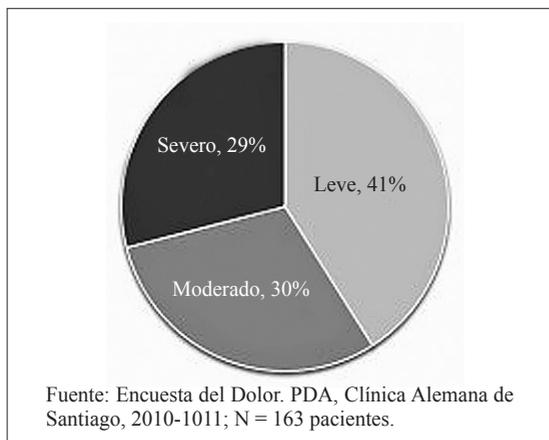


Figura 6. Opinión retrospectiva de los pacientes respecto a los rangos de dolor experimentado. 0-3 = Leve; 4-6 = Moderado; 7-10 = Severo.

(3%), constipación en 42 (6%) y retención urinaria 39 (6%).

No se consignaron complicaciones atribuibles a los métodos de analgesia en ninguno de los 993 pacientes analizados (depresión respiratoria, daño neurológico, hematomas, etc.).

Parte 2. Resultado de la encuesta

La encuesta se aplicó a 163 pacientes, de las cuales un 49,6% fueron mujeres. Un resumen de las respuestas a las nueve preguntas formuladas se presenta en la Tabla 3.

A la pregunta “¿Qué importancia le asigna Ud. al control del dolor post operatorio?”, que se relaciona con las expectativas que tiene el paciente, el 91,4% (149 personas) respondió “la máxima

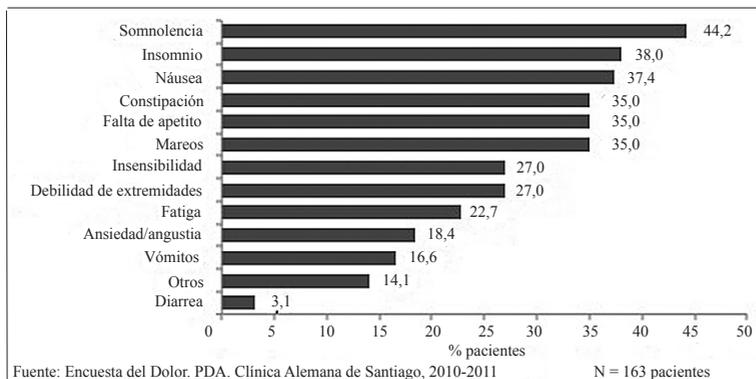


Figura 7. Síntomas recordados por los pacientes en ese período.

Tabla 3. Resumen resultados encuesta a los pacientes

Pregunta	Alternativa	Hombre	Mujer	Total
Importancia que asigna Ud. al alivio del dolor durante su hospitalización (%)	Máxima	96,9	86,2	91,5
	Mediana	3,1	12,3	7,8
	Poca	0	1,5	0,8
Evaluación experiencia del dolor. 0: nada - 10: máximo	Promedio	5,08	4,23	4,65
	Desv. Estándar	3,05	3,1	3,09
Nº de síntomas que tuvo durante su permanencia en PDA (%)	Ninguno	1,6	0	0,8
	Uno	17,2	26,2	21,7
	Dos	12,5	16,9	14,7
	Tres	15,6	15,4	15,5
	Cuatro	7,8	16,9	12,4
	Cinco	15,6	10,8	13,2
	Seis o más	29,7	13,8	21,7
Recibió información de la escala del dolor antes de la cirugía (%)	Sí	82,9	79,1	80,8
	No	17,1	20,9	19,2
Recibió información de la escala del dolor después de la cirugía (%)	Sí	97,7	93,6	95,6
	No	2,3	6,4	4,4
Opinión acerca del uso de la Bomba PCA (%)	Cómodo	96	98	97
	Sencillo	100	100	100
	Útil	93,8	91,5	92,6
	Lo recomendaría	95,7	94	94,8
Evaluación del catéter en relación a: Comodidad, 1: Incomodo - 5: Muy cómodo	Promedio	4	4,4	4,2
	Desv. Estándar	1,4	1,1	1,3
Evaluación del catéter en relación a: Eficacia, 1: Ineficaz - 5: Eficaz	Promedio	4,4	4,5	4,5
	Desv. Estándar	1,2	1,1	1,2
Recomendaría uso de catéter (%)	Sí	64,1	56,9	60,5
	No	4,7	3,1	3,9
¿Solicitó dosis extra de analgesia?	Sí	46,9	38,5	42,6
	No	53,1	61,5	57,4
Respuesta de enfermería cuando solicitó dosis extra de analgesia (%).	Muy rápida	26,7	36	30,9
	Adecuada	56,7	48	52,7
	Lenta	16,7	16	16,4
Evaluación de la atención por equipo del dolor 1: Muy mal - 10 Muy buena	Promedio	8,1	8,7	8,4
	Desv. Estándar	2,5	1,7	2,2

n = 163 pacientes

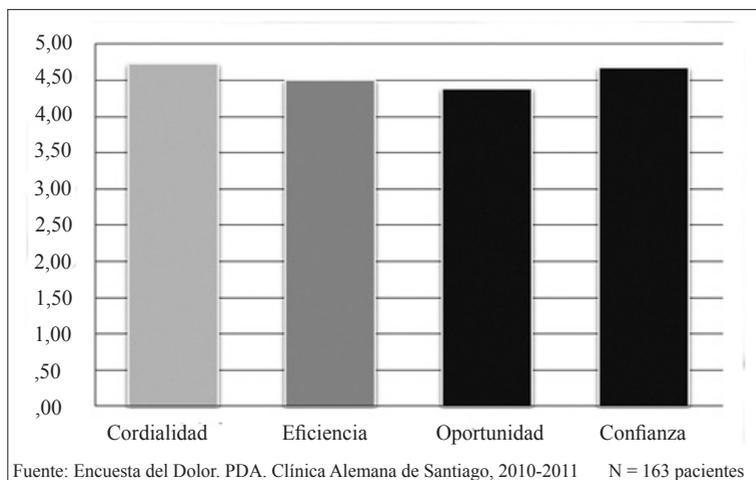


Figura 8. Calificación a la atención del equipo del dolor en atributos: cordialidad, eficiencia, oportunidad, confianza. (0 Peor - 5 Mejor).

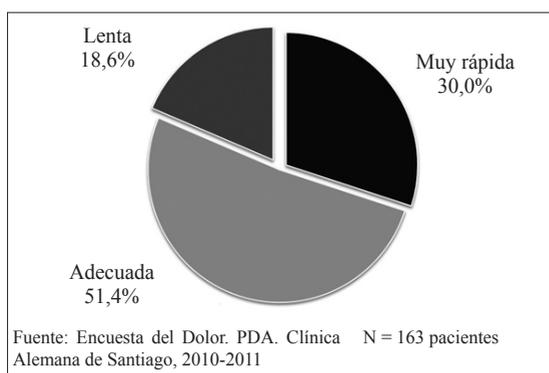


Figura 9. Respuesta de enfermería a la solicitud de analgesia extra o “Rescates” (%).

importancia”. Trece pacientes (8%) le asignaron “mediana importancia” y solamente un paciente respondió “mínima importancia”. Aunque la diferencia no es significativa, hay una clara tendencia a que las mujeres otorguen una mayor importancia a este ítem.

En la segunda pregunta del cuestionario, se le solicitó al paciente que evaluara su experiencia con respecto al dolor. “¿Con qué nota, de 0 a 10, calificaría Ud. su experiencia de dolor durante el periodo?” (Escala numérica, donde 0 es lo mejor y 10 lo peor). El valor promedio de las respuesta fue de $4,7 \pm 3,2$ (DE), el cual fue levemente mayor en las mujeres que en los hombres (5,1 y 4,2 respectivamente), pero no significativo.

Con fines de análisis se clasificó esta evaluación numérica en tres categorías: dolor leve (valores de 0 a 3); moderado (4 a 6) y severo (7 a 10). El 41% de los pacientes refirió dolor en rango leve, 30% en rango moderado y 29% en rango intenso (Figura 6).

En la pregunta sobre el “**número de síntomas que tuvo durante su permanencia en el programa**”, sólo un paciente no tuvo ningún síntoma. Treinta y cinco pacientes (21,5%) tuvieron 1 síntoma y 55 (33%) dice haber tenido más de 5 síntomas. Una persona informó haber tenido 12 de los 13 síntomas explorados. Se destaca con mayor frecuencia la somnolencia (44,2%), el insomnio (38,0%) y las náuseas (37,4). En la Figura 7 se observa la distribución porcentual de mayor a menor frecuencia de todos los síntomas.

En una escala de 0 a 5, se les solicitó a los pacientes que “**califiquen la atención recibida por el equipo del dolor agudo**” en los atributos de cordialidad, eficiencia, oportunidad y confianza (0 es la peor evaluación y 5 es la mejor). En todos los atributos a lo menos el 70% de los pacientes calificó la atención recibida con la nota máxima de 5 (Figura 8).

La encuesta explora también acerca de la educación entregada al paciente sobre el uso de la escala de evaluación del dolor antes y después de la cirugía. El 77% de los pacientes manifiesta haber recibido la información antes de la cirugía. Este porcentaje aumenta al 95% después de la cirugía.

Al grupo de pacientes que usó bombas PCA se les preguntó acerca de la **comodidad, sencillez y utilidad** del uso de ellas. El 96% las calificó como cómodas, el 99,2% como sencillas, el 90,1% útiles y el 95% manifestó que las recomendaría a otros pacientes. Complementariamente, el 94,9% de los pacientes que usaron catéter recomendaría su uso.

La opinión de los pacientes en relación a “**la atención de enfermería cuando solicitó dosis extra de analgésicos**” es en general favorable. El 67% de los pacientes no necesitó analgesia de rescate. La apreciación de los pacientes sobre la

oportunidad de la atención cuando solicitaron dosis extra está expresada en la Figura 9.

DISCUSIÓN

La medicina basada en la evidencia y las guías clínicas de manejo del dolor agudo recomiendan la evaluación y reevaluación frecuente de la intensidad del dolor, el uso de la analgesia multimodal, la analgesia con morfina en bombas PCA (patient controlled analgesia), la realización de bloqueos nerviosos, la instalación de catéteres epidurales y perineurales y una política institucional a través de la creación de un PDA¹⁰⁻¹².

Se aprecia que la atención otorgada por este PDA, cumple en gran medida las recomendaciones actualmente aceptadas.

Como en este grupo hay una alta proporción de dolor postoperatorio por cirugía traumatológica, las técnicas regionales son usadas con alta frecuencia (51%) y los promedios de estadía en el programa son cortos (2,5 días) pues este tipo de cirugía es de corta estadía hospitalaria.

Respecto a la eficacia en el control del dolor, las guías clínicas recomiendan que los niveles de dolor en el paciente hospitalizado no excedan un valor de 3 a 4 (escala verbal de 0 a 10) o estar en el rango de dolor leve¹³⁻¹⁴.

El análisis de nuestros resultados muestra que los niveles de dolor reportados están en niveles de dolor leve (valores de 1 a 3) en la mayoría de los pacientes durante el primer día del postoperatorio y también en el último día. Muy excepcionalmente se consigna dolor severo (valores de 7 a 10); sólo en el 0,6% de los pacientes durante el primer día y en el 0,2% en el último día. Esto se traduce en un buen indicador de calidad del programa en cuanto a la eficacia en el control del dolor.

Se debe agregar que nuestra institución tiene un indicador de calidad que exige evaluaciones de dolor menor a 5 durante la primera hora del postoperatorio en la unidad de recuperación. El cumplimiento actual de este indicador es del 60% (datos de la Unidad de Calidad de la institución).

No obstante, se aprecian diferencias entre la intensidad del dolor registrado en los controles por el equipo de PDA en la ficha clínica electrónica y la opinión retrospectiva de los pacientes en relación al dolor que recuerdan haber experimentado. La explicación de esta diferencia puede ser porque la experiencia del dolor es multifactorial y hay otras fuentes de malestar que influyen en la opinión retrospectiva de los pacientes respecto al dolor experimentado. También puede ser que si se contara

con más datos relacionados con la intensidad de dolor consignados en la FCE en distintos momentos del postoperatorio, quizás habría variaciones en los resultados obtenidos.

En cuanto a otros síntomas y efectos adversos aparece una importante diferencia entre lo consignado por los médicos en la ficha clínica electrónica y lo reportado retrospectivamente por los pacientes en la encuesta. Esto puede interpretarse como una subvaloración de los síntomas por el paciente en el momento del control o un sub registro por parte del equipo. Evidentemente la exploración y consignación de otros síntomas hay que mejorarla en el futuro para acercarnos a la realidad en este ítem.

Los pacientes asignaron en general una alta importancia al manejo del dolor postoperatorio, especialmente las pacientes del sexo femenino. Asimismo ellas reportaron niveles de dolor promedio más altos que los hombres no siendo la diferencia estadísticamente significativa en este grupo de 163 pacientes. Probablemente sería necesaria una muestra mayor para apoyar el concepto que las mujeres y hombres tienen diferencias en cuanto a la percepción y umbral del dolor¹⁵.

El alto nivel de educación en cuanto al uso de la escala de medición del dolor podría todavía mejorar más, aunque un eventual sesgo de memoria en los pacientes no puede descartarse.

Respecto a la apreciación de los pacientes de la atención recibida por el equipo de dolor agudo, la valoración máxima fue sobre un 70%, concordante con el buen control del dolor que se obtuvo y las características de eficiencia, cordialidad y confianza valoradas con nota cercana al máximo; probablemente en este aspecto hay un techo para mejorar y optimizar este resultado. Se debe señalar que existen otras publicaciones que, mostrando niveles de control de dolor sub óptimos, obtienen también una positiva valoración de los pacientes respecto a la atención recibida. Esto puede interpretarse como que la opinión de los pacientes depende de otras variables además del alivio del dolor, siendo su bienestar producto de muchos factores, como sentir atención y dedicación por parte del equipo tratante. Esto resulta en una buena valoración del mismo¹⁶. La satisfacción representa al menos en teoría una valoración positiva del cuidado recibido, influido por las creencias y expectativas de cada paciente.

Tampoco se puede olvidar que una encuesta aplicada a pacientes en medio de su hospitalización tiene algunos sesgos derivados de la fragilidad y dependencia en que se encuentran al momento de la misma y pueden inclinarse por no castigar con su evaluación a las personas de las que de algún modo aún dependen¹⁷. La medición de la satisfacción

del paciente hoy en día es considerada uno de los objetivos prioritarios de la práctica médica y cada vez más se está avanzando en explorar como perciben y valoran los pacientes la atención recibida.

Se debe considerar que nuestro estudio fue hecho en un solo centro con ciertas características de la población atendida, así como el tipo de cirugía practicada y el nivel de desarrollo de la especialidad de anestesiología. Esto puede influir en que los resultados puedan no ser extrapolables a otros centros del país.

Este estudio nos parece que contribuye a llamar la atención sobre la importancia de un buen manejo del dolor agudo y a reforzar el concepto de que el control del dolor es un derecho del paciente¹⁸ que debe estar asegurado por políticas institucionales y

llevarse a cabo con la mejor evidencia disponible, buscando la eficacia, seguridad y satisfacción del paciente como objetivos principales.

CONCLUSIÓN

Una primera evaluación del trabajo desarrollado por el PDA de Clínica Alemana de Santiago/ Universidad del Desarrollo en un grupo de más de 900 pacientes, muestra una práctica de acuerdo a las recomendaciones actualmente validadas en las guías clínicas, con un efectivo control del dolor, razonable seguridad en los métodos utilizados, ausencia de complicaciones y una muy buena valoración de los pacientes acerca de la atención recibida.

REFERENCIAS

1. Reuben S, Asokumar Buvanendran. The role of preventive multimodal analgesia and impact on patient outcome. En Sinatra R, de Leon-Cassasola O, Viscusi E et al, Acute Pain Management, Cambridge University Press published April 2009. Chapter 12:172-187. ISBN 9780521874915.
2. Rawal N, et al. Analgesia technique and postoperative morbidity. *Eur J Anaesthesiology* 1995; 20: S 8 5. 2012; 116: 248-273.
3. Macintyre P, Scott D, Schug S, et al. Progression of Acute to Chronic Pain. *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. Australian and New Zealand College of Anaesthetists Second Edition 2005, cap.1 (10-12).
4. Valentín López B, García Caballero J. Atención del dolor post operatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a implantación de un programa de calidad. *Rev Anestesiol Reanim* 2006; 53: 408-418.
5. Lorentzen V, Hermansen IL, Botti M. A prospective analysis of pain experience, beliefs and attitudes, and pain management of a cohort of Danish surgical patients. *Eur J Pain*. 2012 Feb;16(2): 278-288.
6. Apfelbaum J, Chen C, Mehta S, et al. Postoperative Pain Experience: Results from a National Survey Suggest Postoperative Pain Continues to be Undermanaged. *Anesth Analg* 2003; 97: 534-540.
7. Rawal N. Organization, Function, and Implementation of Acute Pain Service. *Anesthesiology Clin of North Am* 2005; (23): 211-225.
8. Facts about Pain Management. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. 2013. Acceso en agosto de 2013 en: www.jointcommission.org/assets/1/18/Pain_Management1.PDF
9. Gordon D, Polomano R, Pellino T, et al. Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R) for Quality Improvement of Pain Management in Hospitalized Adults: Preliminary Psychometric Evaluation. *The Journal of Pain*. November 2010, Vol 11, número 11: pp 1172-1186.
10. Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Settings. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology* 2004; 100: 1573-1581.
11. Recomendaciones para el Manejo del Dolor Agudo en dolor postoperatorio en adultos. Sociedad de Anestesiología de Chile. Publicado agosto y septiembre 2012. Acceso en abril 2013 en http://www.sachile.cl/medicos/recomendaciones/postoperatorio_adultos
12. American Pain Society Recommendations for Improving the Quality of Acute and Cancer Pain Management. American Pain Society Quality of Care Task Force. Gordon DB, Dalh J, Miaskowski C. *Arch Intern Med* 2005; Jul 25; (14): 1574-1580.
13. Gallego J, Rodríguez de la Torre M, Vázquez-Guerrero J, et al. 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.
14. Apfelbaum J, Chen C, Mehta S, et al. Postoperative Pain Experience: Results from a National Survey Suggest Postoperative Pain Continues to Be Undermanaged. *Anesth Analg* 2003; 97: 534-540.
15. Ruau D, Liu L, Clark D. Sex Differences in Reported Pain Across 11.000 Patients Captured in Electronic Medical Records. *The Journal of Pain* 2012; 13: 228-234.
16. 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: 5-11.
17. Carlson J, Youngblood C, Dalton JA, et al. Is patient satisfaction a legitimate outcome of pain management? *J Pain Symptom Manage* 2003; 25: 264-275.
18. Brennan F, Cousins M. Pain Relief as a Human Right. *Pain: Clinical Updates*. International Association for the Study of Pain. September 2004. (Acceso en julio de 2013 en <http://www.iasp-pain.org/AM/AMTtemplate.m?Secn=HOME,HOME&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=7636&SECTION=HOME,HOME>)

ANEXO

Encuesta a Pacientes

1.- ¿Qué importancia le asigna usted al alivio del dolor durante su hospitalización? (Marcar con una cruz la opción elegida):

La máxima _____ Mediana _____ Poca _____ Ninguna _____

2.- Con qué nota calificaría usted su experiencia en cuanto al dolor durante su hospitalización, donde 0 es nada de dolor y 10 el peor dolor que puede imaginar (Marcar con una cruz la opción elegida):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.- Pensando en otras molestias distintas al dolor, por favor indique si tuvo alguno de los siguientes síntomas durante estos últimos días:

Náuseas	Insensibilidad
Somnolencia	Falta de apetito
Vómitos	Constipación
Insomnio	Diarrea
Fatiga	Ansiedad / angustia
Mareos	Ninguno
Debilidad de extremidades	Otros: Especifique

4.- Por favor, para cada uno de los siguientes atributos, evalúe la atención recibida por el equipo del dolor (1 indica muy malo y 5 la mejor):

Atributo	1	2	3	4	5
Cordialidad					
Eficiencia					
Oportunidad					
Confianza					

5.- ¿Recibió información acerca del uso de la escala de 0 a 10 para medir el dolor?:

Antes de la Cirugía Si _____ No _____

Después de la Cirugía Si _____ No _____

En ningún momento _____

6.- Si en su caso se utilizó una bomba PCA (analgesia controlada por Ud. mismo) para el alivio del dolor, como calificaría su uso:

Cómodo _____ Incómodo _____
 Sencillo _____ Complicado _____
 Útil _____ Inútil _____ Indiferente _____
 Lo recomendaría: Si _____ No _____

7.- ¿Se utilizó en su caso un catéter para la analgesia (ya sea epidural o nervioso)?

Si _____ No _____ Sí la respuesta es Sí

Lo recomendaría? Si _____ No _____

Por favor evalúe de 1 a 5 los atributos de comodidad y eficacia (1 es mínimo y 10 máximo):

Atributo	1	2	3	4	5
Cómodo					
Eficaz					

8.- Como fue la respuesta de Enfermería cuando usted solicitó dosis extra de analgesia:

Muy rápida: _____ Adecuada: _____ Lenta: _____ No la solicitó:

9.- Como evaluaría la atención a su dolor durante su hospitalización.

(Donde: 1 es lo peor y 10 lo mejor)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muchas gracias

Correspondencia a:
Dra. Susan Veitl V.
susan.veitl@gmail.com