



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."

TITULO:

***SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA
IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO ANALGÉSICO EN
EL PERÍODO POSTOPERATORIO INMEDIATO***

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

DRA. GRACIELA HERNÁNDEZ PÉREZ

ASESORES:

DRA. LETICIA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES



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.

DOCTORA
DIANA G. MENEZ DIAZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

MAESTRO EN CIENCIAS MEDICAS
ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
PROFESOR DEL CURSO DE ANESTESIOLOGIA
JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTORA
LETICIA HERNANDEZ HERNANDEZ
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por darme la vida, salud y fortaleza para seguir adelante cada día y alcanzar mis sueños, por darme la bendición mas grande: MI FAMILIA, porque sin su apoyo no habría podido llegar a donde he llegado.

A MI FAMILIA:

Como un testimonio de cariño y eterno agradecimiento, por mi existencia, valores morales, y formación profesional. Porque sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme.

A MI ESPOSO Marco por su incondicional apoyo, paciencia y amor, por compartir conmigo preocupaciones, desvelos, alegrías y logros... y gracias a ti éste es uno más.

A MI HIJA Mariana por su reconfortante compañía...

A MIS COMPAÑEROS Y HERMANOS: Tania, Zachary, Eduardo, Carlos, Oscar, Jorge, Adriana, Irene, Alheli, Xochitl, Sonia, Vianney, Marisol, Francisco, Grissel, Selene, Ignacio, Renan, Bethzabhe, Pamela, Dafné, Karla... que compartimos sueños, preocupaciones, desvelos, y tantos momentos inolvidables... gracias.

A MIS MAESTROS:

Dr. Fernando Rivera, Dra. Lara, Dra. Cisneros, Dra. Verónica Quintana, Dra. Ochoa, Dra. Quintero, Dra. De la Rosa, Dr. Dra Leticia Hernández, Dr. Briseño, Dra. María Elena Rendón, Dra. Maricela Hernández, Dra. Liliana Quiroz, Dra. Verónica Hernández, Dra. Janeth Rojas, Dra. Guadalupe Escalona, Dra. Alejandra Hernández, Dra. Gómez, Dra. Juárez, Dra. Andrea López, Dra. Brenda López, Dr. Luis López, Dr. Felipe Palma, Dr. Alfonso Quiroz, Dr. Marco Pineda, Dr. Gustavo Soto, Dr. Villegas, Dr. Víctor Reyna, Dr. Jesús Jaramillo, Dr. Joaquín Guzmán, Dr. Vila, Dr. Mario Santamaría, Dr. Jiménez, Dr. Marco Puente, Dr. Reyes Miranda, Dr. Daniel Islas, Dr. Rangel, Dr. Jorge Carbajal, Dr. Román Cabada, Dr. Abdiel Antonio, Dr. Trujillo, Dr. Briseño, Dr. Adrián Hernández, Dra. Isidora Vasquez, Dr. Antonio Castellanos. Dr. Marco Vinicio López. Por las enseñanzas recibidas día con día, por compartir sus experiencias y sus inagotables consejos, por forjarme aun más el sentido de la responsabilidad y compromiso con mis pacientes, por la paciencia y dedicación. GRACIAS.

INDICE

1. RESUMEN.....	5
2. ABSTRACT.....	5
3. HOJA DE DATOS GENERALES.....	6
4. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	7
5. JUSTIFICACION.....	14
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
7. HIPOTESIS.....	16
8. OBJETIVOS.....	16
9. MATERIAL Y METODOS.....	17
10.RESULTADOS.....	18
11.DISCUSION.....	23
12.CONCLUSIONES.....	25
13.REFERENCIASA BIBLIOGRAFICAS.....	26
14.ANEXOS.....	28

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión. El dolor agudo postoperatorio se presenta posterior a una situación de estrés y/o traumatismo. El tratamiento inadecuado del dolor puede producir alteraciones fisiológicas y nociceptivas importantes, aumentando la morbilidad. El dolor es un indicador importante de satisfacción. La terapia analgésica multimodal protocolizada disminuye la intensidad del dolor proporcionando satisfacción al paciente.

OBJETIVOS. Evaluar la eficacia del control del dolor agudo postoperatorio con la implementación de protocolos analgésicos en distintos procedimientos quirúrgicos, así como conocer la percepción de la satisfacción y calidad en la atención.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio prospectivo, transversal y descriptivo. Se incluyeron a 280 pacientes postoperados en el Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G" del CMN Siglo XXI de Marzo-Agosto 2010, que recibieron tratamiento analgésico protocolizado por el servicio de Anestesiología. Se les encuestó a las 24hrs del postoperatorio, evaluando la intensidad del dolor al momento de la visita y el de mayor y menor intensidad percibido, esto por medio de la escala visual análoga(EVA), en donde se clasifica como leve(1-4), moderado(5-7) e intenso(8-10). Además de la satisfacción por la atención brindada por el personal de salud.

RESULTADOS. Se encuestaron 175 mujeres y 105 hombres. El 71.42% recibió terapia endovenosa y el 28.53% neuroaxial. Al momento de la visita 61.7% refirió dolor leve, 1.4% intenso y 28.57% no tenían dolor. En cuanto al dolor de mayor intensidad solo el 17.14% refirió dolor intenso; y en menor intensidad el 60.35% dolor leve. Se refirieron satisfechos con la atención médica el 99%; 100% de los pacientes refirió recomendaría la analgesia protocolizada y volvería a recibir atención a éste hospital.

CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes presentaron dolor leve, y éste fue menor al esperado, consideran que el dolor se puede aliviar de manera importante con la terapia analgésica, refiriéndose satisfechos de un 96-99% con la atención brindada por el personal de salud.

Palabras clave: Dolor agudo postoperatorio, EVA, Satisfacción

ABSTRACT

INTRODUCTION. Pain is defined as an unpleasant sensory and emotional experience associated with an injury. Acute postoperative pain occurs after a stressful situation and/or trauma. Inadequate pain treatment can produce significant physiological. An nociceptive, increasing morbidity. Pain is an important indicator of satisfaction. Protocolized multimodal analgesic therapy reduces the intensity of pain by providing patient satisfaction.

OBJETIVES. Evaluate the effectiveness of acute postoperative pain management with the implementation of analgesic protocols in various surgical procedures, and to know the perception of satisfaction and quality of care.

MATERIAL AND METHODS. Prospective, transversal and descriptive. 280 patients were included in the postoperative Specialty Hospital "Dr. Bernardo Sepúlveda G." Siglo XXI, March-August 2010, who received analgesic treatment docketed by the service of Anesthesiology. They surveyed 24 hr after surgery, assessing the intensity of pain during the visit and the higher and lower intensity perceived this through the visual analog scale (VAS), where it is classified as mild(1-4), moderate(5-7) and severe(8-10). In addition to satisfaction with care provided by health personnel.

RESULTS. Surveyed 175 women and 105 men. The intravenous therapy was 71.42% and 28.53% neuraxial. At the time of the visit referred mind pain 61.7%, 1.4% severe and 28.57% hand no pain. In terms of pain more intense only 17.14% reported severe pain, and 60.35% lower intensity the mild pain. They referred satisfied with medical care 99%, 100% of patients reported analgesia recommend notarized and return it to receive hospital care.

CONCLUSIONS. Most patients had mild pain, and this was lees than expected, consider that pain can be relived significantly with analgesic therapy, meaning a 96-99% satisfied with the care provided by healt personnel.

Keywords: acute postoperative pain, VAS, Satisfaction.

1. DATOS DEL ALUMNO

**HERNANDEZ
PEREZ
GRACIELA**

(55) 56.01.67.11

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
ANESTESIOLOGIA
509216300**

2. DATOS DEL ASESOR (ES)

**HERNANDEZ
HERNANDEZ
LETICIA**

**CASTELLANOS
OLIVARES
ANTONIO**

3. DATOS DE LA TESIS

**“VALORACION DE LA SATISFACCION EN EL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO CON
LA IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS ANALGESICOS EN PACIENTES DE LA UMAE
HE CMN SIGLO XXI “DR BERNARDO SEPÚLVEDA”
28 p.
2011**

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El dolor se define como ***Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial*** de acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio del dolor (I . A . S . P .)⁽¹⁾.

La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronóstico de control del dolor y, finalmente, según la farmacología.

De acuerdo a la duración, se define como *Dolor agudo* como un dolor de inicio repentino y posiblemente limitado en duración, normalmente relacionado a una lesión o enfermedad. El *Dolor Crónico* es aquel que perdura durante periodos de tiempo prolongados, persistiendo más allá de la duración de una herida o posterior a la resolución de una enfermedad, y frecuentemente no se encuentra una causa claramente identificable.⁽²⁾

Otras definiciones relacionadas, y de importancia para la comprensión de este tema, son:

Estímulos nocivos: Estimulo cuya intensidad daña o posiblemente dañara la integridad de un tejido.

Nocicepcion: Es el proceso de detección y señalización de la presencia de un estímulo nocivo.

Sufrimiento: Es la reacción del organismo a consecuencia de la experiencia del dolor.

Dentro de la clasificación de el dolor agudo se encuentra el dolor agudo postoperatorio, y es aquel que se presenta posterior a la exposición a una situación de estrés y traumatismo; durante la cirugía se produce trauma celular, estímulos nerviosos y sensación nociceptiva, los cuales son producidos también por el proceso inflamatorio, sensibilizando así las vías del dolor.⁽³⁾

Se reconoce que el daño o lesión provoca dos cambios en la capacidad de respuesta del sistema nociceptivo, la sensibilización periférica y la sensibilización central. En conjunto, estos cambios conforman la hipótesis que contribuyen al dolor agudo postoperatorio.

La sensibilización periférica lleva a la hiperalgesia primaria, definida como una exagerada respuesta al dolor en el sitio de la lesión. La sensibilización central (hiperalgesia secundaria) definida como aumento del dolor a

respuestas evocadas por estímulos fuera de la zona de la lesión. La mayoría de los estudios indican que la hiperalgesia secundaria a estímulos mecánicos (hiperalgesia mecánica secundaria), pero no a los estímulos térmicos, se produce después de una lesión, y no es causada por la sensibilización de las fibras aferentes primarias en el tejido sano.

El dolor espontáneo de la zona que rodea la incisión y la hiperalgesia primaria mecánica tal vez sea lo más relevante en el desarrollo del dolor agudo, y en relación a este conocimiento se puede obtener mejores resultados con el tratamiento durante el período perioperatorio. ^(3,4,5)

El tratamiento inadecuado del dolor, especialmente del dolor agudo puede producir alteraciones fisiológicas y nociceptivas importantes^(4,5-11) Entre estas complicaciones se encuentran:

Complicaciones respiratorias, con incidencia del 5-25%, y cuando la cirugía corresponde a tórax o abdomen superior, la incidencia es de 6-65%; las complicaciones respiratorias son causa de mortalidad postoperatoria en el 25%, la complicación más frecuentemente observada son las Atelectasias; otras complicaciones son neumonía, derrame, y signos clínicos como tos, taquipnea, expectoración, fiebre y/o cianosis. El dolor es uno de los principales responsables del deterioro de la función respiratoria en el postoperatorio. En relación a las incisiones abdominales altas, la incisión media vertical crea más disfunción que la transversal y si nos referimos a las incisiones subcostales estas pueden producir una disminución del 40-50% del volumen corriente y capacidad funcional residual, persistiendo hasta 12-14 días posterior al procedimiento. Cursando con un patrón restrictivo pulmonar postoperatorio generalmente. La consecuencia de todas estas circunstancias, y modificaciones fisiopatológicas y/o complicaciones respiratorias, es alteración de la relación ventilación/perfusión y la aparición de hipoxemia en el período postoperatorio. ^(2,4)

Complicaciones cardiocirculatorias. Cerca del 23% de las muertes en el postoperatorio se asocian a complicaciones cardiovasculares, como consecuencia de la liberación de catecolaminas por la hiperactividad simpática secundaria a la presencia de dolor. Tiene lugar un aumento de la frecuencia cardíaca y de las resistencias vasculares periféricas con el consiguiente incremento de la presión arterial media, del índice cardíaco y consumo miocárdico de oxígeno. En pacientes con patología cardíaca previa pueden causar descompensación aguda de su estado, precipitando la aparición de IAM o falla cardíaca en el postoperatorio

inmediato. Además la disminución del flujo sanguíneo por hiperactividad simpática puede interferir en la correcta cicatrización postquirúrgica. Los trastornos vasculares periféricos secundarios a la inmovilidad del paciente por el dolor, y el vaso espasmo reactivo, contribuyen al empeoramiento de la circulación periférica, aumentando el riesgo de trombosis venosa profunda y por consiguiente el tromboembolismo, siendo éste la causa mas frecuente de muerte súbita en los primeros 10 días después de una cirugía. ^(2,4)

Complicaciones endocrino-metabólicas. La estimulación nociceptiva directa a través de las fibras nerviosas, así como la liberación de mediadores por los tejidos dañados en la zona quirúrgica, los macrófagos y mediadores inflamatorios provocan la estimulación de sustancias hormonales; traducido como aumento en la secreción de catecolaminas, hormonas hipofisarias, peptido natriurético atrial y beta endorfinas. La estimulación hipotalámica produce aumento en la agregación plaquetaria y de la coagulación. Acompañado además de aumento de la liberación periférica de cortisol, aldosterona y glucagon. La alteración neurohormonal se traduce en la aparición de hiperglucemia, glucosuria, oliguria con retención hidrosalina, estimulación del Sistema renina-angiotensina, aumento de la lipólisis y liberación de ácidos grasos y cuerpos cetónicos, acido láctico, hipercatabolismo proteico, alteración de la inmunidad por disminución de la quimiotáxis y disminución de la función linfocítica; todo esto en conjunto con la disminución de la capacitancia venosa, aumento de la frecuencia cardiaca, inotropismo y resistencias periféricas, contribuye a prolongar la estancia hospitalaria aumentando la morbilidad el periodo postoperatorio. ^(2,4)

Complicaciones digestivas. La actividad digestiva se encuentra disminuida en el postoperatorio como consecuencia de la hiperactividad simpática mediada por el estímulo nociceptivo y la inactividad del paciente. Las afecciones mas frecuentes son distensión abdominal, náuseas, vómito, íleo paralítico, intolerancia a la vía oral. Estas alteraciones se presentan en cirugía realizada a cualquier nivel del cuerpo. La incidencia de nausea y vómito en el postoperatorio se estima en 35-30%, siendo episodios autolimitados de < 24hrs, con secuelas graves en el 0.1% , tales como desgarros o rotura de esófago, dehiscencia de heridas y suturas, aumento de la presión intracraneal, perdida de humor vítreo en cirugía oftálmica, y riesgo de aspiración pulmonar. ^(2,4)

Complicaciones psicológicas. La participación psicológica en la percepción del dolor, así como las reacciones de tipo psicológico ante el dolor se muestran de forma evidente. En cuanto a las reacciones de este tipo ante el dolor, éstas corresponden a emociones tales como angustia, miedo, depresión y aprensión, siendo resultado de una respuesta cortical al dolor. La ansiedad, en su relación directa con el dolor, con toda probabilidad, facilita el influjo nociceptivo exacerbando así el dolor y estableciendo su relación en ambos sentidos, dolor-ansiedad. La intensidad del dolor aumenta el estrés pudiendo dar lugar a insomnio y trastornos de la conducta, agresividad y agitación. ^(4,6,7,8)

De acuerdo a todo lo referido previamente, se ha visto que el manejo inadecuado del dolor, conlleva a un aumento en la morbilidad, prolongando el tiempo de recuperación, provocando una tardía incorporación a las actividades cotidianas, y está altamente relacionado a un decremento en la satisfacción de la atención. Además de incremento en el uso de recursos en los centros de cuidados de la salud. ⁽⁴⁾

Inicialmente la anestesiología se dedicaba exclusivamente a la supresión del dolor en el transcurso de las intervenciones quirúrgicas. Con la evolución de la especialidad, el anestesiólogo ha ido asumiendo nuevos y diferentes aspectos del cuidado del paciente el periodo perioperatorio. Es en el área de recuperación donde el anestesiólogo se enfrenta al dolor postoperatorio y a sus consecuencias.

Por lo que el tratamiento oportuno y adecuado del Dolor Agudo Postoperatorio ayuda a disminuir no sólo la morbilidad sino también la mortalidad, además de evitar estancias prolongadas en las unidades de reanimación. ^(4,6)

En México, durante el año 2000 se hospitalizaron 3.4 millones de personas; las principales causas de hospitalización fueron las de origen obstétrico y las intervenciones quirúrgicas. En series internacionales se ha documentado que 78% de los sujetos hospitalizados 77% de los pacientes quirúrgicos han experimentado dolor. La elevada prevalencia del dolor, las ventajas de su manejo óptimo y las desventajas de su tratamiento ineficaz, diversos autores han documentado que el alivio de este síntoma es sub óptimo. En este sentido, se ha documentado que 64% de los pacientes con dolor posoperatorio severo no recibió analgesia. ^(5,9)

La documentación y evaluación de la intensidad del dolor debe realizarse con escalas que sean de fácil utilización e interpretación. La literatura médica ofrece escalas validadas como la verbal análoga (EVERA) de cinco puntos (ausencia de dolor, leve, moderado, fuerte y muy fuerte), la numérica análoga (ENA) de 11 puntos (0 al 10) y la visual análoga (EVA) de 10 cm. ⁽¹¹⁾

La escala visual analógica (EVA) se utiliza comúnmente para medición del dolor. Es una escala unimodal, Por lo general se presenta como una línea horizontal de 100 mm en la que el paciente mide la intensidad del dolor está representado por un punto entre los extremos de "sin dolor en absoluto" y "lo peor imaginable el dolor." Su simplicidad, confiabilidad y validez, así como sus propiedades de relación, hacen del EVA el mejor instrumento para describir la intensidad del dolor. ^(11,13)

La terapia farmacológica deber ser individualizada de acuerdo a la intensidad del dolor.

Tomando en cuenta la EVA y la EVERA se proponen alternativas de manejo: Dolor leve (EVA 1 a 4) puede ser tratado satisfactoriamente con AINES; Dolor moderado (EVA 5 a 7) puede ser tratado con analgésicos opioides ya sea en bolo o infusión continua y así mismo se pueden utilizar en combinación AINES y otros fármacos adyuvantes; Dolor severo (EVA 8-19) puede ser tratado con opioides potentes (morfina, fentanilo) ya sea en forma endovenosa o en técnicas de anestesia regional y de igual forma debe ser necesario utilizar combinación de AINES u otros fármacos adyuvantes. ⁽¹³⁾

La incidencia, intensidad y duración del dolor postoperatorio varían considerablemente de uno a otro paciente, de una a otra intervención quirúrgica; entre las condicionantes relacionadas al grado de intensidad del dolor postoperatorio se encuentran factores relacionados al paciente⁽⁴⁾, la preparación preoperatoria, tipo de intervención (cirugía mayor), posibles complicaciones postoperatorias, manejo anestésico y la calidad del cuidado en el postoperatorio. ^(10,14)

Se ha documentado que la administración de dos agentes analgésicos que tienen diferente mecanismo de acción pueden proporcionar mayor efecto analgésico, y presentando los mismos o hasta menos efectos adversos⁽⁹⁾. Incluso el uso de dos vías de administración cuando se compara con la administración por una sola vía ha demostrado ser más efectiva proporcionando analgesia postoperatoria. ⁽¹⁵⁾

La administración intravenosa es la vía de elección para la administración de tratamientos para el alivio del dolor postoperatorio, siendo conveniente la administración ya sea en bolos o infusión continua. Al utilizar AINES no se recomienda su administración por periodos de más de 5 días, y además se recomienda evitar el uso de dos medicamentos con el mismo mecanismo de acción en forma conjunta, ya que es bien conocido que de esta forma, se aumentan los efectos adversos secundarios de estos fármacos, favoreciendo a nuevas comorbilidades y complicaciones en el paciente. En ciertas ocasiones puede emplearse el uso de terapia adyuvante, como clonidina, esteroides, antidepresivos, anticonvulsivantes y anestésicos locales. ^(2,14,15)

Las técnicas de anestesia regional otorgan un adecuado control del dolor postoperatorio moderado a severo (Epidural, subaracnoidea, bloqueos de plexos y anestesia locorregional). Pueden emplearse administrando una dosis única o como infusión continua ⁽¹⁵⁾

Se ha descrito la terapia analgésica postoperatoria multimodal, y comprende la combinación de varias técnicas y analgésicos ^(16,17,18) Por ejemplo:

- Utilización de AINE y una técnica de analgesia regional (bloqueo nerviosos periféricos y de plexos).
- Opioides vía endovenosa con sistemas de PCA (analgesia controlada por el paciente), la cual puede ser empleada con previo entrenamiento del paciente, además de AINE y/o bloqueo.
- Analgesia Epidural continúa por medio de bomba de infusión o en bolos más AINE.
- AINE y Opioides intravenoso.
- Analgesia epidural, en donde se combinan anestésicos locales y fármacos adyuvantes como Opioides, Bloqueantes de receptores N-Metil-D-aspartato (NMDA), Benzodiacepinas, Agonistas alfa 2 adrenérgicos.
- Infiltración de la incisión quirúrgica con Anestésico local.

Con el uso de las técnicas analgésicas de forma multimodal, se emplean dosis menores de los diversos fármacos empleados, debido a que la combinación de las técnicas y medicamentos potencian el efecto analgésico, brindando una mejor analgesia postoperatoria además de disminuir los efectos secundarios de los mismos. ^(17,18)

La Sociedad Americana del Dolor ha empleado un cuestionario que incluye una escala numérica para la medición de la intensidad del dolor, además de preguntas para conocer la opinión del paciente en cuanto la

atención brindada y la satisfacción en relación al tratamiento empleado. Con el cual se ha evaluado previamente en algunas series la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio.⁽¹⁵⁾

Una definición general de *satisfacción* es la razón o acción con que se responde enteramente a una queja (en este caso el “dolor”). ^(13,15)

En las instituciones de salud el paciente obtiene *satisfacción* mediante el hecho de obtener lo que esperaba o no al acudir a una institución de salud y lo que siente al respecto.

En la actualidad la evaluación de la *satisfacción* de los pacientes en relación a los servicios que reciben constituye una exigencia, en tanto los rangos de *satisfacción* del paciente están siendo usados para juzgar la calidad de la atención médica.

Se define *calidad* como el conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades.

Teniendo en cuenta que *Calidad* es una palabra que engloba numerosas variables, desde un tanto *calidad*, hasta el mejor y más actualizado tratamiento que repercuta en la disminución de la morbilidad del paciente. La *Calidad* es una herramienta básica para la propiedad inherente de cualquier cosa que permite que ésta sea comparada con cualquier otra de su misma especie.

Para identificar los posibles temas de *calidad*, la mayoría de los indicadores clínicos son usados, como parte de la comparación inter hospitalaria o procesos profesionales de igual revisión, para el 60% de los indicadores clínicos identificados.

Un indicador clínico se define como una medida explícita definida por el promotor de algún aspecto de la atención clínica del paciente utilizado para juzgar la situación clínica particular e indicar si la atención prestada fue adecuada.

Se ha identificado, que la satisfacción del paciente, incluye aspectos muy amplios como pueden ser: la competencia profesional, las cualidades personales y accesibilidad de los que le brindan los servicios, los resultados de los tratamientos y mediante la relación de las expectativas cumplidas o no. La mayoría de estos resultados o procesos determinan el cálculo de la seguridad y eficiencia del cuidado del paciente.

Por lo cual, al tratar de evaluar la satisfacción en un respecto, se debe especificar “¿Está satisfecho con respecto a...?”.

El medio por el cual se evalúa la satisfacción (observación, entrevista, encuesta) no es lo importante, sino la rigurosidad científica con que sean puestos en práctica cualquiera de estos métodos, la especificidad y particularidad de su estudio entre los diferentes grupos y situaciones que se estudien en las instituciones de salud.⁽⁷⁾

El conocer la calidad con que se otorga la atención médica constituye un primer paso para mejorar la prestación de un servicio y de una necesidad inherente al acto médico mismo. La satisfacción es una respuesta emocional del paciente a los aspectos más sobresalientes de su experiencia con el encuentro médico, demostrando que el trato personalizado lo incrementa, he aquí la importancia de la relación médico-paciente.

JUSTIFICACIÓN

El Dolor Agudo Postoperatorio, es una situación médica presente en todas las Instituciones de Salud en las que los pacientes son sometidos a intervenciones quirúrgicas, y están expuestos a presentar inadecuado control del dolor agudo postoperatorio, que conlleva a complicaciones relacionadas con el dolor.

En la práctica diaria persisten actitudes erróneas en la toma de decisiones con respecto al manejo del dolor, ya sea con el uso combinado de AINES, o el uso de dosis únicas o inadecuadas de los mismos, así como de dosis subóptimas de opioides, con un control inadecuado del dolor e insatisfacción en el paciente.

En el Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.” del CMN Siglo XXI, en el periodo de Enero–Abril del 2010 se realizó una encuesta para realizar un diagnóstico situacional para evaluar el dolor agudo

postoperatorio sin el uso de protocolos analgésicos, recibiendo tratamiento por parte del servicio tratante, en donde se valoró la intensidad del dolor mediante la escala EVA y evaluando la satisfacción del paciente. En donde la presencia de dolor agudo postoperatorio fue del 99% de los pacientes durante las primeras 24hrs, con EVA 1-3 (leve) 21%. EVA 4-6 (moderado) 29% y EVA 7-10 (severo) 50%. La intensidad fue de moderada a severa en el 79% de los casos. Presentando dolor mayor de lo esperado en el 54% y el esperado en el 26%. La satisfacción respecto a la atención brindada por el personal médico fue reportada como Muy bueno 55%, Bueno 31%, Regular 12% y Malo 2%.

En México, en el Instituto Mexicano del Seguro Social no existen unidades de Dolor Agudo Postoperatorio reconocidas aún, siendo una necesidad, dado la importancia del adecuado control del dolor, para promover la movilización temprana previniendo eventos tromboembólicos, disminuir la morbimortalidad, disminuir la estancia hospitalaria y los costos, mejorando la calidad de la atención del derechohabiente.

Por lo cual la implementación protocolos analgésicos adaptados a cada paciente con apego a evidencias científicas, la práctica clínica y los recursos hospitalarios mejoraran en forma importante el control del dolor agudo postoperatorio y la calidad asistencial, obteniendo un beneficio en la salud, brindando confort y satisfacción a los pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Tendrá el tratamiento analgésico protocolizado para el dolor agudo postoperatorio un impacto positivo en el control adecuado del dolor y en la percepción en la satisfacción de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” del CMN Siglo XXI del IMSS en el periodo de Marzo 2010 a Agosto 2010?

HIPOTESIS

El tratamiento protocolizado para el dolor postoperatorio tendrá un impacto positivo en el adecuado control del dolor y en la percepción de la satisfacción en los pacientes sometidos a cirugía en el Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” del CMN Siglo XXI de IMSS en el periodo de Marzo 2010 a Agosto 2010.

OBJETIVOS

General

Evaluar la eficiencia del control del dolor agudo postoperatorio con la implementación de protocolos analgésicos en los diferentes procedimientos quirúrgicos realizados, así como conocer la percepción de la calidad y satisfacción de la atención en los pacientes postoperados.

Específico

- 1.- Evaluar y registrar la intensidad del dolor a las 24 hrs del postoperatorio, así como evaluar y registrar la mayor y menor intensidad de dolor en este periodo.
- 2.- Evaluar y registrar la satisfacción en la atención recibida para el control del dolor por el personal de médico y de enfermería.
- 3.- Evaluar y registrar la satisfacción del paciente en cuanto a la ayuda para controlar el dolor posterior a la cirugía, así como la intensidad del dolor percibida en relación a la esperada en el postoperatorio.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Previa autorización por parte del Comité de Ética del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” del CMN Siglo XXI. Se encuestaron 280 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Pacientes de cualquier género, de 16 a 85 años de edad, Riesgo físico de acuerdo con la ASA (American Society of Anesthesiologists) I, II, III y IV, que hayan recibido terapia analgésica protocolizada para el dolor agudo posterior por el servicio de Anestesiología al ser sometidos a Cirugías realizadas en el Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI en el periodo de Julio 2011 a Febrero 2012, de acuerdo a los siguientes procedimientos por servicios: Cirugía de Cabeza y cuello (CCC): Laringotomía, Timectomía, Absceso profundo de cuello, Abordajes torácicos, Tiroidectomía, Paratiroidectomía; Gastrocirugía: cirugía Bariátrica, Ca de Páncreas, Cirugía digestiva mayor, Hernias bilaterales, Hernia Postinsiccional, Gastrectomía, Colectomía abierta, Cirugía de Vía biliar, LAPE, Esplenectomía; Urología Lumbotomías, Prostatectomía radical, Nefrectomía, Pielolitotomía, ureterolitotomía, RTUP, RTUV; Cirugía de Colon y Recto (CCYR) (Lumbotomías, Prostatectomía radical, Nefrectomía, Pielolitotomía, ureterolitotomía, RTUP, RTUV; Cirugía Plástica y reconstructiva (CPYR): Cirugía abdominal, Reconstrucción y prótesis de mama; Angiología: Amputación, Revascularización de extremidades, Cirugía para enfermedad Aneurismática (torácica, Aortica, Abdominal), Cirugía de Tórax.

La encuesta en la cual nos basamos fue de la American Pain Society la cuál fue modificada y ha sido empleada y modificada en otros estudios. A las 24 horas de haber sido intervenidos quirúrgicamente se les visitó en hospitalización, y previo consentimiento verbal se aplicó un Cuestionario Encuesta (Anexo 2) de forma verbal, se recolectaron los datos y se concentraron de una base de datos en Libro de Microsoft Excel, se realizó el análisis estadístico, se reportaron y graficaron resultados.

RESULTADOS

De los 280 pacientes encuestados 175 fueron mujeres y 105 hombres (62.5 y 37.50% respectivamente) (FIGURA 1). Los pacientes recibieron terapia analgésica protocolizada, predominando la terapia administrada vía endovenosa (71.42%) comparado en la vía neuroaxial (28.53%) (FIGURA 2).

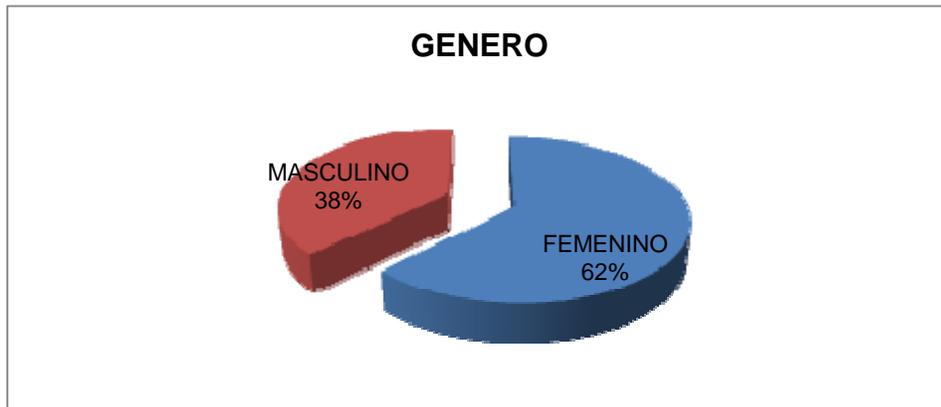


FIGURA 1

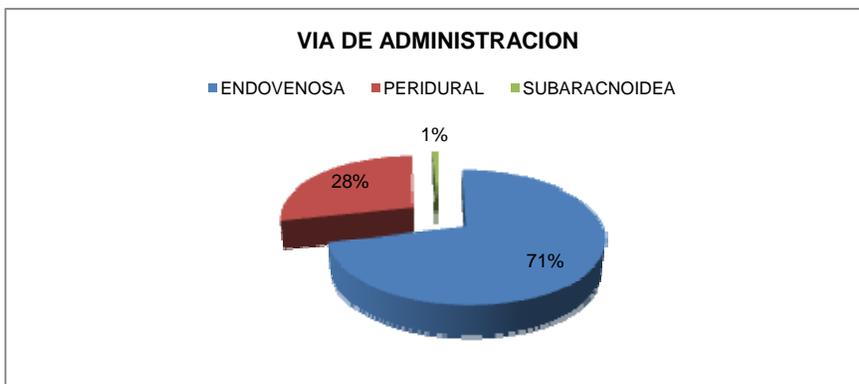


FIGURA 2

Los resultados obtenidos en la encuesta aplicada fueron los siguientes:

De los pacientes encuestados por servicio fueron: Angiología 6 (2.14%), Cardiorax 3 (1.07%), Cirugía de Cabeza y cuello 89 (31.42%), Cirugía de Colon y Recto 27 (9.64%), Cirugía Plástica y Reconstructiva 7 (2.5%), Gastrocirugía 87 (31.42%), Cirugía Maxilofacial 2 (0.71%), Neurocirugía 21 (7.5%), Otorrinolaringología 3 (1.07%), Urología 27 (9.64%), Unidad de Transplante Renal 8 (2.85%) (FIGURA 3).

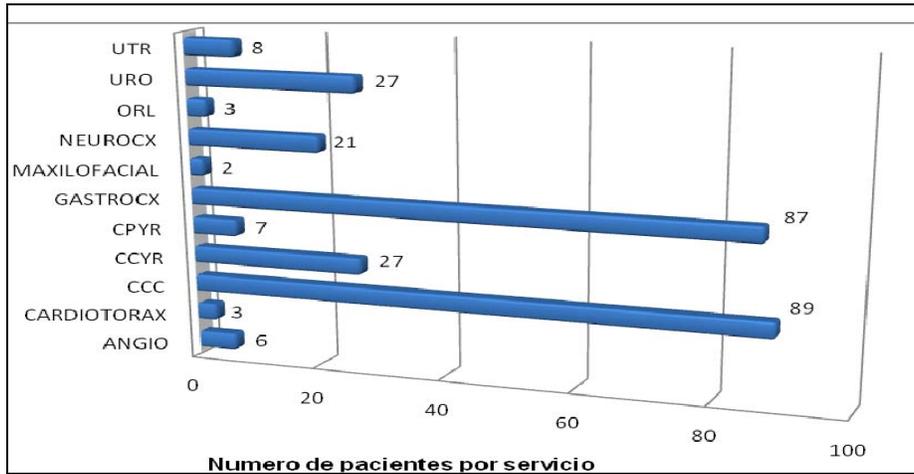


FIGURA 3

El 64.64% de los pacientes padecía dolor previo a la cirugía, y el 35.71% recibía alguna terapia analgésica previo a la cirugía. Se visitó al paciente a las 24hrs del postoperatorio y se evaluó a intensidad del dolor al momento de la aplicación de la encuesta (FIGURA 4) y 80 (28.57%) pacientes se encontraban asintomáticos (EVA 0), 171 (61.7%) pacientes presentaron dolor leve (EVA 1-4), 25 (8.9%) pacientes presentaron dolor moderado (EVA 5-7) y solo 4 (1.4%) pacientes dolor intenso (EVA 8-10).

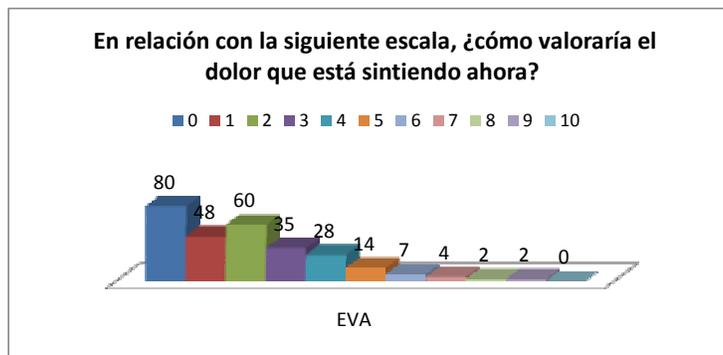


FIGURA 4

De los pacientes que se encuestaron, al preguntarles sobre el dolor de mayor intensidad (FIGURA 5) percibido durante el postoperatorio 36 (12.85%) pacientes refirieron no haber tenido dolor, 120 (22.85%) refirieron dolor leve y 48 (17.14%) pacientes dolor intenso; y el dolor de menor intensidad percibido se encontró como dolor leve en el 169 (60.35%) pacientes y 115 (41.7%) se encontraron asintomáticos (EVA 0) (FIGURA 6).

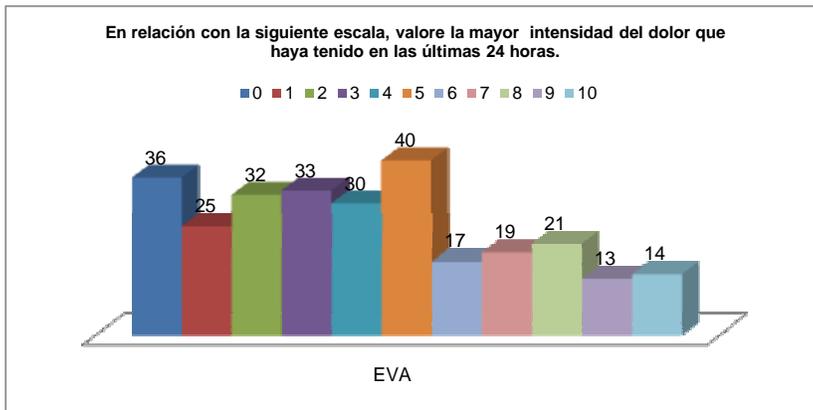


FIGURA 5

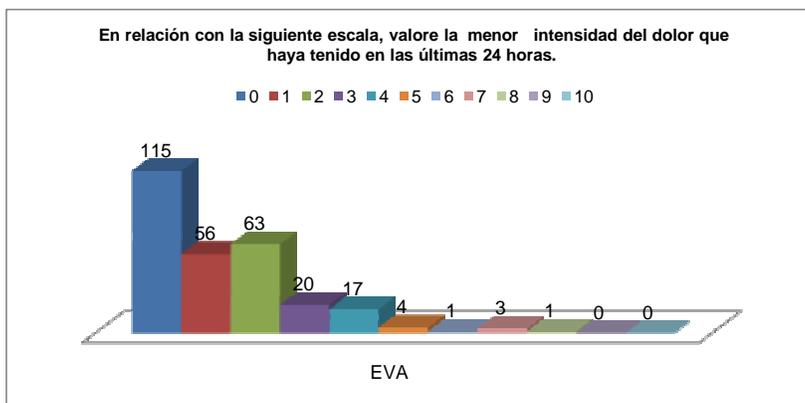


FIGURA 6

Refirieron como buena la atención para el dolor por parte de enfermería 156 (55.71%) pacientes, 113 (40.35%) como muy bueno; 138 (49.28%) refirieron como muy buena la atención para el dolor por el personal médico y 141 (50.35%) como muy bueno.

No se requirió terapia complementaria para el dolor en 229 (81.78%) pacientes, y cuando se requirió administrar el tiempo en el que se hizo fue entre 15 y 30 minutos.

El 52.14% (146) de los pacientes consideran que se le puede ayudar a controlar el dolor de forma importante después de una cirugía (FIGURA 7).

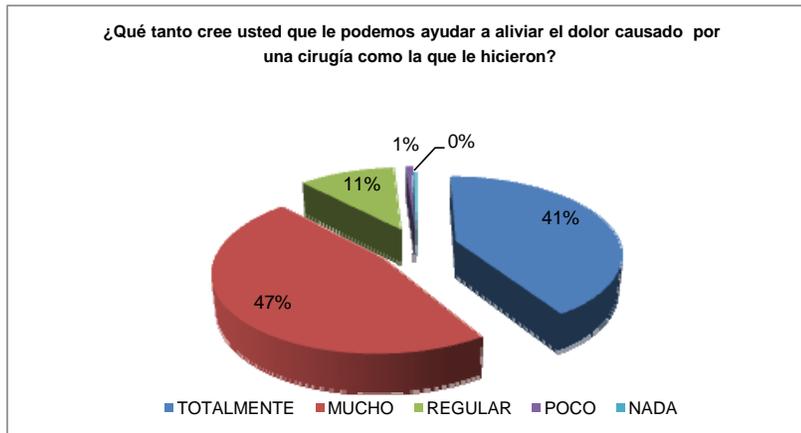


FIGURA 7

Fueron 231 (43.93%) pacientes los que presentaron menos dolor del esperado después de la cirugía, 23 (8.21%) pacientes presentaron el dolor igual al esperado y 26 (9.28%) pacientes presentaron más dolor del esperado (FIGURA 8).

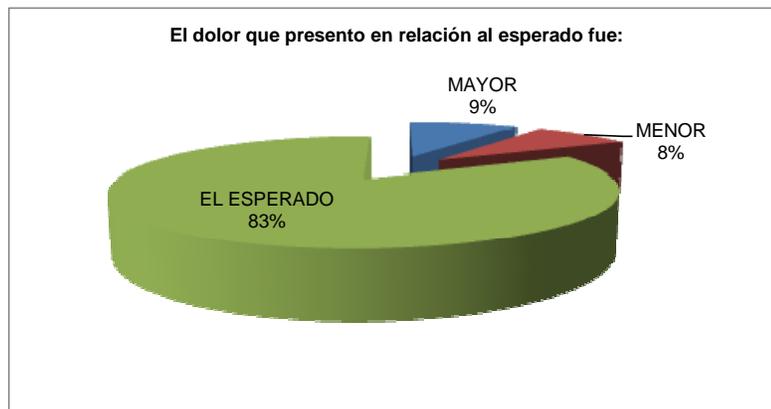


FIGURA 8.

El 100% de los pacientes refirió que recomendaría la analgesia protocolizada y volvería a recibir atención a éste centro hospitalario (FIGURA 9).

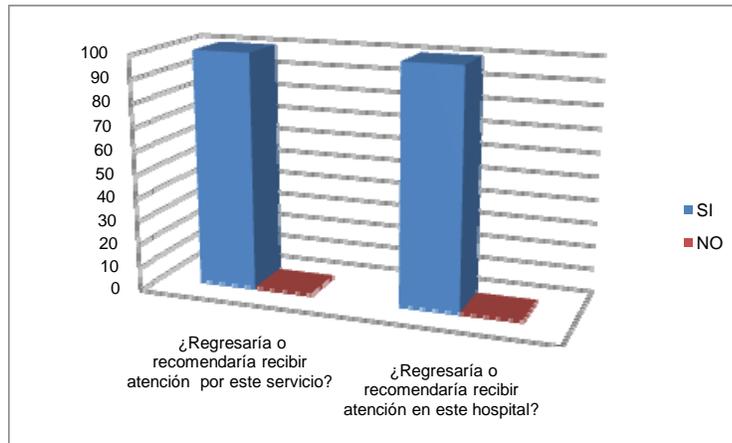


FIGURA 9

DISCUSIÓN

El dolor es una situación que está y estará siempre presente en el periodo postoperatorio. Existen múltiples reportes al respecto a través del tiempo, entre los cuales cabe mencionar a Cohen en EE.UU. en 1980 que reportó una incidencia de dolor posoperatorio del 75%, Donovan en EE.UU una incidencia del 21.5%, Oates en 1994 del 33% en Reino Unido, Poisson-Saloman del 46% en Francia en 1996, por mencionar algunos. En el año 2005 en Barcelona en el Hospital de la Santa Creu I Sant Pau se realizó un estudio en 309 pacientes en donde la prevalencia de dolor postoperatorio fue elevada, refiriendo dolor en las últimas 24 horas el 54,7% de los pacientes siendo éste de moderada a severa intensidad. En estudios realizados recientemente en España, la prevalencia de dolor postoperatorio es de 22%-67% en cirugía digestiva⁽²⁰⁾ y de un 30%-35% en cirugía mayor ambulatoria.⁽²¹⁾ Mientras en nuestra serie el 10.3 % de los pacientes presento dolor de moderado a severo a las 24hrs del periodo postoperatorio.

El alivio del dolor posterior a una cirugía sigue siendo un reto médico importante. La mejoría de la analgesia perioperatoria no solo es deseable por razones humanitarias, sino que es indispensable para la disminución de la morbilidad postoperatoria. Es una responsabilidad y obligación para nosotros aliviar en medida de lo posible el dolor, en este caso el dolor agudo postoperatorio.

Rawall muestra que el tratamiento del dolor continúa siendo deficiente a pesar de la disponibilidad de diversos medicamentos y técnicas para su efectiva administración. Es aceptado el hecho de que la solución a este problema no es la necesidad de desarrollar nuevos fármacos con la finalidad de aliviar el dolor, sino el desarrollo de una organización adecuada para aprovechar los recursos existentes, como la gran serie de medicamentos para aliviar y prevenir el dolor; una selección y combinación adecuada de los mismos por medio de una terapia multimodal permite prevenir y disminuir de manera considerable la intensidad del dolor, además permite prevenir complicaciones relacionadas a la presencia del dolor, brindando satisfacción al paciente, y así una atención de calidad⁽¹⁹⁾.

Con el diagnóstico situacional realizado en el Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.” del CMN Siglo XXI, en el periodo de Enero–Abril del 2010, se observó que los pacientes sin tratamiento analgésico protocolizado presentaron dolor en las primeras 24hrs en un 99% comparado con un 36% de los pacientes tratados con terapia analgésica protocolizada por parte de nuestro servicio, en donde la evaluación con la escala de EVA fue: dolor leve el 7%, moderado 35% e intenso 58%, mientras en nuestra serie observamos dolor leve 45%, moderado 31% e intenso 24%, por lo que podemos apreciar la disminución importante en la intensidad del dolor. Además la comparación en ambas series respecto al dolor que presentó el paciente en relación a lo esperado fue 20% menor al esperado, 26% presentó el esperado y 54% presentó dolor mayor al esperado, lo contrario a nuestro hallazgo que fue del 92%, 8% y 0% respectivamente.

Las Unidades de Dolor Agudo, establecidas en diversos hospitales de Norteamérica y Europa ⁽¹⁹⁾ llevan a cabo esta práctica, brindando mejoría en el control del dolor, disminuyendo complicaciones y efectos indeseables de la terapéutica empleada.

Analizando la incidencia mencionada previamente, podemos apreciar que el adecuado y oportuno manejo del dolor agudo postoperatorio brinda alivio y satisfacción a éstos pacientes. Por lo que el establecimiento de Unidades de Dolor Agudo Posoperatorio es necesario en todo centro hospitalario que cuenta con Unidades quirúrgicas, para brindar una adecuada y ordenada atención sistematizada para el control del dolor agudo postoperatorio.

CONCLUSIONES

La terapia analgésica protocolizada en el periodo postoperatorio permite proporcionar un control adecuado del dolor, los pacientes evaluados presentaron predominantemente dolor leve o no presentaron dolor durante las primeras 24hrs posteriores al evento quirúrgico y una menor parte de los pacientes encuestados presentaron dolor severo.

Con la terapia analgésica multimodal protocolizada se disminuye la necesidad de administrar terapia analgésica de rescate o adicional debido a un aumento en la intensidad del dolor.

La mayoría de los pacientes refirieron que el dolor presentado había sido en menor intensidad en relación a lo que ellos esperaban percibir posterior a la cirugía. Además, la mayor parte de los pacientes refirieron que la intensidad del dolor se puede aliviar de forma muy importante e incluso totalmente con la terapia analgésica protocolizada.

La atención brindada al paciente por parte del personal médico y de enfermería constituye un pilar importante para la satisfacción del paciente para así brindar una atención de calidad. De esta forma el 100% de los pacientes encuestados refirió que recomendaría la atención brindada en nuestro centro hospitalario y que incluso volvería para recibir atención en el mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ibarra E. Una nueva definición de Dolor. Un imperativo de nuestros días. *Rev Soc Esp Dolor* 2006; 2: 65-72.
2. Martínez J, Torres L. Prevalencia del dolor posoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev Soc Esp Dolor* 2000; 7: 465-476.
3. Brennan T, Zahn P, Pogatzki-Zahn E. Mechanisms of Incisional Pain. *Anesthesiology Clin N Am* 2005; 23: 1-20.
4. Muñoz F, Salmerón J, Santiago J, Marcole C. Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor* 2001; 8: 194-211.
5. Rao M. Acute Post Operative Pain. *Indian J Anaesth* 2006; 50: 340-344.
6. Girish J, Babatunde O. Consequences of Inadequate Postoperative Pain relief and Chronic Persistent Postoperative Pain. *Anesthesiology Clin N Am*. 2005; 23: 21-36.
7. Rey C. La satisfacción del usuario: Un concepto en alza. *Anales de Documentación* 2000; 3: 139-153.
8. Rainville P, Chrétien P. Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses. *Pain* 2005; 118:306-318.
9. Vidal M, Torres L, De Andres J, Moreno M. Estudio Observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España. *PATHOS. Rev Soc Esp Dolor* 2007; 8: 550-567.
10. Guevara U, Covarrubias A, Rodriguez R, Carrasco A, Aragon G, Ayón H. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. *Cir Ciruj*. 2007; 75: 385-407.
11. Bodian C, Freedman G, Hossain S, Eisenkraft J, Beilin Y. The Visual Analog Scale for Pain. *Anesthesiology*. 2001; 95: 1356-61.
12. Ritchey M. Optimizing Postoperative pain management. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2006; 73: 72-76.
13. Torre L, Calderon E, Pernia A, Martinez J. De la Escalera al Ascensor. *Rev Soc. Esp Dolor* 2002; 9: 289-290.
14. Brennan F, Carr D, Cousins M. Pain Management: A fundamental Human Right. *Anesthesia & Analgesia*. 2007; 105: 205-221.

15. Gallego J, Rodriguez M, Vazquez J, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev Soc Esp Dolor* 200; 11: 197-202.
16. Powell A, Davies H, Bannister J, Macrae W. Rhetoric and reality on acute pain services in the UK: a national postal questionnaire survey. *Br J Anaesth*. 2004; 92: 689- 93.
17. Power I. Recent advances in postoperative pain therapy. *Br J Anaesth*. 2005; 95: 43–51
18. Ashburn M, Carr D, Connis R, Ginsberg B, Green C, Lema M, Nickinovich D, Rice L. Practice Guidelines for acute pain management in the perioperative setting. *Anesthesiology*. 2004; 100:1573-81.
19. Rawal N. Organization, Function, and Implementation of Acute Pain Service. *Anesthesiology Clin N Am*. 2005; 23: 211 – 225.
20. Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. *Br J Anaesth* 2002; 89: 409-423.
21. Valentín B, García J, Muñoz R, Aparicio P, Díez J, Criado Jiménez A. Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calidad. *Rev Esp Anestesiología Reanimación* 2006; 53: 408-418.

ANEXOS

- 1- Formato de Consentimiento Informado.
- 2- Encuesta aplicada.
- 3- Representación gráfica de cada una de las preguntas correspondientes a la encuesta empleada.

ANEXO 1



**DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACION DE UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION (PROCEDIMIENTO ANESTESICO)

FECHA _____

Yo _____ / / _____
Nombre del paciente Número de Seguridad Social

Reconozco que el/la Dr. (a) _____ me ha proporcionado información amplia, clara y precisa sobre el procedimiento anestésico (_____) que me va a administrar para mi tratamiento quirúrgico el(los) procedimiento(s) quirúrgico(s): _____

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____, En qué consiste y los objetivos de la anestesia.
Nombre del (los) procedimiento (s) quirúrgico (s)

- Entiendo que aun cuando se ha seleccionado la técnica adecuada de la anestesia y de su correcta realización, el procedimiento anestésico conlleva algunos riesgos que pueden presentarse efectos indeseables derivados de la propia técnica o secundarios a la administración de medicamentos.
- Se me explico que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, entre otros), aunque se puede llegar a requerir algún otro procedimiento resolutivo.
- Así como de los riesgos y las complicaciones más frecuentes de este procedimiento anestésico, además que estos pueden aumentar en gravedad por mi condición actual de salud.
- Las posibles molestias que puedo tener o sentir después del procedimiento anestésico que me van a realizar.
- El médico me informo, que durante o después de la cirugía puede ser necesaria la utilización de sangre o derivados.
- También existe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar alguna modificación al procedimiento anestésico, por los hallazgos dentro de mi organismo o mi estado de ánimo para proporcionarme el tratamiento anestésico más adecuado.
- Declaro que en todo momento existió disposición para aclarar dudas o ampliar información por parte del personal médico que me está atendiendo.
- Se me comunico que tengo el derecho de cambiar mi decisión en cualquier momento y manifestarla previo al procedimiento anestésico.
- Con el fin de facilitar mi recuperación, me comprometo a acudir a revisión médica cuando se me indique; o en el caso de presentar alguna molestia o duda sobre este procedimiento anestésico.
- Acorde a lo anterior, declaro: es mi decisión libre, consiente e informada aceptar el procedimiento anestésico arriba mencionado y los procedimientos complementarios que son necesarios durante la realización de este, a juicio del equipo médico, con el fin de llevar a cabo el tratamiento quirúrgico, para restablecer mi salud o mejorar mi estado actual, el cual se efectuara en el _____

Unidad Médica Hospitalaria

Paciente

Medico Tratante

Nombre y firma

Nombre, firma y Matricula

Testigo del Paciente

Testigo del Paciente

Nombre y firma

Nombre y firma

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

NOMBRE _____ N. AFILIACIÓN _____
 EDAD _____ SEXO: F M DIAGNÓSTICO _____
 INTERVENCIÓN: _____ FECHA _____
 PROTOCOLO ANALGÉSICO: _____ SERVICIO _____

1. ¿En algún momento, durante su ingreso, ha requerido tratamiento para el dolor, previo a su cirugía? SÍ NO

2. ¿Ha tenido dolor durante las últimas 24 horas? SÍ NO

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN AL DOLOR QUE HA TENIDO EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS

3. En relación con la siguiente escala, ¿cómo valoraría el dolor que está sintiendo ahora?

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Máximo dolor

4. En relación con la siguiente escala, valore la mayor intensidad del dolor que haya tenido en las últimas 24 horas.

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Máximo dolor

5. En esta escala, señale cuál ha sido el menor nivel de dolor que haya tenido tras recibir analgésicos para el dolor.

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Máximo dolor

6. Señale su grado de satisfacción en relación al tratamiento para el dolor por parte de las/los enfermeras/as.

Muy malo Malo Regular Bueno Muy bueno

7. Señale su grado de satisfacción en relación al tratamiento para el dolor por parte de los médicos.

Muy malo Malo Regular Bueno Muy bueno

8. Cuando usted ha solicitado medicación analgésica, ¿cuánto tiempo ha esperado a que se la administraran?

15 min o menos 15-30 min 30-60 min Más de 1 hora Nunca la solicitó

9. ¿En alguna ocasión la medicación analgésica que se le ha suministrado no le ha ayudado y ha tenido que solicitar otra diferente para aliviar su dolor? SÍ NO

Si usted ha respondido afirmativamente a la pregunta anterior, ¿cuánto tiempo transcurrió hasta que las enfermeras o doctores cambiaron su tratamiento analgésico a uno más potente o diferente y se lo suministraron?

1 hora o menos 1-2 horas 2-4 horas 4-8 horas 8-24 horas Más de 24 horas

10. ¿Qué tanto cree usted que le podemos ayudar a aliviar el dolor causado por una cirugía como la que le hicieron?

Totalmente Mucho Regular Poco Nada

11. El dolor que usted presentó fue:

Mayor dolor del esperado El dolor que esperaba Menos

12. ¿Regresaría o recomendaría recibir atención por este servicio? Sí No

13. ¿Regresaría o recomendaría recibir atención en este hospital? Sí No

ANEXO 3

