



---

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. ANTONIO FRAGA**

**MOURET”**

**CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”**

**TESIS**

**CONOCIMIENTOS DE PACIENTES Y PERSONAL SANITARIO  
FRETE AL DOLOR POSTOPERATORIO EN EL HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES DR. ANTONIO FRAGA MOURET CENTRO**

**MEDICO NACIONAL “LA RAZA”**

**PARA OBTENER EL GRADODE MÉDICO ESPECIALISTA EN**

**ANESTESIOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**DRA. MIZELL JANIRY BARCENAS RINCON**

**ASESORES DE TESIS:**

**DR. JUAN JOSÉ DOSTA HERRERA**

**DRA. MARTHA CRUZ RODRIGUEZ**

**MÉXICO D. F. 2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

Resumen.....	4
Summary .....	5
Introducción.....	6
Objetivo.....	11
Material y métodos.....	11
Resultados.....	13
Discusión.....	15
Conclusión.....	17
Bibliografía.....	18
Anexos:	
1. Validez y confiabilidad.....	20
2. Hoja de recolección de datos.....	22
3. Cuadros de resultados y gráficas.....	25

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Describir los conocimientos y actitudes de los pacientes y del personal sanitario frente al dolor postoperatorio en el HECMN La Raza.

**MATERIALES Y METODOS:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, del primero de enero al 30 de abril del 2010. Se distribuyeron 80 encuestas a pacientes mayores de 18 años programados para intervención quirúrgica, con preguntas referidas a su experiencia con el dolor postoperatorio, sus expectativas ante la próxima operación. Así como 80 encuestas a personal de enfermería de hospitalización, sobre el conocimiento de diferentes técnicas analgésicas y actitudes respecto al manejo de opiáceos y el personal médico quirúrgico recibió 80 más acerca de las complicaciones y tratamiento del dolor postoperatorio.

**RESULTADOS:** De los pacientes que fueron encuestados el 52.5% fueron mujeres y el 47.5% varones, con una edad de  $44 \pm 13.5$  años. Del personal de enfermería el 85% fueron mujeres y el 15% varones con una edad de  $36 \pm 11.7$  años. EL personal medico quirúrgico la edad fue de  $43 \pm 9.4$  años. El 25% de los pacientes prefería que se le administrara morfina antes de sentir dolor. El 96.3% del personal de enfermería, condicionaba la administración de opiáceos por temor a sus efectos indeseables. El 95% de los facultativos prefería seguir protocolos para el tratamiento del dolor postoperatorio.

### CONCLUSIONES:

La educación continuada del personal sanitario y la información entregada a los pacientes en el ámbito del dolor postoperatorio son fundamentales para su manejo, control y disminución de las complicaciones postoperatorias.

**Palabras clave:** Conocimiento, dolor postoperatorio, educación continuada.

## SUMMARY

**OBJECTIVE:** To describe patient's and health professional's knowledge and attitudes towards postoperative pain, in the HECMN La Raza.

**MATERIAL AND METHODS:** The study was carried out in a teaching hospital with adult surgical beds. Was performed an study observational, descriptive, transverse and prospective from first of January to 30 April 2010. 80 questionnaires regarding postoperative pain experiences and expectations were distributed among patients above 18 years old undergoing elective surgical procedures. Surgical wards nurses received 80 questionnaires to investigate knowledge and attitudes towards postoperative pain. 80 questionnaires addressed surgical staff enquired about complications and management of postoperative pain. Previous obtaining of informed assent. The collected data was processed with the SPSS v.15 software.

**RESULTS:** Of the patients who were surveyed, 52.5% were female and 47.5% male, mean age 44 + - 13.5 years. Nursing staff 85% were women and 15% men aged 36 + - 11.7 years. Surgical staff age was 43 + -9.4 years. 88.5% of these claimed to have experienced pain and it was moderate 43.4 % and severe for 28.9% of them.25% of patients preferred to receive morphine before pain.28.8% of nursing staff did not know about correct intramuscular or intravenous opioids management. The 96.3% of nurses, conditioned opioid administration for fear of undesirable effects. 95% of staff preferred to follow protocols for the treatment of postoperative pain.

**CONCLUSION:** Continuing education of health care personnel and information given to patients about postoperative pain are essential for control, management and decrease complications of postoperative pain.

**Words key:** knowledge, postoperative pain, continuing education.



## INTRODUCCION

El dolor no sólo es una modalidad sensitiva, sino una experiencia. La International Association for the study of pain lo define: “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, relacionada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”. Esta definición reconoce la interrelación entre los aspectos objetivos y fisiológico-sensitivos del dolor, así como sus componentes subjetivos, emocionales y psicológicos.

El dolor en el período postoperatorio muchas veces es infravalorado por el personal sanitario, por desconocimiento acerca de las repercusiones sobre la evolución del paciente. Para su tratamiento en varios hospitales de segundo y tercer nivel se cuenta con Unidades de Dolor Agudo Postoperatorio, con lo cual se ha observado que mejora la evolución y satisfacción del paciente, frecuentemente se incrementan costos por estancias intrahospitalarias extensas por la falta de tratamiento del dolor<sup>(1)</sup>. La principal molestia que refieren los pacientes en el postoperatorio es el dolor.

Fernández Galinsky, Gordo F. y cols., mencionan en su artículo sobre actitud y conocimiento del dolor en los pacientes, en experiencias previas, repercute en el temor a sufrir más dolor al ser sometidos a otra cirugía; esto sin mencionar que la recuperación podría retrasar su alta e incrementar las complicaciones derivadas de ambos<sup>(2)</sup>.

El desarrollo de programas de mejora continua de la calidad pretende estandarizar la atención del dolor postoperatorio con un seguimiento y valoración sistemática del mismo, protocolización de pautas analgésicas más efectivas y seguras, adecuada formación continua de los profesionales asistenciales implicados, comunicación e información de los planes de cuidados al paciente; así como buscar su participación activa y el establecimiento

de indicadores y estándares que evalúen periódicamente los procesos y resultados de la atención<sup>(3)</sup>.

Una de las primeras etapas de todo programa de calidad es conocer la situación de partida para poder poner en marcha medidas encaminadas a la mejora de la atención del dolor postoperatorio adecuadas a las necesidades de los diferentes servicios implicados<sup>(4)</sup>.

Para abordar adecuadamente el manejo del dolor agudo postoperatorio, se requiere también mayor formación y concientización de los profesionales de la salud, que acabe con actitudes de infravaloración del mismo, establecer programas y unidades de dolor agudo como instrumentos centrales en la mejora de la atención del dolor, estrategias ampliamente difundidas para institucionalizar el tratamiento del dolor<sup>(5)</sup>.

El hecho de que los analgésicos no sean uniformemente efectivos es un reflejo de la extrema variabilidad de la experiencia del dolor. No existen dos personas que experimenten de la misma manera dos estímulos nociceptivos idénticos. Existen factores neurofisiológicos, hormonales, culturales, contextuales y psicológicos que marcan las diferencias, es lo que define el componente de reacción al dolor<sup>(6)</sup>.

De toda la vida, los profesionales sanitarios han notado que los pacientes presentan diferencias en la respuesta a los analgésicos. Algunas personas son hipersensibles a una dosis estándar de morfina, mientras que otras no responden<sup>(7)</sup>.

El objetivo del tratamiento del dolor postoperatorio es reducir o eliminar el dolor y la sensación de malestar del paciente, con un mínimo de efectos secundarios o adversos con los métodos más económicos<sup>(8)</sup>.



Actualmente la incidencia de dolor postoperatorio sigue siendo elevada situándose entre el 46% y 53% y se sigue tratando de forma inadecuada debido entre otras causas a un deficiente uso de analgésicos. Afortunadamente esta situación está cambiando gracias a la aparición de las Unidades de Dolor Agudo (UDA) que se extienden progresivamente<sup>(9)</sup>.

Sin embargo e independientemente del arsenal terapéutico el alivio del dolor puede resultar mediocre si no se cumplen premisas básicas, tales como: valoración sistemática del dolor, prescripción farmacológica adecuada y seguimiento de los tratamientos instaurados<sup>(10)</sup>.

Conscientes del crecimiento de la actividad quirúrgica en nuestro Centro Médico y de la prevalencia de dolor postoperatorio, es necesaria la creación de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio, teniendo en cuenta el tipo de cirugías que se realizan en nuestro centro médico e intensidad de dolor de moderado a severo que implican en su mayoría éstas<sup>(11)</sup>.

También es muy importante determinar cual es la percepción y conocimiento que los pacientes, enfermeras y médicos tienen del dolor postoperatorio; ya que en base a esto se dictan las actitudes que adoptan para su manejo, en otras palabras, las actitudes que cada persona adopta ante el dolor, su forma de actuar, tanto si lo sufre como si es el responsable de aliviarlo, está en función de las emociones y connotaciones psicológicas que atribuye a lo que percibe<sup>(12)</sup>.

En Junio del 2003 el grupo de Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS) en España realizó una revisión sistemática sobre las percepciones y actitudes ante el dolor posquirúrgico de pacientes, familiares, enfermeras y médicos. Los estudios que ellos revisaron apuntan hacia la existencia de diferencias en la percepción del dolor entre

los diferentes actores; siendo subestimado por el personal sanitario y sobreestimado por los familiares de los pacientes.<sup>12</sup> Tanto los pacientes como los propios profesionales esperan poco del tratamiento analgésico y esto podría explicar la paradoja que señalan algunos estudios, donde se pone de manifiesto que pacientes con dolor moderado e incluso severo se encuentran satisfechos con la analgesia recibida, o enfermeras que son conscientes de que sus pacientes aún tienen dolor pero aún así se sienten satisfechas con el manejo del dolor realizado<sup>(13)</sup>.

Al no esperar ninguno de los grupos un alivio completo del dolor, cualquier alivio, aunque sea moderado es considerado como satisfactorio.

También se encontró que tanto médicos como enfermeras carecen de la formación adecuada para el manejo del dolor. Estas lagunas se observan en varios estudios en los que se evalúan los conocimientos de los profesionales respecto al dolor, y es también un déficit reconocido por los propios profesionales, que valoran la intensidad del dolor de los pacientes de forma subjetiva, teniendo en cuenta distintas variables físicas y psicológicas de una forma no sistemática, sin instrumentos y sin protocolos de actuación, guiándose más por su experiencia o sus opiniones que por sus conocimientos<sup>(14)</sup>.

En cuanto al tratamiento analgésico existen miedos comunes a los diferentes grupos como el temor a la adicción o a efectos secundarios indeseables; y otros que parecen específicos de cada grupo. Por ejemplo en el caso de los pacientes un temor específico es no querer molestar; en el caso de las enfermeras, el temor a mermar la capacidad de colaboración del paciente, o en el caso de los médicos el posible enmascaramiento de los síntomas. Estas diferencias entre las valoraciones que hacen los distintos grupos ponen de manifiesto que

las decisiones que se toman con respecto al manejo del dolor pueden ser variadas y tener origen en motivos distintos<sup>(15)</sup>.

Para poder tener una visión objetiva de los problemas relacionados con el tratamiento del dolor posquirúrgico se han realizado cuestionarios, que deben reflejar aspectos relevantes que influyen en la percepción del dolor como la formación de profesionales, la información proporcionada y recibida, los prejuicios ante los analgésicos, la forma en como se evalúa el dolor o la satisfacción con los tratamientos analgésicos, así como las experiencias previas de los pacientes ante el dolor posquirúrgico.

El cuestionario Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio, se compone de tres cuestionarios aplicados por separado a enfermeras, pacientes y personal médico quirúrgico, el cuestionario aplicado a los pacientes está enfocado a su experiencia de dolor en sus antecedentes quirúrgicos y las expectativas ante la próxima operación. El cuestionario aplicado al personal de enfermería indaga sobre el conocimiento de diferentes técnicas analgésicas y actitudes en relación al manejo de opiáceos. Finalmente el cuestionario para el personal médico quirúrgico indaga sobre complicaciones y tratamiento del dolor postoperatorio. El objetivo de nuestro estudio fue: Describir los conocimientos y actitudes de los pacientes y del personal sanitario frente al dolor postoperatorio del Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional la Raza.

## **MATERIAL Y METODOS**

### **DESCRIPCION DEL ESTUDIO**

Previa aceptación por el Comité Local de Investigación y Ética del Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional La Raza y obteniendo el Consentimiento Informado por Escrito de los pacientes y personal sanitario (enfermeras y médicos) se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en el cual se encuestaron 80 pacientes, 80 médicos quirúrgicos y 80 enfermeras, con diferentes ítems para cada grupo, durante el período comprendido de enero a abril del 2010, con los siguientes criterios de inclusión: pacientes derechohabientes, que sepan leer y escribir, mayores de 18 años, ASA 1 -2, ambos géneros, sometidos a cirugía general, cirugía urológica, cirugía vascular, cirugía plástica, cirugía maxilofacial, coloproctología, trasplantes o cirugía cardiotorácica, firma de Consentimiento informado del paciente y personal sanitario, personal sanitario (enfermería y personal Médico quirúrgico), que laboraran en este hospital cualquier turno. No se incluyeron aquellos pacientes que no aceptaron participar en el estudio, que se les realizó cirugía de urgencia, con alguna contraindicación para la aplicación de la anestesia, ASA 3- 4, pacientes psiquiátricos o con algún síndrome que los incapacitara para la comunicación verbal. Se excluyeron del estudio encuestas del paciente, enfermería y médicos incompletas. La noche previa a la cirugía se invitó a través de la carta de Consentimiento Informado a los pacientes a participar en dicho estudio y así mismo al personal sanitario (médicos quirúrgicos y enfermeras). Se entregó la encuesta: “Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio en el HECMN La Raza” a pacientes tributarios a intervención quirúrgica en el cual se investigó sobre la experiencia del dolor en sus

antecedentes quirúrgicos y las expectativas ante la próxima operación. (Ver Anexo2), A personal de enfermería se entregó, otra encuesta con diferentes ítems donde se indagó sobre el conocimiento de diferentes técnicas analgésicas y manejo de opiáceos (Ver Anexo 3) y finalmente al personal medico quirúrgico se entregó otra encuesta donde se indagó sobre las complicaciones y el tratamiento del dolor postoperatorio. (Ver anexo 4) una vez realizado esto, se recogieron las encuestas y se realizó el análisis estadístico a través del Programa SSPS versión v.15. con medidas de tendencia central y de dispersión (media, desviación estándar) y porcentajes. El instrumento aplicado en la presente investigación posee un buen grado de confiabilidad y validez. (Ver anexo1). Se obtuvo del artículo conocimientos y actitudes de paciente y personal sanitario frente al dolor postoperatorio, realizado por la Dra. Diana L. Fernández Galinski en el Hospital de Sabadell en Barcelona España, el cual se aplicó en nuestro hospital sin ninguna modificación a los ítems del artículo original. (ver anexo 8) . Se obtuvo permiso de la Dra. Diana L. Fernández Galinski Vía e-mail.

Cada cuestionario indagó sobre diferentes tipos de conocimientos en cada uno de los diferentes grupos. En el caso del cuestionario aplicado a los pacientes se investigó sobre la experiencia del dolor en sus antecedentes quirúrgicos y las expectativas ante la próxima operación. En el personal de enfermería se indagó sobre el conocimiento de diferentes técnicas analgésicas y manejo de opiáceos. Finalmente el cuestionario aplicado al personal de plantilla quirúrgico indagó sobre las complicaciones y el tratamiento del dolor postoperatorio.

## RESULTADOS

Se respondieron 80 encuestas realizadas a pacientes tributarios a intervención quirúrgica programada, con una edad media de 44 +-13.5 años (Tabla2). El 52.5% fueron mujeres y el 47.5% varones (Gráfica1), El 95% refirió cirugía anterior (Gráfica 2), de los cuales el 88.2% tuvo dolor postoperatorio (Gráfica 3), en estos pacientes el 27.6% tuvo dolor leve, el 43.4% moderado y el 28.9% severo (Gráfica 4). El 92.10% de los pacientes piensan que sentirán dolor después de la cirugía (Gráfica 5). El 93.8% piensa que es normal sentir dolor postoperatorio (Gráfica 6). El 93.8% no conoce los calmantes que se administraran para controlar el dolor (Gráfica 7). Finalmente el 25% de los pacientes prefirió que se le aplique morfina antes de sentir dolor (Gráfica 8).

En relación al personal de enfermería de hospitalización tuvieron una edad media de 36 +-11.76 años (Tabla 2). El 85% fueron mujeres y el 15% varones (Gráfica 1). El 100% refirió conocer los AINES tanto vía IM como IV y el 28.8% desconocía los opiáceos IM o IV (Gráfica 9). El 81.3% desconocía las bombas de perfusión y PCA. El 83.8% conoce técnicas de analgesia con catéter epidural con anestésico local y opioide solo el 16.3%. El 27.5% conoce el bloqueo de nervio periférico (Gráfica 10). El 77.5% conoce las escalas para la valoración del dolor tanto la verbal como la visual análoga (Gráfica 11). El 63.8% desconoce los efectos indeseables de los AINES y los opiáceos (Gráfica 12). En el 96.3% el temor a los efectos indeseables de los opiáceos condicionaba su administración (Gráfica 13). El 93.8% cree que es conveniente mejorar las pautas de analgesia (Gráfica 14). En cuanto a la experiencia laboral el 55% tenía más de 10 años en la profesión y el 45% menos de 10 años (Gráfica 15).

En cuanto al personal de plantilla quirúrgico la edad media fue de 43  $\pm$ 9.47 años (Tabla 2). Conocían las complicaciones respiratorias, hemodinámicas, gastrointestinales así como retraso en la deambulación que ocasiona el dolor postoperatorio (Gráficas 16, 17, 20 y 21); el 95 % y el 91.3% respondieron que se producían alteraciones inmunológicas y retraso en la cicatrización por el dolor respectivamente (Gráficas 18 y 19). Todos los médicos prescribían la pauta analgésica cuando les refería dolor el paciente (Gráfica 22); sin embargo el 95% prefiere seguir protocolos para tratar el dolor postoperatorio (Gráfica 23). La mayoría de los médicos que respondieron las encuestas eran cirujanos generales 80%, urología 5%, cirugía plástica 3.8%, cirugía vascular 3.8%, maxilofacial 2.5%, coloproctología 2.5%, trasplantes 1.3% y cirugía cardiotorácica el 1.3% (Gráfica24).

## DISCUSION

La necesidad de mejorar la calidad de la asistencia médica es importante, existe una demanda creciente de una mejor calidad y seguridad de la asistencia sanitaria por parte de los pacientes. <sup>(3)</sup>El desarrollo de programas de mejora continua de la calidad, pretende estandarizar la atención del dolor postoperatorio con un seguimiento y valoración sistemática del mismo, protocolizar pautas analgésicas más efectivas y seguras, adecuada formación continuada de los profesionales asistenciales implicados, comunicación e información de los planes de cuidados al paciente buscando su participación activa, y el establecimiento de indicadores y estándares que evalúen periódicamente los procesos y resultados de la atención. <sup>(7)</sup>

Por estos motivos se han estado creando las Unidades de Dolor Agudo Postoperatorio en hospitales de segundo y tercer nivel; sin embargo para crear un programa de este tipo es fundamental tener un punto de partida y éste es el reconocer nuestras deficiencias en el manejo del dolor postoperatorio como equipo multidisciplinario y el rezago en el conocimiento acerca éste por la falta de actualización médica tanto del personal médico quirúrgico como personal de enfermería.

Es muy importante el conocimiento acerca del dolor postoperatorio pues en base a éste se dictan las medidas en su manejo, su percepción tanto del que lo trata como el que lo padece. Por ello se han realizado estudios en los que se encuestan tanto a pacientes, personal sanitario e incluso familiares sobre sus conocimientos.

Fernández Galinski y cols. encontraron en su estudio que el 65% de los pacientes encuestados prefería recibir opiáceos antes que sufrir dolor, en nuestro estudio la mayoría



de los pacientes preferiría no recibirlos, esto podría representar una barrera para el tratamiento del dolor postoperatorio por el temor a desarrollar adicción a los fármacos opiáceos. Por ello es importante informar al paciente durante la visita preoperatoria sobre la analgesia que se le administrará después de la cirugía<sup>(17)</sup>. Desterrar el concepto de dolor como un “mal necesario” y mostrar el beneficio que representa el control del mismo para la evolución postoperatoria: descanso nocturno, movilidad, rehabilitación y alimentación precoz, son medidas educativas que el personal a cargo del manejo del dolor postoperatorio debe poner a disposición de los pacientes. Así mismo al estudiar al personal sanitario (enfermería) ellos encontraron que la mayoría conocía las escalas de valoración del dolor sin embargo estas no se utilizaban en la práctica clínica, en nuestro estudio se observó un déficit de conocimientos básicos relacionados con el tratamiento del dolor postoperatorio. Técnicas para el control del dolor como PCA, bombas de perfusión, catéter epidural con opiáceos eran desconocidas por el personal de enfermería en ambos estudios. Algo que se ha detectado en el personal de enfermería de HECMN La Raza es el no aplicar el medicamento prescrito o aplicarlo fuera de horario, lo cual podría explicar el dolor intenso que en ocasiones presentan los pacientes, esta conducta frecuentemente proviene del miedo a los efectos adversos de los morfínicos como lo demostró nuestra encuesta que reporta un 96.3%, así como el temor a crear adicción en los pacientes o mermar su capacidad de colaboración.

Con respecto al personal médico quirúrgico los resultados de nuestro estudio no variaron en relación a otros realizados en España, en relación al conocimiento de las complicaciones postoperatorias por el dolor; coinciden también en el hecho de que el personal sanitario prefiere llevar a cabo protocolos de manejo para el control del dolor.

## **CONCLUSIONES**

La educación continua en el personal sanitario es fundamental para el manejo del dolor postoperatorio; así como la información entregada al paciente antes de su cirugía. Podríamos decir que el personal sanitario prefiere seguir protocolos de manejo del dolor postoperatorio; sin embargo dado el crecimiento de la actividad quirúrgica de nuestro hospital creemos necesaria la creación de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (por un hospital sin dolor) donde no sólo se cuente con el arsenal terapéutico para su manejo, sino también personal adiestrado para una valoración sistemática del mismo y su seguimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sánchez-Sánchez RM, Pernía JV, Calatrava J. Tratamiento del dolor en los estudios de enfermería. *RevEspSoc Dolor* 2005;12:81-85.
- 2.- Fernández-Galinski DL, Gordo F, López G, Pulido C, Real J. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. *RevEspSoc Dolor* 2007; 1:3-8.
- 3.- López V, Caballero J, Muñoz J, Aparicio P, Diez S, Jiménez A. Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calidad. *RevEspSoc Dolor* 2006;53:408-418.
- 4.- Muñoz-Blanco F, Salmeron J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. *RevSocEsp Dolor* 2001;8:194-211.
- 5.- Muñoz-Ramon J, Criado A, Valentín B, Caballero J. Diseño de un plan de formación para la puesta en marcha de una unidad de dolor agudo. *RevSocEsp Dolor* 2002;9:37-40.
- 6.- Torres M. El tratamiento del dolor como un derecho de todos. *RevSocEsp Dolor* 2005; 12: 399-400.
- 7.- Gallego J, Rodríguez de la Torre M, Vazquez J, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor posoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *RevSocEsp Dolor* 2004;11:197-202.
- 10.- Padrol A, Pérez E, Olona M, Francesh A, Tomas I, Rull M. Estudio de la prevalencia de dolor en los pacientes hospitalizados. *RevSocEsp Dolor* 2001;8:555-561.

11.- Fernández D, Gordo F, López S, Méndez H, Real J. Manejo de la analgesia postoperatoria en las primeras 24 horas en un hospital de segundo nivel. Estudio observacional. RevSocsep Dolor 2006;1:18-23.

12.- Gobbo M, Martínez S, Méndez R, Estrada L, Lázaro P, Macario A. Percepciones y actitudes ante el dolor posquirúrgico de pacientes, familiares, enfermeras y médicos. Síntesis de la evidencia: una revisión sistematizada. En: <http://www.taiss.com/escorial/rev-sis-infradolor.pdf>.(Fecha de acceso: Abril 2009).

13.-Tafas C, Patiraki E, McDonald D, Lemonidou C. Testing and instrument measuring Greek nurses' knowledge and attitudes regarding pain. Cancer Nurses' knowledge and attitudes regarding pain. Cancer Nurs 2002;25(1):8-14.

14.-Martínez J, Torres L. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. RevSocEsp Dolor 2000;7:465-476.

15.- Sánchez R, Pernía J, Calatrava J. Tratamiento del dolor en los estudios de enfermería. RevSocEsp Dolor 2005;12:81-85.

16.- Caba F, Nuñez A, Tejedor M, Echeverría M. Valoración de la actividad de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio por los cuidadores del paciente quirúrgico. Rev SocEsp Dolor 2004;11:479-489.

17.- Bird A, Wallis M. Nursing Knowledge and assessment skills in the management of patients receiving analgesia vía epidural infusion. J AdvNurs 2002; 40:522-31.

## **ANEXO 1. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

Se pidió a 5 expertos (anestesiólogos) para comentarios sobre la validez del cuestionario tipo Likert.

El criterio de validez del instrumento tiene que ver con la validez del contenido y la validez de construcción. La validez establece relación del instrumento con las variables que pretende medir y la validez de construcción relaciona los ítems del cuestionario aplicado con los basamentos teóricos y los objetivos de la investigación para que exista consistencia y coherencia técnica. Ese proceso de validación se vincula a las variables entre sí y la hipótesis de la investigación.

Determinar la validez del instrumento de nuestro estudio implicó someterlo a la evaluación de un panel de expertos, antes de la aplicación para que hicieran los aportes necesarios a la investigación y se verificará si la construcción y el contenido del instrumento se ajusta al estudio planteado y, para tal efecto, se hizo revisar por el siguiente panel de expertos. Cinco médicos anestesiólogos expertos certificados.

El criterio de confiabilidad del instrumento, se determina en la presente investigación, por el coeficiente de Alfa Cronbach, desarrollado por J. L. Cronbach, requiere de una sola administración del instrumento de medición y produce variables que oscilan entre cero y uno (Hernández, y otros, ob. Cit.). Es aplicable a escalas de varios valores posibles, por lo que puede ser utilizado para determinar la confiabilidad en escalas cuyos ítems tienen como respuesta más de dos alternativas. Su fórmula determina el grado de consistencia y precisión. Donde  $\alpha$  es el valor del coeficiente de Cronbach y determina la confiabilidad del instrumento y su resultado puede ser expresado en %,  $\alpha$  tiene un valor  $\approx 84\%$  de

confiabilidad. Considerando la escala de valores que determina el rango de 0.9 a 1 un rango fuerte de confiabilidad y el valor de 0.92 obtenido en el cálculo de la confiabilidad del instrumento el cuestionario “Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio en el Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional La Raza”, se puede decir que el instrumento aplicado en la presente investigación posee un buen grado de confiabilidad. El resultado obtenido indica fuerte confiabilidad en este instrumento.

## ANEXO 2. CUESTIONARIO A PACIENTES TRIBUTARIOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

### INSTRUCCIONES

Marque solo una respuesta para cada pregunta colocando una x sobre la opción que indique la respuesta que usted desea, la encuesta es anónima, nadie debe ayudarle.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

a) ¿Se ha operado alguna vez?	1.SI	2.NO	
b) ¿Tuvo dolor postoperatorio?	1.SI	2.NO	
c) ¿Qué intensidad tuvo?	1.LEVE	2.MODERADO	3.SEVERO
d) ¿Piensa que va a sentir dolor en su próxima operación?	1.SI	2.NO	
e) ¿Cree que es normal sentir dolor después de la operación?	1.SI	2.NO	
f) ¿Conoce los calmantes que se administran para el dolor?	1.SI	2.NO	
g) ¿Sabe lo que es la morfina?	1.SI	2.NO	
g) ¿Prefiere sentir dolor antes de que se le aplique morfina o alguno de sus derivados?	1.SI	2.NO	

### ANEXO 3. CUESTIONARIO A PERSONAL DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN

#### INSTRUCCIONES

Marque solo una respuesta para cada pregunta colocando una x sobre la opción que indique la respuesta que usted desea, la encuesta es anónima, nadie debe ayudarle.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

a) Señale los tratamientos que conoce	1.SI	2.NO
AINES IM	1.SI	2.NO
AINES IV	1.SI	2.NO
OPIACEOS IM	1.SI	2.NO
OPIACEOS IV	1.SI	2.NO
BOMBAS DE PERFUSION Y ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE (PCA)	1.SI	2.NO
CATETER PERIDURAL CON ANESTESICO LOCAL	1.SI	2.NO
CATETER PERIDURAL CON OPIACEOS	1.SI	2.NO
BLOQUEO DE NERVIO PERIFERICO	1.SI	2.NO
b) ¿Conoce las escalas visual análoga (EVA) y verbal para la valoración del dolor?	1.SI	2.NO
c) ¿Conoce cuáles son los efectos indeseables de los opiáceos y de los AINES?	1.SI	2.NO
d) ¿El temor a los efectos indeseables de los opiáceos condiciona su administración?	1.SI	2.NO
e) ¿Cree conveniente mejorar las actuales pautas de analgesia?	1.SI	2.NO
f) Años de experiencia en la profesión	>10	<10



#### ANEXO 4.CUESTIONARIO APERSONAL DE PLANTILLA QUIRÚRGICO.

#### INSTRUCCIONES

Marque solo una respuesta para cada pregunta colocando una x sobre la opción que indique la respuesta que usted desea, la encuesta es anónima, nadie debe ayudarle.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

<b>El dolor mal controlado en el postoperatorio es causa de:</b>		
<b>a) Función respiratoria deficiente, retención de secreciones, atelectasia, neumonía</b>	<b>1.SI</b>	<b>2.NO</b>
<b>b) Incremento de la respuesta autonómica, aumento de la FC y la TA</b>	<b>1.SI</b>	<b>2.NO</b>
<b>c) Alteración de la respuesta del sistema inmunológico</b>	<b>1.SI</b>	<b>2.NO</b>
<b>d) Alteración de la cicatrización</b>	<b>1.SI</b>	<b>2.NO</b>
<b>e) Retraso en la motilidad intestinal</b>	<b>1.SI</b>	<b>2.NO</b>
<b>f) Retraso en la deambulación y rehabilitación</b>	<b>1.SI</b>	<b>2.NO</b>
<b>g) Si le refieren que su paciente refiere dolor</b>		
<b>Decide usted la pauta analgésica</b>	<b>1.SI</b>	<b>2.NO</b>
<b>h) Prefiere seguir protocolos para tratar el dolor postoperatorio</b>	<b>1.SI</b>	<b>2.NO</b>
<b>i) Especialidad a la que pertenece</b>		
<b>1. Cirugía general</b>	<b>4. Cirugía Vascular</b>	
<b>2. Cirugía plástica</b>	<b>5. Cirugía máxilofacial</b>	
<b>3. Urología</b>	<b>6. Trasplantes</b>	
<b>4. Coloproctología</b>	<b>7. Cirugía Cardiorácica</b>	

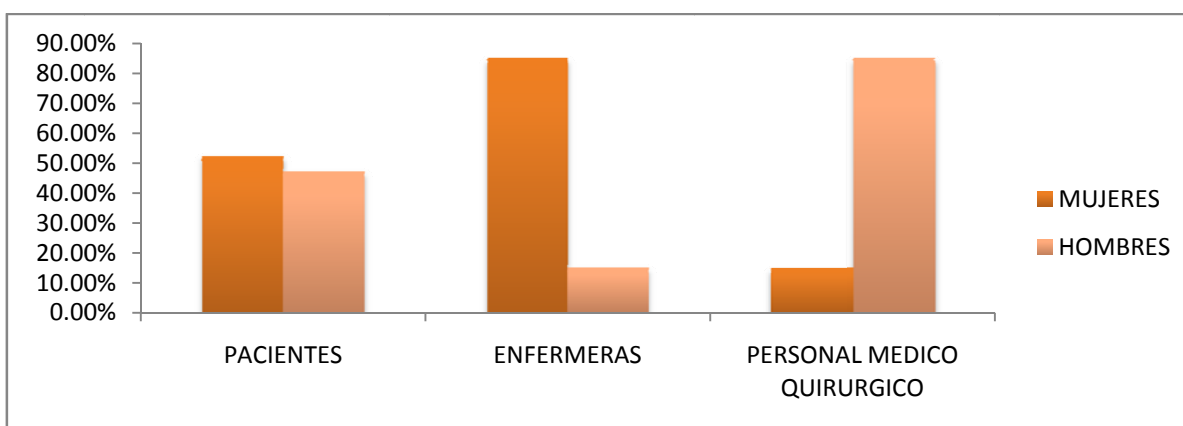
## RESULTADOS

**TABLA1.- DATOS DEMOGRAFICOS**

	MUJERES	HOMBRES
PACIENTES	52.5% (42)	47.5% (38)
ENFERMERAS	85% (68)	15% (12)
PERSONAL MEDICO QUIRURGICO	15% (12)	85% (68)

Valores expresados en porcentajes

**GRAFICA 1**



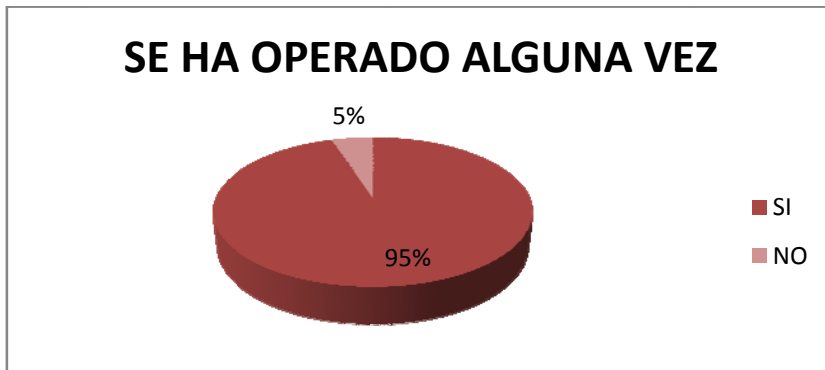
**TABLA 2.- EDAD**

PACIENTES	44 años +-13.58 Sd (19 a 76)
ENFERMERAS	36 años +- 11.76 Sd (19 a 58)
PERSONAL MEDICO QUIRURGICO	43 años +-9.47 Sd (29 a 62)

Valores expresados en media y Desviación Estándar

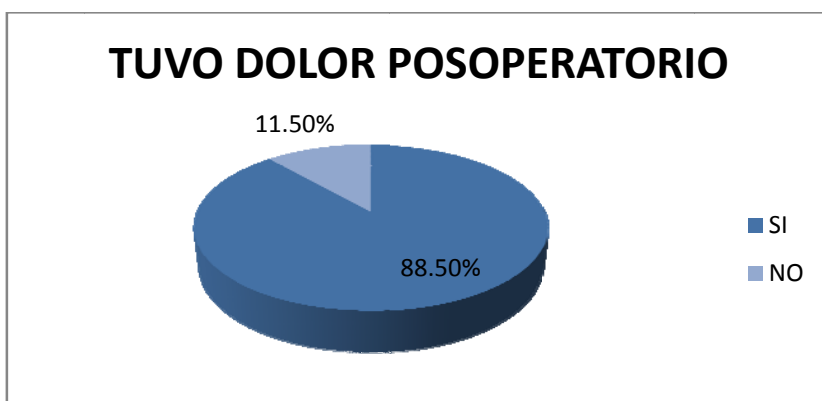
### 3.- CUESTIONARIO A PACIENTES TRIBUTARIOS A INTERVENCION QUIRURGICA

GRAFICA2



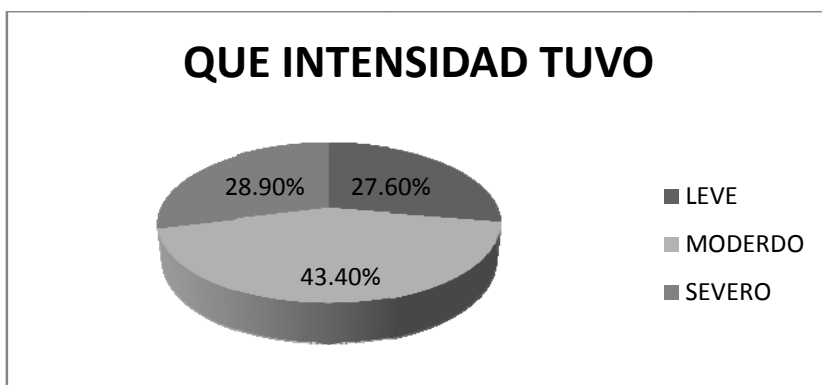
SI	NO
95% (76)	5% (4)

GRAFICA 3

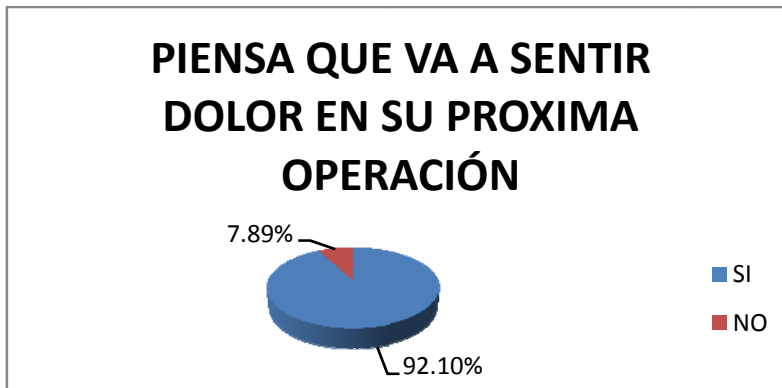


SI	NO
88.5% (67)	11.5% (9)

GRAFICA 4



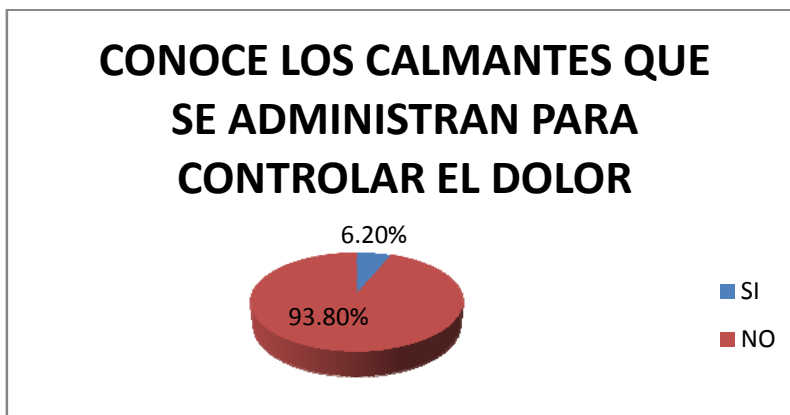
LEVE	MODERADO	SEVERO
27.6% (12)	43.4% (33)	28.9% (22)

**GRAFICA 5**

SI	NO
92.10% (70)	7.89% (6)

**GRAFICA 6**

SI	NO
93.8% (72)	6.2% (4)

**GRAFICA 7**

SI	NO
6.2% (4)	93.8% (72)

**GRAFICA 8**

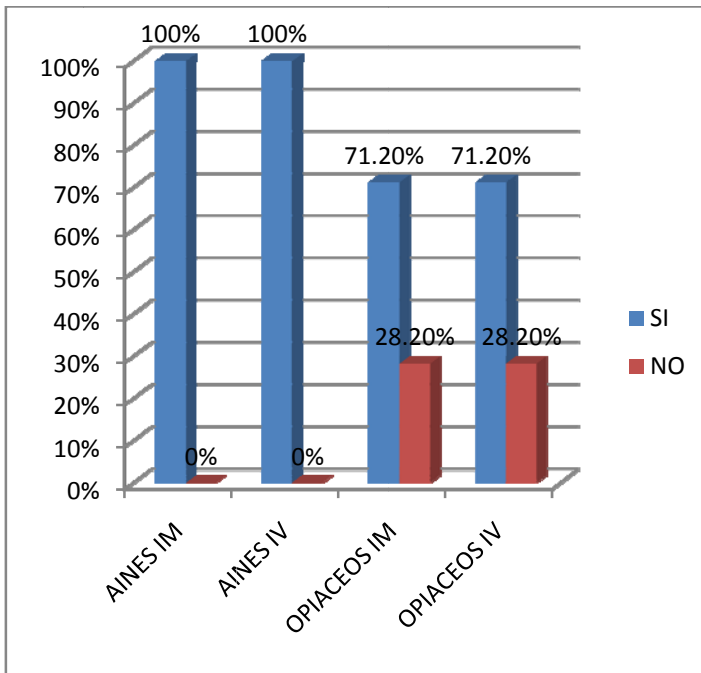


SI	NO
75% (60)	25% (20)

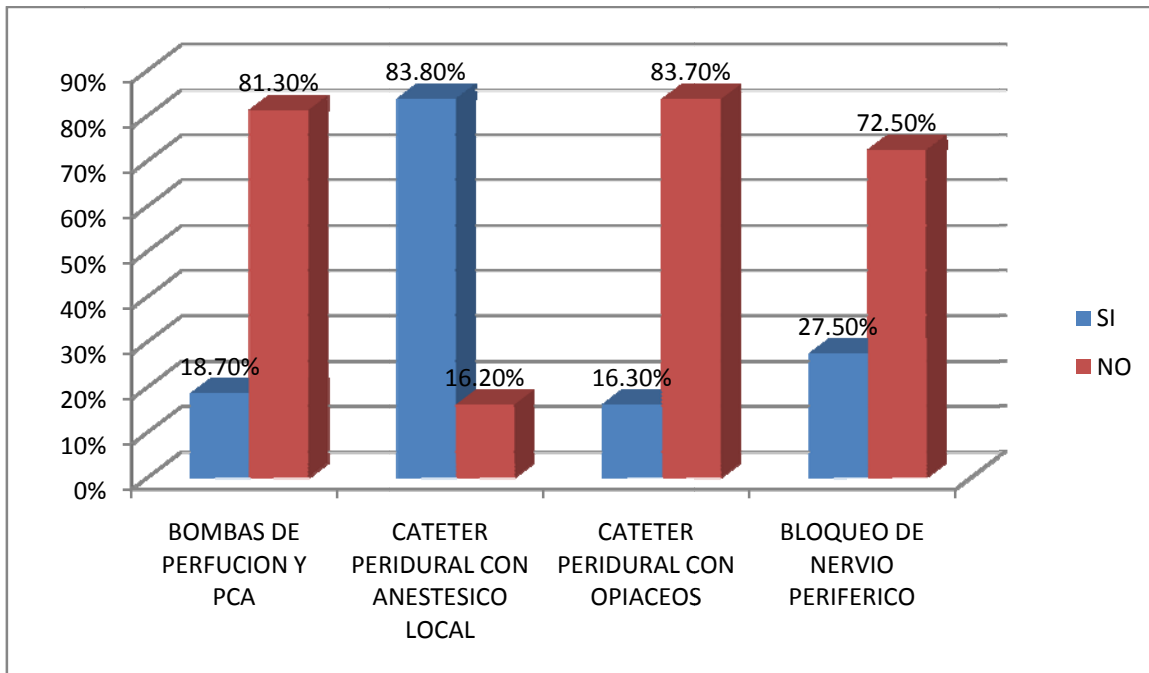
**4.-CUESTIONARIO A PERSONAL DE ENFERMERIA**

**SEÑALE LOS TRATAMIENTOS QUE CONOCE**

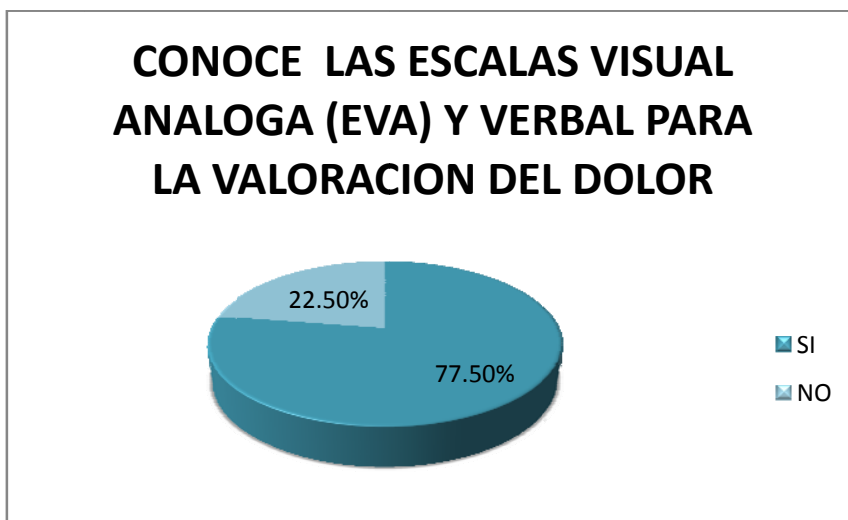
**GRAFICA 9**



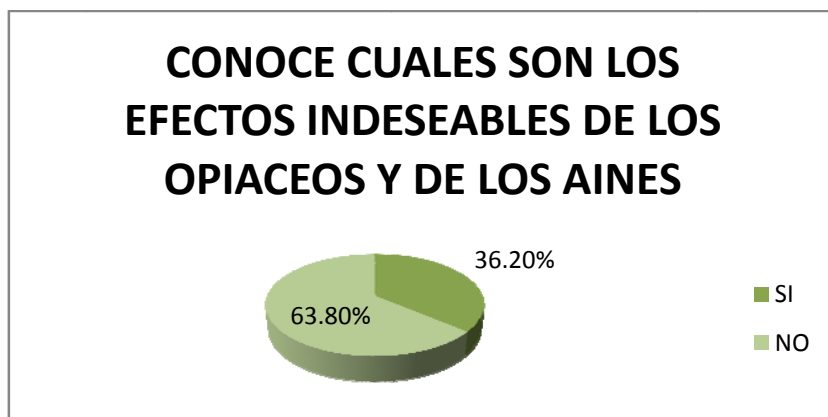
	SI	NO
AINES IM	100% (80)	0% (0)
AINES IV	100% (80)	0% (0)
OPIACEOS IM	71.2% (57)	28.8 % (23)
OPIACEOS IV	71.2% (57)	28.8 % (23)

**GRAFICA 10**

	SI	NO
BOMBAS DE PERFUSION Y PCA	18.7% (12)	81.3% (68)
CATETER PERIDURAL CON ANESTESICO LOCAL	83.8% (67)	16.2% (13)
CATETER PERIDURAL CON OPIACEOS	16.3% (67)	83.7% (13)
BLOQUEO DE NERVIO PERIFERICO	27.5% (22)	72.5% (58)

**GRAFICA 11**

SI	NO
77.5% (62)	22.5% (18)

**GRAFICA 12**

SI	NO
36.2% (29)	63.8% (51)

**GRAFICA 13**

SI	NO
96.3% (77)	3.7% (3)

**GRAFICA 14**

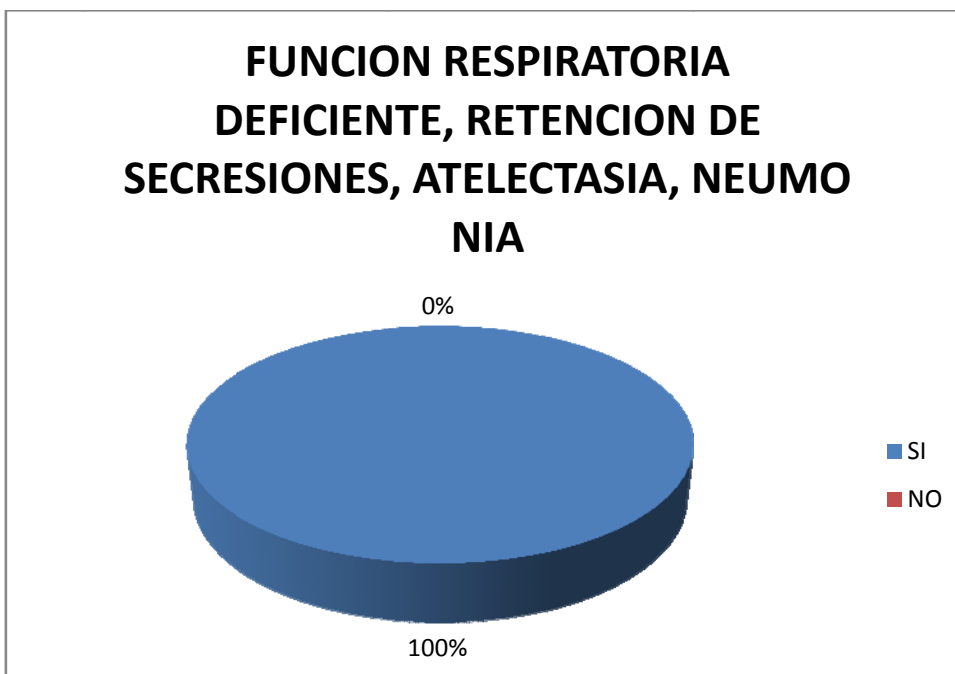
SI	NO
93.8% (75)	6.2% (5)

**GRAFICA 15**

>10 AÑOS	<10 AÑOS
55% (44)	45% (36)

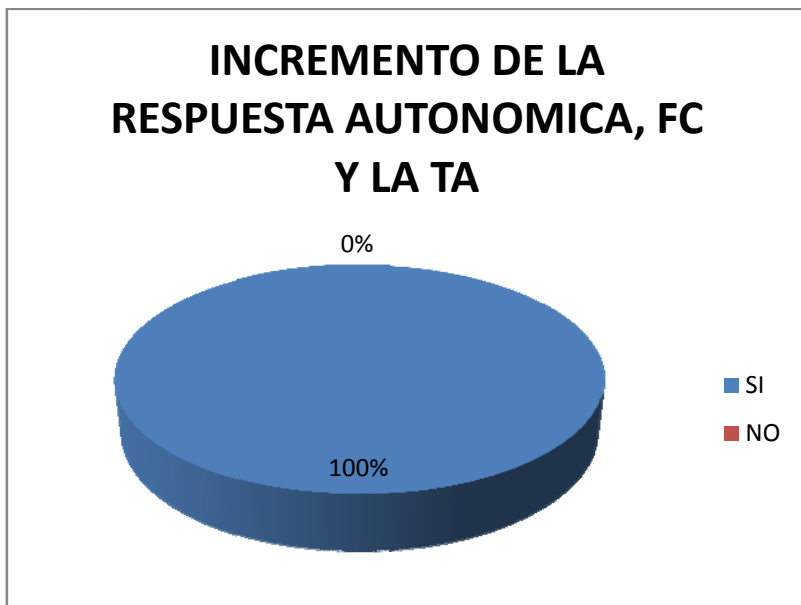
**5.- CUESTIONARIO A PERSONAL DE PLANTILLA QUIRURGICO**

EL DOLOR MAL CONTROLADO ES CAUSA DE:

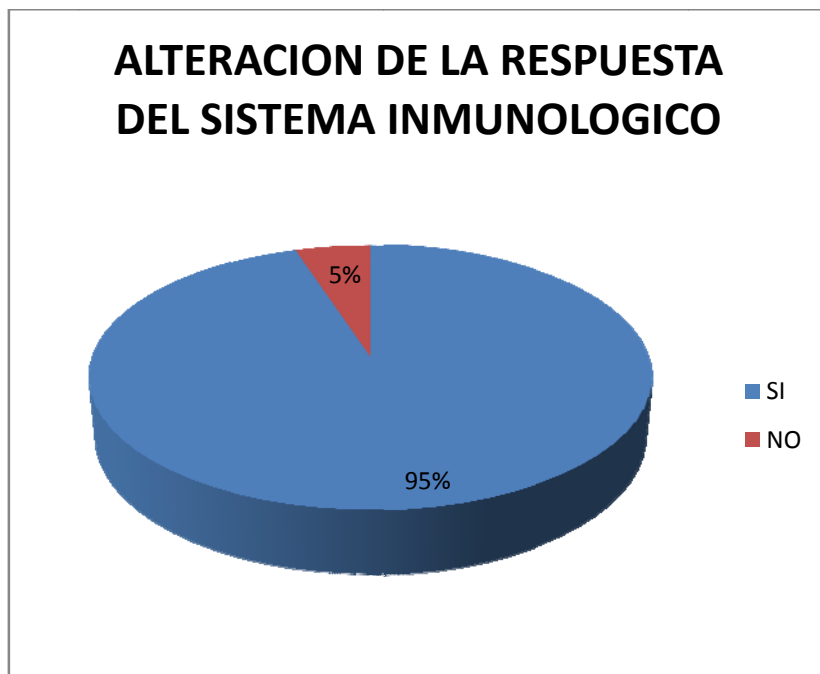
**GRAFICA 16**

SI	NO
100% (80)	0% (0)



**GRAFICA 17**

SI	NO
100% (80)	0% (0)

**GRAFICA 18**

SI	NO
95% (76)	5% (4)

**GRAFICA 19**



SI	NO
91.3% (73)	8.7% (7)

**GRAFICA 20**



SI	NO
100% (80)	0% (0)

**GRAFICA 21**



SI	NO
100% (80)	0% (0)

SI LE REFIEREN QUE SU PACIENTE TIENE DOLOR

**GRAFICA 22**

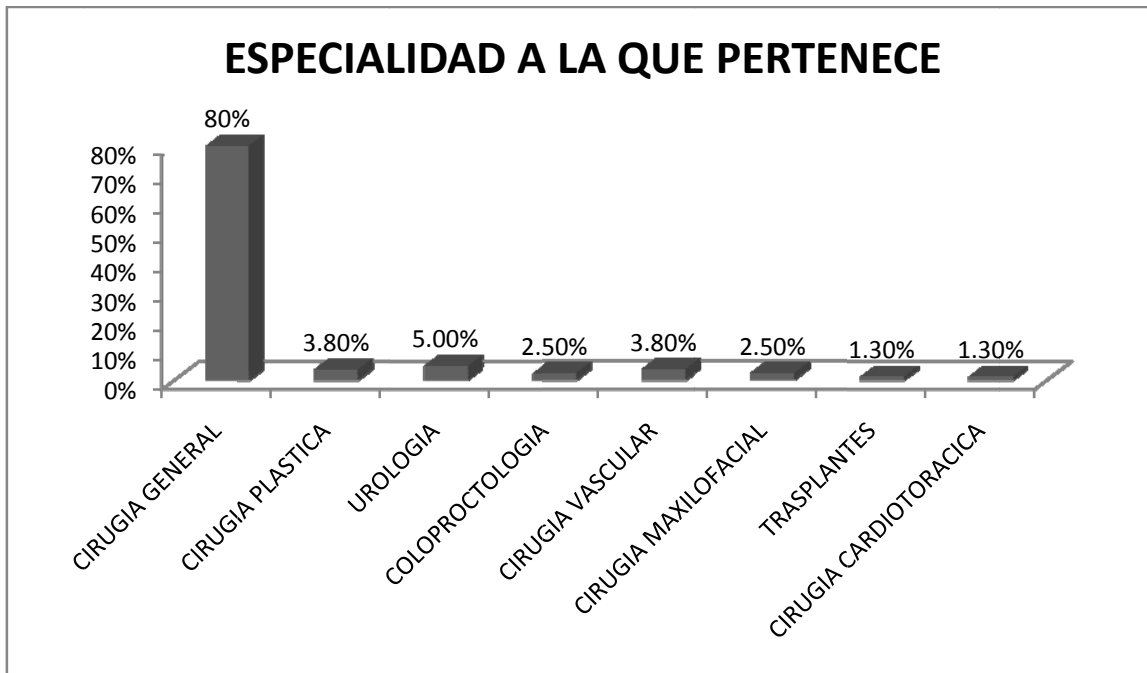


SI	NO
100% (80)	0% (0)

**GRAFICA 23**



SI	NO
95% (76)	5% (4)

**GRAFICA 24**

CIRUGIA GENERAL	80% (64)
CIRUGIA PLASTICA	3.8% (3)
UROLOGIA	5% (4)
COLOPROCTOLOGIA	2.5% (2)
CIRUGIA VASULAR	3.8% (3)
CIRUGIA MAXILOFACIAL	2.5% (2)
TRASPLANTES	1.3% (1)
CIRUGIA CARDIOTORACICA	1.3% (1)