

Estudio Observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España. PATHOS.

M. A. Vidal¹, L. M. Torres², J. A. De Andrés³, M. Moreno-Azcoitia⁴

Vidal M. A., Torres L. M., De Andrés J. A.,
Moreno-Azcoitia M.

European Observational Study on mild to moderate postoperative pain. Spain results. Anaesthesiologist point of view. The PATHOS Estudy.

ABSTRACT

Introduction

The postoperative pain (PP) continues insufficiently being treated. Study PATHOS has been designed with the objective to identify the present state of the postoperative pain in certain areas, as well as the necessities and possibilities of improvement the treatment being centered in the hospital wards.

Material and method

Prospective, observational and multicentric study. The referring data to the practice of the handling of the postoperative pain, took shelter anonymously by means of a standardized questionnaire of multiple answer in Europe. This work we are going to be centered in the results obtained in Spain.

Results

It emphasizes the participation of surgeons. Spain is deficient in the presurgical information on the treatment of the PP. Most of the Spanish hospitals have not any organized structure for the treatment of postoperative pain. The staff who more often informs to the patients on the PP is not the anesthesiologist. Spain also is deficient in the existence of specific written protocols for the treatment of PP. In most of the hospitals the PP it is not evaluated. Most of the patients did not make an evaluation of satisfaction of the treatment of the PP.

Conclusions

Numerous papers take to the conclusion that the treatment of the PP is unsatisfactory, fundamentally because the lack of an efficient organization who allows to apply the resources available correctly. These deficiencies have been shown in the PATHOS study. The obtained results must serve to analyze the deficiencies and potentials improvements that can be carried out in the treatment of this type of pain in Spain.

Key words: PATHOS, postoperative pain treatment, survey, Spain.

RESUMEN

Introducción

El dolor postoperatorio (DPO) sigue siendo insuficientemente tratado. El estudio PATHOS se ha diseñado con el objetivo de identificar el estado actual del dolor postoperatorio en determinadas áreas, así como las necesidades y posibilidades de mejora del tratamiento centrándose en las salas de hospitalización.

Material y método

Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico. Los datos referentes a la práctica del manejo del dolor postope-

¹ FEA Servicio de Anestesiología y Reanimación Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz).

² Jefe de Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz).

³ Jefe de Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor.

Consorcio Hospital General Universitario (Valencia).

⁴ Asociación Española de Cirujanos (Madrid).

ratorio se recogieron anónimamente mediante un cuestionario estandarizado de respuesta múltiple. En este trabajo vamos a centrarnos en los resultados obtenidos en España.

Resultados

Destaca la participación de los cirujanos. España es deficiente en la información prequirúrgica sobre el tratamiento del DPO. La mayoría de los centros españoles carecen de una estructura organizada para el tratamiento del dolor postoperatorio. No es el anestesiólogo el personal que más a menudo informa a los pacientes sobre el DPO. España también es deficiente en la existencia de protocolos escritos específicos para el tratamiento del DPO. En la mayoría de los pacientes el DPO no es evaluado. La mayoría de los pacientes no realizaron una evaluación de satisfacción del tratamiento del DPO.

Conclusiones

Numerosos trabajos llevan a la conclusión de que el tratamiento del DPO es insatisfactorio y esto se debe fundamentalmente a la falta de una organización eficiente que permita aplicar correctamente los recursos disponibles. Estas carencias se han puesto de manifiesto en el estudio PATHOS. Los resultados obtenidos deben servirnos para analizar las carencias y potenciales mejoras que pueden llevarse a cabo en el tratamiento de este tipo de dolor.

Palabras clave: Tratamiento, dolor postoperatorio, encuesta, España.

INTRODUCCIÓN

El dolor postoperatorio (DPO) se considera en la actualidad como la fase inicial de un proceso nociceptivo persistente y progresivo, desencadenado por la lesión tisular quirúrgica (1). El DPO aparece por lo tanto como consecuencia del acto quirúrgico, sin embargo de forma práctica nos referimos a este como el dolor que presenta un paciente quirúrgico a causa de la enfermedad previa y/o del procedimiento quirúrgico.

Existen evidencias (2-4) de que el control adecuado del DPO aumenta el confort y la satisfacción de los pacientes y contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria e incluso la estancia hospitalaria (5).

Sin embargo, y a pesar de que en las dos últimas décadas se han producido importantes avances en el conocimiento de la fisiopatología del dolor agudo,

así como la introducción de nuevos fármacos y el desarrollo de nuevas técnicas y modos de administración, el DPO continua siendo un problema no resuelto. El dolor es uno de los síntomas más prevalentes en los hospitales, sobre todo en las áreas quirúrgicas. Este es un hecho incomprensible e inaceptable, sobre todo si tenemos en cuenta que el origen del dolor es conocido en casi todos los pacientes, su limitación en el tiempo y que responde casi al 100% a los tratamientos actuales (6). Las características e intensidad del dolor postoperatorio son previsibles, por lo que lo ideal es anticiparnos a este y evitar de esta manera sus inconvenientes y complicaciones (7). El abordaje del tratamiento del DPO requiere un abordaje multidisciplinario de todo el personal sanitario implicado en el mismo. Ya que es más fácil la prevención que el tratamiento del DPO, los anestesiólogos, cirujanos y enfermería deberían tener entre sus principales objetivos el tratamiento efectivo del DPO de manera intensiva, interdisciplinaria, y multimodal (8).

En 1988 se publicaron las primeras guías oficiales de tratamiento del DPO en Australia (9). En la década de los 90 se publicaron guías, estándares o recomendaciones en EEUU (10-12) y a nivel Europeo (13). En todas ellas se recogen una serie de puntos estratégicos (Tabla I).

En base a estos puntos se ha diseñado el estudio PATHOS (Estudio Observacional sobre la Terapia Analgésica Postoperatoria) (14), con el objetivo de identificar el estado actual del dolor postoperatorio en determinadas áreas, así como las necesidades y posibilidades de mejora del tratamiento centrándose en las salas de hospitalización. Se trata de un estudio multinacional en 7 países europeos (Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia, Portugal, y Suiza) y en este trabajo vamos a centrarnos en los resultados obtenidos en España.

Tabla I. Puntos clave para el desarrollo de un plan de gestión del DPO.

• Información/educación del paciente y del personal sanitario.
• Evaluación sistemática del dolor.
• Aplicación de protocolos que contemplen la analgesia balanceada/multimodal.
• Seguimiento del paciente y documentación de los resultados.
• Análisis periódico de los resultados.
• Creación de una estructura organizativa para alcanzar los puntos anteriores.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo un estudio prospectivo, observacional, multicéntrico y multinacional. Se realizó una muestra aleatoria de los hospitales de España. Los datos referentes a la práctica del manejo del dolor postoperatorio en pacientes adultos, se recogieron de forma anónima mediante un cuestionario estandarizado de respuesta múltiple, entre Agosto de 2004 y Junio de 2005. Para el reclutamiento de la muestra se hizo un listado exhaustivo de los hospitales con actividad quirúrgica, ordenándose de forma decreciente en función del número total de camas de cada institución. Los hospitales con actividad quirúrgica incluidos representan el 70% de las camas del país. Las áreas quirúrgicas que participaron en el estudio representaba un 80% de los pacientes que reciben analgesia postoperatoria tras ser intervenidos quirúrgicamente.

En cada uno de estos hospitales los facultativos (anestesiólogos o cirujanos) que decidían el tratamiento analgésico para el manejo del dolor postoperatorio, rellenaron un cuestionario. Dicho cuestionario recogía las características del hospital y del área quirúrgica (tipo de institución, número total de camas en el centro y en el área quirúrgica, cuantificación de los procedimientos quirúrgicos, analgesia prescrita, de rescate y otras que se detallan en el anexo I (modelo de encuesta).

El cuestionario estaba constituido por 30 preguntas agrupadas en 7 secciones:

- 1) información general;
- 2) formación del personal;
- 3) información del paciente;
- 4) práctica del tratamiento postoperatorio;
- 5) protocolos;
- 6) valoración del dolor y seguimiento y
- 7) opinión personal.

Una vez rellenado el cuestionario se envió de forma anónima a una compañía estadística independiente (HARRIS medical) que se encargó del análisis estadístico. Se trata de un análisis descriptivo, constituido por las diversas respuestas posibles de cada pregunta. Un comité de expertos (CE) se encargó de analizar todas las respuestas, comparándolas con el requisito mínimo aceptable (definido por dicho Comité). Cada miembro del Comité respondió individualmente sobre cada pregunta del cuestionario, proporcionando su criterio sobre el requisito mínimo

aceptable. Las respuestas de todos los miembros del Comité se combinaron y se definió el requisito mínimo aceptable como la respuesta dada por al menos el 50% de los miembros del Comité.

En cuanto al tratamiento del DPO el estudio investigó el tratamiento analgésico "de primera línea" utilizado en las primeras 24 horas del postoperatorio de cirugía mayor y menor. El Comité de Expertos definió las distintas pautas analgésicas para alcanzar el requerimiento mínimo aceptable. Las respuestas obtenidas con el cuestionario se compararon y son consideradas como concordantes con la opinión dada por el Comité cuando los tratamientos de primera línea de los encuestados formaban parte del listado proporcionado por el Comité. No se excluyó de este listado ninguno de los tratamientos propuestos por los encuestados.

RESULTADOS

Se han analizado 424 cuestionarios sobre el manejo del dolor postoperatorio en pacientes adultos intervenidos en los diferentes centros hospitalarios participantes en el estudio.

Los resultados según las diferentes secciones en que estaba dividido el cuestionario fueron:

3.1. Sección 1) Información general; Las características generales se recogen en la tabla II. Con respecto a la especialidad de los facultativos, el 32,3% de los encuestados eran anestesiólogos frente a un 67,7% de cirujanos. En cuanto al tipo de institución, la mayoría eran hospitales públicos universitarios (80,2%) y tenían entre 501 y 1000 camas (45%). El mayor porcentaje de los centros encuestados (44%) carecían de una estructura organizada para el tratamiento del dolor postoperatorio, un 33,7% de los hospitales disponían de una unidad de dolor agudo con diferentes esquemas organizativos, de personal y medios, constituyendo una Unidad de Dolor Agudo (UDA) y en un 19,6% otro tipo de organización se encargaba de este cometido.

3.2. Sección 2) Formación del personal: Un 88,2% del total del personal afirmó que en su hospital carecían de un presupuesto designado específicamente para formar al personal en el tratamiento del dolor postoperatorio.

La mayoría de los facultativos encuestados

Tabla II. Características generales de los encuestados.

		N	%
Profesión	Anestesiólogos	137	32,3%
	Cirujanos	287	67,7%
Tipo de institución	Publica académica	340	80,2%
	Publica no-académica	79	18,6%
	Privada	4	0,9%
Número de camas por institución	<200	3	0,7%
	201-500	115	27,1%
	501-1000	191	45%
	>1000	115	27,1%
Tipo de intervención	Ortopédica/ traumatológica	216	50,9%
quirúrgica	Abdominal	203	47,9%
	Ginecológica	112	26,4%
	Cirugía general	149	35,1%
	Otorrinolaringología.	99	23,3%
	Otros	66	15,6%
Estructura organizada para el tratamiento DPO	UDA	143	33,7%
	Otros	83	19,6%
	Ninguna	186	43,9%

(52,6%) no recibían formación regular para el tratamiento del dolor postoperatorio por parte del hospital, siendo los anestesiólogos (40,6%) los empleados del hospital a los que con más frecuencia se les proporcionaba esta posibilidad, seguidos de los médicos internos residentes (23,3%).

En cuanto al personal que más a menudo se encargaba de dar formación para el tratamiento del dolor al personal de enfermería de la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) fueron los anestesiólogos (78,8%). Siendo también los anestesiólogos los responsables, aunque con menor frecuencia (44,6%) de la formación del personal de enfermería de la planta.

3.3. Sección 3) Únicamente un 22,2% de los pacientes intervenidos en España recibían la información de forma sistemática sobre el tratamiento del DPO, proporcionándose en casos específicos o difíciles en un 27,4% de los casos. Llama la atención el hecho de que un 34% de los pacientes intervenidos en España no recibieron ningún tipo de información prequirúrgica sobre el dolor postoperatorio.

En los casos en los que se informaba al paciente, esto se hacía verbalmente en un 84,4% y de forma escrita en un 7,8%.

El personal que más a menudo informaba a los pacientes sobre el dolor postoperatorio eran los anestesiólogos (47,4%) y en segundo lugar era tarea del cirujano (36,3%).

Se informó a los pacientes sobre las opciones terapéuticas disponibles para el tratamiento del DPO, la vía de administración de los fármacos y la intensidad del dolor y alivio del dolor esperado en un 35, 37, y 13% de los casos respectivamente.

3.4. Sección 4). Práctica del tratamiento postoperatorio; En las tablas IV, V y VI se recoge el tratamiento analgésico que se administro en cirugía mayor y menor en las unidades del estudio y se compara con las prácticas recomendadas por el Comité. Hay que destacar que el tratamiento farmacológico y/o técnicas realizadas en los pacientes del estudio coinciden con las recomendaciones del Comité en menos del 50% del total de las distintas intervenciones quirúrgicas.

El Comité recomienda la utilización de la analgesia balanceada durante las 24 horas en planta para tratar el DPO, consistente en la combinación de al menos dos analgésicos independiente de la vía de administración. Esta se ha empleado únicamente en un 19,6% de los casos de cirugía menor y un 60,6% tras la cirugía mayor.

Tabla III. Respuestas de los participantes en la encuesta.

Pregunta.		Respuestas n (%) (n=424)	
Formación personal			
Formación regular para manejo DPO.	Cirujanos	40 (9,4%)	
	Anestesiólogos	172 (40,6%)	
	Enfermeras de planta	60 (14,2%)	
	Enfermeras de URPA	90 (21,2%)	
	Médicos residentes	99 (13,3%)	
Información al paciente			
Información preoperatoria sobre el manejo del DPO	Si, sistemáticamente	94 (22,2%)	
	En casos concretos/difíciles	116 (27,4%)	
	Si el paciente la demanda	77 (18,2%)	
	No	144 (34%)	
Información proporcionada	Intensidad del dolor y alivio del dolor esperado	218 (51,4%)	
	Cómo se valorará el dolor	56 (13,2%)	
	Opciones terapéuticas	149 (35,1%)	
	Modo de administración de los analgésicos.	159 (37,5%)	
Tratamiento postoperatorio			
Pacientes con anestesia balanceada	Cirugía menor	> 75%	83 (19,6%)
		> 75%	257 (60,6%)
Continua en la planta con la pauta prescrita en la URPA	Si	300 (70,8%)	
Si hay cambios en el ttº se consulta al anestesiólogo/miembro de la UDA	Si	112 (26,4%)	
Ttº DPO en las salas de hospitalización	De forma regular	388 (91,5%)	
Protocolos			
Existen protocolos escritos para el ttº del DPO en planta	Todos los pacientes	110 (25,%)	
	En casos específicos	122 (28,8%)	
	No	191 (45%)	
Se aplican los protocolos escritos en la práctica diaria	Siempre	85 (20%)	
Evaluación del dolor y seguimiento			
No evaluado		166 (39,2%)	
Evaluado en la planta quirúrgica	Esquema fijo, al menos una vez al día	157 (37%)	
	DPO se mide rutinariamente	Al menos en reposo	262 (61,8%)
Se recogen las puntuaciones en la historia clínica	Si	96 (22,6%)	
Determinación del umbral de dolor en el que la analgesia de rescate es obligatoria	Si	164 (38,7%)	

Tabla IV. Tratamiento analgésico de primera línea durante las primeras 24 horas en planta: Cirugía mayor.

	Cirugía abdominal (N=424)	Cirugía ortopédica (N=424)	Cirugía ginecológica (N=424)	Cirugía ORL (N=424)
Oral no-opioides	30 (11,2%)	35 (14,8%)	19 (14,4%)	19 (14,7%)
Oral opioides	8 (3%)	9 (3,8%)	3 (2,3%)	3 (2,3%)
SC opioides	57 (21,3%)	52 (22%)	21 (15,9%)	16 (12,4%)
IM no-opioides	25 (9,4%)	25 (10,6%)	12 (9,1%)	5 (3,9%)
IM opioides	19 (7,1%)	10 (4,2%)	10 (7,6%)	4 (3,1%)
IV no-opioides	175 (65,5%)	138 (58,5%)	85 (64,4%)	86 (66,7%)
IV opioides	136 (50,9%)	118 (50%)	71 (53,8%)	65 (50,4%)
PCA no-opioides	26 (9,7%)	23 (9,7%)	14 (10,6%)	5 (3,9%)
PCA opioides	82 (30,7%)	58 (24,6%)	32 (24,2%)	22 (17,1%)
Analgesia intratecal	5 (1,9%)	14 (5,9%)	4 (3%)	0 (0%)
Analgesia epidural	126 (47,2%)	92 (39%)	43 (32,6%)	1 (0,8%)
Bloqueo periférico	15 (5,6%)	65 (27,5%)	4 (3%)	0 (0%)
Datos perdidos	157	188	292	295

Tabla V. Tratamiento analgésico de primera línea durante las primeras 24 horas en planta: Cirugía menor.

	Cirugía abdominal (N=424)	Cirugía ortopédica (N=424)	Cirugía ginecológica (N=424)	Cirugía ORL (N=424)
Oral no-opioides	124 (47,1%)	115 (49,6%)	62 (47%)	60 (46,2%)
Oral opioides	26 (9,9%)	29 (12,5%)	12 (9,1%)	8 (6,2%)
SC opioides	25 (9,5%)	14 (6%)	14 (10,6%)	9 (6,9%)
IM no-opioides	26 (9,9%)	32 (13,8%)	22 (16,7%)	11 (8,5%)
IM opioides	14 (5,3%)	4 (1,7%)	6 (4,5%)	4 (3,1%)
IV no-opioides	169 (64,3%)	148 (63,8%)	83 (62,9%)	86 (66,2%)
IV opioides	44 (16,7%)	34 (14,7%)	18 (62,9%)	11 (8,5%)
PCA no-opioides	12 (4,6%)	4 (1,7%)	0 (0%)	2 (1,5%)
PCA opioides	6 (2,3%)	2 (0,9%)	0 (0%)	0 (0%)
Analgesia intratecal	2 (0,8%)	5 (2,2%)	0 (0%)	0 (0%)
Analgesia epidural	4 (1,5%)	7 (3%)	7 (5,3%)	0 (0%)
Bloqueo periférico	10 (3,8%)	29 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)
Datos perdidos	161	192	292	294

Table VI. Tratamiento analgésico de primera línea – Criterios del Comité de expertos y concordancia con las respuestas de los encuestados.

Tipo de cirugía	Criterios del Comité de expertos	Porcentaje de concordancia de la encuesta N (%)*	Tipo de cirugía	Criterios del Comité de expertos	Porcentaje de concordancia de la encuesta N (%)*
MAYOR			MENOR		
Cirugía abdominal	Analgésia epidural PCA opioides IV no-opioides IV opioides	147/424 (34,7%)	Cirugía abdominal	IV no-opioides IV opioides Oral no-opioides Oral opioides Bloqueo periférico	200/424 (47,2%)
Cirugía ortopédica	IV opioides PCA opioides Bloqueo periférico Analgésia epidural IV no-opioides Analgésia intratecal Oral no-opioides Oral opioides	146/424 (34,4%)	Cirugía ortopédica	Bloqueo periférico IV -opioides Oral no-opioides Oral opioides IV opioides	170/424 (40%)
Cirugía ginecológica	PCA opioides Analgésia epidural IV no-opioides IV opioides	64/424 (15%)	Cirugía menor ginecológica	IV no-opioides Oral no-opioides Oral opioides IV opioides Bloqueo periférico	93/424 (22%)
Cirugía ORL	PCA opioides IV no-opioides IV opioides	83/424 (19,6%)	Cirugía menor ORL	IV no-opioides Oral no-opioides Oral opioides Bloqueo periférico IV opioides	107/424 (25,2%)

*El Comité de Expertos definió las distintas pautas analgésicas para alcanzar el requerimiento mínimo aceptable. Las respuestas obtenidas con el cuestionario se compararon y son consideradas como concordantes con la opinión dada por el Comité cuando los tratamientos de primera línea de los encuestados formaban parte del listado proporcionado por el Comité.

Cuando el paciente pasa a la sala de hospitalización se mantuvo el tratamiento del DPO de acuerdo a la pauta de la URPA en un 71% de los casos. Si hay cambios en el tratamiento del paciente en la planta se consultó al anestesiólogo o a un miembro de la UDA en el 26,4%. El tratamiento del DPO en las salas de hospitalización se realiza de forma pautada en el 91,5%.

3.5. Sección 5). Protocolos. Existen protocolos escritos específicos para el tratamiento del dolor postoperatorio en la sala de hospitalización de forma sistemática en un 26% de los casos, y en casos concretos en un 29%. Estos protocolos se aplican

en la práctica diaria siempre en el 20% de los encuestados y a menudo en el 31%.

En España, aparte del porcentaje mayoritario que representa la inexistencia de dichos protocolos, en un 35% de los casos están escritos por anestesiólogos. En un 44,6% de los centros hospitalarios españoles no existen guías clínicas que incluyan el tratamiento del DPO, existiendo en un 28,3% de los casos y encontrándose en vías de desarrollo en un 27% de los centros.

3.6. Sección 6). Valoración del dolor y seguimiento; en la mayoría de los pacientes (48,6%) el DPO no fue evaluado.

Según el Comité el requisito mínimo aceptable consiste en una valoración del dolor en la planta quirúrgica de forma regular, con una frecuencia de al menos una vez al día, por lo menos en reposo y quedando documentado en la historia del paciente, así como la existencia de un umbral del dolor en el que la analgesia de rescate es obligatoria. A la pregunta sobre la frecuencia en la evaluación del dolor, un 39,2% de los encuestados respondió que no fue evaluado, siendo revisado por el personal facultativo al menos una vez al día en un 37%, por lo menos en reposo en el 62%, quedando registrado en la historia del paciente en el 22,6% y existiendo una analgesia de rescate para un umbral de dolor determinado en el 38,7%. La mayoría de los pacientes (87,5%) no realizaron una evaluación de su satisfacción con el tratamiento del DPO recibido. Todo esto se ve reflejado en la Tabla II.

DISCUSIÓN

Numerosos trabajos llevan a la conclusión de que el tratamiento del DPO es insatisfactorio en la mayoría de los países y esto se debe fundamentalmente a la falta de una organización eficiente que permita aplicar correctamente los recursos disponibles (15).

Estas carencias se han puesto de manifiesto en el estudio PATHOS. Este estudio ha analizado 424 cuestionarios procedentes de instituciones con una actividad quirúrgica que representa el 70% del total de camas de España, ha revelado deficiencias importantes en aspectos tan relevantes del manejo del DPO como son: la formación del personal, la información preoperatoria sistemática al paciente, la existencia de protocolos escritos para el manejo del DPO, el seguimiento del DPO y la recogida de datos. Estas deficiencias son más llamativas, en todos los aspectos, en los pacientes encuestados en España que en los del resto de Europa.

En España la información prequirúrgica sobre el tratamiento del DPO dada a los pacientes es claramente insuficiente. La mayoría de los centros encuestados en España carecen de una estructura organizada para el tratamiento del DPO. Y en caso de existir llama la atención que si hay cambios en el tratamiento del paciente en la planta, no se consulta al anestesiólogo o a un miembro de la UDA.

España también es deficiente en la existencia de protocolos escritos específicos para el tratamiento del

DPO y en caso de existir en un 34,9% de los casos están escritos por anestesiólogos. En un 44,6% de los centros hospitalarios españoles no existen guías clínicas que incluyen el tratamiento del DPO, existiendo en un 28,3% de los casos y encontrándose en vías de desarrollo en un 44,6% de los centros.

En la mayoría de los pacientes el DPO no es evaluado, y de la misma forma no queda registrado en la historia del paciente. Del mismo modo la mayoría de los pacientes no realizaron una evaluación de su satisfacción con el tratamiento del DPO recibido.

Todo esto concuerda con los resultados de diversas encuestas en las que se constata la necesidad de una mejoría en el tratamiento del DPO. En estudios recientes sobre DPO en España, se ha objetivado una prevalencia de 22-67% en cirugía digestiva (16) y de 30-35% en cirugía mayor ambulatoria (17), alcanzado un 5,3% de DPO severo a las 24 horas de cirugía mayor ambulatoria en una serie de 10008 intervenciones (18).

Podemos afirmar que son cuatro las principales causas de la elevada incidencia de DPO y que los resultados del estudio PATHOS muestran deficiencias claras en España en todos estos puntos:

Ausencia de conocimientos o conceptos erróneos sobre el tratamiento del DPO por parte del personal sanitario. Este es uno de los aspectos más valorados por los propios facultativos para mejorar el tratamiento del DPO (19).

Ausencia de evaluación o valoración inadecuada de la intensidad de dolor y de la eficacia de los tratamientos empleados. Encuestas de ámbito nacional e internacional muestran que la intensidad del dolor es evaluada sistemáticamente, realizándose entre el 36-55% de los pacientes (19-21).

Ausencia de información/educación del paciente sobre las consecuencias del dolor tratado de forma inadecuada y sobre las posibilidades de analgesia en el periodo postoperatorio. En una encuesta realizada en España, en la que se incluyeron el 38% de los hospitales españoles se objetivó que el 53% de los pacientes no recibieron ninguna información sobre el dolor (20). Por otra parte se ha demostrado que una información adecuada mejora el efecto analgésico esperado (22).

Ausencia de estructuras organizativas que gestionen el proceso del dolor en el periodo perioperatorio.

En base a estos resultados es indiscutible la necesidad de llevar a cabo importantes mejoras, siendo un pilar importante la instauración de forma generalizada de las UDAs.

En los últimos 15 años se han publicado guías de

actuación y recomendaciones sobre el tratamiento del DPO (3,9-13,23). Muchas de estas coinciden en la conveniencia de la creación de UDA como estructura principal encargada del tratamiento del DPO.

La existencia de UDA mejora el manejo del DPO en todos sus aspectos. Su objetivo principal es el tratamiento y alivio del dolor agudo postoperatorio, con lo que se consigue disminuir las posibles complicaciones postoperatorias, facilitando así la recuperación del paciente y, probablemente, acortando la estancia hospitalaria y los costes.

El modelo de UDA Norteamericano se basa en una gran disponibilidad de personal médico y de enfermería a tiempo completo. Sin embargo, desde mediados de los años 80 se comenzó a implantar en Alemania, Suecia, Suiza y Gran Bretaña un modelo con mejor relación coste-beneficio, y de este modo el modelo Europeo de UDA se basa en el trabajo realizado por el personal de enfermería bajo la supervisión de un anestesiólogo, considerándose de bajo coste (24-26). En España hasta el año 2000 no empezaron a gestionarse, planificarse y ponerse en marcha (27).

Las UDAs se han ido desarrollando en los últimos años prácticamente sin ningún tipo de control por parte de organizaciones gubernamentales u otro tipo de instituciones que establezcan las condiciones básicas para su acreditación.

Es recomendable la instauración de protocolos y guías clínicas basadas en la evidencia médica disponible. No debemos menospreciar la formación del personal sanitario, debiendo mejorarse y favorecer la investigación clínica y básica en dolor. Hay que formar al colectivo de enfermería en la evaluación y tratamiento del dolor agudo postoperatorio. Es también de vital importancia una colaboración más estrecha entre cirujanos y anestesiólogos, así como la definición de una serie de líneas maestras, que deben seguir todos los facultativos que formen parte de las UDAs.

En algunos países tanto organizaciones gubernamentales como capítulos nacionales de la IASP (International Association for the Study of Pain) han definido los requerimientos mínimos en cada caso. Esta asociación defiende que los pacientes con dolor se beneficiarían de una serie de líneas maestras que deben seguir todos los Centros o Unidades para el estudio y tratamiento del dolor.

El estudio PATHOS es un estudio meramente descriptivo, en el que no se estudia la asociación estadística entre variables, por lo que las conclusiones son limitadas. Sería conveniente llevar a cabo un estudio en el que comparáramos variables referentes a las ca-

racterísticas de las intervenciones con el tratamiento, características demográficas del especialista y actitud con respecto al tratamiento del paciente, tiempo de tratamiento, efectos secundarios etc.

Los resultados obtenidos del estudio PATHOS deben servirnos para analizar las carencias y potenciales mejoras que pueden llevarse a cabo en el tratamiento de este tipo de dolor. Los resultados deben aprovecharse para canalizar nuestros esfuerzos en desarrollar estrategias y protocolos para el tratamiento del DPO lo mejor posible.

CORRESPONDENCIA

E-mail: lmtorres@arrakis.es

Financiación: Ninguna

Conflictos de interes: No declarados

BIBLIOGRAFÍA

1. Carr DB, Goudas LC. Acute Pain. *Lancet* 1999; 353: 2051-2058.
2. Werner MV, Soholm L, Rotboll-Nielsen P, Kehlet H. Does an Acute Pain Service Improve Postoperative outcome? *Anesth Analg* 2002; 95: 1361-1372.
3. Kehlet H. Acute pain control and accelerated postoperative surgical recovery. *Surg Clin North Am* 1999; 79: 431-443.
4. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth* 1997; 78: 606-617.
5. Rawal N, Alwin R. Acute pain services in Europe: a 17-nation survey of 105 hospitals. The EuroPain Acute Pain Working Party. *Eur J Anaesthesiol*. 1998; 15: 354-363.
6. Torres LM. Protocolos y dolor postoperatorio. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2002; 9: 139.
7. Miranda A. Complicaciones del dolor postoperatorio. En: Torres LM. "Medicina del Dolor". Masson S.A. Barcelona 1997; 759-771.
8. Dahl JB, Rosemberg J, Dirkes WE, Mogensen T, Kehlet H. Prevention of postoperative pain by balance analgesia. *Br J Anaesth* 1990; 64: 518-520.
9. National Health and Medical Research Council (Australia). Management of severe pain. Canberra, Australia 1998.

10. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: a report by the American Society of Anaesthesiologists Task Force on Pain Management, Acute Pain Section. October 1994/ update October 2003.
11. Agency for Health Care Policy and Research. Acute pain management: operative or medical procedures and trauma. Clinical Practice Guidelines. US Department of Health and Humans Services. AHCPH Pub No 92-0032. Rockville MD. February 1992.
12. VHA/DoD Clinical practice guideline for the management of postoperative pain. Working group. Veterans Health Administration Department of Defense. Julio 2001/ Update May 2002.
13. Allvin R, Brasseur L, Cruz B, Dhal J, Lehmann K, Nicosia F, et al. European Minimum Standard for the management of postoperative pain. EuroPain Task Force. Pegasus Healthcare Intl, UK. 1998.
14. Postoperative Analgesic THERapy Observational Survey (PATHOS): A practice pattern study in 7 Central/Southern European countries. Benhamou D, Berti M, Brodner G, De Andres J, Draisci G, Moreno-Azcoita M, Neugebauer EAM, Schwenk W, Torres LM, Viel E. Pain (in press).
15. Muñoz- Ramón JM, Carr DB, Sukiennik A, Heinrich Wurm W. Tratamiento del dolor agudo postoperatorio: protocolos y procedimientos del New England Medical Center de Boston. Rev Soc Esp Dolor 2002; 9: 176-188.
16. Vallano A, Aguilera C, Arrau JM, et al. Management of postoperative pain in abdominal surgery in Spain. A multicenter drug utilization study. Br J Clin Pharmacol 1999; 6: 667-673.
17. Ortega JL, Neira F. Prevalencia, medición y valoración del dolor postoperatorio. En: Torres LM: Tratamiento del dolor postoperatorio. Ergon, Majadahonda (Madrid) 2003; pp: 32-55.
18. Chung F, Ritchie E, Su J. Postoperative pain in ambulatory surgery. Anesth Analg 1997; 85: 808-816.
19. Carr DB, Miaskowski C, Dedrick SC, Williams GR. Management of perioperative pain in hospitalized patients: a national survey. J Clin Anesth 1998; 10: 77-85.
20. Puig MM, Montes A, Marrugat J. Treatment of postoperative pain in Spain. Acta Anaesthesiol Scand 2001; 45: 465-470.
21. Nolli M, Apolone G, Nicosia F. Postoperative analgesia in Italy. National survey on the anaesthetist's beliefs, opinions, behaviour and techniques in postoperative pain control in Italy. Acta Anaesthesiol Scand 1997; 41: 573-580.
22. Wilder-Smith CH, Schuler L. Postoperative analgesia pain by choice? The influence of patient attitudes and patient education. Pain 1992; 50: 257-262.
23. Rosenquist RW, Rosenberg J. Postoperative pain guidelines. Reg Anesth Pain Med 2003; 28: 279-288.
24. Rawal N, Allvin R and the European Acute Pain Working Party. Acute pain services in Europe: A 17-Nation survey of 105 hospitals. Eur J Anaesthesiol 1998; 15: 354-363.
25. Rawal N, Berggren L. Organization of acute pain services: A low-cost model. Pain 1994; 57: 117-123.
26. Rawal N. 10 years of acute pain services achievements and challenges. Reg Anesth Pain Med 1999; 24: 68-73.
27. Blanco J, Blanco E, Rodriguez G, Castro A, Alvarez J. One year's experience with an acute pain service in a Spanish University Clinic hospital. Eur J Anaesthesiol. 1994; 11: 417-21.

ANEXO I. Modelo de encuesta: Bristol-Myers.


PATHOS

 POSTOPERATIVE · ANALGESIC · THERAPY
 OBSERVATIONAL · SURVEY


Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey

La toma de conciencia acerca de la importancia del tratamiento del dolor postoperatorio aumenta cada día. Con el objetivo de actualizar y complementar el conocimiento de las prácticas actuales en el tratamiento del dolor postoperatorio para identificar las áreas que necesitan mejoras, Bristol-Myers Squibb se encuentra realizando un estudio anónimo en varios países europeos.

Este estudio (el estudio PATHOS del dolor postoperatorio) se propone identificar las necesidades y las áreas potenciales para la mejora del tratamiento del dolor postoperatorio centrándose en las salas de hospitalización. Los resultados de este estudio ofrecerán una base para la construcción de programas y herramientas educativos.

Les agradecemos por anticipado por responder a este cuestionario. Esperamos brindarles los resultados en un periodo breve de tiempo.

PATHOS Comité Directivo Europeo

Prof. Dan BENHAMOU

Le Kremlin Bicêtre, Francia

Prof. Gaetano DRAISCI

Roma, Italia

Dr. Marco BERTI

Parma, Italia

Prof. Edmund NEUGEBAUER

Colonia, Alemania

Dr. Gerhard BRODNER

Munster, Alemania

Prof. Luis Miguel TORRES

Cadiz, España

Dr. Jose DE ANDRES

Valencia, España

Dr. Eric VIEL

Nîmes, Francia

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL CUESTIONARIO

1. El cuestionario lleva aproximadamente 15 minutos para completarse.
2. Por favor responda a todas las preguntas. Si algún tema no es aplicable a la institución a la que usted pertenece, por favor marque la casilla que indica que no se aplica.
3. Por favor refiera todas las preguntas a las prácticas cotidianas generales internas de la institución en la que usted está actualmente recibiendo este cuestionario.
4. Por favor piense en responder a todas las preguntas en relación con la sala/institución incluso si la pregunta se refiere a una actividad que no necesariamente realice usted mismo.
5. Por favor introduzca su cuestionario anónimo completado en el sobre adjunto y ciérrelo.

Cuestionario para el estudio PATHOS del dolor postoperatorio

OBJETIVO DEL ESTUDIO:
 Analizar las prácticas actuales en el tratamiento del dolor postoperatorio en sala de hospitalización para identificar las áreas que necesitan mejoras.

SECCIÓN 1 – Información general*

*Para la sección entera, refiérase por favor al hospital donde completa el cuestionario.

1. Especialidad Anestesiólogo Cirujano
2. Tipo de institución Hospital público universitario
 Hospital público no universitario
 Hospital privado
 Clínicas privadas
 Otro _____
3. Número de camas en su hospital
 <200 201 – 500 501 – 1000 >1000
4. Número total de intervenciones quirúrgicas realizadas en todo su hospital al año _____
 Porcentaje de intervenciones con hospitalización %
 Porcentaje de intervenciones sin hospitalización %
 Asegúrese de que el total = 100 %

5. Número de camas en las áreas de hospitalización en las que trabaja: (marque todas las que correspondan)

Áreas de hospitalización	Número de camas en la(s) área(s) de hospitalización:
<input type="checkbox"/> Cirugía abdominal	→ <input type="text"/> camas
<input type="checkbox"/> Traumatología	→ <input type="text"/> camas
<input type="checkbox"/> Ginecología	→ <input type="text"/> camas
<input type="checkbox"/> Otorrinolaringología	→ <input type="text"/> camas
<input type="checkbox"/> Cirugía general (excepto cirugía abdominal)	→ <input type="text"/> camas
<input type="checkbox"/> Otra _____	→ <input type="text"/> camas

- 5.1. Sólo los anestesiólogos contestarán a esta pregunta:

¿Cuál es el porcentaje de pacientes de los que es responsable del tipo de tratamiento analgésico administrado para el dolor postoperatorio durante los 2 primeros días en planta? (marque todas las que correspondan)

Áreas de hospitalización	Porcentaje de pacientes de los que es responsable del tratamiento del dolor postoperatorio:
<input type="checkbox"/> Cirugía abdominal	→ <input type="text"/> %
<input type="checkbox"/> Traumatología	→ <input type="text"/> %
<input type="checkbox"/> Ginecología	→ <input type="text"/> %
<input type="checkbox"/> Otorrinolaringología	→ <input type="text"/> %
<input type="checkbox"/> Cirugía general (excepto cirugía abdominal)	→ <input type="text"/> %
<input type="checkbox"/> Otra _____	→ <input type="text"/> %

6. ¿Existe en su hospital una estructura organizada para el tratamiento del dolor postoperatorio?

- Sí, Unidad del Dolor Agudo*
 Sí, otro tipo de organización
 No

*La Unidad de Dolor Agudo es un departamento o un servicio con unas responsabilidades y un personal asignados, y pasa visita por planta regularmente para proporcionar y controlar la analgesia postoperatoria.

SECCIÓN 2 – Formación del personal

7. ¿Cuenta su hospital con un presupuesto destinado específicamente para formar al personal en el tratamiento del dolor postoperatorio?

- Sí
 No

8. ¿A cuáles de los siguientes empleados proporciona su hospital formación regular para el tratamiento del dolor postoperatorio en el hospital mismo? (marque todas las que correspondan)

- Anestesiólogos
 Cirujanos
 Médicos residentes
 Enfermeras de Unidades de recuperación
 Enfermera de planta
 Otros _____
 Ninguna

9. ¿Quién es el responsable en su hospital de dar formación para el tratamiento del dolor a las:

9.1 Enfermeras de la Unidad de Recuperación Post-Anestésica (URPA)? (marque todas las que correspondan)

- Anestesiólogos Cirujanos Otros _____

9.2 Enfermeras de planta? (marque todas las que correspondan)

- Anestesiólogos Cirujanos Otros _____

SECCIÓN 3 – Información del paciente

10. ¿En su institución, se informa antes de la operación a los pacientes sobre el tratamiento del dolor postoperatorio?

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí, sistemáticamente | → | <input type="checkbox"/> por escrito | <input type="checkbox"/> de forma oral |
| <input type="checkbox"/> Sí, en casos específicos/difíciles | → | <input type="checkbox"/> por escrito | <input type="checkbox"/> de forma oral |
| <input type="checkbox"/> Sí, sólo cuando lo pide el paciente | → | <input type="checkbox"/> por escrito | <input type="checkbox"/> de forma oral |
| <input type="checkbox"/> No | | | |

11. ¿Quién se encarga de informar a los pacientes sobre el tratamiento del dolor postoperatorio ?
(marque todas las que correspondan)

- Anestesiólogos
- Cirujanos
- Enfermeras
- Otros _____
- No se informa

12. ¿Qué información siguiente se les proporciona a los pacientes sobre el tratamiento del dolor postoperatorio? (marque todas las que correspondan)

- Intensidad del dolor y alivio del dolor esperados
- Consecuencias derivadas del dolor mal controlado o no tratado
- Cómo se valorará el dolor y qué herramientas se utilizarán para valorar el dolor (Escala Analógico Visual (VAS), Escala de Valoración Verbal (VRS), etc.)
- Opciones terapéuticas disponibles para el tratamiento del dolor postoperatorio
- Perfil de efectos adversos de las diferentes opciones de tratamiento disponibles para el dolor postoperatorio
- Modo de administración de los analgésicos
- No se informa

SECCIÓN 4 – Práctica del tratamiento postoperatorio

13. Para las siguientes situaciones después de cirugía **mayor**, ¿cuál es el régimen de analgésicos más común de primera línea que se utiliza durante las primeras 24 horas en las plantas donde trabaja? (marque todas las que correspondan)

Analgesia	Cirugía Abdominal Mayor p.ej. : colectomía	Cirugía Ortopédica Mayor p.ej. : prótesis total de rodilla	Cirugía Ginecológica Mayor p.ej. : histerectomía total	Cirugía Otorrinolaringológica Mayor p.ej. : laringectomía
No opioides orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opioides orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opioides subcutáneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No opioides intramusculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opioides intramusculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No opioides intravenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opioides intravenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCA* no opioides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCA* opioides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analgesia intratecal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analgesia epidural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueo periférico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* PCA = 'Patient Controlled Analgesia': Analgésicos controlados por el paciente

14. Para los siguientes casos de cirugía **menor**, ¿cuál es el régimen de analgésicos más común de primera línea que se utiliza durante las primeras 24 horas en las plantas donde trabaja? (marque todas las que correspondan)

Analgesia	Cirugía Abdominal Menor	Cirugía Ortopédica Menor	Cirugía Ginecológica Menor	Cirugía Otorrinolaringológica Menor
No opioides orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opioides orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opioides subcutáneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No opioides intramusculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opioides intramusculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No opioides intravenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opioides intravenosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCA* no opioides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCA* opioides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analgesia intratecal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analgesia epidural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueo periférico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* PCA = 'Patient Controlled Analgesia': Analgésicos controlados por el paciente

15. Durante las primeras 24 horas en planta, ¿aproximadamente, en qué porcentaje de pacientes se utiliza generalmente analgesia balanceada* para tratar el dolor postoperatorio?

Cirugía menor	<input type="checkbox"/> 0 – 25 %	<input type="checkbox"/> 26 – 50 %	<input type="checkbox"/> 51 – 75 %	<input type="checkbox"/> 76 – 100 %
Cirugía mayor	<input type="checkbox"/> 0 – 25 %	<input type="checkbox"/> 26 – 50 %	<input type="checkbox"/> 51 – 75 %	<input type="checkbox"/> 76 – 100 %

* Se entiende como la combinación de al menos 2 analgésicos independiente de la vía de administración.

16. Cuando se pasa el paciente a la sala de hospitalización:

16.1 ¿Se mantiene el tratamiento del dolor postoperatorio de acuerdo a la pauta de la Unidad de Recuperación Post-Anestésica (URPA)?

- Sí
- No

16.2 En general, si hay cambios en el tratamiento del paciente en planta, ¿se consulta al anestesiólogo o un miembro de la Unidad del Dolor Agudo?

- Sí
- No

17. ¿Cómo se trata el dolor postoperatorio en las salas de hospitalización? (marque sólo una casilla)

- Pautado
- Sólo cuando el paciente se queja del dolor

18. ¿Con qué frecuencia se revisa el tratamiento del dolor postoperatorio en su hospital?

- Cada 6 meses
- Anualmente
- Cada 2 años
- Otros _____
- No se revisa

SECCIÓN 5 – Protocolos

19. ¿Existen protocolos escritos específicos para el tratamiento del dolor postoperatorio en sala de hospitalización?

- Sí, para todos los pacientes
- Sí, en los siguientes casos: (marque todas las que correspondan)
 - Pacientes con bloqueos nerviosos regionales o centrales
 - Pacientes con estrategias sistémicas especiales de analgesia como Administración Controlada por el Paciente (PCA)
 - Pacientes con tipos concretos de cirugía
 - Pacientes que sufren un dolor por encima de un nivel definido
 - Pacientes con ciertos factores de riesgo / historial médico
 - Otros _____
- No hay protocolos por escrito

20. ¿Se aplican los protocolos escritos en la práctica diaria?

- Siempre
- A menudo
- Raramente
- Nunca
- No hay protocolos por escrito

21. ¿Quién creó los protocolos escritos en planta(s)? (marque todas las que correspondan)

- Sociedad o asociación nacional
- Comité multidisciplinario del hospital o Unidad del dolor agudo
- Anestesiólogo
- Cirujanos
- Otros _____
- No hay protocolos por escrito

22. ¿Existen vías/guías clínicas que incluyen el tratamiento del dolor postoperatorio en su hospital?

- Sí
- En desarrollo
- No

*Por vías/guías clínicas se entienden procedimientos predeterminados por la patología, que incluyen todos los aspectos del tratamiento, desde el ingreso hasta el alta, diseñado para mejorar la atención al paciente y limitar la duración de la hospitalización después de la cirugía.

SECCIÓN 6 – Valoración del dolor y seguimiento

23. ¿Qué método siguiente se utiliza habitualmente para medir el dolor postoperatorio en planta quirúrgica? (marque sólo una casilla)
- Escala Analógico Visual (VAS)
 - Escala de Valoración Verbal (VRS)
 - Escala Numérica Verbal (VNS)
 - Otros _____
 - No se mide el dolor
24. ¿Con qué frecuencia, después de la intervención quirúrgica, se valora el dolor en planta(s)? (marque sólo una casilla)
- Según un esquema fijo, 1 a 2 veces/día
 - Según un esquema fijo, 3 a 4 veces/día
 - Sólo cuando el paciente se queja del dolor
 - Otros _____
 - No se mide el dolor
25. El dolor postoperatorio habitualmente se mide: (marque todas las que correspondan)
- ¿En reposo?
 - ¿En movimiento?
 - No se mide el dolor
26. ¿Se recogen las puntuaciones / medidas del dolor postoperatorio en la historia clínica del paciente?
- Sí
 - No
 - No se mide el dolor
27. ¿Hay un umbral del dolor en el que la analgesia de rescate es obligatoria?
- Sí
 - No
 - No se mide el dolor
28. Al final de su tratamiento, ¿realizan los pacientes una evaluación de su satisfacción con el tratamiento del dolor postoperatorio que han recibido?
- Sí
 - No

SECCIÓN 7 – Opinión personal

29. ¿Si se proporcionasen herramientas para asistir a su hospital en las siguientes áreas, ¿qué tipo de material considera que sería el más adecuado?

29.1 Formación del personal: (marque todas las que correspondan)

- Folletos/panfletos
- Dossier de transparencias
- CD-ROM
- DVD/Vídeo
- Página web

29.2 Información del paciente: (marque todas las que correspondan)

- Folletos/panfletos
- Dossier de transparencias
- CD-ROM
- DVD/Vídeo
- Página web

29.3 Gestión para el desarrollo de protocolo: (marque todas las que correspondan)

- Directrices / plantillas para establecer sus propios protocolos dentro del hospital
- Protocolos pre-elaborados por otros médicos en base a los criterios siguientes (marque todas las que correspondan):
 - Tipo de cirugía
 - Nivel esperado de dolor después de la cirugía
 - Procedimientos anestésicos (como anestesia local/regional o general)
 - Otros _____

30. Para Vd. personalmente, ¿qué influencia tiene un tratamiento correcto del dolor postoperatorio en los resultados siguientes?

Resultados	Influencia Elevada	Influencia Media	Influencia Baja	Ninguna Influencia
Confort y satisfacción del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbilidad postoperatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mortalidad postoperatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duración de la hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiempo de recuperación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coste Total del Proceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

