



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

~~DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E~~
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI U.M.A.E.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ"
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA

"GRADO DE SATISFACCIÓN EN EL MANEJO DE DOLOR
AGUDO POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A
CIRUGÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI"
R-2021-3601-052

TE S I S

PRESENTA:

DR. RODRIGO DE ARETIOAURTENA FLORES
PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE
ANESTESIOLOGÍA



INVESTIGADOR RESPONSABLE Y ASESOR
DRA. Alma Delia Patiño Toscano

CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO 2022



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.

I. HOJA DE RECOLECCION DE FIRMAS

DRA. VICTORIA MENDOZA ZUBIETA
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION EN SALUD
U.M.A.E. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SIGLO
XXI

DR. MTO ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA U.M.A.E
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SIGLO XXI

DRA. ALMA DELIA PATIÑO TOSCANO
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA
U.M.A.E HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI

II. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Dr. Rodrigo de Areitioaurtena Flores

Matricula: 97385424

Médico Residente de tercer año del Curso Universitario de especialización en Anestesiología. UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G.", Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Av. Cuauhtémoc # 330, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 6720, CDMX.

Teléfono 5556276900. Ext. 21607

Correo electrónico: areitioaurtena5@gmail.com

Dra. Alma Delia Patiño Toscano

Matricula:

Adscrita al Servicio de Anestesiología, UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G.", Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Av. Cuauhtémoc # 330, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 6720, CDMX.

Teléfono 5556276900. Ext. 21607

Correo electrónico: almapt77@hotmail.com

Lugar donde se llevó a cabo el estudio:

UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G.", Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Av. Cuauhtémoc # 330, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 6720, CDMX.

Teléfono 5556276900. Ext. 21607



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 36018
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Registro COFOPIS 17 CI 09 018 014

Registro CONSISTECA CONESORTECA 00 C03 2017082

Fecha: Jueves, 17 de marzo de 2022

M.E. ALMA DELIA PATIÑO TOSCANO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "Grado de satisfacción en el manejo de dolor agudo postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumplió con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de Investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá renovar la reconstitución del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. MARTHA LETICIA GONZALEZ BAUTISTA
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 36018

Impresión

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3601.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Registro COPEMIS 17-CL-09-015-024
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09-CEI-023-2017082

Fecha Jueves, 07 de abril de 2022

M.E. ALMA DELIA PATIÑO TOSCANO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**Grado de satisfacción en el manejo de dolor agudo postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI**" que someré a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional:

R-2022-3601-044

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Carlos Freddy Cuevas García
Presidente de Comité Local de Investigación en Salud No. 3601

Imprimiendo...

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

AGRADECIMIENTOS

A la máxima casa de estudios "Universidad Nacional Autónoma de México" por ser parte de ella, al CMNSXXI por hacerme sentir como en casa en una de las etapas más importante de mi vida.

A cada uno de mis maestros y amigos que formaron parte de mi formación, con sus enseñanzas y me guiaron con su ejemplo.

Gracias a mi familia por su apoyo incondicional que me otorgan día con día, por siempre preocuparse y que sepan que sin su apoyo no lograría estar en donde me encuentro. Los amo.

Mi más sincero agradecimiento a la Dr. Alma Delia Patiño que me asesoro y fue quien me permitió formar parte de su equipo y llevar a cabo este proyecto satisfactoriamente.

RESUMEN: “Grado de satisfacción en el manejo de dolor agudo postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI”

INTRODUCCIÓN: El dolor postoperatorio es la razón principal de dolor agudo, y su peculiaridad es que la mayor intensidad referida por los pacientes se da en las primeras 24 horas para posteriormente aminorarse paulatinamente.

Más del 80% de los pacientes que se sometieron a procedimientos quirúrgicos, experimentaron dolor agudo postoperatorio, en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica abdominal, la falta de satisfacción de alivio del dolor tiene importantes repercusiones, no sólo por el sufrimiento innecesario sino también por complicaciones y retrasos en las altas, con incremento en los costos asistenciales.

JUSTIFICACIÓN: El dolor continúa siendo la queja más frecuente de los pacientes pos operados, a pesar de las innovaciones farmacológicas y avances tecnológicos.

OBJETIVO: Describir la relación de la intensidad en el grado de satisfacción en el manejo de dolor agudo postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal.

HIPÓTESIS: A mayor grado de alivio de dolor agudo postoperatorio, mayor grado de satisfacción analgésica en pacientes sometidos a cirugía abdominal.

MATERIAL Y MÉTODOS: El diseño del estudio es de tipo prospectivo, observacional, descriptivo, transversal y correlacional. Se aplicó el cuestionario a los pacientes sometidos a cirugía abdominal durante el período comprendido del 1 de abril al 31 de Julio del 2022, en la UMAE Hospital de Especialidades “Dr., Bernardo Sepúlveda G.” del CMN Siglo XXI. se determinó la intensidad del dolor, el alivio y la orientación proporcionada al manejo del dolor y su relación con la satisfacción del paciente con el manejo del dolor postoperatorio, en el cual se incluyó a todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión durante el periodo del estudio. Los datos se procesaron por medio del programa SPSS versión 24, previa realización de pruebas de normalidad, se utilizó la prueba de chi cuadrada o prueba exacta de Fisher para contrastar las diferencias entre los grupos para las variables medidas en escala

cualitativa nominales u ordinales. Se consideró como estadísticamente significativo un valor de p menor a 0.05.

CONCLUSIÓN: En sujetos sometidos a cirugía abdominal abierta en el Centro Médico nacional siglo XXI, se observó que el grado de satisfacción sobre la analgesia postoperatoria, era mayor en los sujetos en los cual es se realizaba un adecuado control del dolor postoperatorio durante las primeras horas, en comparación con los pacientes que presentaban un ENA >4 durante las primeras horas de cirugía, De igual forma, estaba asociada a un menor número de complicaciones post anestésicas.

EXPERIENCIA DEL GRUPO: Dra. Alma Patiño Toscano tiene experiencia en dirección de trabajos de investigación. Dr. De Areitioaurtena Flores Rodrigo, residente de anestesiología fue dirigido y supervisado en todo momento, realizo el trabajo de campo.

PALABRAS CLAVE: Dolor postoperatorio, Cirugía abdominal, Manejo del dolor postoperatorio, Satisfacción analgésica.

1.- Datos del alumno (autor)	
Apellido Paterno	De Areitioaurtena
Apellido materno	Flores
Nombre	Rodrigo
Teléfono	222 362 0208
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de Medicina
Carrera	Médico Cirujano Especialista en
No de cuenta	Anestesiología

	520222034
2.- Datos Asesor	
Apellido paterno	Patiño
Apellido Materno	Toscano
Nombre	Alma Delia
3.- Datos de la Tesis	
Título	Grado de satisfacción en el manejo de dolor agudo postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal.
Número de páginas	60
Año	2022
Número de registro	R-2022-3601-044

ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
HOJA DE IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES	3
RESUMEN	7
ANTECEDENTES	11
JUSTIFICACION	20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
HIPOTESIS	22
OBJETIVOS	23
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	24
CRITERIOS DE SELECCIÓN	29
CÁLCULO DE LA MUESTRA	30
MATERIAL Y METODOS	31
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	32
CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
RECURSOS	35
RESULTADOS	36
DISCUSION	47
CONCLUSIONES	50
BIBLIOGRAFIA	51
CONSENTIMIENTO INFORMADO	55
FORMATO DE RECOLECCION	58
ANEXO	60

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La calidad de los servicios de salud es un reto para todas las instituciones, esto demanda que día a día se busquen estrategias de gestión que permitan elevar la calidad de la atención que se proporciona a los usuarios, sobre todo, en las principales áreas de oportunidad identificadas.¹ Un aspecto que demanda mayor esfuerzo hacia el interior de las instituciones, es el adecuado manejo del dolor¹, este aspecto se considera relevante sobre todo por la tendencia actual, que cada vez se trata de contar con más hospitales libres de dolor que contribuyan en el aumento del grado de satisfacción del paciente.²

La alta prevalencia de dolor es una preocupación en todos los niveles asistenciales. En los hallazgos de investigación se reporta que aproximadamente el 96% de los enfermos hospitalizados refiere dolor agudo en algún momento durante su hospitalización.³ En relación con el dolor postoperatorio la literatura reporta que alrededor de un 50% de los pacientes experimenta algún grado de dolor de moderado a intenso en sus primeras 24 horas posteriores a un evento quirúrgico, así mismo se ha documentado que el 20% lo describe como severo en intensidad, y en el 80% de los casos, es percibido como moderado a severo.⁴

Existe evidencia de que un adecuado alivio del dolor no solo aumenta el confort y la satisfacción de los pacientes, sino que además, contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria y en algunos casos reduce la estancia hospitalaria⁵. El dolor tiene una parte subjetiva e individual, en la cual influyen factores emocionales y de personalidad, aspectos socioculturales y la experiencia previa del paciente con el dolor. Pero sin duda, tiene otra parte objetiva, está demostrado que un inadecuado control del dolor aumenta la morbilidad del paciente, ya que actúa sobre todos los sistemas, por ejemplo, a nivel cardiovascular, un dolor intenso, libera catecolaminas, lo que puede producir hipertensión arterial, arritmias e incluso shock; A nivel respiratorio disminuye la función pulmonar y aumenta el consumo de oxígeno y a nivel digestivo disminuye la motilidad intestinal, produciendo otros trastornos de menor

gravedad, pero igualmente importantes, como la ansiedad, insomnio y estimulación hormonal.^{6, 7}

La Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations (JAHCO), entidad dedicada a la acreditación de la calidad de los centros sanitarios en los Estados Unidos, establece que el adecuado manejo del dolor es un indicador de buena práctica clínica y de calidad asistencial que influye en la satisfacción del paciente. Para su evaluación ha diseñado una serie de estándares que tienen como objetivo mejorar el alivio del dolor que se realiza en los hospitales, donde la participación de todo el equipo multidisciplinario involucrado es fundamental.⁸

La intensidad y duración del dolor postoperatorio se asocia con características individuales, así como las relacionadas con el procedimiento quirúrgico y con el tratamiento farmacológico que se brinda en las instituciones este último relacionado directamente con características de tipo organizacional. En relación con las características individuales, se pueden señalar la edad, sexo y escolaridad. En algunos estudios se reportan diferencias en la percepción del dolor de acuerdo a estas características; sin embargo, los hallazgos no son conclusivos.⁹

Respecto al tratamiento farmacológico, los analgésicos utilizados para el manejo del dolor se consideran un aspecto fundamental ya que la principal causa de no satisfacción se relaciona con la subutilización de estos mismos al igual que los opioides, esto aunado con un cumplimiento bajo de las pautas analgésicas prescritas por la Organización Mundial de la Salud. En cuanto al uso de opioides se reporta que no se administran las dosis adecuadas debido al temor de causar depresión respiratoria y adicción, esto asociado al bajo conocimiento por parte de los profesionales de la salud.¹⁰ A pesar de reconocer el dolor como un problema de salud pública por su alta prevalencia, en muchos hospitales no se cuenta con protocolos de atención para el manejo del dolor postoperatorio.²

La existencia de procesos estandarizados de cuidado permite eliminar la variabilidad en el manejo que reciben los pacientes en esta etapa, además favorece la inclusión de aspectos como la orientación que recibe el paciente en el preoperatorio y

postoperatorio respecto al manejo del dolor y la participación que se espera de él⁸. De acuerdo con la literatura, este aspecto es fundamental y debe ser considerado en la atención debido a que existe una relación directa entre la educación proporcionada al paciente y el establecimiento de objetivos para aliviar el dolor con la satisfacción con el manejo efectivo del dolor.¹¹

El control satisfactorio del dolor postoperatorio es uno de los retos más importantes que permanecen sin resolver en el ámbito quirúrgico, a pesar de las continuas innovaciones farmacológicas y los incesantes avances tecnológicos, una gran parte de estos pacientes se tratan de forma inadecuada, por lo que experimentan un sufrimiento injustificado, que incrementa notablemente el riesgo de aparición de complicaciones postoperatorias.¹²

Distintos estudios han concluido que los pacientes refieren un alto índice de satisfacción en el tratamiento de su dolor tras la intervención quirúrgica, a pesar de presentar grados de dolor de moderado a intenso, sin embargo, estos estudios han sido realizados en un contexto hospitalario del sector público, donde tanto las características de los usuarios como los recursos institucionales destinados al manejo del dolor son distintos a los que se observan en un sector privado.¹³ La medición de la intensidad del dolor y su relación con la satisfacción del paciente, es relevante debido a que permite identificar los aspectos que deben ser considerados en el desarrollo de intervenciones dirigidas a incrementar la satisfacción de los usuarios, en un contexto donde la demanda depende en gran medida, de la percepción que se tiene de los servicios de salud que se les proporciona¹¹. En consideración a lo anterior, el propósito del estudio fue determinar la intensidad del dolor, el alivio y la orientación proporcionada al paciente para el manejo del dolor y su relación con la satisfacción del paciente con el manejo del dolor postoperatorio en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.

VALORACIÓN DEL DOLOR.

El dolor, es considerado el quinto signo vital y como tal, debe evaluarse adecuadamente; debiéndose cuantificar mediante el uso de escalas validadas, existiendo una gran variedad, según los objetivos para los que se utilizan.¹⁴ Al realizar la valoración del dolor, debemos contar en lo posible con la participación del paciente, porque nadie mejor que el propio paciente sabe si le duele o cuanto le duele y si el paciente afirma que tiene dolor, debemos asumir que efectivamente, lo tiene, aspecto muy importante al momento de la valoración.¹⁵

Por otro lado, es necesario saber, que los aspectos que acompañan al fenómeno doloroso, tales como la alteración de los signos vitales, la frecuencia respiratoria, presión arterial, frecuencia cardiaca, el cambio en el comportamiento o expresiones faciales, no siempre mantienen una relación proporcional con la intensidad o nivel de dolor que experimenta el paciente; ni tampoco, el tipo de cirugía al cual es sometido; es decir, que dos pacientes intervenidos por el mismo tipo de cirugía, no siempre experimentarían la misma intensidad de dolor.¹⁶

Existe una relación poco consistente entre la valoración objetiva y la valoración subjetiva realizada por el paciente. Resultando en las estimaciones subjetivas de los pacientes, tan solo coincidieron en un 10 a 16%. Por lo que la observación del comportamiento en el paciente, es poco fiable, pero está constituye parte de la valoración.¹⁷

Se debe realizar una valoración adecuada del dolor, que realmente refleje la experiencia vivida por el propio paciente, tomando en cuenta que el umbral de dolor percibido por cada sujeto es individual, diferente y dependerá de su personalidad, su cultura o sus características psicológicas, etc.¹⁸

Una valoración correcta, propiciara a identificar el tipo de dolor (agudo o crónico) y la intensidad de dolor, aspectos que permitirán seleccionar el tratamiento más efectivo para el paciente. Siendo de suma importancia la valoración de estos parámetros, los cuales deben estar registrados en la historia clínica y a partir de ello, planificará los cuidados para el manejo del dolor.^{17,19}

Principios para una valoración exitosa relacionadas con el profesional en salud.

- Tener presente el tipo de paciente que se está tratando, considerando los aspectos físico, psíquico y social. ^{6,7}
- Valorar el dolor al ingreso de cada paciente, en sus distintos parámetros como localización, factores, irradiación, frecuencia e intensidad del dolor. ¹⁸
- Evaluar el dolor en reposo y en movimiento para identificar el estado funcional del paciente. ¹⁵
- Valorar el dolor antes y después de cada intervención terapéutica, con un nuevo episodio de dolor o para la realización de un nuevo procedimiento que se prevea doloroso. ¹⁶
- Realizar revaloraciones periódicas respecto al alivio o no el dolor, interferencia con el sueño, actividad, estado de ánimo y los efectos adversos de la medicación (náuseas, estreñimiento, prurito, somnolencia, etc). ²⁰
- El dolor se evalúa, trata y reevalúa de manera frecuente, cada 15 min inicialmente y luego cada 1 a 2 horas conforme disminuye la intensidad del dolor, en la unidad de recuperación postanestésicos. ²¹
- En cuanto el paciente se traslada al servicio de hospitalización, el dolor se debe evaluar, tratar y reevaluar cada 4 a 8 horas. ^{20,21}
- Si el dolor se torna intenso de manera inesperada, debe evaluarse inmediatamente aún más si está asociado a cambios en los signos vitales como taquicardia, hipotensión, o fiebre; debiéndose, tener en cuenta la infección, dehiscencia de suturas, trombosis venosa profunda o síndrome compartimental. ²⁰
- Se realiza manejo del dolor de forma inmediata, sin preguntar, si el dolor es evidente y posteriormente, una vez iniciado el tratamiento, se realizará la valoración del dolor. ¹⁰

- Al incremento de la intensidad del dolor y cuando esté no remita, con las estrategias deberá cambiar el plan de cuidados y la terapia farmacológica. ¹²
- Se debe comunicar al equipo multidisciplinario, específicamente al médico responsable, los resultados de la valoración del dolor, como la efectividad de la terapia farmacológica administrada para el dolor, los efectos que el dolor ocasiona en el paciente, los objetivos que el paciente espera alcanzar con dicho tratamiento. ²⁰

Para que la valoración del dolor sea llevada a cabo de manera más individualizada y lo más correcta posible se han ido implementando y validando una serie de escalas de medición del dolor; éstas, permiten realizar una valoración y comprobar la efectividad del tratamiento administrado. ²²

Existen diversos métodos de valoración, pero el más idóneo y confiable en caso de la medición de la intensidad de dolor en pacientes postoperados es la escala numérica del dolor, que va de 0 a 10, donde 0 es ausencia y 10 el máximo dolor soportable o la escala visual análoga, que corresponde a una representación gráfica de la anterior, siendo ambas escalas unidimensionales. ²³

Clasificando el dolor según su intensidad que es la fuerza o grado con que una persona experimenta el dolor:

- Leve. Se considera si la puntuación esta entre 1 a 3, En este nivel, interviene básicamente la piel o sensación cutánea, por medio de estímulos cutáneos de presión, temperatura, tacto fino, golpes o quemaduras, etc.
- Moderado. Si la puntuación esta entre 4 a 6, este nivel, generalmente involucra la epidermis y el tejido celular subcutáneo.
- Severo. Si la puntuación esta entre 7 a 10, en él se comprometen músculos, articulaciones, huesos y otros tejidos como tendones, tejido conectivo, etc.²⁴

TRATAMIENTO DEL DOLOR:

El tratamiento de dolor está constituido por intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, la combinación de ambas medidas conlleva a un manejo eficaz del dolor. Los involucrados en ello, son el paciente y todo un equipo multidisciplinario: médico, enfermera y otros miembros del personal.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La elección de analgésicos se debe adaptar a la necesidad de cada paciente, teniendo en cuenta: el tipo de dolor (agudo o crónico), la intensidad del dolor (leve, moderado y severo), los factores de riesgo en la toxicidad del analgésico (la edad, enfermedad), el estado general de salud, la respuesta al tratamiento farmacológico anterior o actual.²⁵

La Organización Mundial de Salud (OMS), desde 1986 establece las primeras sugerencias para clasificar el tratamiento de dolor en pacientes oncológicos y se basa en el uso de analgésicos, paso a paso, de acuerdo a la severidad del dolor ya la etiología del mismo

- Primer escalón: Analgésico no opioide como ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, etc. + coanalgesicos.
- Segundo escalón: Opioides de baja potencia +- coanalgesicos + escalón I
- Tercer escalón: Opioides de alta potencia +- coanalgesicos + escalón I
- Cuarto escalón: Métodos invasivos +- coanalgesicos.²⁶

Pero el paso del tiempo y los cambios que él conlleva, han provocado que aspectos como la aparición de nuevos fármacos y de nueva tecnología hagan que los escalones de dicha escalera se conviertan más en un retraso que en una ventaja para el adecuado tratamiento del dolor. Ante esta situación, aparece como alternativa el denominado ascensor analgésico, que permite tratar al paciente con la inmediatez y rapidez de un ascensor, logrando que este pueda ser tratado de forma efectiva con el fármaco más adecuado a su nivel de dolor en cada momento, sin esperas.²⁷

El médico, es el responsable de establecer el manejo farmacológico para el paciente, prescribiendo el medicamento a administrar.

Asimismo, es importante recalcar, que el éxito del manejo del dolor, no solo depende de la administración de analgésicos sino también otras intervenciones como:

- Identificar si el tratamiento a dar, está en función al tipo y evolución del dolor.
- Informar al paciente acerca del analgésico que se está utilizando.
- Mantener el estado de analgesia.
- Valorar la intensidad del dolor antes y después de la administración farmacológica.
- Informar si la medida farmacológica fue eficaz para aliviar el dolor y esta produjo efectos adversos en el paciente.
- El nombre del analgésico utilizado (dosis, vía y hora), grado y duración del alivio del dolor incluso si hubo tratamiento de rescate debe ser registrado en la historia clínica del paciente. ²⁸

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.

Son estrategias no farmacológicas sustentadas teóricamente y replicables que se realizan sobre el paciente para aliviar el dolor. Entre éstas, tenemos la estimulación cutánea, masaje, técnicas de relajación, meditación, distracción, imaginación guiada, terapia ocupacional, cambios de posición, tratamiento con frío o calor local, técnicas de respiración, medidas ambientales de confort, intervenciones psicológicas, etc. ²⁹

Al momento de aplicar esta estrategia, se debe considerar los siguientes aspectos:

- No utilizar como un sustituto del tratamiento farmacológico.
- La selección de los métodos no farmacológicos debe basarse en la preferencia del paciente, así como en los objetivos establecidos.
- Tener en cuenta sus contraindicaciones potenciales, antes de elegir un método de tratamiento no farmacológico. ³⁰

EDUCACIÓN AL PACIENTE.

Es un proceso mediante el cual el profesional de salud proporciona información al paciente y su cuidador antes y después de la cirugía, con el objetivo de involucrarlo en el manejo de su dolor. Aspecto, muy olvidado por la mayor parte de los profesionales, quienes no dan la debida importancia que ésta, tiene para el paciente y para el éxito del manejo del dolor.

Asimismo, diversos estudios reportan que la mayoría de profesionales, no realizan la educación al paciente postoperado, siendo un porcentaje mínimo de quienes, si cumplen con ello. ³¹

Educar al paciente y su familia o cuidador sobre el dolor, las medidas de tratamiento y su prevención, los efectos secundarios de la medicación, la corrección de mitos falsos y la importancia de su participación contribuye enormemente, para llevar a cabo un adecuado manejo del dolor en el paciente postoperado. Asimismo, educar sobre el dolor, al paciente le otorga autonomía en su propio cuidado, propiciando la participación activa en el tratamiento de su dolor y a los profesionales de salud, les permite anticiparse ante el incremento de la intensidad de dolor, evitando sus complicaciones; ya que, un paciente bien informado, comunicará de forma inmediata la falta de alivio de dolor, los cambios producidos, las nuevas fuentes o tipos de dolor y los efectos secundarios de los analgésicos. La educación sobre el manejo del dolor contribuirá a prevenir el tratamiento insuficiente del dolor y los efectos dañinos que resultan de éste. ^{31,32}

Todo esto, contribuye al aumento del grado de satisfacción de los pacientes respecto al tratamiento analgésico ofrecido.

GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.

El grado de satisfacción con el manejo del dolor agudo postoperatorio, está determinado por su intensidad y la orientación recibida para su manejo, estos factores son relevantes de considerar a fin de lograr la satisfacción del usuario. Además, el tiempo de respuesta al administrar el analgésico ante la presencia del dolor,

contribuye a disminuir la intensidad del mismo. La clave para un mayor grado de satisfacción, se encuentra en una adecuada valoración del paciente para identificar la presencia e intensidad del dolor y desarrollar las medidas de atención pertinentes para disminuir su intensidad en el periodo posoperatorio, así como fomentar la participación de los mismos pacientes con relación al manejo del dolor.^{13, 33}

JUSTIFICACIÓN

La calidad de los servicios de salud es un reto, esto demanda que día a día se busquen estrategias de gestión que permitan elevarla calidad de la atención que se proporciona a los pacientes. Un aspecto que demanda mayor esfuerzo hacia el interior del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, es el adecuado manejo del dolor postoperatorio, este aspecto se considera relevante sobre todo por la tendencia nacional e internacional de contar con hospitales libres de dolor que contribuyan a la satisfacción del paciente.

Existe evidencia de que un adecuado alivio del dolor no solo aumenta el confort y la satisfacción de los pacientes, sino que, además, contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria y en algunos casos reduce la estancia hospitalaria.

El dolor tiene una parte subjetiva e individual, en la cual influyen factores emocionales y de personalidad, aspectos socioculturales y la experiencia previa del paciente con el dolor. Pero sin duda, tiene otra parte objetiva, está demostrado que un inadecuado control del dolor aumenta la morbilidad del paciente, ya que actúa sobre todos los sistemas.

Por lo anterior consideramos pertinente realizar la evaluación del grado de satisfacción del manejo analgésico del dolor agudo postoperatorio en los pacientes para poder evaluar la eficacia de los manejos analgésicos utilizados en el hospital especialidades Dr Bernardo Sepúlveda del centro médico nacional siglo XXI y finalmente poder emitir recomendaciones en caso de que el nivel de satisfacción sea bajo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La existencia de dolor sigue siendo una preocupación en el ámbito médico y sobre todo en el ámbito quirúrgico, se ha observado que el 80% de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, experimentan dolor postoperatorio.

El dolor posoperatorio es el síntoma más frecuente y significativo para el paciente quirúrgico, el cual aparece por la sección, tracción de tejidos y la liberación de sustancias que producen dolor, luego del acto quirúrgico. La variabilidad de respuesta, el tipo de intervención quirúrgica y el procedimiento anestésico empleado, tienen gran influencia en la forma y nivel de dolor que experimentan los pacientes.

El dolor posoperatorio continuo y no aliviado, activa el sistema simpático, desencadenando efectos fisiopatológicos indeseables en diferentes sistemas como cardiovascular, gastrointestinal, inmunológico y renal, predisponiendo a los pacientes a eventos adversos como una isquemia cardíaca y el íleo. Asimismo, un dolor no aliviado disminuye la movilidad del paciente generando complicaciones como embolia pulmonar, trombosis venosa profunda, y neumonía.

El manejo del dolor adecuado es una medida preventiva en el postoperatorio inmediato para la prevención de infecciones del sitio quirúrgico, ya que el dolor continuo y no tratado adecuadamente puede suprimir el sistema inmunológico del paciente, provocando el desarrollo de una infección posquirúrgica y una cicatrización deficiente de la herida.

Entre las causas del manejo inadecuado del dolor, diferentes estudios señalan que existe una deficiente valoración, un tratamiento farmacológico inadecuado, falta de educación al paciente, una pobre documentación del dolor y la inexistencia de protocolos o guías respecto al manejo del dolor.

Esta se asocia principalmente a la naturaleza subjetiva que posee el dolor, por lo que se tiende a subestimar la presencia de éste, es decir, que se le da poca o nada de

credibilidad cuando el paciente reporta dolor y que en la mayoría de instituciones no se valora el dolor de forma continua y regular, pese a que el dolor está considerado como el quinto signo vital. Asimismo, La American Pain Society (APS) sugiere que el dolor sea el quinto signo vital como un medio para hacer que se reevalúen y documenten el dolor cada vez que se obtienen los signos vitales.

El manejo del dolor postoperatorio en los pacientes continúa siendo de manera inadecuada, esto a pesar de los avances tecnológicos e innovaciones farmacológicas por lo que constituye uno de los retos más importantes para todos profesionales de la salud.

HIPÓTESIS

Hipótesis verdadera: (H1): A menor puntuación del dolor agudo postoperatorio, mayor grado de satisfacción analgésica en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el hospital de especialidades del centro médico nacional siglo XXI.

Hipótesis nula: (Ho): A mayor puntuación del dolor agudo postoperatorio, mayor grado de satisfacción analgésica en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el hospital de especialidades del centro médico nacional siglo XXI

Hipótesis alterna (Ha) La puntuación del dolor agudo postoperatorio no tiene relación con la satisfacción analgésica en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el hospital especialidades del centro médico nacional siglo XXI

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

El Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI carece de guías de manejo estandarizadas para la correcta evaluación y tratamiento del dolor postoperatorio lo que repercute en el nivel de satisfacción del paciente así como en su evolución, además, los profesionales tienden a subestimar o sobrevalorar el dolor

que cursa el paciente, percibiendo el dolor como normal luego de una intervención quirúrgica; por lo que en muchos casos se estaría realizando el manejo del dolor postoperatorio basado en su juicio personal, creencias y experiencias subjetivas. Todo ello puede dar evidencia que tal vez se está manejando inadecuadamente el dolor postoperatorio en los pacientes de esta institución.

Ante ello se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el grado de satisfacción en el manejo de dolor agudo postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI?

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el grado de satisfacción analgésica en el paciente sometido a cirugía abdominal tras 24 horas de finalizado el procedimiento quirúrgico.

Objetivos Específicos

- Identificar la proporción de pacientes que reciben orientación para el manejo del dolor postoperatorio intervenidos quirúrgicamente con cirugía abdominal.
- Conocer el grado de satisfacción del paciente con el manejo analgésico otorgado.
- Identificar el porcentaje de alivio de dolor postoperatorio en cirugía abdominal a las 24 horas
- Identificar otras variables que pueden intervenir en el grado de satisfacción analgésica

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 1. Variables Demográficas						
Variable	Categoría	Escala de Medición	Unidad de Análisis	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento de Medición
Edad	Cuantitativa	Discreta	Número de años	Tiempo que ha vivido persona	Número de años cumplidos que el paciente refiere tener al momento del interrogatorio	Interrogatorio
Sexo	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas	Categoría asignada al paciente de acuerdo a sus caracteres sexuales	Interrogatorio
Peso	Cuantitativa	Continua	Kilogramos, gramos	Fuerza con que la Tierra atrae un cuerpo	Kilogramos y gramos que pesa un paciente a la somatometría	Báscula médica
Talla	Cuantitativa	Continua	Metros, centímetros	Estatura, medida de una persona desde los pies a la cabeza	Metros y centímetros que mide un paciente a la somatometría	Estadímetro

Tabla 2. Variables Independientes						
Variable	Categoría	Escala de Medición	Unidad de Análisis	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento de Medición

Cirugía	Cualitativa	Nominal	Tipo de Cirugía	Procedimiento médico que tiene por objeto curar operando la parte afectada del cuerpo	Nombre del procedimiento quirúrgico	Nota postquirúrgica
Tiempo quirúrgico	Cuantitativa	Continua	Horas, minutos	Magnitud física que permite ordenar la secuencia de eventos transquirúrgicos	Tiempo transcurrido entre el principio y el final del evento quirúrgico	Reloj, registros de enfermería y/o anestesiología
Diagnóstico	Cualitativa	Nominal	Nombre de la enfermedad	Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte.	Nombre de la enfermedad según la CIE-11	Nota postquirúrgica

Tabla 3. Variables Dependientes						
Variable	Categoría	Escala de Medición	Unidad de Análisis	Definición Conceptual	Definición Operacional	Instrumento de Medición
Intensidad del dolor postoperatorio	Cuantitativa	Discreta	0-10	Intensidad de la experiencia sensorial y emocional asociada con, o similar a la asociada con, daño tisular real o potencial posterior a un evento quirúrgico	Número en la escala visual análoga señalado por el paciente como representativo de la intensidad de su dolor	Cuestionario

Grado de afectación para actividades en general	Cuantitativa	Discreta	Escala de valoración numérica	Alteración en la realización del conjunto de operaciones o tareas propias de una persona o entidad	Número en la escala de valoración numérica señalado por el paciente como representativo de la afectación para sus actividades en general	Cuestionario
Grado de afectación en el estado de ánimo	Cuantitativa	Discreta	Escala de valoración numérica	Alteración en la actitud, disposición, temple	Número en la escala de valoración numérica señalado por el paciente como representativo de la afectación en su estado de ánimo	Cuestionario
Grado de afectación para la deambulación	Cuantitativa	Discreta	Escala de valoración numérica	Alteración en el andar, caminar sin dirección determinada	Número en la escala de valoración numérica señalado por el paciente como representativo de la afectación para el desplazamiento	Cuestionario
Grado de afectación para el trabajo habitual	Cuantitativa	Discreta	Escala de valoración numérica	Alteración en la cosa que es resultado de la actividad humana	Número en la escala de valoración numérica señalado por el paciente como representativo de la afectación para	Cuestionario

						sus actividades habituales.	
Grado De dolor	Cuantitativa	Discreta	Escala de valoración numérica	Percepción sensorial localizado y subjetiva que puede ser más o menos intensa molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo	Número en la escala de valoración numérica señalado por el paciente como representativo de la afectación.		Cuestionario
Grado de afectación para el sueño	Cuantitativa	Discreta	Escala de valoración numérica	Alteración en el acto de dormir	Número en la escala de valoración numérica señalado por el paciente como representativo de la afectación en la calidad y/o tiempo de sueño		Cuestionario
Grado de Satisfacción	Cuantitativa	Discreta	Escala de valoración numérica	Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando saca el mando un deseo o cubierto una necesidad	Número en la escala de valoración numérica señalado por el paciente como representativo de la afectación para gozar la vida		Cuestionario
Grado de náusea	Cuantitativa	Discreta	Escala de valoración numérica 0 - 10	Sensación de malestar en el estómago que se experimenta cuando se	Número en la escala de valoración numérica señalado por el		Cuestionario

				tienen ganas de vomitar y que suele culminar en vómitos	paciente como representativo de la afección.	
Grado Somnolencia	Cuantitativa	Discreta	Escala valoración numérica 0- 10	Estado intermedio entre el sueño y la vigilia en el que todavía no se ha perdido la conciencia	Número en la escala de valoración numérica señalado por el paciente como representativo de la afección.	Cuestionario
Grado de mareo	Cuantitativa	Discreta	Escala de valoración numérica del cero al 10	Sensación de vértigo inestabilidad en la cabeza y malestar en el estómago que puede llegar a provocar ganas de vomitar y pérdida del equilibrio	Número en la escala de valoración numérica señalado por el paciente como representativo de la afección.	Cuestionario
Prurito	Cuantitativa	Discreta	Numérica del cero al 10	Picor que se siente en una parte del cuerpo o en todo el y que provoca la necesidad o el deseo de rascarse.	Número en la escala de valoración numérica señalado por el paciente como representativo de la afección.	Cuestionario

PROCEDIMIENTO:

Se solicitó aprobación del comité local de ética ante el CLIS. Una vez aprobado se llevó a cabo la selección de pacientes para el estudio de acuerdo con la programación quirúrgica. 24 Horas posteriores al término del evento quirúrgico se realizó la aplicación del cuestionario que se anexa en la sección correspondiente a los pacientes que cumplieron con los criterios de selección previo a firma del consentimiento informado. La información anterior se concentro en una hoja de estadística de Excel para posteriormente realizar el análisis estadístico con los datos obtenidos mediante el programa estadístico SPSS No. 24.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años.
- Pacientes dentro de las primeras 24 horas postoperatorias consideradas a partir del egreso del quirófano.
- Pacientes intervenidos de cirugía abdominal no clasificada como mínima invasiva (microcirugía) con una duración mayor de 2 horas
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- Paciente con capacidad cognitiva para contestar el cuestionario.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes sometidos a cirugía mínimamente invasiva.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes postquirurgicos ambulatorios.
- Pacientes con un tiempo quirúrgico menor de 2 horas.
- Pacientes que ingresen a quirófano presentando un RASS < 0

- Pacientes que ingresan a quirófano con un Glasgow menor a 13.
- Paciente con dolor crónico y uso crónico de analgésicos.
- Pacientes que ingresen orointubados.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Pacientes bajo intubación orotraqueal al egreso de quirófano.
- Pacientes con Glasgow menor de 13 al egreso de quirófano.
- Pacientes con delirio postoperatorio.
- Pacientes que egresen de quirófano con un Rass menor a 0.
- Pacientes que no realicen el adecuado llenado del cuestionario.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado

CÁLCULO DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de muestra a evaluar, se utilizó la fórmula:

$$n = \frac{k^2 \times p \times q \times N}{(e^2 \times (N-1)) + k^2 \times p \times q}$$

en la cual

n = número de pacientes a encuestar

k = nivel de confianza asumido al 95% = 1.96

p = proporción de individuos de la población que poseen la característica de estudio.

Dado que este dato es generalmente desconocido, se suele suponer que $p=q=0.5$

$q = 1-p = 0.5$

N = número total de cirugías abdominales abiertas electivas llevadas a cabo en un año en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Dicho dato equivale a 450 cirugías, y se obtuvo solicitando a la división administrativa de quirófano el número total de cirugías de ese tipo en el año 2019 (se tomó en consideración la afectación en la productividad quirúrgica por la pandemia de COVID-19 en los años 2020 y 2021, por lo que decidieron no ser evaluados).

e= error muestral asumido del 5%

La aplicación de dicha fórmula arroja un $n= 227$

Considerando un 10% de pérdida de seguimientos, el tamaño de muestra final fue equivalente a 207 pacientes.

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia de aquellos pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, sometidos a cirugía abdominal abierta del 1 de febrero al 30 de abril del 2022 en la UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

El diseño del estudio fue de tipo ambispectivo, observacional, descriptivo, transversal y correlacional. Este diseño permitió describir las variables de estudio, así como identificar la interrelación entre dos o más variables. En el estudio se relaciono la intensidad del dolor, el alivio y la orientación proporcionada al paciente para el manejo del dolor con el grado de satisfacción para el manejo del dolor postoperatorio.

PERIODO

El presente estudio se realizó en el periodo comprendido de abril a julio del 2022.

UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente para cirugía abdominal en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI" durante el periodo comprendido en el estudio y que cumplieron los criterios de inclusión. El tipo de muestreo fue aleatorio estratificado. La técnica de muestreo fue aleatoria sistemática de uno en dos con inicio aleatorio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Procesamiento de datos posterior a la realización del trabajo de campo, se seleccionó y tabuló la información recolectada. Este procedimiento se llevó a cabo realizando una doble base de datos en el programa Microsoft Excel 2010 para evitar errores de ingreso de datos como confusión de variables.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

- Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos para conocer las características generales de la muestra a estudio. Se ingresó la información a la base de datos que se creó en Microsoft Excel 2010®. Se hizo el análisis con el programa Epi Info versión 7.2, para la obtención de los resultados y estos se representaron en tablas, basados en los objetivos planteados.
- Se presentaron los datos relacionados al sexo en una tabla con frecuencias y porcentajes para determinar las características sociodemográficas de la población a estudio.
- Se describieron las preguntas 3,4 y 5 las cuales miden intensidad del dolor promedio de un valor numérico siendo de 0 a 10 y se recategorizaron en ausente (0), leve (1-3), moderado (4-6) y severo (7-10) para representar los resultados de intensidad de dolor a las en frecuencias y porcentajes en una gráfica de pie.
- Se describieron las preguntas que miden la satisfacción del paciente en el manejo del dolor, fueron reclasificadas en insatisfecho (0) algo satisfecho (1-5), satisfecho (6-9) y muy satisfecho(10).
- Se realizó un análisis descriptivo bivariado, con la variable intensidad y el tipo de intervención quirúrgica, se utilizó frecuencias, porcentajes y la media, los resultados fueron representados en gráficas de barras agrupadas verticales.
- Para evaluar la relación entre la intensidad del dolor agudo postoperatorio y la satisfacción en el manejo, se procedió a dicotomizar las variables, de forma que se pudo realizar una tabla de 2x2; siendo:
 - Intensidad del dolor: leve/moderado-severo.

➤ Satisfacción en el manejo: satisfecho/no satisfecho

- Posterior a ello, se procedió a llenar las tablas con los datos recolectados para determinar la asociación entre ambas variables a través de la prueba de Chi².
- Se realizó un análisis descriptivo bivariado, con las variables intensidad y tipo de analgesia otorgada, se utilizó frecuencias y porcentajes, los resultados se representaron en gráficas de barras agrupadas verticales.

a. VARIABLES NUMÉRICAS

Para el análisis de la variable edad, se utilizó la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión.

b. VARIABLES CATEGÓRICAS

Para el análisis de las variables categóricas: sexo, intensidad, tipo de analgesia; se utilizó frecuencias y porcentajes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El investigador garantizo que este estudio tuviera apego a la legislación y reglamentación de la Ley General de salud en materia de Investigación para la Salud, lo que brindará mayor protección a los sujetos del estudio. De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación el riesgo de esta investigación se cataloga sin riesgo. Los procedimientos de este estudio se apegaron a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y se llevo a cabo en plena conformidad con los siguientes principios de la “Declaración de Helsinki” (y sus enmiendas en Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica) donde el investigador garantiza que:

- a. Se ejecutará una búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema realizado.

b. Este protocolo fue sometido a evaluación por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.

c. Este protocolo fue desarrollado por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un equipo de médicos clínicamente competentes y certificados en su especialidad.

d. El análisis retrospectivo de la documentación se llevó a cabo respetando en todo momento el anonimato de los pacientes involucrados. Este protocolo conservo la confidencialidad de las personas. Al momento de vaciar los resultados no usamos nombres o alguna información que pudiera identificar cada caso.

e. La publicación de los resultados de esta investigación preservó la exactitud de los resultados obtenidos.

f. Se anexa la carta de consentimiento informado autorizada por el paciente o tutores. Se respetaron los principios contenidos en el código de Nuremberg y el informe Belmont.

El riesgo/beneficio que se obtuvo a lo largo de este estudio clínico, es valorar el grado de satisfacción analgésica en dolor agudo postoperatorio en cirugías abdominales, ya que está documentado que, a mayor grado de esta, se presentaron menor número de complicaciones, viéndose reflejado en un menor tiempo de estancia intrahospitalaria.

PRINCIPIOS ÉTICOS GENERALES

Para la realización de este estudio, se aplicaron los siguientes principios éticos:

- **Beneficencia:** se beneficiarán los pacientes para valorar adecuadamente su intensidad de dolor y mejorar el manejo de dolor agudo pos operatorio en futuros pacientes.

- No maleficencia: no se realizará ningún tipo de intervención en el paciente que pudiera causar daño.
- Autonomía: se respetará la participación voluntaria, la privacidad y confidencialidad de los datos recolectados, se utilizará un consentimiento informado y se explicará así mismo las instrucciones y objetivos del estudio.
- Justicia: todos los pacientes sin importar sus características sociodemográficas, tendrán la misma oportunidad de participar en el estudio.

c. CATEGORÍA DE RIESGO

Categoría 1 (sin riesgo): ya que fue un estudio donde no habrá intervención o modificación con los pacientes participantes, recolectando los datos por medio de encuestas.

RECURSOS DISPONIBLES

RECURSOS HUMANOS

Investigadores Y asesores médicos; así como personal del archivo clínico que labora en el hospital especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez del centro médico nacional siglo XXI perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social.

RECURSOS MATERIALES

- Archivo clínico del hospital especialidades, centro médico nacional siglo XXI
- Programación quirúrgica del bloque B del hospital de especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez del centro médico nacional siglo XXI
- Registro trans anestésico de pacientes sometidos a cirugía abdominal del hospital especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez Del centro médico nacional siglo XXI
- Carta de consentimiento informado
- Cuestionario sobre satisfacción analgésica
- Uso de computadora personal e institucional

RECURSOS FINANCIEROS

No se requiere financiamiento económico

RESULTADOS:

Se evaluaron un total de 227 pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social y que se sometieron a cirugía abdominal en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional siglo XXI "Dr. Bernardo Sepúlveda".

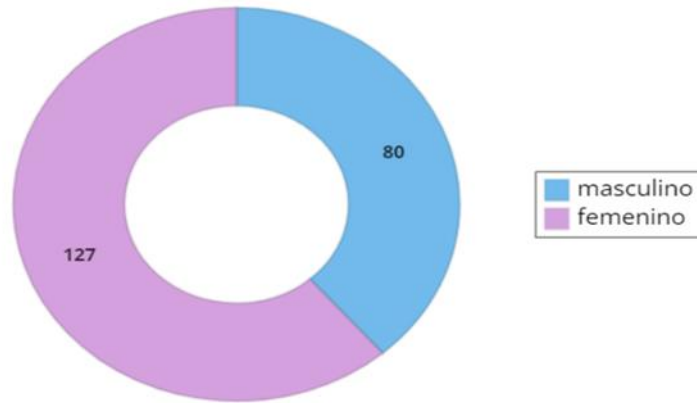
De los 227 pacientes evaluados, 13 de ellos se vieron excluidos debido a que antes de cumplir las 24 horas de postoperados presentaron complicaciones por lo que se trasladaron a la unidad de cuidados intensivos y 7 de ellos fueron egresados de la unidad antes de cumplir las 24 horas establecidas, por lo que la muestra final es de 207 pacientes.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes.

Número de sujetos	207	σ_x
Edad (años)	51.43 \pm 14.08	0.97
Sexo (F/M)	127 / 80	N/A
Peso. (Kg)	71.85 \pm 10.9	0.76
Talla. (m)	160.6 \pm 7.0	0.48

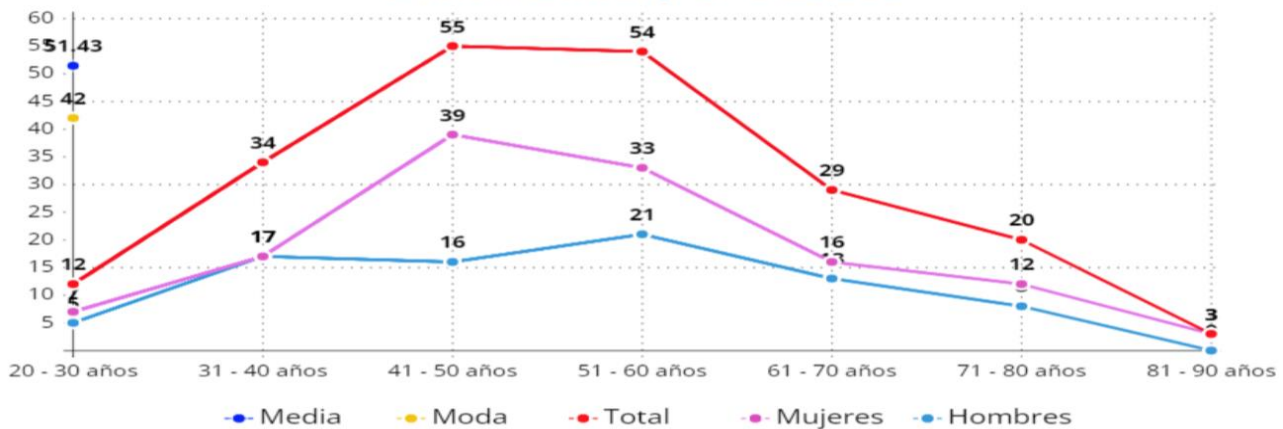
El estudio estuvo integrado por una población total de 207 sujetos, de los cuales correspondieron en 61.36% al género femenino (n=127) y 38.64% correspondieron al género masculino (n=80) (Figura 1).

Distribución por género



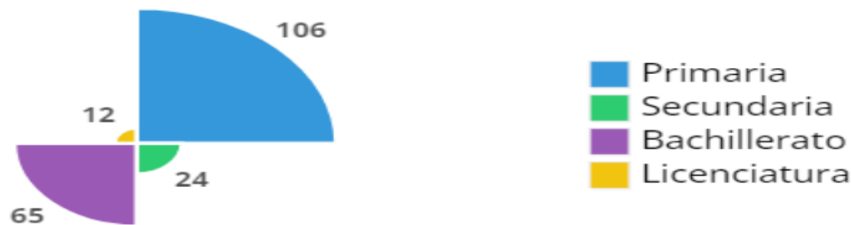
De los 207 pacientes seleccionados, la edad oscilaba entre los 22 y los 83 años con una media de 51.43 (± 14.08), siendo la moda de 42 años. El promedio de edad de los pacientes del género masculino fue de 50.22 años (± 13.65) con una moda la cual se encuentra en el rango de edad de los 30 a los 40 años, en cuanto al género femenino, el promedio de edad es 52.19 (± 13.96), en donde el rango de edad que mas prevaleció es el de 41 a 50 años. (Figura 2)

Distribución por edades



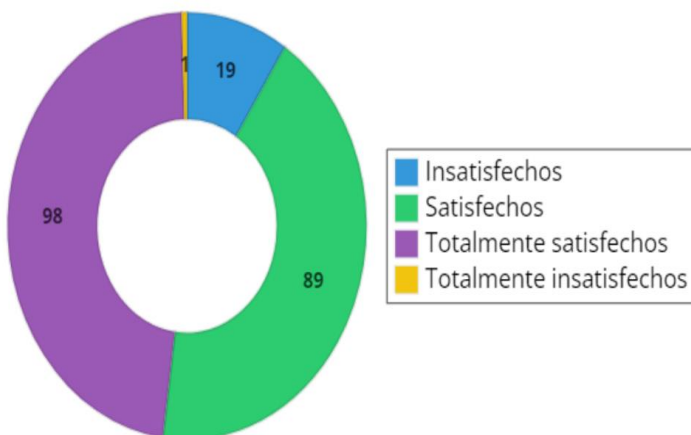
La escolaridad más frecuente en la muestra fue primaria 51.2% (n =106), seguido de bachillerato 31.4% (n=65), secundaria 11.59% (n=24) y por ultimo solo el 5.7% (n=12) cuentan con educación superior.

Escolaridad



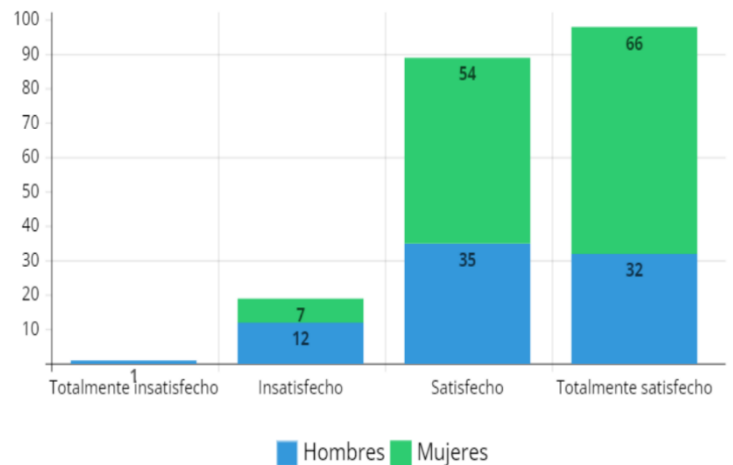
Para determinar el grado de satisfacción analgésica postoperatoria, se utilizó un sistema categórico tipo Liket y posteriormente se correlaciono con las variables mediante la prueba de chi cuadrada de pearson para determinar y analizar aquellas que pudieran interferir con la percepción de esta. Con el total de casos, se realizo el calculo de la prevalencias mediante la formula: $Prevalencia = \frac{\text{numero existente de casos}}{\text{total de la muestra}}$, obteniendo las siguientes prevalencias con un intervalo de confianza 95%.

Grado de satisfacción analgésica



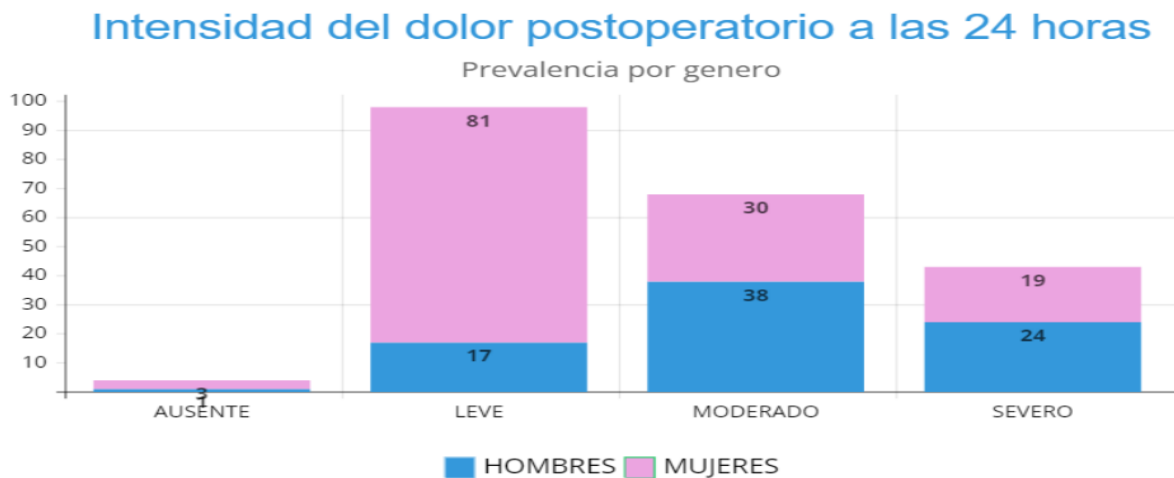
Grado de satisfacción analgésica

Prevalencia por genero.



De la muestra de pacientes entrevistados a las 24 horas de postoperados, 94.4% (n=120) del total de mujeres y 83.75% (n= 67) de hombres refirieron que en ese momento se encontraban satisfechos (calificación >5) con los resultados del tratamiento del dolor, una media del 90.33% (187) de la muestra total; de estos, 98 (47.34%) pacientes otorgaron una calificación de 10 para indicar que se encontraban completamente satisfechos con el tratamiento brindado, 66 (51.96%) mujeres y 32 (40%) hombres.

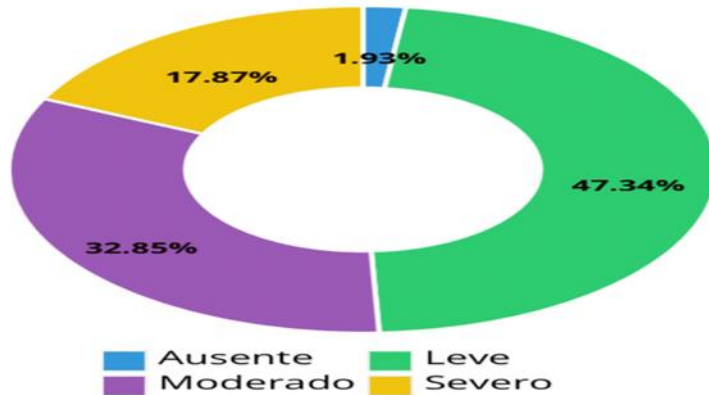
Al momento en el que se realizó la encuesta, 24 horas posteriores al término de la cirugía, el 98.07% (n=203) presentaba algún tipo de dolor (ENA \geq 1), del 1.93% (n=4) que determino que se encontraba ausente el dolor, 75% (n=3) eran mujeres y 25% (n=1) hombres.



El 47.34% (n=98) refirieron un dolor leve (ENA 1 – 3), el 63.77% (n=81) de las mujeres y el 21.25% (n=17) de los hombres. Un 32.85% (n=68) de los pacientes, 47.5% (n=38) de los hombres y 23.62% (n=30) de las mujeres clasificaron la intensidad del dolor postoperatorio a las 24 horas como moderado (ENA 4 – 6).

37 de los 207 pacientes (17.87%), mencionaron que experimentaban en ese momento un dolor severo (ENA ≥ 7), 30% (n=24) de los hombres y 10.23% (n=13) de las mujeres.

INTENSIDAD DEL DOLOR POSTOPERATORIO A LAS 24 HORAS.



Tipo de cirugía:

En las encuestas realizadas, se encontró que la muestra total de pacientes, se distribuyó entre 14 tipos distintos de cirugía, en donde la que se realizó con mayor frecuencia fue laparotomía exploratoria con un 16.91% (n=35), seguido de plastias inguinales y restitución de tránsito intestinal con el 9.66% cada una (n=20), en menor frecuencia encontramos la LAPE + resección de tumor con tan solo el 1.93% (n=4) y las miotomía con el 3.38% (n=7)

TABLA 2. Tipos de cirugía realizada

TIPO CIRUGÍA	FRECUENCIA	F. Acumulada	PREVALENCIA
APENDICECTOMIA	9	9	4.35%
COLECISTECTOMIA	15	24	7.25%
GASTRECTOMIA	16	40	7.73%
HEPATECTOMIA	10	50	4.83%
HEPATOEYUNOANASTOMOSIS	12	62	5.80%
LAPE	35	97	16.91%
LAPE + PLASTIA	18	115	8.70%
LAPE + RESECCIÓN TUMOR	4	119	1.93%
MIOTOMIA	7	126	3.38%
NEFRECTOMIA	11	137	5.31%
PLASTIA PARED	14	151	6.76%
PLASTIA INGUINAL	20	171	9.66%
RTI	20	191	9.66%
WHIPPLE	16	207	7.73%
TOTAL	207		100%

En cuanto a la prevalencia del dolor por tipo de cirugía, se observó que la cirugía con mayor prevalencia para que se presente un dolor severo a las 24 horas es la LAPE + resección de tumor, en donde de las 4 cirugías que se realizaron, un 75% (n = 3) de los pacientes que se someten a ella, presentan un dolor severo a las 24 horas de terminado el procedimiento quirúrgico, por otra parte, la apendicetomía está relacionada ($p < 0.05$) con la ausencia de dolor o si este se presenta, que sea de una manera tolerable (ENA < 4), en este estudio, solo el 11% (n = 1) presentó un dolor moderado y ninguno de los pacientes sometidos a este procedimiento refirió algún tipo de dolor severo.

En 4 de los 11 procedimientos quirúrgicos (cirugía para restitución del tránsito intestinal, Whipple, miotomía y LAPE + resección de tumor), las cuales representan el 22.70% (n=47) de las cirugías totales, el 100% de los pacientes refirieron un dolor no tolerable.

TABLA 3: Intensidad del dolor por tipo de cirugía

TIPO CIRUGÍA	INTENSIDAD DOLOR A LAS 24 HRS.				TOTAL CX
	AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	
APENDICECTOMIA	2	6	1	0	9
COLECISTECTOMIA	1	12	2	0	15
GASTRECTOMIA	0	11	5	0	16
HEPATECTOMIA	0	1	7	2	10
HEPATOYEUANOANASTOMOSIS	0	3	8	1	12
LAPE	1	27	7	0	35
LAPE + PLASTIA	0	12	4	2	18
LAPE + RESECCIÓN TUMOR	0	0	3	1	4
MIO TOMIA	0	0	2	5	7
NEFRECTOMIA	0	5	4	2	11
PLASTIA PARED	0	8	2	4	14
PLASTIA INGUINAL	0	13	7	0	20
RTI	0	0	11	9	20
WHIPPLE	0	0	5	11	16
TOTAL	4	98	68	37	207

Chi cuadrada de pearson: 0.23

TABLA 4: Prevalencia de la intensidad del dolor por tipo de cirugía

TIPO CIRUGÍA	INTENSIDAD DOLOR A LAS 24 HRS.			
	AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO
APENDICECTOMIA	22%	67%	11%	0%
COLECISTECTOMIA	7%	80%	13%	0%
GASTRECTOMIA	0%	69%	31%	0%
HEPATECTOMIA	0%	10%	70%	20%
HEPATOYEUANOANASTOMOSIS	0%	25%	67%	8%
LAPE	3%	77%	20%	0%
LAPE + PLASTIA	0%	67%	22%	11%
LAPE + RESECCIÓN TUMOR	0%	0%	75%	25%
MIO TOMIA	0%	0%	29%	71%
NEFRECTOMIA	0%	45%	36%	18%
PLASTIA PARED	0%	57%	14%	29%
PLASTIA INGUINAL	0%	65%	35%	0%
RTI	0%	0%	55%	45%
WHIPPLE	0%	0%	31%	69%

Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre el tipo de cirugía y el grado de satisfacción analgésico a las 24 horas, en donde en las nefrectomías, el 91% (n=10) de los pacientes mantenían un grado de satisfacción máximo a comparación del 9% (n=1) que se dijo insatisfecho en ese momento.

En la cirugía de miotomía, se encontró que el 29% (n=2) mantenían a las 24 horas un grado de satisfacción no aprobatorio, siendo esta la cirugía de menor grado de satisfacción que se realizó.

Con un 6% (n=1) de prevalencia se encontro la cirugía whipple como la unica en donde el paciente se encontraba totalmente insatisfecho tras el curso de 24 horas.

TABLA 4: Frecuencia del grado de satisfacción analgesico por tipo de cirugía
Grado de satisfacción analgesica a las 24 HRS.

TIPO CIRUGÍA	Totalmente		Satisfecho	Totalmente	
	insatisfecho	insatisfecho		satisfecho	TOTAL
APENDICECTOMIA	0	0	6	3	9
COLECISTECTOMIA	0	2	7	6	15
GASTRECTOMIA	0	0	10	6	16
HEPATECTOMIA	0	2	6	2	10
HEPATOYEUANOANASTOMOSIS	0	1	6	5	12
LAPE	0	2	19	14	35
LAPE + PLASTIA	0	2	1	15	18
LAPE + RESECCIÓN TUMOR	0	1	0	3	4
MIOTOMIA	0	2	0	5	7
NEFRECTOMIA	0	1	0	10	11
PLASTIA PARED	0	2	6	6	14
PLASTIA INGUINAL	0	1	10	9	20
RTI	0	1	13	6	20
WHIPPLE	1	2	5	8	16
TOTAL	1	19	89	98	208

TABLA 6: Prevalencia del grado de satisfacción analgesico por tipo de cirugía
Grado de satisfacción analgesica a las 24 HRS.

TIPO CIRUGÍA	Totalmente		Satisfecho	Totalmente	
	insatisfecho	insatisfecho		satisfecho	satisfecho
APENDICECTOMIA	0%	0%	67%	33%	
COLECISTECTOMIA	0%	13%	47%	40%	
GASTRECTOMIA	0%	0%	63%	38%	
HEPATECTOMIA	0%	20%	60%	20%	
HEPATOYEUANOANASTOMOSIS	0%	8%	50%	42%	
LAPE	0%	6%	54%	40%	
LAPE + PLASTIA	0%	11%	6%	83%	
LAPE + RESECCIÓN TUMOR	0%	25%	0%	75%	
MIOTOMIA	0%	29%	0%	71%	
NEFRECTOMIA	0%	9%	0%	91%	
PLASTIA PARED	0%	14%	43%	43%	
PLASTIA INGUINAL	0%	5%	50%	45%	
RTI	0%	5%	65%	30%	
WHIPPLE	6%	13%	31%	50%	

Grado de satisfacción analgésica según la intensidad del dolor postoperatorio a las 24 horas.

Se encontró una asociación inversamente proporcional en la correlación negativa entre las variables de la intensidad del dolor postoperatorio a las 24 horas y el grado de satisfacción analgésico otorgado ($p < 0.05$)

		Dolor que tiene actualmente	¿Cuál es su grado de satisfacción con los resultados del tratamiento del dolor después de su cirugía?
Dolor que tiene actualmente	Correlación de Pearson	1	-.622**
	Sig. (bilateral)		<.001
	N	207	207
¿Cuál es su grado de satisfacción con los resultados del tratamiento del dolor después de su cirugía?	Correlación de Pearson	-.622**	1
	Sig. (bilateral)	<.001	
	N	207	207

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

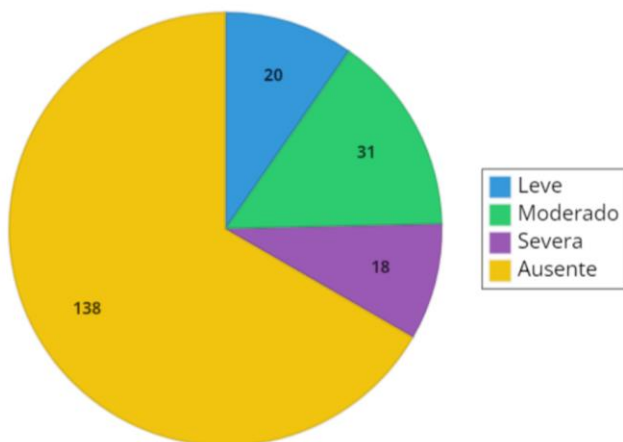
Se observo que, a menor grado de intensidad de dolor postoperatorio a las 24 horas, mayor era el grado de satisfacción analgésica y viceversa ($p < 0.01$). El 100% ($n=20$) de los pacientes que refirieron un grado de satisfacción no optimo (insatisfecho), presentaban un dolor severo ($ENA \geq 7$), a diferencia de los que se vieron satisfechos ($n=187$), que el 90.9% ($n=170$) presento un dolor no severo ($ENA < 7$)

		Intensidad dolor postoperatorio a las 24hrs.				Total
		Ausente	Leve	Moderado	Severo	
¿Cuál es su grado de satisfacción con los resultados del tratamiento del dolor después de su cirugía?	Insatisfecho	0	0	0	19	19
	Satisfecho	1	36	37	15	89
	Totalmente insatisfecho	0	0	0	1	1
	Totalmente satisfecho	3	62	31	2	98
Total		4	98	68	37	207

Relación entre el grado de satisfacción analgésica y la realización de actividades en cama a las 24 horas del postoperatorio.

De los 207 pacientes, 33.33% ($n=69$) refirieron tener algún tipo de molestia que interfería con la movilización en cama durante las primeras 24 horas, El 9.66% ($n=20$) determino que el grado de interferencia para la movlizacion a causa del dolor fue leve, el 14.97% ($n=31$) lo catalogo como moderado y únicamente el 8.69% ($n=18$) refirió un dolor intenso el cual impidió la inmovilización en cama durante las primeras 24 horas

Interferencia para realizar actividades en cama.



Correlaciones

		¿Cuanto interfirió o impidio el dolor que ha tenido desde la operación en hacer actividades en la cama?	¿Cuál es su grado de satisfacción con los resultados del tratamiento del dolor después de su cirugía?
¿Cuanto interfirió o impidio el dolor que ha tenido desde la operación en hacer actividades en la cama?	Correlación de Pearson	1	-.584**
	Sig. (unilateral)		<.001
	N	207	207
¿Cuál es su grado de satisfacción con los resultados del tratamiento del dolor después de su cirugía?	Correlación de Pearson	-.584**	1
	Sig. (unilateral)	<.001	
	N	207	207

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (unilateral).

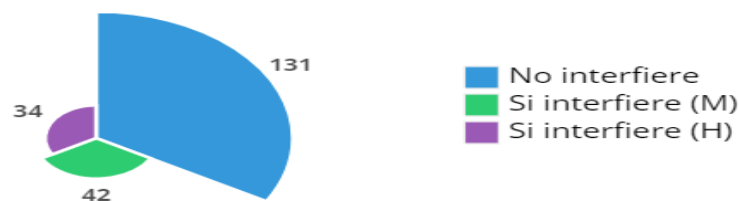
Se hayo una relación significativa inversamente proporcional ($p < 0.001$) entre el grado de satisfacción analgésico a las 24 horas y el grado de interferencia en la realización de actividades en cama secundario al dolor, lo que se traduce que a mayor sea la interferencia en la realizacon de actividades en cama secundaria al dolo, menor será el grado de satisfacción analgésica del paciente a las 24 horas.

Relación entre el grado de satisfacción analgésica y la interferencia para conciliar el sueño secundario al dolor durante las primeras 24 horas del postoperatorio.

El 63.28% (n=131) de los participantes, negaron algún problema para conciliar el sueño durante las primeras 24 horas del postoperatorio, mientras que del 36.71% (n=76) que presentaron algún inconveniente para conciliarlo, 55.26 % (n=42) eran del sexo femenino y 44.73 % (n=34) del sexo masculino.

Interferencia para conciliar el sueño

Incidencia por genero



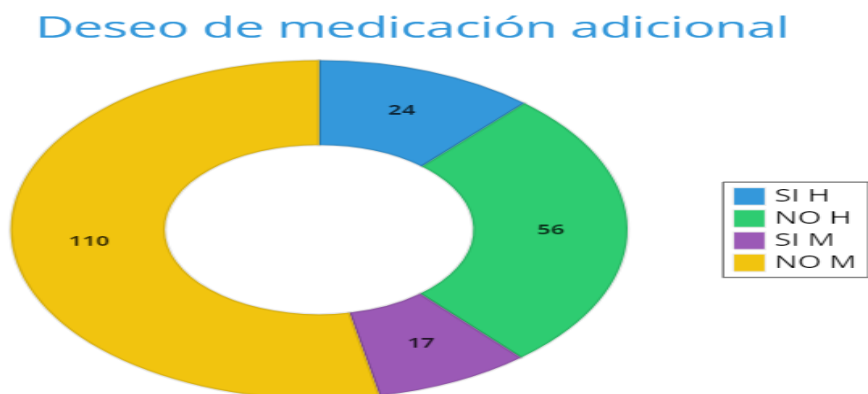
Se encontró una asociación estadísticamente significativa inversamente proporcional ($p < 0.05$) entre el grado de satisfacción analgésica y la dificultad para conciliar el sueño debido al dolor postoperatorio, en donde los pacientes que presentaban un alto grado de satisfacción analgésica refirieron menos dificultades para conciliar el sueño.

Requerimiento de medicamento adicional para disminuir la intensidad del dolor.

El 19.80 (n=41) de los pacientes refirieron tener la necesidad o idea de que recibir un tratamiento adicional era necesario y beneficioso para disminuir la intensidad del dolor durante las primeras 24 horas, 30% (n=24) de los hombres y 13.38% (n= 17) de las mujeres, sin embargo, la gran mayoría de los pacientes 80.19% (n=166) negaron en algún momento pensar que fuera necesario agregar algún adyuvante para mitigar el dolor.

A pesar de que 15.66% (n= 26) de los pacientes que no les hubiera gustado recibir tratamiento adicional presentaba una intensidad de dolor ENA >4, se mencionaron satisfechos con el tratamiento brindado hasta el momento.

No se encontró una relación estadísticamente significativa ($p >0.5$) entre el grado de satisfacción analgésica y el deseo de recibir tratamiento adicional para disminuir la intensidad del dolor.



Relación entre los efectos adversos y e grado de satisfacción analgésica.

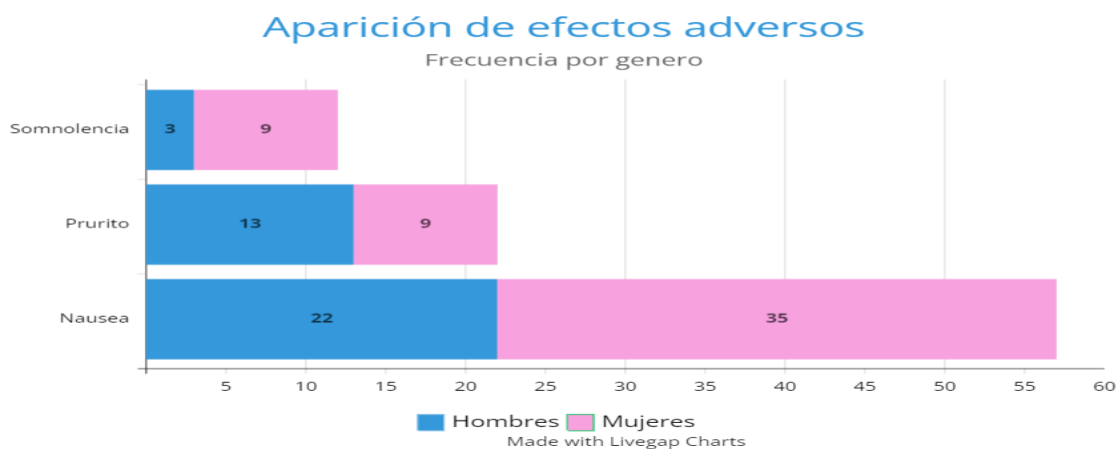
Entre los efectos mas comunes que encontramos por la medicación empleada para realizar una analgesia postoperatoria adecuada se encuentran el prurito, nausea y somnolencia.

Del total de los pacientes en el estudio, el efecto adverso que más se observó fue la náusea con un 28.01% (n=57), él 27.5% (n=22) de los hombres y el 27.5% (n=35) de

las mujeres, cabe recalcar que, por el tipo de cirugías realizadas, la prevalencia de estos efectos adversos aumenta por encima de la media esperada.

La segunda fue el prurito con una incidencia del 10.60% (n=22), presentándose en el 16.25% (n=13) de los hombres y el 7% (n=9) de las mujeres.

En ultimo lugar con tan solo el 5.7% (n=12) se presento la somnolencia, con una frecuencia de aparición mayor en el sexo femenino con 9 (8.4%) en comparación del sexo masculino con 3 (3.75%).



Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.01$) inversamente proporcional entre la aparición de efectos adversos y el grado de satisfacción analgésica, en donde se observó que a mayor cantidad de efectos adversos, menor el grado de satisfacción analgésica otorgado.

Tabla 7. Relación entre el numero de efectos adversos y el grado de satisfacción analgesica				
Variable	Totalmente insatisfecho	Insatisfecho	Sarisfecho	Totalmente satisfecho
1 efecto adverso	0 (0%)	5 (6.4%)	61 (79.22)	11 (14.28%)
2 efectos adversos	0 (0%)	9 (81.8%)	2 (18.18%)	0 (0%)
3 efectos adversos	1 (33.33%)	2 (66.66%)	0 (0%)	0 (0%)

DISCUSIONES

En nuestro hospital, la incidencia de dolor moderado-severo, a las 24 horas del postoperatorio es de un 50.72%, esto significa que más de la mitad de los pacientes no tienen un adecuado control analgésico durante las primeras 24 horas del postoperatorio. Se considera dolor controlado el presentar una puntuación por debajo de 4 en la ENA, parámetro estándar para evaluar tratamientos del dolor según la bibliografía consultada. Valores parecidos se describen en otros estudios que evalúan el dolor moderado o intenso en el postoperatorio inmediato: Miaskowski et al 43%, Gali et al 51%¹¹ La presencia e intensidad del dolor va a estar fundamentalmente condicionado por el tipo de intervención quirúrgica, cuanto más invasiva mayor dolor. En nuestro hospital, el dolor postoperatorio no es evaluado y de la misma forma no queda registrado en la historia clínica del paciente. Además, hay una ausencia de evaluación o valoración de la eficacia de los tratamientos empleados.

Llama la atención que son los mismos anestesiólogos, especialistas en tratamiento del dolor, los que brinden un tratamiento analgésico inadecuado.

Acerca de la información brindada al paciente sobre los métodos analgésicos, se encontró que ésta es suficiente, y cabe recordar que esto es responsabilidad del equipo quirúrgico completo, existe bibliografía que demuestra que una información adecuada sobre el dolor postoperatorio mejora el efecto analgésico esperado¹⁰.

A pesar del alto porcentaje de pacientes que refieren dolor postoperatorio no controlado, los pacientes revelan un alto grado de satisfacción analgésica (90.33%). Esta contradicción, reflejada en numerosos estudios, se ha intentado explicar considerando la ausencia de información/educación del paciente sobre las consecuencias del dolor tratado de forma inadecuada y sobre las posibilidades de analgesia en el período postoperatorio, siendo de esta manera el paciente incapaz de trazar los objetivos clínicos que se deben alcanzar en la atención y tratamiento que recibe. En el ámbito del dolor postoperatorio, esto se traduce en que los pacientes postoperados esperan sentir dolor, o asumen como parte del proceso quirúrgico el

experimentar cierta intensidad de dolor y por tanto no exigen el tratamiento del mismo.⁹

Consideramos que los ítems que se utilizaron en nuestro cuestionario para evaluar el nivel de satisfacción analgésica no son los más apropiados ya que son aspectos muy amplios y no sirven para reflejar adecuadamente la insatisfacción de los pacientes, puesto que encontramos que a pesar de que el 50.72% de los pacientes presentaba dolor entre moderado-insoportable, el 90.33% se encontraba satisfecho-muy satisfecho con el grado de satisfacción analgésica y solo el 9.17% refirieron la necesidad de otro medicamento para calmar el dolor.

Creemos que es conveniente introducir preguntas más específicas de la atención para una valoración más fidedigna, así como cuestionar previo al procedimiento quirúrgico el grado de dolor esperado, para así poder correlacionar con el dolor real a las 24 horas y obtener resultado mas fidedignos.

Este trabajo tiene la ventaja de haber utilizado la encuesta ENA que está muy difundida, lo que nos permite y permitirá en un futuro realizar comparaciones con trabajos y estudios similares, siempre y cuando la casuística sea también similar.

En cuanto a nuestra metodología, el estudio presenta algunas limitaciones. La realización de encuestas hospitalarias presenta una serie de sesgos relacionados con la validez de la información brindada por el paciente, ya que éste se encuentra en una situación de vulnerabilidad hacia el personal sanitario, con miedo a las consecuencias negativas en la atención asistencial si expresa su insatisfacción.

Se realizó la encuesta en el ámbito hospitalario a fin de abarcar la mayor cantidad de pacientes. Para minimizar los sesgos, sólo se utilizó una persona encuestadora bien entrenada sobre los criterios de inclusión/exclusión, la misma que no tenía relación asistencial con ninguno de los pacientes.

En cuanto a la muestra el hecho de no incluir a los pacientes que sean derivados a unidades especializadas (ejemplo UCI) puede llevarnos a infraestimar la prevalencia

del dolor moderado-intenso, pues estos por su gravedad son usualmente sometidos a procedimientos mayores.

Es importante el mencionar que en nuestro hospital no existen estructuras organizativas que gestionen la atención del dolor en el perioperatorio, por tanto, este análisis de las prácticas que reflejan el grado de satisfacción analgésica en nuestro centro esperamos constituya el punto de partida para el establecimiento de un programa de mejora de la atención del dolor agudo en los servicios quirúrgicos de nuestro hospital.

Teniendo en cuenta que la necesidad de información sobre el proceso doloroso tras la intervención quirúrgica es importante, y que mejora considerablemente la satisfacción, sería interesante explorar la utilidad de la instauración de un dispositivo de información quizás en la consulta preanestésica en la que los pacientes fueran informados del control del dolor en el período postoperatorio.

Esperemos que este estudio sea el parteaguas para iniciar con las tomas de decisiones adecuadas para mejorar el manejo analgésico postoperatorio y disminuir el dolor tras la cirugía, principalmente en las primeras 24 horas que son las más cruciales dentro del instituto, y que están fuertemente relacionadas con el grado de satisfacción del paciente al final de su estancia.

CONCLUSIONES:

- Existe una alta prevalencia de dolor moderado-insoportable en los pacientes post-operados en nuestro hospital.
- El dolor postoperatorio no es evaluado y no queda registrado en la historia clínica del paciente.
- Hay una ausencia de evaluación o valoración de la satisfacción del paciente en el hospital.
- Hay ausencia de información/educación del paciente sobre la importancia y consecuencias del tratamiento inadecuado del dolor postoperatorio.
- No todos los pacientes están informados sobre la posibilidad de solicitar analgesia en el postoperatorio.
- A pesar del alto porcentaje de enfermos que sufren dolor postoperatorio y la escasa información, los pacientes revelan un alto grado de satisfacción analgésica.
- El grado de satisfacción analgésica del paciente está relacionado a la intensidad del dolor sufrido durante el postoperatorio o al grado de alivio del mismo con el tratamiento durante las primeras 24 horas.
- El grado de satisfacción analgésica del paciente está relacionado con la limitación de las actividades durante las primeras 24 horas a causa del dolor, así como a la aparición de efectos adversos secundario al tratamiento empleado.
- A pesar de presentar dolor moderado-intenso, la mayoría de los pacientes no creen necesario recibir o agregar algún otro medicamento analgésico para aliviar el dolor en ese momento.

BIBLIOGRAFIA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1) Saiz Vinuesa MD, Albornos-Muñoz L, Fernández Núñez ML, López-García M, Moreno-Casbas T, González Sánchez JÁ; Implementation results of the assessment and management of pain guideline within Best Practice Spotlight Organisations (BPSO®). *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2020 May-Jun;30(3):212-221.
- 2) Moreno-Monsiváis M.G., F. N. Factores asociados con la intensidad del dolor en pacientes mexicanos hospitalizados en periodo postoperatorio, *Revista Sociedad Española de dolor*. España: 2017, 24(1):4-10
- 3) Erazo M.A, Pérez L, Colmenares CC. Prevalencia y caracterización del dolor en pacientes hospitalizados, *Revista Sociedad Española de dolor*. España: 2015; 22(6): 241-248.
- 4) Oriol-López S.A, H.B. Tratamiento del dolor postoperatorio en cirugías abdominales laparoscópicas con dexketoprofeno trometamol comparado con el toro laco trometamina. *Revista mexicana de anestesiología*. México: 2018, 41(2) 96-104.
- 5) Ribera Leclerc HJ, Montes Pérez A, Monerris Tabasco MM, Pérez Herrero MA, del Río Fernández S, López Pais P. El problema no resuelto del dolor postoperatorio: análisis crítico y propuestas de mejora. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. España 2018 28(4) : 232-238.
- 6) Carpenter R. Does Outcome Change with Pain Management. *ASA Refresher*. Estados Unidos: 2020 Vol 23 (3.) 29-41.
- 7) Kehlet H. Surgical stress: the role of pain and analgesia. *Br. J Anaesth*. U.K 1989; 63(2): 189-195.
- 8) Berry P, Dahl J. The New JCAHO standards: Implications for pain management nurses. *Pain management nurses*. U.S.A. March 2000 1(1):3-12.
- 9) Hill AM, Crisp CC, Shatkin-Margolis A, Tam T, Yook E, Kleeman S, Pauls RN. The influence of postoperative environment on patient pain and satisfaction: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. U.S.A. 2020 Aug;223(2):271.e1-271.e8.

- 10). Machado-Alba Jorge, Machado-Duque Manuel, Calderón Viviana, Gonzalez Alexandra, Cardona Felipe, Ruiz Richard et al . control del dolor postquirúrgico en pacientes de un hospital de tercer nivel. rev.fac.med España Junio 2013 ; 21(1): 46-53
- 11) Albite R, Konecny S, Sánchez L, Pagotto V, Bonofiglio A, Bonofiglio F. Encuesta de calidad de recuperación postanestésica y prevalencia de dolor postoperatorio. Grado de satisfacción del paciente [Post-anesthetic recovery quality and post-operative pain prevalence survey. Level of patient satisfaction]. J Healthc Qual Res. México 2020 Sep-Oct;35(5):334-335.
- 12) Beverly A, Kaye AD, Ljungqvist O, Urman RD. Essential Elements of Multimodal Analgesia in Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Guidelines. Anesthesiol Clin. 2017 Jun;35(2):e115-e143.
- 13) Moreno-Monsiváis MG, Muñoz-Rodríguez MR, Interrial-Guzmán MG. Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. Aquichan. 2014; 14 (4): 460-472.
- 14) Suso-Martí L, Cuenca-Martínez F, Arredondo-López A, Gil-Martínez A. Análisis comparativo de las constantes vitales en pacientes agudos hospitalizados en función de la intensidad de dolor. Rev Soc Esp Dolor 2019;26(4):215-220.
- 15) Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV y Capdevila García L. Valoración del dolor. revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor 2018;25(4):228-236.
- 16) Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, et al. Pain in the Emergency Department: Results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) Multicenter Study. J Pain. 2007;8(6)
- 17) 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; 60 (4): 248-252.
- 18) Ong AD, Zautra AJ, Reid MC. Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. Psychol Aging. 2010 Sep;25(3):516-23.

- 19) Alcántara Montero A, Ibor Vidal PJ. Integrando conceptos emergentes en dolor: propuesta de clasificación clínica [Integrating emerging concepts in pain: clinical classification proposal]. *Semergen*. 2020 Apr;46(3):218-220.
- 20) Shafi S, Collinsworth AW, Copeland LA, Ogola GO, Qiu T, Kouznetsova M, et al. Association of opioid-related adverse drug events with clinical and cost outcomes among surgical patients in a large integrated health care delivery system. *JAMA Surgery* 2018; 153: 757
- 21) Chou R, Gordon DB, de León-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, et al. Guidelines on the Management of Postoperative Pain. *J Pain U.S.A* 2017 17(2).
- 22) Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Rodríguez-Cabrera R, Carrasco-Rojas A, Aragón G, Ayón-Villanueva H. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. *Cir Cir*. 2007;75(5):385- 407.
- 23) Winkelman C, Norman D, Maloni JA, Kless JR. Pain measurement during labor: comparing the visual analog scale with dermatome assessment. *Appl Nurs Res*. 2008;21:104-109.
- 24) Teniza D. Valoración del dolor en El paciente adulto con afección cardiovascular. *Revista mexicana de Cardiología*. México. Enero-Abril 2011 19 (1); 34-40.
- 25) J. Wah, Pain management in the hospitalized patient, *Med. Clin. N. Am., U.S.A* 2008 92, 371-385
- 26) Pérez J. R., Ortiz J. R., Abejón D., Pérez-Cajaraville J. El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2005; 6:373 – 384.
- 27) Torres L M, Calderón e, Pernia A, Martínez-Vázquez J, Micó J A. De la escalera al ascensor. *Rev Soc Esp Dolor*. España 2002; 9: 289-290.
- 28) Dávila-Cabo-de-Villa E, Morejón-Hernández J, Acosta-Figueredo E. Dolor y analgésicos. Algunas consideraciones oportunas. *Medisur*. España 2020; 18(4)
- 29) Coutaux A. Non-pharmacological treatments for pain relief: TENS and acupuncture. *Joint Bone Spine*. 2017 Dec;84(6):657-661.

- 30) Berlemont C. La prise en charge non médicamenteuse de la douleur chronique [The non-pharmacological management of chronic pain]. Soins. France 2017 May;62(815):38-40.
- 31) Wainwright TW, Gill M, McDonald DA, Middleton RG, Reed M, Sahota O, Yates P, Ljungqvist O. Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. U.S.A. 2020 Feb;91(1):3-19.
- 32) Barroso A, Hasvik E y Rodríguez López MJ. Programa de educación en neurociencias y dolor para pacientes con dolor neuropático crónico: estudio piloto. Rev Soc Esp Dolor 2018;25(1):51-55.
- 33) Miaskowski C, Nichols R, Brody R, et al. Assessment of patient satisfaction utilizing the American Pain Society's Quality Assurance Standards on acute and cancer related pain. J Pain Symptom Manage 1994; 9 (1): 5-11

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN,
INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:

“Grado de satisfacción en el manejo de dolor agudo postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI”

Patrocinador externo:

Ninguno.

Lugar y fecha:

Ciudad de México a _____ de _____ de 2022.

Número de registro:

Pendiente

Justificación y objetivo del estudio:

Este estudio nos permitirá ampliar el conocimiento y protocolizar el tratamiento para disminuir el dolor agudo postoperatorio en cirugías abdominales a futuro, lo cual podría estar asociado a una mayor satisfacción y menor estancia intrahospitalaria.

Procedimientos:

Permitir revisar su expediente y obtener algunos datos como edad, peso, talla, tipo de cirugía realizada, dosis de administración de medicamentos para control de dolor. Contestar cuestionario otorgado para determinar el grado de satisfacción de dolor postoperatorio.

Posibles riesgos y molestias:

No se considera riesgo ya que se trata de un estudio en donde los datos serán obtenidos de su expediente clínico y cuestionario.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

No recibirá ningún beneficio. Los posibles beneficios que genere el estudio servirán para futuros pacientes al concluir el estudio.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Al concluir el estudio se dará un informe del mismo en caso de desearlo.

Participación o retiro:

Usted tiene la libertad de aceptar o no participar en este estudio y retirarse del mismo en cualquier momento si así lo desea.

Privacidad y confidencialidad:

Los datos proporcionados serán únicamente para fines del estudio. No se registrará su nombre ni su número de afiliación, ni su dirección ni teléfono y se le asignará un código durante el estudio.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes:

El protocolo no tiene nada que ver con su tratamiento.

Beneficios al término del estudio:

Este estudio no le obtendrá ningún beneficio, pero a futuros pacientes se beneficiarán con este estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Alma Patiño Toscano, Médico Adscrito del Servicio de Anestesiología del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” del Centro Médico Nacional Siglo XXI, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social. Teléfono: 5556276900, extensión 21607.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono 5556276900 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto Nombre y firma quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 2
CUESTIONARIO

Cuestionario sobre el grado de satisfacción en el manejo de dolor agudo postoperatorio.

- 1. En esta escala, califique el peor dolor que ha sufrido después de la cirugía:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún Dolor

Máximo Dolor Posible

- 2. En esta escala, califique el menor dolor que ha sufrido después de la cirugía:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún Dolor

Máximo Dolor Posible

- 3. ¿Con que frecuencia después de la cirugía ha experimentado dolor severo?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy infrecuente

Muy frecuente

- 4. Marque con un círculo el número que mejor describe cuánto interfirió / impidió el dolor que ha tenido desde la operación, en las siguientes actividades.**

- 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 interfirió

Interfirió completamente

- b. respirar profundamente o toser:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No interfirió

Interfirió completamente

- c. dormir**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No interfirio Interfirio completamente

5. ¿Se ha levantado de la cama desde la operación? Y, en caso afirmativo, en qué medida el dolor interfirió o le impidió que realizara actividades fuera de la cama como caminar, sentarse en una silla, permanecer de pie en el lavabo:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No interfirio Interfirio completamente

6. El dolor puede afectar a su estado de ánimo y emociones. En esta escala, marque con un círculo el número que mejor muestre lo que el dolor le ha hecho sentir desde su operación ...

a) Ansioso.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
En absoluto completamente

b) Indefenso
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
En absoluto completamente

7. ¿Ha tenido usted alguno de estos efectos secundarios desde la operación? Marque 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) Nausea.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
En absoluto completamente

b) Somnolencia.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En absoluto **completamente**

c) Comezón

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En absoluto **completamente**

d) Mareo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En absoluto **completamente**

8. Desde su operación, ¿cuánto alivio de dolor ha experimentado?

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin alivio

Alivio completo

9. ¿Le habría gustado recibir MÁS tratamiento del dolor del que le han dado?

10. ¿Ha recibido información sobre las opciones del tratamiento de su dolor?

11. Marque con un círculo el número que mejor describa su grado de satisfacción con los resultados del tratamiento del dolor después de su cirugía:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insatisfecho

Muy satisfecho

12. ¿Ha utilizado o recibido algún método no farmacológico para aliviar su dolor?

Especifique cuál.