

¿Nos entendemos con nuestros pacientes cuando hablamos de dolor?

M. C. López Fresneña, M. T. Valle Vicente, D. García Rodríguez, M. T. Zazo León y N. Palmero Hernández

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

RESUMEN

Introducción: Diferentes estudios han demostrado que la comunicación eficaz con los pacientes tiene efectos beneficiosos en el manejo del dolor agudo postoperatorio. La utilización de métodos sencillos de valoración del dolor es de gran utilidad para su control. La práctica diaria, sin embargo muestra cómo los pacientes no están adecuadamente informados de dichos métodos.

Objetivo: Valorar el impacto de la información de la escala verbal numérica del dolor en el registro del dolor agudo postoperatorio a la llegada del paciente a la unidad y hasta el 7º día del postoperatorio.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo, observacional, incluyendo a 118 pacientes. A su llegada a la unidad todos ellos fueron informados de la metodología de valoración del dolor agudo postoperatorio mediante la escala numérica del dolor y se les explicó cuáles iban a ser los diferentes momentos de valoración durante el periodo de estudio.

Se registró el grado de dolor en los siguientes tiempos: previo a la cirugía después de la información, al ingreso en la URPA tras la intervención, a los 30 minutos, al traslado a la Unidad de Adaptación al Medio, al alta, a las 24 horas y a la semana de la cirugía.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, país de origen, dificultad en la comunicación, cirugía realizada y técnica anestésica.

El análisis se ha realizado con el programa estadístico SPSS 12.0. Las variables cualitativas se expresan con porcentajes y las numéricas se han descrito mediante la mediana y los percentiles.

Resultados: Se estudiaron un total de 118 pacientes. Presentaban dificultad media-alta para la comunicación el 14,39%. Por procedimientos la mayoría corresponde a cirugía traumatólogica (45,8%) y estomatología (27,1%). Destacar el mayor dolor expresado previo a la cirugía en los procedimientos de Ciru-

gía General y Traumatología. En Estomatología los pacientes expresan mayor dolor que en el resto de cirugías desde los treinta minutos tras la cirugía. A las 24 horas sólo un 4,4% presentaban dolor superior o igual a 6 en la escala numérica y a los 7 días ese porcentaje era inferior al 1%.

Conclusiones: El principal hallazgo de este estudio es que la gran mayoría de los pacientes han sido capaces de describir el grado del dolor mediante la escala numérica del dolor en los diferentes periodos analizados. Un porcentaje limitado ha presentado problemas de comunicación por falta de entendimiento del idioma. A partir de este estudio nuestros esfuerzos irán encaminados a conseguir un lenguaje común y entendible para los pacientes, mediante explicaciones en el preoperatorio para poder manejar el dolor, sobre todo en el domicilio, ya que hemos detectado que es a las 24 horas de la cirugía cuando presentan más dolor.

Palabras clave: Dolor postoperatorio. Cirugía ambulatoria. Escala numérica. Enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Several studies have demonstrated that effective communication with patients is useful in the management of acute postoperative pain (APP). The use of simple methods to evaluate pain is of great help in controlling it. However, daily practice shows us that patients are usually not properly informed about these methods.

Objective: To evaluate the impact of information regarding the numeric scale of pain in the perception of APP starting at the arrival of the patient in the Unit and up until the 7th postoperative day.

Material and methods: A prospective and observational study was undertaken. It included 118 consecutive voluntary patients undergoing ambulatory surgery. At their arrival in the Unit, the patients were informed of the methodology of APP evaluation, using a numeric scale of pain, and of the different times this evaluation would be measured.

The intensity of pain was registered in the following periods: prior to surgery (after information), at admission in the PARU (Post Anaesthetic Recovery Unit), after 30 minutes, after transfer to the Recovery Unit, at discharge, after 24 hours, and finally, one week after surgery.

Recibido: marzo de 2008.

Aceptado: mayo de 2008.

Correspondencia: M. T. Valle Vicente. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. C/ Doctor Esquerdo, 46. 28007 Madrid. e-mail: mvallevicente@hotmail.com

The following variables were determined: age, sex, home country, communication difficulties, type of surgery and anaesthetic technique.

The analysis was made using the SPSS 12.0 statistic software. Qualitative variables were expressed in percentages, and the quantitative variables were described using the median and percentages.

Results: A total of 118 patients were studied. Communication difficulties were present in 14.39% of them. The most frequent surgical procedures were orthopaedic (45.8%) and stomatologic (27.1%). It is interesting to note that postoperative pain was more intense in patients programmed for general and orthopaedic surgery. Stomatology patients expressed more pain than the rest of surgeries thirty minutes after the operation. After 24 hours, only 4.4% presented pain that was equal to or more than 6 in the numerical scale. After 7 days, this was less than 1%.

Conclusion: The main finding in this study is that most patients were able to describe pain intensity using a numeric pain scale at the different moments analysed. A limited percentage presented communication problems due to a lack of language knowledge. Our efforts, beyond this study, will aim to develop a common and understandable language for the patients, using explanations in the preoperative period to manage pain, especially at home, because we have detected that the most intense pain appears 24 hours after surgery.

Key words: Postoperative pain. Ambulatory surgery. Numeric scale. Nurse care.

López Fresneña MC, Valle Vicente MT, García Rodríguez D, Zazo León MT, Palmero Hernández N. ¿Nos entendemos con nuestros pacientes cuando hablamos de dolor? *Cir May Amb 2008; 13: 110-114.*

INTRODUCCIÓN

Los avances en cirugía y anestesia durante las últimas décadas han hecho posible la implantación en los hospitales de los servicios de cirugía sin ingreso. Se trata de una fórmula que apuesta por un modelo asistencial que garantiza la atención a los pacientes de una forma segura, eficiente y eficaz. Este método permite la utilización racional de los recursos sanitarios por lo que ha sido impulsado desde los sistemas de gestión de las autoridades sanitarias. Además, se trata de un procedimiento que aumenta tanto la calidad asistencial como la satisfacción del paciente y el equipo de profesionales.

El grado de complejidad se ha incrementado en las diferentes especialidades quirúrgicas por lo que el control eficaz del dolor postoperatorio se ha convertido en el principal objetivo de los profesionales que trabajan en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) (1-5). Para conseguirlo se hace necesaria la participación de todos los profesionales que se encuentran inmersos en el proceso asistencial.

En la actualidad disponemos de medios suficientes para minimizar el grado de dolor provocado por la ciru-

gía, sin embargo, diferentes estudios muestran todavía un porcentaje de pacientes con un control deficiente. Así, el dolor postoperatorio es la causa más frecuente de ingreso hospitalario que, además de aumentar los costes, disminuye la satisfacción del usuario. El reto será, por lo tanto, conseguir una analgesia postoperatoria óptima al alta y en las primeras 24-48 horas.

En las unidades de CMA es necesario establecer un sistema de comunicación adecuado, aceptado y compartido por todos (paciente, familia y equipo asistencial) que rompa barreras en lo que al lenguaje sobre el dolor se refiere (6). Todos los integrantes del equipo deben comunicarse y entenderse cuando hablan de dolor. Pero, ¿nos entendemos con nuestros pacientes cuando hablamos de dolor?

Responder la pregunta no es tarea fácil y constituye el objetivo del presente estudio.

OBJETIVO

Valorar el impacto de la información de la escala numérica del dolor en el registro del dolor agudo postoperatorio a la llegada del paciente a la unidad y hasta el 7º día del postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en el que se evalúa el grado de dolor subjetivo de los pacientes intervenidos en CMA de nuestro Hospital. Se diseñó hoja de recogida de datos específica que fue cumplimentada por personal de enfermería. Se cuantificó el grado de dolor percibido por los pacientes en distintos momentos: previo a la cirugía, al alta, a los 30 minutos, al día siguiente y a los 7 días. Tras el alta del paciente se utilizó entrevista telefónica realizada también por personal de enfermería. Se ha utilizado como instrumento de evaluación del dolor la escala numérica de percepción, con valores comprendidos entre 0 (ausencia total de dolor) y 10 (máximo dolor imaginable). Se recogieron además las siguientes variables: edad, sexo, país de origen, dificultad en la comunicación, tipo de procedimiento quirúrgico y tipo de anestesia.

Se utilizó la mediana y los percentiles 25 y 75 para describir las variables cuantitativas. Se utilizaron porcentajes para describir las variables cualitativas. Los datos se han analizado con el paquete estadístico SPSS 12.0.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 118 pacientes; en la tabla I se muestran los resultados demográficos (sexo, edad), dificultad en la comunicación y país de origen.

TABLA I

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS

Pacientes estudiados	
Sexo	
Hombre	75 (63,6%)
Mujer	43 (36,4%)
Total	118 (100%)
Edad media	
Hombre	39,1 años (DE 15,9)
Mujer	43,6 años (DE 18,9)
Total	41,9 años (DE 17,9)
Dificultad de comunicación	
Alta	2 (1,69%)
Media	15 (12,7%)
No	101 (85,6%)
País de origen	
España	104 (88,1%)
Ecuador	5 (4,2%)
Brasil	3 (2,5%)
Colombia	1 (0,8%)
Perú	3 (2,5%)
Rumanía	2 (1,7%)

La distribución de procedimientos se muestra en la figura 1 y el tipo de técnica anestésica en la tabla II.

En la figura 2 se representa un *box-plot* o gráfico de cajas en el que figura la mediana del dolor posquirúrgico expresado por los pacientes (línea naranja), con su percentil 25 y 75 (extremos inferior y superior respectivamente), en cada momento de la evaluación: previo a la cirugía, al ingreso en la unidad de adaptación al medio, a los treinta minutos, durante el traslado desde la cama al sillón, al alta, a las 24 horas de la cirugía, y a los siete días de la misma. Los valores extremos o alejados se representan por círculos o asterisco, y el número adjunto representa el número de identificación del paciente en la base de datos.

TABLA II

TIPO DE ANESTESIA

	Frecuencia	Porcentaje
General	56	47,5
Local	56	47,5
Regional	6	5,1
Total	118	100

La mediana del dolor previo a la cirugía y al ingreso en la unidad de adaptación al medio es 0 (el 50% de los pacientes expresaron dolor 0). A los treinta minutos y al alta la mediana del dolor percibido fue de 1. Al día siguiente la mediana fue 2, y a la semana fue de 1. Hubo pacientes que expresaron valores anormalmente alejados: 3 al ingreso en la unidad de adaptación al me-

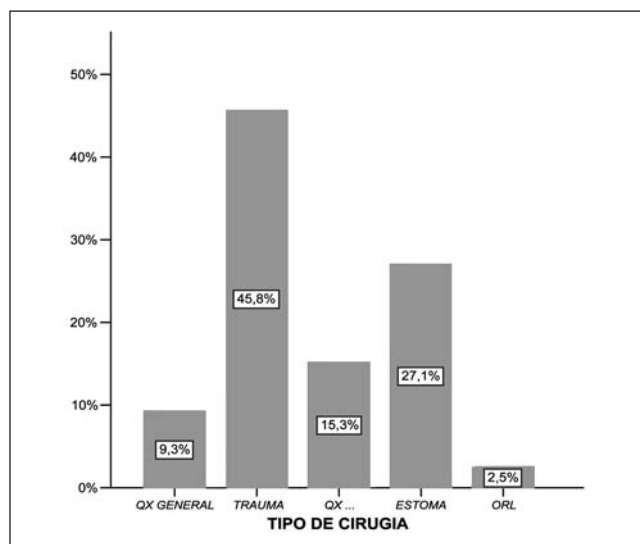


Fig. 1. Tipo de procedimiento.

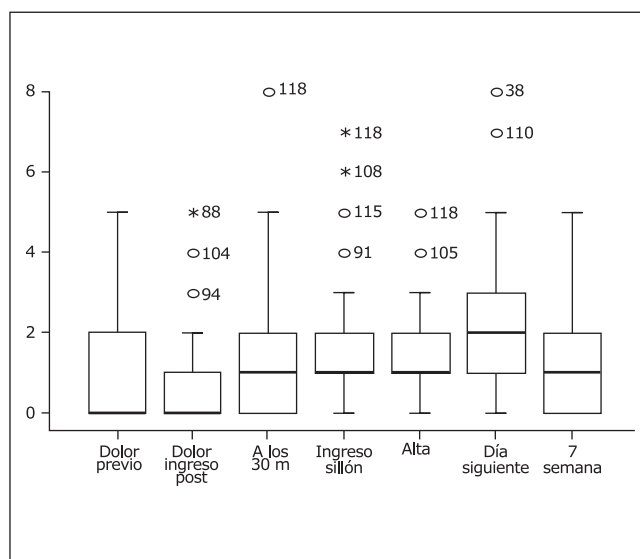


Fig. 2. Diagrama de caja

dio, 1 a los treinta minutos, 4 durante el traslado cama sillón, 2 al alta, y 2 al día siguiente. La tabla III representa los recuentos y porcentajes del grado de dolor expresado en los distintos momentos de evaluación.

La figura 3 representa la mediana del dolor en función del tipo de cirugía. Destaca el mayor dolor expresado previo a la cirugía en los procedimientos de Cirugía General y Traumatología. En Estomatología los pacientes expresan mayor dolor que en el resto de cirugías desde los treinta minutos tras la cirugía. En los procedimientos de ORL destaca la mediana al día siguiente de la cirugía que llega hasta 4, aunque hay que tener en cuenta que solamente se recogieron tres pacientes.

TABLA III

RECuento Y PORCENTAJE DEL GRADO DE DOLOR (ESCALA DE 0 A 10) EN LOS DISTINTOS TIEMPOS EVALUADOS

	Previo a la cirugía		Ingreso tras cirugía		A los 30 m		Traslado cama sillón		Alta		A las 24 horas		A los 7 días	
	Nº ptes.	%	Nº ptes.	%	Nº ptes.	%	Nº ptes.	%	Nº ptes.	%	Nº ptes.	%	Nº ptes.	%
0	68	58	71	60	38	32	27	22,9	29	24,6	21	18,4	44	38,9
1	11	9,3	15	13	30	25	36	30,5	42	35,6	24	21,1	21	18,6
2	28	24	15	13	22	19	28	23,7	31	26,3	29	25,4	22	19,5
3	8	6,8	9	7,6	18	15	13	11	11	9,3	15	13,2	16	14,2
4	2	1,7	4	3,4	4	3,4	8	6,8	3	2,5	13	11,4	7	6,2
5	1	0,8	4	3,4	5	4,2	4	3,4	2	1,7	7	6,1	2	1,8
6							1	0,8					1	0,9
7							1	0,8			3	2,6		
8					1	0,8					2	1,8		

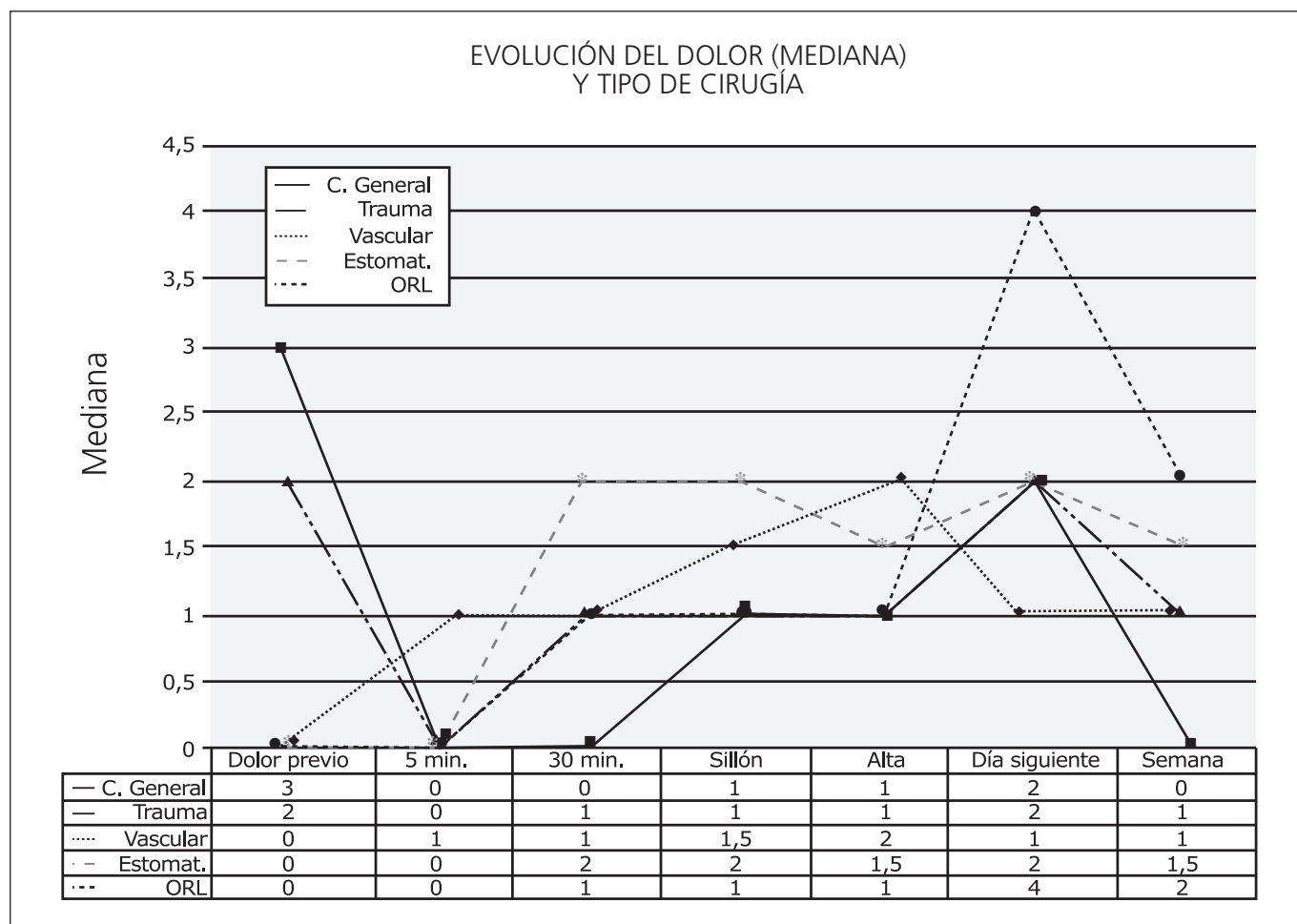


Fig. 3. Mediana de dolor expresado y su evolución en función del tipo de procedimiento.

DISCUSIÓN

El alivio del dolor ha sido probablemente una preocupación de la humanidad desde el principio de los tiempos, aunque ha sido en los últimos años cuando los

profesionales han dedicado los máximos esfuerzos en su investigación y control.

El dolor es una experiencia humana universal y constituye el motivo más frecuente para solicitar cuidados de salud. La reducción del dolor contribuye sig-

nificativamente al bienestar físico y emocional del paciente y es la persona que lo sufre quien posee la autoridad, es decir, sólo el paciente podrá hacer una valoración final del dolor y de los métodos de control del mismo.

Según McCaffery (6) “el dolor es lo que cualquier persona que lo experimenta dice que es, existe siempre que la persona que lo experimenta dice que existe”. De esta definición se deduce que la sensación dolorosa es subjetiva y no puede ser medida por nadie excepto por la persona que sufre el dolor. Por esta causa se han desarrollado diversas investigaciones en la búsqueda de instrumentos de valoración que ayuden al paciente a comunicar información sobre la sensación de dolor. Pese a ello muchos pacientes no son capaces de comunicar el grado de dolor que padecen. El papel de la enfermera se plantea como el vínculo clave en la facilitación de la comunicación entre el paciente, la familia y el equipo asistencial (7). La enfermería como profesión contribuye de manera inequívoca en el cuidado de los pacientes con dolor ya que es el profesional que más tiempo pasa con el paciente.

No se puede olvidar que el paciente intervenido en una unidad de CMA, y en ausencia de complicaciones, se traslada a su domicilio horas después de la realización de la intervención quirúrgica. Los pacientes disponen de un servicio telefónico atendido por un profesional de enfermería que se encuentra a su disposición durante las 24 horas para que estos puedan resolver cualquier problema relacionado con su proceso quirúrgico (7). La comunicación no verbal queda eliminada de este proceso, también en lo que se refiere al dolor como pueden ser las expresiones gestuales por lo que se hace necesaria la utilización de una herramienta útil para valorar el dolor de manera correcta.

Es indiscutible que la persona experimenta el dolor es la única que conoce su intensidad. Este es un paso del proceso de valoración que tiene un objetivo: trasladar la intensidad que describe el paciente a números o palabras. De esta manera, algo subjetivo como es el dolor puede convertirse en algo objetivo y susceptible de ser medido (2-4).

El cuidado de los pacientes implica un planteamiento sistemático y científico. El proceso de Enfermería permite a la enfermera poder proporcionar unos cuidados eficaces y seguros a los pacientes con dolor. Es este profesional el que recoge los datos, identifica el problema, planifica, ejecuta y hace las modificaciones apro-

piadas basándose en su evaluación. A este modo de proceder y solucionar problemas se le conoce como proceso de atención de enfermería (6).

Según los resultados de nuestro estudio los pacientes expresan un grado de dolor percibido leve a moderado tras cirugía ambulatoria. El dolor expresado es mayor a las 24 horas de la cirugía que durante el ingreso hospitalario y sigue presente a los siete días en su domicilio en un porcentaje importante de casos.

El dolor es una variable subjetiva, por lo que, a pesar de que la mayoría de los pacientes cuantifican su dolor de 0 a 3, hay pacientes que lo llegan a situar hasta 8, sobre todo a las 24 horas de la cirugía. Sin embargo, llama la atención de nuestro estudio que a las 24 horas sólo un 4,4% de pacientes presentan dolor severo (EVA > 6), porcentaje muy inferior a los expresados en otros estudios.

La valoración del dolor posquirúrgico contribuye en primer lugar a conocer y cuantificar el dolor percibido por los pacientes, lo cual favorece un mejor control analgésico del mismo. Sería conveniente la aplicación de protocolos o vías clínicas estandarizadas que evaluaran el grado de dolor autopercebido por el paciente a través de una escala validada.

En conclusión, la valoración sistemática del dolor por los profesionales de enfermería mejora la calidad de los cuidados prestados y aumenta la satisfacción del usuario que percibe un interés activo del personal sanitario tras su intervención en CMA.

BIBLIOGRAFÍA

1. ASECMA. Coord S. López Álvarez. Manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria. Madrid: Ergon 2006; 3: 7-29.
2. Rawal N, Hylander J, Nydahl PA, Olofsson I, Gupta A. Survey of postoperative analgesia following ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997; 4: 1017-22.
3. McHugh GA, Thoms GM. The management of pain following day case surgery. *Anaesthesia* 2002; 57: 270-5.
4. Chauvin M. State of the art of pain treatment following ambulatory same-day surgery. *Eur J Anaesthesiol Suppl* 2003; 28: 3-6.
5. Muriel Villoria C. Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico. Madrid: Arias Ed. ELA; 1994 3: 263-85.
6. Caffery MC, Beebe A. Dolor: Manual clínico para la práctica de enfermería. Ed. Salvat. 1992; 22: 64-86.
7. Cereijo Garea C, Pueyo González B, Mosquera Ferreiro E. Información y educación del paciente en cirugía ambulatoria. *Cir May Amb* 2005; 10: 165-74.