

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA DE AREQUIPA

PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

Tesis Presentada por la bachiller:
SUCASACA CUSI, Josué Marcial.

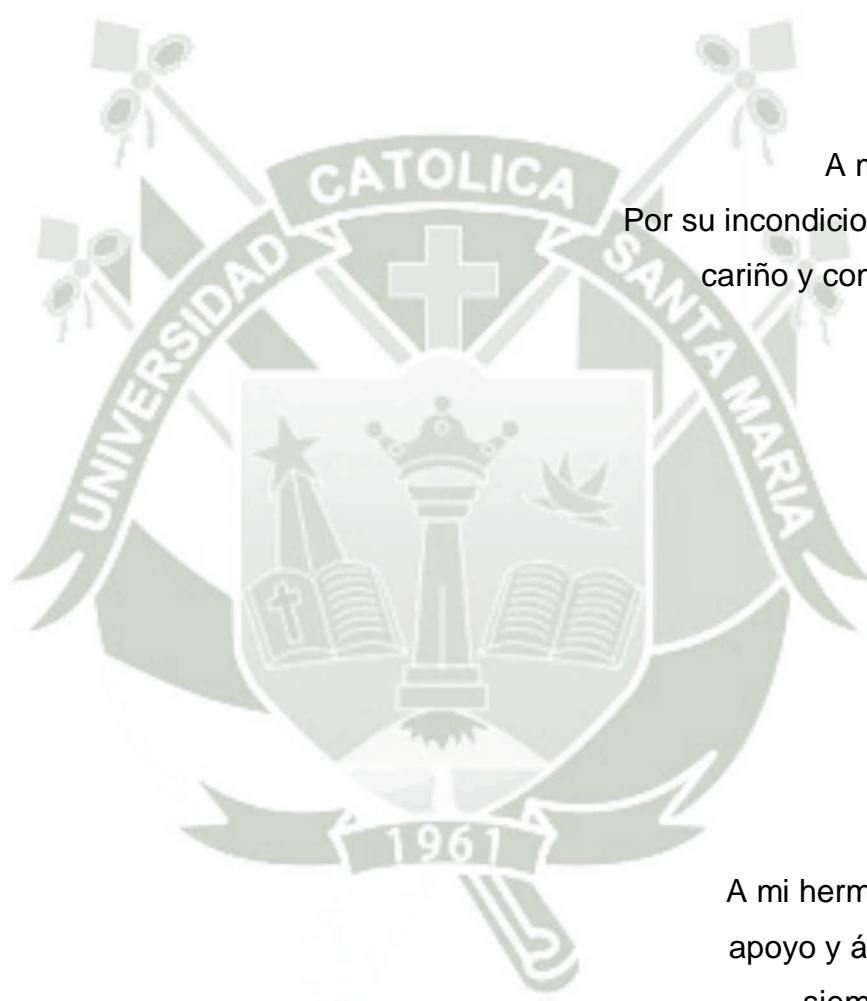
Para obtener título de Médico Cirujano.

ASESOR: Dr. Eugenio Elías Chirinos
Zereceda.

AREQUIPA - PERÚ

2016

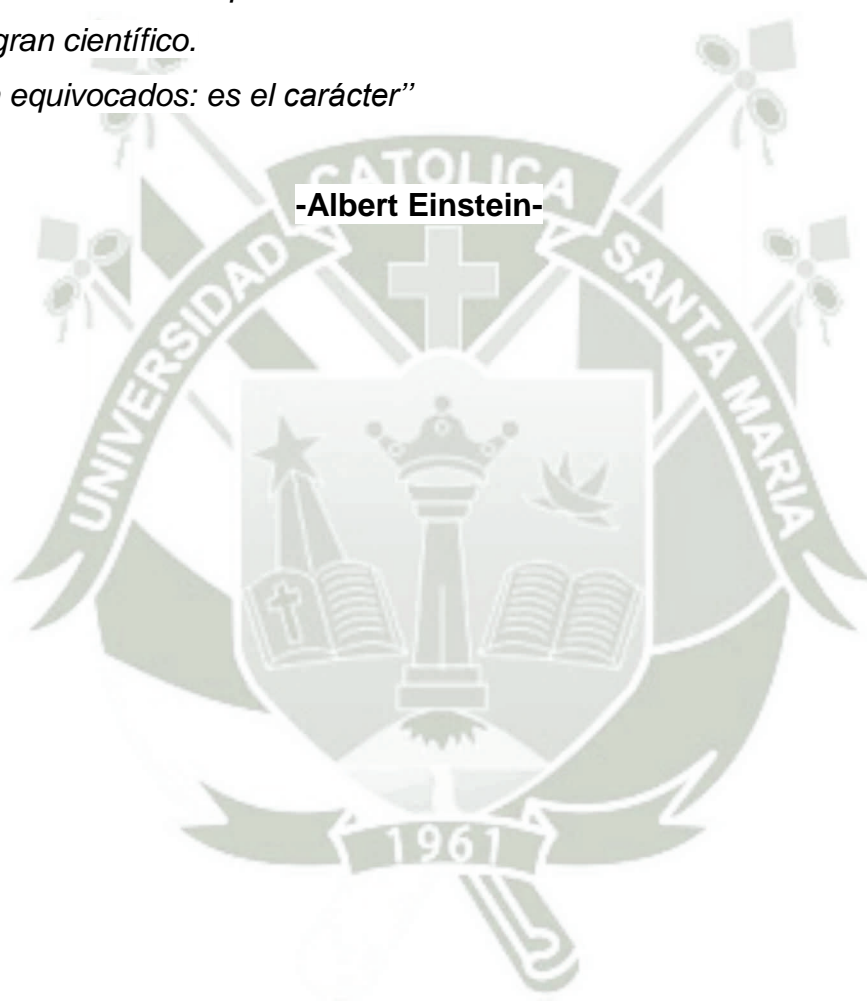
DEDICATORIA



A mis Padres
Por su incondicional apoyo,
cariño y comprensión.

A mi hermana por el
apoyo y ánimos que
siempre me da

*“La mayoría de la gente dicen
que el intelecto es lo que hace
a un gran científico.
Están equivocados: es el carácter”*



ÍNDICE

DEDICATORIA	02
EPÍGRAFE	03
ÍNDICE	04
RESUMEN	05
ABSTRACT	06
INTRODUCCIÓN	07
CAPITULO I: Material Y Métodos	09
CAPITULO II: Resultados	19
CAPITULO III: Conclusiones	44
CAPITULO IV: Recomendaciones y Propuestas	53
BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	60
ANEXO I: Material Y Métodos	61
ANEXO II: Base de Datos	64
ANEXO III: Protocolo de alivio del dolor	71
ANEXO IV: Recomendaciones y Propuestas	73

RESUMEN

OBJETIVO: Fue establecer la relación entre la intensidad del dolor post operatorio inmediato y la satisfacción de la atención percibida en pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD Arequipa - 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se utilizó una ficha de recolección de datos basada en el cuestionario adaptado de la sociedad americana del dolor, así como la escala luminosa analógica de Lyman en el post operatorio inmediato de 119 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. El estudio fue realizado entre los meses de enero y marzo del 2016. Los resultados de la búsqueda se vaciaron en una base de datos de la hoja electrónica de Excel, estos fueron analizados mediante paquetes estadísticos.

RESULTADOS: En los pacientes post operados se evidencia que las variables predictoras tomadas en cuenta en este estudio modifican en conjunto un 61.88% la intensidad del dolor post operatorio. Así mismo se comprueba que todas ellas presentan una correlación directa y de baja intensidad (excepto para el abordaje quirúrgico con una correlación negativa y de intensidad baja) con el dolor post operatorio; sin embargo al efectuar los cálculos de asociación (Chi cuadrado), éstos muestran que la edad y grado de instrucción se asocian al dolor post operatorio, mientras que el grado de instrucción, también la intensidad del dolor post operatorio se asocian al nivel de satisfacción con el personal médico, mas no de enfermería. Respecto al abordaje quirúrgico se comprueba que la vía laparoscópica presenta menor intensidad de dolor post operatorio, además de ser la más usada en este hospital; el protocolo de alivio del dolor establecido en el Hospital III Yanahuara disminuye la intensidad del dolor post operatorio en relación a otros estudios, sin embargo debe considerarse una mejora en el mismo.

PALABRAS CLAVE: Satisfacción del paciente – dolor post operatorio – calidad de atención

ABSTRACT

OBJECTIVE: The aim of this study has been to determinate the relation between the severity of postoperative pain and the satisfaction perceived by patients of General Surgery Service of Yanahuara III EsSALUD Arequipa Hospital – 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS: A data recollection sheet based on the adapted American Pain Society Questionnaire and the Lyman Analogyc Luminous Scale were used in 119 immediate post operated patients who fulfilled inclusion criteria. This study was performed between the months of January and March of 2016. The results were introduced on an Excel data base sheet, they were analyzed by statistic packages.

RESULTADOS: The predictive variables in this study modified all together a 61.88% of the post operative pain. All of them show a direct and low intensity correlation with post operative pain; how ever when Chi cuadrado was applied, it showed that age and education level are associated with the intensity of post operative pain, also education level and intensity of post operative pain are associated with physician's satisfaction level and not nursing satisfaction level. Laparoscopic approach presents lower post operative pain intensity and is the most used approach; the pain relief protocol established in Yanahuara III Hospital diminishes the intensity of post operative pain , how ever an improve must be considered.

PALABRAS CLAVE: Patient satisfaction – Postoperative pain – Attention quality



INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable descrita en términos de daño y asociada a una lesión tisular real o potencial. El dolor agudo postoperatorio se presenta de diferentes formas ya que influyen, por un lado, la variabilidad de respuesta de los pacientes y, por otro, el tipo de intervención y el procedimiento anestésico empleado ¹.

El control satisfactorio del dolor postoperatorio es uno de los retos más importantes que permanecen sin resolver en el ámbito quirúrgico, lo que motiva un fuerte impacto en los pacientes y en el sistema sanitario en su conjunto ². A pesar de las continuas innovaciones farmacológicas y los incesantes avances tecnológicos, una gran parte de estos pacientes siguen tratados de forma inadecuada, por lo que experimentan un sufrimiento injustificado, que incrementa notablemente el riesgo de aparición de complicaciones postoperatorias³. 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 moderado o intenso⁴.

Al ser el dolor una experiencia subjetiva, para su cuantificación se requiere necesariamente de la información suministrada por el paciente, ya que los signos físicos y metabólicos son absolutamente inespecíficos y no mantienen necesariamente una relación proporcional a la magnitud del dolor⁵. La evaluación clínica constituye el único método efectivo y razonable fácil de realizar a pie de cama para valorar el grado de dolor postoperatorio⁶.

Los objetivos de este estudio han consistido en estimar la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio, la satisfacción de los pacientes con el personal médico y de enfermería y por último, establecer la relación entre la intensidad del dolor post operatorio inmediato y la satisfacción de la atención percibida con el tratamiento médico y de enfermería en el servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara durante el mes de Febrero del año 2016.

CAPITULO I

MATERIAL Y MÉTODOS



PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Diseño: Descriptivo correlacional.

2. METODOS, TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

2.1. MÉTODOS

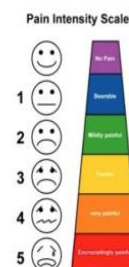
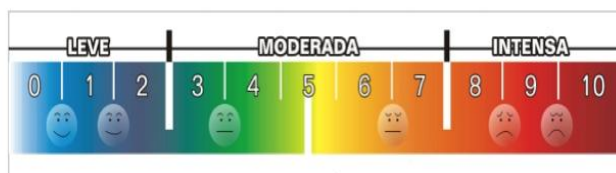
2.1.1. Observación documental

Tipo: Participante

2.1.2. Instrumento

Formatos:

1. Ficha de recolección de datos (anexo 1).
2. Escala luminosa analógica de Nyman.



3. Cuestionario adaptado de la Sociedad Americana del Dolor⁷

2.1.3. Obtención de la muestra

Las unidades de análisis y datos correspondientes a los pacientes post operados inmediatos, serán obtenidos en sala de hospitalización del servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD de Arequipa.

La muestra está constituida por todas aquellas unidades que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

2.2. TÉCNICAS

2.2.1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se asigna un número a cada unidad de análisis o unidad muestral y se selecciona por los criterios de elegibilidad.

A cada unidad de análisis se le aplica la Ficha de recolección de datos. Se identifica ésta por el número correlativo del caso, el número de historia clínica y por los nombres y apellidos del paciente.

1. Edad: Se determina en años, fecha de nacimiento (partida de nacimiento).
2. Grado de instrucción: El año de egreso de la primaria, secundaria o superior. (certificado de estudios).
3. Intensidad del dolor: se aplica la Escala luminosa analógica de Nyman.
4. La satisfacción percibida por el usuario, se valora por el Cuestionario adaptado de la Sociedad Americana del Dolor.
5. Tipo de Abordaje Quirúrgico.

2.3. INSTRUMENTOS

- Hoja de recolección de datos que incluye el cuestionario adaptado de la sociedad Americana del dolor
- Escala Luminosa Analógica de Nyman

2.4. MATERIALES

- Materiales de escritorio.
- Papel Bond A4 un millar.
- Computadora personal.
- Software: Microsoft Office y estadísticos.

Los resultados de la búsqueda se vaciarán en una base de datos de la hoja electrónica de Excel, aplicando los criterios de inclusión, exclusión o eliminación. Posteriormente estos serán analizados mediante paquetes estadísticos: IBM SPSS STATISTICA reléase 20.

3. CAMPO DE VERIFICACIÓN

3.1 UBICACIÓN ESPACIAL

Precisión del Lugar

- **Ámbito General:** Departamento de Arequipa.
- **Ámbito Específico:** Provincia y distrito de Arequipa.

Caracterización del Lugar

- **Ámbito Institucional:** Servicios de Cirugía del hospital III Yanahuara EsSALUD de Arequipa.

Delimitación Geográfica

- El espacio geográfico donde se realiza la recolección de datos se realizarán en los ambientes de hospitalización del servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD, ubicado en el Distrito de Yanahuara, Avenida Enmel y Zamácola s/n, a la margen derecha del río Chili de la ciudad de Arequipa.

3.2 UBICACIÓN TEMPORAL

2.2.1. TIEMPO HISTÓRICO

La investigación se realizará entre los meses de enero y marzo del 2016.

3.3. UNIDADES DE ESTUDIO

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ACCESIBLE

- **Criterios de Inclusión**
 - a. Pacientes que aceptaron participar en la investigación mediante consentimiento informado.
 - b. Pacientes que hablan o entienden el idioma español.
 - c. Pacientes mayores de 18 años.
 - d. Pacientes sometidos tanto a cirugía laparoscópica como a laparotomía.
 - e. Pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD.
 - f. Pacientes en quienes se aplicó el protocolo de alivio del dolor establecido por el servicio de Anestesiología del Hospital III Yanahuara EsSALUD.

- **Criterios de Exclusión o Eliminación**
 - a. Pacientes con diagnóstico de trastorno psiquiátrico.
 - b. Pacientes portadores de patología médico quirúrgica dolorosa crónica previa a la intervención quirúrgica.
 - c. Pacientes que reciben el alta hospitalaria antes de 24 horas tras la intervención quirúrgica.
 - d. Pacientes sometidos a intervención quirúrgica con anestesia local.
 - e. Pacientes que precisan cuidados intensivos en el post operatorio inmediato.

3.4. MUESTREO Y MUESTRA

3.4.1 MUESTREO:

Elección de las unidades de análisis.

- Técnica de Muestreo
 - Por su variabilidad:
Es Fijo
 - Por la posibilidad de integrar la muestra:
Es de oportunidad única.
 - Por la elección de sus elementos constitutivos:
Es determinista, la elección está en base a las unidades que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.
- Tipo de Muestreo
Es No probabilístico directo. Por conveniencia; intencional o deliberado.

3.4.2. MUESTRA:

Tamaño de la Muestra

Criterios Estadísticos

n:

Z (1- α): 1.96

σ : 2.78 (desviación estándar de la mayor intensidad del dolor en la escala analógica)¹

Nivel de confianza: 95% (0.05)

B (error muestral α): 0.6

¹ Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor post operatorio. J. I. Gallegos. M. R. Rodríguez de la Torre. J. C. Vázquez – Guerrero y M. Gil. Rev. Soc. Esp. Dolor. 11:197-202, 2004

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{Z^2 * \delta^2}{e^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * (2.78)^2}{(0.6)^2}$$

$$n = \approx 82.45 = 85 U.A$$

4. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1. ORGANIZACIÓN

- Permiso para acceder a las unidades de estudio.
- Supervisión y Coordinación: El investigador.

4.2. RECURSOS

4.2.1. Humanos

- **Investigador:** Bachiller Josué Marcial, Sucasaca Cusi.
- **Asesor:** Dr. Eugenio Elias Chirinos.

4.2.2. Físicos

- **Infraestructura:** Hospital III Yanahuara EsSALUD Arequipa.
- **Ambientes:** Sala de hospitalización del servicio de cirugía.

4.2.3. Económicos

Autofinanciado.

4.3. CRITERIOS Y ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS

4.1. Plan de tabulación y análisis

Nivel de sistematización de los datos

Tipo de Procesamiento

Es: Mixto (manual y computarizado)

a. Plan de clasificación

- Matriz de Ordenamiento:

De Registro o control

- Plantilla Esquemática:

Cuadro Maestro o Base de datos.

b. Plan de codificación

- *Sistema de Codificación:*

Sistema Computarizado

- *Tipo de Procedimiento:*

Códigos alfanuméricos

- *Implementación del Trabajo y Codificación:*

Variable V₁: Intensidad de dolor post operatorio.

Variable V₂: Satisfacción percibida.

- *Variables e Indicadores a Codificar.*

Variable V₁: Intensidad de dolor post operatorio.

1. 0 sin dolor.
2. 1 a 2: Intensidad Leve.
3. 3 a 7: Intensidad Moderada.
4. 8 a 10: Intensidad severa.

Variable V₂: Satisfacción percibida.

1. Muy insatisfactorio
2. Insatisfactorio
3. Algo insatisfactorio
4. Algo satisfactorio
5. Satisfactorio
6. Muy satisfactorio

Se agrupó las respuestas de las Variables V_1 : Sin dolor e Intensidad Leve fueron considerados como una intensidad de dolor ACEPTABLE, ya que la mayoría de intervenciones fueron laparoscópicas por lo que se esperan niveles reducidos de intensidad del dolor, además de la presencia de un protocolo de alivio de dolor donde se aplica analgesia intraoperatoria; mientras que la Intensidad moderada y severa se tomaron como INACEPTABLE.

Similar proceso se tomó con la variable V_2 , las respuestas Muy Satisfactorio y Satisfactorio fueron tomadas como un nivel ADECUADO de satisfacción, por la razones ya mencionadas anteriormente, mientras que el resto fueron tomadas como un nivel INADECUADO de satisfacción.

Todas estas consideraciones se aplican para una mejor demostración de las asociaciones usando el Chi cuadrado.

c. Plan de recuento

- Tipo de Recuento:
Computarizado
 - Matriz de Conteo:
No es necesaria una matriz de conteo, el método es computarizado

d. Plan de análisis (tratamiento estadístico)

I. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS:

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

- Frecuencias: absolutas, relativas y proporciones.

ESTADÍSTICA INFERENCIAL

- Pruebas de comparaciones múltiples: Correlaciones canonicas

e. Plan de tabulación

TABLAS

- Tipos de tablas.
Para la estadística descriptiva: Tablas de Frecuencias de Observaciones absolutas y relativas.

Para la estadística Inferencial: Tablas de Contingencia de Doble Entrada.

f. Plan de graficación

- Clases de Gráficos

Para la estadística descriptiva: Histogramas de frecuencias y gráficos tipo Pie.

Para la estadística Inferencial: Diagrama de dispersión de puntos.





CAPITULO II

RESULTADOS

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 01. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE DEPENDENCIA MÚLTIPLE DE LAS VARIABLES PREDICTORAS (edad, sexo, grado de instrucción, tipo de abordaje y satisfacción percibida) Y LA VARIABLE DEPENDIENTE (intensidad del dolor) EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

COEFICIENTE CANONICAL R: 0.61877

Chi 2 (6 dF): 55.025

P = 0.0000

VARIABLES	INDEPENDIENTES	DEPENDIENTES
Nº DE VARIABLES:	6	1
VARIANZA EXTRAÍDA:	24.17%	100.00%
REDUNDANCIA TOTAL:	9.25%	38.29%
Variables	1: Edad	Intensidad dolor
	2: Sexo	
	3: G. Instrucción	
	4: Abordaje quirúrgico	
	5: Satisfacción médicos	
	6: Satisfacción enfermeras	

n = 119 UUA

Fuente: Elaboración Personal

En la tabla 01, el valor del estadístico de Chi cuadrado de asociación, es significativo ($p \leq 0.05$), lo que garantiza que existe al menos una correlación significativa entre las variables analizadas.

La intensidad de la correlación entre las variables analizadas es positiva y de grado ALTO ($r: 0.61877$). El coeficiente de determinación del modelo matemático nos informa que en el 61.88%, la intensidad del dolor post operatorio de los pacientes del servicio de Cirugía, se modifica por la acción de las variables predictoras en conjunto. La diferencia es explicada por otras causas diferentes al conjunto de variables predictoras estudiadas.

La varianza extraída es del 24.17% para las variables predictoras y del 100% para la variable dependiente, indicando que las puntuaciones de la variable Predictora en el 24.17% están alejadas del promedio de los valores, en la variable dependiente la totalidad de los valores no se alejan del promedio de los valores. Concluimos que las distribuciones son homogéneas. La cantidad de redundancia total, explica cantidad de variación de las variables originales explicadas por las variables canónicas, siendo del 9.25% para las variables predictoras y del 38.29% para las dependientes. Estos valores son relativamente bajos; son indicativos del alto grado de relación global entre las variables de ambos grupos.

TABLA 02. PRUEBA DE Chi CUADRADO DE LAS RAÍCES CANÓNICAS.

Raíz Removida	R Canónica	R ² Canónica	Chi Cuadrado	df	p	Lambda Prime
0	0.6188	0.3829	55.0252	6	0.0000	0.6171

n = 119 UUA

Fuente: Elaboración Personal

En la tabla 02, el estadístico Chi cuadrado nos proporciona el nivel de significación del contraste, evidenciándose que son significativos los coeficientes de correlación hasta la primera raíz canónica eliminada. La estimación de la variación inexplicada entre los dos variantes canónicos, fue mayor del 60% (Lambda), por lo que tiene un poder discriminante aceptable bueno.

TABLA 03. VALORES DE LOS COEFICIENTES CANONICALES DE LAS CORRELACIONES DE LAS VARIABLES PREDICTORAS Y DEPENDIENTES.

CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES PREDICTORAS Y LAS DEPENDIENTES

	Coefficiente correlación
	r
Edad	0.3554
Sexo	0.2184
Grado instrucción	0.2157
Abordaje quirúrgico	-0.3588
Satisfacción Médicos	0.3559
Satisfacc Enfermeras	0.2817

n = 119 UUA

Fuente: Elaboración Persona

TABLA 04. VALORES DE LOS COEFICIENTES DE DETERMINACIÓN DE LAS CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES PREDICTORAS Y DEPENDIENTES.

CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES PREDICTORAS Y LAS DEPENDIENTES

	Coefficiente determinación
	R²
Edad	0.1263
Sexo	0.0477
Grado instrucción	0.0465
Abordaje quirúrgico	0.1287
Satisfacción Médicos	0.1267
Satisfacc Enfermeras	0.0794

n = 119 UUA

Fuente: Elaboración Personal

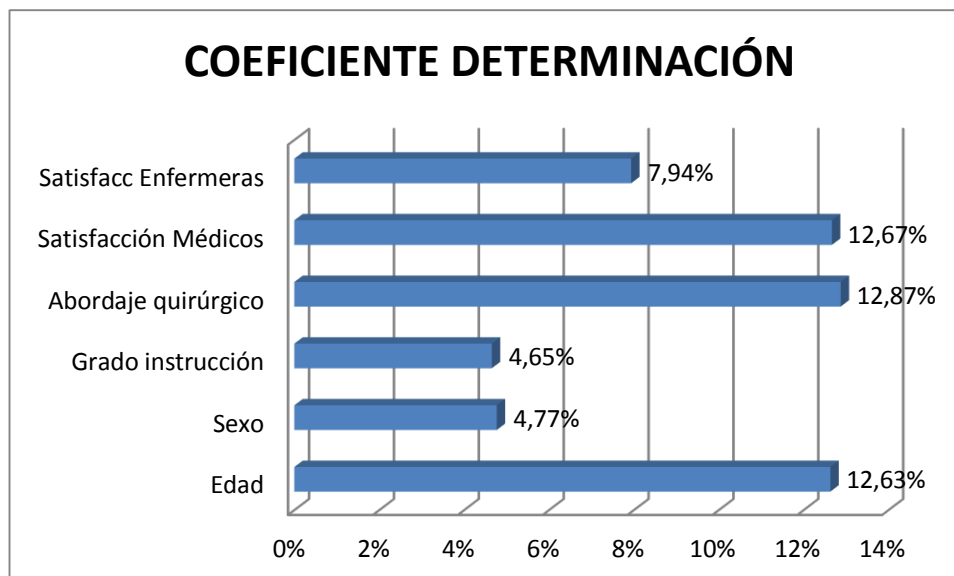


GRAFICO 01. VALORES DE LOS COEFICIENTES DE DETERMINACIÓN DE LAS CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES PREDICTORAS Y DEPENDIENTES.

Las tablas 03, nos muestra la intensidad y la orientación de cada una de las variables predictoras con las variables dependientes. La tabla 04 y el grafico 01 nos muestra las proporciones de influencia y contribución sobre la intensidad del dolor post operatorio, del conjunto de variables predictoras estudiadas.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 05. DISTRIBUCIÓN POR EDADES Y SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

SEXO	EDAD				n
	Promedio	D.S	Max	Min	
Masculino	44.98	17.21	15	82	63
Femenino	41.61	16.20	14	76	56

FUENTE: Elaboración personal.

En la tabla 05 se observa que los pacientes post operados fueron 63 varones y 56 mujeres. Las desviaciones estándar y las edades extremas fueron similares en ambos sexos.

La edad y la variable sexo mostraron una correlación directa de intensidad BAJA² (edad, r_1 : 0.3554 y R_1 : 12.63%. Sexo, r_2 : 0.2184 y R_2 : 4.77%). Los cambios en la intensidad del dolor post operatorios fueron explicados en una proporción del 12.63% por la variable edad y en el 4.77% por el sexo.

² <http://www.monografias.com/trabajos85/coeficiente-correlacion-karl-pearson/coeficiente-correlacion-karl-pearson.shtml#ixzz41pgYc6LV>.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 06. ASOCIACIÓN ENTRE EL SEXO Y LA INTENSIDAD DEL DOLOR EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

Sexo	Intensidad de dolor				TOTAL	
	Aceptable		No aceptable		n	%
	n	%	n	%		
Masculino	50	42.02	13	10.92	63	52.94
Femenino	45	37.82	11	9.24	56	47.06
TOTAL	95	79.84	24	20.16	119	100.00

$\chi^2=0.089$

$P=0.9249$

$P>0.05$

En la tabla 06; se muestra la intensidad del dolor, ya clasificada en Aceptable e Inaceptable, para ambos sexos. Se realiza nuevamente la prueba de Chi cuadrado con un resultado NO SIGNIFICATIVO.

Es decir que la intensidad de dolor en los pacientes post operados es independiente al sexo del mismo.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 07. ASOCIACIÓN ENTRE EL SEXO Y EL NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

Sexo	Nivel de satisfacción-Enfermería				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		n	%
	n	% total	N	% total		
Masculino	50	42.02	13	10.92	63	52.94
Femenino	43	36.14	13	10.92	56	47.06
TOTAL	93	78.16	26	21.84	119	100.00

$\chi^2=0.0138$ $P=0.9363$ $P>0.05$

En la tabla 07; se muestra el nivel de satisfacción con el personal de enfermería según el sexo del paciente post operado, se realizó la prueba estadística Chi cuadrado, obteniendo un valor de significación mayor a 0.05, por ende obtenemos un resultado NO SIGNIFICATIVO.

Es decir que el de satisfacción con el personal de enfermería no se asocia al sexo del paciente post operado.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 08. ASOCIACIÓN ENTRE SEXO Y EL NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL PERSONAL MÉDICO EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

Sexo	Nivel de Satisfacción-Médico				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		n	%
	n	%	n	%		
Masculino	59	49.58	4	3.36	63	52.94
Femenino	45	37.82	11	9.24	56	47.06
TOTAL	104	87.4	15	12.6	119	100.00
$\chi^2 = 3.6258$	$P = 0.0569$		$P > 0.05$			

En la tabla 08; se muestra el nivel de satisfacción con el personal médico según el sexo del paciente post operado, se realizó la prueba estadística Chi cuadrado, obteniendo un valor de significación mayor a 0.05, por ende obtenemos un resultado NO SIGNIFICATIVO.

Es decir que el grado de satisfacción con el personal médico es independiente del sexo del paciente post operado.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 09. ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA INTENSIDAD DEL DOLOR EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

Edad	Intensidad de dolor				TOTAL	
	Aceptable		No aceptable		n	%
	n	%	n	%		
<30 años	29	24.37	3	2.52	32	26.89
30-64 años	57	47.9	15	12.61	72	60.51
>64 años	9	7.56	6	5.04	15	12.6
TOTAL	95	79.83	24	20.17	119	100.00

$\chi^2 = 5.9993$ $P = 0.0498$ $P < 0.05$

En la tabla 09; se muestra la intensidad del dolor post operatorio según la edad del paciente, se realizó la prueba estadística Chi cuadrado, obteniendo un valor de significación menor a 0.05, por ende obtenemos un resultado SIGNIFICATIVO.

Es decir que la edad y la intensidad de dolor post operatorios se asocian, siendo los pacientes mayores a 64 años quienes presentan en mayor proporción un dolor no aceptable.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 10. ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL PERSONAL MÉDICO EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

Edad	Nivel de Satisfacción-Médicos				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		n	%
	n	%	n	%		
<30 años	29	24.37	3	2.52	32	26.89
30-64 años	63	52.94	9	7.56	72	60.5
>64 años	12	10.09	3	2.52	15	12.61
TOTAL	104	87.4	15	12.6	119	100.00

$\chi^2 = 1.0484$

$P = 0.592$

$P > 0.05$

En la tabla 10; se muestra el nivel de satisfacción con el personal médico según la edad del paciente post operado, se obtuvo un valor significación mayor a 0.05, por ende un resultado NO SIGNIFICATIVO.

Es decir que la edad es independiente al nivel de satisfacción con el personal de médico.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 11. ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

Edad	Nivel de Satisfacción-Enfermería				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		n	%
	n	%	n	%		
<30 años	28	23.53	4	3.36	32	26.89
30-64 años	54	45.38	18	15.13	72	60.51
>64 años	11	9.24	4	3.36	15	12.60
TOTAL	93	78.15	26	21.85	119	100.00

$\chi^2=2.2606$ $P=0.3239$ $P>0.05$

En la tabla 11; se muestra el nivel de satisfacción con el personal de enfermería según la edad del paciente post operado, mediante la cual se realizó la prueba estadística Chi cuadrado, obteniendo un valor de significación mayor a 0.05, por ende obtenemos un resultado NO SIGNIFICATIVO.

Es decir que la edad no se asocia al nivel de satisfacción con el personal de enfermería.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

SEXO	Primaria		Secundaria		Superior		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	3	2.52	40	33.61	20	16.81	63	52.94
Femenino	2	1.68	26	21.85	28	23.53	56	47.06

FUENTE: Elaboración personal.

En la tabla 12; se muestra la distribución del grado de instrucción de los pacientes post operados por el sexo. Fueron varones 63 (52.94%) y mujeres 56 (47.06%).

En el sexo masculino la mayor frecuencia se observó mayor frecuencia en el grado de instrucción secundaria y luego superior. En el sexo femenino la mayor frecuencia fue en el grado de instrucción superior y luego secundaria. La variable grado de instrucción se correlaciono con la intensidad del dolor post operatorio en forma directa y de BAJA intensidad ($r: 0.2157$) y explico en el 4.65% los cambios de intensidad del dolor post operatorio.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 13. ASOCIACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y LA INTENSIDAD DEL DOLOR EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

Grado de Instrucción	Intensidad de dolor				TOTAL	
	Aceptable		No aceptable		n	%
	n	%	n	%		
Primario	4	3.36	1	0.84	5	4.2
Secundario	58	48.74	8	6.72	66	55.46
Superior	33	27.73	15	12.61	48	40.34
TOTAL	95	79.83	24	20.17	119	100.00

$\chi^2=6.3157$

$P=0.0425$

$P<0.05$

En la tabla 13; se muestra la intensidad del dolor percibida por los pacientes post operados según el grado de instrucción de los mismos. Tras realizar la prueba de Chi Cuadrado se obtiene un resultado SIGNIFICATIVO.

La intensidad del dolor post operatorio efectivamente se asocia al grado de instrucción del paciente, siendo los pacientes con grado de instrucción superior quienes presentan mayor dolor post operatorio inmediato.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 14. ASOCIACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL PERSONAL MÉDICO EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

Grado de Instrucción	Nivel de satisfacción-Médicos				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		n	%
	n	%	n	%		
Primario	5	4.20	0	0.00	5	4.20
Secundario	62	52.10	4	3.36	66	55.46
Superior	37	31.1	11	9.24	48	40.34
TOTAL	104	87.40	15	12.6	119	100.00

$\chi^2=7.9202$ $P=0.0191$ $P<0.05$

En la tabla 14; se muestra el nivel de satisfacción con el personal médico por parte de los pacientes según su grado de instrucción. El resultado de Chi cuadrado en este caso es SIGNIFICATIVO.

Afirmamos entonces que en nuestro estudio a menor grado de instrucción en los pacientes, se evidencia un mayor nivel de satisfacción con el personal médico.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 15. ASOCIACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

Grado de Instrucción	Nivel de satisfacción-Enfermería				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		n	%
	n	%	n	%		
Primario	5	4.2	0	0	5	4.20
Secundario	55	46.22	11	9.24	66	55.46
Superior	33	27.73	15	12.61	48	40.34
TOTAL	93	78.15	26	21.85	119	100.00
<i>X²=3.6674</i>	<i>P=0.1598</i>		<i>P>0.05</i>			

En la tabla 15; se muestra el nivel de satisfacción con el personal de enfermería percibida por los pacientes post operados según el grado de instrucción de los mismos. Tras realizar la prueba de Chi Cuadrado se obtiene un resultado NO SIGNIFICATIVO.

El nivel de satisfacción con Enfermería no se asocia al grado de instrucción del paciente post operado a diferencia del nivel de satisfacción con el personal médico.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 16. VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

TIPO DE CIRUGÍA	INTENSIDAD DEL DOLOR									
	SIN DOLOR		LEVE		MODERADO		SEVERO		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Colelap	12	12.84	34	28.57	13	10.93	0	0.00	59	49.58
Apendilap	12	12.84	10	8.40	1	0.84	0	0.00	23	19.33
Hernioplast	10	10.84	10	8.40	0	0.00	0	0.00	20	16.81
Colecistectom	0	0.84	2	1.68	5	4.20	0	0.00	7	5.88
Apendicetom	0	0.84	3	2.52	2	1.68	0	0.00	5	4.20
Colostomia	0	0.84	2	1.68	2	1.68	1	0.84	5	4.20
TOTAL	34	28.57	61	51.26	23	19.33	1	0.84	119	100.00

FUENTE: Elaboración personal.

La tabla 16, nos muestra que la intensidad del dolor con mayor frecuencia en el estudio fue el leve, luego la ausencia de dolor.

Por el tipo de cirugía, en la colelap la intensidad más frecuente fue leve; en apendilap y hernioplastía predominó la ausencia de dolor; en la colecistectomía fue moderada, en la apendicetomía y colostomía fue leve y moderada.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 17. RELACIÓN DEL DOLOR POST OPERATORIO INMEDIATO CON EL ABORDAJE QUIRÚRGICO EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

ABORDAJE QUIRÚRGICO	n	%
Laparotomía	21	17.65
Laparoscopia	98	82.35
TOTAL	119	100.00

FUENTE: Elaboración personal.

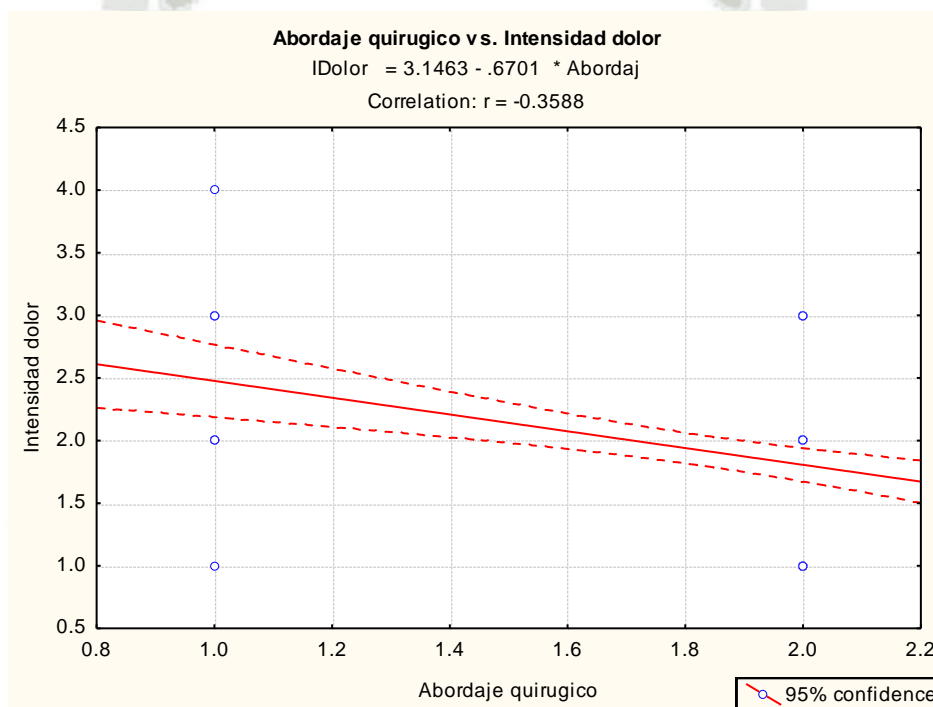


GRAFICO 02. RELACIÓN DEL DOLOR POST OPERATORIO INMEDIATO CON EL ABORDAJE QUIRÚRGICO EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

La laparoscopia durante el periodo de estudio fue el tipo de abordaje más frecuente; esta técnica quirúrgica se caracteriza por incisiones pequeñas y el trauma quirúrgico es mínimo; el dolor post operatorio es una compleja experiencia somato psíquica es menor intensidad. La relación con el dolor post operatorio inmediato y el tipo de abordaje quirúrgico es NEGATIVA y BAJA ($r: -0.3588$); los cambios en la intensidad del dolor post operatorio inmediato, el abordaje quirúrgico contribuye con el 12.87%.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 18. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE DEPENDENCIA MÚLTIPLE DE LAS VARIABLES PREDICTORAS (satisfacción percibida de la atención del médico y enfermera) Y LAS VARIABLES DEPENDIENTES (solicitud de otro analgésico, tiempo transcurrido en la administración del analgésico de mayor potencia y grado de alivio del dolor post operatorio) EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

COEFICIENTE CANONICAL R: 0.26962

Chi 2 (6 dF): 10.100

P = 0.12053

VARIABLES	INDEPENDIENTES	DEPENDIENTES
Nº DE VARIABLES:	2	3
VARIANZA EXTRAÍDA:	100.00%	45.40%
REDUNDANCIA TOTAL:	5.45%	3.10%
Variables	1: Satisfacc Médico	SolcOtroAnalg
	2: Satisfacc Médico	TiempTransc
	3:	GradAlivioDol

n = 119 UUA

Fuente: Elaboración Personal

En la tabla 18, el valor del estadístico de Chi cuadrado de asociación, no es significativo ($p > 0.05$), ello indica que NO existe correlación entre las variables predictoras (satisfacción de la atención profesional) y las variables dependientes (tratamiento del dolor post operatorio).

En las variables dependientes del tratamiento del dolor post operatorio se observa que los tiempos espera para la administración de analgésicos, en todos los casos fue menor de 15 minutos, por lo que no intervino en el análisis de correlación.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 19. TRATAMIENTO CON ANALGÉSICOS DEL DOLOR POST OPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

TRATAMIENTO DEL DOLOR POST OPERATORIO CON ANALGÉSICOS

SOLICITO OTRO ANALGÉSICO CON MAYOR POTENCIA			
	n	%	N
NO	114	95.80	119
SI	5	4.20	
TIEMPO TRANSCURRIDO EN QUE SE CAMBIO EL TRATAMIENTO			
No solicitaron Tratamiento analgésico	114	95.80	119
< 1 hra	2	1.68	
1 -2 hrs	3	2.52	
3 - 4 hrs	0	0.00	
4 - 8 hrs	0	0.00	
> 8 hrs	0	0.00	
GRADO EN QUE SE ALIVIARÍA EL DOLOR DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA			
Nada	2	1.68	119
Poco	12	10.08	
Regularmente	40	33.61	
Mayormente	53	44.54	
Totalmente	11	9.24	

Fuente: Elaboración Personal

En la tabla 19 se informa las características del tratamiento analgésico en el dolor post operatorio inmediato. El mayor porcentaje de post operados no solicitó otro analgésico de mayor potencia al indicado.

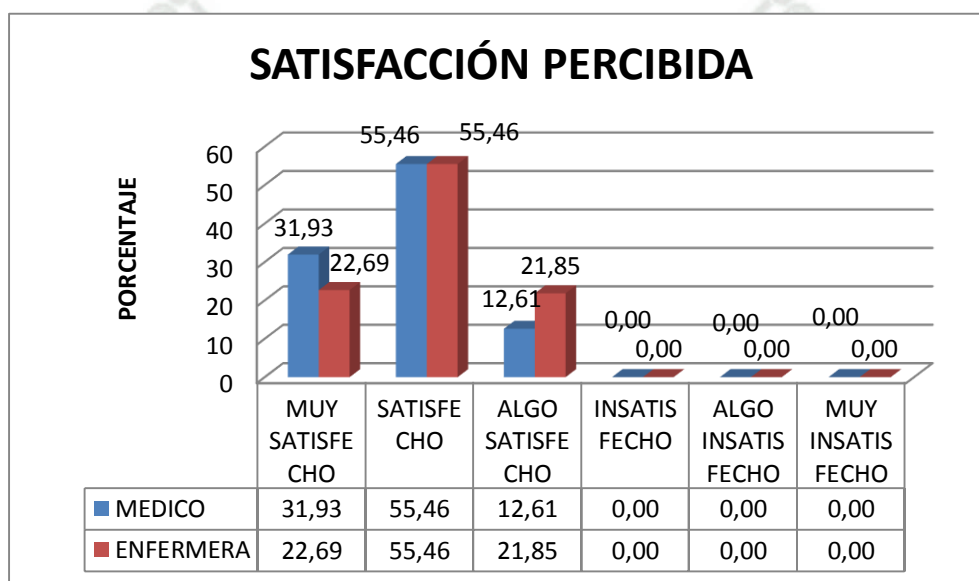
El tiempo que transcurrido del cambio del nuevo tratamiento analgésico solicitado. En 114 casos no se solicitó nuevo tratamiento analgésico. Solo 05 post operados solicitaron nuevo tratamiento analgésico de mayor potencia. De ellos 1.68 % (02) esperaron un tiempo menor a una hora; y el 2.52% (03) esperaron entre 1 a 2 horas.

En la pregunta del grado en se aliviaría el dolor después de la intervención quirúrgica, la mayoría respondió MUCHO 44.54%, luego regularmente (31.61%). La menor proporción fue NADA (1.68%).

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 20. SATISFACCIÓN PERCIBIDA DEL TRATO PROFESIONAL DEL MEDICO Y ENFERMERA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR POST OPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

PROFESIONAL	SATISFACCIÓN PERCIBIDA						N
	MUY SATISFECHO		SATISFECHO		ALGO SATISFECHO		
	n	%	n	%	n	%	
MEDICO	38	31.93	66	55.46	15	12.61	119
ENFERMERA	27	22.69	66	55.46	26	21.85	119



Fuente: Elaboración Personal

GRAFICO 03. SATISFACCIÓN PERCIBIDA DEL TRATO PROFESIONAL DEL MEDICO Y ENFERMERA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR POST OPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

En la tabla se observa la percepción de la calidad de la atención de los profesionales de Medicina y Enfermería. La mayor proporción de satisfacción percibida fue la de SATISFECHO para ambos grupos de profesionales (55.46%), MUY SATISFECHO fue mayor para el profesional Médico.

Para ambos grupos de profesionales no hubo respuestas de INSATISFACCIÓN en la encuesta.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 21. RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO INMEDIATO CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN POR EL MEDICO PERCIBIDA POR LOS PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

INTENSIDAD DOLOR	SATISFACCIÓN PERCIBIDA PROFESIONAL MEDICO							
	Muy satisfecho		Satisfecho		Algo satisfecho		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin dolor	16	13.44	17	14.29	1	0.84	34	28.57
Leve	20	16.81	34	28.57	7	5.88	61	51.26
Moderado	2	1.68	15	12.60	6	5.04	23	19.33
Severo	0	0.00	0	0.00	1	0.84	1	0.84
TOTAL	38	31.93	66	55.46	15	12.61	119	100.00

r: 0.3559

R²: 0.1267

Fuente: Elaboración Personal

La tabla 21; nos informa la satisfacción percibida por el paciente post operado inmediato según la intensidad de la sensación de dolor.

Los pacientes post operados con sensación de intensidad de dolor: sin dolor, leve y moderado tuvieron la percepción de la calidad de atención por el profesional Médico la condición de SATISFECHOS. Los que manifestaron dolor de intensidad severa, la satisfacción percibida fue ALGO SATISFECHO.

El análisis de las variables en estudio mostraron una correlación positiva y de intensidad BAJA (r: 0.3559) y esta correlación explica que la intensidad del dolor se modifica en el 12.67%.

En la satisfacción de la atención Médica, no hubo la percepción de algo insatisfecho, insatisfechos y muy insatisfechos.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 22. RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO INMEDIATO CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN POR LA ENFERMERA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

SATISFACCIÓN PERCIBIDA PROFESIONAL ENFERMERÍA

INTENSIDAD DOLOR	Muy satisfecho		Satisfecho		Algo satisfecho		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin dolor	10	8.40	21	17.65	3	2.52	34	28.57
Leve	16	13.45	31	26.05	14	11.77	61	51.26
Moderado	1	0.84	14	11.76	8	6.72	23	19.33
Severo	0	0.00	0	0.00	1	0.84	1	0.84
TOTAL	27	22.69	66	55.46	26	21.85	119	100.00

r: 0.2817

R²: 0.0794

Fuente: Elaboración Personal

La tabla 22; los pacientes post operados con sensación de intensidad de dolor: sin dolor, leve y moderado tuvieron la percepción de la calidad de atención por el profesional Médico la condición de SATISFECHOS. Los que manifestaron dolor de intensidad severa, la satisfacción percibida fue ALGO SATISFECHO.

El análisis de las variables en estudio mostraron una correlación positiva y de intensidad BAJA (r: 0.2817) y esta correlación explica que la intensidad del dolor se modifica en el 07.94%.

En la satisfacción de la atención de Enfermería, no hubo la percepción de algo insatisfecho, insatisfecho y muy insatisfecho.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 23. ASOCIACIÓN ENTRE LA INTENSIDAD DEL DOLOR Y EL NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL PERSONAL MÉDICO EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

Intensidad del dolor	Nivel de satisfacción-Médico				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		n	%
	n	%	n	%		
Aceptable	87	73.11	8	6.72	95	79.83
No Aceptable	17	14.29	7	5.88	24	20.17
TOTAL	104	87.4	15	12.6	119	100.00
$\chi^2=5.7206$	$P=0.0168$		$P<0.05$			

En la tabla 23; se muestra el nivel de satisfacción de los pacientes con el personal médico según la intensidad del dolor percibida. El resultado de la prueba de Chi Cuadrado es SIGNIFICATIVO.

La intensidad del dolor post operatorio efectivamente se asocia al nivel de satisfacción con el personal médico, siendo los pacientes con una intensidad aceptable quienes presentan un nivel de satisfacción adecuado con el personal médico.

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"

TABLA 24. ASOCIACIÓN ENTRE LA INTENSIDAD DEL DOLOR Y EL NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016.

Intensidad del dolor	Nivel de satisfacción-Enfermería				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		n	%
	n	% total	n	% total		
Aceptable	78	65.55	17	14.29	95	79.84
No Aceptable	15	12.6	9	7.56	24	20.16
TOTAL	93	78.15	26	21.85	119	100

$\chi^2=3.2412$

$P=0.0718$

$P>0.05$

En la tabla 24; se muestra el nivel de satisfacción de los pacientes con el personal de enfermería según la intensidad del dolor percibida. El resultado de la prueba de Chi Cuadrado es NO SIGNIFICATIVO ($P>0.05$).

La intensidad del dolor post operatorio no se asocia al nivel de satisfacción con el personal de enfermería, a pesar de que sí lo hace con el del personal médico.



CAPITULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para determinar la relación de la intensidad del dolor post operatorio y la satisfacción en la atención en pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía en el Hospital III Yanahuara-EsSalud Arequipa, 2016 con el fin de mejorar la calidad de atención brindada reflejada en una mayor satisfacción expresada por los pacientes, así como aliviar en la mayor proporción posible el dolor experimentado por los post operados.

Para tal fin se utilizó una ficha de recolección de datos (basado en el cuestionario modificado de la Sociedad Americana del Dolor) y la escala Visual analógica de Lyman aplicada a una muestra representativa de 119 pacientes que cumplieron los criterios de selección.

En la tabla 01 a la 04 e incluyendo el gráfico 01 se exponen los resultados del análisis de correlación entre las variables predictoras consideradas por el presente estudio (edad, sexo, grado de instrucción, tipo de abordaje y satisfacción percibida) con la intensidad del dolor post operatorio inmediato, dando a conocer que estas variables en conjunto modifican en un 61.88% la intensidad del dolor post operatorio. Dentro de las variables que modifican el dolor post operatorio y no fueron consideradas por el presente estudio se encuentran la información recibida sobre la presencia de dolor post operatorio, así como las medidas disponibles para su correcto tratamiento tal y como se relata en el “Manual de Dolor Agudo Post Operatorio” del Hospital Universitario La Paz de Madrid indicando que un paciente bien informado experimenta menos dolor¹⁹; por otra parte, existe una creencia extendida de que el dolor es inherente a la intervención quirúrgica²⁰, así que el paciente espera que aparezca lo cual apoya al estudio anteriormente mencionado. En otros estudios se ha demostrado que el valor del dolor sensorial referido por el paciente está más influido por el estado emocional del paciente que por el propio dolor sensorial experimentado²¹, dicho estado emocional está condicionado por múltiples factores desde los resultados de la intervención así como los cuidados globales que recibe.

En la tabla 05 se muestra la distribución de la muestra de participantes según la edad y sexo, fueron 63 varones y 56 mujeres. Las desviaciones estándar y las edades extremas fueron similares en ambos sexos, lo que indica que se

obtuvo una muestra adecuada para este estudio y que los resultados tendrán sesgos limitados.

Los cambios en la intensidad del dolor post operatorios fueron explicados en una proporción del 12.63% por la variable edad y en el 4.77% por el sexo. En lo que respecta a la variable sexo establecemos que los cambios en la intensidad del dolor post operatorio fueron en el 4.77%(correlación directa de intensidad BAJA), lo cual se corrobora en la tabla 06, 07 y 08 donde no se encuentra asociación con el dolor post operatorio ni con el grado de satisfacción de los pacientes tanto con el personal médico como de enfermería. En un estudio realizado por la Universidad de Valencia, 2001¹³, sobre la identificación de los factores que influyen en el dolor post operatorio no se encontró diferencias significativas, lo mismo ocurre en el estudio de Moreno et al.¹⁴, E. Soler et al.¹⁵ y Miranda et al.²²; sin embargo existen estudios que reportan una diferencia significativa respecto al sexo, con predominio en la mujeres tenemos : en cuanto al dolor en general a Fillingim et al.²³ (reporta que las mujeres tienen un umbral doloroso más bajo) y en cuanto al dolor post operatorio en específico Fonseca et al.²⁴ junto a Hernández et al.²⁵ Contrario a estos hallazgos tenemos a Álvarez R. et al.²⁶, encontrando que el dolor se manifestó más en el sexo masculino.

Teniendo en cuenta los estudios anteriormente mencionados y dado que el nuestro revela una correlación de intensidad baja y una ausencia de asociación, establecemos que el sexo del paciente no tiene significación estadística en cuanto al dolor post operatorio y tampoco influye en el grado de satisfacción del paciente post operado.

Otro de las variables demográficas es la edad, con un 12.63% de influencia y contribución sobre la intensidad del dolor post operatorio (aún una correlación directa y de intensidad Baja), encontramos que los resultados de Asociación con la intensidad del dolor post operatorio son significativos, con una mayor proporción en la intensidad del dolor clasificado como No Aceptable en pacientes mayores de 64 años, lo cual fue también descrito por Bolibar et al.²⁷, mientras que en varios estudios como Peñarrieta et al.²⁸, Ramírez-Maestre et al.²⁹ y Moreno et al.¹⁴ la edad no se encuentra asociada al dolor post

operatorio; Catalá et al.³⁰ indican que tanto los neonatos como los ancianos poseen la misma percepción dolorosa que el resto de la población y lo que varía es la respuesta frente a los fármacos, similar es lo que encuentran Vigano et al.³¹ quienes encuentran, en pacientes con cáncer avanzado, que pesar de que no existen diferencias en el dolor percibido en función de la edad, los pacientes mayores de 75 años requieren de menores dosis de opiáceos que los grupos más jóvenes.

Como anteriormente se estableció, el dolor como experiencia sensorial está influido por otros factores lo cual explica las diferencias entre los resultados de los estudios. En lo que respecta a la asociación entre el nivel de satisfacción respecto al personal médico y de enfermería con la edad de los pacientes, no se halló dicha asociación, siendo la satisfacción también un aspecto multidimensional en el paciente post operado.

En la tabla 12; se muestra la distribución del grado de instrucción de los pacientes post operados por el sexo. Predominó el grado de instrucción de nivel Secundario en forma global (55.14%), coincidiendo con lo obtenido por un estudio realizado en el mismo Hospital en el año 2015³² (54.84%).

La variable grado de instrucción explico en el 4.65% los cambios de intensidad del dolor post operatorio, encontrándose una Asociación Significativa entre ambas variables, donde la población con un menor grado de instrucción toleró de mejor manera el dolor post operatorio (cabe resaltar que el único paciente de grado de instrucción primario con dolor inaceptable fue intervenido de una colostomía, siendo una de las pocas realizadas en este estudio), lo cual se aprecia mejor al comparar los grados de instrucción Secundario y Superior; similar resultado se obtuvo en el estudio realizado por Ferreira-Tapia et al.³³, dicho resultado se contrapone a la afirmación de que un paciente bien informado tiene menos dolor¹⁹; sin embargo como menciona Luza³⁴, el nivel socioeconómico-cultural (ligado al grado de instrucción) establece un umbral del dolor y una mayor y más veloz adecuación a éste por parte de los estratos más bajos.

En las tablas 13 y 14 se muestra el nivel de satisfacción con el personal médico y de enfermería según el grado de instrucción del paciente post

operado. Se evidencia una asociación Significativa en cuanto a la satisfacción con el personal médico y por el contrario, No Significativa con el personal de Enfermería. Esta diferencia se debe a que como demuestra Moreno et al¹⁴ es el médico quien participa más activamente en brindar la información perioperatoria al paciente además persiste aún la creencia de que el médico es por mucho el principal componente del equipo de salud. Se evidencia que a menor grado de instrucción los pacientes expresan un mayor nivel de satisfacción con la atención médica, contrario a lo expresado por el estudio realizado en 2015²⁵ donde la población más “satisfecha” pertenecía a niveles socioeconómicos superiores.

La tabla 16, nos muestra que la intensidad del dolor con mayor frecuencia en el estudio fue el leve, luego la ausencia de dolor; a diferencia de los resultados obtenidos en Monterrey-México en 2014¹⁴ donde predominó la ausencia de dolor (47,5%), seguido de dolor leve (23,3%). En muchos otros estudios como Gallego et al.¹⁶, Bolibar et al.²⁷, Cohen et al.³⁵, E. Soler et al.¹³, la intensidad de dolor es mucho mayor. La analgesia intraoperatoria instaurada es la principal razón de esta diferencia, es decir, la presencia de un protocolo de alivio del dolor es clave para la disminución del dolor post operatorio, tal y como lo indican Aznar et al.¹⁷ en su estudio.

La laparoscopia durante el periodo de estudio fue el tipo de abordaje más frecuente. La relación entre el dolor post operatorio inmediato y el tipo de abordaje quirúrgico es NEGATIVA y BAJA; el abordaje quirúrgico contribuye con el 12.87% en los cambios en la intensidad del dolor post operatorio inmediato. (Tabla 17 y gráfico 01)

Por el tipo de cirugía, en la Colelap la intensidad más frecuente fue leve; en Apendilap y hernioplastía predominó la ausencia de dolor; en la colecistectomía fue moderada, lo que coincide con lo establecido por los estudios en Valencia¹⁵, en los que la Colecistectomía es el tipo de intervención que genera mayor dolor entre las anteriormente mencionadas, dicha característica según el estudio se debe a: la localización de la intervención, la naturaleza y duración de la intervención, el tipo y extensión de lesión, así como

los traumatismos quirúrgicos subyacentes.

Coincidiendo con la concepción en general y los resultado de E. Soler et al.^{13,15}, nuestro estudio revela un dolor post operatorio de menor intensidad tras una intervención de tipo laparoscópica; sin embargo según Moreno et al.¹⁴ la intensidad más alta de dolor fue reportada en los post operados de cirugía menor, lo que se debió a la prescripción de fármacos de menor potencia. Nuevamente se evidencia que el protocolo de alivio del dolor influye en un mejor manejo del mismo.

La satisfacción representa en teoría una evaluación del cuidado recibido, basado en creencias y percepciones de cada paciente. La medición de la satisfacción del paciente es considerado uno de los objetivos prioritarios de la práctica médica.

En las tabla 18, el valor del estadístico de Chi cuadrado de asociación, no es significativo, ello indica que NO existe correlación entre las variables predictoras (satisfacción de la atención profesional) y las variables dependientes (tratamiento del dolor post operatorio), éste resultado coincide con los hallazgos en Huelva-España, 2004¹⁶, y Barcelona-España, 2010¹⁷; sin embargo se contrapone al realizado en México, 2014¹⁴, lo cual se explica a través de las diferencias en los protocolos de alivio del dolor entre los diferentes hospitales en donde se realizó la investigación.

En las variables dependientes del tratamiento del dolor post operatorio se observa que no hubo tiempo de espera para la administración de analgésicos (tabla 19), ya que en todos los casos fue intraoperatoria, según el protocolo ya descrito, por lo que no intervino en el análisis de correlación.

En la tabla 19 también se informa las características del tratamiento analgésico en el dolor post operatorio inmediato. El mayor porcentaje de post operados no solicitó analgesia de rescate, dato que se contrapone a lo referido por Gallego et al.¹⁶ y Moreno et al.¹⁴, en el último estudio mencionado se evidencia, además de un mayor porcentaje de pacientes que solicita analgesia de rescate, un disminución luego de implantar los protocolos de alivio del dolor (de un 27,78% a un 13.20%), lo que pone en evidencia la importancia de los mismo en el manejo del dolor post operatorio.

En la pregunta del grado en que se aliviaría el dolor después de la intervención quirúrgica, la mayoría respondió MAYORMENTE (44.54%), luego REGULARMENTE (31.61%). La menor proporción fue NADA (1.68%). Dicha pregunta al igual que en el estudio del Hospital Ramón Jiménez¹⁶ se realizó con la finalidad de conocer las expectativas de los pacientes sobre el dolor postoperatorio. A la vista de los resultados, parece que esta pregunta realmente mide la eficacia que han tenido los analgésicos en cada paciente tras la intervención quirúrgica, no sus expectativas. Además la pregunta está íntimamente relacionada con una orientación pre operatoria, si la hubo o no y por quien fue administrada, dichas variables no fueron consideradas en el presente estudio.

En estudios como el de Gallego et al.¹⁶ y Moreno et al.¹⁴ se informa que los pacientes quienes solicitaron analgesia de rescate y la recibieron dentro de la primera hora (incluso dentro de los primeros 15 minutos según Gallego et al.¹⁶) fueron los más Satisfechos, en nuestro estudio la muestra de pacientes que solicitaron analgesia de rescate no fue significativa, por lo cual no pudo ser evaluada.

En la tabla 20 se observa la percepción de la calidad de la atención de los profesionales de Medicina y Enfermería.

La mayor proporción de satisfacción percibida fue la de SATISFECHO para ambos grupos de profesionales, este hallazgo es semejante a lo referido por Gallego *et al.*¹⁶, Moreno *et al.*¹⁸; MUY SATISFECHO fue la siguiente. Para ambos grupos de profesionales no hubo respuestas de INSATISFACCIÓN en la encuesta.

Estos resultados difieren de los obtenidos en el hospital Ramón Jiménez-España 2004¹⁶ con una mayor proporción de MUY SATISFECHO para Médicos (48.97%) mientras que para enfermería continuó siendo SATISFECHO (44.1%), en dicho estudio a pesar de encontrarse en bajas proporciones SI se reportaron grados de INSATISFACCIÓN.

Las tablas 21 y 22; nos informan acerca de la satisfacción percibida por el paciente post operado inmediato según la intensidad de la sensación de dolor experimentado.

En nuestro estudio, los pacientes se encuentran satisfechos con el tratamiento del dolor que han recibido, lo cual se explica mediante el hecho de que la mayoría de los pacientes tenía pauta analgésica desde el intraoperatorio hasta el alta médica.

Los pacientes post operados con sensación de intensidad de dolor: sin dolor, leve y moderado tuvieron la percepción de la calidad de atención por el profesional Médico y de Enfermería de SATISFECHOS. Los que manifestaron dolor de intensidad severa, la satisfacción percibida fue ALGO SATISFECHO.

Similar resultado se encontró en la investigación de México-Monterrey, 2014¹⁴, donde a mayor intensidad de dolor en las primeras 24 horas posoperatorias menor satisfacción del paciente. Sin embargo la correlación entre el dolor y la satisfacción con ambos grupos de profesionales de la salud es aun directa y de baja intensidad, modificando en un 12.67% por el personal médico y en un 7.94% por enfermería el dolor post operatorio; este resultado se traduce en que el dolor post operatorio no se modifica en gran manera por la satisfacción brindada por el personal médico y de enfermería. Se encuentra en numerosos estudios que a pesar de que el paciente experimenta un elevado grado de dolor post operatorio, la satisfacción con el personal médico y de enfermería no se modifica^{4, 8, 16, 36}; incluso a pesar de que la valoración del dolor antes y después de la implantación de protocolos varía significativamente, los pacientes expresan un grado de satisfacción similar tal y como Aznar et al.¹⁷ demuestran. Todo ello se explica gracias a que desconocemos si los pacientes entrevistados están satisfechos por el manejo de su dolor, cuidados globales, trato humano recibido o por los resultados de su intervención, ya que, la medición de la satisfacción en el entorno sanitario ha demostrado que los pacientes son incapaces de diferenciar las diferentes dimensiones de los cuidados¹³.

En las tablas 23 y 24 se exponen los grados de satisfacción según la intensidad de dolor, agrupados como fue explicado en la sección de Materiales y Métodos para realizar el estudio de una probable asociación entre los mismos.

Se encontró una asociación significativa entre la intensidad del dolor y la satisfacción con el personal médico, mientras que fue No significativa para el personal de enfermería. Expondremos que a pesar de que no fue considerado en el presente estudio, según la teoría de Good-Moore la información peri operatoria es un pilar en lo que al manejo de dolor post operatorio se refiere y como lo demuestran los resultados de Moreno et al.¹⁴, esta información es brindada principalmente por el personal médico lo que se refleja en la asociación Significativa presente.

Se evidencia que, aunque en menor proporción que en otros estudios, persiste un inadecuado manejo del dolor post operatorio; teniendo en cuenta que la mayor parte de los pacientes que formaron parte del estudio fueron sometidos a una intervención tipo laparoscópica, sería importante reevaluar el protocolo establecido para minimizar la prevalencia del dolor post operatorio, así como incluir e incentivar al personal de enfermería a participar en la información peri operatoria del paciente acerca del dolor post operatorio.



CAPITULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera:** La intensidad del dolor del post operatorio inmediato se relacionó con la edad, sexo y grado instrucción en forma positiva y de intensidad BAJA.
- Segunda:** La intensidad del dolor post operatorio inmediato se caracterizó por predominar el grado de intensidad LEVE y luego SIN DOLOR
- Tercera:** El abordaje quirúrgico predominante fue la técnica laparoscópica, y se caracterizó por una menor intensidad de dolor post operatorio inmediato que la laparotomía. La correlación con la intensidad del dolor post operatorio inmediato de la laparoscopia fue negativa e intensidad de la correlación fue BAJA.
- Cuarta:** La satisfacción percibida por el paciente post operado no presento correlación con el tratamiento analgésico de rescate, ya que la solicitud de éste no fue estadísticamente significativa.
- Quinta:** Se evidencia una asociación significativa entre el grado de instrucción y la intensidad del dolor post operatorio con el nivel de satisfacción acerca del personal médico.
- Sexta:** Existe una asociación significativa entre la edad y grado de instrucción con la intensidad del dolor post operatorio

RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

RECOMENDACIONES

Primera: Realizar un estudio en el Hospital III Yanahura-EsSalud, en el que se evalúe además de la satisfacción con el personal (dimensión humana), otras dimensiones de la satisfacción como la estructural, económica, técnica; y su influencia sobre la intensidad del dolor post operatorio inmediato.

Segunda: Realizar un estudio comparativo pre y post implantación de un nuevo protocolo de alivio del dolor post operatorio en el servicio de Cirugía General del Hospital III Yanahuara-EsSalud en busca de minimizar la intensidad del dolor post operatorio inmediato e incrementar la satisfacción del paciente.

Tercera: Estudiar el dolor post operatorio y la satisfacción con el tratamiento del mismo en una población que haya sido sometida única o mayoritariamente a una intervención tipo Laparotomía (HBCASE), para evaluar el manejo del dolor post operatorio en dichos pacientes.

Cuarta: Realizar un estudio donde se establezca la participación que tienen tanto el personal médico como de enfermería en brindar información perioperatoria al paciente en el Hospital III Yanahuara-EsSalud.

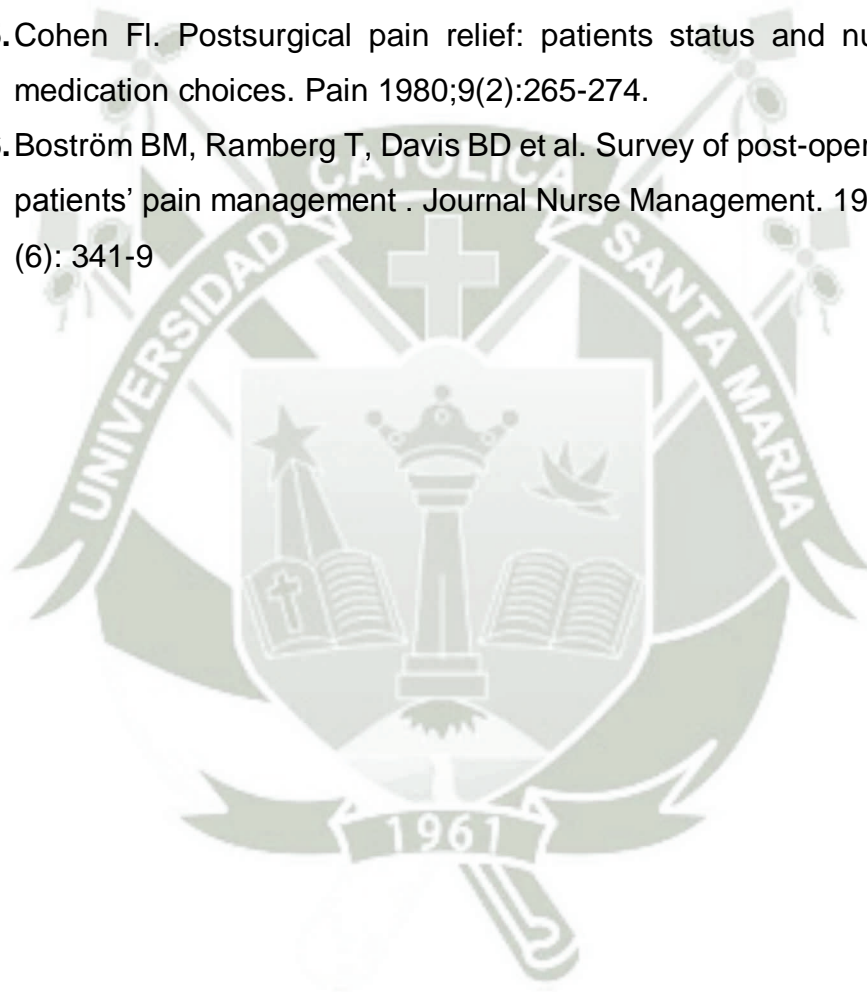
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bosch F, Bassols A, López A, Cos R, Canellas M.J. . Efecto de una intervención educativa en el tratamiento del dolor postoperatorio en ginecología y obstetricia. Prog Obstet Ginecol. 1992;35:459-66.
2. Torres LM. Confort vs analgesia en el dolor postoperatorio. Rev Soc Esp del Dolor 1995; 2: 149-50. 2.
3. Martínez Vázquez J, Torres Morera LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. En: de la Torre R. Guía práctica del dolor agudo postoperatorio. Madrid, 2001. p. 11-31.
4. 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.
5. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: mayor properties and scoring methods. Pain 1975; 1: 277- 99.
6. Wallestein SL, Heichrich G, Kaiko R, et al. Clinical evaluation of mild analgesics: the mesurement of clinical pain. Br J Clin Pharmacol 1980; 10: 319s-27s.
7. Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, et al. When is cancer pain mild, moderate o severe? Grading pain severity by its interference with function. Pain 1995; 61 (2): 277-84.
8. Ward SE, Gordon D. . Application of the American Pain Society quality assurance standards. Pain. 1994; 56:299-306.
9. García Sabbagg, F. Reuniones Científicas de la Asociación Peruana para el estudio del dolor. En: Libro de ponencias. Tipos de dolor. Lima Perú. 2010. p. 84-87.
10. Herrera Cisneros, R. Analgesia Postoperatoria.
11. González de Mejía N. Postoperative multimodal analgesia. Rev Soc Esp Dolor 2005; 12: 112-118.


12. Buggedo G, Dagnino J, Muñoz H, Torregrosa S. Escala visual análoga: Comparación de seis escalas distintas. *Rev Chil Anestesia* 1989; 18: 132.
13. E. Soler Compan y M.T. Faus Soler. Identificación de los factores que influyen en el dolor postoperatorio. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2001; 48: 163-170.
14. Moreno-Monsiváis MG, Muñoz-Rodríguez MR, Interrial-Guzmán MG. Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Aquichan-México.* 2014.
15. E. Soler et al. El dolor post operatorio en la actualidad: un problema de calidad asistencial. *Farm Hosp* 2000; 24(3): 123-135.
16. Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimation of the prevalence and severity of postoperative pain and relation with patient satisfaction. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 197-202.
17. O.Aznar Millán, Armengol Carrasco, Atiénzar Gómez. Estimación de la eficacia analgésica de protocolos de dolor agudo post operatorio. *Barcelona-España* 2010.
18. 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.
19. Muñoz, J.M. Manual de dolor agudo postoperatorio. *Comisión Hospital sin Dolor. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Ergon.* 2010, pág 5, 9-11, 13.
20. Torres , L M ; Vidal , M A ; Eizaga , R ; Pérez , A C ; Aragón , M C ; Collado , F. Organización de una Unidad de Dolor Agudo en un Hospital Regional. *Revista de la Sociedad Española de Dolor* 15 (2008);1: 28-40.
21. Clark WC, Yang JC, Tsui S et al. Unidimensional pain rating scales : a multidimensional affect and pain survey (MAPS) analysis of what they really measure. *Pain.* 2002; 98: 241-7.

22. Miranda A. Dolor postoperatorio: definición y problemática. En: Miranda A, editor. Dolor postoperatorio. Estudio, valoración y tratamiento. Barcelona: Ed. Jims, 1992; 1-26.
23. Fillingim R, Edwards R, Powell T. The relationship of sex and clinical pain to experimental pain responses. Pain 1999; 83: 419-425.
24. Fonseca, N. (2007). Factores asociados con la intensidad del dolor en el paciente posoperatorio hospitalizado. Tesis inédita de maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León.
25. Hernández, F. (2007). Presencia, intensidad y manejo del dolor en el paciente posoperatorio hospitalizado. Tesis inédita de maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León.
26. Álvarez, R. & Manrique-Carmona (2005). Infusión continua de Fentanilketoprofeno en analgesia postoperatoria de cirugía mayor: un estudio causi-experimental. Revista Anestesia en México, 7 (3), 105-111.
27. Bolibar I, Catala E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2005;52,131-140.
28. Peñarrieta, I., Del Ángel. R.E., García, M., Vergel, S. González, F. & Zavala, M. R. (2006). Manejo del Dolor y la Satisfacción de Pacientes Postoperados Hospitalizados. Desarrollo Científico de Enfermería, 14 (1), 20-26
29. Ramírez-Maestre, C., Esteve. R., López-Martínez, A. E. & Anarte, M. T. (2001). Diferencias en la percepción del dolor relacionada con las variables sexo y edad. Revista Sociedad Española del Dolor, 8, 562-568.
30. Catalá E, Reig E. Estudio sobre la prevalencia del dolor en España. Encuesta SED 98. Sociedad Española del Dolor. Barcelona: Europharma S.A., 1998; 5.
31. Vigano A, Bruera E, Suárez-Almanzor ME. Age, pain intensity, and opioid dose in patients with advanced cancer. Cancer 1998; 83: 1244-1250.

32. Alarcón R. Satisfacción del usuario en su atención por el Consultorio externo de Medicina Interna en los Hospitales de Arequipa, 2015
33. Ferreira L. Tapia J. (2011) Manejo del dolor post operatorio con Morfina en Anestesia Espinal en Cirugía Gineco Obstétrica de la Fundación Pablo Jaramillo, 2011
34. Luza L (2012) Manejo del dolor dental en relación al nivel socioeconómico-cultural de pobladores de la zona urbana de Huamanga- Ayacucho, 2012
35. Cohen FI. Postsurgical pain relief: patients status and nurses medication choices. Pain 1980;9(2):265-274.
36. Boström BM, Ramberg T, Davis BD et al. Survey of post-operative patients' pain management . Journal Nurse Management. 1997; 5 (6): 341-9







ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST
OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN
PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III
YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Nº H. Clínica:

I. PRIMERA PARTE: Tipo de Cirugía Realizada:

1. Abordaje: Laparotomía (), Laparoscopia ()

2. Cirugía Realizada:

I. SEGUNDA PARTE: Características Sociodemográficas.

1. Edad:años

2. Sexo:

3. Grado de instrucción: Primaria (), Secundaria () Superior ()

II. TERCERA PARTE: Eventos de la Prueba.

Valoración de la Intensidad del dolor post operatorio: (dolor en las
últimas 24 horas)

- Sin dolor ()
- Intensidad Leve ()
- Intensidad Moderada ()
- Intensidad severa ()

Valoración de la Satisfacción percibida:

1. Grado de satisfacción en relación al tratamiento del dolor:

Medico:

- Muy insatisfactorio ()
- Insatisfactorio ()
- Algo insatisfactorio ()
- Algo satisfactorio ()
- Satisfactorio ()
- Muy satisfactorio ()

Enfermera

- Muy insatisfactorio ()
- Insatisfactorio ()
- Algo insatisfactorio ()
- Algo satisfactorio ()
- Satisfactorio ()
- Muy satisfactorio ()

2. Tiempo de espera para la administración del analgésico:

15 minutos o menos: ()

15 a 30 min: ()

30 a 60 min: ()

Más de 1 hora: ()

Nunca la solicito: ()

3. Solicito analgésico de mayor potencia que el indicado:

Si () No ()

4. Tiempo transcurrido en la administración del analgésico de mayor potencia:

1 hora o menos: ()

1 a 2 horas: ()

2 a 4 horas: ()

4 a 8 horas: ()

8 a 24 horas: ()

Más de 24 horas: ()

5. En qué grado cree Ud. que puede aliviarse el dolor post operatorio después de una intervención como la suya.

Totalmente: ()

Mucho: ()

Regular: ()

Poco: ()

Nada: ()

ANEXO 2: BASE DE DATOS



RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA ES SALUD AREQUIPA – 2016”

Caso	Edad	Sexo	G.I.	Abordaj	Int.Dolor	SATISFACCION			ADMINISTRACION ANALGESICOS			Grd.AlivioDol	Cirugía Realizada
						Medico	Enferm	T.Espera	Solic otro Anal	T. transcurr	Grd.		
1	56	1	2	2	2	2	2	1	1	1	3	1	
2	45	2	2	2	2	1	1	1	1	1	4	1	
3	66	1	3	2	3	2	2	1	1	1	4	1	
4	27	1	2	2	1	1	2	1	1	1	3	2	
5	40	2	3	2	2	2	2	1	1	1	4	1	
6	39	2	1	1	2	2	2	1	1	1	3	4	
7	25	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	
8	18	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	3	
9	49	2	2	2	3	1	2	1	1	1	3	1	
10	58	2	2	2	3	1	2	1	1	1	4	1	
11	47	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	
12	24	2	3	2	2	2	3	1	1	1	4	2	
13	29	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	
14	38	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	1	
15	27	1	2	1	3	2	2	1	1	1	2	5	
16	16	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	3	
17	17	1	2	2	1	1	2	1	1	1	4	2	
18	46	2	3	2	3	3	3	1	1	1	5	1	
19	55	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	1	
20	61	1	3	2	2	1	2	1	1	1	3	1	
21	29	1	2	1	1	2	2	1	1	1	3	3	

Leyenda:
1: Masc 1:Prim 1:Laparot 1:Sin dolor 1:Muy satis 1:Muy sati 1:No solicito 1: No 1: No solicito 1: Nada
2: Feme 2:Sec 2:Laparos 2:Leve 2:Satisfact 2:Satisfac 2: < 15 MIN 2: Si 2: < 1 hora 2: Apendilap
3: Super 3:moderat 3:Alg satis 3:Alg satis 3:15 a 30 min 3: Regularmente 3: Hernioplast
4: Severo 4: Algo Insa 4: Algo Ins 4: 30 a 60 min 4: Mucho 4: Colecistectom
5: Insatisf 5: Insatisf 5: > 1 horta 5: Totalmente 5: Appendicetom
6: Muy insat 6: Muy insatisf 6: > 8 horas 6: Colostomia

"RELACION DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA ES SALUD AREQUIPA – 2016"

Caso	Edad	Sexo	G.I.	Abordaj	Int.Dolor	SATISFACCION		ADMINISTRACION ANALGESICOS			Grd.AlivioDol	Cirugía Realizada
						Medico	Enferm	T.Espera	Solic otro Anal	T. transcurr		
32	42	2	2	2	2	1	1	1	1	1	4	1
33	34	1	3	2	1	2	2	1	1	1	4	3
34	57	2	3	2	2	2	2	1	1	1	3	1
35	27	2	3	2	3	2	1	1	1	1	4	2
36	49	1	2	2	2	1	1	1	1	1	3	1
37	48	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1
38	56	1	3	1	3	2	3	1	1	1	3	4
39	76	2	2	2	3	2	2	1	1	1	4	1
40	55	1	3	2	1	2	2	1	1	1	4	1
41	24	1	3	2	2	2	2	1	1	1	4	2
42	26	1	2	2	2	1	1	1	1	1	3	2
43	58	2	3	1	3	2	2	1	1	1	3	4
44	68	2	3	2	2	2	2	1	1	1	4	1
45	49	1	2	2	1	1	2	1	1	1	3	1
46	42	1	2	2	1	2	2	1	1	1	3	1
47	73	1	2	2	2	2	3	1	1	1	4	1
48	24	1	1	1	3	2	2	1	1	1	3	6
49	18	1	2	2	1	2	1	1	1	1	4	2
50	22	2	3	1	2	3	3	1	1	1	4	5
51	30	2	3	2	2	1	2	1	1	1	4	2
52	36	1	2	2	1	1	1	1	1	1	4	3

Legenda:	1: Masc	2: Prim	1: Laparot	1: Sin dolor	1: Muy satis	1: Muy sati	1: No solicitado	1: No	1: No solicitado	1: Nada	1: Colelap
años	2: Feme	2: Sec	2: Laparos	2: Leve	2: Satisfac	2: Satisfac	2: < 15 MIN	2: Si	2: < 1 hora	2: Poco	2: Apendilap
3)	3: Super	3: moderad	3: Algo moderad	3: Algo moderad	3: Algo satis	3: Algo satis	3: 15 a 30 min	3: Si	3: 1 a 2 horas	3: Regularmente	3: Hernioplast
		4: Severo	4: Severo	4: Algo Insa	4: Algo Insa	4: Algo Insa	4: 30 a 60 min	4: Mucho	4: 3 a 4 horas	4: Mucho	4: Colecistectom
				5: Insatisf	5: Insatisf	5: Insatisf	5: > 1 hora	5: Totalmente	5: 4 a 8 horas	5: Totalmente	5: Apendicetom
				6: Muy insat	6: Muy insat	6: Muy insat	6: Muy insat	6: > 8 horas	6: > 8 horas	6: Totalmente	6: Colostomia

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA ES SALUD AREQUIPA – 2016"

Caso	Edad	Sexo	G.I.	Abordaj	Int.Dolor	SATISFACCION		ADMINISTRACION ANALGESICOS			Grd.AlivioDol	Cirugía Realizada
						Medico	Enferm	T.Espera	Solic otro Anal	T. transcurr		
43	70	2	3	2	2	2	2	1	1	1	3	1
44	52	1	2	2	1	1	2	1	1	1	4	1
45	47	1	2	2	1	2	2	1	1	1	4	1
46	69	1	2	2	2	2	3	1	1	1	3	1
47	32	2	3	2	1	1	1	1	1	1	3	3
48	26	1	2	2	1	1	2	1	1	1	5	3
49	49	2	2	2	1	2	2	1	1	1	4	1
50	58	2	3	2	2	2	3	1	1	1	4	1
51	63	1	2	2	1	2	2	1	1	1	4	1
52	35	2	3	2	1	2	1	1	1	1	4	2
53	50	2	2	1	3	2	2	1	1	1	3	4
54	73	1	2	2	1	1	2	1	1	1	3	1
55	47	1	2	2	1	2	2	1	1	1	3	1
56	44	1	3	2	2	1	3	1	1	1	4	1
57	55	1	2	1	3	2	3	1	2	3	2	4
58	15	1	2	2	1	1	1	1	1	1	5	2
59	21	2	3	2	2	2	2	1	1	1	3	2
60	36	1	2	2	1	1	3	1	1	1	4	2
61	37	2	3	2	2	2	2	1	1	1	4	3
62	40	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	1
63	57	2	2	2	2	1	3	1	1	1	4	1

Leyenda:		1: Masc	1: Prim	1: Laparat	1: Sin dolor	1: Muy satis	1: Muy sati	1: No solicitado	1: No	1: No solicitado	1: Nada
años	2: Feme	2: Sec	2: Laparot	2: Leve	2: Satisfact	2: Satisfac	2: Satisfac	2: < 15 MIN	2: Si	2: < 1 hora	2: Poco
	3: Super		3: moderad	3: moderad	3: Alg satisf	3: Alg satis	3: 15 a 30 min		3: 1 a 2 horas	3: Regularmente	
			4: Severo	4: Severo	4: Algo Insa	4: Algo Ins	4: 30 a 60 min		4: 3 a 4 horas	4: Mucho	
					5: Insatisf	5: Insatisf	5: > 1 horta		5: 4 a 8 horas	5: Totalmente	
					6: Muy insat	6: Muy insat			6: > 8 horas	6: Colostomia	

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD AREQUIPA – 2016"

Caso	Edad	Sexo	G.I.	Abordaj	Int.Dolor	SATISFACCION		ADMINISTRACION ANALGESICOS				Grd.AlivioDol	Cirugía Realizada
						Medico	Enferm	T.Espera	Solic otro Anal	T. transcurr	Grd.AlivioDol		
64	53	2	2	2	2	1	3	1	1	1	4	1	
65	45	1	2	2	2	2	2	1	1	1	3	1	
66	71	2	3	2	3	3	2	1	1	1	3	1	
67	22	1	2	1	2	2	1	1	1	1	4	3	
68	36	2	3	2	2	1	2	1	1	1	4	2	
69	28	1	3	2	1	2	2	1	1	1	3	2	
70	37	1	2	2	1	1	1	1	1	1	5	3	
71	20	2	2	2	2	2	2	1	1	1	3	2	
72	41	2	1	2	1	2	2	1	1	1	3	3	
73	49	2	2	1	3	3	3	1	1	1	2	4	
74	60	1	2	2	2	2	2	1	1	1	3	1	
75	41	2	2	2	2	1	1	1	1	1	4	1	
76	63	1	3	2	3	2	2	1	1	1	4	1	
77	44	1	3	2	1	3	3	1	1	1	4	3	
78	33	2	3	1	3	2	2	2	3	3	2	5	
79	23	2	2	2	2	3	2	1	1	1	3	2	
80	19	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	
81	38	2	3	2	2	3	3	1	1	1	5	1	
82	43	1	2	2	2	2	2	1	1	1	3	1	
83	56	2	2	2	2	1	1	1	1	1	4	1	
84	70	1	3	2	3	2	2	1	1	1	4	1	

Leyenda:
1: Masc 1:Prim 1:Laparato 1:Sin dolor 1:Muy satis 1:Muy sati 1:No solicitado 1: No
2: Feme 2:Sec 2:Laparos 2:Leve 2:Satisfact 2:Satisfac 2:< 15 MIN 2: Si
3:Super 3:moderado 3:Alg satis 3:Alg satis 3:15 a 30 min 3: 1 a 2 horas
4:Severo 4:Algo Insa 4:Algo Ins 4:30 a 60 min 4: 3 a 4 horas
5:Insatisf 5:Insatisf 5:> 1 hora 5: 4 a 8 horas
6:Muy insat 6:Muy insatisf 6:> 8 horas

1:Nada
2:Poco
3:Regularmente
4:Mucho
5:Totalmente
6:Colostomia

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESALUD AREQUIPA – 2016"

Caso	Edad	Sexo	G.I.	Abordaj	Int.Dolor	SATISFACCION		ADMINISTRACION ANALGESICOS				Grd.AlivioDol	Cirugía Realizada
						Medico	Enferm	T.Espera	Solic otro Anal	T. transcurr			
85	37	2	3	2	2	3	3	1	1	1	4	1	
86	49	2	2	2	1	2	2	1	1	1	3	1	
87	82	1	2	1	4	3	3	1	1	1	3	6	
88	57	1	2	2	2	2	2	1	1	1	3	1	
89	38	2	2	2	2	1	1	1	1	1	4	1	
90	67	1	3	2	3	2	2	1	1	1	4	1	
91	33	1	3	2	2	2	3	1	1	1	5	3	
92	23	2	3	2	2	1	1	1	1	1	4	3	
93	61	1	3	1	3	2	3	1	2	2	2	6	
94	62	1	2	2	2	2	2	1	1	1	3	1	
95	45	2	2	2	2	1	1	1	1	1	4	1	
96	60	1	3	2	3	2	2	1	1	1	4	1	
97	31	2	3	2	1	2	2	1	1	1	1	3	
98	14	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	2	
99	20	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	2	
100	19	2	2	1	2	3	3	1	1	1	4	5	
101	26	1	3	2	1	2	2	1	1	1	4	2	
102	48	2	3	2	3	3	3	1	1	1	5	1	
103	59	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	1	
104	27	2	3	2	2	2	2	1	1	1	5	3	
105	40	1	2	2	1	1	3	1	1	1	3	3	

Leyenda:	1: Masc		1: Sin dolor		1: Muy satis		1: No solicitado		1: Nada					
	2: Feme	3: Super	2: Leparos	2: Leve	2: Satisfact	2: Satisfac	2: < 15 MIN	2: Si	1: Colelap					
años									2: Apendilap					
									3: Regularmente					
									4: Mucho					
									5: Totalmente					
									6: Colostomia					

"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESALUD AREQUIPA – 2016"

Caso	Edad	Sexo	G.I.	Abordaj	Int.Dolor	SATISFACCION		ADMINISTRACION ANALGESICOS			Grd.AlivioDol	Cirugía Realizada
						Medico	Enferm	T. Espera	Solic otro Anal	T. transcurr		
106	70	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	6
107	45	1	3	2	3	3	3	1	1	1	5	1
108	55	1	2	2	2	2	2	1	1	1	4	1
109	39	1	3	2	3	3	3	1	1	1	5	1
110	57	1	2	2	2	2	2	1	1	1	4	1
111	44	1	3	1	2	2	2	1	1	1	3	3
112	17	2	2	2	2	1	1	1	1	1	4	3
113	73	2	2	2	2	2	3	1	1	1	4	1
114	67	2	3	2	2	3	2	1	1	1	4	1
115	42	2	3	1	2	3	2	1	2	2	5	4
116	26	2	3	1	2	2	3	1	2	3	2	4
117	19	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	2
118	46	2	3	2	2	2	2	1	1	1	4	3
119	72	1	3	2	2	1	1	1	1	1	3	1
120												
121												
122												
123												
124												
125												
126												
Leyenda:	1: Masc	1: Prim	1: Laparat	1: Sin dolor	1: Muy satis	1: Muy sati	1: No solicitado	1: No	1: No solicitado	1: Nada	1: Colelap	
años	2: Feme	2: Sec	2: Laparos	2: Leve	2: Satisfact	2: Satisfac	2: < 15 MIN	2: Si	2: < 1 hora	2: Poco	2: Apendilap	
	3: Super		3: moderad	3: moderad	3: Alg satisf	3: Alg satis	3: 15 a 30 min		3: 1 a 2 horas	3: Regularmente	3: Hernioplast	
			4: Severo	4: Severo	4: Algo Insa	4: Algo Insa	4: 30 a 60 min		4: 3 a 4 horas	4: Mucho	4: Colectectom	
					5: Insatisf	5: Insatisf	5: > 1 horta		5: 4 a 8 horas	5: Totalmente	5: Apendicetom	
					6: Muy insat	6: Muy insat	6: Muy insatisf		6: > 8 horas	6: Totalmente	6: Colostomia	



ANEXO 3: PROTOCOLO DE ALIVIO DEL DOLOR

En el presente estudio se siguieron las siguientes pautas en el manejo farmacológico del dolor, con el fin de estandarizar el tratamiento.

Los pacientes que fueron entrevistados fueron intervenidos TODOS bajo anestesia general inhalatoria, bajo la supervisión de un Anestesiólogo, quien según los criterios de manejo del dolor del Hospital III Yanahuara-EsSalud administró 2gr de Metamizol sódico y 100 mg de Tramadol endovenoso intraoperatoriamente aproximadamente 15 min antes de finalizar la intervención. Los pacientes alérgicos a los analgésicos anteriormente mencionados fueron excluidos del estudio.

El manejo del dolor post operatorio fue seguido por el anestesiólogo en sala de recuperación durante aproximadamente 30-60 min, siendo posteriormente en hospitalización labor del Cirujano. Los pacientes que presentaron alguna complicación post operatoria fueron excluidos del estudio.

La medicación establecida en hospitalización fue 1 gr de Metamizol cada 8 horas vía endovenosa y adicionalmente como terapia de rescate 50 mg. de Tramadol endovenoso condicional a dolor intenso durante las primeras 24 horas, siendo sujeta a posteriores modificaciones según el criterio del médico tratante; los pacientes que por algún motivo tuvieron alguna variación en cuanto a esta medicación fueron excluidos del estudio.

ANEXO 4: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA DE AREQUIPA

PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**"RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST
OPERATORIO INMEDIATO Y LA SATISFACCIÓN DE
LA ATENCIÓN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE
CIRUGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD
AREQUIPA – 2016"**

Proyecto de Investigación presentado
por el Bachiller en Medicina:

SUCASACA CUSI, JOSUÉ MARCIAL.

ASESOR: Dr. Eugenio E. Chirinos

**AREQUIPA - PERÚ
2016**

I. PREÁMBULO

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable descrita en términos de daño y asociada a una lesión tisular real o potencial. El dolor agudo postoperatorio se presenta de diferentes formas ya que influyen, por un lado, la variabilidad de respuesta de los pacientes y, por otro, el tipo de intervención y el procedimiento anestésico empleado ¹.

.El control satisfactorio del dolor postoperatorio es uno de los retos más importantes que permanecen sin resolver en el ámbito quirúrgico, lo que motiva un fuerte impacto en los pacientes y en el sistema sanitario en su conjunto ². A pesar de las continuas innovaciones farmacológicas y los incesantes avances tecnológicos, una gran parte de estos pacientes siguen tratados de forma inadecuada, por lo que experimentan un sufrimiento injustificado, que incrementa notablemente el riesgo de aparición de complicaciones postoperatorias³. 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 moderado o intenso⁴.

Al ser el dolor una experiencia subjetiva, para su cuantificación se requiere necesariamente de la información suministrada por el paciente, ya que los signos físicos y metabólicos son absolutamente inespecíficos y no mantienen necesariamente una relación proporcional a la magnitud del dolor⁵. La evaluación clínica constituye el único método efectivo y razonable fácil de realizar a pie de cama para valorar el grado de dolor postoperatorio⁶.

Los objetivos de este estudio han consistido en estimar la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio, la satisfacción de los pacientes con el personal médico y de enfermería, cuantificar el tiempo percibido por el paciente transcurrido desde que solicita medicación analgésica hasta que la recibe y por último, conocer la opinión de los pacientes sobre la efectividad de los analgésicos en el dolor postoperatorio en el servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara durante el mes de Febrero del año 2016.



II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la relación de la intensidad del dolor post operatorio y la satisfacción de la atención en pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD Arequipa –2016?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Cirugía
- Línea: Calidad de Servicio: Dolor post operatorio y Satisfacción de atención percibida por el usuario.

1.3 Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADOR	Unidad categórica	TIPO DE VARIABLE
V₁: INTENSIDAD DE DOLOR POST OPERATORIO INMEDIATO	ESCALA LUMINOSA ANALÓGICA (Nyman) <ul style="list-style-type: none"> • 0 Sin dolor (blanco). • 1 a 2 Leve (azul). • 3 a 7 Moderado (verde, amarillo, naranja). • 8 a 10 severo (rojo). 	<ul style="list-style-type: none"> • 0: sin dolor. • 1 a 2: Intensidad Leve. • 3 a 7: Intensidad Moderada. • 8 a 10: Intensidad severa. 	CUANTITATIVA DISCRETA.
V₂: SATISFACCIÓN PERCIBIDA	GRADO DE SATISFACCIÓN (cuestionario adaptado de la Sociedad Americana del Dolor)	<ul style="list-style-type: none"> • Muy insatisfactorio • Insatisfactorio • Algo insatisfactorio • Algo satisfactorio • Satisfactorio • Muy satisfactorio 	CUALITATIVA ORDINAL
VARIABLES INDEPENDIENTES			
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS	EDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Años edad 	CUANTITATIVA CONTINUA
	SEXO	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	CUALITATIVA NOMINAL
	GRADO DE INSTRUCCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior 	CUALITATIVA ORDINAL
TIPO DE CIRUGÍA	ABORDAJE	<ul style="list-style-type: none"> • Laparoscópica • Laparotomía 	CUALITATIVA NOMINAL

1.4. Interrogantes Básicas

1. ¿Qué relación existe entre la intensidad del dolor post operatorio inmediato y la satisfacción percibida en relación al tratamiento del dolor en pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD Arequipa – 2016?
2. ¿Qué relación existe entre la intensidad del dolor post operatorio inmediato con las características sociodemográficas en pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD Arequipa 2016?
3. ¿Cómo es la intensidad del dolor post operatorio inmediato en pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD Arequipa – 2016?
4. ¿Qué relación existe entre la intensidad de dolor post operatorio inmediato y el tipo de abordaje quirúrgico en pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD Arequipa 2016?
5. ¿Cuál es la satisfacción percibida por la atención médica y de enfermería, en pacientes con dolor post operatorio inmediato del Servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD Arequipa – 2016?

1.3.2. Tipo de investigación: De campo.

1.3.3 Nivel de Investigación: Relacional

1.4. Justificación del problema

1.4.1. Originalidad: En nuestro medio existen trabajos que evalúan el dolor post operatorio, sin embargo, son pocos los que relacionan dicho dolor a la satisfacción que genera el tratamiento del mismo en el paciente.

1.4.2. Relevancia Científica: Los resultados obtenidos de esta investigación evidenciarán si el manejo del dolor post operatorio es satisfactorio para los pacientes con lo que aliviando este síntoma, se evitarían las complicaciones que conlleva.

1.4.3. Relevancia Social: El dolor, como uno de los principales síntomas por los que acuden los pacientes, al ser aliviado mejora la calidad de vida de nuestros pacientes y por lo tanto de la población. Por otro lado el grado de Satisfacción influye en generar un clima de bienestar en nuestra sociedad.

1.4.4. Factibilidad: Es factible porque se cuenta con los recursos humanos, económicos y logísticos para realizar dicho estudio.

1.4.5. Contribución académica: Los resultados de la investigación deben ser utilizados como base científica para el desarrollo de futuros trabajos de investigación, enriqueciendo el conocimiento y el proceso investigativo.

1.4.6. Concordancia: El trabajo de investigación muestra concordancia con las exigencias de nuestra universidad, de promover la investigación científica con el objetivo de mejorar la calidad de atención al paciente.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Dolor

2.1.1. Introducción:

Como referencia, el dolor es un síntoma que expresa la persona, o el paciente, como algo desagradable, a veces tanto que se convierte en un enorme sufrimiento con el que es difícil convivir.

En la mayoría de las ocasiones, el síntoma “dolor” está relacionado con una lesión o una enfermedad. No obstante, el dolor como síntoma que expresa el paciente es el resultado de un proceso “elaborado y complejo”¹ propio de cada persona, variable en el tiempo y que puede aumentar o disminuir por diferentes motivos, como el estado de ánimo, su actividad física o incluso por otras experiencias vividas con anterioridad. Todo esto nos puede hacer entender la dificultad que entraña en muchas ocasiones el tratamiento del dolor agudo y crónico.

Si trasladamos esto al dolor agudo postoperatorio, todo parece más fácil, pues nos encontramos ante un síntoma que acompaña a un proceso conocido y hasta cierto punto esperado, relacionado directamente con una lesión tisular, limitado en el tiempo y con tratamientos analgésicos al alcance de la mayoría de hospitales o centros donde se realiza el proceso.

Pero a pesar de estas premisas, el dolor agudo postoperatorio sigue siendo una asignatura pendiente en la mayoría de países desarrollados, donde la medicina ha avanzado enormemente en los últimos 30 años⁷.

2.1.2. Tipos de Dolor⁸:

El dolor puede ser dividido en dos categorías:

- a. Nociceptivo
- b. Neuropático.

El dolor nociceptivo es causado por la estimulación de un sistema nervioso intacto que funciona normalmente. Por la diferencia en el patrón de inervación, el dolor nociceptivo puede ser clasificado como:

- Somático: áreas superficiales muy inervadas con una localización precisa del dolor.
- Visceral: órganos inervados difusamente con pobre localización del dolor.

El dolor nociceptivo es beneficioso para el organismo ya que invoca acciones de protección y defensa para evitar mayor daño y para ayudar en la reparación tisular y regeneración. La activación electrofisiológica inducida por la lesión de las fibras C de alto umbral en el sitio periférico de la injuria producen la activación central de las neuronas de rango dinámico amplio en la médula espinal. Las neuronas de rango dinámico amplio son de tercer orden, siendo importante, porque están localizadas en la lámina V del asta dorsal de la médula. Las neuronas de rango dinámico amplio que son activadas agudamente por un estímulo nociceptivo son sensibles a los opioides y por lo tanto la terapia con ellos es

efectiva en el tratamiento del dolor agudo o nociceptivo. A pesar de que puede haber un periodo de dolor severo que se origina por irritación de las fibras sensitivas en el sitio de la injuria y hay un periodo transitorio de hiperalgesia secundaria en los dermatomas vecinos mediados por sensibilización central transitoria de las neuronas de rango dinámico amplio, la reparación del área afectada se asocia con la resolución del dolor.

El dolor neuropático es causado por un sistema nervioso con función alterada. La injuria del sistema nervioso y la patología causal puede encontrarse a cualquier nivel del neuroaxis. Puede haber una lesión en la periferia causada por una injuria directa a los nervios periféricos ocasionando una sección, compresión, estiramiento o atrapamiento e inflamación. Estas circunstancias resultan en injuria axonal y puede presentar un estado de dolor persistente. La transección causada por procedimientos quirúrgicos tales como amputación o como resultado de un trauma pueden producir la formación de neuromas que son causa de dolores persistentes. Una causa común de dolor y de atrapamiento es una invasión tumoral, que resulta en una injuria compresiva isquémica a un nervio periférico. Algunas enfermedades sistémicas tales como la diabetes o aquellas que producen deficiencias nutricionales, pueden afectar las actividades metabólicas celulares en el sistema nervioso periférico y causar dolor asociado con alteraciones patológicas de las vías sensoriales. Es más, cualquier alteración patológica de la estructura y función de los nervios

periféricos puede ser un estímulo primario que inicia el desarrollo de un dolor neuropático. La actividad inflamatoria de las citoquinas podría ser un factor causal de ciertos síndromes neuropáticos. Alteran el axón normal y la actividad de las células Schwann normales, específicamente modificando la electrofisiología celular y la expresión del gen.

Luego de la lesión se produce la regeneración. Si la regeneración se dificulta por la presencia de cicatrices celulares u otro bloqueo, las fibras de regeneración pueden formar un neuroma y nunca llegar a su órgano blanco. Las fibras de regeneración pueden incrementar el número de canales de sodio presentes en la membrana celular.

2.1.3. Fisiopatología del dolor post operatorio⁹:

El primer efecto de un traumatismo sobre la zona cutánea lesionada es la liberación de sustancias pro-inflamatorias, las prostaglandinas. Por otra parte, las células inflamatorias, como los mastocitos, macrófagos y polimorfonucleares, liberan citoquinas que sensibilizan los nociceptores y refuerzan la despolarización de las fibras C. Es lo que se conoce como sensibilización periférica. El proceso inflamatorio resultante se caracteriza por vasodilatación, aumento de la permeabilidad vascular y la hiperalgesia, un estado funcional alterado del sistema nervioso en el cual la sensibilización de los nociceptores disminuye el umbral del dolor. Estos procesos de sensibilización son asociados con cambios en las neuronas del asta

dorsal de la médula espinal. La hiperalgesia primaria y secundaria ocurren, donde la primaria se refiere a la sensibilización dentro del área injuriada, mientras que la secundaria se refiere a la sensibilización del tejido adyacente injuriado. El mensaje doloroso es transmitido centralmente por las fibras aferentes amielínicas C y las mielínicas A-delta que terminan en neuronas localizadas en la lámina I,II (sustancia gelatinosa), y cuerno dorsal de la médula espinal. En la región pre-sináptica algunos neuromediadores contribuyen a la despolarización de las neuronas de la médula espinal y transmisión de la información, permitiendo la integración del dolor a nivel central, fenómeno conocido como sensibilización central. El impulso doloroso continúa hasta los centros superiores, a través de dos tipos de tractos, uno de conducción conocido como haz espinotalámico lateral, responsable del epicrítico y discriminativo que llega al núcleo ventroposterolateral del tálamo, alcanzando desde aquí la corteza cerebral; y el otro es reticular con múltiples sinapsis en la protuberancia, el sistema reticular, el tallo y los núcleos mediales talámicos, desde donde alcanza la corteza cerebral.

2.2. Analgesia post operatoria¹⁰:

El control del dolor postoperatorio debe de estar vinculado en primera instancia a brindar una mejor calidad de atención hospitalaria lo que implica un adecuado tratamiento.

Es importante destacar que dicho tratamiento debe ser precoz y eficaz, debiendo mantenerse los días que sean necesarios, de acuerdo al tipo de cirugía y al umbral doloroso de cada paciente.

La analgesia perioperatoria pretende evitar la sensibilización central y periférica, así como la amplificación del mensaje nociceptivo producido por la agresión quirúrgica.

La analgesia postoperatoria debe realizarse en todos los periodos:

- Postoperatorio inmediato (primeras 24 horas).
- Postoperatorio mediato (24-72 horas).
- Postoperatorio tardío (mayor de 72 horas).

En los actuales momentos contamos con un gran abanico de posibilidades terapéuticas para tratar el dolor en cada una de esas fases.

A pesar de que las técnicas quirúrgicas han mejorado, en muchos casos no se realiza un adecuado control del dolor postoperatorio, lo que conlleva un incremento de la estancia en el hospital y predisponer a complicaciones.

2.2.1 Analgesia Multi-modal:

La analgesia postoperatoria multimodal es la más empleada actualmente y comprende la combinación de varias técnicas y analgésicos, como por ejemplo:

- Utilización de AINE y técnicas de analgesia regional (bloqueos nerviosos periféricos y de plexos).
- Opioides vía endovenosa con sistemas de PCA (analgesia controlada por el paciente), la cual puede ser empleada en previo entrenamiento del paciente más AINE y/o bloqueos.
- Epidurales continuas con bombas de infusión o en bolos más AINE.

-AINE y opioides endovenosos.

-Epidurales donde se combinan anestésicos locales y adyuvantes como opioides, bloqueantes de los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), benzodiazepinas, agonistas alfa 2 adrenérgicos entre otros.

-Infiltración de campo con anestésicos locales más AINE y/o opioides.

Con la analgesia postoperatoria multimodal se emplean dosis menores debido a que la combinación de técnicas y medicamentos potencia el efecto analgésico, brindando una mejor analgesia postoperatoria con menos efectos colaterales.

2.2.2. Bases del manejo farmacológico del dolor:

-Seleccionar el fármaco y vía apropiada.

-Realizar una adecuada titulación del fármaco.

-Pautar el intervalo de dosis de acuerdo a la duración del medicamento.

-Prevenir el dolor persistente, dejando indicadas las dosis de recate.

-Anticipar, prevenir y tratar los efectos secundarios.

-Usar fármacos adyuvantes adecuados cuando estén indicados.

-Establecer la respuesta al tratamiento a intervalos regulares utilizando las escalas de medición del dolor.

2.2.3. AINE

Estos medicamentos ejercen sus efectos terapéuticos antiinflamatorios y analgésicos, así como sus efectos indeseables a través de la inhibición de la enzima ciclooxigenasa que convierte el

ácido araquidónico en prostaglandinas, la inhibición de alguna de estas que ejercen funciones fisiológicas imprescindibles para la integridad de la mucosa gástrica y homeostasis de los fluidos y electrolitos, y pueden ocasionar efectos deletéreos. Se ha demostrado la presencia de isoenzimas llamadas COX. El mecanismo de acción común es la inhibición de la ciclooxigenasa (COX) que convierte el ácido araquidónico en endoperóxidos cíclicos los cuales se transforman en prostaglandinas y tromboxanos. La inactivación de estas enzimas bloquea la sensibilización y activación de las fibras nerviosas periféricas, disminuyendo el número de impulsos hacia el sistema nervioso central.

COX1: existe en forma constitutiva en muchos tejidos, entre sus funciones están la protección gástrica. En el tracto gastrointestinal la prostaglandina E2 y la prostaciclina mantienen la integridad de la mucosa por inhibición de la secreción ácida y estimulación de la secreción de bicarbonato. La supresión de esta función de citoprotección explica las complicaciones asociadas a estos fármacos. En el riñón las prostaglandinas incrementan el flujo plasmático renal, en consecuencia eleva la filtración glomerular y ayuda a regular la resorción tubular de sal y agua.

En el sistema circulatorio las prostaglandinas mantienen el tono vascular. También tienen efectos antitrombogénicos.

La COX2 llamada también en principio inducible, realiza su aparición posterior a un estímulo nociceptivo, es inducida en células

migratorias (monocitos y macrófagos), células sinoviales y condrocitos por citoquinas y otros estímulos inflamatorios. Recientes estudios han evidenciado su presencia en forma constitutiva a nivel renal y sistema nervioso. En el riñón se encuentra presente en la vasculatura, glomérulo, túbulo e intersticio.

También se habla de una variante de la COX2, la cual es sensible al paracetamol que se ha denominado COX3.

-AINE tradicionales.

-Inhibidores específicos de COX2.

-Analgésicos y antitérmicos (paracetamol, metamizol).

AINE tradicionales:

-Ventajas de los AINE tradicionales:

- Son útiles en una gran variedad de dolores de leve a moderada intensidad.

- Diversidad de AINE.

- Venta libre.

- Se pueden dar simultáneamente con opioides.

- Bajo costo.

-Desventajas:

- Tienen efecto techo.

- Pueden producir trastornos gástricos.

- Pueden producir trastornos renales.

- Pueden incrementar el riesgo de sangrado.

2.2.3.1 Inhibidores específicos de COX2

Al igual que los COX1 se utilizan para el tratamiento del dolor leve a moderado, ambos en el tratamiento del dolor postoperatorio son llamados ahorradores de opioides.

La administración de inhibidores específicos de COX2 como el celecoxib, reduce la excreción urinaria de metabolitos de prostaglandinas.

Todos los coxibs, dependiendo de la dosis y farmacocinética del producto, producen un incremento de la presión arterial y retención hídrica. Su uso en pacientes con patología cardiovascular necesita de constante vigilancia y precaución.

En la actualidad contamos en nuestro país con los siguientes inhibidores específicos de COX2, celecoxib (200 mg), valdecoxib (10-40 mg), parecoxib (40 mg) -hasta el momento el único de uso parenteral. De reciente introducción en nuestro arsenal terapéutico tenemos el etoricoxib (presentaciones de 60-90-120 mg); muestra un buen perfil de seguridad, con pocas interacciones medicamentosas cuando es utilizado en concentraciones de 60 y 90 mg. En concentración de 120 mg.día⁻¹ se vigilará su uso con rifampicina, ya que va a disminuir la concentración de etoricoxib en 65%. Con los pacientes que reciben digoxina deberá monitorearse la toxicidad de esta ya que se ve incrementada en un 33%, la coadministración con warfarina sódica puede incrementar el INR en un 13%. En líneas

generales todos los inhibidores específicos de COX2 deben ser utilizados con mucha cautela en caso de ser necesarios en aquellos pacientes con alteración de la función renal y trastornos cardiovasculares (IC, hipertensión arterial). Por sus ventajas sobre los AINE tradicionales en relación a efectos colaterales son de gran utilidad para combinar con opioides en el postoperatorio mediato para el control del dolor.

En relación con los AINE tradicionales tienen las mismas ventajas, con un mejor perfil de seguridad.

2.2.3.2 Paracetamol:

El paracetamol es un fármaco con escasa actividad antiinflamatoria pero con propiedades analgésicas. *In vitro*, varios estudios han demostrado que es un débil inhibidor de la COX1 y de la COX2, siendo un poco más sensible a la COX2.

Este fármaco tiene presentaciones oral, rectal y en algunos países de la Unión Europea, se cuenta con la presentación intravenosa. La coadministración de paracetamol con AINE proporciona un sinergismo analgésico, por diferentes mecanismos de acción, los AINE inhiben las prostaglandinas a nivel periférico y del SNC, mientras que el paracetamol inhibe la liberación de prostaglandinas a nivel del cordón espinal y tiene efectos sobre los mecanismos serotoninérgicos para inhibición del dolor. Por otra parte ambos reducen la producción del óxido nítrico en el SNC.

2.2.3.3 Metamizol:

Pertenece al grupo de derivados del pirazol, tiene presentaciones orales y parenterales, con una metabolización hepática y eliminación renal.

Tiene efecto analgésico antipirético con poco poder antiinflamatorio. Su efecto colateral más temido es la agranulocitosis, la cual es independiente de la dosis y de la duración del tratamiento.

Su asociación con el tramadol en el tratamiento del dolor postoperatorio ha resultado ser eficaz.

2.2.4 Opioides:

Los opioides constituyen la piedra angular para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio, especialmente para aquellos procedimientos que causan dolor moderado a severo. En la escalera analgésica tenemos el segundo y el tercer peldaño para ellos, de acuerdo a su potencia analgésica. En el segundo peldaño de la escalera analgésica tenemos los opioides débiles, los cuales se utilizan para el tratamiento del dolor moderado. Este grupo está representado por medicamentos como: codeína, dextropropoxifeno, tramadol, nalbufina, butorfanol y buprenorfina. Estos fármacos tienen efecto techo, también pueden producir efecto *flash*, lo cual podríamos definir como una sensación agradable de bienestar, que puede conducir a la administración del medicamento para fines no analgésicos. Los opioides en general pueden administrarse por

diferentes vías, sin embargo en el tratamiento del dolor postoperatorio es frecuente su uso endovenoso y por vía epidural, para lo cual existen presentaciones libres de conservantes para este fin.

En nuestro arsenal terapéutico contamos con combinación de medicamentos AINE + codeína, paracetamol + codeína y paracetamol + tramadol, estos pueden ser utilizados al restaurar la vía oral.

-Diclofenaco sódico 50 mg + codeína 50 mg.

-Ibuprofeno 300 mg + codeína 20 mg.

-Paracetamol 325 mg + tramadol 37,5 mg.

-Paracetamol 500 mg + codeína 25 mg.

Este tipo de combinación tiene la ventaja de que las dosis de ambos medicamentos son bajas lo cual nos ayuda a disminuir los efectos colaterales de ambos.

El tercer peldaño de la escalera analgésica está representado por los opioides fuertes, bloqueos centrales y periféricos.

El opioide potente más utilizado en analgesia postoperatoria es la morfina en infusión continua, bolos o en analgesia controlada por el paciente (PCA).

La meperidina se utiliza en dolor agudo postoperatorio en aquellos pacientes que deben recibir morfina como es el caso de espasmo biliar y del esfínter de Oddi. No debe utilizarse en pacientes con función renal comprometida por su metabolito activo, la normeperidina causante de neurotoxicidad.

El fentanilo produce una excelente analgesia postoperatoria, pero de corta duración. La administración en infusión continua debe vigilarse ya que se corre el riesgo de sobredosificación. La lipofilia del opiáceo es extremadamente importante para determinar la tasa de administración y analgesia. Cuando combinamos la infusión continua con PCA, habiendo establecido previamente la mínima concentración efectiva (MEC), podemos obtener un adecuado control del dolor postoperatorio. Otros opioides de corta duración relacionados con la fenilpiperidina son el alfentanil y el remifentanil, los cuales son utilizados en el intraoperatorio, pueden ser continuados en infusión durante el periodo postoperatorio a bajas dosis.

Una de las principales bases para la administración de opioides es la realización de adecuada titulación y vigilancia. Dada la marcada variabilidad farmacocinética que existe entre los pacientes que reciben analgesia por el sistema de PCA, es necesario hacer cambios en los periodos de cierre de las bombas de infusión a fin de optimizar el confort con un mínimo de sedación.

Se debe recordar que los pacientes que reciben agonistas puros no deben recibir opioides ago-antagonistas, ya que al hacerlo pueden precipitar un síndrome de abstinencia.

2.2.5 Anestésicos locales:

Los más utilizados son las amidas como la bupivacaína, levobupivacaína y ropivacaína. Su mecanismo de acción es la

inhibición de la transmisión nerviosa por bloqueo de los canales del Na^+ .

Su uso más frecuente se realiza en bloqueos de plexos, infiltración de campo, epidurales. Son de gran valor en la analgesia preventiva. La vía intradural es poco utilizada en el tratamiento del dolor postoperatorio.

Numerosos estudios demuestran que la mezcla de anestésicos locales y opioides por vía epidural resulta más efectiva que su uso por separado.

En algunos países se está utilizando un nuevo anestésico local cuyo nombre es *sameridina*. Reúne propiedades de anestésico local y acción analgésica como agonista parcial de los receptores μ . Hasta el momento se administra por vía intradural a una dosis de 15 a 25 mg, produciendo un bloqueo motor profundo sin alteraciones electrocardiográficas ni respiratorias. Su interés clínico se centrará en el componente opioide y la analgesia postoperatoria.

2.2.6 Anestésicos liposomales:

Es importante conocer que también se están manipulando las estructuras moleculares de los anestésicos locales para prolongar su efecto, incluyendo los anestésicos dentro de los liposomas, que son vesículas acuosas submicroscópicas formadas por un núcleo acuoso rodeado por capas bimoleculares fosfolipídicas. Este tipo de estructura compartimental permite que durante el proceso de elaboración de los liposomas se puedan incorporar tanto principios hidrosolubles como liposolubles. Todo esto trata de reducir la

toxicidad, protegerlos contra la degradación enzimática o química del organismo, prolongando los niveles eficaces del fármaco en su lugar de acción.

Hasta el momento se han realizado inclusiones liposomales con la lidocaína y la bupivacaina y los estudios se han llevado a cabo más con animales de experimentación que en humanos. Los pocos estudios que hay se han realizado mayormente en pacientes con cáncer con bupivacaina liposomal. Debemos esperar que se concluyan los estudios clínicos para confirmar sus beneficios.

2.2.7. Agentes adyuvantes de los anestésicos locales:

Los anestésicos locales también se utilizan en combinación con otros agentes que nos sirven de adyuvantes en la analgesia como son los agonistas alfa 2 adrenérgicos, inhibidores del NMDA y benzodiacepinas.

Estos fármacos inciden sobre los receptores medulares alfa-2, ejerciendo su acción analgésica. Al igual que en el grupo anterior se utilizan en combinación con opioides y/o anestésicos locales para minimizar dosis y obviar efectos secundarios propios de la medicación empleada. Sus representantes son:

-*Clonidina*. Su uso primario fue por su acción hipotensora, posteriormente se ha demostrado su efectividad analgésica.

La clonidina es un alfa dos agonista cuyo efecto analgésico está relacionado con la estimulación de los adrenerreceptores alfa dos

presentes en el asta dorsal medular, modulando de esta manera el mensaje nociceptivo. Además produce liberación de neuromoduladores tales como la noradrenalina y la acetilcolina, ejerciendo un efecto de inhibición de la transmisión nociceptiva en el asta dorsal medular (antinocicepción).

La clonidina inhibe la liberación de la sustancia P y actúa sobre las neuronas nociceptivas.

Los efectos secundarios son: disminución de la tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria.

-2-dexmetomidine. Es un agonista alfa 2 adrenérgico con propiedades ansiolíticas, sedantes y analgésicas. También disminuye la respuesta simpáticoadrenal. Ha sido utilizada en anestesia y cuidados intensivos por vía endovenosa y en la actualidad se han realizado algunos trabajos como adyuvante en anestesia y analgesia regional.

Como agonista alfa 2 adrenérgico utilizado por vía espinal o epidural causa analgesia por liberación espinal de acetil colina y óxido nítrico (NO).

2.2.8. Antagonistas de los receptores NMDA

En la actualidad se están empleando antagonistas de los receptores NMDA, en el tratamiento dolor agudo y crónico. El más conocido es la ketamina, un anestésico no barbitúrico perteneciente al grupo de la fenilciclohexilamina y derivado de la fenilciclidina.

Mecanismo de acción: la analgesia producida por la ketamina es debida a su acción antagonista no competitiva selectiva de los

receptores NMDA (N-metil-D-aspartato); estos receptores tienen una gran importancia en el fenómeno de "*wind up*", el cual consiste en un aumento progresivo de la respuesta por parte de las neuronas nociceptivas no específicas (o neuronas de convergencia) del asta dorsal medular a estímulos eléctricos repetitivos, de intensidad constante y suficientemente elevada para reclutar fibras C.

La ketamina es capaz de actuar sobre una gran variedad de receptores incluyendo: receptores nicotínico, opioides: mu, delta y kappa, produciendo además efecto analgésico por otras vías antinociceptivas, ha sido empleada con anterioridad como agente anestésico. Su presentación más frecuente es en forma racémica (mezcla de los dos isómeros, R y S), aunque en algunos países se usa el isómero S, que tiene mayor potencia analgésica, pero también produce mayor cantidad de efectos secundarios.

2.2.9. Benzodiacepinas:

El midazolam es la benzodiacepina que ha sido recientemente utilizada, en asociación a los anestésicos locales o sola, como único analgésico en los bloqueos centrales. El mecanismo de acción analgésico es mediante la estimulación de receptores gamma-amino-butírico (GABA), los cuales están presentes a nivel del asta dorsal medular (28).

Existe en el mercado el midazolam libre de conservante para uso por vía espinal y epidural.

2.3. Escalas de valoración del dolor¹¹

2.3.1. Medición de la intensidad del dolor:

Queríamos empezar la sección de La Vara de Medir con una escala básica, cotidiana, rutinaria, como lo son las unidimensionales. Las escalas unidimensionales miden una sola faceta del dolor: la intensidad. No podíamos obviarlas por su sencillez.

El dolor probablemente sea el motivo de consulta más frecuente en fisioterapia, y una de las preguntas que formulamos suele ser “cuánto”. Asumimos la subjetividad de dicha cuantificación por ser el motivo de consulta y pese a todos sus sesgos, se convierte, con frecuencia, en el principal parámetro para reevaluar y realizar el seguimiento del paciente.

Por tanto, son escalas de utilidad clínica, pragmáticas, para la complicidad terapeuta-paciente, pero no por ello desechables en investigación. Son muchos los estudios que utilizan estas escalas dentro de su metodología, junto a otros parámetros objetivos.

2.3.2. Escala verbal:

La escala verbal, también llamada descriptiva simple, fue descrita por Keele en 1948, aunque admite variantes. Son escalas tipo Likert, en las cuales el sujeto debe elegir la palabra que mejor cuantifica la intensidad del dolor. Por ejemplo:

NADA – POCO – BASTANTE – MUCHO

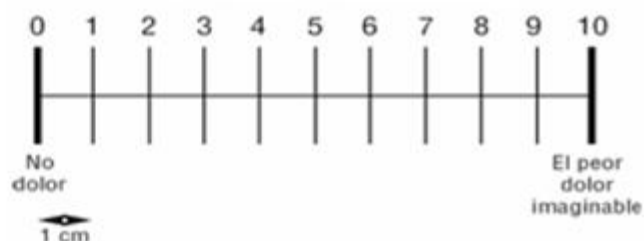
LIGERO – MODERADO – INTENSO – ATROZ

NO HAY DOLOR – LEVE – MODERADO – INTENSO –
INSOPORTABLE

Habitualmente, se asocia a cada palabra un valor numérico (0, 1, 2, 3, 4...) para cuantificarlo y registrarlo.

2.3.3. Escala numérica:

En la escala numérica, que introdujo Downie en 1978, el paciente asigna un valor numérico a su dolor en función del grado de



intensidad que considere. Generalmente la numeración va desde el 0 al 10 o desde el 0 al 100, en función del grado de discriminación que queramos obtener, siendo el 0 la ausencia de dolor y el 10 o el 100 el máximo dolor imaginable, aunque a nivel de investigación no ha demostrado una gran sensibilidad y especificidad.

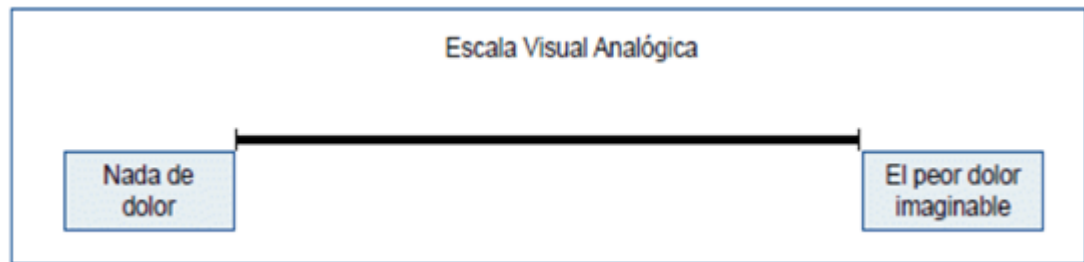
2.3.4. Escala Visual Analógica (EVA):

La EVA (o VAS por sus siglas en inglés) tiene su origen en la psicología, donde se utilizaban para valorar el estado de ánimo del paciente. Pronto se trasladó a la valoración del dolor. Fue introducida por Scott Huskinson en 1976. Se compone exclusivamente del dibujo de una línea vertical u horizontal, no contiene números ni palabras descriptivas. Muchos pacientes son reticentes a utilizar palabras para cuantificar su dolor y esta es una buena alternativa. Con todo, se considera que entre un 7 y un 11% de los pacientes son incapaces de marcar la EVA o la encuentran confusa (Huskisson y Kremer).

Advertía Melzack: “Dado que el dolor es una experiencia personal privada, es imposible para nosotros conocer con precisión el dolor que padece otra persona”, sin embargo, en nuestro empeño por cuantificarlo, se dice que tan solo hay una diferencia del 15% entre la valoración subjetiva del paciente y las mediciones objetivables.

La EVA es considerada el gold tandard de la medición unidimensional del dolor. Diversos estudios se han llevado a cabo para validarla, correlacionándola con estímulos térmicos. Una validez relativa, a pesar de todo y con una sensibilidad intrapersona, es decir, solo para reevaluar el dolor con el mismo paciente en distintos momentos o intervalos.

Algunas veces hablamos de EVA refiriéndonos a otros tipos de escala. Cuando le pedimos al paciente verbalmente que nos diga de 0 a 10 cuánto le duele, y probablemente sea la fórmula más usada en consulta, estamos haciendo una escala verbal numérica.

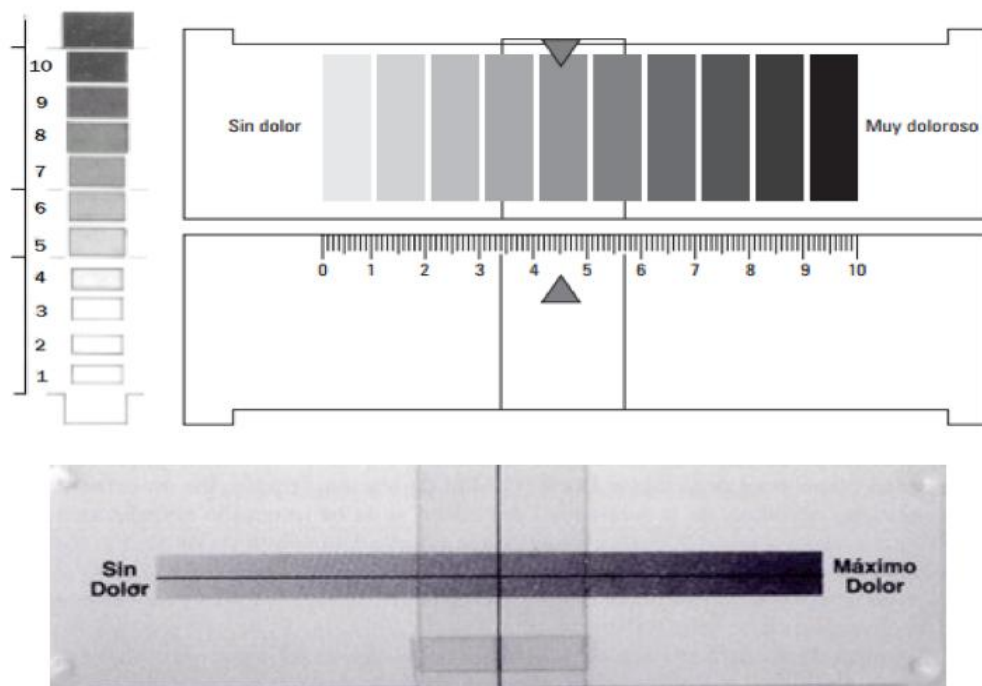


2.3.5. Escala Facial:

La escala facial de Wong y Baker fue diseñada para favorecer la comprensión del test a los niños, que no comprenden las palabras o el valor numérico. Hay una web que utiliza fotografías de caras de niños para que sean más reales.



2.3.6. Escala de grises de Luesher: La escala de grises utiliza como variante la intensidad del color para cuantificar en una paleta de tonalidades de una barra bien horizontal, bien vertical que oscilan entre la ausencia del dolor del blanco y el dolor máximo del negro.



2.3.7. Escala Luminosa Analógica (Nyman):

La escala luminosa de Nayman utiliza los colores en una gradación de intensidad de luz que van desde la ausencia de dolor (blanco) al dolor máximo (rojo).

Blanco - violeta – verde - amarillo – naranja – rojo.

Otras escalas utilizan varios parámetros de forma simultánea con el fin de hacer más comprensible la tarea solicitada (facial, numérica, descriptiva, luminosa). Todas estas opciones suponen una alternativa de valoración, lo importante, es utilizar siempre la misma



escala con el mismo paciente.

INTERPRETACIÓN.

RANGOS DE INTENSIDAD DEL DOLOR

LEVE

Niveles:

0= Ligero

1=Agudo

2=Severo

MODERADO

Niveles:

3: Ligero

4: Ligero intermedio

5: Agudo

6: Agudo intermedio

7: Agudo severo

INTENSO

Niveles:

8= Ligero

9=Agudo

10=Agudo severo

2.3.8. Cuestionario breve del dolor (brief pain inventory):

El primer cuestionario con el que queremos abrir la sección pertenece a la categoría de dolor.

El Brief Pain Inventory (BPI) de Cleeland (1991) inicialmente desarrollado para el dolor oncológico, se ha empleado actualmente en más de 400 estudios sobre cáncer, depresión, síndrome de Fabry, fibromialgia, SIDA, dolor neuromuscular, dolor neuropático, estudios psicosociales, dolor postquirúrgico, artrosis y otras enfermedades articulares entre otros. Ha sido traducido del inglés al español, chino, ruso, noruego, alemán, griego, francés, japonés y coreano.

Esta adaptación de la BPI short form utiliza una escala numérica para cuantificar del 1 al 10 los ítems del cuestionario. Los primeros cuatro puntos hacen referencia a la intensidad del dolor, por tanto, enfatizan el aspecto unidimensional del dolor. Sin embargo los siguientes siete puntos hacen referencia a distintas condiciones: actividad general, estado de ánimo, capacidad de andar, trabajo,

relaciones sociales, sueño y disfrutar de la vida, por tanto clasificaremos el cuestionario como multidimensional.

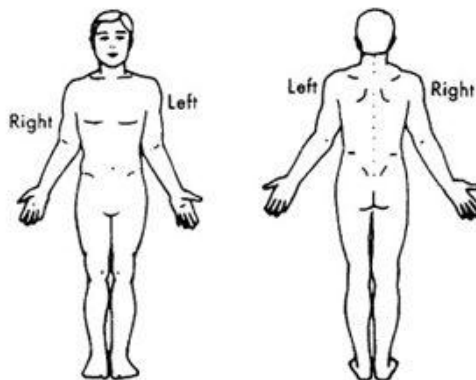
FORM 3.2 **Brief Pain Inventory**

Date ____ / ____ / ____ Time: _____

Name: _____
Last First Middle Initial

1) Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, and toothaches). Have you had pain other than these everyday kinds of pain today?
1. Yes 2. No

2) On the diagram shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.



3) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **worst** in the past 24 hours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pain as bad as you can imagine

4) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **least** in the past 24 hours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pain as bad as you can imagine

5) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain on the **average**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pain as bad as you can imagine

6) Please rate your pain by circling the one number that tells how much pain you have **right now**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pain as bad as you can imagine

7) What treatments or medications are you receiving for your pain?

8) In the Past 24 hours, how much **relief** have pain treatments or medications provided? Please circle the one percentage that most shows how much relief you have received

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
No Complete relief

9) Circle the one number that describes how, during the past 24 hours, pain has **interfered** with your:
A. General activity

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

B. Mood

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

C. Walking ability

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

D. Normal work (includes both work outside the home and housework)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

E. Relations with other people

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

F. Sleep

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

G. Enjoyment of life

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Does not interfere Completely interferes

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A nivel local:

TÍTULO: Satisfacción del usuario en su atención por el consultorio externo de Medicina Interna en los Hospitales de Arequipa, 2015

AUTOR: Alarcón Llerena, Renato Lorenzo

RESUMEN:

Objetivo: Determinar la calidad de atención según el grado de satisfacción percibido por los usuarios de los consultorios de medicina interna de los hospitales de Arequipa, 2015.

Métodos: Se aplicó una ficha de datos y el cuestionario SERVQUAL, a 369 pacientes de 4 hospitales de Arequipa que cumplieron criterios de selección.

Se procedió a realizar el cuestionario usando la escala de Likert (1-7) antes y después de la atención del usuario. La diferencia del puntaje entre la perspectiva y la expectativa cuando es mayor a 0 cubre las expectativas, pero si es menos es lo inverso, siendo esta diferencia la brecha. Además se calculó la atención teniendo valores de 0 a 100% con intervalos de 20% interpretándose como muy insatisfecho, insatisfecho, neutro, satisfecho y muy satisfecho.

Además se evaluaron las 5 dimensiones de la calidad: Fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y tangibilidad.

Resultados: En general la mayoría de participantes fueron varones (59.9%) y se encontraron entre 31 y 50 años. Las brechas de nivel de satisfacción fueron negativas para la seguridad, empatía, capacidad de respuesta y por lo tanto no se cubrieron las expectativas, casi neutra para

tangibilidad, siendo la fiabilidad la única con expectativa superada, en opinión de los pacientes evaluados.

Según las diferencias características sociodemográficas las brechas fueron negativas (excepto en pacientes de zona rural donde fue neutra), fue mejor en pacientes con mejores ingresos económicos (-0.03 en pacientes con más de 2500 soles de ingreso) y las brechas más amplias se observaron en pacientes con educación primaria y de menor ingreso económico y en aquellos de procedencia urbano marginal y con SIS.

PALABRAS CLAVE: Calidad de atención-SERVQUAL-Medicina Interna



3.2. A nivel Nacional:

TITULO: Manejo del dolor agudo post quirúrgico

AUTOR: Poggi Machuca Luis, Ibarra Chirinos Omar

RESUMEN: La presente revisión del dolor agudo pos quirúrgico aborda el efecto del dolor, tanto positivo como negativo a corto y largo plazo en el paciente quirúrgico, describe los diversos tipos de dolor según su fisiopatología, así como el empleo de los diversos tipos de fármacos analgésicos tales como los opioides, aines y los anestésicos locales. Se describe las indicaciones y contraindicaciones de la analgesia con opioides, analgesia subcutánea, así como sus precauciones, efectos adversos. Se toca el tema de la analgesia paciente controlada (PCA), la analgesia epidural continua. Al comparar estos dos métodos, se ha podido concluir que la última, es decir la analgesia epidural continua es superior que la PCA en las primeras 72 horas del manejo. Finalmente se revisa las diversas terapias de dolor postoperatorio convencionales, la terapia multimodal y la terapia secuencial.

3.3. A nivel Internacional:

-TÍTULO: Abordaje de la analgesia postoperatoria en cirugía de cadera: comparativa de 3 técnicas

AUTOR: M.I. Segado Jiménez, J. Arias Delgado, M.L. Casas García, F. Domínguez Hervella, A. López Pérez, M. Bayón Gago y C. Izquierdo Gutiérrez

RESUMEN: Introducción: Resulta indispensable tratar el dolor postoperatorio de cirugía de cadera para iniciar una rehabilitación precoz y para disminuir la morbimortalidad. Dada la pluripatología y edad de los pacientes, la analgesia locorregional se revela como el arma más eficaz para tratarlo.

Objetivos: Valorar la eficacia del bloqueo iliofascial y del bloqueo de los nervios obturador y femorocutáneo frente a analgesia intravenosa, así como registrar el grado de satisfacción, las complicaciones, inicio de rehabilitación y costes económicos en cada grupo.

Pacientes y método: Estudio prospectivo con 90 pacientes sometidos a cirugía de cadera. Se dividieron en 3 grupos aleatorios: A: solo analgesia intravenosa, B: bloqueo iliofascial y C: bloqueo de los nervios obturador y femorocutáneo lateral. Se investigó el grado de dolor y satisfacción analgésica, tiempo transcurrido hasta el inicio de la sedestación, necesidad de analgésicos postoperatorios, efectos secundarios y los costes económicos farmacéuticos en cada grupo.

4. OBJETIVOS

4.1. GENERALES:

Establecer la relación entre la intensidad del dolor post operatorio inmediato y la satisfacción percibida en relación al tratamiento del dolor en pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD Arequipa – 2016

4.2. ESPECÍFICOS

1. Determinar la relación de la intensidad del dolor post operatorio inmediato con las características sociodemográficas en pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD Arequipa – 2016.
2. Especificar la intensidad del dolor post operatorio inmediato en pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD Arequipa – 2016.
3. Determinar la relación de la intensidad de dolor post operatorio inmediato con el tipo de abordaje de la cirugía realizada en pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD. Arequipa. 2016.
4. Determinar la satisfacción percibida de la atención médica y de enfermería en relación al tratamiento del dolor en pacientes post operados del Servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD. Arequipa. 2016.

5. HIPÓTESIS.

5.1. TIPO DE HIPÓTESIS

5.1.1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Enunciado:

“Dado que: La intensidad del dolor post operatorio es una sensación nociceptiva, mientras mayor sea la intensidad, exige que la reducción o anulación de este sea en el menor tiempo posible y con la administración de fármacos analgésicos eficaces, ya que este altera el bienestar psicológico y el post operatorio del paciente.

Es probable que: que el tratamiento adecuado e inmediato del dolor post operatorio mejore el bienestar psicológico y el post operatorio inmediato en pacientes del Servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD. Arequipa 2016.”

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

2. DISEÑO DEL ESTUDIO

Diseño: Descriptivo correlacional.

2. METODOS, TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

2.1. MÉTODOS

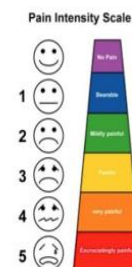
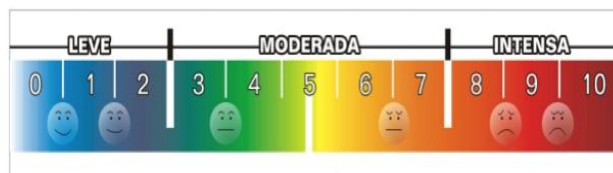
2.1.1. Observación documental

Tipo: Participante

2.1.2. Instrumento

Formatos:

4. Ficha de recolección de datos (anexo 1).
5. Escala luminosa analógica de Nyman.



6. Cuestionario adaptado de la Sociedad Americana del Dolor¹²

2.1.3. Obtención de la muestra

Las unidades de análisis y datos correspondientes a los pacientes post operados inmediatos, serán obtenidos en sala de hospitalización del servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD de Arequipa.

La muestra está constituida por todas aquellas unidades que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

2.5. TÉCNICAS

2.5.1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se asigna un número a cada unidad de análisis o unidad muestral y se selecciona por los criterios de elegibilidad.

A cada unidad de análisis se le aplica la Ficha de recolección de datos.

Se identifica ésta por el número correlativo del caso, el número de historia clínica y por los nombres y apellidos del paciente.

6. Edad: Se determina en años, fecha de nacimiento (partida de nacimiento).
7. Grado de instrucción: El año de egreso de la primaria, secundaria o superior. (certificado de estudios).
8. Intensidad del dolor: se aplica la Escala luminosa analógica de Nyman.
9. La satisfacción percibida por el usuario, se valora por el Cuestionario adaptado de la Sociedad Americana del Dolor.
10. Tipo de Abordaje Quirúrgico.

2.6. INSTRUMENTOS

- Hoja de recolección de datos que incluye el cuestionario adaptado de la sociedad Americana del dolor
- Escala Luminosa Analógica de Nyman

2.7. MATERIALES

- Materiales de escritorio.
- Papel Bond A4 un millar.
- Computadora personal.
- Software: Microsoft Office y estadísticos.

Los resultados de la búsqueda se vaciaran en una base de datos de la hoja electrónica de Excel, aplicando los criterios de inclusión, exclusión o eliminación. Posteriormente estos serán analizados mediante paquetes

estadísticos: IBM SPSS STATISTICA reléase 20.

3. CAMPO DE VERIFICACIÓN

3.1 UBICACIÓN ESPACIAL

Precisión del Lugar

- **Ámbito General:** Departamento de Arequipa.
- **Ámbito Específico:** Provincia y distrito de Arequipa.

Caracterización del Lugar

- **Ámbito Institucional:** Servicios de Cirugía del hospital III Yanahuara EsSALUD de Arequipa.

Delimitación Geográfica

- El espacio geográfico donde se realiza la recolección de datos se realizarán en los ambientes de hospitalización del servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD, ubicado en el Distrito de Yanahuara, Avenida Enmel y Zamácola s/n, a la margen derecha del río Chili de la ciudad de Arequipa.

3.2 UBICACIÓN TEMPORAL

2.2.1. TIEMPO HISTÓRICO

La investigación se realizará entre los meses de enero y marzo del 2016.

3.3. UNIDADES DE ESTUDIO

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ACCESIBLE

- **Criterios de Inclusión**
 - g. Pacientes que aceptaron participar en la investigación mediante consentimiento informado.
 - h. Pacientes que hablan o entienden el idioma español.
 - i. Pacientes mayores de 18 años.
 - j. Pacientes sometidos tanto a cirugía laparoscópica como

a laparotomía.

- k. Pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía del Hospital III Yanahuara EsSALUD.
- l. Pacientes en quienes se aplicó el protocolo de alivio del dolor establecido por el servicio de Anestesiología del Hospital III Yanahuara EsSALUD.

- **Criterios de Exclusión o Eliminación**

- a. Pacientes con diagnóstico de trastorno psiquiátrico.
- b. Pacientes portadores de patología médico quirúrgica crónica previa a la intervención quirúrgica.
- c. Pacientes que reciben el alta hospitalaria antes de 24 horas tras la intervención quirúrgica.
- d. Pacientes sometidos a intervención quirúrgica con anestesia local.
- e. Pacientes que precisan cuidados intensivos en el post operatorio inmediato.

3.4. MUESTREO Y MUESTRA

3.4.1 MUESTREO:

Elección de las unidades de análisis.

- Técnica de Muestreo
 - Por su variabilidad:
Es Fijo
 - Por la posibilidad de integrar la muestra:
Es de oportunidad única.
 - Por la elección de sus elementos constitutivos:

Es determinista, la elección está en base a las unidades que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

- Tipo de Muestreo

Es No probabilístico directo. Por conveniencia; intencional o deliberado.

3.4.2. MUESTRA:

Tamaño de la Muestra

Criterios Estadísticos

n:

Z (1- α): 1.96

σ : 2.78 (desviación estándar de la mayor intensidad del dolor en la escala analógica)³

Nivel de confianza: 95% (0.05)

B (error muestral α): 0.6

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{Z^2 * \delta^2}{e^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * (2.78)^2}{(0.6)^2}$$

$$n = \approx 82.45 = 85 \text{ U.A}$$

³ Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor post operatorio. J. I. Gallegos. M. R. Rodríguez de la Torre. J. C. Vázquez – Guerrero y M. Gil. Rev. Soc. Esp. Dolor. 11:197-202, 2004

4. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1. ORGANIZACIÓN

- Permiso para acceder a las unidades de estudio.
- Supervisión y Coordinación: El investigador.

4.2. RECURSOS

4.2.1. Humanos

- **Investigador:** Bachiller Josué Marcial, Sucasaca Cusi.
- **Asesor:** Dr. Eugenio Elias Chirinos.

4.2.2. Físicos

- **Infraestructura:** Hospital III Yanahuara EsSALUD Arequipa.
- **Ambientes:** Sala de hospitalización del servicio de cirugía.

4.2.3. Económicos

Autofinanciado.

4.3. CRITERIOS Y ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS

4.1. Plan de tabulación y análisis

Nivel de sistematización de los datos

Tipo de Procesamiento

Es: Mixto (manual y computarizado)

a. Plan de clasificación

- Matriz de Ordenamiento.
De Registro o control
 - Plantilla Esquemática.
Cuadro Maestro o Base de datos.

b. Plan de codificación

- *Sistema de Codificación.*
Sistema Computarizado
- *Tipo de Procedimiento*
Códigos alfanuméricos
- *Implementación del Trabajo y Codificación*
Variable V₁: Intensidad de dolor post operatorio.
Variable V₂: Satisfacción percibida.
- *Variables e Indicadores a Codificar.*
Variable V₁: Intensidad de dolor post operatorio.
 5. 0 sin dolor.
 6. 1 a 2: Intensidad Leve.
 7. 3 a 7: Intensidad Moderada.
 8. 8 a 10: Intensidad severa.

Variable V₂: Satisfacción percibida.

7. Muy insatisfactorio
8. Insatisfactorio

9. Algo insatisfactorio
10. Algo satisfactorio
11. Satisfactorio
12. Muy satisfactorio

c. Plan de recuento

- Tipo de Recuento:
Computarizado
 - Matriz de Conteo:
No es necesaria una matriz de conteo, el método es computarizado

d. Plan de análisis (tratamiento estadístico)

I. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS:

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

- Frecuencias: absolutas, relativas y proporciones.

ESTADÍSTICA INFERENCIAL

- Pruebas de comparaciones múltiples: Correlaciones canonicas

e. Plan de tabulación

TABLAS

- Tipos de tablas.
Para la estadística descriptiva: Tablas de Frecuencias de Observaciones absolutas y relativas.
Para la estadística Inferencial: Tablas de Contingencia de Doble Entrada.

f. Plan de graficación

- Clases de Gráficos

Para la estadística descriptiva: Histogramas de frecuencias y gráficos tipo Pie.

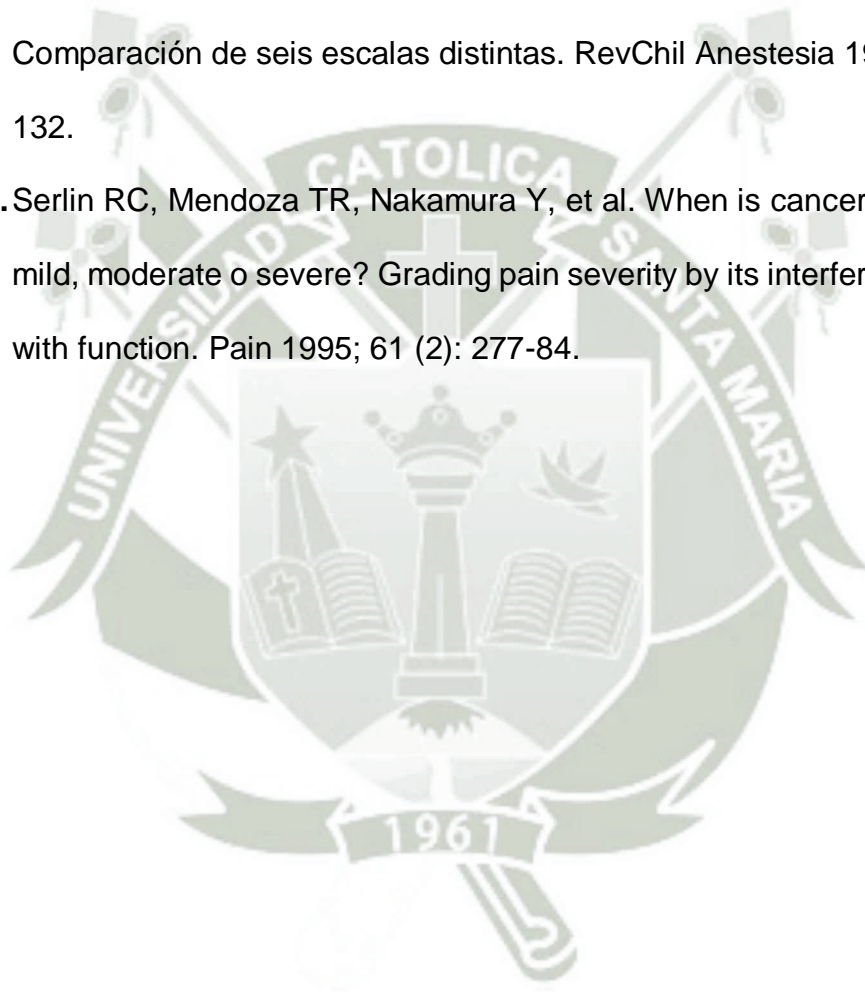
Para la estadística Inferencial: Diagrama de dispersión de puntos.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bosch F, Bassols A, López A, Cos R, Canellas M.J. . Efecto de una intervención educativa en el tratamiento del dolor postoperatorio en ginecología y obstetricia. Prog Obstet Ginecol. 1992;35:459-66.
2. Torres LM. Confort vs analgesia en el dolor postoperatorio. Rev Soc Esp del Dolor 1995; 2: 149-50. 2.
3. Martínez Vázquez J, Torres Morera LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. En: de la Torre R. Guía práctica del dolor agudo postoperatorio. Madrid, 2001. p. 11-31.
4. 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.
5. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: mayor properties and scoring methods. Pain 1975; 1: 277- 99.
6. Wallestein SL, Heichrich G, Kaiko R, et al. Clinical evaluation of mild analgesics: the mesurement of clinical pain. Br J Clin Pharmacol 1980; 10: 319s-27s.
7. Ward SE, Gordon D. . Application of the American Pain Society quality assurance standards. Pain. 1994; 56:299-306).
8. García Sabbagg, F. Reuniones Científicas de la Asociación Peruana para el estudio del dolor. En: Libro de ponencias. Tipos de dolor. Lima Perú. 2010. p. 84-87.

9. Herrera Cisneros, R. Analgesia Postoperatoria. SVA.URL disponible en:
<http://www.anestesiologiacarabobo.com/articulos/analgesiapostoperatoria.htm>
10. González de Mejía N. Postoperative multimodal analgesia. Rev Soc Esp Dolor 2005; 12: 112-118.
11. Bugedo G, Dagnino J, Muñoz H, Torregrosa S. Escala visual análoga: Comparación de seis escalas distintas. RevChil Anestesia 1989; 18: 132.
12. Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, et al. When is cancer pain mild, moderate o severe? Grading pain severity by its interference with function. Pain 1995; 61 (2): 277-84.



■ CRONOGRAMA DEL TRABAJO

Actividades	Ene 16				Feb 16				Mar 16			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■											
2. Revisión bibliográfica		■										
3. Aprobación del proyecto			■									
4. Ejecución				■	■	■	■	■				
5. Análisis e interpretación									■	■		
6. Informe final											■	■

Fecha de inicio: 02 de enero 2016.

Fecha de finalización: 30 de marzo 2016.



**ANEXO 1: "RELACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POST
OPERATORIO Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN
PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL III
YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA – 2016"**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Nº H. Clínica:

I. PRIMERA PARTE: Tipo de Cirugía Realizada:

1. Abordaje: Laparotomía (), Laparoscopia ()

2. Cirugía Realizada:

I. SEGUNDA PARTE: Características Sociodemográficas.

1. Edad:años

2. Sexo:

3. Grado de instrucción: Primaria (), Secundaria () Superior ()

II. TERCERA PARTE: Eventos de la Prueba.

Valoración de la Intensidad del dolor post operatorio: (dolor en las
últimas 24 horas)

- Sin dolor ()
- Intensidad Leve ()
- Intensidad Moderada ()
- Intensidad severa ()

Valoración de la Satisfacción percibida:

1. Grado de satisfacción en relación al tratamiento del dolor:

Medico:

- Muy insatisfactorio ()
- Insatisfactorio ()
- Algo insatisfactorio ()
- Algo satisfactorio ()
- Satisfactorio ()
- Muy satisfactorio ()

Enfermera

- Muy insatisfactorio ()
- Insatisfactorio ()
- Algo insatisfactorio ()
- Algo satisfactorio ()
- Satisfactorio ()
- Muy satisfactorio ()

2. Tiempo de espera para la administración del analgésico:

15 minutos o menos: ()

15 a 30 min: ()

30 a 60 min: ()

Más de 1 hora: ()

Nunca la solicito: ()

3. Solicito analgésico de mayor potencia que el indicado:

Si () No ()

4. Tiempo transcurrido en la administración del analgésico de mayor potencia:

1 hora o menos: ()

1 a 2 horas: ()

2 a 4 horas: ()

4 a 8 horas: ()

8 a 24 horas: ()

Más de 24 horas: ()

5. En qué grado cree Ud. que puede aliviarse el dolor post operatorio después de una intervención como la suya.

Totalmente: ()

Mucho: ()

Regular: ()

Poco: ()

Nada: ()