

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



PRESENCIA, INTENSIDAD Y MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE
POSOPERATORIO HOSPITALIZADO

Por

LIC. ESTHER ANGÉLICA HERNÁNDEZ FIERRO

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

JUNIO, 2007

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



PRESENCIA, INTENSIDAD Y MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE
POSOPERATORIO HOSPITALIZADO

Por

LIC. ESTHER ANGÉLICA HERNÁNDEZ FIERRO

Director de Tesis

ME. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

JUNIO, 2007

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



PRESENCIA, INTENSIDAD Y MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE
POSOPERATORIO HOSPITALIZADO

Por

LIC. ESTHER ANGÉLICA HERNÁNDEZ FIERRO

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA. PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

JUNIO, 2007

PRESENCIA, INTENSIDAD Y MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE
POSOPERATORIO HOSPITALIZADO

Aprobación de Tesis

ME. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Director de Tesis

ME. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Presidente

Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha

Secretario

ME. María Guadalupe Martínez Martínez

Vocal

MSP. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el otorgamiento de la beca para la realización de estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

A mi Director de Tesis la ME. María Guadalupe Moreno Monsiváis por la paciencia brindada en la admirable dirección de esta tesis, por su profesionalismo y sobre todo por su amistad.

A la MSP. María Magdalena Alonso Castillo por su contribución en mi desarrollo profesional, al facilitar el acceso a la Universidad para obtener el grado de Maestría.

Al director de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Chihuahua ME. María Teresa Pérez Piñón por brindarme la oportunidad para continuar creciendo profesionalmente.

A la institución de Seguridad Social y a los participantes del estudio por permitir concretar la realización de esta tesis.

A los maestros de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por contribuir en la realización de esta meta al prepararme eficazmente en mis estudios de posgrado.

A mis compañeros de la Maestría en Ciencias de Enfermería por emprender conmigo la búsqueda hacia la realización de este propósito.

Dedicatoria

La presente tesis es culminación de una etapa de mi vida, motivo por el cual la dedico a:

Dios, por permitirme caminar y llegar hasta donde estoy; regalándome la perseverancia, el deseo de superación y el espíritu de servicio para poder realizar mi profesión

Mi madre, por su constante apoyo, comprensión y motivación para concretar mi desarrollo personal y profesional

Mi hermana Miriam por hacerme comprender que en la vida no existen obstáculos, siempre que se tenga el propósito de salir adelante

Mi familia por su incesante apoyo y encontrarse siempre presente en cada paso de mi vida; a mi tía Soco por brindarle siempre su apoyo incondicional a mi madre

Mi amigo Julio por confiar en mi, escucharme y apoyarme en mis propósitos y decisiones

Mis amigas Rosy y Lore por estar conmigo a lo largo de estos dos años

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	5
Estudios Relacionados	8
Definición de Términos	14
Objetivo General	15
Objetivos Específicos	15
Capítulo II	
Metodología	16
Diseño del Estudio	16
Población, Muestreo y Muestra	16
Criterios de Inclusión para Pacientes	17
Criterios de Inclusión para Personal de Enfermería	17
Procedimiento de Recolección de la Información	17
Instrumentos	18
Estrategias para el Análisis de Resultados	19
Consideraciones Éticas	20
Capítulo III	
Resultados	22
Estadística Descriptiva de las Características de los Pacientes	22
Participantes	
Estadística Descriptiva del Personal de Enfermería Participante	30
Estadística Inferencial	32

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	34
Conclusiones	37
Recomendaciones	38
Referencias	39
Apéndices	43
A. Carta de Autorización de la Institución Participante	43
B. Carta de Consentimiento Informado del Paciente	44
C. Cédula de Datos del Paciente	46
D. Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente	47
E. Carta de Consentimiento Informado del Personal de Enfermería	50
F. Cédula de Identificación del Personal de Enfermería	52

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Características descriptivas de los pacientes participantes	22
2. Características de los pacientes participantes: sexo, especialidad a la que pertenece y tipo de anestesia	23
3. Orientación preoperatoria proporcionada a los participantes	24
4. Terapia analgésica indicada al paciente durante las primeras 24 horas postoperatorias	25
5. Clasificación de la intensidad del dolor	25
6. Valoración de la intensidad del dolor	26
7. Intensidad del dolor de acuerdo al sexo	26
8. Índice de manejo del dolor	27
9. Interferencia del dolor en la actividad general, ánimo y sueño	28
10. Tiempo de espera para recibir el analgésico solicitado	28
11. Satisfacción del paciente con el manejo del dolor	29
12. Características de las enfermeras: servicio laboral, nivel de formación y puesto asignado	30
13. Características de las enfermeras: antigüedad, educación formal, pacientes asignados y horas de entrenamiento	31
14. Características de la enfermera: contrato laboral y turno asignado	32

RESUMEN

Lic. Esther Angélica Hernández Fierro
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Junio, 2007

Título del Estudio: PRESENCIA, INTENSIDAD Y MANEJO DEL DOLOR EN EL
PACIENTE POSOPERATORIO HOSPITALIZADO

Número de páginas: 52

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería
con Énfasis en Salud Comunitaria

Área de Estudio: Salud Comunitaria

Propósito y Método de Estudio: El propósito del estudio fue determinar la presencia, intensidad y el manejo del dolor en el paciente posoperatorio hospitalizado, así como su asociación con algunas características del paciente y del personal de enfermería. 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 calculó para un análisis de proporciones donde se obtuvo una $n = 151$, en cuanto al personal de enfermería se consideró el censo del personal asignado a los servicios de hospitalización de acuerdo a los criterios de inclusión. Para la recolección de la información se utilizó la Cédula de Datos del Paciente, Cédula de Datos del Personal de Enfermería y el Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente de Mc Caffery y Pasero.

Contribución y Conclusiones: El estudio permitió conocer la presencia, intensidad y el manejo del dolor y la asociación de la intensidad con características del paciente y de la enfermera. Los resultados en relación con los pacientes mostraron una media de edad de 55 años ($DE = 15.91$), el sexo femenino predominó con 68.2%, la escolaridad presentó una media de 10 años ($DE = 5.90$). El dolor se presentó en un 90.7%, sobresalió el dolor moderado durante las primeras 24 horas posoperatorias; sin embargo, cabe destacar que 57.6% de los participantes presentó dolor severo como máximo dolor en las primeras 24 horas.

El Índice de Manejo del Dolor indicó que 71.5% de los pacientes recibió un manejo adecuado. Respecto al personal de enfermería se encontró que 25% esta contratada como auxiliar mientras su nivel de formación corresponde a enfermería general o licenciatura; el número de pacientes asignados por turno reportó una media de 9 ($DE = 1.17$), el entrenamiento sobre el manejo del dolor presentó una media de 2.34 horas ($DE = 64.57$). El coeficiente de correlación de Spearman no mostró asociación entre la intensidad del dolor con la edad ni con la escolaridad del paciente; con respecto a la diferencia en la intensidad del dolor de acuerdo al sexo solamente el máximo dolor reportado en las primeras 24 horas indicó diferencia significativa ($U = 1799$, $p = .006$), la mediana fue mayor para el sexo femenino ($Mdn = 8.0$), con respecto al masculino ($Mdn = 6.0$). Al asociar la intensidad del dolor con el número de pacientes asignados y el entrenamiento sobre el manejo del dolor en el personal de enfermería, el Coeficiente de Correlación de Spearman no mostró asociación.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Lic. Esther Angélica Hernández Fierro

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería
con Énfasis en Salud Comunitaria

Tesis: PRESENCIA, INTENSIDAD Y MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE
POSOPERATORIO HOSPITALIZADO

Campo de Estudio: Salud Comunitaria

Biografía: Nació en la ciudad de Chihuahua, Chihuahua; México el día 07 de Enero de 1978, hija de la señora Antonia Esther Fierro Parra.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Chihuahua con el título de Licenciatura en Enfermería en el 2000.

Experiencia Profesional: Pasante de enfermería en el Hospital Central del Estado de Chihuahua en el 2001. Enfermera General con funciones de Supervisora en el Hospital del Estado del 2001 al 2005.

e-mail: eangelicahf_78@msn.com

Capítulo I

Introducción

Actualmente en México se lleva a cabo el Programa de la Cruzada Nacional por la calidad de los Servicios de Salud, el cual tiene como objetivo evaluar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país. Este programa surge como respuesta a problemas relacionados con la calidad de los servicios de salud públicos y privados; así como a la heterogeneidad de los niveles de calidad entre regiones geográficas e instituciones. Elevar la calidad, es una de las preocupaciones principales de los servicios de salud tanto del sector público como del privado, quienes buscan apearse a los lineamientos de calidad establecidos para el adecuado cuidado de la salud (Castro, 2004; Programa Nacional de Salud [PNS], 2001-2006).

A pesar de estos avances en busca de la calidad de la atención, existen áreas que demandan mayor esfuerzo hacia el interior de las instituciones. Una de ellas está relacionada con el adecuado manejo del dolor, el cual es un parámetro importante que deben cumplir las instituciones hospitalarias para lograr certificarse con organismos internacionales que garanticen su calidad. La Comisión Conjunta de Acreditación de los Cuidados de Salud (JCAHO), así como la Asociación Americana del Dolor, establecen que todos los pacientes tienen derecho a una apropiada evaluación y a un efectivo manejo del dolor (JCAHO, 2001; Peñarrieta et al., 2006).

El dolor es uno de los principales problemas por los que acuden las personas para solicitar atención de salud; aproximadamente el 60% de los pacientes utilizan algún servicio de salud por causa del dolor. El dolor en el período posoperatorio constituye un reto para el ámbito quirúrgico, ya que de un 40 a 60% de los pacientes que atraviesan por esta etapa presentan dolor de moderado a severo durante su hospitalización, lo que indica un inadecuado manejo; esto a pesar de las continuas innovaciones farmacológicas, los avances tecnológicos y las directrices o protocolos existentes para el manejo efectivo del

dolor (Cañellas & Catala, 2002; Chaparro & Rey, 2003; Gallego, Rodríguez, Vázquez & Gill, 2004; Mc Neill, Sherwood & Starck, 2004).

El manejo inadecuado del dolor genera pérdidas importantes; en Estados Unidos se calcula una pérdida de más de 700 millones de días de trabajo al año por causa del dolor, con un costo superior a los 60,000 millones de dólares. Además, los gastos directos e indirectos generados por el dolor corresponden a un 2.8% del Producto Nacional Bruto de los países industrializados. El dolor no tratado de manera adecuada tiene múltiples consecuencias, entre las que sobresalen el incremento en la estancia hospitalaria, aumento de los costos e impacto negativo en la calidad de vida, de tal manera que el dolor se convierte en un problema que sobrepasa el marco de las instituciones, para convertirse en uno de los principales problemas de salud pública por su gran repercusión socioeconómica (Bassols & Catala, 2002; Muñoz-Blanco, Salmeron, Santiago & Marcote, 2001; Padrol et al., 2001).

Algunos estudios señalan que además de los efectos socioeconómicos asociados con el inadecuado manejo del dolor, una gran parte de los pacientes experimenta un sufrimiento injustificado por causa del dolor lo cual se asocia con: dolores de larga duración, así como con trastornos en el funcionamiento de los sistemas cardiovascular, respiratorio, digestivo y endocrino. Además de estos trastornos físicos, se generan complicaciones psicológicas ocasionadas por la presencia de dolor, las cuales pueden generar insomnio y emociones como angustia, miedo y depresión (Elkin, Cardona, Castaño, Builes & Castro, 2003; Martínez-Vázquez & Torres, 2000; Mc Neill et al., 2004).

Otros estudios se han centrado en determinar las causas del inadecuado manejo del dolor y señalan entre las principales, la deficiencia en la valoración del paciente, en la documentación, en el tratamiento, y en el manejo y orientación hacia los pacientes. Las deficiencias en la valoración y documentación, se asocian a la naturaleza subjetiva del dolor; generalmente si el paciente no refiere la presencia de dolor se asume que no lo

tiene, mientras que en los que lo refieren, se tiende a desvalorizar la presencia e intensidad de éste; es decir, existe una confianza escasa en el autoreporte de los pacientes. Además, es común que el equipo de salud no utilice periódicamente escalas de medición para evaluar la intensidad del dolor y documentarlo de tal forma que sea útil como parámetro de referencia (Mc Neill et al., 2004; Serrano-Atero, Caballero, Cañas, García-Saura, Serrano-Alvarez & Prieto, 2002).

En cuanto al tratamiento y manejo del dolor las principales deficiencias se relacionan con la subutilización de los analgésicos y opioides, esto asociado con un cumplimiento bajo de las pautas analgésicas prescritas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), las cuales se consideran útiles en el adecuado tratamiento del dolor. Respecto al uso de opioides las dosis adecuadas no son suministradas debido al temor de causar depresión respiratoria y adicción, además del bajo conocimiento por parte de los profesionales de la salud (Peñarrieta et al., 2006).

Respecto a la educación del paciente en relación con el dolor, los hallazgos revelan falta de orientación del paciente y la familia sobre el manejo del dolor, evaluación del mismo y los resultados que deben esperar del tratamiento. Los pacientes continuamente reportan una falta o deficiente información por parte del equipo multidisciplinario (Ortega et al., 2005).

Además de los aspectos señalados previamente, otros autores atribuyen el inadecuado manejo del dolor a la creencia por parte del personal de salud y del propio paciente de que la presencia de dolor es inevitable como consecuencia del trauma operatorio y que este tendrá una duración limitada y por lo tanto debe tratar de soportarlo. Otro aspecto que se ha asociado con el manejo inadecuado del dolor es el empleo de medicamentos analgésicos a demanda, de acuerdo a los estudios de investigación hasta en una tercera parte de los pacientes, el analgésico indicado para el posoperatorio se prescribe a demanda lo cual contradice los esquemas terapéuticos indicados por la OMS

para un adecuado manejo del dolor (Martínez-Vázquez & Torres, 2000; Padrol et al., 2001; Saralegui et al., 2006).

De acuerdo a la revisión de literatura existen factores o características individuales correspondientes al paciente, al personal de enfermería y a la estructura organizacional que se asocian con el manejo del dolor. En relación con el paciente, algunos estudios señalan que el sexo, la edad y el nivel de educación, influyen en la variación en la incidencia, intensidad y duración del dolor posoperatorio (Bassols & Catala, 2002; Mc Neill et al., 2004; Padrol et al., 2001).

En relación con el personal de enfermería algunos autores señalan que el nivel de educación así como el entrenamiento que recibe el personal sobre el manejo del dolor se asocian con la disminución de la intensidad del dolor del paciente. En cuanto a las instituciones de salud se señala como causa de un inadecuado manejo del dolor la sobrecarga de trabajo para el personal de salud en relación con el alto número de pacientes asignados lo que ocasiona falta de tiempo para realizar una adecuada valoración, manejo y documentación del dolor. Así mismo, se señala la falta de recursos como equipo y medicamentos analgésicos de mayor potencia sobre todo en las instituciones que cuentan con un cuadro básico limitado (American Society of Anesthesiologists [ASA], 2004; Elkin et al., 2003; Guevara et al., 2005; Mc Millan, Tittle, Hagan, & Small, 2005; Ortega et al., 2005; Polkki, Laukkala, Vehvilainen-Julkunen & Pletila, 2003).

El adecuado manejo del dolor requiere la participación de un equipo interdisciplinario, donde cada uno de los involucrados aporte su conocimiento y habilidad para el manejo del dolor. Si bien cada uno de los participantes juega un rol decisivo, con frecuencia el personal de enfermería tiene un rol fundamental por ser el que tiene mayor contacto con el paciente; es el responsable de valorar y documentar la presencia e intensidad del dolor periódicamente, valorar los cambios en la respuesta al tratamiento, así como la intensidad del dolor y su grado de alivio, además, de solicitar la intervención

en caso necesario de otros profesionales involucrados en el manejo del dolor (Astudillo, Mendinueta & Gabilondo, 1998; Martínez-Vázquez & Torres, 2000; Sánchez-Sánchez, Pernia & Calatrava, 2005).

En México, de acuerdo a la revisión de la literatura existen escasos estudios en relación con la presencia, intensidad y el manejo del dolor. La mayoría de los estudios han sido realizados en otros contextos donde la estructura organizacional es favorable en relación con los recursos necesarios para un adecuado manejo del dolor. Por lo anterior es importante estudiar en nuestro contexto este fenómeno con la finalidad de desarrollar intervenciones efectivas para la valoración y tratamiento específico del dolor posoperatorio de acuerdo a las necesidades del paciente y a los recursos disponibles.

El propósito del estudio será determinar la presencia, intensidad y el manejo del dolor en el paciente posoperatorio hospitalizado, así como su asociación con algunas características del paciente y del personal de enfermería.

Marco de Referencia

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor como una experiencia sensorial y emocional displacentera, la cual se encuentra asociada a daño tisular, ya sea real o potencial. El dolor puede ser clasificado como crónico o agudo. El dolor crónico se define como un dolor que perdura durante períodos prolongados, persiste mas allá del tiempo de duración de una herida y frecuentemente no se encuentra una causa identificable. El dolor agudo se define como un dolor de inicio reciente, cuya duración es probablemente limitada; generalmente tiene una relación causal o temporal identificable, la cual se relaciona con una lesión. Para el presente estudio se abordará únicamente el dolor agudo de tipo posoperatorio el cual se define como un dolor de carácter agudo que está presente en un paciente quirúrgico como respuesta a una lesión quirúrgica (Guevara et al., 2004; Martínez-Vázquez & Torres, 2000).

De acuerdo a Mc Caffery y Pasero (1999), el inadecuado manejo del dolor posoperatorio es una negligencia institucional en la cual contribuyen todos los proveedores de cuidado que participan en la atención del paciente. El manejo del dolor posoperatorio continúa representando un aspecto negativo en la atención a pesar de existir protocolos de cuidado y directrices para la práctica. De acuerdo a los autores señalados previamente, la existencia de estos lineamientos no garantiza un cuidado de calidad cuando la valoración y el manejo del dolor no responden a las necesidades específicas de los pacientes.

La Asociación Americana de Anestesiología (2004), ha establecido las directrices para el manejo del dolor en el período perioperatorio con el propósito de facilitar la seguridad y la efectividad en el manejo, reducir el riesgo de los resultados adversos, mantener las capacidades funcionales del paciente, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor agudo durante el período perioperatorio el cual incluye el posoperatorio. El apego a estas directrices requiere un alto nivel de destreza profesional de los involucrados en la atención, así como una estructura organizacional adecuada y suficiente para tratar adecuadamente el dolor.

A continuación se señalan estas directrices:

- Las instituciones de salud deben incluir en sus políticas institucionales la educación y el entrenamiento en el manejo del dolor para los proveedores del cuidado a la salud, debido a que la literatura sugiere que la educación, el entrenamiento y la experiencia en el manejo del dolor se asocian con disminución de la intensidad del dolor y contribuyen a mejorar la calidad del cuidado.
- Monitoreo de los resultados
- Disponibilidad las 24 horas del día de los profesionales de la salud para la valoración y manejo del dolor.
- Planeación individualizada y proactiva como estrategia anticipatoria para el manejo adecuado del dolor al considerar el tipo de cirugía, la severidad esperada

del dolor, las condiciones médicas subyacentes (alergias, antecedentes de depresión respiratoria por uso de opioides, entre otros), experiencia previa con el dolor y las preferencias del paciente.

- Preparación preoperatoria del paciente; de acuerdo a la literatura cuando el paciente recibe orientación preoperatoria requiere dosis más bajas de analgésicos para el control del dolor.
- Uso de técnicas multimodales para el manejo del dolor se refiere a la combinación de analgésicos de acuerdo a lo establecido en la escalera analgésica (OMS, 2004). El manejo adecuado o efectivo del dolor se da en la medida en que el tratamiento farmacológico indicado sea congruente con la valoración de la intensidad del dolor, la OMS establece que el protocolo para el manejo del dolor consiste en tres escalones, en el primero de ellos se encuentran los antiinflamatorios no esteroides (AINEs) para tratar el dolor leve a moderado, en el segundo escalón estarán los opioides débiles o menores para tratar el dolor moderado a intenso y el tercer escalón se utiliza para tratar el dolor intenso mediante opioides potentes fuertes. En los tres escalones se pueden utilizar AINEs y coadyuvantes en caso necesario.
- Valoración de la intensidad del dolor mediante el uso de escalas estandarizadas al considerar aspectos individuales del paciente, tales como: raza, cultura, género, escolaridad y el nivel socioeconómico que pueden modificar la respuesta al tratamiento analgésico.

De acuerdo a las directrices señaladas previamente, para el presente estudio se consideran algunos aspectos relacionados con el personal de enfermería como el entrenamiento y el número de pacientes asignados. En relación con el paciente se consideran características que pueden modificar la respuesta al tratamiento analgésico tales como edad, sexo y escolaridad. Así mismo, se considera la valoración de la intensidad del dolor a través de una escala estandarizada y el manejo del dolor que recibe el paciente posoperatorio. Para este último aspecto se utilizará el Índice de Manejo del

Dolor (IMD) aprobado como un indicador útil para estimar la efectividad y el adecuado manejo del dolor; éste consiste en valorar el analgésico de mayor potencia indicado de acuerdo a la escalera analgésica de la OMS menos la intensidad del dolor en las primeras veinticuatro horas. La relación positiva indica un adecuado manejo, mientras que la relación negativa indica un inadecuado manejo del dolor (Mc Neill et al., 2004).

Estudios Relacionados

En el presente apartado se incluyen los estudios relacionados con la temática, en primer orden se presentan los estudios de prevalencia e intensidad del dolor seguido de los estudios donde se obtuvo el IMD y al finalizar los estudios que toman en cuenta aspectos relacionados a los factores que influyen en el manejo del dolor.

Padrol et al. (2001) realizaron un estudio observacional y transversal con el objetivo de conocer la prevalencia del dolor en los pacientes ingresados en una unidad de dolor y el tipo de pautas analgésicas prescritas con mayor frecuencia. El estudio se efectuó en una población de pacientes hospitalizados con una estancia mayor a 24 horas, el total de pacientes fue de 202. Se aplicó un cuestionario individualizado y se midió la presencia e intensidad del dolor en las primeras 24 horas posteriores a la cirugía y en el momento de la entrevista.

Se encontró, que en los 202 pacientes ingresados, la prevalencia de dolor fue de 61.4%. En relación al sexo, la prevalencia de dolor en los hombres fue de 60.4% y en mujeres de 62.4%, en cuanto a la intensidad del dolor se encontró que del 61.4% de los pacientes que refirieron tener dolor, 80.7% lo calificó como leve, 16.1% como moderado, y 3.2% como intenso. En cuanto a la edad, manifestaron dolor de moderado a intenso en mayor proporción los pacientes de entre 25 a 44 años, y en menor proporción los mayores de 65 ($p = 0.01$). En cuanto a preferencias farmacológicas dentro de los AINEs, el más usado fue el metamizol, seguido del ketorolaco y en tercer lugar el diclofenaco; en cuanto al uso de opiáceos mayores solamente se utilizaron en dos pacientes.

Ramírez-Maestre, Esteve, López-Martínez y Anarte (2001) realizaron un estudio en 330 pacientes, 165 hombre y 165 mujeres de edades de entre 15 y 92 años, con el objetivo de analizar las diferencias entre sujetos en la percepción del dolor, en función de las variables edad y sexo, en este estudio se utilizó el cuestionario de Mc Gill del dolor para conocer la puntuación en la intensidad del dolor.

Los resultados indican que no se encontró diferencia significativa en la puntuación total del dolor en los diferentes grupos de edad. En cuanto al sexo, se encontró que las mujeres tienen una mayor percepción del dolor, la media de la intensidad del dolor en los hombres fue de 29.51 y para las mujeres fue de 33.07 ($p = 0.001$).

Gallego et al. (2004) realizaron un estudio descriptivo, con el propósito de evaluar la prevalencia e intensidad del dolor en 388 pacientes intervenidos quirúrgicamente por los servicios de cirugía general, traumatología, ginecología, cirugía vascular y urología. Se encontró que el 97.2% de los pacientes refirieron haber experimentado dolor en algún momento durante su estancia en el hospital, 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 la menor de 0.89 ($DE = 1.57$). En el momento de la entrevista, 40.5% refirieron dolor moderado y 16% dolor severo. Un 67.3% solicitaron analgesia en algún momento y 28.4% solicitó otro analgésico además del indicado (analgesia de rescate).

En un estudio prospectivo, realizado por Saralegui et al. (2006) con una población de 617 pacientes posoperados hospitalizados en el Uruguay, con el propósito de determinar la presencia e intensidad del dolor, se encontró que durante su estancia en recuperación 44% de los pacientes presentaron dolor, de estos un 18% manifestó dolor severo, 15% dolor moderado y 11% dolor leve. Después de las primeras 24 horas se encontró que 41% presento dolor, el 11% refirió dolor moderado, 3% dolor severo, y 27% dolor leve.

Guevara et al. (2004), efectuaron un estudio descriptivo en 55 pacientes hospitalizados y ambulatorios de instituciones de salud, en México. El propósito del estudio fue analizar la prevalencia de dolor agudo en la población mexicana para propiciar parámetros de práctica enfocados al tratamiento efectivo del dolor, para lo que utilizaron el Cuestionario de la Asociación Americana del Dolor. La medición se realizó a las veinticuatro horas posteriores a la intervención quirúrgica. Se reportó que un 96.36% de los pacientes experimentaron dolor; el dolor promedio percibido por los pacientes fue de moderado a severo con 81.13%.

Elkin et al. (2003) realizaron un estudio con un diseño de tipo descriptivo, prospectivo y de corte, en una muestra de 150 pacientes, con el propósito de identificar el manejo del dolor posoperatorio. Encontró que 69% de los pacientes manifestaron presencia del dolor. Al analizar los analgésicos ordenados, se encontró que el metamizol es el fármaco más utilizado en un 38.7% de los pacientes, la combinación de metamizol con otro medicamento se utilizó en 19.3% y de los pacientes que refirieron dolor el 81.7% opinaron que el manejo fue bueno.

Mc Neill et al. (2004) realizaron un estudio descriptivo con una muestra de 964 pacientes adultos posoperatorios en el suroeste de Estados Unidos, la recolección de datos fue a través del Cuestionario de respuestas de la Sociedad Americana del Dolor (APS-POQ) y el Índice del manejo del dolor (IMD) aplicado durante las veinticuatro horas posteriores a la cirugía. El objetivo del estudio fue identificar el manejo del dolor en el paciente posoperatorio. Los pacientes informaron dolor moderado con una media de 4.8 en una escala de 0 a 10 en el momento de la entrevista y dolor severo en una media de 6.8 para las últimas 24 horas.

En relación con los resultados del IMD, el 30% de los pacientes reportaron valores negativos, lo que indica un inadecuado manejo del dolor. Los pacientes que experimentaron dolor severo fueron de 67.5%, el 20% dolor moderado y 10% dolor leve.

En la comparación entre grupos, en referencia a la edad, los participantes con más de 65 años, refirieron más baja intensidad de dolor con una media de 5.7 en relación a los menores de 65 años con media de 6.9. En relación con el IMD, en el grupo de edad de mayores de 65 se encontró que 37% reciben un manejo inadecuado a diferencia de lo encontrado en los pacientes más jóvenes en donde se encontró un manejo inadecuado en un 28%. Por sexo, las mujeres informaron mayor intensidad del dolor con una media de 6.8 respecto a los hombres con 6.3.

En el nivel educativo, aquellos con educación de escuela secundaria o menos tenían una intensidad mas alta con una media de 5.1 respecto a las personas que tenían estudios universitarios con una media de 4.5 ($p = 0.007$). En relación a los factores que predicen un adecuado manejo del dolor, la regresión logística reportó como variables predictoras la edad, el grupo étnico, el nivel educativo y la dosis del analgésico ($p = 0.001$).

Peñarrieta et al. (2006) realizaron un estudio de tipo transversal y descriptivo con el objetivo de describir la experiencia del dolor en pacientes posoperados, se utilizó el Cuestionario adaptado de la Asociación Americana del Dolor y el IMD, en una población integrada por 180 pacientes (118 mexicanos y 62 peruanos). Se encontró que el 52 % de los pacientes encuestados refirieron presentar el máximo dolor en las 24 horas anteriores a la entrevista. El IMD reportó que el 60% de los pacientes recibe un tratamiento inadecuado, esto es que reciben una medicación de nivel analgésica más baja relacionada con su nivel de dolor alto.

Bolibar et al. (2005) realizaron un estudio transversal con 309 pacientes adultos hospitalizados en Barcelona, con el propósito de conocer la prevalencia del dolor, las características referidas y su variación en función de los distintos servicios y del abordaje terapéutico realizado. Refirieron dolor en las últimas 24 horas 169 pacientes, lo que representó una prevalencia de 54.7%, no se observaron diferencias en la intensidad del dolor entre hombres y mujeres, pero sí 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. Casi dos terceras partes de las pautas analgésicas prescritas fueron a demanda, mientras que el resto fueron fijas, se observó un mayor porcentaje de pacientes con pauta a demanda a mayor intensidad del dolor, los fármacos más usados fueron los AINEs (76.8% mayormente el metamizol, seguido del paracetamol en 40.6%), los opioides (24.6% mayores, 7.2% menores), en el 67.1% de los paciente el manejo del dolor fue adecuado, mientras que en el 32.9% fue inadecuado.

Polkki et al. (2003), realizaron un estudio con el propósito de conocer las barreras identificadas por las enfermeras para proporcionar un adecuado manejo del dolor posoperatorio. La muestra la constituyeron 162 enfermeras de un Hospital de Finlandia, se encontró que el 60% de las enfermeras identifican la sobrecarga de trabajo como uno de los factores que afecta la atención en el paciente, 55% de las enfermeras identifica como un factor más la falta de educación continua en relación con el manejo del dolor, y un 55% también identifica la falta de tiempo.

Tapp y Kropp (2005) realizaron un estudio en 23 enfermeras con el propósito de identificar el conocimiento del dolor del personal de enfermería así como las barreras ambientales que interfieren en el manejo del dolor. Participaron en el estudio 23 enfermeras las cuales informaron varias barreras en el medio ambiente para el manejo del dolor como la insuficiente cantidad de personal de enfermería identificado en un 91% de las enfermeras participantes, la sobrecarga de trabajo en un 74% y el estar ocupadas en el día para proporcionar cuidados del dolor en un 44%.

Layman y Horton (2006), efectuaron un estudio con el objetivo de examinar la relación ente las actitudes de las enfermeras hacia el manejo del dolor con la educación continua recibida. Participaron 52 enfermeras de una unidad hospitalaria de E.U.A

Se encontró que las horas de educación continua o entrenamiento para el manejo de dolor se ubicaron de la siguiente manera: el 52% del personal de enfermería tenía solo 1-3 horas de entrenamiento, 29% tenía de 5-10 horas y el 19% tenía más de 10 horas. El

personal de enfermería con más de 10 horas de educación continua tuvo un mayor conocimiento del manejo del dolor.

En síntesis, la mayoría de los estudios relacionados han sido realizados en población diferente a la mexicana con predominio en países como Estados Unidos y España. Estos muestran un inadecuado manejo del dolor (Bolibar et al., 2005; Mc Neill et al., 2004; Peñarrieta et al., 2006), de acuerdo a la intensidad se observa una mayor presencia de dolor moderado a severo en las 24 horas posteriores al procedimiento posoperatorio (Gallego et al., 2004; Guevara et al., 2005; Mc Neill et al., 2004). Además, se observa que la presencia, intensidad y manejo del dolor pueden estar influenciados por algunos factores entre los que se encuentran la edad, el sexo y la escolaridad en el paciente.

En cuanto a la edad se ha encontrado que existe una menor presencia e intensidad del dolor en los pacientes mayores de 65 años y que los pacientes que se encuentran en edad productiva reportan una mayor presencia del dolor (Padrol et al., 2001); sin embargo, aunque otros estudios mencionan menor intensidad, los de mayor edad no reportan diferencia significativa (Mc Neill et al., 2004; Ramírez-Maestre, Esteve, López-Martínez & Anarte, 2001).

En cuanto al sexo algunos estudios reportan que las mujeres son las que presentan una mayor incidencia e intensidad del dolor respecto al género masculino (Mc Neill et al., 2004; Padrol et al., 2001; Ramírez-Maestre, Esteve, López-Martínez & Anarte, 2001), sin embargo, sólo uno reporta diferencia significativa (Ramírez-Maestre, Esteve, López-Martínez & Anarte, 2001). Respecto al nivel educativo, los pacientes con escolaridad de secundaria o menos tienen mayor presencia e intensidad del dolor en comparación a los que tienen un nivel de estudios universitarios (Mc Neill et al., 2004). El IMD arroja datos importantes al identificar un manejo inadecuado del dolor en pacientes posoperatorios en relación al tratamiento farmacológico (Mc Neill et al., 2004; Peñarrieta et al., 2006).

Los estudios reportan que existen otros factores asociados con las características propias de la institución y del personal de enfermería que pueden influir en el manejo del dolor, entre ellos se observa que la sobrecarga de trabajo para enfermería se identifica como un aspecto importante que influye en el manejo del dolor (Polkki et al., 2003; Tapp & Kropp, 2005), la falta de educación continua en relación con el manejo del dolor es otro de los aspectos identificados reportándose que un mayor número de horas de entrenamiento proporciona mayor conocimiento en el manejo del dolor (Layman & Horton, 2006).

Definición de Términos

Edad es el número de años referido por el paciente al momento de la entrevista.

El sexo se describe como la característica de género y se expresa en masculino o femenino.

Escolaridad es el número de años de educación formal referidos por el paciente.

Presencia se refiere a la expresión verbal del paciente acerca de si tiene o no dolor.

Intensidad del dolor es el grado de dolor expresado por el paciente posterior a las 24 horas posoperatorias, el cual se valoró por medio de la escala visual numérica con puntajes de 0 a 10, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 es el mayor dolor percibido; para el estudio los valores se clasificaron de la siguiente manera: 0 como ausencia de dolor, 1- 3 como dolor leve, 4 - 6 como dolor moderado y 7 - 10 como dolor severo.

Manejo del Dolor es la efectividad en el control del dolor, la cual se establece mediante la relación entre la intensidad del dolor y el tratamiento farmacológico indicado. Para el presente estudio se utilizó el IMD, el cual permite establecer la relación entre el analgésico indicado de mayor potencia menos la intensidad del dolor durante las últimas 24 horas. El puntaje para los analgésicos se determinó de la siguiente manera: 0. ningún analgésico, 1. AINEs y coadyuvantes, 2. Opioides débiles, AINEs y coadyuvantes, 3. Opioides fuertes, AINEs y coadyuvantes. El puntaje 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 con 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.

Entrenamiento para el manejo del dolor es el número de horas de educación continua en relación con el manejo del dolor a los que ha asistido el personal de enfermería durante el último año.

Pacientes asignados por enfermera es el número de pacientes que se asigna a cada una de las enfermeras durante un turno.

Objetivo General

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

Objetivos específicos

1. Determinar la presencia, intensidad y manejo del dolor en el paciente posoperatorio hospitalizado.
2. Determinar la asociación entre la intensidad del dolor con la edad y la escolaridad del paciente posoperatorio hospitalizado.
3. Determinar la diferencia en la intensidad del dolor de acuerdo al sexo del paciente.
4. Determinar la asociación entre la intensidad del dolor con el entrenamiento y el número de pacientes asignados al personal de enfermería.

Capítulo II

Metodología

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

Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue descriptivo y correlacional (Polit & Hungler, 1999). Un diseño es descriptivo cuando el objetivo es observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural. Un estudio correlacional es una interrelación o asociación entre variables, es decir, la tendencia a que las variaciones registradas en una variable se relacionen con las variaciones de otra. En el presente estudio se buscó asociar la intensidad del dolor con algunas características del paciente posoperatorio hospitalizado, así como con algunas características del personal de enfermería que proporciona el cuidado a este tipo de pacientes.

Población, Muestreo y Muestra

La población de estudio estuvo constituida por pacientes posoperatorios adultos hospitalizados en una institución de seguridad social. Así como por el personal de enfermería que labora en los servicios de cirugía general, cirugía de especialidad y ginecología. El tipo de muestreo para la selección de pacientes fue probabilístico, se seleccionaron en forma aleatoria sistemática, el primer participante fue seleccionado al azar y posteriormente se consideró a uno de cada dos pacientes posoperatorios hospitalizados.

El tamaño de la muestra para los pacientes se estimó con el paquete estadístico n Query advisor 4.0 para un análisis de proporciones con un intervalo de confianza bilateral

del 95%, una proporción esperada de 50% pacientes con manejo del dolor inadecuado y un límite de error de estimación de .08. El tamaño de la muestra fue de 151 participantes. En cuanto al personal de enfermería se consideró el censo del personal asignado a los servicios de hospitalización de acuerdo a los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión para Pacientes

- Pacientes con 24 horas posoperatorias consideradas a partir del egreso del quirófano.
- Sometidos a cirugía tradicional no laparoscópica.

Criterios de Inclusión para Personal de Enfermería

- Personal con categoría de enfermera general, enfermera especialista, así como enfermeras contratadas como auxiliares que cuenten con nivel de formación de enfermera general y proporcionen cuidado de enfermería.

Procedimiento de Recolección de la Información

Primeramente se obtuvo el dictamen favorable de la Comisión 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 A). Posteriormente se acudió a la institución a las salas de cirugía general, cirugía de especialidad y ginecología, donde se hospitalizan los pacientes. Se solicitó a la enfermera encargada de quirófano la relación de pacientes que fueron intervenidos el día anterior a la entrevista.

Se acudió con los pacientes seleccionados en forma aleatoria y se les solicitó su participación mediante la firma de la carta de Consentimiento Informado del Paciente (Apéndice B), antes de aplicar el instrumento a los pacientes que aceptaron participar se valoró que fuera un momento apropiado; es decir, que no interfiriera con el horario y las

actividades del personal de salud; así mismo, se cuidó que el paciente no presentara dolor intenso en el momento de la entrevista. En estos casos se notificó a la enfermera responsable del paciente la intensidad del dolor y se regresó en otro momento para la aplicación del instrumento.

Para proporcionar mayor privacidad al paciente durante la recolección de datos se buscó que no hubiera personal de enfermería en la habitación al momento de la entrevista. Inicialmente se aplicó la Cédula de Datos del Paciente (Apéndice C), enseguida se aplicó el Cuestionario de Intensidad del Dolor del Paciente (Apéndice D).

Una vez concluida la entrevista al paciente durante la recolección de datos, se agradeció su participación y se procedió a revisar en los expedientes los analgésicos indicados en las primeras 24 horas, así como el horario en el que fueron administrados y se registraron en la cédula de datos del paciente.

Respecto al personal de enfermería se buscó el momento adecuado para obtener su participación de manera que no interfiriera con sus actividades planeadas. Se explicó el objetivo del estudio y se solicitó su participación, la cual se inició con la firma de la Carta de Consentimiento Informado (Apéndice E), y posteriormente se aplicó la Cédula de Identificación del Personal de Enfermería (Apéndice F).

Instrumentos

Para la medición de las características del paciente y del personal de enfermería se utilizó una cédula de datos. La cédula para el paciente contiene información relacionada con edad, sexo, años de escolaridad, tipo de cirugía, tipo de anestesia y medicamentos analgésicos indicados en las últimas 24 horas. La cédula de datos del personal de enfermería contiene información relacionada con el nivel de escolaridad, el número de horas de entrenamiento sobre el manejo de dolor a los que acudió durante el último año y el promedio de pacientes asignados durante el turno para cada una de las enfermeras.

Para medir la intensidad del dolor y obtener el índice del manejo del dolor se aplicó el Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente (Mc Caffery & Pasero, 1999). Éste instrumento ha sido utilizado como una medida confiable para estimar la intensidad del dolor en el paciente posoperatorio, esta compuesto por 10 reactivos, los primeros cuatro miden la presencia e intensidad del dolor por medio de la escala visual numérica con valores de 0 a 10, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 es el máximo dolor posible. Se consideró dolor leve cuando los puntajes fueron de 1 a 3, moderado de 4 a 6, y severo de 7 a 10, la pregunta cinco mide la interferencia del dolor en otras actividades y se midió con puntajes de 0 a 10, donde a mayor puntaje mayor interferencia del dolor. El resto de las preguntas miden el nivel de satisfacción hacia la manera en que los médicos y las enfermeras responden al manejo del dolor, el tiempo de espera para la aplicación de analgésico solicitado así como el uso de otra alternativa no farmacológica para el manejo del dolor.

Estrategias para el Análisis de Resultados

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 13. Para el análisis descriptivo se utilizaron medias, medianas, desviaciones estándar, valores mínimos y máximos. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de los datos, los resultados reportaron distribución no normal por lo que se utilizó estadística no paramétrica para el análisis inferencial. Para dar respuesta al objetivo 1 se utilizaron frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y dispersión. Para los objetivos 2 y 4 se utilizó el coeficiente de correlación Spearman y para el objetivo 3 se utilizó la prueba U de Mann Whitney.

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), específicamente en los siguientes apartados: respecto al Capítulo I, Artículo 13 se respetó la dignidad, los derechos y el bienestar de la persona, la participación fue voluntaria, en un momento oportuno. El estudio se considera con ausencia de daño ya que no se realizan procedimientos específicos.

En relación al Artículo 14, fracciones V, VI, VII y VIII el estudio fue realizado 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 recibir la autorización favorable de la institución de salud participante.

Referente al Artículo 16, se protegió la privacidad de los pacientes participantes en la investigación y no se incluyó la identidad de la persona en las encuestas realizadas para garantizar su derecho de privacidad. En la carta de consentimiento informado, en lo que concierne al Artículo 17, fracción I la presente investigación se considera sin riesgo debido a que no se realizó ningún tipo de intervención con los participantes, únicamente se les aplicó instrumentos que contestaron con lápiz y estaban impresos 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.

Conforme al Artículo 21, fracciones I, VI, VII y VIII, cada uno de los participantes conoció el objetivo de la investigación, se aclararon las dudas generadas respecto al procedimiento como es la 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 consideraron necesario mediante la aclaración de que no se

ocasionaría perjuicio en caso de que no decidiera participar, se garantizó la privacidad de la información mediante el consentimiento informado, dado que en ningún momento los participantes fueron identificados por su nombre.

En relación al Capítulo V, Artículo 58, fracciones I y II al personal de enfermería participante se le aclaró en que consistía su participación, así como se le garantizó que la información que proporcionaron sería estrictamente confidencial y que los resultados no serían utilizados en su perjuicio debido a que la información se daría a conocer a la institución en forma global sin identificar la participación individual.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se incluyen los resultados del estudio, en primer orden se presenta la estadística descriptiva concerniente a las características sociodemográficas de los participantes, primeramente se incluyen las correspondientes a los pacientes y posteriormente los del personal de enfermería. En segundo orden se incluye la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados.

Estadística Descriptiva de las Características de los Pacientes Participantes

La tabla 1 muestra las características descriptivas de los pacientes participantes, con respecto a la edad se obtuvo una media de 55 años ($DE = 15.91$), la escolaridad en años presentó una media de 10 ($DE = 5.90$), el tiempo promedio de las cirugías fue de 2 horas 26 minutos (64.57). En cuanto a la distribución de los datos únicamente la edad reportó distribución normal.

Tabla 1

Características descriptivas de los pacientes participantes

Características	\bar{x}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo	<i>D</i>	Valor <i>p</i>
Edad del paciente	55.83	55.00	15.91	19	85	0.79	.546
Años de Escolaridad	10.56	9.0	5.90	0	25	1.77	.004
Duración de la Cirugía (minutos)	146.85	135.00	64.57	45	400	1.34	.053

Fuente: Cédula de Datos del Paciente

$n = 151$

La tabla 2 muestra que el sexo femenino predominó entre los participantes con un 68.2%, con respecto a la especialidad a la que pertenece el tipo de cirugía realizada a los participantes, se encontró una mayor proporción en las correspondientes a las especialidades de traumatología, cirugía general y neurocirugía. En relación al tipo de anestesia utilizada se encontró un mayor porcentaje del uso de anestesia general (42.4%), seguida del bloqueo subaracnoideo (25.2%). Cabe destacar que únicamente 2.6% de los pacientes utilizó analgesia continua por catéter epidural. En cuanto a la experiencia quirúrgica, 78.1% de los pacientes habían sido sometidos a cirugías previas.

Tabla 2

Características de los pacientes participantes: sexo, especialidad a la que pertenece y tipo de anestesia

Características	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	103	68.2
Masculino	48	31.8
Especialidad a la que pertenece		
Angiología	6	4.0
Cirugía General	40	26.5
Ginecología	12	7.9
Obstetricia	9	6.0
Neurocirugía	21	13.9
Traumatología	63	41.7
Tipo de Anestesia		
Epidural	33	21.9
General	64	42.4
Bloqueo Subaracnoideo	38	25.2
Otro	16	10.6

Fuente: Cédula de Datos del Paciente

n = 151

Respecto al periodo preoperatorio, se encontró que el 57.6% de los pacientes recibió analgesia previa a la cirugía. En la tabla 3 se observa que el 70.9% recibió orientación preoperatoria y ésta fue proporcionada principalmente por el médico cirujano.

Tabla 3

Orientación preoperatoria proporcionada a los participantes

Orientación	<i>f</i>	%
Recibió Orientación Preoperatoria		
Si	107	70.9
No	44	29.1
Quién le Proporcionó la Orientación		
Médico Cirujano	91	60.3
Enfermera	1	0.7
Anestesiólogo	5	3.3
Médico Cirujano y Enfermera	3	2.0
Médico Cirujano y Anestesiólogo	2	1.3
Médico Cirujano, Enfermera y Anestesiólogo	5	3.3
Nadie lo orientó	44	29.1

Fuente: Cédula de Datos del Paciente

n = 151

Acerca del tratamiento analgésico indicado al paciente en las primeras 24 horas postoperatorias, en la tabla 4 se observa la utilización de la terapia analgésica indicada a los participantes. En 45.7% de los participantes se observó que además de tener indicado un analgésico se les incluyó un opiode potente (nubain) por razón necesaria; sin embargo, es importante destacar que sólo se administró en 17.2% de los pacientes participantes, al cuestionar al resto de los pacientes señalaron rechazar el opiode por temor a la adicción y por ser el dolor un síntoma normal posterior a un procedimiento quirúrgico.

Cabe mencionar que 27.2% de los participantes realizaron la compra del analgésico indicado (ketorolaco) por no estar disponible en la institución; al cuestionar

sobre el uso de alternativas no farmacológicas para el manejo del dolor, sólo 3.3% las utilizó y entre ellas predominaron la distracción, relajación y la oración.

Tabla 4

Terapia analgésica indicada al paciente durante las primeras 24 horas postoperatorias

Terapia Indicada	<i>f</i>	%
Sólo un AINEs	19	12.6
Combinación de AINEs	63	41.7
AINEs más opioide	69	45.7

Fuente: Cédula de Datos del Paciente

n = 151

Respecto a la presencia de dolor, éste predominó en 90.7% de los participantes. En la tabla 5 se puede observar la intensidad al momento de la entrevista, el máximo dolor en las primeras 24 horas, así como el dolor en las primeras 24 horas. El dolor moderado predominó durante las primeras 24 horas posoperatorias. Sin embargo, cabe destacar que 57.6% de los participantes presentó dolor severo como máximo dolor en las primeras 24 horas.

Tabla 5

Clasificación de la intensidad del dolor

Intensidad del dolor	Dolor al momento de la entrevista		Máximo dolor en las primeras 24 horas		Dolor en las primeras 24 horas	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ausencia de dolor	32	21.7	14	9.3	15	9.9
Dolor leve	45	29.8	12	7.9	50	33.1
Dolor moderado	49	32.5	38	25.2	67	44.4
Dolor severo	25	16.6	87	57.6	19	12.6

Fuente: Cuestionario de Intensidad del Dolor

n = 151

En la tabla 6 se presenta la intensidad del dolor en base a la escala de medición de 0 a 10. Como puede observarse, el máximo dolor se ubicó muy cercano al severo y el dolor en las primeras 24 horas al moderado. Respecto a la distribución de los datos no se encontró normalidad.

Tabla 6

Valoración de la intensidad del dolor

Intensidad	$\bar{\chi}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo	<i>D</i>	Valor <i>p</i>
Dolor al momento de la entrevista	3.54	3.00	2.59	0	10	1.54	.017
Máximo dolor en las primeras 24 horas	6.67	7.00	3.17	0	10	1.87	.002
Dolor en las primeras 24 horas	3.97	4.00	2.07	0	9	1.74	.005

Fuente: Cuestionario de Intensidad del Dolor

n = 151

En la tabla 7 se muestra la intensidad del dolor de acuerdo al sexo, es importante destacar que el dolor fue mayormente percibido por el sexo femenino.

Tabla 7

Intensidad del dolor de acuerdo al sexo

Intensidad	Sexo	\bar{x}	<i>Mdn</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo	<i>DE</i>
Dolor al momento de la entrevista	Femenino	3.8	4.0	0	10	2.61
	Masculino	3.0	3.0	0	9	2.49
Máximo dolor en las primeras 24 horas	Femenino	7.0	8.0	0	10	3.17
	Masculino	5.7	6.0	0	10	3.02
Dolor en las primeras 24 horas	Femenino	4.1	4.0	0	9	2.07
	Masculino	3.6	4.0	0	8	2.06

Fuente: Cuestionario de Intensidad del Dolor

n = 151

En la tabla 8 se presenta el IMD el cual indica que 71.5% tiene valores de 0 a 3 por lo que se considera un manejo adecuado.

Tabla 8

Índice de manejo del dolor

Índice	<i>f</i>	%
-2	9	6.0
-1	34	22.5
0	36	23.8
1	48	31.8
2	20	13.2
3	4	2.5

Fuente: Cédula de Datos y Cuestionario de Intensidad del Dolor

n = 151

La tabla 9 muestra la interferencia del dolor durante las primeras 24 horas en la actividad general, estado de ánimo y sueño. Los resultados muestran una mayor interferencia en la actividad general.

Tabla 9

Interferencia del dolor en la actividad general, ánimo y sueño

Interferencia	$\bar{\chi}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo	<i>D</i>	Valor <i>p</i>
Interferencia del dolor en la actividad general	4.34	5.00	2.99	0	10	1.55	.016
Interferencia del dolor en el estado de ánimo	2.47	.00	2.96	0	10	3.70	.001
Interferencia del dolor en el sueño	2.76	.00	3.22	0	10	3.78	.001

Fuente: Cuestionario de Intensidad del Dolor

n = 151

La tabla 10 presenta que el 54.3% de los pacientes nunca realizó solicitud de analgésico a pesar de manifestar dolor. De los 45.7% que si lo solicitaron, el 27.8% tardó menos de 10 minutos en recibirlo.

Tabla 10

Tiempo de espera para recibir el analgésico solicitado

Tiempo de Espera	<i>f</i>	%
Menos de 10 minutos	42	27.8
De 10 a 20 minutos	17	11.3
De 20 a 30 minutos	3	2.0
De 30 a 60 minutos	2	1.3
Mas de 60 minutos	4	2.6
Solicitó pero nunca lo recibió	1	.7
No solicitó	82	54.3

Fuente: Cuestionario de Intensidad del Dolor

n = 151

En cuanto a la satisfacción del paciente con el manejo del dolor, en la tabla 11 se muestra que una alta proporción de pacientes manifestó estar satisfecho y muy satisfecho con el manejo por parte del personal médico y de enfermería.

Tabla 11

Satisfacción del paciente con el manejo del dolor

Satisfacción	Enfermera		Médico	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Muy Insatisfecho	1	.7	0	0.0
Insatisfecho	2	1.3	2	1.3
Poco Insatisfecho	1	.7	0	0.0
Poco Satisfecho	4	2.6	4	2.6
Satisfecho	68	45.0	64	42.4
Muy Satisfecho	75	49.7	81	53.6

Fuente: Cuestionario de Intensidad del Dolor

n = 151

Estadística Descriptiva del Personal de Enfermería Participante

En la tabla 12 se describen las características personales de las enfermeras respecto al servicio en el que laboran, el nivel de formación y el puesto asignado. En cuanto al servicio se observa una mayor proporción de personal en el servicio de Cirugía General. En cuanto al nivel de formación predominó el personal con nivel de enfermera general seguido del personal con licenciatura. Respecto al puesto asignado en la institución cabe destacar que 25% de las enfermeras esta contratada como auxiliar mientras su nivel de formación corresponde a enfermería general o licenciatura.

Tabla 12

Características de las enfermeras: servicio laboral, nivel de formación y puesto asignado

Características	<i>f</i>	%
Servicio		
Cirugía General	23	41.1
Cirugía de Especialidad	19	33.9
Ginecología	14	25.0
Nivel de Formación		
Enfermera general	30	53.6
Enfermera especialista	10	17.9
Lic. Enfermería	16	28.6
Puesto Asignado		
Enfermera general	35	62.5
Enfermera Especialista	7	12.5
Enfermera Auxiliar	14	25.0

Fuente: Cédula de Identificación del Personal de Enfermería

n = 56

La tabla 13 muestra una media de años de antigüedad en la institución de 15.05 ($DE = 7.68$), con respecto al número de años de antigüedad en el servicio la media reportada fue de 6.79 ($DE = 6.28$). Respecto al número de pacientes asignados por turno la media fue de 9.43 ($DE = 1.17$). Cabe destacar que el entrenamiento sobre el manejo del dolor se ubicó con una media de 2.34 horas; sin embargo, la desviación estándar reportó valores de 6.04. En cuanto a la distribución de los datos únicamente los años de antigüedad en la institución reportaron normalidad.

Tabla 13

Características de las enfermeras: antigüedad, educación formal, pacientes asignados y horas de entrenamiento

Características	\bar{x}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo	<i>D</i>	Valor <i>p</i>
Antigüedad en la institución	15.05	16.00	7.68	1	31	.99	.274
Antigüedad en el servicio	6.79	4.50	6.28	1	22	1.42	.034
Años de educación formal	14.77	4.50	2.32	6	20	1.40	.039
Pacientes asignados por turno	9.43	10.00	1.17	8	12	1.53	.018
Horas de entrenamiento	2.34	.00	6.04	0	20	3.80	.001

Fuente: Cédula de Identificación del Personal de Enfermería

n = 56

En la tabla 14 se muestran otras características en relación con el personal de enfermería, respecto al contrato laboral el mayor porcentaje corresponde al de planta en 87.5%. Con respecto al turno en el que laboran se encontró una mayor afluencia en el turno vespertino.

Tabla 14

Características de las enfermeras: contrato laboral y turno asignado

Características	<i>f</i>	%
Contrato Laboral		
Eventual	7	12.5
Planta	49	87.5
Turno Asignado		
Matutino	10	17.9
Vespertino	14	25.0
Nocturno uno	8	14.3
Nocturno dos	10	17.9
Fin de Semana Día	8	14.3
Fin de Semana Noche	6	10.7

Fuente: Cédula de Identificación del Personal de Enfermería

n = 56

Estadística Inferencial

Para responder al segundo objetivo específico donde se buscó determinar la asociación entre la intensidad del dolor con la edad y la escolaridad del paciente se obtuvo el Coeficiente de Correlación de Spearman, los resultados no mostraron asociación entre estas variables.

Respecto al objetivo específico número tres, al utilizar la prueba U de Mann-Whitney para determinar la diferencia entre la intensidad del dolor de acuerdo al sexo del paciente, sólo se encontró diferencia significativa en el máximo dolor reportado en las

primeras 24 horas ($U = 1799$, $p = .006$). La mediana fue mayor para el sexo femenino ($Mdn = 8.0$), con respecto al masculino ($Mdn = 6.0$).

Para dar respuesta al objetivo específico número cuatro referente a la asociación entre la intensidad del dolor con el número de horas de entrenamiento y el número de pacientes asignados al personal de enfermería al aplicar el Coeficiente de Correlación de Spearman no se encontró asociación.

Capítulo IV

Discusión

Los resultados obtenidos permitieron conocer la presencia, intensidad y el manejo del dolor en el paciente posoperatorio. Se encontró una alta proporción de pacientes con presencia de dolor lo que coincide con lo reportado por Gallego et al. (2004) así como por Guevara et al. (2004) quienes señalan en sus hallazgos la presencia de dolor en una gran mayoría de los pacientes posoperatorios. Esto permite comprobar que tal como lo señala Chaparro y Rey (2003) el dolor continua siendo un reto para el ámbito quirúrgico lo que permite enfatizar que el manejo inadecuado del dolor se ha constituido en un problema de salud pública.

Respecto al comportamiento de la intensidad del dolor, una tercera parte de los participantes manifestó el dolor muy cercano al moderado en el momento de la entrevista, en relación al máximo dolor presentado durante las primeras 24 horas, este se reporta en más de la mitad de los participantes muy cercano al severo, lo que es semejante a los resultados reportados por Mc Neill et al. (2004) quienes encontraron que en el momento de la entrevista el dolor se reportó como moderado y el máximo dolor percibido durante las primeras 24 horas en severo.

De acuerdo a la literatura, existe una tendencia a la intensidad del dolor en el posoperatorio de moderado a severo, esto a pesar de los avances tecnológicos y la existencia de directrices para el manejo del dolor. Un aspecto que puede explicarlo es que el presente estudio se realizó en una institución de seguridad social donde se cuenta con un cuadro básico de medicamentos para el manejo del dolor y en algunas ocasiones existe desabasto de analgésicos. Un hallazgo relevante fue que una tercera parte de los participantes tuvo que comprar el analgésico requerido para el manejo de su dolor, esto ocasionó retraso en el tratamiento, los pacientes permanecen con una intensidad del dolor de moderada a severa mientras se puede disponer del analgésico. Además del impacto en

el tratamiento se afecta la economía familiar, los usuarios al contar con seguridad social no deberían de requerir comparar su tratamiento, este debería ser proporcionado por la institución.

En diversos estudios se ha tratado de determinar la diferencia en la intensidad del dolor de acuerdo al sexo del paciente, debido a que algunos autores consideran que esta característica puede ser una variable diferencial en la experiencia del dolor; en el presente estudio el máximo dolor reportado en las primeras 24 horas fue la única variable que obtuvo una diferencia entre el sexo femenino con respecto al masculino, esto es semejante a lo reportado por Mc Neill et al. (2004). A pesar de haber encontrado diferencia significativa sólo en el máximo dolor percibido en las primeras 24 horas posoperatorias, es importante destacar que las mujeres calificaron con una mayor intensidad el dolor promedio y el dolor al momento de la entrevista. Esto puede atribuirse a la cultura debido a que socialmente el hombre desde las etapas tempranas de la vida debe tolerar situaciones relacionadas con la experiencia de dolor y se le impide el expresarse libremente, este aspecto es diferente en las mujeres quienes pueden exteriorizar mejor sus sentimientos.

Otros aspectos que se han tratado de asociar a la intensidad del dolor son la edad y la escolaridad, con respecto a la edad, en el presente estudio no se encontró asociación lo cual coincide con Ramírez-Maestre et al. (2001); sin embargo, los hallazgos difieren de lo reportado por Padrol et al. (2001) quienes encontraron mayor intensidad de dolor en los pacientes de 25 a 44 años. Con respecto a la escolaridad y la intensidad del dolor en el paciente los resultados no mostraron asociación lo que difiere de lo encontrado por Mc Neill et al. (2004) quienes señalan que a mayor número de años de escolaridad menor es la intensidad del dolor. Estos resultados permiten determinar que en el presente estudio la intensidad del dolor no se asocia con las características sociodemográficas, más bien, esta asociada con aspectos propios del procedimiento quirúrgico así como por aspectos organizacionales como los relacionados con el abasto de medicamentos.

Al estimar el IMD como un parámetro que permitió conocer si el manejo del dolor es adecuado o inadecuado, se encontró que una cuarta parte de los pacientes participantes recibió un manejo inadecuado. Este hallazgo coincide con lo reportado por Mc Neill et al. (2004) así como por Bolívar et al. (2005); sin embargo, difiere de lo encontrado por Peñarrieta et al. (2006) quienes encontraron una mayor proporción de pacientes con manejo inadecuado.

A diferencia del estudio de Bolívar et al. (2005) donde aproximadamente dos terceras partes de las pautas analgésicas fueron a demanda, en el presente estudio los pacientes que tuvieron indicación de opioide a demanda estaban cubiertos con algún analgésico o AINEs con horario; sin embargo, a pesar de esta indicación en aproximadamente la mitad de los participantes, sólo una cuarta parte de los pacientes que tenían indicada terapia bimodal más un opioide por razón necesaria utilizó el opioide, el resto lo rechazó por temor a generar una adicción y considerar que posterior a un procedimiento quirúrgico es normal la presencia de dolor. Esto puede explicar que a pesar de haber predominado el manejo del dolor adecuado, la intensidad del dolor promedio se reportó muy cercano al moderado y el máximo dolor muy cercano al severo.

Este hallazgo en relación con el temor de los participantes a la adicción permite identificar una falta de orientación al paciente por parte del equipo de salud. De acuerdo a la literatura la probabilidad de generar adicción en un paciente posoperatorio es menor a 1%. En relación al rechazo del opioide por considerar normal el dolor posoperatorio, esto pudiera atribuirse a aspectos culturales, tradicionalmente se acepta que un procedimiento quirúrgico es una agresión que genera como resultado dolor a pesar del tratamiento analgésico. Esto puede confirmarse ante el hallazgo de que la mitad de los participantes no solicitó analgésico a pesar de presentar dolor de moderado a severo.

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 encontrado por Elkin et al. (2003) quienes

reportan que la mayoría de los pacientes señaló sentirse satisfechos con el manejo del dolor; esto pudiera explicar que a pesar de que predominó la intensidad del dolor de moderado a severo los pacientes perciben el dolor posoperatorio como un proceso normal y no lo atribuyen a un inadecuado manejo por parte del equipo de salud.

Respecto a la asociación entre las características del personal de enfermería con la intensidad del dolor, algunos autores como Layman y Horton (2006), así como lo establecido en las directrices para el manejo del dolor (ASA, 2004); señalan que las horas de entrenamiento en el manejo del dolor mejoran el conocimiento y por consiguiente impactan en la disminución de la intensidad del dolor en el paciente; sin embargo, en el presente estudio no se encontró asociación; lo que pudiera explicarse debido a que los resultados mostraron un escaso entrenamiento del personal sobre el manejo del dolor lo que es consistente con lo señalado por Layman y Horton (2006) donde una alta proporción del personal de enfermería tenía tres horas de entrenamiento.

Otro aspecto que se ha asociado con la intensidad del dolor del paciente es la carga de trabajo del personal de enfermería, algunos autores como Polkki et al. (2003) así como Tapp y Kropp (2005) señalan que el número de pacientes asignados a la enfermera afecta la intensidad del dolor en el paciente; sin embargo, en el presente estudio no se encontró asociación. Esto puede explicarse debido a la escasa variabilidad que se encontró en el número de pacientes asignados a cada enfermera.

Los hallazgos del presente estudio permitirán a los administradores de enfermería tomar decisiones orientadas a disminuir la presencia en la intensidad del dolor en el grupo de pacientes en el periodo posoperatorio, lo cual se constituye como una de las principales áreas de oportunidad del presente estudio.

Conclusiones

Se encontró una alta proporción de pacientes con dolor durante las primeras 24 horas posteriores a la cirugía. Respecto a la intensidad del dolor una tercera parte de los

participantes manifestó el dolor muy cercano al moderado en el momento de la entrevista y el máximo dolor presentado durante las primeras 24 horas se reportó en más de la mitad de los participantes muy cercano al severo. Al estimar el IMD se obtuvo que una cuarta parte de los participantes recibió un manejo inadecuado.

Respecto a la diferencia en la intensidad del dolor de acuerdo al sexo del paciente se encontró diferencia significativa en el máximo dolor reportado en las primeras 24 horas con predominio del dolor en el sexo femenino. Al asociar la intensidad de dolor con la edad y la escolaridad del paciente no se encontró asociación.

Respecto a la asociación entre las características del personal de enfermería con la intensidad del dolor en el paciente posoperatorio, en el presente estudio no se encontró asociación entre la intensidad del dolor del paciente con el número de horas de entrenamiento del personal de enfermería en relación con el manejo del dolor, así como tampoco con el número de pacientes asignados.

Recomendaciones

Realizar estudios comparativos que permitan determinar los factores asociados con la intensidad y el manejo del dolor en una institución pública respecto a una privada.

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

Realizar diseños de investigación con un enfoque cualitativo que permita identificar la influencia de los aspectos culturales y de género en el manejo del dolor.

Realizar estudios de intervención orientados a favorecer un adecuado manejo del dolor donde se consideren los factores asociados.

Referencias

- American Society of Anesthesiologists [ASA]. (2004). Practice Guidelines for acute pain management in the perioperative setting. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology*, 100, 1573-1581.
- Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E. & Gabilondo, S. (1998). Principios básicos para el control del dolor total. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 6, 29-40.
- Bassols, A. & Catala, E. (2002). Prevalencia del dolor en la población de Cataluña. Monografies Mediques de Catalunya i de Balears. Cap. III.
- 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.
- Cañellas, M. & Catala, E. (2002). Prevalencia del dolor en el ámbito hospitalario. Monografías Médicas de Catalunya i de Balears. Cap. II.
- Castro, M. C. (2004). La Cruzada Nacional por la Calidad en Salud: Una mirada sociológica. *Región y Sociedad*, 30, 43-83.
- Chaparro, G. L. & Rey, S. A. (2003). Guías para el manejo de urgencias. Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina.
- Elashoff, D., Dixon, J., Crede, M. & Fotheringham, N. (2000) *n' Query Advisor, Versión 4.0*
- Elkin, F., Cardona, D., Castaño, M. L., Builes, A.M. & Castro, G. A. (2003). Manejo del dolor posquirúrgico en el Hospital Universitario San Vicente de Paul de Medellín. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 31, 111-117.
- Gallego, J. I., 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.

- Guevara-López, U., Cordova-Domínguez, J., Tamayo-Valenzuela, A., Ramos, E., Martínez-Espinoza, H., Duran-Alcocer, J. & Ochoa-Carrillo, F. (2004). Desarrollo de los parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 27, 200-204.
- Guevara-López, U., Covarrunbias-Gómez, A., Delille-Fuentes, R., Hernández-Ortiz, A., Carrillo-Esper, R. & Moyao-García, D. (2005). Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. *Cirugía y Cirujanos*, 73, 223-232.
- 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>
- Layman, J., Horton, F. & Davidhizar, R. (2006). Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 412-421.
- Martínez-Vázquez, J. & Torres, L. M. (2000). Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 7, 465-476.
- Muñoz-Blanco, F., Salmeron, J., Santiago, J. & Marcote, C. (2001). Complicaciones del dolor postoperatorio. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 8, 194-211.
- Mc Caffery, M. & Pasero, C. (1999). Pain: Clinical Manual. St Louis: Mosby.
- Mc Millan, S., Tittle, M., Hagan, S. J. & Small, B. J. (2005). Training Pain Resource Nurses: Changes in Their Knowledge and Attitudes. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 835-842.
- Mc Neill, J. A., Sherwood, G. D. & Starck, P.L. (2004). The Hidden Error of Mismanaged Pain: A Systems Approach. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28, 47-58.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (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>

- Ortega, R. M., Sánchez, M. D., García, M., Cruz, O., Romero, R. M. & Fang, M. A. (2005). Orientación del Manejo del Dolor por el Personal de Enfermería al Paciente Hospitalizado. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 13, 267-271.
- Padrol, A., Pérez-Esquivá, M., Olona, M., Francesca, A., Tomas, I. & Rull, M. (2001). Estudio de la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 8, 555-561.
- Peñarrieta, I., Del Angel, 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, 20-26.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). Investigación Científica en Ciencias de la Salud (6ª ed.) México: McGraw-Hill Interamericana.
- Polkki, T., Laukkala, H., Vehvilainen-Julkunen, K., Pletila, A. M. (2003). Factors influencing nurses use of nonpharmacological pain alleviation methods in paediatric patients. *Nordic College of Caring Sciences*, 17, 373-383.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., López-Martínez, A. E. & Anarte, M. T. (2001). Diferencias en la percepción del dolor relacionadas con las variables sexo y edad. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 8, 562-568.
- Sánchez-Sánchez, R. M., Pernia, J. V. & Calatrava, J. (2005). Tratamiento del dolor en los estudios de enfermería. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 12, 81-85.
- Saralegui, J., Balverde, M., Baptista, W., Guzmán, A., Lagomarsino, A., Bounous, A., Cerizola, M., Fernández, G., Garcia, M. E., Illescas, L., Requelne, S., Zarazua, D. (2006). Unidad de dolor agudo posoperatorio. Casuística del Hospital de Clínicas. *Revista Médica del Uruguay*, 22, 66-72.
- Secretaría de Salud [SS]. (1997). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (7ª ed). México: Porrúa.

Secretaría de Salud. (2001-2006). *Programa Nacional de Salud*. La democratización de la salud en México: hacia un sistema nacional de salud.

Serrano-Atero, M. S., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P. L., Serrano-Alvarez, C. & Prieto, J. (2002). Valoración del dolor (II). *Revista Sociedad Española del Dolor*, 9, 109-121.

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). (2001) versión 10.0 para Windows.

Tapp, J.& Kropp, D. (2005). Evaluating Pain Management Delivered by Direct Care Nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 20,167-173.

Apéndice A

Carta de Autorización de la Institución Participante

Instituto de Seguridad y
Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado



HOSPITAL REGIONAL MONTERREY
JEFATURA DE ENFERMERIA
Monterrey N. L. 20 de octubre 2006

Lic. Esther Angélica Hernández Fierro
Facultad de Enfermería, UANL
Presente.-

Le informo que se aceptó su solicitud para acudir a la Institución y levantar información para la realización de su proyecto de investigación: "Presencia, intensidad y manejo del dolor en el paciente posoperatorio hospitalizado". En los servicios de Cirugía General, Traumatología y Ginecología.

Sin ordo particular me despido

Atentamente

MCE Norma Elva Sáenz Soto
Jefe de ENfermeras

Apéndice B

Carta de Consentimiento Informado del Paciente

Número _____

Título del Estudio

Presencia, Intensidad y Manejo del Dolor en el Paciente Posoperatorio Hospitalizado

Introducción y Propósito

Entiendo que se me ha solicitado participar en un estudio de investigación titulado “Presencia, Intensidad y Manejo del Dolor en el Paciente Posoperatorio Hospitalizado”.

Se me ha explicado que el propósito del estudio es determinar la asociación entre la intensidad, y el manejo del dolor con algunas características de las personas que se encuentran hospitalizadas posterior a una cirugía como es mi caso.

Procedimiento

Comprendo que seremos 151 pacientes a los que se nos aplicará el cuestionario, el cual será contestado durante las 24 horas posteriores a la cirugía, éste contiene preguntas relacionadas a la intensidad del dolor que he presentado después de la cirugía así como la atención que he recibido por el personal médico y de enfermería.

Riesgos

Se me ha explicado que este estudio no tendrá riesgos, que únicamente se me harán preguntas relacionadas con mi dolor postoperatorio y no se me realizará ningún procedimiento médico, así mismo se me explicó que la información que proporcione será anónima y totalmente confidencial por lo que no habrá ningún riesgo personal.

Participación Voluntaria/Abandono

Tendré 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 con el autor del estudio la Lic. Esther Angélica Hernández Fierro al teléfono 83-71-90-18 o con la Directora de Tesis la maestra ME. María Guadalupe Moreno Monsiváis a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83-48-18-47, en un horario de lunes a viernes de 9:00 AM a 5:00 PM.

Confidencialidad

Se me explicó que los datos sobre mi participación se tomarán de manera anónima por lo que serán confidenciales. El autor me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio, así mismo se me explicó que puedo optar libremente por dejar de participar en el momento que lo desee.

Firma del participante

Fecha

Nombre y firma del investigador

Fecha

Nombre y firma del primer testigo

Fecha

Nombre y firma del segundo testigo

Fecha

Apéndice C

Cédula de Datos del Paciente

Número de cuestionario: _____

Edad: _____ años

Sexo: F _____ M _____

Años de escolaridad: _____ años

Tipo de cirugía: _____

Duración: _____ (hrs:min)

Tipo de anestesia utilizada durante la cirugía:

 Epidural General Otro _____

Recibió orientación preoperatoria:

 Si No

Si la respuesta es afirmativa, quién le proporcionó la orientación

 Médico Cirujano Anestesiólogo

 Enfermera Otro _____

Recibió analgesia preoperatoria o algún tranquilizante:

 Si No

Tiene cirugías previas:

 Si No

Analgésicos Indicados durante las últimas 24 horas

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

Apéndice D

Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente

Número de cuestionario: _____

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

Si _____ No _____

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

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, 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

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

No Interfiere

Interfiere Completamente

6. En las primeras horas postoperatorias de su cuidado, ¿Le aclaró un médico o una enfermera que el tratamiento del dolor es muy importante y que debe de estar seguro (a) de comentarles cuando sienta dolor?

Si _____

No _____

7. Seleccione la frase que indica que tan satisfecho (a) o insatisfecho (a) esta en la manera en que las enfermeras respondieron a sus reportes de dolor.

Muy insatisfecho (a) _____

Insatisfecho _____

Un poco insatisfecho _____

Un poco satisfecho _____

Satisfecho _____

Muy satisfecho _____

8. Seleccione la frase que indica que tan satisfecho (a) o insatisfecho (a) esta en la manera en que los médicos respondieron a sus reportes de dolor.

Muy insatisfecho (a) _____

Insatisfecho _____

Un poco insatisfecho _____

Un poco satisfecho _____

Satisfecho _____

Muy satisfecho _____

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

<10 minutos _____

10-20 minutos _____

20-30 minutos _____

30-60 minutos _____

> 60 minutos _____

Solicité medicamentos pero nunca los recibí _____

Nunca solicité medicamentos para el dolor _____

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

1. Si _____

2. No _____

Especifique cuál:

Apéndice E

Carta de Consentimiento Informado del Personal de Enfermería

Número _____

Título del Estudio

Presencia, Intensidad y Manejo del Dolor en el Paciente Posoperatorio Hospitalizado

Introducción y Propósito

Entiendo que se me ha solicitado participar en un estudio de investigación titulado “Presencia, Intensidad y Manejo del Dolor en el Paciente Posoperatorio Hospitalizado”.

Se me ha explicado que el propósito del estudio es determinar la asociación entre la intensidad, y el manejo del dolor que reciben los pacientes posoperatorios hospitalizados con algunas características relacionadas con ellos y con la atención que proporciona el personal de enfermería que participa en su cuidado

Procedimiento

Comprendo que participaremos en el estudio enfermeras que laboramos en los servicios de cirugía general, cirugía de especialidad y ginecología. Se me ha explicado que se me aplicará una cédula de identificación con información relacionada con mi situación laboral en la institución, así como con el número de pacientes asignados y el entrenamiento recibido en relación con el manejo del dolor. Así mismo se me informó que se revisarán los expedientes de los pacientes que sean seleccionados para el estudio con la finalidad de identificar los analgésicos indicados durante las últimas 24 horas, así como el horario en el que fueron administrados.

Riesgos

Se me ha explicado que los directivos de la institución han autorizado la realización de este estudio el cual no tendrá riesgo personal, ni laboral para mi persona, dado que no se registrará mi nombre en los instrumentos de recolección de datos y toda la información será manejada confidencialmente. Los directivos están de acuerdo en que

una vez concluido el estudio se les entregará únicamente un informe general de los resultados, sin la posibilidad de identificar a los participantes en forma individual.

Participación Voluntaria/Abandono

También se me ha informado que tendré 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 con el autor del estudio la Lic. Esther Angélica Hernández Fierro al teléfono 83-71-90-18 o con la Directora de Tesis la maestra ME. María Guadalupe Moreno Monsiváis a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83-48-18-47, en un horario de lunes a viernes de 9:00 AM a 5:00 PM.

Confidencialidad

Se me explicó que los datos sobre mi participación se tomarán de manera anónima por lo que serán confidenciales. El autor del estudio me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio. Así mismo me informó que puedo optar libremente por dejar de participar en el momento que lo desee.

Firma del participante

Fecha

Nombre y firma del investigador

Fecha

Nombre y firma del primer testigo

Fecha

Nombre y firma del segundo testigo

Fecha

Apéndice F

Cédula de Identificación del Personal de Enfermería

Número: _____

1. Antigüedad en la institución: _____
2. Servicio:
 Cirugía General
 Cirugía de Especialidad
 Ginecología
3. Antigüedad en el servicio: _____ años
4. Puesto Asignado en la Institución: _____
5. Tipo de contrato laboral
 Eventual Planta
6. Nivel de Formación:
 Enfermera General
 Enfermera Especialista
 Lic. Enfermería
7. Número de años de educación formal: _____
8. Turno:
 Matutino Fin de Semana de día
 Vespertino Fin de Semana nocturno
 Nocturno
9. Número de pacientes asignados por turno: _____
10. ¿Ha recibido entrenamiento acerca del manejo del dolor durante el último año?
 Si
 No
11. En caso afirmativo, señale el número de horas de entrenamiento _____