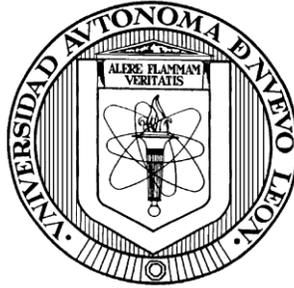


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SATISFACCION CON EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN  
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA INSTITUCION PRIVADA

Por

LIC. MARIA DEL REFUGIO MUÑOZ RODRIGUEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2012

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SATISFACCION CON EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN  
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA INSTITUCION PRIVADA

Por

LIC. MARIA DEL REFUGIO MUÑOZ RODRIGUEZ

Director de Tesis

DRA. MARIA GUADALUPE MORENO MONSIVAIS

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2012

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SATISFACCION CON EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN  
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA INSTITUCION PRIVADA

Por

LIC. MARIA DEL REFUGIO MUÑOZ RODRIGUEZ

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2012

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	4
Estudios Relacionados	9
Definición de Términos	16
Objetivos	17
Hipótesis	17
Capítulo II	
Metodología	18
Diseño del Estudio	18
Población, Muestreo y Muestra	18
Criterios de Inclusión	19
Instrumentos	19
Procedimiento de Recolección de la Información	20
Consideraciones Éticas	21
Estrategias para el Análisis de Resultados	22
Capítulo III	
Resultados	23
Características de los Pacientes	23
Estadística Inferencial	31

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	33
Conclusiones	37
Recomendaciones	37
Referencias	39
Apéndices	42
A. Cédula de Datos	43
B. Cuestionario de Intensidad del Dolor	44
C. Carta de la Institución Participante	47
D. Carta de Consentimiento Informado	48

## Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Características de los pacientes participantes	24
2. Valoración intensidad del dolor	25
3. Clasificación intensidad del dolor	25
4. Intensidad del dolor de acuerdo al sexo	26
5. Intensidad del dolor de acuerdo al tipo de cirugía	27
6. Intensidad del dolor de acuerdo al tipo de especialidad	27
7. Interferencia del dolor en la actividad general, ánimo y sueño	28
8. Terapia analgésica indicada al paciente durante las primeras 24 horas postoperatorias	28
9. Índice del manejo del dolor	29
10. Orientación preoperatoria y postoperatoria proporcionada a los pacientes	30
11. Satisfacción del paciente con el manejo del dolor	30
12. Determinantes de la satisfacción del paciente con el manejo del dolor postoperatorio	32

## Lista de Figuras

Figura	Página
1. Teoría de Enfermería de Rango Medio para el Manejo del Dolor	6

SATISFACCIÓN CON EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN  
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA

Aprobación de Tesis

---

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis  
Director de Tesis

---

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis  
Presidente

---

ME. Sofía Guadalupe Medina Ortiz  
Secretario

---

ME. Paz Francisco Saucedo Flores  
Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Posgrado e Investigación

## Agradecimientos

Al Hospital San José Tec de Monterrey y a la Dirección de Enfermería por el apoyo que siempre me han brindado, en el desarrollo de mi formación académica y en especial en la realización de mis estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

A mi Directora de Tesis Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis por su apoyo, paciencia y sus enseñanzas durante mi proyecto de investigación.

A mis Directoras ME. Sofía Guadalupe Medina Ortiz y ME. Pilar Maqueo Velasco quienes me brindaron su apoyo y facilitaron la culminación de mis estudios.

A todo el personal docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por su enseñanza, comprensión, interés y disponibilidad en mi formación académica.

A todos mis compañeros, profesionales de enfermería de la institución, quienes facilitaron e hicieron posible la realización de mi investigación.

A la Lic. Karla Alejandra Magaña Galván quien colaboró conmigo en la aplicación de las encuestas, gracias por su apoyo.

## Dedicatoria

La presente tesis representa un logro más en mi vida profesional y satisfacción personal, la cual dedico con mucho cariño a:

Dios por darme la dicha de permitir realizarme profesionalmente y sentir su presencia en todos los momentos de mi vida.

A mis padres quienes me han apoyado a lo largo de mi carrera y me han enseñado que no hay imposibles; así como el ejemplo que me han dado en ser una persona de bien.

Agradezco a toda mi familia de la cual estoy orgullosa y quienes me han brindado su apoyo en los momentos difíciles y me dieron ánimo para seguir adelante.

A todos mis amigos a quienes quiero mucho y tuvieron la disponibilidad de escucharme, apoyarme y motivarme para la culminación de mi proyecto.

En especial a mi sobrina Kika de la Garza quien ha estado para mí todo el tiempo en los momentos más difíciles.

A todas las personas que de alguna manera contribuyeron en la realización de mi investigación.

“Queda prohibido no sonreír a los problemas, no luchar por lo que se quiere,  
Abandonarlo todo por miedo; No convertir en realidad tus sueños”

Pablo Neruda

## RESUMEN

Lic. María del Refugio Muñoz Rodríguez  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Julio, 2012

Título del Estudio: SATISFACCION CON EL MANEJO DEL DOLOR  
POSTOPERATORIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS  
EN UNA INSTITUCION PRIVADA

Número de páginas: 51

Candidato para obtener el grado de  
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Administración y Gerencia del Cuidado

**Propósito y Método de Estudio:** El propósito del estudio fue determinar la intensidad del dolor, el alivio y la orientación proporcionada al paciente para el manejo del dolor y su relación con la satisfacción del paciente con el manejo del dolor postoperatorio en una institución hospitalaria del sector privado. El diseño del estudio fue de tipo descriptivo y correlacional. El muestreo fue aleatorio sistemático de uno en dos, el tamaño de la muestra se estimó a través del paquete estadístico nQuery Advisor versión 4.0, dando como resultado una muestra de 193 pacientes. Para la recolección de la información se utilizó la Cédula de Datos y el Cuestionario de Intensidad del Dolor.

**Contribución y Conclusiones:** El estudio permitió determinar la intensidad del dolor y su asociación con algunas características del paciente y la satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio. Los resultados mostraron que el 48.2% de los participantes manifestaron el dolor muy cercano al de tipo severo en el máximo de dolor durante las primeras 24 horas. No se encontró asociación entre la intensidad del dolor con la edad del paciente; ni diferencia en la intensidad del dolor de acuerdo al sexo del paciente; en cuanto al tipo de cirugía se encontró únicamente diferencia en la intensidad del dolor al momento de la entrevista ( $t = 4.16, p = .04$ ). La intensidad más alta de dolor fue reportada por los pacientes a los que se les realizó cirugía menor. En relación al alivio del dolor se encontró que el 77.7% tuvieron un manejo adecuado. El 85.5% de los pacientes recibieron orientación preoperatoria. En cuanto a la satisfacción en general los pacientes tuvieron una media de  $\bar{X} = 9.54 (DE = 1.08)$ . Se encontró diferencia significativa en la satisfacción general del paciente de acuerdo a si recibió o no orientación ( $t = 71.23, p = .001$ ). Con orientación,  $\bar{X} = 9.65 (DE = .84)$ , satisfacción sin orientación,  $\bar{X} = 7.73 (DE = .237)$ . Además se encontró que la satisfacción del paciente con el manejo del dolor está determinada por el máximo dolor postoperatorio y por la orientación preoperatoria recibida para el manejo del dolor,  $R^2 = .17, p = .000$ .

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:** \_\_\_\_\_

## **RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**

Lic. María del Refugio Muñoz Rodríguez

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

**Tesis:** SATISFACCION CON EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN  
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA INSTITUCION PRIVADA

**LGAC:** Administración y Gerencia del Cuidado

**Biografía:** Lugar de Nacimiento Monterrey, Nuevo León; México el día 04 de Julio de 1971.

**Educación:** Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el título de Licenciada en Enfermería en el año 2008.

**Experiencia Profesional:** Pasante de Enfermería en el Hospital Universitario de 1989 a 1990. Enfermera General de 1990 a 1996; Enfermera Quirúrgica de 1994 a 1996; Coordinadora de Enfermería de 1996 a la fecha del departamento de Cirugía; Hospital San José Tec de Monterrey.

E-mail

Kukis98@hotmail.com

mmunoz@hsj.com.mx

## **Capítulo I**

### **Introducción**

La calidad de los servicios de salud es un reto para todas las instituciones, esto demanda que día a día se busquen estrategias de gestión que permitan elevar la calidad de la atención que se proporciona a los usuarios, sobretodo, en las principales áreas de oportunidad identificadas. Un aspecto que demanda mayor esfuerzo hacia el interior de las instituciones, es el adecuado manejo del dolor (Muñoz-Blanco, Salmeron, Santiago & Marcote, 2001); este aspecto se considera relevante sobretodo por la tendencia nacional e internacional de contar con hospitales libres de dolor que contribuyan a la satisfacción del cliente (Vidal, Torres, De Andrés & Moreno-Azcoitia, 2007).

La alta prevalencia de dolor es una preocupación en todos los niveles asistenciales. En los hallazgos de investigación se reporta que aproximadamente el 96% de los enfermos hospitalizados refiere dolor agudo en algún momento durante su internamiento (Covarrubias-Gómez, 2007). En relación con el dolor postoperatorio la literatura reporta que alrededor de un 50% de los pacientes experimenta algún grado de dolor de moderado a intenso en sus primeras 24 horas posteriores a un evento quirúrgico, así mismo se ha documentado que el 20% lo describe como severo en intensidad, y en el 80% de los casos, es percibido como moderado a severo (Soler, Faus, Montaner, Morales & Martínez-Pons, 2001).

Existe evidencia de que un adecuado alivio del dolor no solo aumenta el confort y la satisfacción de los pacientes, sino que además, contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria y en algunos casos reduce la estancia hospitalaria (Montes, García & Trillo, 2007). El dolor tiene una parte subjetiva e individual, en la cual influyen factores emocionales y de personalidad, aspectos socioculturales y la experiencia previa del paciente con el dolor. Pero sin duda, tiene otra parte objetiva, está demostrado que un inadecuado control del dolor aumenta la morbilidad del paciente, ya que actúa sobre todos los sistemas, por

ejemplo a nivel cardiovascular, un dolor intenso, libera catecolaminas (lo que puede producir hipertensión arterial, arritmias e incluso shock), a nivel respiratorio, disminuye la función pulmonar y aumenta el consumo de oxígeno y a nivel digestivo disminuye la motilidad intestinal. También produce otros trastornos de menor gravedad, pero igualmente importantes, como la ansiedad, insomnio y estimulación hormonal (White, 2005).

La Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations (JAHCO), entidad dedicada a la acreditación de la calidad de los centros sanitarios en los Estados Unidos, establece que el adecuado manejo del dolor es un indicador de buena práctica clínica y de calidad asistencial que influye en la satisfacción del paciente. Para su evaluación ha diseñado una serie de estándares, totalmente aplicables a nuestro medio, que tienen como objetivo mejorar el alivio del dolor que se realiza en los hospitales, donde la participación de todo el equipo multidisciplinario involucrado es fundamental (Muñoz-Ramón, Carr, Sukiennik & Wurn, 2009).

La intensidad y duración del dolor postoperatorio se asocia con características individuales, así como las relacionadas con el procedimiento quirúrgico y con el tratamiento farmacológico que se brinda en las instituciones, este último relacionado directamente con características de tipo organizacional. En relación con las características individuales se pueden señalar la edad, sexo y escolaridad. En algunos estudios se reportan diferencias en la percepción del dolor de acuerdo a estas características; sin embargo, los hallazgos no son conclusivos (González, 2005).

En cuanto al procedimiento quirúrgico, se incluye el tipo de cirugía, existe variación en la presencia e intensidad del dolor según la especialidad quirúrgica. Se reporta que las intervenciones de cirugía general son valoradas como las más dolorosas, seguidas por las de traumatología, ginecología, cirugía maxilofacial,

otorrinolaringología, urología, neurocirugía y oftalmología (Sobrino, Cabadas, Rodríguez, Ares & Pereira, 1999 & Muñoz et al., 2001).

Respecto al tratamiento farmacológico, los analgésicos utilizados para el manejo del dolor se consideran un aspecto fundamental ya que sus principales deficiencias se relacionan con la subutilización de los analgésicos y opioides, esto aunado con un cumplimiento bajo de las pautas analgésicas prescritas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004). En cuanto al uso de opioides se reporta que no se administran las dosis adecuadas debido al temor de causar depresión respiratoria y adicción, esto asociado al bajo conocimiento por parte de los profesionales de la salud (Peñarrieta et al., 2006).

A pesar de reconocer el dolor como un problema de salud pública por su alta prevalencia, en muchos hospitales no se cuenta con protocolos de atención para el manejo del dolor postoperatorio. La existencia de procesos estandarizados de cuidado permite eliminar la variabilidad en el manejo que reciben los pacientes en esta etapa (González, 2005), además, favorece la inclusión de aspectos como la orientación que recibe el paciente en el preoperatorio y postoperatorio respecto al manejo del dolor y la participación que se espera de él. De acuerdo a la literatura, este aspecto es fundamental y debe ser considerado en la atención debido a que existe una relación directa entre la educación proporcionada al paciente y el establecimiento de objetivos para aliviar el dolor con la satisfacción con el manejo efectivo del dolor (Good & More, 1996).

El control satisfactorio del dolor postoperatorio es uno de los retos más importantes que permanecen sin resolver en el ámbito quirúrgico, a pesar de las continuas innovaciones farmacológicas y los incesantes avances tecnológicos, una gran parte de estos pacientes se tratan de forma inadecuada, por lo que experimentan un sufrimiento injustificado, que incrementa notablemente el riesgo de aparición de complicaciones postoperatorias (Gallego, Rodríguez & Vázquez, 2004).

Distintos estudios han concluido que los pacientes refieren un alto índice de satisfacción en el tratamiento de su dolor tras la intervención quirúrgica, a pesar de presentar grados de dolor de moderado a intenso (Gallego et al., 2004), sin embargo, estos estudios han sido realizados en un contexto hospitalario del sector público, donde tanto las características de los usuarios como los recursos institucionales destinados al manejo del dolor son distintos a los que se observan en un sector privado.

La medición de la intensidad del dolor y su relación con la satisfacción del paciente, en un ámbito privado es relevante debido a que permite identificar los aspectos que deben ser considerados en el desarrollo de intervenciones dirigidas a incrementar la satisfacción de los usuarios, en un contexto donde la demanda depende en gran medida, de la percepción que se tiene de los servicios de salud que se les proporciona. En consideración a lo anterior, el propósito del estudio fue determinar la intensidad del dolor, el alivio y la orientación proporcionada al paciente para el manejo del dolor y su relación con la satisfacción del paciente con el manejo del dolor postoperatorio en una institución hospitalaria del sector privado.

### ***Marco de Referencia***

En el presente apartado se incluye el soporte teórico en relación con el dolor; se utilizan conceptos de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor para definir el dolor y la Teoría de Enfermería de Rango Medio de Good y Moore (1996) para el manejo del dolor. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como una experiencia sensorial y emocional displacentera, que se encuentra asociada a daño tisular, ya sea real o potencial (Guevara-López et al., 2007).

El dolor clínico se divide en dos categorías, agudo y crónico, existen diferencias peculiares entre ambos, tanto desde el punto de vista etiológico, fisiopatológico como terapéutico, que deben ser considerados como dos entidades

completamente distintas. Para fines del presente estudio se consideró únicamente el dolor agudo de tipo postoperatorio; el cual se define como el dolor que presenta el paciente como respuesta a una lesión quirúrgica.

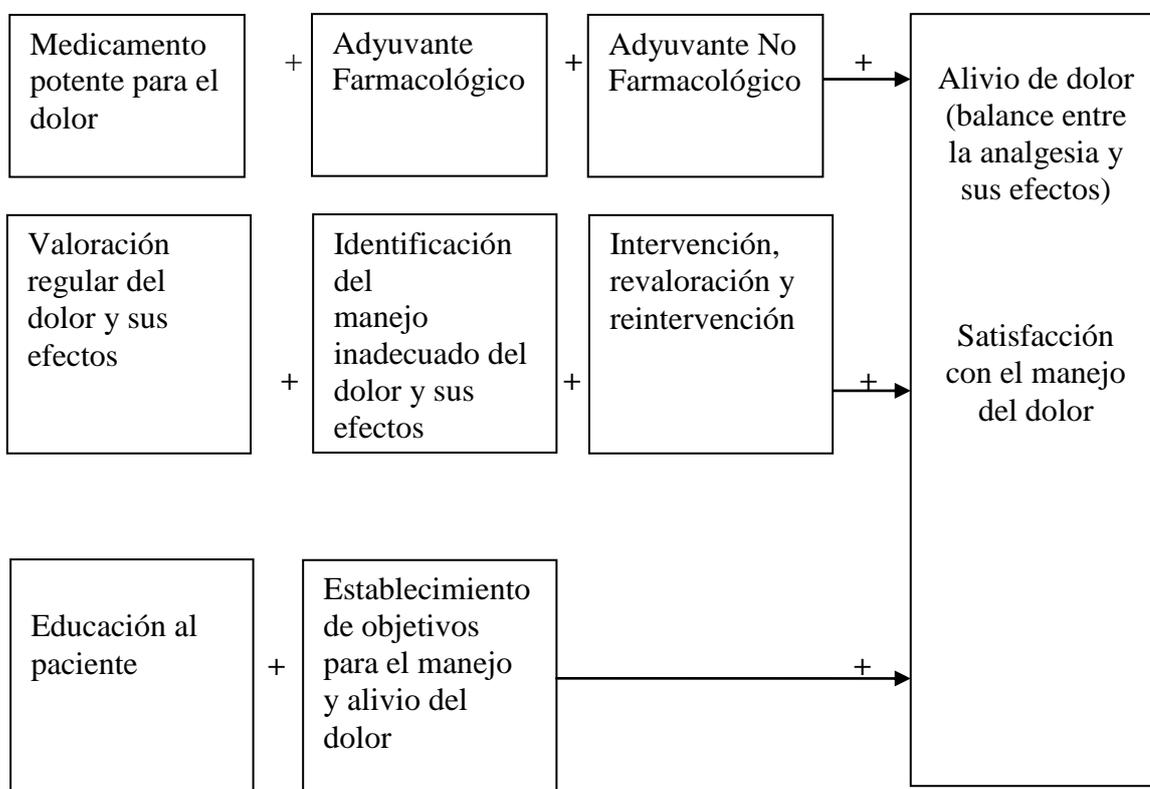
El dolor agudo indica la existencia de una lesión tisular, tras la activación de mecanismos nociceptivos y por ello se le considera “útil”, ya que avisa de la existencia de un proceso. Si no se presentan complicaciones y el manejo es el adecuado, la evolución del dolor será paralela a la de la lesión que lo originó. Este tipo de dolor tiene una duración por lo general menor de un mes. El dolor agudo se comporta, por tanto, como un síntoma muy frecuente que va acompañado de un estado anímico de ansiedad y el tratamiento suele ser etiológico (Covarrubias-Gómez, 2007).

La Teoría de enfermería de rango medio de Good y Moore (1996), tiene sus bases en las guías de práctica clínica enfocadas al alivio del dolor, las guías representan el conocimiento más actual acerca del manejo del dolor postoperatorio, han sido desarrolladas, implementadas y evaluadas para lograr su sistematización, esto con la finalidad de mejorar la calidad, oportunidad y efectividad en el cuidado que se proporciona a una persona con dolor.

La teoría contiene tres postulados

- Proporcionar el medicamento para el dolor con la potencia adecuada, junto con adyuvantes farmacológicos y no farmacológicos, contribuirá al balance entre la analgesia y sus efectos adversos.
- Valorar el dolor y sus efectos de manera regular, así como identificar los métodos inadecuados para el alivio, además de verificar el manejo de procesos de intervención, revaloración y reintervención, con el fin de contribuir al establecimiento de un saludable equilibrio entre la analgesia y sus efectos.
- Brindar educación al paciente y establecimiento de objetivos para aliviar y manejar el dolor, con el fin de contribuir a lograr un saludable equilibrio

entre la analgesia y sus efectos colaterales. En la figura 1 se muestra la representación del modelo.



*Figura 1.* Teoría de Enfermería de Rango Medio para el Manejo del Dolor

A continuación se señala en qué consisten los componentes, utilizados para el presente estudio:

El medicamento potente para el dolor se refiere al uso de componentes derivados de la morfina o de anestésicos locales o epidurales que el paciente recibe para el dolor postquirúrgico. Se incluyen como datos relevantes el nombre del medicamento, dosis, frecuencia, vía y método de administración o si la dosis se recibe cada 24 horas.

Adyuvante farmacológico corresponde al uso de AINES administrados como adyuvantes del medicamento potente para el dolor. Se requiere el registro

del nombre del medicamento, dosis, frecuencia, vía y método de administración o presente o ausente.

Adyuvantes no farmacológicos se refiere a alternativas no farmacológicas como la relajación, música, imágenes, masaje o terapia fría como adyuvante del medicamento potente para el dolor. La información se puede clasificar como presente o ausente, o bien especificar tipo de técnica y observación de uso efectivo.

Valoración regular del dolor y sus efectos corresponde al reporte de la intensidad del dolor en una escala de 0 a 10 y reporte de los efectos colaterales del medicamento potente para el dolor, así como los efectos que tiene el dolor en la persona y limitaciones que le genera. La valoración debe realizarse cada 2 horas hasta que el dolor este controlado y cada 4 horas después. Los efectos de la medicación deben reportarse, así como si el dolor está generando limitaciones en aspectos fundamentales como la movilidad, estado de ánimo y sueño.

Identificación del manejo inadecuado del dolor corresponde al reporte de un nivel de dolor mayor al mutuamente acordado y por encima del objetivo realista o efectos colaterales que no sean seguros para el paciente de acuerdo al juicio de la enfermera. Un nivel de dolor que sobrepasa al clasificado como leve o moderado, se considera inaceptable y es el reflejo de un inadecuado manejo del dolor. La evaluación del manejo del dolor se establece mediante la relación entre la intensidad del dolor y el tratamiento farmacológico empleado.

El índice de manejo del dolor es una herramienta que permite valorar la efectividad en el manejo del dolor a través de la relación entre el analgésico indicado de mayor potencia menos la intensidad del dolor durante las últimas 24 horas. La escala para los analgésico se determina de la siguiente manera: 0. ningún analgésico, 1. AINES y coadyuvantes, 2. Opiodes débiles, AINES y coadyuvantes, 3. Opioides fuertes, AINEs y coadyuvantes. La escala utilizada para la intensidad del dolor se clasifica de la siguiente manera: 0 = ausencia de dolor, 1 = intensidad de 1-3 (dolor leve), 2 = intensidad de 4 a 6 (dolor moderado)

y 3 = intensidad de 7 a 10 (dolor severo). El resultado del índice de valores de cero a números positivos representa un adecuado o efectivo manejo del dolor, mientras que los números negativos indican un inadecuado o inefectivo manejo del dolor.

La educación al paciente incluye la orientación al paciente en el preoperatorio y el reforzamiento en el postoperatorio acerca de las actitudes y expectativas, reporte del dolor, abastecimiento del medicamento, prevención de actividad que pudiera desencadenar el dolor y uso de adyuvantes. Se debe documentar en una lista los temas impartidos en el preoperatorio y los reforzados en el postoperatorio y los materiales impresos de la información brindada.

El alivio del dolor, corresponde al balance entre la analgesia y sus efectos, esto se relaciona directamente con la satisfacción del paciente con el alivio del dolor. El paciente y la enfermera documentan un reporte de satisfacción y seguridad para aliviar el dolor, sin efectos no deseados. La escala corresponde a valores de 0 a 10 donde el cero se refiere a la ausencia total de satisfacción y el 10 a la máxima satisfacción con el manejo.

Los supuestos que permiten medir la teoría son:

- 1.- Colaboración de la enfermera y el médico de manera efectiva para manejar el dolor agudo.
- 2.- Indicación de medicamento opioide o de anestesia epidural local, así como adyuvantes farmacológicos.
- 3.- Administración de medicamento para efectos colaterales cuando se necesite.
- 4.- Los pacientes son adultos con capacidad de aprender, establecer objetivos y expresar síntomas.
- 5.- Las enfermeras cuentan con conocimiento actualizado acerca del manejo de dolor.

De acuerdo a las guías clínicas para el manejo del dolor agudo es importante considerar en la valoración como aspectos que pueden modificar la

intensidad del dolor y su satisfacción con el manejo del dolor, la edad y sexo del paciente, así como el tipo de intervención quirúrgica.

### ***Estudios Relacionados***

A continuación se presentan los estudios relacionados, primeramente se presentan los orientados a determinar la prevalencia e intensidad del dolor, posteriormente se incluyen aquellos donde se incorporó la satisfacción del paciente con el manejo del dolor.

Ramírez - Maestre et al. (2001) realizaron un estudio en una unidad de dolor ubicada en Málaga España, con el objetivo de analizar la percepción del dolor en función de las variables edad y sexo. La muestra estuvo constituida por 330 pacientes, 165 hombres y 165 mujeres de edad comprendida entre 15 y 92 ( $\bar{X} = 55$ ,  $DE = 15.25$ ). Al analizar la relación de los grupos en cuanto a la edad no se encontró diferencia significativa, el grupo de mayor edad reportó una media de intensidad de dolor de 4.89 y el grupo de menor edad una media de 3.79. En lo que respecta al sexo se observó una diferencia significativa de intensidad del dolor con predominio en las mujeres (hombres  $\bar{X} = 29.51$ , mujeres  $\bar{X} = 33.07$ ).

Álvarez- Ríos y Manrique-Carmona (2005) realizaron un estudio cuasi-experimental de 37 pacientes hospitalizados para cirugía mayor de abdomen o de la columna vertebral en un hospital universitario de tercer nivel de atención. El objetivo fue evaluar el efecto farmacológico en una combinación intravenosa del grupo de AINES-Opioides en infusión continua en pacientes sometidos a cirugía mayor de abdomen y columna vertebral. En los resultados reportaron que la edad promedio fue de  $48 \pm 16$  años, el 54% (IC 95%, 38 a 70) fueron hombres. La cirugía abdominal fue la más común en comparación de la cirugía de columna vertebral en un 51% (IC95 %, 35 a 67), el mayor número de casos correspondieron a cirugía gastrointestinal (cierre de ileostomía, laparotomía exploratoria y reconexión de anastomosis) en el 24% (IC 95%, 10 a 38). Los pacientes sometidos a cirugía de columna presentaron en general una mayor

tendencia al dolor (puntuación  $>4$ ), en comparación de los pacientes sometidos a cirugía abdominal, sin embargo; no se encontró una significancia estadística.

Bolibar et al. (2005) realizaron un estudio transversal con una muestra de 309 pacientes adultos hospitalizados en Barcelona, el propósito del estudio fue conocer la prevalencia del dolor, las características referidas y su variación en función de los distintos servicios y el abordaje terapéutico realizado. Dentro de los resultados se encontró que 169 pacientes refirieron dolor en las últimas 24 horas, lo que representó una prevalencia de 54.7%, no hubo diferencias en la intensidad del dolor en relación al sexo, pero si en relación con la edad, a mayor edad aumentó el dolor a moderado ( $p=0.02$ ). De los 309 pacientes estudiados 207 (67%) tenían prescrito algún tratamiento específico para el dolor. Los fármacos más utilizados fueron los AINES, los opioides (24.6% mayores, 7.2% menores), en el 67.1% de los pacientes el manejo del dolor fue adecuado, mientras que en el 32.9% fue inadecuado.

Gallego et al. (2004) realizaron un estudio descriptivo, con el propósito de evaluar la prevalencia e intensidad del dolor y la satisfacción de los pacientes con el personal médico y de enfermería, se llevo a cabo en 388 pacientes intervenidos quirúrgicamente por los servicios de cirugía general, ginecología, traumatología, cirugía vascular y urología. Se encontró que del 97.2% de los pacientes refirieron haber experimentado dolor en algún momento durante su estancia hospitalaria, el 96.9% señaló haber presentado dolor en las primeras 24 horas. La intensidad del dolor en el momento de la entrevista fue de 3.08 ( $DE= 2.35$ ). La mayor intensidad fue de 6.7 ( $DE= 2.78$ ) y menor de 0.89 ( $DE= 1.57$ ). Durante la entrevista, 40.5% refirieron dolor moderado y 16% dolor severo.

Un 67.3% solicitaron analgesia en algún momento y 28.4% solicito otro analgésico además del indicado (analgesia de rescate). Al analizar la relación entre el grado de satisfacción de los pacientes y el tiempo percibido transcurrido desde que se solicita analgesia y ésta es administrada, los pacientes que tienen que esperar menos de 15 minutos se mostraron más satisfechos con las enfermeras

( $p= 0.006$ ) y médicos ( $p= 0.02$ ) que aquellos que han de esperar más de 15 minutos para recibir analgesia tras su solicitud. Se observó también que existe un mayor grado de satisfacción con enfermería ( $p = 0.0014$ ) en aquellos pacientes que esperan menos de una hora para la administración de medicación analgésica de rescate comparado con aquellos que esperan más de una hora. No se observó relación entre el grado de satisfacción médica y tiempo de espera para recibir analgesia de rescate ( $p= 0.18$ ).

Peñarrieta et al. (2006) realizaron un estudio con el propósito de describir la experiencia del dolor y la satisfacción frente al manejo del dolor en pacientes postoperados. La muestra se conformó por 180 pacientes: 118 mexicanos y 62 peruanos hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía, con edad de 18 años a más y que manifestaran tener dolor. El 65.5% eran mujeres y 34.4% hombres; el nivel de escolaridad fue predominantemente superior con 43%; el 63% tuvieron experiencia anterior de hospitalización; el 52% de los pacientes refirieron presentar dolor severo en las 24 horas anteriores a la entrevista, no se encontró diferencias entre hombres y mujeres, ni por edad; el 52% refirió no haber recibido información sobre el manejo del dolor, un 31% no recibió información del médico o enfermera acerca de la importancia que el hospital tiene sobre el tratamiento del dolor y el 25% refirió no haber recibido información del médico y enfermera acerca de que no dudará informar cuando sintiera dolor en el postoperatorio.

Con relación a la satisfacción el 25% manifestó insatisfacción y con relación a la información recibida el 56% mostró niveles de insatisfacción. No se les mencionó a los pacientes acerca de los efectos secundarios de los analgésicos (37%) y las alternativas que existen para calmar el dolor (40%). Con relación a la efectividad del manejo del dolor en este tipo de pacientes, el 60% recibió un tratamiento inadecuado, esto es que reciben un analgésico con efecto más bajo relacionado con el alto nivel de dolor del paciente.

Fonseca (2007) realizó un estudio descriptivo correlacional con el propósito de determinar la asociación entre la intensidad del dolor reportado por el paciente postoperado con algunas características del paciente. La muestra fue de 231 pacientes postoperados hospitalizados de las especialidades de cirugía general, traumatología y ginecología. En los resultados se encontró que el tipo de cirugía por especialidad que predominó fue la cirugía general con un 33.3%.

En relación con la orientación preoperatoria el 83.5% de los pacientes no la recibieron, en el 16.5% que sí recibió, ésta fue proporcionada por el médico cirujano. Respecto a la intensidad del dolor se observó que el 41.1% de los pacientes presentó dolor moderado al momento de la entrevista. El máximo dolor fue de intensidad severo en un 69.6%, mientras que el dolor promedio predominante fue el moderado con un 54.5%. De acuerdo a la intensidad del dolor que refirieron los pacientes de acuerdo a la escala visual numérica del dolor con rangos de 0 a 10, se obtuvo una media de 7.82 ( $DE= 2.4$ ) para el máximo dolor en las primeras 24 horas lo que correspondió a dolor severo. En cuanto a la intensidad del dolor de acuerdo al sexo, se ubicó en severo para ambos sexos pero con una mayor intensidad en las mujeres ( $\bar{X} = 8.17, DE=2.40$ ). En cuanto a la interferencia del dolor en la actividad general, estado de ánimo y sueño. En relación a la mayor interferencia se presentó en la actividad general con una media de 5.55 ( $DE= 2.76$ ). En cuanto al tiempo de espera para recibir los analgésicos se observó que un 9.55% tuvo que esperar más de 20 minutos para recibir el analgésico indicado. La mayor proporción de los pacientes reportó estar satisfecho en un 71.3% y muy satisfecho con el manejo del dolor en un 17.3%.

Hernández (2007) realizó un estudio descriptivo correlacional en pacientes postoperatorios hospitalizados con el objetivo de determinar la asociación entre la intensidad del dolor con la edad y escolaridad del paciente así como con el entrenamiento y número de pacientes asignados al personal de enfermería. La muestra estuvo constituida por 151 pacientes en una institución de seguridad social, así como por personal de enfermería que labora en los servicios de cirugía

general, cirugía de especialidad y ginecología. Respecto a la presencia de dolor, predominó en 90.7% de los participantes. El dolor moderado predominó durante las primeras 24 horas postoperatorias. El 57.6% de los participantes presentó dolor severo como máximo en las primeras 24 horas.

En cuanto a la intensidad del dolor de acuerdo a la escala de medición de 0 a 10, el máximo dolor se ubicó muy cercano al severo y el dolor en las primeras 24 horas al moderado. De acuerdo al sexo se encontró que el dolor fue mayormente percibido por el sexo femenino. De acuerdo al IMD en el 71.5% se encontraron valores de 0 a 3 por lo que se consideró un manejo adecuado. En cuanto a la satisfacción del paciente con el manejo del dolor, se muestra que una alta proporción de pacientes el 45.0% manifestó estar satisfecho y el 49.7% muy satisfecho con el manejo por parte del personal médico y de enfermería.

Leal et al. (2009) realizaron un estudio descriptivo, transversal en usuarios postoperados hospitalizados en el Hospital General “Dr. Alfredo Pumarejo” de Matamoros, Tamaulipas, con el objetivo de conocer la satisfacción del control y alivio del dolor en usuarios postoperados. La muestra estuvo conformada por 30 usuarios hospitalizados. El 73.3 % de la muestra correspondió al sexo femenino; en cuanto a la edad el 23.3% fue entre 31 y 35 años. Respecto al dolor de acuerdo a la EVA un 63.3% presentó dolor, el 70% presentó dolor severo en el transcurso de las primeras 24 horas y en el promedio usual el dolor fue de 86% y fue de tipo moderado. En cuanto a la satisfacción en relación al alivio respecto al cuidado de las enfermeras, el 96.7% mostró estar totalmente satisfecho y en el cuidado en general en relación al dolor la satisfacción fue de 93.3%.

Arbónes et al. (2009) realizaron un estudio en todos los centros del IMAS (Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria) en Barcelona España; con el objetivo de proponer e implementar acciones de mejora en el manejo del control del dolor. Estudio transversal realizado mediante encuesta de opinión y revisión de historia clínica. Las preguntas se agruparon en 5 categorías: información recibida acerca de la importancia de manifestar y tratar su dolor; métodos

utilizados en su evaluación; repercusión en las actividades de su vida diaria, tratamiento aplicado, y satisfacción con el proceso de la gestión del dolor. La muestra fue de 325 entrevistas realizadas a pacientes adultos con ingreso superior a 48 horas.

Un 42.2% de los pacientes refirió no haber recibido ningún tipo de información acerca de la importancia de manifestar su dolor. A un 62.8% se le habían preguntado sobre la intensidad de su dolor, siendo el método más utilizado una escala categórica (48.5%) seguido de la escala verbal numérica (35.8%), un 76.9% de los pacientes había presentado algún tipo de dolor y de estos un 22% no había solicitado atención por dicho motivo.

Globalmente un 85.8% consideró que se le había prestado suficiente atención a su dolor. El 33.3% de los pacientes refirió bastante o mucha limitación en las actividades de la vida diaria hospitalaria por dolor. El 76.9% señaló estar satisfecho con la atención recibida y 75.1% con los tratamientos aplicados.

Sada, Delgado y Castellanos (2011) desarrollaron un estudio descriptivo, prospectivo y observacional con el objetivo de evaluar la prevalencia del dolor agudo postoperatorio, las pautas analgésicas usadas, la eficacia de las mismas y la satisfacción de los pacientes con los tratamientos empleados en 154 pacientes postoperados de las especialidades de cirugía general, angiología, maxilofacial, plástica, neurocirugía, otorrinolaringología y urología. La prevalencia del dolor agudo postoperatorio de intensidad moderada a severa osciló entre un 47% en la unidad de cuidados postanestésicos hasta un 64% en actividad a las 8:00 am del primer día postoperatorio, en el estudio se interrogó al paciente acerca del dolor tanto en reposo como en actividad. Los resultados por la tarde el primer día postoperatorio a las 19 hrs, todos los servicios excepto otorrinolaringología reportaron más del 50% de los pacientes con analgesia ineficaz en reposo y se elevó a más del 68% en actividad. Sólo el 21% de los pacientes estuvo bastante y totalmente satisfecho con el tratamiento empleado. Sin embargo, el 79% de los

pacientes tienen moderada, poca o nada de satisfacción debido a la ineficacia en el servicio otorgado.

En síntesis, la mayoría de los estudios relacionados reportan altas prevalencias de dolor postoperatorio con intensidad de moderada a severa en las primeras 24 horas postoperatorias (Gallego et al., 2004; Hernández et al., 2007). Se reporta un inadecuado manejo del dolor (Bolibar et al., 2005; Peñarrieta et al., 2006; Sada et al., 2011). Además, se observa que la presencia e intensidad del dolor pueden estar influenciadas por algunos factores entre los que se encuentran la edad, el sexo del paciente así como el tipo de cirugía que se les realiza. Sin embargo, estos resultados no son conclusivos.

En cuanto al sexo los estudios reportan que las mujeres son las que presentan una mayor incidencia e intensidad del dolor (Ramírez-Maestre et al., 2001; Fonseca et al., 2007., Hernández et al., 2007); sin embargo no todos los estudios reportan diferencia significativa. El dolor postoperatorio, es un problema de salud pública que no depende de un solo factor, en este caso el propio acto quirúrgico, sino que se encuentra ligada a una serie de factores que en conjunto explicarían la variabilidad en cuanto a la magnitud del dolor experimentado por cada paciente.

En cuanto a la satisfacción del paciente con el manejo del dolor algunos estudios reportan altos porcentajes de satisfacción a pesar de la presencia de dolor de intensidad de moderada a severa (Fonseca et al; 2007; Gallego et al. 2004; Leal et al., 2009; Arbónes et al., 2009). Sin embargo, algunos estudios reportan que la insatisfacción, el paciente la relaciona con la ineficacia del servicio otorgada (Sada et al., 2011). Los estudios reportan que existen factores asociados con las características propias de la institución que pueden influir tanto en el manejo del dolor por el equipo de salud como en la satisfacción del usuario con el manejo.

### ***Definición de Términos***

Edad es el número de años cumplidos reportados por el paciente postoperatorio hospitalizado.

Sexo es la condición de la persona en términos de masculino o femenino.

Tipo de intervención quirúrgica es la clasificación de la especialidad quirúrgica a la que pertenece el tipo de cirugía realizado. Para el presente estudio se consideraron las especialidades de cirugía general, traumatología y ginecología. El tipo de cirugía se clasificó como cirugía mayor y menor; cirugía mayor es un procedimiento quirúrgico más complejo, con más riesgo, realizado frecuentemente con anestesia general o regional y de recuperación de varios días de estancia; cirugía menor es el procedimiento quirúrgico terapéutico o diagnóstico de baja complejidad, que habitualmente es de estancia hospitalaria corta y la mayoría de las veces se realiza con anestesia local.

Intensidad del dolor es el nivel de dolor reportado por el paciente en el periodo postoperatorio de acuerdo a una escala con valores de 0 a 10, donde el 0 representa la ausencia de dolor y el 10 el máximo dolor percibido. Se clasificó de la siguiente manera: 0 ausencia de dolor, 1 a 3 dolor leve, 4 a 6 dolor moderado y 7 a 10 dolor severo.

Orientación del paciente con relación al manejo del dolor se refiere a la información que se proporciona al paciente en el preoperatorio y postoperatorio respecto al dolor y su participación en el manejo. Se valoró a través de presencia o ausencia de información proporcionada.

Alivio del dolor es la efectividad en el control del dolor debido al manejo recibido, éste se establece mediante la relación entre la intensidad del dolor y el tratamiento farmacológico empleado. Para el presente estudio se utilizó el IMD, éste permite establecer la relación entre el analgésico indicado de mayor potencia menos la intensidad del dolor durante las últimas 24 horas. La escala para los analgésicos se determina de la siguiente manera: 0. ningún analgésico, 1. AINES y coadyuvantes, 2. Opioides débiles, AINES y coadyuvantes, 3. Opioides fuertes,

AINEs y coadyuvantes. La escala utilizada para la intensidad del dolor se clasificó de la siguiente manera: 0 = ausencia de dolor, 1 = intensidad de 1-3 (dolor leve), 2 = intensidad de 4 a 6 (dolor moderado) y 3 = intensidad de 7 a 10 (dolor severo). El resultado del índice de valores de cero a números positivos representa un adecuado o efectivo manejo del dolor, mientras que los números negativos indican un inadecuado o inefectivo manejo del dolor.

Satisfacción del paciente con el manejo del dolor postoperatorio es la percepción del paciente acerca del alivio del dolor como resultado de la atención brindada por el personal médico y de enfermería. Se midió a través de una escala con valores de 0 a 10 donde el 0 significa ausencia total de satisfacción y el 10 la máxima satisfacción.

### ***Objetivos***

1. Determinar la intensidad del dolor de acuerdo a las características del paciente: edad y sexo así como al tipo de intervención quirúrgica
2. Determinar el alivio del dolor (IMD) en el paciente postoperatorio hospitalizado
3. Identificar la proporción de pacientes que reciben orientación para el manejo del dolor postoperatorio
4. Identificar la satisfacción del paciente con el manejo del dolor postoperatorio
5. Identificar la satisfacción del paciente de acuerdo a la orientación para el manejo del dolor postoperatorio

### ***Hipótesis***

1. A mayor intensidad del dolor menor satisfacción con el manejo del dolor
2. El alivio del dolor, la intensidad del dolor y la orientación proporcionada al paciente determinan la satisfacción con el manejo del dolor

## **Capítulo II**

### **Metodología**

En el presente capítulo se incluye el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de la información, las consideraciones éticas, así como las estrategias para el análisis de los resultados.

#### ***Diseño del Estudio***

El diseño del estudio es descriptivo correlacional (Polit & Hungler, 1999). Este diseño permite describir las variables de estudio así como identificar la interrelación entre dos o más variables. En el presente estudio se relacionó la intensidad del dolor, el alivio y la orientación proporcionada al paciente para el manejo del dolor con la satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio.

#### ***Población, Muestreo y Muestra***

La población de estudio se conformó por pacientes adultos postoperatorios hospitalizados en una institución privada del área metropolitana de Monterrey, N.L. El tipo de muestreo fue aleatorio estratificado con asignación proporcional al tamaño de cada estrato. Se consideraron tres estratos los cuales correspondieron a las especialidades de cirugía general, ginecología y traumatología. La técnica de muestreo al interior de cada estrato fue aleatoria sistemática de uno en dos con inicio aleatorio.

El tamaño de la muestra para los pacientes se estimó a través del paquete estadístico n-Query Advisor versión 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2000), para un análisis de intervalo de confianza para estimación de medias. Los parámetros que se consideraron fueron un nivel de confianza del 95%, un intervalo de confianza bilateral, una desviación estándar de 2.0 de acuerdo a lo reportado en los estudios relacionados, un límite de error de estimación de 0.30,

dando como resultado una muestra de 171. Se consideró un 5% de no respuesta por lo que el tamaño se incrementó a 192 y al utilizar un enfoque conservador con orientación al límite superior se estimó un tamaño de muestra final de 193 distribuidos proporcionalmente en los tres estratos participantes.

### ***Criterios de Inclusión***

- Pacientes con 24 horas postoperatorias consideradas a partir del egreso del quirófano.
- Pacientes intervenidos de cirugía tradicional no laparoscópica ni clasificada como mínima invasiva (microcirugía)

### ***Instrumentos***

Para medir las características del paciente se utilizó una cédula de datos (CD), que contiene información relacionada con edad, sexo, escolaridad, tipo de cirugía, especialidad, orientación preoperatoria y tratamiento farmacológico indicado las primeras 24 hrs postoperatorias (Apéndice A).

Para medir la intensidad del dolor se aplicó el Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente (CID) (Mc Caffery & Pasero, 1999). Este instrumento se utiliza como una medida confiable para estimar la intensidad del dolor en el paciente postoperatorio, está compuesto por 11 reactivos de los cuales los primeros cuatro miden la presencia e intensidad del dolor en el momento de la entrevista, el máximo dolor y el dolor promedio en las últimas 24 horas. Se utiliza una escala visual numérica con valores de 0 a 10, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 es el máximo dolor posible.

La pregunta cinco mide la interferencia del dolor en la actividad, estado de ánimo y sueño, se midió con puntajes de 0 a 10, el 0 representa la ausencia de interferencia y el 10 la máxima interferencia. Para medir la orientación proporcionada al paciente para el manejo del dolor se utilizó la pregunta 6, la escala de respuesta corresponde a sí recibió orientación o no la recibió. La

satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio se midió a través de las preguntas 7 a la 9 del mismo instrumento, la escala de respuesta es del 0 al 10, el 0 representa la ausencia de satisfacción y el 10 la máxima satisfacción percibida. Las preguntas 10 y 11 corresponden al tiempo de espera para la aplicación de analgésico solicitado así como el uso de otra alternativa no farmacológica para el manejo del dolor (Apéndice B).

### ***Procedimiento de Recolección de la Información***

Primeramente se obtuvo el dictamen favorable por parte de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León así como de la institución de Salud seleccionada en donde se realizó el estudio (Apéndice C). Diariamente se verificó la hoja de control de cirugías realizadas de pacientes, se elaboró un listado de acuerdo a los pacientes que cubrieron los criterios de inclusión. Se cotejaron los datos de los pacientes en el sistema de información para verificar su ubicación e identificar el servicio donde se encontraban hospitalizados. Se acudió a los departamentos y se notificó a la enfermera responsable del paciente que fue seleccionado, que se realizaría una encuesta a su paciente con la previa autorización del mismo. Posteriormente se corroboran datos de identificación en el expediente clínico, para comprobar que fuera el paciente seleccionado.

Una vez corroborados los datos se acudió a la habitación del paciente y se solicitó su participación. Se le explicó el objetivo del estudio y en caso de aceptar se le pidió la firma del consentimiento informado (Apéndice D).

Antes de aplicar el instrumento a los pacientes que aceptaron participar se verificó que fuera el momento apropiado; es decir, que no interfiriera con la realización de algún procedimiento o con el consumo de la dieta, así mismo se cuidó de no aplicarlo en caso de que el paciente presentara dolor intenso, ante esta situación se notificó a su enfermera responsable y se procedió a regresar más tarde para la entrevista. Para mayor privacidad del paciente se buscó que la recolección

de los datos se realizara cuando en la habitación del paciente no se encontrará presente personal de enfermería.

Para recolectar la información primeramente se aplicó una Cédula de Datos, seguida del Cuestionario de Intensidad del Dolor. Una vez que se concluyó la entrevista, se agradeció al paciente su participación y posteriormente se procedió a revisar en el expediente clínico los analgésicos indicados al paciente en las primeras 24 horas postoperatorias (nombre del analgésico, dosis, vía, horario).

### ***Consideraciones Éticas***

El presente estudio se realizó conforme a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1987).

Respecto al Capítulo I, Artículo 13 se respetaron la dignidad, los derechos y el bienestar de la persona. Su participación fue voluntaria y se respetó de no abordarlo cuando se le estaba realizando algún procedimiento, en el consumo de su dieta o ante la presencia de dolor intenso.

En relación al Artículo 14, fracciones V, VI, VII y VIII el estudio se realizó por profesionales de la salud con conocimientos y experiencia para cuidar la integridad de los participantes en el estudio, se contó con el consentimiento informado y por escrito de los participantes a quienes se les proporcionó una explicación clara de la forma en que se realizó la investigación. Además el estudio contó con el dictamen favorable de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L., y se inició después de tener la autorización de la institución de salud donde se realizó el estudio.

Referente al Artículo 16, se protegió el anonimato de los pacientes participantes en la investigación y no se incluyó la identidad de la persona encuestada para garantizar el derecho de privacidad. En lo que concierne al Artículo 17, fracción I, la investigación se consideró sin riesgo debido a que no se realizó ningún tipo de intervención con los participantes, solamente se les aplicó un instrumento en papel. Se revisaron los expedientes clínicos con la finalidad de

conocer los analgésicos indicados en las primeras 24 horas así como el horario en el que fueron administrados.

Respecto al Artículo 21, fracciones I, VI, VII y VIII, cada uno de los participantes conoció el objetivo de la investigación, se aclararon las dudas respecto al procedimiento y aplicación del instrumento, se aclaró que el estudio no implicaba daño alguno, se otorgó la libertad de suspender la participación de los pacientes cuando ellos lo consideraran necesarios mediante la aclaración de que no se ocasionaría perjuicio en caso de no participar.

### ***Estrategias para el Análisis de Resultados***

Para responder al objetivo 1 primeramente se verificó la distribución de la variable intensidad del dolor a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se obtuvo una distribución normal de los datos por lo que se aplicó estadística paramétrica. Para determinar la intensidad del dolor de acuerdo a la edad se aplicó prueba de correlación de Pearson, para establecer la diferencia en la intensidad del dolor de acuerdo al sexo y al tipo de intervención quirúrgica se utilizó la prueba de  $t$  de Student.

Para el objetivo 2 y 4 se aplicó estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central y dispersión. Para el objetivo 3 se aplicó estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones.

Para responder a la hipótesis 1, se aplicó la prueba de correlación de Pearson y para la hipótesis 2 el análisis de regresión lineal múltiple.

## Capítulo III

### Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados del estudio realizado. Inicialmente se dan a conocer las estadísticas descriptivas correspondientes a las características sociodemográficas de los participantes, posteriormente se presenta la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteadas.

#### *Características de los Pacientes*

En cuanto a las características personales de los pacientes participantes en el estudio, se observó que la media de edad fue de 49.53 ( $DE= 16.33$ ), respecto a los años de escolaridad la media de años cursados fue de 13.68 ( $DE= 7.03$ ).

En la Tabla 1 se muestra que predominó el sexo femenino en un 62.7%. Respecto a la especialidad; la mayor proporción correspondió a traumatología con un 43.5%. De acuerdo al tipo de cirugía, predominó la clasificada como cirugía mayor con un 62.2%. En relación al tipo de anestesia, la más utilizada fue la epidural con un 54.4%.

Tabla 1  
*Características de los pacientes participantes*

Características	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	121	62.7
Masculino	72	37.3
Especialidad		
Cirugía General	69	35.8
Traumatología	84	43.5
Ginecología	40	20.7
Tipo de Cirugía		
Cirugía Mayor	120	62.2
Cirugía Menor	73	37.8
Tipo de Anestesia		
Epidural	105	54.4
General	79	40.9
Local	8	4.2
Regional	1	0.5

Fuente: CD

*n*=193

En la Tabla 2 se muestra la intensidad del dolor que refirieron los pacientes de acuerdo a la escala visual numérica del dolor con rangos de 0 a 10. Para el dolor promedio en las últimas 24 horas se obtuvo una media de 4.55 (*DE*= 3.05). El máximo dolor en las primeras 24 horas se ubicó en 5.64 (*DE*= 3.38). En cuanto al dolor al momento de la entrevista reportó una media de 2.33 (*DE*=2.90).

Tabla 2

*Valoración de la intensidad del dolor*

Intensidad	$\bar{X}$	Mdn	DE	Intervalo de confianza 95%	
Nivel promedio usual primeras 24 horas	4.55	5.0	3.05	4.12	4.98
Máximo dolor en las primeras 24 horas	5.64	6.0	3.38	5.16	6.12
Dolor al momento de la entrevista	2.33	1.0	2.90	1.92	2.74

Fuente: CID

n=193

En la Tabla 3 se presenta la clasificación de la intensidad del dolor, como se puede observar en las primeras 24 horas y el máximo dolor documentado se clasificó como severo (31.6% y 48.2% respectivamente), al momento de la entrevista predominó la ausencia de dolor (47.5%), seguido dolor leve (23.3%). Cabe destacar que al momento de abordar al paciente para la entrevista, el 11.9% presentó dolor severo, por lo que fue necesario referirlo a la enfermera y regresar posteriormente a la entrevista.

Tabla 3

*Clasificación de la intensidad del dolor*

Intensidad del dolor	Dolor en las primeras 24 horas		Máximo dolor en las primeras 24 horas		Dolor al momento de la entrevista	
	f	%	f	%	f	%
Ausencia del dolor	30	15.5	29	15.0	91	47.2
Dolor leve	46	23.8	25	13.0	45	23.3
Dolor moderado	56	29.0	46	23.8	34	17.6
Dolor severo	61	31.6	93	48.2	23	11.9

Fuente: CID

n=193

En la tabla 4 se observa que la intensidad del dolor fue mayor en el sexo femenino tanto en el dolor promedio, como en el máximo y al momento de la entrevista.

Tabla 4

*Intensidad del dolor de acuerdo al sexo*

Intensidad	Sexo	$\bar{X}$	Mdn	DE	Intervalo de confianza 95%	
Dolor promedio en las primeras 24 horas	Femenino	5.05	5	2.99	4.51	5.59
	Masculino	3.71	4	2.98	3.01	4.41
Máximo dolor en las primeras 24 horas	Femenino	6.09	7	3.23	5.51	6.67
	Masculino	4.88	5	3.51	4.05	5.70
Dolor al momento de la entrevista	Femenino	2.55	1	2.95	2.02	3.09
	Masculino	1.96	.00	2.80	1.30	2.62

Fuente: CD y CID

*n*=193

En la Tabla 5 se observa la intensidad del dolor de acuerdo al tipo de cirugía, se encontró que el dolor promedio en las primeras 24 horas postoperatorias, máximo y al momento de la entrevista fue ligeramente mayor en los pacientes a los que se les practicó cirugía menor.

Tabla 5

*Intensidad de dolor de acuerdo al tipo de cirugía*

Intensidad	Tipo de Cirugía	$\bar{X}$	Mdn	DE	Intervalo de confianza 95%	
Dolor promedio en las primeras 24 horas	Cirugía Menor	4.74	5.00	3.13	4.01	5.47
	Cirugía Mayor	4.43	4.00	3.01	3.89	4.98
Máximo dolor en las primeras 24 horas	Cirugía Menor	5.67	7.00	3.37	4.88	6.46
	Cirugía Mayor	5.62	6.00	3.40	5.00	6.23
Dolor al momento de la entrevista	Cirugía Menor	2.56	.00	3.17	1.82	3.30
	Cirugía Mayor	2.19	1.00	2.73	1.70	2.69

Fuente: CD y CID

n=193

En la Tabla 6 se observa la intensidad del dolor de acuerdo al tipo de especialidad, se encontró que el dolor promedio en las primeras 24 horas postoperatorias, máximo y al momento de la entrevista fue mayor en los pacientes de ginecología.

Tabla 6

*Intensidad del dolor de acuerdo al tipo de especialidad*

Intensidad	Tipo de Cirugía	$\bar{X}$	Mdn	DE	Intervalo de confianza 95%	
Dolor promedio en las primeras 24 horas	Cirugía General	4.54	5.00	2.98	3.82	5.25
	Traumatología	4.52	5.00	3.07	3.86	5.19
	Ginecología	4.63	5.00	3.17	3.61	5.64
Máximo dolor en las primeras 24 horas	Cirugía General	5.48	6.00	3.22	4.70	6.25
	Traumatología	5.65	6.00	3.39	4.92	6.39
	Ginecología	5.88	6.50	3.67	4.70	7.05
Dolor al momento de la entrevista	Cirugía General	2.14	.00	2.81	1.47	2.82
	Traumatología	2.24	1.00	2.92	1.60	2.87
	Ginecología	2.85	2.00	3.02	1.88	3.82

Fuente: CD

n=193

En la Tabla 7 se observa la interferencia del dolor en la actividad general, en el estado de ánimo y en el sueño. Se presenta mayor interferencia del dolor en la actividad general con una media de 3.08% ( $DE= 3.63$ ), seguido de la interferencia en el sueño.

Tabla 7

*Interferencia del dolor en la actividad general, ánimo y sueño*

Interferencia	$\bar{X}$	Mdn	DE	Intervalo de confianza 95%	
Interferencia del dolor en la actividad general	3.08	1.00	3.63	2.56	3.59
Interferencia del dolor en el estado de ánimo	1.96	0.00	3.08	1.53	2.40
Interferencia del dolor en el sueño	2.06	0.00	3.38	1.58	2.54

Fuente: CID

 $n=193$ 

En la Tabla 8 se describe la terapia analgésica indicada durante las primeras 24 horas postoperatorias. Como puede observarse predominaron los AINES y Coadyuvantes en un 68.9%, seguido de los Opioides débiles, AINES y Coadyuvantes con 25.9%. Los opioides fuertes, AINES y Coadyuvantes se usaron en menor proporción.

Tabla 8

*Terapia analgésica indicada al paciente durante las primeras 24 horas postoperatorias*

Terapia Indicada	$f$	%
AINES y Coadyuvantes	133	68.9
Opioides débiles, AINES y Coadyuvantes	50	25.9
Opioides fuertes, AINES y Coadyuvantes	10	5.2

Fuente: CD

 $n=193$

En la Tabla 9 se observa el alivio del dolor a través del IMD el cual indica que 77.7% tiene valores de 0 a 3 por lo que se considera un manejo adecuado.

Tabla 9

*Índice del manejo del dolor*

Índice	<i>f</i>	%
-2	14	7.3
-1	29	15.0
0	37	19.2
1	90	46.6
2	21	10.9
3	2	1.0

Fuente: CD y CID

*n*=193

En cuanto al tiempo de espera para recibir el analgésico, se observó una media de 4.66 minutos (*DE*= 14.838), respecto a otra alternativa terapéutica para el manejo del dolor, el 9.8% de los pacientes la solicitaron, entre las alternativas señalaron cambio de posición, hielo y fomento caliente.

En la Tabla 10 se describe el número de pacientes que recibieron orientación preoperatoria y quién se las proporcionó. Se muestra que el 85.5% de los pacientes señalaron haber recibido orientación, el 77.2% fue proporcionada por personal médico y sólo el 8.3% por enfermería.

Tabla 10

*Orientación preoperatoria y postoperatoria proporcionada a los pacientes*

Orientación	<i>f</i>	%
Recibió Orientación Preoperatoria		
Si	165	85.5
No	28	14.5
Recibió Orientación Postoperatoria		
Si	182	94.3
No	11	5.7
Persona que proporcionó la orientación		
Médico Cirujano	68	35.2
Anestesiólogo	81	42.0
Enfermera	16	8.3
Nadie	28	14.5

Fuente: CD

*n*=193

En la Tabla 11 se puede apreciar la satisfacción del paciente con el manejo del dolor por el personal de enfermería, personal médico y con la atención en general. En una escala de 0 a 10, la media fue superior a 9.

Tabla 11

*Satisfacción del paciente con el manejo del dolor*

Satisfacción	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Intervalo de Confianza 95%	
Atención de Enfermería	9.33	10.0	1.60	9.10	9.56
Atención Médica	9.55	10.0	1.45	9.34	9.76
Atención General	9.54	10.0	1.08	9.39	9.70

Fuente: CID

*n*=193

### ***Estadística Inferencial***

Para responder al objetivo número uno se determinó la asociación entre la intensidad del dolor con la edad, al aplicar la prueba de correlación de Pearson no se encontró correlación entre la edad de los pacientes participantes con la intensidad del dolor (ni con el dolor promedio, máximo, ni al momento de la entrevista),  $p > 0.05$ .

Respecto al sexo al aplicar la prueba  $t$  de Student no se encontró diferencia significativa en la intensidad del dolor promedio, máximo dolor y al momento de la entrevista ( $p > 0.05$ ). En cuanto al tipo de cirugía se encontró únicamente diferencia en la intensidad del dolor al momento de la entrevista ( $t = 4.16, p = .04$ ). La intensidad más alta de dolor fue reportada por los pacientes a los que se les realizó cirugía menor, no se encontró diferencia significativa al analizar por especialidad.

Respecto al objetivo 5, al aplicar la prueba de  $t$  de Student se encontró diferencia significativa en la satisfacción general del paciente de acuerdo a si recibió o no orientación ( $t = 71.23, p = .001$ ). Se encontró mayor satisfacción en los pacientes que recibieron orientación; satisfacción con orientación,  $\bar{X} = 9.65$  ( $DE = 0.84$ ), satisfacción sin orientación,  $\bar{X} = 7.73$  ( $DE = 2.37$ ).

Respecto a la hipótesis 1 se encontró que la satisfacción del paciente postoperatorio se asoció con el máximo dolor reportado en las primeras 24 horas ( $r = -.25, p = .03$ ). A mayor intensidad de dolor en las primeras 24 horas postoperatorias menor satisfacción del paciente.

En cuanto a la hipótesis 2 se encontró que la satisfacción del paciente con el manejo del dolor está determinada por el máximo dolor postoperatorio y por la orientación recibida para el manejo del dolor. En la Tabla 12 se presentan los resultados.

Tabla 12

*Determinantes de la satisfacción del paciente con el manejo del dolor postoperatorio*

Determinantes	<i>B</i>	<i>Beta</i> <i>Estandarizada</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Máximo dolor	- .05	-.17	-2.34	.02
Alivio del dolor	- .10	-.11	-1.51	.13
Orientación	-1.12	-.37	-5.51	.00

$R^2 = .17$

Error Estándar = .99

F = 12.41

$p = .000$

## Capítulo IV

### Discusión

Los resultados obtenidos permitieron conocer la intensidad del dolor, el alivio y la orientación proporcionada al paciente para el manejo del dolor, así como su satisfacción con el manejo del dolor en el periodo postoperatorio. Se identificó una alta proporción de pacientes con presencia de dolor de moderado a severo en las primeras 24 horas postoperatorias, esto coincide con lo reportado por Bolibar (2005), Hernández (2007), Fonseca (2007), Leal et al. (2009) y Sada, Delgado y Castellanos (2011). Este hallazgo confirma que el manejo adecuado del dolor sigue siendo un reto para las instituciones de salud, y en especial para el ámbito quirúrgico.

Respecto al comportamiento de la intensidad del dolor, casi la mitad de los pacientes reportaron como máximo dolor el de tipo severo y solo una tercera parte presentó dolor moderado, respecto al dolor reportado al momento de la entrevista más de la mitad tuvo ausencia de dolor. Estos hallazgos son similares a los reportados por Hernández (2007) así como Sada et al. (2011) quienes señalan en sus hallazgos una alta proporción de pacientes con dolor severo y escasa proporción de dolor al momento de la entrevista.

Sin embargo, esto difiere de los hallazgos de Fonseca (2007) quien encontró un mayor porcentaje de presencia de dolor en el momento de la entrevista y una mayor intensidad de dolor en las primeras 24 horas. De acuerdo a los hallazgos y a la literatura existente el inadecuado manejo del dolor postoperatorio sigue siendo un problema de salud pública que requiere de intervenciones efectivas que se basen no sólo en el tratamiento farmacológico, sino en una combinación de aspectos indispensables como son la valoración y orientación que en su interacción con la medicación permiten un adecuado alivio del dolor (Good & More, 1996).

En algunos estudios se ha tratado de determinar la diferencia en la intensidad del dolor de acuerdo al sexo del paciente, ya que algunos autores consideran que esta característica puede ser una variable diferencial en la experiencia del dolor; en el presente estudio se observó una mayor intensidad de dolor en las mujeres; sin embargo, estadísticamente esta diferencia no es significativa. Este hallazgo difiere de los resultados de Fonseca (2007) y Hernández (2007) quienes reportan diferencia significativa respecto al sexo, con predominio del dolor en las mujeres. Contrario a estos hallazgos Álvarez- Ríos y Manrique-Carmona (2005) encontraron que el dolor se manifestó más en el sexo masculino.

Otro de los aspectos demográficos que se han tratado de asociar a la intensidad del dolor es la edad, en el presente estudio no se encontró asociación entre la edad de los pacientes participantes con la intensidad del dolor. Esto coincide con Ramírez – Maestre et al. (2001) y Peñarrieta et al. (2006); sin embargo los hallazgos difieren de lo reportado por Bolibar et al. (2005) quien reporta que a mayor edad mayor presencia de dolor de intensidad moderada.

En relación a la intensidad del dolor de acuerdo al tipo de cirugía, se encontró que la intensidad más alta de dolor fue reportada por los pacientes a los que se les realizó cirugía menor. Esto puede atribuirse a que al ser una cirugía menor, la prescripción farmacológica se base en analgésicos de menor potencia, con un efecto insuficiente en la disminución del dolor. Cabe destacar que no se encontró diferencia significativa en la intensidad del dolor de los pacientes por especialidad, contrario a lo reportado en la literatura por Sobrino et al. (2001).

En cuanto al tratamiento farmacológico empleado se observó que más de la mitad recibieron tratamiento con AINEs, lo que coincide con lo reportado por Bolibar et al. (2005), Hernández (2007) y Fonseca (2007). En cuanto a los opioides, en el presente estudio predominaron los de tipo débil a diferencia de Bolibar et al. (2005) donde predominaron los de tipo fuerte. En el estudio de Fonseca (2007) cabe destacar que el uso de opioides, prácticamente fue nulo. Esto

evidencia que el manejo del dolor con opioides sigue siendo a criterio del médico tratante así como de acuerdo a la disponibilidad farmacológica. Este hallazgo es consistente con lo reportado por la OMS (2004), organismo que señala que existe una subutilización de los analgésicos y opioides de acuerdo a las pautas analgésicas preescritas.

Al estimar el IMD como parámetro que permitió conocer el alivio del dolor a través de su manejo, se encontró que poco más de tres cuartas partes de los pacientes recibieron un manejo adecuado, estos hallazgos son muy similares a los reportados por Hernández (2007); sin embargo, difieren de los resultados de Peñarrieta et al. (2006) quienes encontraron que más de la mitad de los pacientes recibieron un manejo inadecuado. Estos hallazgos pudieran atribuirse a que el presente estudio se realizó en un hospital privado a diferencia del estudio de Peñarrieta et al. (2006), quienes lo realizaron en un hospital público donde los recursos farmacológicos pueden estar supeditados a un cuadro básico.

Para la institución participante la proporción de pacientes, con manejo inadecuado representa un área de oportunidad donde debe involucrarse tanto al personal médico (prescripción farmacológica), como al de enfermería (valoración).

En cuanto a la orientación preoperatoria y postoperatoria para el manejo del dolor se encontró que la mayoría de los pacientes recibieron orientación, esto difiere de lo reportado por Fonseca (2007) y Leal et al. (2009) donde predominó una alta proporción de pacientes que no recibió orientación. En relación a la persona que proporcionó la orientación, es relevante señalar que generalmente esta función es realizada por personal médico, una mínima proporción de pacientes reportó haber recibido orientación por parte de enfermería. Este hallazgo es un área de oportunidad para el personal de enfermería, se requiere de un mayor involucramiento en esta función por ser el primer contacto con el paciente antes de ingresar al quirófano y además por ser el profesional de la salud que permanece la mayor parte del tiempo junto al paciente. Además, de acuerdo a

los estándares internacionales, el adecuado manejo del dolor requiere de educación del paciente y del personal sanitario (Muñoz-Ramón, Carr, Sukiennik & Wurn, 2009).

En relación con la satisfacción del paciente con el manejo del dolor por parte del personal médico y de enfermería se encontró que una alta proporción manifestó estar satisfecho, este hallazgo es semejante a lo referido por Gallego et al. (2004), Fonseca (2007), Hernández (2007), Leal (2009), así como Arbónes et al. (2009); pero contrasta con lo reportado por Sada, Delgado y Castellanos (2011) y Peñarrieta et al. (2006) quienes reportan que la mayoría de los pacientes manifestaron insatisfacción en relación al manejo del dolor. Se encontró que a mayor intensidad del dolor la satisfacción con el manejo del dolor disminuye, este aspecto es relevante de considerar sobretodo en una institución hospitalaria de tipo privado donde la satisfacción es un indicador de calidad que puede contribuir a que el paciente solicite nuevamente los servicios de la institución.

Se encontró que la satisfacción con el manejo del dolor está determinada por la intensidad del dolor y la orientación recibida para el manejo del dolor, estos factores son relevantes de considerar para lograr la satisfacción del usuario. Esto ayuda a explicar los resultados respecto a la satisfacción del paciente con la atención en general, una alta proporción de pacientes recibieron orientación pre y postoperatoria además, el tiempo de respuesta por parte de enfermería para administrar analgésico demandado por los pacientes ante la presencia del dolor fue menor a cinco minutos lo cual contribuye a disminuir la intensidad del dolor. Los hallazgos encontrados en este estudio permitirán a los administradores de enfermería la toma de decisiones orientadas a disminuir la intensidad del dolor en el grupo de pacientes en el período postoperatorio, así como fomentar la participación de enfermería en la orientación del paciente con relación al manejo del dolor; esto constituye una de las principales áreas de oportunidad del presente estudio.

### ***Conclusiones***

Los resultados revelan que cerca de la mitad de los participantes manifestaron el dolor muy cercano al de tipo severo en el máximo de dolor durante las primeras 24 horas y una cuarta parte manifestó dolor moderado.

No se encontró asociación entre la intensidad del dolor con la edad del paciente; respecto a la diferencia en la intensidad del dolor de acuerdo al sexo del paciente, se observó una mayor intensidad de dolor en las mujeres; sin embargo, estadísticamente esta diferencia no es significativa.

De acuerdo al tipo de cirugía se encontró que la intensidad mas alta de dolor se observó en los pacientes a los que se les realizó cirugía menor. En relación al alivio del dolor a través de la estimación del IMD se encontró que poco más de tres cuartas partes recibieron un manejo adecuado.

En cuanto a la orientación que recibieron los pacientes para el manejo del dolor pre y postoperatorio, se encontró que la mayoría de los pacientes si recibieron orientación, y esta fue proporcionada principalmente por personal médico. Respecto a la satisfacción del paciente con el manejo del dolor postoperatorio la mayoría de los pacientes manifestaron estar satisfechos tanto por parte del personal médico como de enfermería.

Se encontró que a mayor intensidad del dolor la satisfacción con el manejo del dolor disminuye. Los determinantes de la satisfacción del paciente correspondieron a la intensidad del dolor y la orientación recibida para el manejo del dolor postoperatorio.

### ***Recomendaciones***

Realizar estudios de intervención dirigidos a incrementar la satisfacción del paciente a través de disminuir la intensidad del dolor y orientar al paciente en el manejo del dolor durante el periodo postoperatorio.

Realizar investigaciones con diseño de enfoque comparativo que permitan determinar los factores asociados con la satisfacción del paciente con el manejo del dolor posoperatorio en una institución pública respecto a una privada.

Realizar estudios que permitan identificar las características organizacionales que interfieren en el adecuado manejo del dolor.

Realizar programas de capacitación para el equipo de salud multidisciplinario con enfoque en la valoración del dolor, manejo del dolor farmacológico y no farmacológico y orientación al paciente.

### Referencias

- Álvarez, R. & Manrique-Carmona (2005). Infusión continua de Fentanil-ketoprofeno en analgesia postoperatoria de cirugía mayor: un estudio causi-experimental. *Revista Anestesia en México*, 7 (3), 105-111.
- Arbónes, E., Montes, A., Riu, M., Farriols, C. & Mínguez, S. (2009). El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 16 (6): 314-322.
- Bolibar, I., Catala, E. & Cadena, R. (2005). El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Revista Española de Anestesiología*, 53, 131-140.
- Covarrubias-Gómez, A. (2007). Manejo farmacológico del dolor perioperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 30 (1), 240-245.
- Fonseca, N. (2007). *Factores asociados con la intensidad del dolor en el paciente posoperatorio hospitalizado*. Tesis inédita de maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Gallego, J. L., Rodríguez, J. C., Vázquez, G. & Gil, M. (2004). Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 11, 197-202.
- González, N. (2005). Analgesia multimodal postoperatoria. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 12, 112-118.
- Good, M. & Moore, S. (1996). Clinical Practice Guidelines as a New Source of Middle-Range Theory: Focus on Acute Pain, 44, 74-9.
- Guevara-López, U., Covarrubias-Gómez, A., Rodríguez-Cabrera, R., Carrasco-Rojas, A., Aragón, G. & Ayon-Villanueva, H. (2007). Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. *Revista cirugía y cirujanos*, 75 (4), 385-407.

- Hernández, F. (2007). *Presencia, intensidad y manejo del dolor en el paciente posoperatorio hospitalizado*. Tesis inédita de maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO]. (2001). Pain: Current understanding of assessment, management, and treatments. Recuperado el 15 de abril de 2006 de <http://www.phisinc.com/pdf/JCAHOsummary.pdf>
- Leal, M. E., Mendoza, M.D., Hernández, N.E., Ávila, H., Frías, B., & Gracia, G.N. (2009). Satisfacción del control y alivio del dolor en usuarios postoperados hospitalizados. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. 6(6), 4.
- Mc Caffery, M. & Pasero, C. (1999). Pain: Clinical Manual, St. Louis: Mosby.
- Montes, A., García, J. & Trillo, L. (2007). Tratamiento del dolor postoperatorio: de la Unidad de Dolor Agudo al Programa de Gestión del Dolor Postoperatorio. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 14 (5), 335-337.
- Muñoz-Blanco, F., Salmeron, J., Santiago, J. & Marcote, C. (2001). Complicaciones del dolor postoperatorio. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 8, 194-211.
- Muñoz-Ramón, J.M., Carr, D.B., Sukiennik, A., Wurn, W.H. (2009). Tratamiento del dolor agudo postoperatorio. Protocolos y procedimientos del New England Medical Center de Boston. *Revista Sociedad Española de Dolor*, 9, 176-188.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Manejo Integral en la Enfermedad de los Adolescentes y Adultos. Recuperado el 21 de Noviembre de 2006 de <http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/genericpalliativecare082004.pdf>
- Peñarrieta, I., Del Ángel, R.E., García, M., Vergel, S. González, F. & Zavala, M. R. (2006). Manejo del Dolor y la Satisfacción de Pacientes Postoperados Hospitalizados. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 14 (1), 20-26.

- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999). *Investigaciones Científicas en Ciencias de la Salud* (6°. ed.) México: Mc. Graw-Hill, Interamericana.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., López-Martínez, A. E. & Anarte, M. T. (2001). Diferencias en la percepción del dolor relacionada con las variables sexo y edad. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 8, 562-568.
- Sada, O., Delgado, H. & Castellanos, O. (2011). Prevalencia del dolor postoperatorio en cirugía electiva de pacientes del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 18, 91-97.
- Secretaría de Salud, (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud*. México: Porrúa.
- Sobrino, J., Cabadas, R., Rodríguez, J., Ares, X. & Pereira, J. (1999). Pain during the early postoperative period in outpatient major surgery: Determining factors. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 6, 175-179.
- Soler, E., Faus, M.T., Montaner, M.C., Morales, F. & Martínez-Pons, V. (2001). Identificación de los factores que influyen en el dolor postoperatorio. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 48, 163-170.
- Vidal, M., Torres, L., De Andrés, J. & Moreno-Azcoitia, M. (2007). Estudio observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo. *Revista Sociedad Española del Dolor* 8: 550-567.
- White, P. (2005). The changing role of non-opioid analgesic techniques in the management of postoperative pain. *Anesth Analgesic*, 1, 5-22.

## Apéndices

## Apéndice A

### *Cédula de Datos*

Numero de cuestionario: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_ años

2. Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

3. Escolaridad \_\_\_\_\_ años

4. Tipo de cirugía: Cirugía Menor  Cirugía Mayor

5. Especialidad:

Cirugía General  Traumatología  Ginecología

6. Recibió orientación preoperatoria para el alivio del dolor:

Si                      No

7. Si la respuesta es afirmativa, quien le proporciono la orientación

Médico Cirujano  Anestesiólogo

Enfermera  Otro \_\_\_\_\_

8. Medicamentos analgésicos indicados en las primeras 24 hrs. postoperatorias:

Fecha/Turno	Nombre de Analgésico	Dosis	Vía	Horario Indicado	Horario de Aplicación

## Apéndice B

### *Cuestionario de Intensidad del Dolor*

Número de cuestionario: \_\_\_\_\_

1. ¿Ha experimentado algún tipo de dolor en las últimas 24 horas?

Sí

No

2. En esta escala, favor de marcar el nivel promedio (usual) de dolor que ha experimentado en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún Dolor

Máximo Dolor Posible

3. En esta escala, favor de marcar el máximo dolor posible que ha experimentado en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún Dolor

Máximo Dolor Posible

4. En esta escala ¿Cuánto dolor está sintiendo en este momento?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún Dolor

Máximo Dolor Posible

5. Circule el número que describe como, durante las últimas 24 horas, el dolor ha interferido con su:

A. Actividad general

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No interfiere

Interfiere Completamente

B. Humor o estado de ánimo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No interfiere

Interfiere Completamente

## C. Sueño

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## D. No interfiere

Interfiere Completamente

6. En las primeras horas postoperatorias de su cuidado, ¿recibió orientación para el manejo del dolor? Se le aclaró que el tratamiento del dolor es muy importante y que debe notificar cuando sienta dolor.

Sí

No

7. Seleccione el número que mejor indica que tan satisfecho está en la manera en que las enfermeras han respondido cuando les refiere la presencia de dolor. Considere que el 0 corresponde a la ausencia total de satisfacción mientras que el 10 corresponde a la máxima satisfacción.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Seleccione el número que mejor indica que tan satisfecho está en la manera en que los médicos han respondido cuando les refiere la presencia de dolor. Considere que el 0 corresponde a la ausencia total de satisfacción mientras que el 10 corresponde a la máxima satisfacción

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. En general como califica su satisfacción global con el alivio del dolor postoperatorio. Considere que el 0 corresponde a la ausencia total de satisfacción mientras que el 10 corresponde a la máxima satisfacción.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Cuando solicitó medicamentos para el dolor, ¿Cuál fue la duración de tiempo que tuvo que esperar para recibirlo? \_\_\_\_\_

11. ¿Ha solicitado o utilizado alguna alternativa para el alivio de su dolor que no sea medicamento?

1. Sí

2. No

Especifique cual:

---

## Apéndice C

### *Carta de la Institución Participante*



Noviembre 1º del 2011

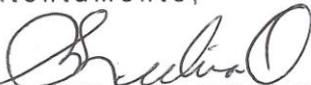
PhD Raquel Alicia Benavides Torres  
Secretario de Investigación  
Facultad de Enfermería  
Universidad Autónoma de Nuevo León

Presente.-

Por medio de la presente doy respuesta a su oficio FAEN No. 463/2011 donde se autoriza a la Lic. María del Refugio Muñoz Rodríguez estudiante del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería; para que proceda a la aplicación del cuestionario (cédula de identificación y cuestionario de intensidad del dolor) a pacientes adultos de ambos sexos pos operados con 24 hrs. de hospitalización de la especialidad de Cirugía General, Traumatología y Ginecología de cirugía tradicional no laparoscópica; que reforzará su estudio titulado "MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO EN PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS EN UNA INSTITUCION PRIVADA.

Le agradeceré se presente en esta Dirección para organizar el procedimiento de recolección de esta información.

Atentamente,



LIC. SOFIA GUADLUPE MEDINA ORTIZ  
Director de Enfermería  
Centro Médico Hospital San José Tec de Monterrey

'baof

## **Apéndice D**

### ***Carta de Consentimiento Informado***

#### **Título del Estudio: Satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados en una institución privada**

#### **Introducción y Propósito**

La Lic. Ma. del Refugio Muñoz Rodríguez estudiante de la Maestría en Ciencias de Enfermería, me ha solicitado participar en su estudio de investigación titulado “Satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados en una institución privada” me ha informado que los datos que yo le proporcione serán utilizados con fines científicos. Me ha explicado que el propósito del estudio es identificar la intensidad del dolor que presentan pacientes a los que se les ha realizado alguna cirugía como es mi caso, también me informó que desea conocer cómo se ha manejado el dolor y la satisfacción con el manejo del dolor que he recibido.

Me explicó que los datos que le proporcione serán confidenciales y que tengo derecho a terminar mi participación en cualquier momento, si así lo decido.

#### **Procedimiento**

Comprendo que se me aplicará el Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente a las 24 horas posteriores a la cirugía. Sé que voy a contestar preguntas relacionadas con la intensidad del dolor que he presentado durante el postoperatorio así como con la atención que he recibido en relación con el manejo del dolor. Se me informó que tardaré aproximadamente 15 minutos en contestar las preguntas.

**Riesgos**

Se me ha explicado que este estudio no tendrá riesgos, ya que únicamente se me harán preguntas relacionadas con mi dolor postoperatorio y no se me realizará ningún tipo de intervención. Así mismo, se me ha explicado que la información que proporcione será anónima y totalmente confidencial.

**Participación Voluntaria/Abandono**

Se me otorgó el derecho a terminar mi participación en cualquier momento, si así lo decido sin que se tomen represalias en mi persona.

**Preguntas**

En caso de que tenga dudas, comentarios o quejas relacionadas con el estudio podré comunicarme a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con la presidenta de la Comisión de Ética la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres al teléfono 83488943 en horario de 8:00 am a 5:00 pm.

**Confidencialidad**

Se me aseguró que los datos obtenidos serán tratados de manera confidencial por el investigador y que no se podrá identificar a que participante corresponde cada uno de los cuestionarios. Así mismo, que una vez finalizado el estudio, los cuestionarios se resguardarán por seis meses y posteriormente serán destruidos por el investigador.

Consentimiento para participar en el estudio de Investigación

La Lic. Ma. del Refugio Muñoz Rodríguez me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio así como mi participación; así mismo, me aclaró que puedo considerar libremente dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

---

Firma del participante

---

Firma y nombre del investigador

---

Firma del primer testigo

Dirección y Relación/ Parentesco

---

Firma del segundo testigo

Dirección y Relación/ Parentesco

---

Fecha