

El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad

I. Bolívar¹, E. Català², R. Cadena³

¹Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública. ²Clínica del Dolor, Servicio de Anestesiología. ³Dirección de Enfermería. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

Resumen

OBJETIVOS: El dolor compromete la calidad de vida de los pacientes y su elevada prevalencia pone en entredicho la calidad asistencial. Este trabajo analiza la prevalencia del dolor en un hospital, en función de los bloques de servicios y del abordaje terapéutico realizado.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio transversal en una muestra representativa de 309 pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel. Mediante entrevista con el paciente y revisión de su historia clínica se recogió información de su filiación, situación clínica, dolor, características del mismo y tratamiento antiálgico.

RESULTADOS: La prevalencia global del dolor fue del 54,7%; del 43,5% considerando sólo el dolor candidato a tratamiento (intensidad >2 en la escala visual analógica) y del 34,7% considerando el dolor moderado-intenso (>3). Un 18,7% de los pacientes tributarios de analgesia no tenían prescripción y la efectividad analgésica se consiguió en el 47,3%. La mayoría de pautas fueron a demanda (63,2%), principalmente con AINE, paracetamol, opioides y técnicas especiales, administrándose de forma combinada en la mitad de los pacientes. Los bloques hospitalarios mostraron variaciones en la prevalencia e intensidad del dolor y en los patrones de prescripción. En el 67,1% de los pacientes el tratamiento analgésico fue adecuado.

CONCLUSIONES: Los resultados sugieren una prevalencia elevada de dolor en el hospital y la posibilidad de mejorar la calidad de su abordaje clínico, en concordancia con los estudios publicados desde los años 80. La persistencia de este problema en los centros asistenciales exigiría una mayor actuación de todos los niveles del sistema sanitario.

Palabras clave:

Dolor. Prevalencia. Terapéutica. Gestión de la asistencia al paciente.

Pain in the hospital: from prevalence to quality standards

Summary

OBJECTIVES: Pain diminishes the quality of life of patients and a high prevalence of pain calls into question the quality of health care being delivered. The present study analyzes the prevalence of pain in one hospital, by departments and by therapeutic approach used.

PATIENTS AND METHODS: This cross-sectional study was carried out in a representative sample of 309 patients admitted to a tertiary care hospital. Information was gathered by patient interviews and by reviewing hospital records for personal characteristics, clinical situation, pain characteristics and analgesic treatment.

RESULTS: The prevalence of pain was 54.7% overall. The prevalence of pain eligible for treatment (intensity >2 on a visual analog scale) was 43.5%. The prevalence of pain that was moderate to intense (>3) was 34.7%. No analgesia was prescribed for 18.7% of the patients eligible, and analgesia was effective for 47.3%. Analgesia was provided on demand (63.2%) in most clinic protocols, usually with nonsteroidal antiinflammatory drugs, acetaminophen, opioids and special techniques, administered in combination to half the patients. The prevalence and intensity of pain and the prescription protocols varied from one hospital department to another. Analgesic treatment was adequate for 67.1% of the patients.

CONCLUSIONS: The results suggest that the prevalence of pain in the hospital is high and that it is possible to improve quality of clinical approach, in agreement with studies that have been appearing since the 1980s. The persistence of the problem of pain in health care centers requires action on all levels of the health care system.

Key words:

Pain. Prevalence. Therapy. Patient care management.

Correspondencia:

Dr. Ignasi Bolívar Ribas
Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Casa de la Convalescència).
St. Antoni Maria Claret 171
08041 Barcelona.
E-mail: ibolivar@hsp.santpau.es

Aceptado para su publicación en enero de 2005.

Introducción

Hoy en día el dolor, ya sea agudo o crónico, tiene una gran importancia en el ámbito sanitario y socioeconómico¹⁻³. Citado como el quinto signo vital, el dolor es uno de los trastornos que más afecta y preocupa a las personas, y es el síntoma acompañante que

con mayor frecuencia motiva una consulta médica^{2,4-6}. Su presencia es además fuente de numerosos problemas, como efectos adversos fisiopatológicos y psicoemocionales, aumento de la morbilidad y alargamiento de las estancias hospitalarias^{7,8}.

La persona o el paciente que padece dolor lo manifiesta como algo desagradable, a veces como un sufrimiento enorme con el que es difícil convivir, y no siempre estando relacionado con una lesión o enfermedad⁹. Esta subjetividad puede dificultar el manejo del dolor y el alcance de la analgesia. No obstante, se acepta la presencia de dolor como un sufrimiento innecesario e inútil, ya que en general puede controlarse eficazmente mediante los fármacos y las técnicas disponibles actualmente. En consecuencia, el adecuado tratamiento del dolor ha sido considerado como un indicador relevante de buena práctica clínica y calidad asistencial^{8,10}.

Una de las primeras medidas de mejora asistencial para reducir el dolor en un centro sanitario consiste en conocer la prevalencia de este síntoma y analizar el abordaje terapéutico realizado^{11,12}. Estos estudios en nuestro medio hospitalario son escasos y a menudo están basados en subgrupos de pacientes, enfermedades específicas o en determinados fármacos^{13,14}. Los autores son unánimes a la hora de señalar prevalencias elevadas de dolor y necesidades de mejora en su manejo clínico. El objetivo del presente trabajo es conocer la prevalencia del dolor en el conjunto de un centro hospitalario, las características referidas, y su variación en función de los distintos bloques de servicios y del abordaje terapéutico realizado. Con ello se pretende analizar la calidad de la asistencia que se realiza al tratamiento del dolor y exponer las propuestas de mejora en los diferentes niveles del sistema sanitario.

Material y métodos

Se realizó un estudio de diseño transversal sobre la presencia de dolor en los pacientes ingresados en cualquier Servicio del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau de la ciudad de Barcelona en un día del mes de octubre del 2001. Se trata de un hospital universitario de tercer nivel perteneciente a la red hospitalaria de utilización pública del Servicio Catalán de la Salud, con 630 camas de 34 especialidades, 71 camas de hospital de día y 18 quirófanos.

El universo del estudio se basó en el fichero de camas convencionales utilizadas con criterios de hospitalización, pertenecientes a los bloques médico, quirúrgico, críticos-semicríticos y pediátrico. También se incluyeron las camas de la Unidad de Cuida-

dos Paliativos como camas convencionales del bloque médico. Las camas de pacientes en régimen ambulatorio, incluyendo la cirugía mayor ambulatoria, y de hospital de día quedaron excluidas por no ser de hospitalización.

Dada la dificultad metodológica para determinar el dolor, se excluyeron las siguientes 77 camas: Urgencias (n=12), Unidad de Neonatología de Críticos y Semicríticos (15), Urgencias de Psiquiatría (2), Servicio de Psiquiatría (32), Urgencias de Ginecología y Obstetricia (4), y Servicio de Toxicomanías (12). También se excluyeron 24 camas que estaban inhabilitadas por obras en sus habitaciones. Del total de 529 camas disponibles se seleccionó de forma aleatoria simple una muestra estratificada por los cuatro bloques hospitalarios del estudio. El tamaño de cada estrato debía permitir la estimación de una prevalencia del 40%±5% con un error $\alpha=5%$, y resultó en un total de 358 pacientes con una fracción de muestreo global de 1,5 (el 67,7% de la población). Se estableció *a priori* que las camas desocupadas (índice de ocupación hospitalaria del 94,9% en el año anterior) o los enfermos con imposibilidad de realización del estudio (negativa a participar, problemas de comunicación, traslado temporal, etc.) fueran substituidos tomando el enfermo de la cama más próxima.

La información del estudio fue recogida por un equipo de 15 profesionales de enfermería en dos turnos, de 8 h a 15 h y de 14 h a 21 h, y se obtuvo sistemáticamente por entrevista personal con el paciente y por revisión de la historia clínica. Previamente este equipo realizó dos sesiones de formación y llevó a cabo una prueba piloto para valorar la factibilidad de las fuentes de información. Ninguna enfermera realizó la recogida de información en las salas de hospitalización donde trabajaba habitualmente. Para cada enfermo seleccionado se recogió información relativa a su filiación, servicio de ingreso, datos clínicos, existencia de dolor y características del mismo, abordaje analgésico (pauta fija y/o a demanda, vía de administración, dosis) y técnicas especiales (de analgesia regional o endovenosa con sistema de ACP - analgesia controlada por el propio paciente).

La prevalencia del dolor se valoró con la pregunta "¿Usted ha tenido dolor en las últimas 24 horas?" y su intensidad se midió principalmente con la escala visual analógica (EVA, 77,9%). No obstante, para los pacientes con dificultades para la comprensión de la EVA se utilizó la escala de valoración numérica (11,0%), la descriptiva simple o de valoración verbal (enfermos de bajo nivel cultural, 8,0%) y la de expresión facial de Wong-Baker (enfermos pediátricos, 3,1%). Para cada escala se reconvirtieron los valores en categorías de 0 (sin dolor) al 10 (máximo dolor),

y se agruparon en dolor leve (de 1-3 puntos), moderado (de 4-6 puntos) e intenso (de 7-10 puntos).

El grado de control del dolor se valoró a partir de la intensidad del dolor manifestada y se comparó con la pauta analgésica administrada. Se definió que una intensidad mayor de 2 se consideraba dolor candidato a tratamiento^{8,15}. Se calculó el grado de instauración de analgesia, como el porcentaje de pacientes con prescripción analgésica del total de pacientes con dolor de intensidad mayor de 2 y/o con prescripción analgésica. Asimismo, se definió la efectividad analgésica como el porcentaje de enfermos sin dolor candidato a tratamiento del total de enfermos con algún tratamiento analgésico. Finalmente, se valoró la adecuación del tratamiento antiálgico, definida por el porcentaje de pacientes con tratamiento antiálgico adecuado del total de pacientes con dolor candidato a tratamiento y/o con prescripción analgésica. Para ello una especialista de la Clínica del Dolor (EC) revisó todos los casos con dolor y valoró la adecuación del tratamiento según las características del paciente (edad, sexo, diagnóstico), la intensidad del dolor manifestada, el tipo de pauta antiálgica y los fármacos prescritos (principio activo, dosis y periodicidad). Se consideró que un tratamiento era inadecuado cuando: 1) el paciente refería dolor candidato a tratamiento (intensidad >2) y no recibía ningún analgésico, 2) la prescripción analgésica fue errónea, 3) la prescripción analgésica fue insuficiente a la intensidad del dolor, a la patología o a las características del enfermo, o 4) cuando la prescripción fue correcta y suficiente pero no se administró correctamente (tratamiento pauta-do incorrectamente a demanda, dosis sin incrementar o no adición de otros fármacos).

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la prevalencia

según el bloque hospitalario, las características del paciente, el tipo de dolor referido y el abordaje terapéutico realizado. Se utilizaron pruebas estadísticas básicas de tipo paramétrico (prueba T de Student, Chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher y test de tendencia lineal) y no paramétrico (prueba U de Mann-Whitney).

Resultados

De las 358 camas originalmente seleccionadas, 92 se excluyeron del estudio y generaron 43 substituciones. Así, del total de 401 camas contactadas se logró incluir en el estudio a 309 (77,1%) enfermos. Los motivos que impidieron realizar el estudio fueron: alteración de la consciencia, del comportamiento o edad extrema (48 casos); camas desocupadas (31 casos); ausencia temporal del enfermo debido a la realización de procedimientos (5 casos); aislamiento (2 pacientes); negativa a participar del enfermo (1 paciente); y otras causas (5 casos). Proporcionalmente estas camas excluidas afectaron más al bloque pediátrico (47,4% de sus enfermos contactados) y de críticos-semicríticos (41,8%) que al bloque médico (19,6%) y quirúrgico (15,1%). Las características de los pacientes estudiados se presentan en la Tabla I.

Prevalencia general del dolor

Refirieron dolor en las últimas 24 horas 169 pacientes, lo que representó una prevalencia del 54,7% (intervalo de confianza al 95% de 49,2-60,3%). No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la prevalencia del dolor según género, edad o días de estancia, pero sí por bloques hospitalarios ($p=0,05$, Tabla II). La mediana

TABLA I
Características de la muestra del estudio según bloque del hospital

	Bloque hospitalario				Total
	Médico	Quirúrgico	Críticos+Semicr.	Pediatría	
Población del hospital (n%)	219 41,4%	212 40,1%	79 14,9%	19 3,6%	529 100%
Número de exclusiones	32	23	28	9	92
Muestra estudiada (n, %)	131 42,4%	129 41,7%	39 12,6%	10 3,2%	309 100%
-Sexo y edad:					
Hombres (%)	55,0%	41,2%	59,0%	60,0%	50,2%
Edad en años (media±DE)	62,9 ± 14,7	62,2 ± 16,2	58,5 ± 17,1	9,6 ± 5,1	59,8 ± 18,5
Mujeres (%)	45,0%	58,8%	41,0%	40,0%	49,8%
Edad en años (media±DE)	62,2 ± 17,1	59,2 ± 23,1	58,1 ± 22,0	8,2 ± 6,9	58,9 ± 22,1
- Días de estancia (media±DE)	12,0 ± 29,0	16,5 ± 88,6	7,6 ± 10,8	12,1 ± 13,0	13,3 ± 60,4

DE=desviación estándar.

TABLA II

Distribución de prevalencia del dolor según categorías de intensidad y características del paciente

		% Sin dolor	% Con dolor			
			Cualquier intensidad	Leve	Moderado	Intenso
Sexo	Hombre	49,0	51,0	22,8	18,1	10,1
	Mujer	44,2	55,8	18,4	24,5	12,9
Grupos de edad	0-49 años	35,7	64,3	28,6	15,5	20,2
	50-69 años	52,3	47,7	17,8	22,4	7,5
	70+ años	46,2	53,8	15,4	25,6	12,8
Bloque hospitalario	Médico	52,7	47,3	20,6	19,8	6,9
	Quirúrgico	36,4	63,6	20,2	25,6	17,8
	Críticos-Semicrít.	46,2	53,8	15,4	20,5	17,9
	Pediatría	66,7	33,3	22,2	0,0	11,1

Categorías de intensidad del dolor de "sin dolor" (0 puntos) a dolor leve de (de 1-3 puntos), moderado (de 4-6 puntos) e intenso (de 7-10 puntos).

(rango) de duración del dolor fue de 0,2 (0,0-96,0) meses, de modo que la prevalencia de dolor agudo (menor de 3 meses) fue de 44,1% y la de dolor crónico de 9%.

El dolor leve (de 1-3 puntos) presentó una prevalencia de 19,8%, el dolor moderado (de 4-6 puntos) fue de 21,8% y el dolor intenso (de 7-10 puntos) de 13,0% (Tabla II). Considerando el dolor candidato a tratamiento (intensidad mayor de 2) la prevalencia en el hospital fue de 43,5%. Considerando el dolor de intensidad moderada o intensa (mayor de 3) la prevalencia en el hospital fue de 34,7%. La mediana (rango) de intensidad que manifestaron los pacientes con dolor fue de 4 (1-10 puntos). No se observaron diferencias en la intensidad del dolor entre hombres y mujeres, pero sí en relación con la edad, aumentando el dolor moderado con ésta (p=0,02). Según el bloque hospitalario, también se observaron diferencias en la intensidad del dolor (p=0,09).

Un 42,0% de los enfermos con dolor, en general de intensidad leve o moderada, lo relacionaron con algún procedimiento realizado previamente en el hospital. Los principales fueron: intervenciones quirúrgicas (24,3%), procedimientos mínimamente invasivos (8,9%), vías invasivas o pinchazos (7,7%) y curas (2,4%).

Prevalencia del dolor y tratamiento analgésico

De los 309 pacientes estudiados 207 (67,0%) tenían prescrito algún tratamiento específico para el dolor en el momento de la entrevista (Figura 1). De los pacientes tributarios de tratamiento antiálgico (intensidad de dolor mayor de 2), 109 pacientes (81,3%) tenían algún tipo de prescripción, mientras que 25 (18,7%) pacientes no tenían ninguna prescripción. Como resultado el grado de instauración de

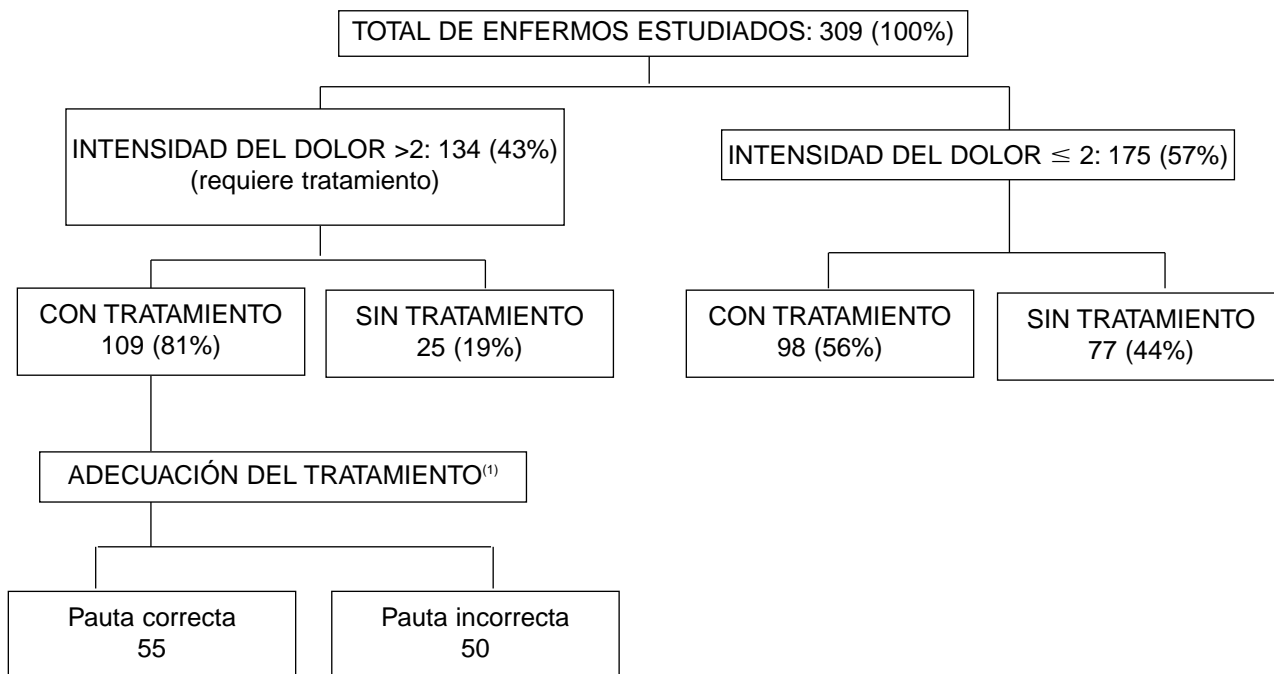
analgésia fue del 89,2% y la efectividad analgésica del 47,3%. En la Figura 2 se muestran estos resultados por bloque hospitalario y según la prevalencia observada de dolor en los pacientes con tratamiento antiálgico. Destaca el elevado grado de instauración de analgesia en los bloques pediátrico y quirúrgico, pero sin asociarse a una mayor efectividad analgésica o a una menor prevalencia del dolor.

Casi dos terceras partes de las pautas analgésicas prescritas fueron a demanda, mientras que el resto fueron fijas (Tabla III). El predominio de las pautas a demanda tendió a diferir entre los bloques del hospital pero sin alcanzar la significación estadística. También se observó un mayor porcentaje de pacientes con pauta a demanda a mayor intensidad del dolor. Esta tendencia no pareció observarse en las pautas fijas. No obstante, la prevalencia del dolor en los pacientes con pauta a demanda no difirió estadísticamente de los pacientes con pauta fija (p=0,4), y la

TABLA III

Tipo de pauta analgésica prescrita según bloque hospitalario e intensidad del dolor, y resultados obtenidos

		Pauta analgésica	
		% A demanda	% Fija
Distribución según el lugar de la prescripción	Todo el hospital	63,2	36,8
	Bloque médico	57,4	42,6
	Bloque quirúrgico	62,9	37,1
	Bloque de críticos-semicríticos	78,9	21,1
	Bloque pediátrico	80,0	20,0
Distribución según intensidad del dolor	Sin dolor	33,6	15,7
	Leve	42,6	32,8
	Moderado	47,8	29,9
	Intenso	52,5	30,0
Prevalencia del dolor		63,0	70,3
Efectividad analgésica		47,2	47,3



(1) se excluyen 4 casos con historia clínica no localizada

Fig. 1. Abordaje terapéutico del dolor y adecuación de los tratamientos administrados.

valencia de dolor fue del 100%; en su mayoría de intensidad moderada y hasta un 37,3% fue intenso ($p < 0,0001$). Estos resultados no variaron según el bloque hospitalario.

La adecuación del tratamiento analgésico fue parecida tanto cuando se pautaba a demanda (76,4%) como de manera fija (73,0%, $p = 0,9$), y fue significativamente mayor cuando el tratamiento antiálgico consistía en fármacos combinados (81,2%) en vez de fármacos individuales (69,6%, $p = 0,04$). Las pautas analgésicas con mayor inadecuación fueron, por orden: opioides menores solos (50,0%), paracetamol solo (40,7%), opioides menores+otros fármacos (40,0%) y opioides mayores solos (33,3%).

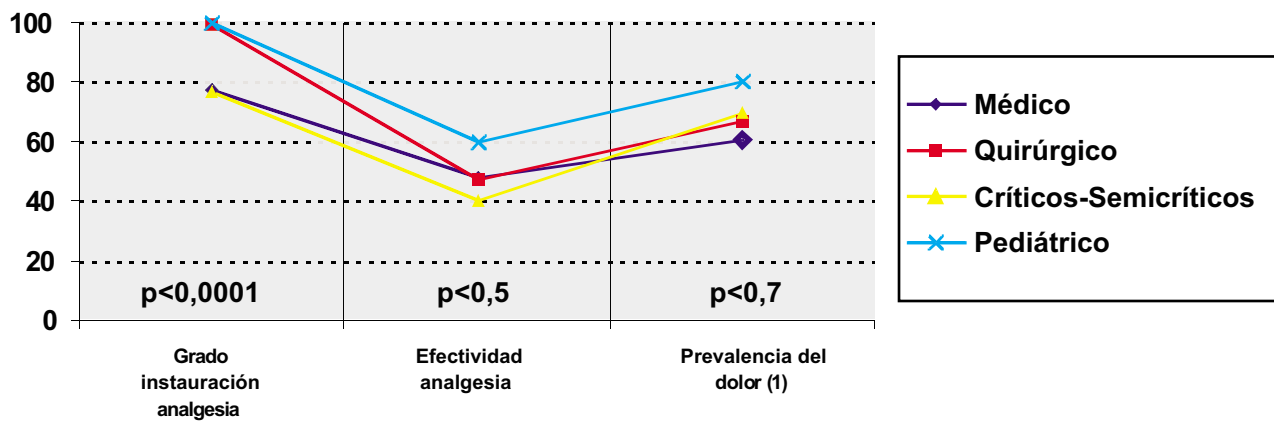
Discusión

El presente trabajo sitúa la prevalencia global del dolor en el 54,7% de los enfermos ingresados en un centro hospitalario de tercer nivel y describe los factores asistenciales que la determinan. En concreto se observa que la prescripción de fármacos para el control del dolor no siempre alcanza la totalidad de pacientes que lo necesitan, que la efectividad analgésica no se corresponde a la de su eficacia potencial y

que algunas pautas analgésicas podrían adecuarse mejor a la situación clínica del enfermo.

Uno de cada dos enfermos presentó dolor en las últimas 24 horas y mayoritariamente de suficiente intensidad como para interferir su calidad de vida y requerir tratamiento. La prevalencia del dolor en un centro hospitalario está relacionada con numerosos factores de naturaleza distinta¹⁶. Entre otros el tipo de paciente, el tipo de patología que presenta, los procedimientos que se practican, la atención al dolor que realiza el centro y la práctica clínica de sus profesionales. Por ello existen dificultades para valorar la prevalencia obtenida y compararla con la de otros hospitales. Asumiendo que el dolor cero es posible pero no factible en la realidad de un hospital ¿la prevalencia observada es mayor o menor a la que debería existir?⁸. Nuestra prevalencia observada corresponde a la de una institución cuyo nivel terciario comporta una complejidad y una gravedad importantes de los enfermos atendidos. Otros hospitales de características parecidas encuentran valores similares, entre el 50% y el 67%^{13-14,17-19}. No obstante, como todos los autores concluyen, creemos que se trata de una prevalencia elevada y susceptible de mejora.

A la hora de comparar la prevalencia del dolor entre bloques de un mismo hospital también encon-



(1) En pacientes con tratamiento analgésico prescrito (n=207)

Fig. 2. Grado de instauración analgésica, efectividad analgésica resultante y prevalencia del dolor obtenida, según bloque hospitalario.

tramos una diversidad de servicios asistenciales, con pacientes de gran heterogeneidad en cuanto a patologías y procedimientos. Esta variabilidad se traduce en diferencias significativas entre bloques hospitalarios en la prevalencia del dolor y sus características²⁰. También destaca la variabilidad de las áreas hospitalarias en la conducta terapéutica del dolor. Así nuestro grado de instauración terapéutica, el tipo de pautas y la prescripción farmacológica variaron significativamente entre los bloques hospitalarios, incluso en pacientes con la misma intensidad de dolor. Ello pone en evidencia las necesidades específicas de cada bloque hospitalario a la hora de gestionar la atención clínica del dolor y de planificar las acciones de mejora de la calidad asistencial.

El dolor en los enfermos quirúrgicos y de críticos-semicríticos tuvo una prevalencia y una intensidad superior que en los enfermos médicos y pediátricos. En parte por la mayor frecuencia de procedimientos relacionados con el dolor (cirugía, curas y procedimientos mínimamente invasivos). Paradójicamente el bloque quirúrgico presentó un elevado grado de instauración y de adecuación analgésica mientras que el de críticos-semicríticos presentó el más bajo. Por otro lado, la prevalencia de dolor en el área médica no se distanció mucho de la de críticos-semicríticos, si bien la intensidad tendió a ser más moderada. Los resultados de nuestros enfermos pediátricos deben considerarse con cautela por el bajo número de casos incluidos en el estudio. Aún y así tanto la prevalencia general del dolor, como la frecuencia de prescripción y la efectividad analgésica se situaron entre las más favorables del hospital y de los estudios publicados^{14,15,19,21}. Ello se atribuiría quizás a la mayor exi-

gencia de los profesionales ante las repercusiones del dolor especialmente importantes en el bienestar fisiológico, psicológico y emocional de los niños^{14,15}.

A pesar de la variabilidad de la conducta terapéutica del dolor en las áreas hospitalarias destaca la similitud de la efectividad analgésica resultante. Así, comparando los bloques hospitalarios más grandes, el médico y el quirúrgico, observamos resultados paradójicos: Mientras que el bloque médico tenía unos niveles bajos de instauración y adecuación analgésica y el bloque quirúrgico unos niveles elevados, la efectividad analgésica y la prevalencia del dolor final fueron parecidas. Diversos autores han observado resultados similares que se explican por las limitaciones del diseño transversal del estudio^{14,18,21,22}. Éste no permite establecer asociaciones entre la conducta terapéutica adoptada y la analgesia resultante. Es decir, no distingue si la prevalencia del dolor es causa o consecuencia de la práctica clínica que el médico ha realizado. Hipotéticamente los factores mencionados que determinan la prevalencia de dolor serían al inicio más frecuentes en los pacientes quirúrgicos. A la vez, ante la presencia de una justificación obvia de dolor, como la cirugía, se incrementarían su tratamiento y su adecuación. No obstante en los estudios transversales sólo se apreciaría la similitud en la efectividad y la prevalencia del dolor entre los pacientes tratados.

El presente trabajo también objetiva algunos aspectos sobre la calidad de la asistencia que se realiza al controlar el dolor. Un 18,7% de los enfermos candidatos a tratamiento analgésico no tenían ninguna prescripción por parte del médico. Estos porcentajes en la literatura se sitúan entre el 20%-46%^{14,17-19,21}. La efecti-

vidad analgésica observada en general sólo alcanzó el 47,3%. Es decir, más de la mitad de los pacientes tratados por dolor continuaban presentándolo con una intensidad de 3 o más puntos. Este resultado también se acerca al de los estudios publicados^{14,17,21,23}. De igual forma es generalizado el predominio de las pautas a demanda^{13,24,25} y, en nuestro estudio, especialmente cuando el dolor era intenso. El patrón de prescripción observado tampoco se alejó mucho del descrito por otros autores^{15,16,18,20,22-26}: básicamente AINE o paracetamol, solos o en combinación; los opioides mayores se administraron al 24,6% de los enfermos con tratamiento analgésico. Algunas prácticas terapéuticas parecieron exclusivas de un bloque hospitalario, como las técnicas especiales en el bloque quirúrgico (posiblemente por el mayor control del servicio de Anestesiología-Clínica del Dolor) y las medidas no farmacológicas en críticos-semicríticos (por el control más exhaustivo por parte de enfermería). Por último, se observó que el 24,6% de los pacientes tratados lo fueron inadecuadamente.

Nuestros resultados, por consiguiente, concuerdan con la totalidad de estudios realizados en la necesidad de mejorar el abordaje del dolor en el hospital¹³⁻²⁹. Las intervenciones propuestas son unánimes y ya han estado claramente definidas desde hace años en los sistemas sanitarios occidentales^{8,11,16,30}. Los primeros estudios denunciando las carencias del tratamiento del dolor en los hospitales se publicaron en Estados Unidos en 1977 y en España en 1989^{14,16,23}. La primera guía oficial para el manejo del dolor postoperatorio se publicó en Australia en 1988⁴. Desde entonces la persistencia de la magnitud del dolor en los hospitales y de la inadecuación de su tratamiento exige una solución por parte de todos los protagonistas del sector sanitario.

La administración sanitaria ha emprendido iniciativas fundamentales para reforzar nuestro sistema asistencial en el control del dolor. Así, en Cataluña, ya se incluyó el control del dolor como un objetivo del Plan de Salud desde el año 1996³¹. Sin embargo, no se han concretado las intervenciones realizadas ni el logro de los objetivos operacionales que se establecieron, y el dolor ha dejado de constar como objetivo en el Plan de Salud 2002-2005³². Los distintos modelos sanitarios de atención al dolor han estado ampliamente debatidos con la finalidad de encontrar la mejor relación coste-beneficio^{4,8,11,15,28-30}. El modelo basado en clínicas o unidades de dolor y en la implantación de programas específicos de gestión del dolor a nivel de todo el hospital de forma institucionalizada parece ser el más adecuado en el medio europeo. El éxito de estos programas para reducir los niveles de dolor se basa en la multidisciplinariedad,

la simplicidad y el bajo coste de sus acciones^{11,22,30}. Con ello, la Dirección de cada hospital debería definir una política clara y firme sobre la atención del dolor, aprobar los planes necesarios que aseguren su correcta gestión clínica en todos los servicios y dedicarle los recursos que los hagan viables.

Los profesionales sanitarios requerirían, según la mayoría de autores, una mayor concienciación sobre la importancia del dolor^{8,16,29,33}; tener siempre presente este síntoma en la atención al enfermo, disponer de una valoración y un seguimiento rigurosos del dolor como parte de la rutina general de evaluación clínica, y mantener una buena comunicación con el paciente y entre todos los profesionales que lo atienden^{16,22-23,25-26,34-35}. Las sociedades profesionales y grupos de carácter científico o académico han dirigido grandes esfuerzos contra el dolor³⁶⁻³⁹. Destaca el impulso de la nueva generación de guías de práctica clínica sobre el manejo del dolor, caracterizadas por su accesibilidad en la Web, por explicitar la evidencia científica y ser específicas del sitio anatómico de la cirugía^{4,40-41}. También destaca la instauración de estándares e indicadores de calidad, y la realización de estudios periódicos que determinen el grado en que son alcanzados^{10,12,37}. Asimismo destacan los programas multianuales, como el "Europe Against Pain" de la Federación Europea de las Sociedades Nacionales de la IASP (*International Association for the Study of Pain*), de la que es miembro la Sociedad Española del Dolor, o el "2001-2010 Decade of Pain Control and Research" de los EEUU. Finalmente, sobresalen iniciativas como la "Pain Care Coalition" para influenciar la política sanitaria federal del Congreso de los Estados Unidos a través de enmiendas legislativas y reguladoras que den soporte a la atención sanitaria del dolor^{42,43}.

Por último, y no por ello menos importante, para reducir el dolor se debe contar con los propios enfermos que lo padecen, los familiares y la sociedad en general. La participación de los pacientes en las decisiones sobre su atención sanitaria, incluido el control efectivo del dolor, es ya un hecho reconocido, así como el papel de las asociaciones, grupos de ayuda mutua y líneas telefónicas de ayuda e información a pacientes y cuidadores¹⁰.

En conclusión, la existencia de dolor en el medio hospitalario, el relativo grado de instauración de analgesia y su baja efectividad junto a una cierta inadecuación sugieren la posibilidad de mejora de la calidad de la atención al dolor en los distintos bloques asistenciales. Teniendo en cuenta el tiempo que los estudios publicados llevan constatando esta situación, las soluciones se encontrarían más allá del medio hospitalario e involucrarían a todos los niveles del sistema sanitario.

Agradecimientos

Los autores agradecemos a las enfermeras Montserrat Calpena, Mariona Castellà, Olga Esquerdo, Laura Fatjó, Isabel Magallanes, Carmen Martínez, M^a Jesús Mateu, Adelina Quintàs, Joanna Ramón, Susana Rodríguez, Encarna Sáez, Alícia Sanchez, Isabel Serrano y Carme Valls por su dedicación en la realización del trabajo de campo. También agradecemos a la Comisión de Evaluación de Resultados del Programa de Promoción y Evaluación de la Calidad Asistencial del Hospital (ProAQuA) por sus aportaciones en la discusión del estudio. Este trabajo también ha sido posible gracias a la incorporación del dolor en los objetivos vinculados a la contratación de los hospitales de la red de utilización pública del Servicio Catalán de la Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. The American Pain Society. Pain Assessment and Treatment in the Managed Care Environment. A Position Statement from the American Pain Society. *APS Bulletin*, March/April 2000 [citado 10 Enero 2005]. Disponible en: <http://www.ampainsoc.org/managedcare/position.htm>
2. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Cañellas M, Banos JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain* 1999;83(1):9-16.
3. Bosch F, Baños JE. Las repercusiones económicas del dolor en España [carta]. *Med Clin (Barc)* 2000;115:638.
4. Rowlingson JC, Rawal N. Postoperative pain guidelines-targeted to the site of surgery. *Reg Anesth Pain Med* 2003;28(4):265-267.
5. Verhaak PFM, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: A review of the literature. *Pain* 1998;77(3):231-239.
6. Catala E, Reig E, Artes M, Aliaga L, Lopez JS, Segu JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain* 2002;6(2):133-140.
7. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent Pain and Well-being. A World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*. 1998;280(2):147-151.
8. Rawal N. Acute Pain Services Revisited-Good From Far, Far From Good? *Reg Anesth Pain Med* 2002;27(2):117-121.
9. Eccleston C. Role of psychology in pain management. *Br J Anaesth* 2001;87(1):144-152.
10. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Pain Assessment and Management Standards-Hospitals. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook (CAMH)*, 2001 [citado 10 Enero 2005]. Disponible en: <http://www.jcrinc.com/subscribers/perspectives.asp?durki=3243>
11. Gould TH, Crosby DL, Harmer M, Lloyd SM, Lunn JN, Rees GA, et al. Policy for controlling pain after surgery: effect of sequential changes in management. *BMJ* 1992;305(6863):1187-1193.
12. Ward SE, Gordon D. Application of the American Pain Society quality assurance standards. *Pain* 1994;56(3):299-306.
13. Salomon L, Tcheryn-Lessenot S, Collin E, Coutaux A, Levy-Soussan M, Legeron MC, et al. Pain prevalence in a French teaching hospital. *J Pain Symptom Manage* 2002;24(6):586-592.
14. Cañellas M, Bosch F, Bassols A, Rué M, Baños JE. Prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Med Clin (Barc)* 1993;101:51-54.
15. Cummings EA, Reid GJ, Finley GA, McGrath PJ, Ritchie JA. Prevalence and source of pain in pediatric inpatients. *Pain* 1996;68(1):25-31.
16. Baños JE, Bosch F. Problemas específicos de la terapia antiálgica en el medio hospitalario. *Med Clin (Barc)* 1996;106:222-226.
17. Ripamonti C, Zecca E, Brunelli C, Groff L, Boffi R, Caraceni A, et al. Pain experienced by patients hospitalized at the National Cancer Institute of Milan: research project "towards a pain-free hospital". *Tumori* 2000;86(5):412-418.
18. Abbott FV, Gray-Donald K, Sewitch MJ, Johnston CC, Edgar L, Jeans ME. The prevalence of pain in hospitalized patients and resolution over six months. *Pain* 1992;50(1):15-28.
19. Michel P, de Sarasqueta AM, Cambuzat E, Henry P; Comité de Lutte contre la Douleur. Evaluation de la prise en charge de la douleur dans un centre hospitalo-universitaire. *Presse Med* 2001;30(29):1438-1444.
20. Zavala S, Cañellas M, Bosch F, Bassols A, Moral MV, Banos JE. Estudio comparativo sobre el tratamiento del dolor postoperatorio en función del servicio quirúrgico. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 1996;43(5):167-173.
21. Johnston CC, Abbott FV, Gray-Donald K, Jeans ME. A survey of pain in hospitalized patients aged 4-14 years. *Clin J Pain* 1992;8(2):154-163.
22. Vallano A, Aguilera C, Arnau JM, Banos JE, Laporte JR. Management of postoperative pain in abdominal surgery in Spain. A multicentre drug utilization study. *Br J Clin Pharmacol* 1999;47(6):667-673.
23. Baños JE, Bosch F, Ortega F, Bassols A, Cañellas M. Análisis del tratamiento del dolor postoperatorio en tres hospitales. *Rev Clin Esp* 1989;184:177-181.
24. Ward SE, Gordon DB. Patient satisfaction and pain severity as outcomes in pain management: a longitudinal view of one setting's experience. *J Pain Symptom Manage* 1996;11(4):242-251.
25. Aguilera C, Arnau JM, Bosch C, Castel JM, Laporte JR, Paredes I, et al. Grupo de Estudio sobre la Analgesia Postoperatoria de la Sociedad Española de Farmacología Clínica. Analgésicos en el postoperatorio de intervenciones abdominales *Med Clin (Barc)* 1997;108:136-140.
26. Jamison RN, Anderson KO, Peeters-Asdourian C, Ferrante FM. Survey of opioid use in chronic nonmalignant pain patients. *Reg Anesth* 1994;19(4):225-230.
27. Puig MM, Montes A, Marrugat J. Management of postoperative pain in Spain. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;45(4):465-470.
28. Muñoz-Ramón JM, Criado A, Valentín B, García-Caballero J. Diseño de un plan de formación para la puesta en marcha de una unidad de dolor agudo. *Rev Soc Esp Dolor* 2002;9:37-40.
29. Warfield CA, Kahn CH. Acute Pain Management: Programs in U.S. Hospitals and Experiences and Attitudes among U.S. Adults. *Anesthesiology* 1995;83(5):1090-1094.
30. Rawal N, Berggren L. Organization of acute pain services: a low-cost model. *Pain* 1994;57(1):117-123.
31. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona 1997.
32. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Avaluació dels objectius de salut i de disminució de risc per l'any 2000. En: Pla de Salut de Catalunya 2002-2005 [citado 10 Enero 2005]. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/index.html>
33. Rose DK, Cohen MM, Yee DA. Changing the practice of pain management. *Anesth Analg* 1997;84(4):764-772.
34. Acello B. Meeting JCAHO standards for pain control. *Nursing* 2000;30(3):52-54.
35. Zalon ML. Nurses' assessment of postoperative patients' pain. *Pain* 1993;54:329-334.
37. [American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA* 1995;274(23):1874-1880.
38. Practice Guidelines for Chronic Pain Management: A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Chronic Pain Section. *Anesthesiology* 1997;86(4):995-1004.
39. Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting: A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Acute Pain Section. *Anesthesiology* 1995; 82(4):1071-1081.
40. Procedure Specific Postoperative Pain Management (PROSPECT) [citado 10 Enero 2005]. Disponible en: <http://www.postoppain.org>
41. Rosenquist RW, Rosenberg J. Postoperative pain guidelines. *Reg Anesth Pain Med* 2003;28(4):279-288.

42. H.R.1863- National Pain Care Policy Act of 2003. 108th CONGRESS, 1st Session, The House of Representatives of the United States of America, April 29, 2003 [citado 10 Enero 2005]. Disponible en: http://www.painfoundation.org/downloads/NPCPA2003_Bill.pdf
43. H.R. 2507- Conquering Pain Act of 2003. 108th Congress, 1st Session, The House of Representatives of the United States of America June 18, 2003 [citado 10 Enero 2005]. Disponible en: <http://www.the-ordinator.com/bills108/hr2507.html>