

# Guía de evaluación y tratamiento del dolor del IMAS

CATD 2008

Comissió d'Avaluació i Tractament del Dolor

Con la colaboración de:

**MEDA**

*comprometidos con la formación*

Autor:

Dr. Antonio Montes Pérez



# Guía de evaluación y tratamiento del dolor del IMAS

CATD 2008

*Comissió d'Avaluació i Tractament del Dolor*

Coordinación Guía:

E. Arbonés Aran y A. Montes Pérez

Comité de redacción:

E. Arbonés Aran, M<sup>º</sup> C. Arilla Montanuy, P. Foro Arnalot,  
R. Herms Puig, A. Montes Pérez, E. Muñoz López, P. Ortiz  
Sagristà, P. Pastor Blasco, J.A Pereira Rodríguez, J. Planas  
Domingo y M. Ramírez Valencia,

*En representación de la CATD.*



Índice:



# 1. Grupo de expertos

## Coordinadores de la guía:

E Arbonés Aran, A. Montes Pérez

## Comité de redacción:

E. Arbonés Arán, M<sup>o</sup> C. Arilla Montanuy, P. Foro Arnalot, R. Herms Puig, A. Montes Pérez, E. Muñoz López, P. Ortiz Sagristà, P. Pastor Blasco, J.A Pereira Rodríguez, J. Planas Domingo y M. Ramírez Valencia, en representación de la CATD.

## Composició CATD:

- **Presidente:**

**Dr. Antonio Montes Pérez**, Servei d'Anestesiologia.  
Unitat Dolor. H Mar.

- **Vicepresidenta:**

**Sra. Encarna Muñoz López**, Cap d'Àrees Quirúrgiques. H Mar.

- **Secretaria:**

**Dra. Elisa Arbonés Aran**, Servei d'Anestesiologia.  
Unitat Dolor. H Mar.

- **Vocales:**

**Dra. M<sup>o</sup> Carmen Arilla Montanuy**, Servei d'Anestesiologia.  
H. Esperança.

**Sra. Rosa Bartrons Vilarmau**, Infermera, H. Esperança.

**Dr. Pere Benito Ruiz**, Servei de Reumatologia. H. Mar-  
Esperança.

**Sra. M<sup>o</sup> Isabel Castarlenas Sancho**, Infermera, Unitat  
Segona A llarga Estada. Centre Fòrum. Hospital del Mar.

**Dra. Cristina Farriols Danés**, Unitat de Cures  
Pal·liatives. Servei d'Oncologia. H. Esperança.

**Sra. Carmen Fernández Benítez**, Infermera UH 80, H. Mar.

**Dra. Palmira Foro Arnalot**, Servei de Radioteràpia. H. Esperança.

**Dra. Rosa Claudia González Soria**, Servei de Geriatria, PADES-IMAS.

**Dra. Esther Marco Navarro**, Servei de Rehabilitació, H. Esperança.

**Dra. Silvia Mínguez Masó**, Servei d'Urgències, H. Mar.

**Dra. Elvira Munteis Olivas**, Servei de Neurologia, H. Mar.

**Dr. Pere Ortiz Sagristà**, Servei de Farmàcia. H. Esperança.

**Dr. José Antonio Pereira Rodríguez**, Servei de Cirurgia General, H. Mar.

**Dr. Josep Planas Domingo**, Unitat de Cures Pal·liatives. Servei d'Oncologia. H. Esperança.

**Dr. Manuel Ramírez Valencia**, Servei de Traumatologia. H. Mar.

**Sra. Marta Riu Camps**, Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica. (SAEC). IMAS.

## 2. Objetivo y magnitud del problema

Dr. A Montes Pérez

El dolor, una vez cumplida su función de alarma, provoca un sufrimiento innecesario, de alta prevalencia, que puede prevenirse, controlarse o aliviarse en la mayoría de casos. A pesar de disponer de métodos que permiten su diagnóstico y tratamiento, son numerosos los estudios que reflejan una inadecuada gestión del dolor en el ámbito hospitalario, tanto en Catalunya<sup>1-3</sup> como en países de nuestro entorno y con modelos sanitarios similares<sup>4-6</sup>. Estos trabajos muestran deficiencias en los aspectos considerados esenciales por la "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations" (JCAHO)<sup>7</sup> para un adecuado manejo del dolor: información al paciente, educación de los profesionales sanitarios, evaluación del dolor y protocolos analgésicos.

Frente al inadecuado control del dolor objetivado, existe un creciente interés social y sanitario para desarrollar programas institucionales dirigidos a mejorar el control del dolor en todos los niveles asistenciales<sup>8</sup>, en los que es utilizado como indicador de buena práctica clínica y de calidad asistencial<sup>7</sup>. Una de las propuestas para mejorar esta situación ha sido la creación de comités de dolor interdisciplinarios en los diferentes ámbitos sanitarios, con el objetivo de proponer medidas dirigidas a mejorar la calidad de vida en relación con la prevención y el alivio del dolor.

En el mes de abril de 2004 se constituyó la "Comissió d'Avaluació i Tractament del Dolor" (CATD) para los diferentes centros asistenciales del IMAS (Hospital del Mar, Hospital de la Esperanza, Centre Forum y Centre Peracamps). Los objetivos

generales de la CATD son: evaluar la incidencia y la intensidad del dolor de los pacientes, implementar métodos de evaluación, y crear programas dirigidos a mejorar el tratamiento del dolor en todas las áreas asistenciales.

La CATD planteó como objetivo específico analizar las tres áreas básicas en la gestión del dolor: información al paciente y educación del personal sanitario, evaluación del dolor, y métodos de tratamiento. Para ello se han realizado dos cuestionarios, el primero de ellos dirigido a los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) de nuestros centros, y el segundo realizado en una muestra representativa de los pacientes del IMAS.

El cuestionario a los profesionales se realizó entre los meses de julio a octubre de 2004 y los resultados quedaron reflejados en el Butlletí nº 1 de la CATD (Junio de 2005)<sup>9-10</sup>. Como datos más relevantes destacan:

- El 76.1 % de los profesionales manifiestan dar información oral y/o escrita sobre el dolor, aunque sólo un 52,2 % reconoce haber recibido formación sobre el manejo del dolor.
- El 81,3 % pregunta al paciente si tiene dolor aunque sólo el 35,5 % utiliza escalas categóricas y un 45,8 % escalas visuales o numéricas.
- Respecto a los protocolos de tratamiento se refleja una gran diferencia entre las áreas médicas y las áreas quirúrgicas, ya que no llegan al 36 % en las primeras y sobrepasan el 86 % en las segundas.

Para complementar los datos anteriores durante los meses de febrero y marzo de 2006 se realizó el cuestionario a los pacientes (Butlletí nº 4 de la CATD)<sup>11</sup>. El primer dato a destacar es que un 77 % manifestaron haber tenido dolor, y en el 71 % este dolor les había limitado sus actividades en el hospital.

Se ha de resaltar además que:

- El 42 % de los pacientes no habían recibido ningún tipo de información (oral o escrita) sobre la importancia de manifestar su dolor, a excepción de las áreas quirúrgicas (donde la reciben casi un 83 %).
- En un 62,8 % se ha evaluado la intensidad del dolor, aplicando en el 48,5 % escalas categóricas y en el 36,8 % escalas numéricas o visuales. Aunque sólo en el 54 % esta valoración se ha realizado varias veces al día.
- En cuanto a los protocolos de tratamiento, sólo un 30 % de los pacientes tenían pautas de analgesia fija con rescate, y el 20 % de los enfermos con dolor no recibieron ningún tipo de tratamiento analgésico.
- El 85,8 % de los pacientes manifestaron estar bastante o muy satisfechos con la atención dada a su dolor.

La información aportada por ambos estudios es de gran utilidad para conocer el punto de partida en que nos encontramos en los centros del IMAS respecto a la gestión del dolor. Además muestran como la percepción que tienen los profesionales de este proceso, es ostensiblemente mejor a la que manifiestan los pacientes; aunque la satisfacción final de estos sea elevada, probablemente por las bajas expectativas aún existentes en este ámbito asistencial.

Estos datos refuerzan la necesidad de impulsar medidas de mejora en la información a los pacientes, educación de los profesionales, evaluación periódica del dolor, y aplicación de protocolos terapéuticos. Estas medidas se resumen en las siguientes recomendaciones realizadas por la CATD:

- Mejorar la información oral y escrita, asegurando su difusión a los pacientes.

- Como métodos de evaluación se recomienda utilizar alguna de las siguientes escalas: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Verbal Numérica (EVN) o Escalas Categóricas.
- Registrar el dolor como una constante más en la trayectoria clínica, definiendo intervalos específicos en cada servicio.
- Establecer pautas fijas con rescate, comprobando su adecuación a cada paciente.
- Elaboración e implementación de protocolos de evaluación y tratamiento de dolor adecuados a las necesidades de los pacientes de cada servicio.

Para poder ayudar a la aplicación de estas recomendaciones se ha realizado esta **Guia d'Avaluació i Tractament del Dolor** cuyo objetivo principal es ser una herramienta de ayuda para todos los profesionales del IMAS en la gestión del dolor.

## Bibliografía recomendada:

1. Vallano A, Malouf J, Payrulet, Baños J. Prevalence of pain in adults admitted to Catalonian hospitals: A cross-sectional study. *Eur J Pain* 2006;10:721-31.
2. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Cañellas M, Baños J. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain* 1999; 83:9-16.
3. Bolivar I, Catalá E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2005; 52:131-40.
4. Karwowski-Soulie F, Lessenot-Tcherny S, Lamarche-Vadel A, Bineau S, Ginsburg C, Meyniard O, et al. Pain an emergency department: an audit. *Eur J Emerg Med* 2006;13:218-224.
5. Marinsek M, Kovacic D, Versnik D, Parasuh M, Golez S, Podbregar M. Analgesic treatment and predictors of satisfaction with analgesia in patients with acute undifferentiated abdominal pain. *Eur J Pain* 2007; 11:773-78.
6. Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, et al. Pain in the Emergency Department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* 2007; 8:460-6.
7. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Pain assessment and management standards-Hospitals. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. The official Handbook (CAMH)*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2001.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2000.
9. Montes A, Arbonés E, Planas J, Muñoz E, Casamitjana M. Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre

la información, la evaluación y el tratamiento. Rev. Soc. Esp. Dolor 2008; 2:75-82.

10. E. Arbonés, M Casamitjana, A. Montes, E. Muñoz, J Planas. Comitè de redacció en representació de la CATD. Presentació de la Comissió d'Avaluació i Tractament del Dolor. Coneixement i abordatge del dolor a l'ÍMAS. Butlletí 1 de la CATD. Juny 2005. [www. imasbcn.org](http://www.imasbcn.org)
11. E. Arbonés, C. Farriols, S. Minguez, A. Montes, M. Riu. Comitè de redacció en representació de la CATD. Presentació del estudi IDAT (Informació- Diagnòstic-Avaluació –Tractament. Butlletí 4 de la CATD. Juliol 2007. [www. imasbcn.org](http://www. imasbcn.org)

### 3. Recomendaciones

Dra. E. Arbonés Aran

Todo paciente ingresado en el hospital tiene el derecho a un apropiado programa de asistencia en dolor. *El alivio del dolor es responsabilidad de todo el personal sanitario.*

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)<sup>1</sup> establece unos estándares en el manejo del dolor con el objetivo de mejorar la evaluación y poder actuar de forma precoz y adecuada a cada situación.

El primer paso en este proceso es **detectar el dolor**: medir su intensidad y sus características (localización, irradiación, inicio y duración, frecuencia, factores desencadenantes y de alivio, efecto del dolor en las actividades de la vida diaria, así como historia previa de dolor y tratamientos efectuados...), sólo con la **detección y valoración de la respuesta al tratamiento** podremos establecer una **reevaluación periódica** del proceso y determinar si las medidas utilizadas son las adecuadas a cada paciente o proceso.

#### Preguntas clave:

- Identificación del síntoma, localización e irradiación
- Tipo de dolor: somático, visceral, neuropático, mixto
- Carácter del síntoma: agudo, episódico
- Intensidad
- Comienzo y evolución
- Factores que lo modifican (lo alivian o agravan)
- Actitud del enfermo
- Actitud de la familia
- Tratamiento previo

En esta guía exponemos una serie de recomendaciones avaladas por la experiencia de la práctica clínica diaria de diversos grupos y la medicina basada en la evidencia.

Existen **diferentes organizaciones elaboradoras de guías de práctica clínica (GPC)** citaremos como ejemplo: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)<sup>2</sup> <http://www.sign.ac.uk>., Alberta Medical Association Guidelines (AHRQ)<sup>3</sup>. <http://www.ahrq.gov>. y New Zealand Guidelines Group (NZGG)<sup>4</sup> <http://www.nzgg.org.nz>.

En Internet, se pueden encontrar también, **bases de datos localizadoras** o centros de almacenamiento de GPC<sup>5-7</sup>. Una de las principales es la National Guideline Clearinghouse (NGC)<sup>8</sup> avalada por la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)<sup>9</sup>. No elabora GPC, sólo las localiza, evalúa y difunde. Tiene resúmenes estructurados. Permite la comparación de guías en una misma pantalla, elabora síntesis de guías sobre temas, puntos de acuerdo o diferencias y establece enlaces a texto completo de GPC. Es un foro electrónico para intercambiar información. Reúne bibliografía sobre metodología y experiencias de elaboración, evaluación, diseminación e implementación de GPC.

También disponemos en internet de **gestores de bases de datos y buscadores de GPC** como EMBASE<sup>10</sup> o Pubmed<sup>11</sup>. A través de Pubmed se puede obtener fácilmente un listado de GPC ya que permite buscar únicamente los manuscritos que han sido introducidos como "guía de práctica clínica" mediante la opción "límite de búsqueda".

Las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias suelen elaborar informes sobre las diferentes GPC.

Los grados de recomendación que figuran en esta guía, están adaptados de las recomendaciones de las organizaciones citadas anteriormente.

### NIVELES DE EVIDENCIA:

*Adaptados de US Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR).*

Ia.	Evidencia obtenida de uno o más meta-análisis de ensayos randomizados controlados y relevantes.
Ib.	Evidencia obtenida de uno o más ensayos randomizados controlados y relevantes
IIa.	Evidencia obtenida al menos de un estudio bien diseñado, controlado pero sin randomización.
IIb.	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado y casi experimental
III.	Evidencia de estudios no randomizados: estudios cohorte o grupo control descriptivos, comparativos, de correlación, y estudios de casos. Preferentemente multicéntricos.
IV.	Evidencia obtenida de comités de expertos y/o de la opinión de la experiencia clínica de autoridades en el tema.