

# Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados

## RESUMEN

**Objetivo:** determinar la satisfacción con el manejo del dolor en pacientes hospitalizados y su relación con la intensidad del mismo, el alivio y la orientación proporcionada al paciente para el manejo del dolor posoperatorio. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo correlacional. Muestreo aleatorio sistemático en una muestra de 193 pacientes. Se utilizó el Cuestionario de Intensidad del Dolor y una cédula de datos. **Resultados:** el 48,2% de los participantes manifestaron dolor severo como máximo dolor durante las primeras 24 horas. En relación con el alivio del dolor, el 77,7% tuvo un manejo adecuado y el 85,5% recibió orientación preoperatoria. La satisfacción se ubicó en 9,54 (DE = 1,08). Se encontró diferencia significativa en la satisfacción del paciente según si recibió o no orientación ( $t = 71,23$ ,  $p = 0,001$ ), con mayor satisfacción en los que recibieron orientación ( $M = 9,65$ ) (DE = 0,84). La satisfacción del paciente con el manejo del dolor está determinada por el máximo dolor posoperatorio y por la orientación preoperatoria recibida para el manejo del mismo ( $R^2 = 0,17$ ,  $p = 0,000$ ). **Conclusiones:** el adecuado manejo del dolor en el paciente posoperatorio hospitalizado requiere valorar oportunamente el nivel de dolor y la orientación al paciente, aspectos elementales en los que enfermería juega un rol fundamental y son clave para incrementar la satisfacción.

## PALABRAS CLAVE

Satisfacción del paciente, manejo del dolor, dolor posoperatorio, intensidad del dolor, atención de enfermería. (Fuente: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/aqui.2014.14.4.2

## Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

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. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.4.2

- 1 Doctora en Filosofía con Especialidad en Administración. Magíster en Enfermería. Maestro de Tiempo Completo. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey (México). mgmoreno@hotmail.com
- 2 Magíster en Ciencias de Enfermería, Hospital San José Tec, Monterrey (México). mmunoz@hsj.com.mx
- 3 Magíster en Ciencias de Enfermería. Maestro de Tiempo Completo. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey (México). mginterrial@hotmail.com

Recibido: 27 de febrero de 2014  
Enviado a pares: 28 de febrero de 2014  
Aceptado por pares: 28 de junio de 2014  
Aprobado: 8 de julio de 2014

# *Satisfaction with Postoperative Pain Management in Hospitalized Patients*

## ABSTRACT

**Purpose:** The purpose of this study was to identify satisfaction with pain management in hospitalized patients and how it relates to the intensity of pain, relief and the guidance provided to the patient for postoperative pain management. **Study Materials and Methods:** This is a descriptive/correlational study featuring systematic random sampling in a group of 193 patients. The Pain Intensity Questionnaire and a fact sheet were used. **Results:** In all, 48.2% of the participants reported severe pain as the most pain experienced during the first 24 hours. With regard to pain relief, 77.7% had adequate management and 85.5% received preoperative guidance. Satisfaction was at 9.54 (SD = 1.08). There was a significant difference in patient satisfaction, depending on whether or not the patient received guidance ( $t = 71.23, p = 0.001$ ). Satisfaction was greater among those who received guidance ( $M = 9.65$ ) (SD = 0.84). Patient satisfaction with pain management is determined by maximum postoperative pain and the preoperative guidance received for its management ( $R^2 = 0.17, p = 0.000$ ). **Conclusions:** Appropriate management of pain in postoperative patients who are hospitalized requires assessing of the level of pain at the appropriate time and offering guidance to the patient. These are fundamental aspects in which nursing plays a vital role and are key to increasing satisfaction.

## KEY WORDS

Patient satisfaction, pain management, postoperative pain, pain intensity, nursing care. (Source: DeCS, Bireme).

# *Satisfação com a administração da dor pós-operatória em pacientes*

## RESUMO

**Objetivo:** determinar a satisfação com a administração da dor em pacientes hospitalizados e sua relação com a intensidade desta, o alívio e a orientação proporcionada ao paciente para a administração da dor pós-operatória. **Materiais e métodos:** estudo descritivo correlacional. Amostra aleatória sistemática com 193 pacientes. Utilizou-se o Questionário de Intensidade da Dor e uma cédula de dados. **Resultados:** 48,2% dos participantes manifestaram dor aguda como máxima dor durante as primeiras 24 horas. Quanto ao alívio da dor, 77,7% tiveram uma administração adequada e 85,5% receberam orientação pré-operatória. A satisfação se posicionou em 9,54 (DE = 1,08). Constatou-se diferença significativa na satisfação do paciente dependendo de se este tinha recebido ou não orientação ( $t = 71,23$ ,  $p = 0,001$ ), com maior satisfação nos que receberam orientação ( $M = 9,65$ ) (DE = 0,84). A satisfação do paciente com a administração da dor está determinada pela máxima dor pós-operatória e pela orientação pré-operatória recebida para a administração desta ( $R^2 = 0,17$ ,  $p = 0,000$ ). **Conclusões:** a adequada administração da dor no paciente pós-operatório hospitalizado requer avaliar oportunamente o nível de dor e a orientação ao paciente, aspectos elementares nos quais a enfermagem desempenha um papel fundamental e são chaves para aumentar a satisfação.

## PALAVRAS-CHAVE

Satisfação do paciente, administração da dor, dor pós-operatória, intensidade da dor, atendimento de enfermagem. (Fonte: DeCS, Bireme).

## Introducción

El adecuado manejo del dolor es un indicador de buena práctica y de calidad asistencial que influye en la satisfacción del paciente. 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 cliente (1, 2).

Lograr la ausencia de dolor en los pacientes se ha vuelto una necesidad, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como una experiencia sensorial y emocional displacentera, que se encuentra asociada a daño tisular, ya sea real o potencial (3). Si bien se requiere un manejo adecuado en todos los pacientes que cursan con dolor, se considera relevante por sus altas prevalencias el dolor agudo de tipo posoperatorio, el cual se presenta en el paciente como respuesta a una lesión quirúrgica.

En los hallazgos de investigación se reporta que aproximadamente el 96 % de los pacientes hospitalizados refiere dolor agudo en algún momento durante su internamiento (4). En relación con el dolor posoperatorio, la literatura reporta que una proporción superior al 50 % de los pacientes experimenta algún grado de dolor de moderado a severo en sus primeras 24 horas posteriores a una intervención quirúrgica; asimismo, se ha documentado que alrededor de un 50 % lo describe como severo en intensidad, y en similar proporción es percibido como moderado a severo (5-9).

En cuanto a la satisfacción del paciente con el manejo del dolor, algunos estudios reportan altos porcentajes de satisfacción a pesar de la presencia de dolor de intensidad de moderada a severa (5, 6). Sin embargo, otros estudios reportan insatisfacción, y esto lo atribuyen al tiempo de espera para recibir la medicación, así como a la deficiente información recibida para el manejo del dolor posoperatorio sobre los efectos secundarios de los analgésicos y las alternativas para calmar el dolor (8, 9).

La intensidad y duración del dolor posoperatorio se asocian con características individuales, así como las relacionadas con el procedimiento quirúrgico y con el tratamiento farmacológico que se brinda en las instituciones. Respecto a las características individuales se pueden señalar la edad y el género. En algunos estudios se reportan diferencias en la percepción del dolor de acuerdo con estas características; sin embargo, los hallazgos no son conclusivos (10).

En relación con el procedimiento quirúrgico, existe variación en la presencia e intensidad del dolor por tipo de cirugía según la especialidad quirúrgica. Se reporta que las intervenciones valoradas como las más dolorosas corresponden a cirugía general, seguidas por las de traumatología, ginecología, cirugía maxilofacial, otorrinolaringología, urología, neurocirugía y oftalmología (11, 12).

En cuanto al tratamiento farmacológico, los analgésicos utilizados para el manejo del dolor se consideran un aspecto fundamental ya que sus principales deficiencias se relacionan con la subutilización de los analgésicos y opioides, aunado al bajo cumplimiento de las pautas analgésicas prescritas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (13). Respecto al uso de opioides se reporta que no se administran las dosis adecuadas debido al temor de causar depresión respiratoria y adicción, asociado al bajo conocimiento por parte de los profesionales de la salud (8).

Como se observa, el manejo del dolor posoperatorio es muy complejo. Sánchez (14) argumenta que se han desarrollado diferentes teorías para comprender el dolor y hacer un manejo efectivo, estas se centran en aspectos como explicar la naturaleza del dolor y comprender su percepción; la autora destaca dos teorías específicas de enfermería que han contribuido a hacer un manejo adecuado del dolor (teoría de rango medio de los síntomas desagradables y la del equilibrio entre la analgesia y los efectos colaterales de Good y Moore).

En el presente estudio se utilizó como sustento teórico la teoría de enfermería de rango medio para el manejo del dolor de Good y Moore (15), en virtud de que fue propuesta para el manejo del dolor agudo posoperatorio (14); esta teoría explica que el alivio del dolor está determinado por el manejo farmacológico y no farmacológico, la valoración del dolor y sus efectos de manera regular, la educación que se proporciona al paciente para que contribuya en el manejo del dolor y el establecimiento de objetivos para aliviar y manejar el mismo. Esta teoría tiene sus bases en las guías de práctica clínica enfocadas en el alivio del dolor. La teoría contiene tres postulados:

- Proporcionar el medicamento para el dolor con la potencia adecuada, junto con coadyuvantes farmacológicos y no farmacológicos, contribuirá al balance entre la analgesia y sus efectos adversos.
- Valorar el dolor y sus efectos de manera regular, así como identificar los métodos inadecuados para el alivio, además de

verificar el manejo de procesos de intervención, revaloración y reintervención, con el fin de contribuir al establecimiento de un equilibrio entre la analgesia y sus efectos.

- Brindar educación al paciente y establecer objetivos para aliviar y manejar el dolor, con el fin de contribuir a lograr un equilibrio entre la analgesia y sus efectos colaterales.

El alivio del dolor es un reto que requiere de la participación de todo el equipo multidisciplinario involucrado en la atención. 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 posoperatoria y, en algunos casos, reduce la estancia hospitalaria (16). El alivio del dolor depende de su manejo por los profesionales de salud, donde enfermería juega un rol fundamental en su valoración, manejo de la medicación y educación al paciente (17, 18).

Es importante destacar que no solo se debe valorar el dolor, proporcionar un manejo farmacológico y educar al paciente al respecto, también es elemental evaluar la respuesta en la disminución o eliminación del dolor. Una herramienta de utilidad para determinar si el manejo es el adecuado y está contribuyendo satisfactoriamente al alivio del dolor es el índice de manejo del dolor (IMD), este se establece a través de la relación entre el analgésico indicado de mayor potencia menos la intensidad del dolor durante las últimas 24 horas (19).

A partir de la revisión de literatura y teniendo en cuenta los aspectos relevantes para el manejo del dolor de acuerdo con la teoría de enfermería de rango medio de Good y Moore (15), se plantearon los siguientes objetivos:

1. Identificar la intensidad del dolor de acuerdo con las características del paciente (edad y sexo), así como con el tipo de intervención quirúrgica.
2. Determinar el alivio del dolor en el paciente posoperatorio hospitalizado.
3. Identificar la proporción de pacientes que recibe orientación para el manejo del dolor posoperatorio.
4. Determinar la satisfacción del paciente con el manejo del dolor posoperatorio y su relación con la intensidad, el alivio y la orientación para su manejo.

## Materiales y métodos

Estudio descriptivo correlacional (20). La población se conformó por pacientes adultos en posoperatorio, hospitalizados en una institución privada del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León (México). El tipo de muestreo fue aleatorio estratificado con asignación proporcional al tamaño de cada estrato. Se consideraron tres estratos de acuerdo con las especialidades de cirugía general, ginecología y traumatología. La técnica de muestreo en cada estrato fue aleatoria, sistemática de uno en dos con inicio aleatorio. Se entrevistaron a 193 pacientes con 24 horas posoperatorias consideradas a partir del egreso del quirófano y que fueron intervenidos de cirugía tradicional no laparoscópica ni clasificada como mínimamente invasiva (microcirugía).

El cálculo del tamaño de la muestra se estimó con el paquete estadístico n-Query Advisor versión 4.0 (21), para un análisis de intervalo de confianza para estimación de medias. Los parámetros que se consideraron fueron un nivel de confianza del 95%, un intervalo de confianza bilateral, una desviación estándar de 2,0 de acuerdo con lo reportado en los estudios relacionados, un límite de error de estimación de 0,30, lo que dio como resultado una muestra de 171 pacientes. Se consideró un 5% de no respuesta por lo que el tamaño se incrementó a 193 participantes.

Para recolectar la información se acudió diariamente a la institución privada hasta completar el tamaño de la muestra; se verificó la hoja de control de cirugías realizadas a los pacientes; de acuerdo con ello, se elaboró un listado donde se consideró solamente a los que cubrieron los criterios de inclusión. Posteriormente, se cotejaron los datos de los pacientes en el sistema de información para verificar su ubicación e identificar el servicio donde se encontraban hospitalizados. Se acudió a los departamentos y se notificó a la enfermera responsable de cada paciente seleccionado que se realizaría una encuesta a su paciente con la previa autorización del mismo. Se corroboraron los datos de identificación en el expediente clínico para comprobar que fuera el paciente seleccionado.

La recolección de la información se inició con el llenado de una cédula de datos, que contiene información relacionada con edad, género (masculino o femenino), escolaridad (número de años de educación formal), tipo de intervención quirúrgica (cirugía mayor o menor), especialidad (cirugía general, traumatología y ginecología), tipo de anestesia (epidural o general) y tratamien-

to farmacológico indicado las primeras 24 horas posoperatorias (nombre del analgésico, dosis, vía y horario). Para medir la intensidad del dolor, la orientación proporcionada y la satisfacción con el manejo del mismo se aplicó el Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente (CID) (22). Este instrumento se utiliza como una medida confiable para estimar la intensidad del dolor en el paciente posoperatorio, está compuesto por 18 reactivos, 11 de ellos miden la presencia e intensidad en el momento de la entrevista, el máximo dolor y el dolor promedio en las últimas 24 horas. Se utiliza una escala visual numérica con valores de 0 a 10, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 es el máximo dolor posible.

Se incluye una pregunta que mide la interferencia del dolor en la actividad, el estado de ánimo y el sueño; se midió con puntajes de 0 a 10, el 0 representa la ausencia de interferencia y el 10 la máxima interferencia. Para medir la orientación proporcionada al paciente para el manejo del dolor se utilizó una pregunta dicotómica con opciones de sí recibió orientación o no la recibió. La satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio se midió a través de tres preguntas que permiten identificar la percepción del paciente acerca del alivio del dolor como resultado de la atención brindada por el personal médico y de enfermería. Se midió a través de una escala con valores de 0 a 10, donde el 0 significa ausencia total de satisfacción y el 10 la máxima satisfacción.

El instrumento incluye dos preguntas relacionadas con el tiempo de espera para la aplicación del analgésico solicitado, así como el uso de otra alternativa no farmacológica para el manejo del dolor. En el presente estudio el  $\alpha$  de Cronbach reportó un valor de 0,78.

Para obtener el IMD se consideró el analgésico de mayor potencia reportado en la cédula de datos en el apartado de tratamiento farmacológico indicado en las primeras 24 horas posoperatorias, y la intensidad del dolor se obtuvo del Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente. Esta herramienta permite establecer la relación entre el analgésico indicado de mayor potencia menos la intensidad del dolor durante las últimas 24 horas. La escala para los analgésicos se determina de la siguiente manera: 0 = ningún analgésico, 1 = aines y coadyuvantes, 2 = opiodes débiles, aines y coadyuvantes, 3 = opioides fuertes, aines y coadyuvantes. La escala utilizada para la intensidad del dolor se clasificó de la siguiente manera: 0 = ausencia de dolor, 1 = intensidad de 1-3 (dolor leve), 2 = intensidad de 4 a 6 (dolor moderado), 3 = intensidad de 7 a 10 (dolor severo). El resultado del índice

de valores de cero a números positivos representa un adecuado o efectivo manejo del dolor (alivio), mientras que los números negativos indican un inadecuado o inefectivo manejo del dolor.

El estudio se realizó conforme a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (23). Se contó con la aprobación de los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se solicitó autorización de los participantes a través de la firma del consentimiento informado y en todo momento se respetó la dignidad, privacidad, bienestar y los derechos de los participantes.

Para el análisis de los datos se verificó la distribución de la variable intensidad del dolor a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se obtuvo una distribución normal de los datos por lo que se aplicó estadística paramétrica. Para determinar la relación entre las variables del estudio se utilizó la prueba de correlación de Pearson, para la diferencia de medias se usó la prueba de *t* de Student, y para identificar las variables que determinan la satisfacción del paciente con el manejo del dolor, el análisis de regresión lineal múltiple.

## Resultados

La media de edad de los pacientes participantes fue de 49,53 (DE = 16,33); respecto a los años de escolaridad, la media de años cursados se ubicó en 13,68 (DE = 7,03). Predominó el género femenino con 62,7%. Respecto a la especialidad, la mayor proporción correspondió a traumatología con 43,5%, seguida de cirugía general con 35,8% y ginecología con 20,7%. De acuerdo al tipo de intervención quirúrgica, predominó la clasificada como cirugía mayor con 62,2%. En relación con el tipo de anestesia, la más utilizada fue la epidural con 54,4%.

En la tabla 1 se muestra la intensidad del dolor que refirieron los pacientes de acuerdo con la escala visual numérica del dolor con rangos de 0 a 10. Para el dolor promedio en las últimas 24 horas se obtuvo una media de 4,55 (DE = 3,05). El máximo dolor en las primeras 24 horas se ubicó en 5,64 (DE = 3,38). En cuanto al dolor al momento de la entrevista reportó una media de 2,33 (DE = 2,90).

En la tabla 2 se presenta la clasificación de la intensidad del dolor, en las primeras 24 horas, y el máximo dolor documenta-

do se clasificó como severo (31,6 y 48,2%, respectivamente); al momento de la entrevista predominó la ausencia de dolor (47,5%), seguido de dolor leve (23,3%). Cabe destacar que al momento de abordar al paciente para la entrevista, el 11,9% presentó dolor severo y el 17,6% dolor moderado, por lo que fue necesario referirlo a la enfermera y regresar posteriormente a la entrevista.

En la tabla 3 se observa que la intensidad del dolor fue mayor en el género femenino, tanto en el dolor promedio, como en el máximo, y al momento de la entrevista. En la tabla 4 se presenta la intensidad del dolor de acuerdo al tipo de intervención quirúrgica, se encontró que el dolor promedio en las primeras 24 horas posoperatorias fue ligeramente mayor en los pacientes a quienes se les practicó cirugía menor, similar a lo reportado en el dolor al momento de la entrevista y en el máximo dolor. En cuanto a la intensidad del dolor de acuerdo al tipo de especialidad, fue mayor en los pacientes de ginecología, seguido de la especialidad de traumatología y cirugía general.

Para responder al objetivo número uno se determinó la asociación entre la intensidad del dolor con la edad, al aplicar la prueba de correlación de Pearson no se encontró correlación entre la edad de los pacientes participantes con la intensidad del dolor (dolor promedio, máximo, al momento de la entrevista),  $p > 0,05$ .

Respecto al género, al aplicar la prueba *t* de Student no se encontró diferencia significativa en la intensidad del dolor promedio, máximo dolor y al momento de la entrevista ( $p > 0,05$ ). En cuanto al tipo de cirugía se encontró únicamente diferencia en la intensidad del dolor al momento de la entrevista ( $t = 4,16$ ,  $p = 0,04$ ). La intensidad más alta de dolor fue reportada por los pacientes a los que se les realizó cirugía menor, no se encontró diferencia significativa al analizar por especialidad.

Al analizar la interferencia del dolor en la actividad general, en el estado de ánimo y en el sueño, se observa mayor interferencia del dolor en la actividad general con una media de 3,08 (DE = 3,63), seguido de la interferencia en el sueño con 2,06 (DE = 3,38) y en el estado de ánimo con 1,96 (DE = 3,08).

En cuanto a la terapia analgésica indicada durante las primeras 24 horas posoperatorias se encontró que predominaron los

aines y coadyuvantes en un 68,9%, seguido de los opioides débiles, aines y coadyuvantes con 25,9%. Los opioides fuertes, aines y coadyuvantes se usaron en menor proporción (5,2%).

El alivio del dolor medido a través del IMD indicó que en el 77,7% de los participantes los valores de la relación entre el analgésico de mayor potencia y la intensidad del dolor promedio durante las últimas 24 horas se reportó en un rango de 0 a 3, lo que indica un manejo adecuado. En el 22,3% el manejo se clasificó como inadecuado.

En cuanto al tiempo de espera para recibir el analgésico, se observó una media de 4,66 minutos (DE = 14,83). Respecto a otra alternativa terapéutica para el manejo del dolor, el 9,8% de los pacientes la solicitaron; entre las alternativas señalaron cambio de posición, hielo y fomento caliente.

En la tabla 5 se describe el número de pacientes que recibieron orientación preoperatoria y quién se la proporcionó. Se muestra que el 85,5% de los pacientes señalaron haber recibido orientación, el 77,2% fue proporcionada por personal médico y solo el 8,3% por enfermería.

Respecto a la satisfacción del paciente con el manejo del dolor por el personal de enfermería, en una escala de 0 a 10, la media se ubicó en 9,33 (DE = 1,60), por el personal médico 9,55 (DE = 1,45) y con la atención en general 9,54 (DE = 1,08). Al aplicar la prueba *t* de Student para determinar diferencia de medias en la satisfacción general del paciente de acuerdo a si recibió o no orientación, se encontró diferencia significativa ( $t = 71,23$ ,  $p = 0,001$ ). Se encontró mayor satisfacción en los pacientes que recibieron orientación (satisfacción con orientación:  $M = 9,65$ , DE = 0,84; satisfacción sin orientación:  $M = 7,73$ , DE = 2,37).

La satisfacción del paciente con el manejo del dolor posoperatorio se asoció con el máximo dolor reportado en las primeras 24 horas ( $r = -0,25$ ,  $p = 0,03$ ). A mayor intensidad de dolor en las primeras 24 horas posoperatorias menor satisfacción del paciente. El análisis a través de la regresión lineal múltiple permitió identificar que la satisfacción del paciente con el manejo del dolor está determinada por el máximo dolor posoperatorio y por la orientación recibida para el manejo del mismo. En la tabla 6 se presentan los resultados.

## Discusión

Los resultados permitieron confirmar los postulados de la teoría de rango medio para el manejo del dolor utilizada como sustento teórico del estudio. En cuanto a la intensidad se identificó una alta proporción de pacientes con presencia de dolor de moderado a severo en las primeras 24 horas posoperatorias, esto coincide con lo reportado por Bolibar (24), Leal *et al.* (6), Moreno *et al.* (7), Sada, Delgado y Castellanos (9). Este hallazgo confirma que el manejo adecuado del dolor sigue siendo un reto para las instituciones de salud, y en especial para el ámbito quirúrgico.

Respecto al comportamiento de la intensidad del dolor, casi la mitad de los pacientes reportaron como máximo dolor el de tipo severo y solo una tercera parte presentó dolor moderado; en cuanto al dolor al momento de la entrevista más de la mitad tuvo ausencia. Estos hallazgos son similares a los reportados por Moreno *et al.* (7), así como por Sada *et al.* (9), quienes señalan una alta proporción de pacientes con dolor severo y escasa proporción de dolor al momento de la entrevista.

De acuerdo con los resultados del presente estudio y con la literatura existente, el inadecuado manejo del dolor posoperatorio sigue siendo un problema de salud pública que requiere de intervenciones efectivas basadas, no solo en el tratamiento farmacológico, sino en una combinación de aspectos indispensables como son la valoración y orientación que en su interacción con la medicación permiten un adecuado alivio del dolor, tal y como lo señalan Good y Moore en su teoría (15).

En la valoración del dolor es importante considerar algunos aspectos demográficos que pueden influir en su intensidad, en algunos estudios se ha tratado de determinar la diferencia en la intensidad del dolor de acuerdo con el género del paciente, debido a que se ha reportado que esta característica puede ser una variable diferencial en esta experiencia; en el presente estudio se observó una mayor intensidad de dolor en las mujeres; sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa. Este hallazgo difiere de los resultados de Moreno *et al.* (7), quienes reportan diferencia significativa respecto al género, con predominio del dolor en las mujeres. Contrario a estos hallazgos, Álvarez-Ríos y Manrique-Carmona (25) encontraron que el dolor predominó en los hombres.

Otro aspecto demográfico que se ha asociado a la intensidad del dolor es la edad; en el presente estudio no se encontró

asociación entre la edad de los pacientes participantes con la intensidad del dolor. Esto coincide con Ramírez-Maestre *et al.* (26) y Peñarrieta *et al.* (8); sin embargo, los hallazgos difieren de lo reportado por Bolibar *et al.* (24) quienes señalan que a mayor edad mayor presencia de dolor de intensidad moderada.

En relación con la intensidad del dolor según el tipo de cirugía, se encontró que la intensidad más alta fue reportada por los pacientes a los que se les realizó cirugía menor. Esto puede atribuirse a que, al ser una cirugía menor, la prescripción farmacológica se basa en analgésicos de menor potencia, con un efecto insuficiente en la disminución del dolor. Cabe destacar que no se encontró diferencia significativa en la intensidad del dolor de los pacientes por especialidad, contrario a lo reportado en la literatura por Sobrino *et al.* (11).

En cuanto al tratamiento farmacológico empleado se observó que más de la mitad recibieron tratamiento con aines, lo que coincide con lo reportado por Bolibar *et al.* (24) y Moreno *et al.* (7). En cuanto a los opioides, en el presente estudio predominaron los de tipo débil, a diferencia de Bolibar *et al.* (24) donde predominaron los de tipo fuerte. Esto evidencia que el manejo del dolor con opioides sigue siendo a criterio del médico tratante y según la disponibilidad farmacológica. Este hallazgo es consistente con lo reportado por la OMS (13), organismo que señala que existe una subutilización de los analgésicos y opioides de acuerdo con las pautas analgésicas preescritas.

Al estimar el IMD como parámetro que permitió conocer el alivio del dolor a través de su manejo, se encontró que poco más de tres cuartas partes de los pacientes recibieron un manejo adecuado, estos hallazgos son muy similares a los reportados por Moreno *et al.* (7); sin embargo, difieren de los resultados de Peñarrieta *et al.* (8), quienes encontraron que más de la mitad de los pacientes recibieron un manejo inadecuado. Estos hallazgos pudieran atribuirse a que el presente estudio se realizó en un hospital privado, a diferencia del estudio de Peñarrieta *et al.* (8), quienes lo realizaron en un hospital público donde los recursos farmacológicos pueden estar supeditados a un cuadro básico. Para la institución participante en este estudio, la proporción de pacientes con manejo inadecuado representa un área de oportunidad donde debe involucrarse tanto al personal médico (prescripción farmacológica) como al de enfermería (valoración).

En cuanto a la orientación preoperatoria y posoperatoria para el manejo del dolor se encontró que la mayoría de los pacientes



recibieron orientación, esto difiere de lo reportado por Leal *et al.* (6), donde predominó una alta proporción de pacientes que no recibió orientación. Respecto a la persona que proporcionó la orientación, es relevante señalar que generalmente esta función es realizada por personal médico, una mínima proporción de pacientes reportó haber recibido orientación por parte de enfermería.

Este hallazgo es un área de oportunidad para el personal de enfermería, se requiere de un mayor involucramiento en esta función por ser el primer contacto con el paciente antes de ingresar al quirófano, así como por ser el profesional de la salud que permanece la mayor parte del tiempo junto al paciente. Además, de acuerdo con los estándares internacionales, el adecuado manejo del dolor requiere de educación del paciente y del involucramiento del personal sanitario que participa en la atención (1).

En relación con la satisfacción del paciente con el manejo del dolor por parte del personal médico y de enfermería se encontró que una alta proporción manifestó estar satisfecho, este hallazgo es semejante a lo referido por Gallego *et al.* (27), Moreno *et al.* (7), Leal (6), así como Arbónes *et al.* (5); pero contrasta con lo reportado por Sada, Delgado y Castellanos (9) y Peñarrieta *et al.* (8), quienes reportan que la mayoría de los pacientes manifestaron insatisfacción en relación con el manejo del dolor. Se encontró que a mayor intensidad del dolor y a menor orientación del paciente, la satisfacción con el manejo del dolor disminuye, este aspecto es relevante de considerar sobre todo en una institución hospitalaria de tipo privado, donde la satisfacción es un indicador de calidad que puede contribuir a que el paciente solicite nuevamente los servicios de la institución.

La satisfacción con el manejo del dolor está determinada por su intensidad y la orientación recibida para su manejo, estos factores son relevantes de considerar a fin de lograr la satisfacción del usuario. Esto ayuda a explicar los resultados respecto a la satisfacción del paciente con la atención en general, una alta proporción recibió orientación pre y posoperatoria; además, el tiempo de respuesta por parte de enfermería para administrar el analgésico demandado por los pacientes ante la presencia del dolor fue me-

nor a cinco minutos, lo cual contribuye a disminuir la intensidad del mismo. Los hallazgos encontrados en este estudio permitirán a los administradores de enfermería la toma de decisiones orientadas a fortalecer la valoración del paciente para identificar la presencia e intensidad del dolor y desarrollar las medidas de atención pertinentes para disminuir su intensidad en el grupo de pacientes en el periodo posoperatorio, así como fomentar la participación de enfermería en la orientación del paciente con relación al manejo del dolor, aspectos considerados en los postulados de la teoría de rango medio para el manejo del dolor y confirmados como relevantes en el presente estudio.

## Conclusiones

Los resultados del presente estudio son relevantes para mejorar la atención que se proporciona al paciente posoperatorio durante su hospitalización. Los hallazgos revelan una alta proporción de pacientes con dolor moderado a severo como máximo dolor durante las primeras 24 horas posoperatorias, esto demanda un mayor esfuerzo en las instituciones de salud y una participación activa de los profesionales de salud que brindan atención al paciente durante el periodo posoperatorio.

La satisfacción del paciente es considerada un indicador confiable y válido de la calidad de la atención. Se encontró que dicha satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio se ve afectada por la intensidad del mismo, específicamente por el máximo dolor que percibe el paciente y por la orientación que se proporciona para su manejo, resultado que confirma los planteamientos teóricos que sustentan el estudio.

Estos resultados demandan una participación activa del personal de enfermería en la valoración del dolor, de tal forma que sea identificado oportunamente, y con apoyo de medidas farmacológicas y no farmacológicas se evite que avance a un dolor de tipo severo; asimismo, se requiere un mayor involucramiento en la orientación que se proporciona al paciente para el manejo del dolor, principales áreas de oportunidad identificadas en el estudio.

## Referencias

1. Muñoz-Ramón JM, Carr DB, Sukiennik A, Wurn WH. Tratamiento del dolor agudo postoperatorio. Protocolos y procedimientos del New England Medical Center de Boston. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;9:176-188.
2. Vidal M, Torres L, De Andrés J, Moreno-Azcoitia M. Estudio Observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007;8:550-567.
3. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Rodríguez-Cabrera R, Carrasco-Rojas A, Aragón G, Ayon-Villanueva H. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. *Cir Ciruj*. 2007;75(4):385-407.
4. Covarrubias-Gómez A. Manejo farmacológico del dolor perioperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2007;30(1):240-245.
5. Arbónes E, Montes A, Riu M, Farriols C, Mínguez S. El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16(6):314-322.
6. Leal ME, Mendoza MD, Hernández NE, Ávila H, Frías B, Gracia GN. Satisfacción del control y alivio del dolor en usuarios postoperados hospitalizados. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. 2009;6(6):32-35.
7. Moreno-Monsiváis MG, Interrial-Guzmán MG, Garza-Elizondo ME, Hernández-Fierro EA. Intensidad y manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Rev Cuid*. 2012;3(3):355-362.
8. Peñarrieta I, Del Ángel RE, García M, Vergel S, González F, Zavala MR. Manejo del dolor y la satisfacción de pacientes postoperados hospitalizados. *Desarrollo Científ Enferm*. 2006;14(1):20-26.
9. Sada O, Delgado H, Castellanos O. Prevalencia del dolor postoperatorio en cirugía electiva de pacientes del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. *Rev Soc Esp Dolor*. 2011;18:91-97.
10. González N. Analgesia multimodal postoperatoria. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12:112-118.
11. Sobrino J, Cabadas R, Rodríguez J, Ares X, Pereira J. Pain during the early postoperative period in outpatient major surgery: Determining factors. *Rev Soc Esp Dolor*. 1999;6:175-179.
12. Muñoz-Blanco F, Salmeron J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor*. 2001;8:194-211.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Manejo integral en la enfermedad de los adolescentes y adultos. 2004 [citado 2011 Nov 21]. Disponible en: <http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/genericpalliativecare082004.pdf>
14. Sánchez B. Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Aquichan*. 2003;3:32-41.
15. Good M, Moore S. Clinical Practice Guidelines as a New Source of Middle-Range Theory: Focus on Acute Pain. *Rev Nurs Outlook*. 1996;2,44:74-9.
16. Montes A, García J, Trillo L. Tratamiento del dolor postoperatorio: de la Unidad de Dolor Agudo al Programa de Gestión del Dolor Postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007;14(5):335-337.
17. Moreno M, Interrial M, Saucedo P, Vázquez L, López J. Satisfacción de las madres con la atención a sus hijos hospitalizados. *Aquichan*. 2011;11(1):40-47.
18. Achury D. Dolor: la verdadera realidad. *Aquichan*. 2008;8(2):146-158.
19. McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL. The hidden error of mismanaged pain: a systems approach. *J Pain Symptom Manage*. 2004;28:47-58.
20. Grove S, Burns N, Gray J. *The practice of Nursing Research Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier. 2013;7:224-227.
21. Elashoff D, Dixon J, Crede M, Fotheringham, N. n´Query Advisor Program, versión 4.0. 2000.
22. McCaffery M, Pasero C. *Pain: Clinical Manual*. St. Louis: Mosby; 1999.

23. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. México: Porrúa; 1987.
24. Bolibar I, Catala E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 2005;52,131-140.
25. Álvarez Ríos JJ, Manrique-Carmona L. Infusión continua de Fentanil-ketoprofeno en analgesia postoperatoria de cirugía mayor: un estudio causi-experimental. *Revista Anestesia en México.* 2005;7(3),105-111.
26. Ramírez-Maestre C, Esteve R, López-Martínez AE, Anarte MT. Diferencias en la percepción del dolor relacionadas con las variables sexo y edad. *Revista Sociedad Española del Dolor.* 2001;8:562-568.
27. Gallego JL, Rodríguez JC, Vázquez G, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev Soc Esp Dolor.* 2004;11:197-202.

## Anexo

**Tabla 1.** Intensidad del dolor

Intensidad	M	Mdn	DE	Intervalo de confianza al 95 %	
Nivel promedio usual primeras 24 horas	4,55	5,00	3,05	4,12	4,98
Máximo dolor en las primeras 24 horas	5,64	6,00	3,38	5,16	6,12
Dolor al momento de la entrevista	2,33	1,00	2,90	1,92	2,74

Fuente: CID.

n = 193

DE = Desviación Estándar

**Tabla 2.** Clasificación de la intensidad del dolor

Intensidad del dolor	Dolor en las primeras 24 horas		Máximo dolor en las primeras 24 horas		Dolor al momento de la entrevista	
	f	%	f	%	f	%
Ausencia del dolor	30	15,50	29	15,00	91	47,20
Dolor leve	46	23,80	25	13,00	45	23,30
Dolor moderado	56	29,00	46	23,80	34	17,60
Dolor severo	61	31,60	93	48,20	23	11,90

Fuente: CID.

n = 193

**Tabla 3.** Intensidad del dolor de acuerdo al género

Intensidad	Género	M	Mdn	DE	Intervalo de confianza al 95%	
Dolor promedio en las primeras 24 horas	Femenino	5,05	5,00	2,99	4,51	5,59
	Masculino	3,71	4,00	2,98	3,01	4,41
Máximo dolor en las primeras 24 horas	Femenino	6,09	7,00	3,23	5,51	6,67
	Masculino	4,88	5,00	3,51	4,05	5,70
Dolor al momento de la entrevista	Femenino	2,55	1,00	2,95	2,02	3,09
	Masculino	1,96	1,00	2,80	1,30	2,62

Fuente: Cédula de Datos y CID.

n = 193

**Tabla 4.** Intensidad del dolor de acuerdo al tipo de intervención quirúrgica

Intensidad	Tipo de intervención	M	Mdn	DE	Intervalo de confianza al 95 %	
Dolor promedio en las primeras 24 horas	Cirugía Menor	4,74	5,00	3,13	4,01	5,47
	Cirugía Mayor	4,43	4,00	3,01	3,89	4,98
Máximo dolor en las primeras 24 horas	Cirugía Menor	5,67	7,00	3,37	4,88	6,46
	Cirugía Mayor	5,62	6,00	3,40	5,00	6,23
Dolor al momento de la entrevista	Cirugía Menor	2,56	0,00	3,17	1,82	3,30
	Cirugía Mayor	2,19	1,00	2,73	1,70	2,69

Fuente: Cédula de Datos y CID.

n = 193

DE = Desviación Estándar

**Tabla 5.** Orientación preoperatoria y posoperatoria proporcionada a los participantes

Orientación	f	%
Recibió orientación preoperatoria		
Sí	165	85,50
No	28	14,50
Recibió orientación posoperatoria		
Sí	182	94,30
No	11	5,70
Persona que proporcionó la orientación		
Médico cirujano	68	35,20
Anestesiólogo	81	42,00
Enfermera	16	8,30
Nadie	28	14,50

Fuente: Cédula de Datos.

n = 193

**Tabla 6.** Determinantes de la satisfacción del paciente con el manejo del dolor posoperatorio

Determinantes	B	Beta estandarizada	t	p
Máximo dolor	- 0,05	-0,17	-2,34	0,02
Alivio del dolor	-0,10	-0,11	-1,51	0,13
Orientación	-1,12	-0,37	-5,51	0,00

R2 = 0,17; error estándar = 0,99; F = 12,41; p = 0,000