

Comparación de dos métodos para la recogida de datos clínicos utilizando el cuestionario de PAINOUT (base de datos europea para la gestión del dolor postoperatorio)

J. García-López¹, F. Domingo Vicent², A. Montes Pérez³, C. Dürsteler⁴, M. M. Puig Riera de Conías⁵

Servicio de Anestesiología y Reanimación. IMIM-Parc de Salut del Mar. Universitat Autònoma de Barcelona.

Comparison of 2 methods of clinical data collection, one using the PAINOUT questionnaire (a European database for the management of postoperative pain)

Abstract

Objective: To compare postoperative pain intensity and incidence of adverse events when the evaluation is performed by a visual numerical scale completed by the patient (PAINOUT), or using a verbal numerical scale completed by ward nurses or the staff of the acute pain unit. **Methods:** Fifty-two postsurgical patients of both sexes (age range 31-80 years) admitted to the general surgery ward were sequentially recruited and evaluated on postoperative day 1. All patients were assessed using both questionnaires, which measure postoperative outcomes using scales of 0 to 10; values ≥ 4 were considered clinically relevant. The test and Cohen coefficient were used for statistical analysis. **Results:** Using the PAINOUT questionnaire, the mean maximum intensity of referred pain was 5.40 (range, 0-10) and the minimum intensity was 1.83 (range, 0-5). Mean values obtained with the verbal numerical scales used by staff on the ward and in the pain clinic were 3.76 (range, 0-10) and 0.97 (range, 0-5), respectively. The differences between the 2 methods of pain assessment were statistically ($P = .006$) and clinically significant. When evaluating nausea with PAINOUT questionnaire, all patients provided a response; in 88.5% the intensity was less than 4. Six patients reported nausea on the PAINOUT but not in the UDA questionnaire. Moreover, 61% of patients reported drowsiness/sedation in PAINOUT instrument, whereas none reported that effect on the verbal scale. **Conclusions:** The intensity of pain and adverse events is significantly higher when the patient evaluates and records its intensity on visual numerical scales compared with verbal numerical scales.

Keywords: Postoperative pain. Questionnaires. Clinical records. Data collection. Acute pain clinic.

Resumen

Objetivo: Comparar la intensidad del dolor postoperatorio y la incidencia de efectos adversos cuando la evaluación se realiza mediante una escala numérica visual completada por el propio paciente (PAINOUT) y una escala numérica verbal utilizada por el personal de la unidad de hospitalización/unidad de dolor agudo (UH/UDA). **Métodos:** Participaron 52 pacientes postquirúrgicos de ambos sexos, rango de edad 31-80 años, reclutados secuencialmente en la UH de cirugía general y evaluados durante las primeras 24 horas del postoperatorio utilizando los dos cuestionarios. Ambos tienen un rango del 0-10 y valores ≥ 4 fueron considerados clínicamente relevantes. **Resultados:** En PAINOUT, la media de la intensidad máxima de dolor referido fue de 5,40 (rango 0-10) y la de la intensidad mínima de 1,83 (0-5); en la escala verbal numérica UH/UDA los valores fueron 3,76 (rango 0-10) y 0,97 (0-5), respectivamente. Las diferencias entre los dos métodos de evaluación del dolor fueron estadísticamente ($p = 0,006$) y clínicamente significativas. Al evaluar las náuseas mediante el PAINOUT, todos los pacientes registraron una respuesta por escrito y en el 88,5% de los pacientes la intensidad fue < 4 ; seis pacientes refirieron náuseas en el PAINOUT, pero no en el cuestionario UH/UDA. Además, un 61% de pacientes registró cansancio/sedación ≥ 4 en PAINOUT y ninguno en la evaluación UH/UDA. **Conclusiones:** La intensidad del dolor y los EA son significativamente mayores cuando el propio paciente evalúa y registra su intensidad mediante escalas numéricas visuales comparadas con las escalas numéricas verbales.

Palabras clave: Dolor postoperatorio. Cuestionarios de evaluación. Bases de datos clínicas. Recogida de datos. Unidad de dolor agudo.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se estima que aproximadamente el 60-70% de pacientes intervenidos quirúrgicamente sufren dolor moderado a intenso en el postoperatorio¹⁻⁴. El dolor postoperatorio induce sufrimiento e incrementa el gasto

sanitario al aumentar la morbilidad perioperatoria, siendo uno de los principales factores predictivos para la aparición de dolor crónico postquirúrgico^{5,6}. Se ha postulado que, entre otros factores, la elevada prevalencia del dolor postoperatorio⁷ podría estar en relación a una inadecuada (o nula) evaluación de la intensidad del dolor postoperatorio⁸,

¹Investigador. ²Enfermera. ³Jefe de Sección. ⁴Especialista. ⁵Prof. Titular y Director de la Cátedra.

Aceptado para su publicación en abril de 2011.

Correspondencia: M. M. Puig. Servicio de Anestesiología. Hospital del Mar. Passeig Marítim, 25-29. 08003 Barcelona.
E-mail: MPuigR@hospitaldelmar.cat

así como con una limitada efectividad de los tratamientos^{9,3}. Para subsanar el problema, muchos centros hospitalarios destinan recursos humanos y materiales a las unidades de dolor agudo (UDA), una de cuyas funciones es asegurar la eficacia de los tratamientos utilizados mediante el adecuado registro de la intensidad del dolor postoperatorio y de los efectos indeseables que pudieran aparecer. El registro sistemático de la intensidad del dolor en los hospitales ha sido impulsado a nivel internacional por la disposición de la JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) de Estados Unidos, que considera la evaluación del dolor la quinta constante vital¹⁰, práctica que ha sido ampliamente aceptada a nivel nacional e internacional¹¹.

Sin embargo, aún a pesar de disponer de analgésicos eficaces, protocolos actualizados, UDA y programas de educación para el personal sanitario, la prevalencia del dolor postoperatorio sigue siendo elevada^{2,3}. Los tratamientos actuales se basan en protocolos analgésicos diseñados en función de la intensidad de dolor esperado después de un determinado tipo de cirugía/paciente¹²⁻¹⁴. Para determinar su eficacia es imprescindible evaluar la intensidad del dolor, que por lo general se lleva a cabo utilizando escalas visuales analógicas (EVA), escalas verbales numéricas (NRS, *Numerical Rating Scales*) o escalas categóricas. Las escalas son métodos de evaluación con un elevado componente subjetivo en el que participan las experiencias previas del paciente, pero que son capaces de reflejar la intensidad del dolor espontáneo y la eficacia del tratamiento. Existen métodos más objetivos que, además de la EVA, evalúan las consecuencias de la sensibilización nociceptiva postquirúrgica (hiperalgesia, alodinia) utilizando QST (*Quantitative Sensory Testing*), pero estos métodos no se emplean de forma rutinaria porque requieren tiempo y personal entrenado. Por lo tanto, en la práctica clínica se siguen utilizando la EVA o la NRS (u otras escalas categóricas) como medida básica de la intensidad del dolor postoperatorio. Otros métodos que pueden ser utilizados para evaluar el dolor incluyen los potenciales evocados somatosensoriales, el CPT (*current perception threshold*), el VsNCT (*voltage-actuated sensory nerve conduction threshold*), y técnicas diagnósticas de imagen tales como la ultrasonografía (US), evaluación por Doppler, tomografía computarizada (CT), y resonancia magnética (MRI y MRIf), entre otras.

La Comunidad Europea ha puesto de manifiesto su interés por el problema del dolor postoperatorio al financiar el proyecto "Improvement in Postoperative Pain Outcome" (www.pain-out.eu), del *7th Framework Programme*, que denominaremos PAINOUT en el presente estudio. Participan en el mismo diez países europeos (incluyendo España). Consiste en la recogida masiva de datos sobre dolor postoperatorio en toda Europa y la elaboración de una base de datos. Tiene como objetivo principal establecer un registro de pacientes con dolor agudo postoperatorio, donde se almacenan los datos del paciente/cirugía, el tratamiento analgésico y los resultados obtenidos. Además, se registran datos sobre los costes relacionados con el tratamiento y la satisfacción del paciente. Esta base de datos tiene asocia-

das una serie de herramientas como son un Sistema de Soporte de Decisiones Clínicas Asistido por Ordenador (CDSS) para resolver casos de difícil tratamiento, y una Biblioteca Electrónica de Conocimientos, que pondrá a disposición de los usuarios metaanálisis, revisiones y guías de práctica clínica.

La recogida de datos del PAINOUT se basa en preguntas formuladas utilizando escalas visuales numéricas, que deben completar por escrito los propios pacientes. Antes de iniciar formalmente el proyecto, se realizó un estudio piloto con cincuenta pacientes de cada centro participante, cuya finalidad era validar el método de recogida de datos. En este piloto los pacientes respondían por escrito a un cuestionario sencillo (PAINOUT) sobre la intensidad del dolor postoperatorio y los efectos adversos del tratamiento recibido.

El objetivo del presente trabajo es comparar en nuestro centro, la intensidad del dolor postoperatorio registrado por el propio paciente (mediante el cuestionario autocompletado PAINOUT), con la intensidad de dolor obtenida y registrada por el personal de las UH/UDA, después de interrogar verbalmente al paciente sobre la intensidad de su dolor. En ambos casos se utilizó una escala numérica del 0-10. Como objetivo secundario hemos comparado si existen diferencias en algunos efectos adversos comunicados por el paciente al utilizar cada método de evaluación. En ambos casos (objetivos principal y secundario) partimos de la hipótesis que no existen diferencias entre las respuestas obtenidas cuando se evalúa la intensidad del dolor y las náuseas postoperatorias utilizando uno u otro cuestionario.

PACIENTES Y MÉTODOS

El estudio piloto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de la Institución. Se llevó a cabo en el mes de mayo del año 2008, recogándose datos de 52 pacientes de los cuales 30 (57,7%) eran hombres y 22 (42,3%) mujeres, con un rango de edad comprendido entre los 31 y 80 años. Los pacientes correspondían al servicio de cirugía general de nuestro hospital y fueron reclutados secuencialmente, sin utilizar ningún método de aleatorización; la muestra incluye por tanto diversos tipos de intervenciones y técnicas anestésicas. Todos los sujetos (n = 52), aceptaron voluntariamente participar en el estudio y dieron su consentimiento verbal puesto que el CEIC de nuestro hospital consideró que no era necesario el consentimiento por escrito (número de aprobación del CEIC 2008/2998/I): este hecho está en relación a que tanto la UDA como el PAINOUT, recogen información similar. Para obtener los datos del cuestionario PAINOUT, los pacientes eran informados (verbalmente y por escrito) del tipo de estudio en el que participaban. Dos pacientes entrevistados decidieron no participar. Para entrar en el estudio era imprescindible ser mayor de edad y ser capaz de cumplimentar el cuestionario por escrito sin ayuda: ausencia de barreras físicas (vendajes o inmovilización en extremidades superiores), psicológicas y de lenguaje

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2769256>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2769256>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)