



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---



Facultad De Medicina

División De Estudios De Posgrado e Investigación

**Hospital Regional De Alta Especialidad Del Bajío**

**Atención del Dolor Posquirúrgico y Grado de Satisfacción en Pacientes**

**Intervenidos en el Hospital Regional De Alta Especialidad Del Bajío.**

TESIS

Que para obtener el título de:

**ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA**

Presenta

**Dra. Evelyn Manzano Victoria.**

Director De Tesis:

**Dra. Rocío Del Carmen Mendoza Trujillo**

Anestesiología y Medicina del Enfermo en Estado Crítico

Asesor Metodológico:

**Dr. José Antonio De Jesús Álvarez Canales**

Investigador en Ciencias Médicas

Ciudad Universitaria, CD. MX., 2019.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres gracias por todo el amor que me han dado, por guiarme en este recorrido llamado vida, por ser el mejor ejemplo a seguir, por el apoyo incondicional, por enseñarme que el éxito sólo se logra con esfuerzo y dedicación. Gracias por confiar en mi sin dudar en ningún momento, sin ustedes nada de esto hubiera sido posible. Los amo

A mis hermanos por su amor y apoyo incondicional

A mis amigas Tatiana y Paulina por estar en todo momento durante la residencia, por la amistad, el apoyo y la confianza, gracias infinitas por tanto.

A la Dra. Roció del Carmen Mendoza Trujillo y al Dr. Jesús Álvarez Canales, por ser mis asesores de tesis, por la ayuda brindada, los consejos dados, por su tiempo, dedicación, conocimiento y paciencia, ¡Muchas gracias! Han sido una pieza fundamental en el desarrollo de este proyecto.

## ÍNDICE

ANTECEDENTES	4
JUSTIFICACIÓN	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
HIPÓTESIS	9
OBJETIVOS	10
MATERIAL Y MÉTODOS	11
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES	28
ANEXOS	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

## ANTECEDENTES

El manejo oportuno y efectivo del dolor agudo es uno de los mayores desafíos de la medicina moderna; sin embargo, desde hace dos décadas se cuenta con múltiples estrategias para hacer visible el dolor y eficientar su atención, aunque su prevalencia no ha disminuido. Cerca de dos tercios de los pacientes ingresados en hospitales sufren de dolor incontrolado a pesar de las continuas innovaciones farmacológicas y los incesantes avances tecnológicos, así como una extensa investigación y educación con relación al dolor. <sup>(1,2)</sup>

El dolor como síntoma representa un dato de alerta para el equipo sanitario tratante y como todos los síntomas, forman parte de la satisfacción que el paciente refiere en su tránsito por el hospital. La indiferencia o poca atención de los síntomas disminuye la satisfacción del usuario, especialmente si el dolor que experimenta se clasifica como moderado a severo. Es importante notar que este grupo de pacientes no pide atención solo del médico, si no de todo el personal a su alrededor, por eso representa una verdadera variable de calidad en la atención intrahospitalaria. <sup>(3,4)</sup>

En el modelo de seguridad del paciente del consejo de salubridad general (CGS, México), se especifican los estándares mínimos necesarios para asegurar la atención con calidad en los servicios de salud. En el área de enfoque de atención a pacientes (COP 8) se establece que todos los pacientes deben recibir apoyo para manejo efectivo del dolor. <sup>(5)</sup> El control satisfactorio del dolor postoperatorio es uno de los retos que a pesar de los esfuerzos permanecen en niveles inaceptables, lo que provoca una percepción inadecuada de las instituciones de salud y de todo el sistema sanitario al elevar los días de estancia hospitalaria. <sup>(2)</sup>

El control óptimo del dolor (defínase como aquel que en las escalas se califica como leve o menor de 5) y un alivio oportuno es considerado un importante indicador de calidad de atención en una institución, destacado por la comisión de acreditación (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*) <sup>(6)</sup>. La satisfacción es un sentimiento subjetivo que depende de experiencias pasadas de los pacientes y las expectativas futuras, por lo tanto, es difícil asociar satisfacción a calidad; por otro lado, no pierde su valor en la toma de decisiones

internas. Es fácil suponer que el alivio efectivo del dolor se correlaciona altamente con la satisfacción de los pacientes y no solo del momento en que fue atendido, si no en como percibe que el grupo de profesionales de la salud empatiza con el paciente.<sup>(1)</sup> Al ser el dolor una experiencia subjetiva, su cuantificación requiere información suministrada por el paciente y en el momento de la agudización, correlacionarla a otros síntomas y signos, sin que estos tengan una relación directamente proporcional con la magnitud del dolor percibida. La evaluación clínica constituye el único método efectivo y razonablemente fácil de realizar a pie de cama, para determinar el grado de dolor postoperatorio más cercano a la realidad que nos permita establecer un plan terapéutico <sup>(2)</sup>.

El dolor postoperatorio es difícil de rastrear debido al subregistro o en su defecto, al uso de términos no medibles, situación que puede afectar la calidad de la atención hospitalaria, ya que la conclusión suele ser el infra-tratamiento. Diversas publicaciones en países tanto desarrollados como en desarrollo reportan la incidencia de dolor postoperatorio moderado a severo entre un 30 y 80% de los pacientes, esta variabilidad se relaciona con el tipo de escala utilizada en la medición. <sup>(7)</sup>

El dolor postoperatorio per se tiene efectos sobre la economía global del paciente y han sido ampliamente estudiados en el ámbito experimental y clínico. De la misma manera, subtratar el dolor posoperatorio magnifica esta respuesta sistémica de manera que puede, inclusive, perpetuarse, perdiendo el objetivo inicial que es alertar acerca de un daño, para convertirse en una enfermedad propiamente <sup>(8,9)</sup>. Por ejemplo, la aferencia nociceptiva continuada determina una estimulación simpática mantenida (dolor persistente o infra tratado), esto significa la liberación de hormonas relacionadas con el estrés, responsables de la disfunción de sistemas y órganos como el cardiovascular, renal, gastrointestinal y respiratorio, entre otros. Esta disfunción puede incrementar la incidencia de complicaciones postoperatorias como disfunción cognitiva, isquemia miocárdica, atelectasias pulmonares, infección respiratoria, íleo intestinal, desnutrición, trombosis venosa profunda, etc. El alivio del dolor oportuno mejora no solo el confort del paciente, si no que minimiza la respuesta al estrés postoperatorio, permite además acortar su estancia hospitalaria al tolerar la deambulación temprana, higiene bronquial, fisioterapia y cuidados de enfermería necesarios <sup>(2)</sup>.

Los efectos nocivos ya conocidos del dolor no tratado deben evitarse. El aseguramiento en la calidad de los esfuerzos en la atención del dolor, desde su prevención, evaluación y su alivio, forma parte fundamental de los protocolos hospitalarios necesarios incluso para certificar las instituciones de salud, permitiendo evaluar permanente el impacto en los pacientes <sup>(1, 10)</sup>.

Las unidades de dolor agudo son un organismo que puede potenciar estos esfuerzos, que responden a necesidades muy individualizadas de la población atendida con políticas propias, basadas en recomendaciones y guías clínicas con la mejor evidencia disponible <sup>(5)</sup>; otras funciones es auditar las practicas en la atención del dolor como un marco de mejora continua. <sup>(11)</sup>

En Estados Unidos y Alemania en 1985 se establecieron los primeros servicios de dolor agudo (SDA) <sup>(12)</sup>. Para 1990, el Colegio Real de Cirujanos de Inglaterra y el Colegio de Anestesiastas, estas organizaciones deberán de observar aquellas recomendaciones con un enfoque más integral para el tratamiento del dolor postoperatorio. En 1994 Rawal Berggren, introdujo un modelo de bajo costo de un servicio de dolor agudo basado en enfermeras supervisadas por un anesthesiólogo, para proporcionar el tratamiento del dolor para todos los pacientes quirúrgicos. El termino bajo costo se refería a adaptar la organización existente sin necesidad de mas recursos humanos.<sup>(13, 14)</sup> En 1995, la Sociedad Americana del Dolor insistió en la implementación de programas de garantía de calidad para institucionalizar los procedimientos de manejo del dolor.<sup>(15)</sup> Tighe y col., en 1998, evaluaron el efecto de la introducción de un servicio de dolor agudo a través de un cuestionario que incluía la evaluación de dolor, vómito, sueño y satisfacción del paciente, antes y después de su implementación los resultados mostraron una mejoría significativa en la percepción de los pacientes. <sup>(16)</sup> En 1988 se publicaron las primeras guías oficiales de tratamiento del dolor postoperatorio en Australia. <sup>(17)</sup>

En el estudio del alivio del dolor se han encontrado otras variables que requieren atención; la falta de efectividad de todas las propuestas de organizaciones internacionales pareciera hacernos entender que la solución no es el desarrollo de nuevos fármacos analgésicos o tecnologías, sino el desarrollo de una organización adecuada que utilice los conocimientos y recursos existentes de manera eficiente, sobre todo cuando se trata de prevención del dolor.

<sup>(18)</sup> Anticiparse al dolor, prevenirlo antes de generarlo, hacer participe al paciente y a su

cuidador en el proceso, son algunas de las recomendaciones además de un buen plan farmacológico.

Desde 1991 la Sociedad americana del dolor se ha involucrado en la creación de estándares que les permita a las instituciones monitorear la calidad en la atención del dolor, creando la primera versión del APS-POQ como una herramienta objetiva en este tenor. En 1995 estas recomendaciones se publicaron como guías y una versión más organizada del APS-POQ, organizando los indicadores en seis categorías enfocadas en las buenas prácticas: (1) uso de una escala numérica o descriptiva para evaluación de dolor, (2) registrar la intensidad del dolor (3) alternativas a la administración de analgésicos, (4) uso de analgesia multimodal, (5) repercusión del dolor en su estancia hospitalaria (6) informar y hacer partícipe al paciente de su tratamiento. <sup>(20)</sup>

En el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) se implementó en el año 2016 un programa de atención al Dolor Agudo, dependiente del servicio de Anestesiología. El programa es de bajo costo y ameritó la restructuración del servicio, sumando esfuerzos del personal adscrito y el personal en formación. Este programa trabaja en coordinación con enfermería y cirujanos; a su vez, enfermería repercute en servicios auxiliares como fisioterapeutas y camilleros. Es responsable primordialmente del manejo del dolor agudo de causa médica y principalmente quirúrgica; es decir, cuando el estímulo físico doloroso está bien identificado. Se solicita el ingreso al programa de todos los casos de dolor agudo postoperatorio que ameriten usar métodos de analgesia de mayor complejidad y que requieran controles frecuentes, así como aquellos pacientes sometidos a cirugías ya conocidas como de alto riesgo para dolor posoperatorio persistente, como toracotomías, mastectomías y cirugía de traumatología y ortopedia. <sup>(19)</sup>

Por lo anterior, se decide realizar el presente estudio con el fin de evaluar la satisfacción del paciente con atención de dolor posquirúrgico como variable de calidad de atención clínica.

## **JUSTIFICACIÓN.**

Mejorar la atención del dolor agudo en el paciente hospitalizado es una necesidad urgente del sistema de salud ante la evidencia mundial del tratamiento insuficiente que recibe el dolor. El derecho del paciente a recibir atención adecuada y oportuna en el alivio del dolor es parte del programa de seguridad y calidad de los servicios de salud. La satisfacción del paciente postoperado es una variable de calidad indirecta a considerar por el personal involucrado. La atención del dolor se asocia a menor estancia hospitalaria, mejor pronóstico clínico y menor morbilidad perioperatoria.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario ayuda a enfocar los proyectos de mejora en las necesidades de los pacientes. A través de un proceso de investigación relativamente rápido como la aplicación de una encuesta dirigida la cual aporta información que beneficia a la entidad prestadora de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativa.

En el HRAEB, como proyecto de mejora continua, se instaló el mecanismo de auditorías clínicas. Hasta la fecha no existen estudios que midan el impacto de estos proyectos. La satisfacción del usuario en la atención del dolor puede considerarse una variable indirecta de la calidad del proceso COP 8 y de todos los procesos interrelacionados, objeto de esta investigación.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Desconocemos el efecto del proceso de mejora implementado en el HRAEB que se encuentra en relación con la atención del dolor. Así mismo, se desconoce si este programa contribuye en la calidad de los servicios de salud para el paciente hospitalizado y como el usuario lo percibe.

**¿Cuál es el porcentaje de satisfacción con relación a la atención del dolor posquirúrgico en pacientes intervenidos en el HRAEB?**

## **HIPÓTESIS.**

Por la naturaleza descriptiva del estudio no existe hipótesis; sin embargo, se evaluarán comparaciones de algunas variables entre el grupo de pacientes que se muestren satisfechos y los que no.

## **OBJETIVOS.**

### **Objetivo general:**

Determinar el porcentaje de satisfacción respecto a la atención del dolor posquirúrgico en pacientes intervenidos en el HRAEB.

### **Objetivos específicos:**

Utilizar una herramienta de calidad estandarizada en la evaluación de la satisfacción de los pacientes con respecto al personal médico y de enfermería.

Conocer la percepción de los pacientes respecto al alivio obtenido con la terapéutica utilizada en el dolor postoperatorio.

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

**Fecha de inicio y conclusión:** del 12 de noviembre del 2018 al 20 de julio del 2019.

**Ámbito:** Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío en la Ciudad de León, Guanajuato, México.

**Tipo de estudio:** Descriptivo transversal, no controlado, analítico

**Universo de estudio:** Pacientes sometidos a cirugía, mayores de 18 años y menores de 70 años edad, con capacidad cognitiva para contestar la encuesta.

**Cálculo del tamaño de muestra:** Se determinó un tamaño mínimo de muestra de 136 encuestas para encontrar una proporción esperada del 70% de satisfacción sobre la base de una potencia estadística de 0.8 y probabilidad de cometer un error de tipo I de 0.05

$$n = N * X / (X + N - 1)$$

**Donde**

$$X = Z_{\alpha/2}^2 * p * (1-p) / MOE^2:$$

$Z_{\alpha/2}$  es el valor crítico de la distribución Normal en  $\alpha/2$ , MOE es el margen de error, p es la proporción de la muestra, y N es el tamaño de la población. Se aplicó una corrección de población finita a la fórmula del tamaño de muestra.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### ***Criterios de Inclusión***

Pacientes postquirúrgicos con hospitalización

Ambos géneros.

Cualquier edad mayor de 18 años y menor a 70 años

Pacientes con capacidad cognitiva para contestar el cuestionario

Que desee colaborar en la investigación

### ***Criterios de no inclusión***

Pacientes postquirúrgicos ambulatorios

Menores de 18 años y mayores de 70 años

Pacientes que no deseaban participar en el protocolo.

Pacientes con incapacidad para contestar el cuestionario

### ***Criterios de eliminación***

Pacientes con déficit cognitivo y/o delirio postoperatorio

**Intervención:** ninguna.

### **VARIABLES.**

### **OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Definición</b>	<b>Operacionalización</b>	<b>Valores</b>
Sexo	Nominal dicotómica	La totalidad de las características de la estructura reproductiva, fenotipo y genotipo que diferencian al organismo femenino del masculino.	Sexo reportado por el propio paciente al contestar la encuesta. Contrastado con la información que aparezca en el expediente clínico.	Femenino. Masculino.
Edad	Númerica, escala de razón	Tiempo que ha durado o vivido una persona o ser vivo.	Edad reportada por el propio paciente al contestar la encuesta. Contrastado con la información que aparezca en el expediente clínico.	Años cumplidos.
Diagnóstico Quirúrgico Postoperatorio	Nominal politómica	Diagnostico otorgado por el médico cirujano tratante posterior a la cirugía.	Diagnostico otorgado por el médico cirujano tratante posterior a la cirugía, reportado en el expediente clínico.	Nominal
Método analgésico utilizado	Nominal politómica	Medicamentos analgésicos administrados en el paciente	Medicamentos analgésicos administrados en el paciente, reportados en	1) Analgesia neuroaxial (peridural)

			la hoja de indicaciones y de enfermería	2) Analgesia loco regional (infiltración) 3) Analgesia intravenosa 4) Multimodal (1+3, 2+3, 1+2+3)
<b>Variables cuestionario APS-POQ revised</b>				
Menor dolor sufrido en las primeras 24 hr	Cuantitativa, escala de razón, discreta	El dolor de menor intensidad que el paciente recuerde haber tenido en las últimas 24 horas.	Menor dolor sufrido en las primeras 24 hrs reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	Del 0 al 10
Peor dolor sufrido en las primeras 24 hr	Cuantitativa, escala de razón, discreta	El dolor de mayor intensidad que el paciente recuerde haber tenido en las últimas 24 horas.	Peor dolor sufrido en las primeras 24 hr reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	Del 0 al 10
Frecuencia del dolor intenso en las primeras 24 hr (tiempo)	Cuantitativa, escala de razón	Proporción del tiempo que el paciente percibe transcurre con intenso	Porcentaje de tiempo en que se ha experimentado dolor intenso, reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	1) 0% 2) 10% 3) 20% 4) 30% 5) 40% 6) 50% 7) 60% 8) 70% 9) 80% 10)90% 11)100%
Interferencia del dolor respecto a actividades en cama	Cuantitativa, escala de razón, discreta	Grado en que el dolor percibido por el paciente le impidió realizar actividades en cama	Interferencia del dolor respecto a actividades en la cama reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	Del 0 al 10, donde 0 es no interfiere y 10 interfiere completamente
Interferencia del dolor respecto a actividades fuera de cama	Cuantitativa, escala de razón, discreta	Grado en que el dolor percibido por el paciente le impidió realizar actividades fuera de cama	Interferencia del dolor respecto a actividades fuera de la cama reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	Del 0 al 10, donde 0 es no interfiere y 10 interfiere completamente
Interferencia del dolor respecto a quedarse dormido	Cuantitativa, escala de razón, discreta	Grado en que el dolor percibido por el paciente le impidió dormir	Interferencia de la presencia de dolor para quedarse dormido, reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	Del 0 al 10, donde 0 es no interfiere y 10 interfiere completamente
Interferencia del dolor respecto a	Cuantitativa, escala de	Grado en que el dolor percibido por el	Interferencia del dolor respecto a seguir	Del 0 al 10, donde 0 es no

seguir durmiendo	razón, discreta	paciente le impidió permanecer dormido	durmiendo reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	interfiere y 10 interfiere completamente
Ansiedad	Cuantitativa, escala de razón, discreta	Respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos y se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión.	Presencia de ansiedad relacionada al dolor, reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	Del 0 al 10, donde 0 es no ansioso y 10 extremadamente ansioso
Depresión	Cuantitativa, escala de razón, discreta	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Presencia de depresión relacionada al dolor reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	Del 0 al 10, donde 0 es no deprimido y 10 extremadamente deprimido
Miedo	Cuantitativa, escala de razón, discreta	Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza, caracterizada por una intensa sensación desagradable provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado.	Presencia de miedo relacionada al dolor reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	Del 0 al 10, donde 0 es no asustado y 10 extremadamente asustado
Indefenso	Cuantitativa, escala de razón, discreta	Que carece de medios de defensa o de ayuda para defenderse.	Presencia de sensación de encontrarse indefenso en relación al dolor, reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	Del 0 al 10, donde 0 es no indefenso y 10 extremadamente indefenso
Nausea	Cuantitativa, escala de razón, discreta	Sensación que indica la proximidad del vómito y esfuerzos que acompañan a la necesidad de vomitar.	Presencia de nausea reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	Del 0 al 10, donde 0 es sin nausea y 10 nausea intensa

Somnolencia	Cuantitativa, escala de razón, discreta	Estado intermedio entre el sueño y la vigilia en el que todavía no se ha perdido la conciencia.	Presencia de somnolencia reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	Del 0 al 10, donde 0 es sin somnolencia y 10 intensa somnolencia
Picor (comezón)	Cuantitativa, escala de razón, discreta	Sensación molesta que se siente en una parte del cuerpo y que provoca la necesidad de rascarse.	Presencia de picor (comezón) reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	Del 0 al 10, donde 0 es sin comezón y 10 comezón intensa
Mareo	Cuantitativa, escala de razón, discreta	Sensación de vértigo e inestabilidad en la cabeza y malestar en el estómago que puede llegar a provocar ganas de vomitar y pérdida del equilibrio.	Presencia de mareo reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	Del 0 al 10, donde 0 es sin mareo y 10 mareo intenso
Alivio del dolor en las primeras 24 hr	Cuantitativa, escala de razón	Grado o proporción de sensación de alivio del dolor percibido por el paciente.	Alivio del dolor en las primeras 24 hr reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	1) 0% (sin alivio) 2) 10% 3) 20% 4) 30% 5) 40% 6) 50% 7) 60% 8) 70% 9) 80% 10) 90% 11) 100% (alivio completo)
Toma de decisiones del usuario	Cuantitativa, escala de razón, discreta	Grado en que el paciente percibe que se le permitió tomar decisiones	Se ha permitido que el paciente participe en la atención del dolor, reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	Del 0 al 10
Satisfacción con los resultados del tratamiento del dolor durante su estancia hospitalaria	Cuantitativa, escala de razón, discreta	Grado o proporción en que el paciente se considera satisfecho al respecto del resultado del tratamiento del dolor durante su estancia hospitalaria	Satisfacción con los resultados del tratamiento del dolor durante la estancia hospitalaria reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	Del 0 al 10
Información recibida sobre las opciones del tratamiento del dolor	Nominal dicotómica	Información recibida sobre las opciones del tratamiento del dolor reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	Confirmación o negación de la Información recibida sobre las opciones del tratamiento del dolor reportada por el propio	1) Si 2) No

			paciente al contestar la encuesta.	
Utilidad de la información recibida	Cuantitativa, escala de razón, discreta	Grado o proporción de la percepción por parte del paciente al respecto de la utilidad de la información que recibió.	Utilidad de la Información recibida sobre las opciones del tratamiento del dolor reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	Del 0 al 10, donde 0 es nada útil y 10 es extremadamente útil.
Uso de método no farmacológico para aliviar su dolor	Nominal dicotómica	Documentación del uso de medidas no farmacológicas para el tratamiento del dolor.	Uso de método no farmacológico para aliviar su dolor reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	1) Si 2) No
Método no farmacológico para el alivio del dolor	Nominal Politómica	Descripción del método no farmacológico empleado para aliviar el dolor del paciente.	Método no farmacológico para aliviar su dolor reportada por el propio paciente al contestar la encuesta.	1) Compresas frías 2) Respirar profundamente 3) Distracción 4) Calor 5) Imágenes o visualización 6) Masajes 7) Meditación 8) Rezar 9) Relajación 10) Caminar 11) Otros
Frecuencia con la que el equipo tratante ha animado a utilizar métodos no farmacológicos para el alivio del dolor	Nominal politómica	Documentación de las veces en que el equipo tratante anima al paciente a emplear métodos no farmacológicos.	Frecuencia con la que el equipo tratante ha animado a utilizar métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, reportado por el paciente al contestar la encuesta.	1) Nunca 2) Algunas veces 3) A menudo

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

El análisis de los datos compilados se realizó sobre una base de datos exhaustiva construida para tal efecto en paquete de cómputo. Para el análisis descriptivo se consideró la naturaleza de las variables, de tal manera que para las variables cualitativas se reportan proporciones, tasas y porcentajes, así como su intervalo de confianza del 95% (IC95%); para las variables cuantitativas se reporta media y su desviación estándar o mediana y el rango intercuartil (Q1 a Q3), según sea la naturaleza de la distribución de los datos. La normalidad de la distribución de los datos en variables cuantitativas se determinó mediante el análisis de Kolmogorov-Smirnov.

Se realizó un análisis exploratorio de comparación entre grupos de personas con un grado de satisfacción mayor o igual a 70% con respecto a quienes no tuvieron ese grado de satisfacción. El análisis se hizo sobre la base de pruebas inferenciales. Para las variables cuantitativas la comparación se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney dos muestras independientes. Se consideró como significativo un valor  $<0.05$ . El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 24 para plataforma Mac OS X (EE. UU. 2017).

### **Procedimiento:**

Se incluyeron todos los pacientes que fueron sometidos a cirugía con hospitalización en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Bajío, se registró el tipo de analgesia elegido para el periodo posoperatorio entre las 12 y 24 horas posquirúrgicas. Se aplicó en el mismo periodo el cuestionario desarrollado por el grupo de trabajo interdisciplinario de la *American Pain Society Patient Outcome Questionnaire* (APS-POQ-R 2010) en su versión traducida al español. El proceso de traducción realizado por el equipo de PAIN-OUT fue revisado y acreditado por la *American Pain Society Patient Outcome Questionnaire* (APS-POQ-R 2010) con el siguiente proceso para la adaptación:

- 1) Traducción del cuestionario a) por un traductor profesional y b) por un médico
- 2) La agencia sintetizó estas dos versiones en una sola (comprensible para 14 años)
- 3) Traducción inversa de la versión sintetizada al inglés (realizada por la agencia, pero por una persona distinta)
- 4) Evaluación de la retrotraducción, discusión de diferencias, creación de una versión beta (realizada por la agencia y con ayuda del equipo de coordinación)

- 5) El equipo del proyecto Pain-Out pilotado de la versión beta; documentó dificultades en la comprensión / ambigüedad. Esta versión prefinal se probó en al menos 50 pacientes para verificar si todos los artículos son comprensibles. (El paciente completa el cuestionario y es entrevistado sobre lo que pensaba que significaba cada ítem).
- 6) Evaluación del piloto, si es necesario, modificación del cuestionario

El *APS POQ* revised consta de 12 preguntas, (p1 a p12), 3 de ellas (p4, p5 y p6) tienen 4 incisos cada uno a responder, y p10 dos incisos. Los ítems se agrupan en 5 núcleos de acuerdo con los estándares de calidad en la atención al dolor agudo de acuerdo con la APS.

### **NÚCLEOS APS**

De acuerdo con las recomendaciones para la atención del dolor de la APS, la herramienta evalúa los 5 núcleos que incluyen estas recomendaciones:

1. Evaluación del dolor
2. Cómo interfiere el dolor durante su estancia
3. Evaluación afectiva
4. Efectos colaterales
5. Participación del paciente en su atención

## RESULTADOS.

En el periodo de noviembre de 2018 a junio de 2019, se registraron 2298 pacientes sometidos a cirugía y que ameritaron hospitalización en el HRAEB; de ellos, 230 pacientes recibieron un esquema de analgesia con seguimiento por la unidad de dolor agudo del HRAEB. A 104 pacientes se les aplicó la encuesta *APS-POQ revised*, se eliminaron 9 por información incompleta en las respuestas, obteniendo una *n* final de 95 usuarios. Ver [tabla 1](#)

**Tabla 1. Obtención de la Muestra (n)**

	Nº TOTAL DE PACIENTES
Cirugías con hospitalización (nov-jun 2018)	2298
Pacientes con analgesia en seguimiento por la UDA	230
Encuestas aplicadas	104
Eliminados *	9
Total (n)	95

*\*Información incompleta.*

*Fuente: Conjunto Básico de Datos HRAEB*

La proporción del género fue 39 del sexo masculino (41%) y 56 femenino (59%). La mediana de la edad fue de 55 años. Los diagnósticos quirúrgicos de los usuarios encuestados fueron categorizados en cirugía oncológica o no oncológica, siendo la cirugía oncológica la más frecuente (71%) vs cirugía no oncológica (29%). Ver [tabla 2](#)

**Tabla 2. Análisis Demográfico**

VARIABLE	
Población (n)	95 usuarios
Genero	Masculino 39 (41%) Femenino 56 (59%)
Edad	Rango 18 años a 70 años (Media 51) Mediana 55 años (DE 16.2) Q1 39 años Q3 65 años
Tipo de cirugía	Oncológica 67 (71%) No oncológica 28 (29%)

*\*DE desviación estándar*

De los 20 ítems de la herramienta utilizada (*APS-POQ revised*), 18 de ellos proveen una escala del 0 al 10 para su respuesta, consideradas variables numéricas para su tratamiento estadístico. La [tabla 3](#) muestra media, mediana y desviación estándar para estos elementos. Los 18 ítems se clasificaron de acuerdo con los 5 núcleos recomendados por la APS para fines de monitoreo en la atención del dolor, es decir, la evaluación del dolor, como interfiere su presencia en su experiencia durante la hospitalización, la repercusión afectiva, los efectos colaterales del tratamiento utilizado para atención del dolor y, por último, la satisfacción del usuario con la atención recibida. Los valores entre los cuartiles 1 y 3 representan al 75 % de los usuarios encuestados.

Las respuestas de los 2 ítems con variables nominales o categóricas fueron incluidas como elementos de “información” del tipo variable nominal, con respuestas dicotómicas sí/no. Ambas hacen referencia a la participación e información del usuario, así como el uso de medidas no farmacológicas para la atención del dolor agudo. Ver [tabla 4](#).

Los ítems categorizados como de “Información” incluyeron respuestas dicotómicas de sí / no; para saber si los pacientes recibieron información sobre las opciones de información para su dolor relacionado con el uso de medidas no farmacológicas para tratar el mismo, el 69% de los usuarios no reconocieron esta opción.

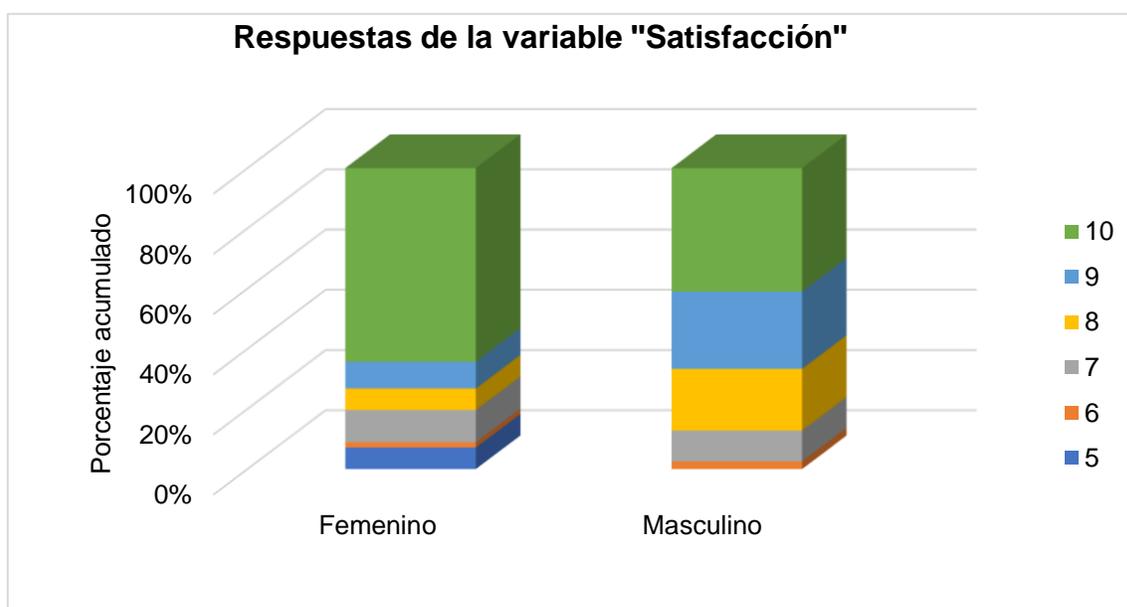
**Tabla 3. Estadística descriptiva de las variables numéricas**

ESTADÍSTICOS	NÚCLEOS APS	MEDIA	DESV. ESTÁNDAR	MEDIANA	Q1	Q3
Menor dolor sufrido en estas primeras 24 horas	Evaluación	2.5	2.44	2	0	3.75
Peor dolor sufrido en estas primeras 24 horas	Evaluación	5.27	3.33	5	3	8
Frecuencia del dolor intenso en las primeras 24 horas	Evaluación	3	2.78	2	0.25	5
Dolor que interfirió o impidió:						
Hacer actividades en cama	Interferencia	4.07	3.36	3	2	6.75
Hacer actividades fuera de la cama	Interferencia	5.05	3.28	5	2	8
Quedarse dormido(a)	Interferencia	2.52	2.82	2	0	5
Seguir durmiendo	Interferencia	2.11	2.69	1	0	3
Número que mejor muestre lo que el dolor le hace sentir:						
Ansioso	Afectiva	1.58	2.26	0	0	3
Deprimido	Afectiva	0.77	1.61	0	0	1
Asustado	Afectiva	1.22	2.32	0	0	1.75
Indefenso	Afectiva	1.68	2.59	0	0	2.75
Número que mejor exprese la intensidad de cada efecto:						
Náusea	Colaterales	1.96	2.82	0	0	3
Somnolencia	Colaterales	3.11	3.07	3	0	5
Picor	Colaterales	0.36	1.04	0	0	0
Mareos	Colaterales	1.89	2.66	0	0	3
Alivio de dolor que ha experimentado en las primeras 24 horas	Satisfacción	7.16	2.83	8	5	9
¿Le han permitido participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento de su dolor tanto como le hubiera gustado?	Satisfacción	7.81	3.45	10	6.25	10
Número que mejor expresa su satisfacción con los resultados del tratamiento del dolor que ha recibido	Satisfacción	9	1.40	10	8	10

**Tabla 4. Variables nominales**

	N	SI	NO
¿Ha recibido información sobre las opciones del tratamiento de su dolor?	Nominal 95	71 (75%)	24 (25%)
¿Ha utilizado algún método no farmacológico para aliviar su dolor?	Nominal 95	29 (31%)	66 (69%)

Se realizó un análisis para cruzar las respuestas en relación con el género, para evaluar la diferencia en la percepción del dolor respecto a la encuesta en la población femenina o masculina. Para ello se tomaron en cuenta 6 de las variables englobadas en los núcleos de evaluación del dolor y satisfacción del usuario. 64% (n=56) de las mujeres encuestadas expresaron con la calificación mas alta haberse sentido satisfechas con la atención del dolor recibida y 41% (n=39) de los varones lo hicieron de la misma manera. En la [gráfica 1](#) se observa la distribución por genero de las calificaciones en esta variable.



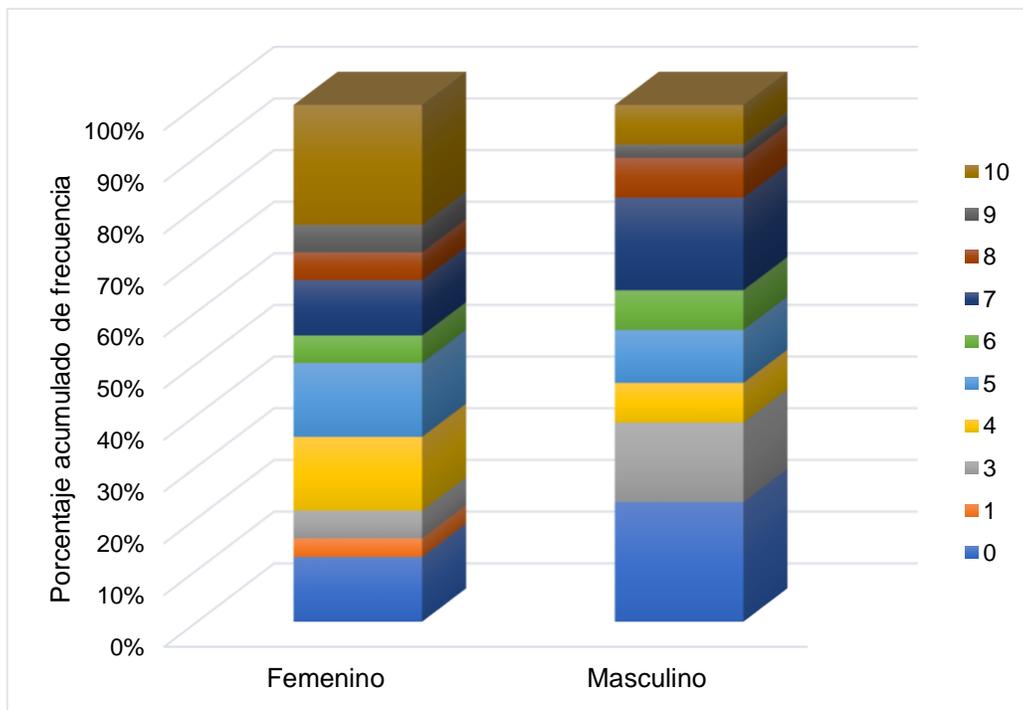
*Gráfica 1* Respuestas otorgadas por los usuarios en escala 0 al 10 respecto a la pregunta: *Número que mejor expresa su satisfacción con los resultados del tratamiento del dolor que ha recibido.*

Se realizó una prueba U de Mann Whitney para analizar la posibilidad de una diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas de hombres y mujeres, en los dos núcleos de interés, evaluación de dolor y nivel de satisfacción. Utilizando escalas del 0 al 10 en las 6 preguntas, se encontró diferencia significativa en la respuesta a *“el peor dolor sufrido en estas primeras 24 horas”* con un valor p de 0.0475. Las 5 variables restantes no demostraron diferencia significativa. Ver [tabla 5](#) y [gráfica 2](#).

**Tabla 5: Comparación por género de los núcleos APS satisfacción y evaluación en sus tres variables respectivamente.**

Núcleo APS	Variable	Mujeres	Hombres	Valor p
		Me (Q1-Q3)	Me (Q1-Q3)	
Núcleo Satisfacción	Alivio	7 (5-9)	8 (7-9.5)	0.48
	Satisfacción	10 (8-10)	9 (8-10)	0.10
	Decidir	10 (5.75-10)	10 (7.5-10)	0.48
Núcleo Evaluación	Mínimo dolor	2 (1-4)	2 (0-3)	0.11
	Máximo dolor	5.5 (4-9)	5 (3-7)	0.047
	Dolor intenso	2 (1-5)	2 (0-4)	0.40

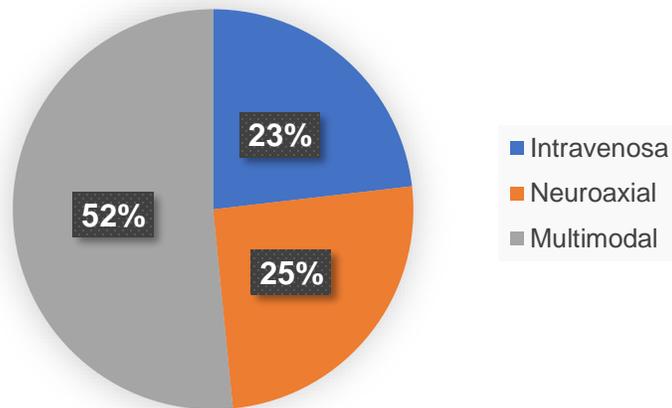
-Me: Mediana. -Q: Cuartil



**Gráfica 2: Respuesta por género de la pregunta "Peor dolor sufrido en estas primeras 24 horas" en escala del 0 al 10. APS POQ revised. Valor de  $p < 0.05$**

Durante la aplicación de la encuesta, una de las variables a considerar (para fines de conocimiento del programa de la unidad de dolor agudo) fue el tipo de analgesia empleado, los resultados arrojan que el más frecuentemente usado fue la analgesia multimodal, le siguió la neuroaxial y finalmente la intravenosa como se muestra en la [grafica 3](#).

### Esquema de analgesia utilizado



*Grafica 3: Distribución de los esquemas utilizados de analgesia.*

Para fines de clasificación, se definió *analgesia intravenosa* cuando se utilizó esta vía para administrar los analgésicos indicados, *analgesia neuroaxial* cuando se utilizó el neuroeje para la aplicación de anestésicos locales u opioides como parte del plan analgésico postquirúrgico sin utilizar otros medicamentos endovenosos, y *analgesia multimodal* el uso de una técnica neuroaxial o regional con empleo de anestésicos locales, además de un esquema analgésico intravenoso, incluyendo paracetamol más un AINE. Esta información se obtuvo durante la aplicación de la herramienta por parte del encuestador. En total a 22 usuarios se les otorgó un esquema intravenoso, a 24 neuroaxial y a 49 un esquema multimodal.

## DISCUSIÓN.

Este estudio observacional representa el seguimiento del programa instalado hace 3 años para establecer un proceso estandarizado en la atención del dolor agudo, liderado por el servicio de Anestesiología del HRAEB, con la metodología de auditoría clínica (21). La *APS POQ revised* representa una herramienta previamente validada, incluyendo la traducción en español, de un estándar óptimo para fines de evaluación en el impacto real sobre el usuario, de las acciones implementadas en este proceso específicamente. La importancia sin duda es, la reproducibilidad de esta encuesta en nuestra población. El 75% de los usuarios incluidos en la muestra se encontró entre los 39 y 65 años, rango de edad que explicamos al predominar la atención al dolor en el usuario sometido a cirugía oncológica, con mayoría de mujeres en el grupo encuestado.

De los 20 ítems propios de la encuesta, los valores promedio en las escalas de 0 al 10 son similares, aunque cabe recalcar las diferencias de los usuarios del HRAEB, específicamente en esta muestra, con otras poblaciones sujetas a la misma herramienta (22, 23). Por ejemplo, los usuarios encuestados en la validación de la muestra (20) eran atendidos dos hospitales estadounidenses escuela, e incluyeron pacientes con dolor de origen no oncológico predominantemente. Respecto al primer núcleo de evaluación, en la respuesta respecto al tiempo de su hospitalización con dolor intenso en la escala de 0 a 100%, se refiere una mediana del 37% versus 20% en el caso de la muestra del HRAEB, los mínimos y máximos son constantes en ambas muestras. Como seguimiento de la auditoría, este indicador fue útil al dar seguimiento a dos estándares del COP 8 (atención del dolor, Consejo de Salubridad, 24), el tiempo de respuesta una vez que se presenta el dolor y la planeación del esquema analgésico previo incluso a la cirugía.

Del segundo núcleo, que evalúa la interferencia del dolor en su rehabilitación post quirúrgica y el ciclo de sueño, nuevamente encontramos predominio de valores inferiores a 5, esto es, el control del dolor colabora con las actividades que se solicitan al usuario durante su hospitalización, en contraste con la muestra estadounidense con valores superiores a este. Para fines de calidad en la atención, que es uno de los objetivos primordiales en la aplicación de la *APS POQ*, los niveles del núcleo de satisfacción son directamente proporcionales al núcleo de evaluación del dolor, donde los valores menores a 5, (aunque no equiparables a la

meta de la escala numérica establecida en nuestra auditoria), representan un valor optimo en la atención: menor dolor, mayor satisfacción y menos efectos colaterales de analgesia a base de opioides.

El tercer núcleo que evalúa la repercusión del dolor en la situación afectiva es quizá, el mas controversial de los cinco núcleos y, potencialmente, relacionado a la cultura propia de la población analizada. La media se mantuvo inferior incluso al valor 3, que pudiera interpretarse como excelente para el programa, pero existe el sesgo que el usuario no haya querido o podido expresar realmente que tanto repercutía el dolor en su estado emocional, no solo por el dolor post quirúrgico, si no por la propia hospitalización y las causas que lo obligaron a esa situación. El cuarto núcleo en relación con los efectos colaterales del tratamiento es satisfactorio el resultado de tener calificaciones cercanas a 0, y ello se explica por el predominio de uso en analgesia multimodal, que reduce dosis de medicamentos de tipo opioide.

El ultimo núcleo al ser el principal objetivo en este estudio, se analizaron las diferencias posibles entre las respuestas del grupo de mujeres y de hombres, derivado del contexto cultural del umbral del dolor menor en los varones y que ello modificara su percepción de este en la encuesta. Ninguno de los estudios publicados con la misma herramienta menciona esta posibilidad. Al analizar las tres variables del núcleo de satisfacción, no existió diferencia estadística significativa entre ambos grupos, es decir, la percepción de la satisfacción pareciera no estar influenciada por este aspecto (tabla 5).

Al comparar la variable de “satisfacción con él tratamiento” con otras muestras bajo la misma herramienta, la media en satisfacción con el tratamiento fue 9 en el HRAEB versus 4 con el estudio de Islandia (23), aunque esta muestra de 143 usuarios la proporción de oncológicos quirúrgicos es menor. Este nivel de satisfacción en nuestra institución se explica por la sensibilización que se ha alcanzado en el tema de la atención del dolor agudo dentro de la organización. Por ejemplo, se refleja en el predominio de los esquemas de analgesia multimodal (52%. N=95), como primera elección para dolor post quirúrgico, sin diferencia para la aceptación de las técnicas neuroaxiales o regionales entre hombres y mujeres.

Cabe destacar que, por las características de la población atendida en el HRAEB como unidad hospitalaria de tercer nivel, las limitaciones del uso de técnicas neuroaxiales o regionales como

parte de la analgesia multimodal, se relacionan más a las contraindicaciones médicas, por la situación clínica del usuario, que con preferencias del anestesiólogo o rechazo del usuario.

En el núcleo de evaluación, se realizó el mismo ejercicio estadístico con el género y las variables, encontrando un valor de  $p < 0.05$  en la pregunta “peor dolor sufrido en estas primeras 24 horas”, esto es, el concepto “peor” pudiera ser comprendido diferente o más catastrófico por el grupo de las mujeres, que alcanza valores hasta de 9 (ver figura 2).

Las dos variables nominales constituyen un área de oportunidad para hacer participe al usuario en su tratamiento. Esta comunicación, como bien lo indica la APS, mejora los resultados de analgesia, al igual que familiarizar al proveedor de la analgesia con las medidas no farmacológicas. Solo el 31 % de los usuarios utilizó alguna de estas medidas, incluyendo técnicas de respiración, así como música ambiental.

Entre las debilidades encontradas en este estudio es sin duda no alcanzar el tamaño de la muestra presupuestada. Es necesario recordar que, al ser una unidad de bajo costo, no se dispuso de más recursos humanos para el funcionamiento de esta, necesaria para proyectar la aplicación de esta herramienta en mas población, y mayor participación de otros servicios involucrados en la analgesia. El tamaño de la muestra se calculó en base al número de cirugías realizadas en el periodo de estudio que amerito hospitalización, sin embargo, aunque el número de encuestas es menor al presupuestado, representa el 41.7% ( $n=95$ ) de los pacientes que en ese periodo tuvo seguimiento como parte del plan analgésico post quirúrgico. Finalmente, el uso de esta herramienta como indicador de la calidad en la atención del dolor arrojará áreas de oportunidad que se analizarán en el HRAEB para las metas y estrategias anuales.

## **CONCLUSIONES.**

- La *APS POQ revised* representó una herramienta útil al evaluar los estándares incluidos en el proceso de atención al dolor agudo, incluyendo el nivel de satisfacción del usuario como variable de seguimiento, y por supuesto, de la calidad de los servicios brindados en este rubro.
- Las tres preguntas del núcleo de Satisfacción significan indicadores de la madurez alcanzada en las unidades de dolor agudo, al enfocarse en el impacto de las acciones generadas.
- Las tres variables del núcleo de Evaluación son directamente proporcionales a la percepción en la atención del dolor agudo, independientemente del género del usuario.
- Los 5 núcleos evaluados en la encuesta reflejan la efectividad (o la ausencia de ella) de los esquemas analgésicos utilizados en la población del HRAEB.

## **ANEXOS.**

### **Anexo 1: Aspectos éticos; haciendo énfasis en la legislación de los aspectos éticos de la investigación y en el consentimiento informado.**

El proyecto será presentado ante los Comités de Ética e Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad. Este protocolo de investigación está fundamentado según las normas y lineamientos éticos, el reglamento de la Ley General de Salud en su capítulo III artículo 17 y con la declaración de Helsinki adoptada por la 64ª Asamblea Médica Mundial, Fortaleza, Brasil (2013), esta hace referencia a las recomendaciones para guiar al personal de la salud en la investigación biomédica con seres humanos. Además de seguir los códigos y estatutos internacionales vigentes a la fecha actual para la práctica adecuada en el campo de la investigación clínica.

Se respetarán al pie de la letra los principios que se encuentran estipulados en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki así como su enmienda; el Informe Belmont; de igual manera lo que refiere al Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial establece de forma precisa al médico el principio “La salud de mi paciente será mi primera consideración”, así pues se dictamina en el Código Internacional de Ética Médica declarando que: “Cualquier acto o consejo que pueda debilitar la resistencia física o moral de un ser humano, puede utilizarse solo en su beneficio.

Los datos obtenidos serán exclusivamente de uso académico y estrictamente confidencial. No requiere carta de consentimiento informado del paciente.

## **Anexo 2: Carta de confidencialidad y resguardo de datos**

León, Guanajuato a 29 de octubre del 2018

Yo Evelyn Manzano Victoria, residente de la especialidad médica de Anestesiología de la Universidad Autónoma de México con sede en el Hospital Regional de Alta especialidad del Bajío, el asesor técnico Dra. María del Carmen Mendoza Trujillo y como asesor metodológico Dr. José Antonio de Jesús Álvarez Canales.

Hacemos constar, en relación con el protocolo titulado: “Atención del dolor posquirúrgico y grado de satisfacción en pacientes intervenidos en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío” Nos comprometemos a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/ o electrónicos de información recabada, estadística o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a nuestro cargo en el cual participo como investigador/a, así como a no difundir distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución del mismo.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Distrito Federal, y demás disposiciones aplicables en la materia.

ATENTAMENTE

---

Dra. Evelyn Manzano Victoria  
Residente del tercer año de Anestesiología

---

Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo

Anestesióloga

Asesor técnico

---

Dr José Antonio de Jesús Álvarez Canales

Asesor Metodológico

### **Anexo 3: Encuesta de satisfacción sobre la atención del dolor**

#### **Información al paciente y conformidad**

Estimado/a señor/a:

Estaríamos muy agradecidos si quisiera participar en nuestra encuesta sobre cómo se sienten los pacientes después de la cirugía. El objetivo de la encuesta es mejorar el tratamiento del dolor después de la cirugía en este departamento.

Su participación es voluntaria y la información que nos proporcione será anónima una vez nos entregue este cuestionario. Esto significa que su nombre o cualquier otra identificación serán eliminados del cuestionario una vez entregado y no serán incluidos en ningún registro que tuviéramos.

Sus respuestas a este cuestionario no se compartirán con su equipo médico o de enfermería.

Le podemos garantizar que nuestro equipo le tratará de la misma manera tanto si decide participar en la encuesta como si no.

Muchas gracias por considerar su participación en esta encuesta.

Servicio de Anestesiología.

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DEL DOLOR.

Género: F ( ) M ( ) Edad: \_\_\_\_\_ Diagnóstico PO: \_\_\_\_\_

Tipo de Analgesia: \_\_\_\_\_ Medicamentos: \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas hacen referencia al dolor que usted ha experimentado durante las primeras 24 horas después de la operación.

P1. En esta escala, indique el **menor** dolor sufrido en estas primeras 24 horas:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										El peor dolor posible

P2. En esta escala, indique el **peor** dolor sufrido en estas primeras 24 horas:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										El peor dolor posible

P3. ¿Con qué frecuencia ha experimentado dolor **intenso** en las primeras 24 horas?

Rodee con un círculo el porcentaje de tiempo que mejor exprese el dolor intenso experimentado:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Nunca dolor intenso						Siempre dolor intenso				

P4. Rodee con un círculo el número que describe mejor cuánto dolor **interfirió o le impidió** lo siguiente:

a. Hacer **actividades en la cama**, como girar, sentarse o cambiar de posición

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere										Interfiere completamente

b. Hacer **actividades fuera de la cama**, como andar, sentarse en una silla o estar de pie en el lavabo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere										Interfiere completamente

c. **Quedarse dormido(a)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere										Interfiere

d. **Seguir durmiendo**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No interfiere										Interfiere

P5. El dolor puede afectar a su estado de ánimo y emociones.

En esta escala, marque con un círculo **un solo** número que mejor muestre lo que el dolor le hace sentir:

a. <b>Ansioso</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>En absoluto</i>											Extremadamente

b. <b>Deprimido</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>En absoluto</i>											Extremadamente

c. <b>Asustado</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<i>En absoluto</i>										
											Extremadamente

d. <b>Indefenso</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<i>En absoluto</i>										
											Extremadamente

P6. ¿Ha tenido usted alguno de estos efectos secundarios?

Rodee con un círculo el "0" si no ha tenido ninguno; en caso afirmativo, indique **el** número que mejor exprese la intensidad de cada efecto

a. Náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<i>ninguna</i>					<i>intensa</i>					
b. Somnolencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<i>ninguna</i>					<i>intensa</i>					
c. Picor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<i>ninguno</i>					<i>intenso</i>					
d. Mareos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ninguno					intenso					

P7. En las primeras 24 horas, ¿cuánto **alivio** de dolor ha experimentado?

Rodee con un círculo el porcentaje que mejor exprese cuánto alivio ha experimentado con todos los tratamientos combinados (tratamientos con medicinas o sin ellas):

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Sin alivio									Alivio completo	

P8. ¿Le han **permitido participar en la toma de decisiones** sobre el tratamiento de su dolor tanto como le hubiera gustado?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>En absoluto</i>						<i>Completamente</i>				

P9. Indique el número que mejor expresa su **satisfacción** con los resultados del tratamiento del dolor que ha recibido durante su estancia en nuestro hospital:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Extremadamente insatisfecho</i>					<i>Extremadamente satisfecho</i>					

P10. ¿Ha recibido **información** sobre las opciones del tratamiento de su dolor? \_\_No \_\_Sí

a. En caso afirmativo, indique el número que mejor exprese **la utilidad** de la información:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Nada útil</i>						<i>Extremadamente útil</i>				

P11. ¿Ha utilizado algún **método no farmacológico** para aliviar su dolor? \_\_No \_\_Sí

En caso afirmativo, **indique todos** los utilizados:

_____ compresas frías	_____ meditación
_____ respirar profundamente	_____ escuchar música

\_\_\_\_\_ distracción (como ver la TV, leer)

\_\_\_\_\_ calor

\_\_\_\_\_ imágenes o visualización

\_\_\_\_\_ masajes

\_\_\_\_\_ rezar

\_\_\_\_\_ relajación

\_\_\_\_\_ caminar

otros (por favor describir)

\_\_\_\_\_

P12. ¿Con qué frecuencia la enfermera o el doctor le **han animado a utilizar** métodos no farmacológicos?

\_\_\_\_\_ nunca

\_\_\_\_\_ algunas veces

\_\_\_\_\_ a menudo

### DESGLOSE DE INSUMOS REQUERIDOS PARA EL ESTUDIO

<b>INSUMO</b>	<b>NÚMERO REQUERIDO</b>	<b>COSTO APROXIMADO</b>	<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO</b>
Copias de las encuestas	100	Indefinido	Insumos internos del servicio
Lapiceros para contestarlas	20	Indefinido	Insumos internos del servicio

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farooq F, Khan R, Ahmed A. Assessment of patient satisfaction with acute pain management service: Monitoring quality of care in clinical setting. *Indian J Anaesth* 2016 Apr;60(4):248-52. doi: 10.4103/0019-5049.179450.
2. Gallego J I, Rodríguez-De la Torre M R, Vázquez-Guerrero J C, Gill M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;4(11):197-202.
3. Kroenke K, Stump T, Clark DO, Callahan CM, McDonald CJ. Symptoms in hospitalized patients: outcome and satisfaction with care. *Am J Med* 1999;107(5):425-443.
4. Otani K, Chumbler NR, Herrmann PA, Kurz RS. Impact of Pain on Patient Satisfaction Integration Process: How Patients With Pain Combine Their Health Care Attribute Reactions. *Health Serv Res Manag Epidemiol* 2015;2:2333392815615103
5. Rawal N. Organization, function, and implementation of acute pain service. *Anesthesiol Clin North Am* 2005;23(1):211-225.
6. Facts about Pain Management. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. 2013. Acceso en agosto de 2013 en: [www.jointcommission.org/assets/1/18/Pain\\_Management1.PDF](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Pain_Management1.PDF)
7. Rico M A, Veitl S, Buchuck D, Valentín P, et al. Evaluación de un programa de dolor agudo: eficacia, seguridad y percepción de la atención por parte de los pacientes. Experiencia clínica alemana, Santiago – Chile. *Rev Chil Anest*, 2013;42:145-156
8. Cregg R, Anwar S, Farguhar-Smith P. Persistent postsurgical pain. *Curr Opin Support Palliat Care* 2013; 7(2):144-152
9. Werner M U, Mjobo H N, Nielsen P R, Rudin A. Prediction of postoperative pain: A Systematic review of predictive experimental pain studies. *Anesthesiology*, 2010;112(6):1494-1502.
10. Vila H Jr, Smith RA, Augustyniak MJ, et al. The efficacy and safety of pain management before and after implementation of hospital-wide pain management standards: is patient safety compromised by treatment based solely on numerical pain ratings? *Anesth Analg* 2005;101(2):474–480.
11. Arechiga O G, Mille L J, Marrón P M, Mejía T G, ¿Qué y cómo integrar una Unidad de Dolor Agudo Perioperatorio? Evolución hacia una Unidad de Medicina de Dolor Agudo Perioperatorio. *Rev Mex Anest* 2014;(37):159-165

12. Werner MU, Soholm L, Rotboll-Nielsen P, Kehlet H. Does an acute pain service improve postoperative outcome? *Anesth Analg*. 2002;(95):1361-1372.
13. Rawal N, Berggren L. Organization of acute pain services: a low-cost model. *Pain* 1994;57(1):117-123.
14. Rawal N. 10 years of acute pain services: achievements and challenges. *Reg Anesth Pain Med*. 1999;24(1):68-73.
15. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. American Pain Society Quality of Care Committee. *JAMA* 1995;274(23):1874-1880.
16. Bardiau FM, Taviaux NF, Albert A, Boogaerts JG, Stadler M. An Intervention Study Enhance Postoperative Pain Management. *Anesth Analg* 2003;96(1):179-185.
17. National Health and Medical Research Council (Australia). Management of severe pain. Canberra, Australia 1998.
18. Hernández HL. Experiencia mexicana de la Unidad de Dolor Agudo: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Rev. Mex. Anest*. 2013;(36):76-78.
19. Bruce J, Quinlan J. Chronic Post Surgical Pain. *Rev Pain* 2011;5(3):23-29.
20. Gordon DB et al. Improvement of Pain Management in Hospitalized Adults: Preliminary Psychometric Evaluation. *J Pain* 2010;(11):1172-1186
21. Mendoza R, Manzano E, Álvarez-Canales JA. Atención del dolor agudo como variable de calidad durante la hospitalización. *Hosp Med Clin Manag*. 2018; 11:167-77.
22. Botti M, Khaw D, Jørgensen EB, Rasmussen B, Hunter S, Redley B, Cross-cultural examination of the structure of the Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R), *Journal of Pain* (2015)
23. Zoega S et al. Evaluating the Quality of Pain Management in a Hospital Setting: Testing the Psychometric Properties of the Icelandic Version of the Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire. *Pain Management Nursing*, Vol 15, No 1 (March), 2014: pp 143-155
24. [www.csg.gob.mx/.../hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018](http://www.csg.gob.mx/.../hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018)