

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA
EN CENTRO QUIRÚRGICO



**PREVALENCIA DEL DOLOR Y CALIDAD DE RECUPERACIÓN
DE PACIENTES POST-CESAREADAS DEL SERVICIO DE
CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO
VALDIZAN MEDRANO DE HUÁNUCO – 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
CENTRO QUIRÚRGICO**

TESISTAS:

Lic. Enf. Mendieta Ruiz, Alfredo

Lic. Enf. Valdivieso Espíritu, Danutza

Lic. Enf. Gutierrez Hinostroza, Felicia

ASESORA: Dra. VIOLETA ROJAS BRAVO

HUÁNUCO - PERÚ

2014

DEDICATORIA

Con mucho cariño a nuestras dignas familias, quienes constantemente nos ofrecieron motivaciones hacia nuestro desarrollo, tanto personal como profesional.

AGRADECIMIENTO

1. A los docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán” de Huánuco, por habernos forjado en la formación la carrera profesional de Enfermería y sus experiencias compartidas en las aulas universitarias.
2. A la Mg. BRAVO ROJAS, Violeta Benigna, por la asesoría brindada durante la elaboración del proyecto e informe de tesis.
3. Al Director del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, por brindarnos su apoyo y permiso para la recolección de datos en dicha institución.
4. Así mismo el agradecimiento a todas las pacientes que decidieron participar desinteresadamente en el estudio.
5. Finalmente a todas las personas que hicieron posible el desarrollo del presente estudio.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

	Pag.
CAPÍTULO I	
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	
1.1. Fundamento del problema.....	7
1.2. Justificación de la investigación.....	11
1.3. Formulación del problema.....	14
1.4. Objetivos.....	15
1.5. Hipótesis.....	16
1.6. Variables.....	17
1.7. Operacionalización de variables.....	18
 CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO.	
2.1. Antecedentes del estudio.	21
2.2. Bases teóricas.	26
2.2.1. Teoría de mediano rango de los síntomas desagradables.	
2.2.2. Teoría de la percepción de la calidad de los servicios.	
2.3. Bases conceptuales.	30
2.3.1. El dolor.....	29
2.3.2. Tipos de dolor.....	32
2.3.3. El dolor postoperatorio.....	34
2.3.4. Medición y evaluación del dolor postoperatorio.....	37
2.3.5. Herramientas para la valoración del dolor postoperatorio.....	39
2.3.6. Prevalencia del dolor postoperatorio.....	44
2.3.7. Complicaciones ocasionadas por el dolor.....	50
2.3.8. Abordaje farmacológico en el dolor postoperatorio.....	52
2.4. La Calidad.	59
2.5. Calidad en salud.	61
2.6. Definición de términos básicos.	74

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación.....	76
3.2. Nivel de investigación.....	76
3.3. Diseño de la investigación.....	76
3.4. Población.....	77
3.5. Muestra y muestreo.....	78
3.6. Técnicas e instrumentos utilizados en la investigación.....	79
3.7. Validez y confiabilidad de los instrumentos.....	80
3.8. Aspectos éticos.....	81
3.9. Procedimientos de recolección de datos.....	81
3.10. Análisis e interpretación de datos.....	82

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados	83
4.2. Prevalencia del dolor postoperatorio.....	85
4.3. Calidad de recuperación en pacientes post-cesareadas	86
4.4. Relación entre prevalencia del dolor postoperatorio y calidad de recuperación en pacientes post-cesareadas.	87
4.5. Discusión:	90

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

Referencias bibliográficas.....	94
Anexos.....	104

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1: TIPO DE ANESTESIA QUE SE ADMINISTRO A PACIENTES POST-CESAREADAS, EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2014.....83

GRÁFICO 2: PREVALENCIA DEL DOLOR EN PACIENTES POST-CESAREADAS, DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-201484

GRÁFICO 3: CALIDAD DE RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST-CESAREADAS, DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2014.85

GRAFICO 4: PREVALENCIA DEL DOLOR Y CALIDAD DE RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST-CESAREADAS, DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-201487

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS PACIENTES POST-CESAREADAS, DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2014. 82

TABLA 2: TIPO DE ANESTESIA QUE SE ADMINISTRO A PACIENTES POST-CESAREADAS, EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2014 83

TABLA 3: PREVALENCIA DEL DOLOR EN PACIENTES POST-CESAREADAS, DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2014.....84

TABLA 4: CALIDAD DE RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST-CESAREADAS, DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2014..... 85

TABLA 5: PREVALENCIA DEL DOLOR Y CALIDAD DE RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST-CESAREADAS, DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-201486

TABLA 6: FRECUENCIAS OBSERVADAS Y ESPERADAS: PREVALENCIA DEL DOLOR Y CALIDAD DE RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST-CESAREADAS, DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2014..... 88

RESUMEN

Se realizó el trabajo de investigación titulado: prevalencia del dolor y calidad de recuperación de pacientes post-cesareadas del servicio de centro quirúrgico del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2014. Se diseñó un estudio prospectivo, observacional, de corte transversal, la selección de la muestra se realizó a través del método probabilístico, aleatorio simple, trabajando con una muestra de 30 pacientes post cesareadas, de 10 a 40 años de edad, atendidas durante los meses de agosto y setiembre. Se evaluó el dolor posoperatorio dinámico y en reposo mediante la Escala Numérica Verbal (ENV) incluida en el cuestionario para la valoración del dolor agudo post operatorio; mientras que la Calidad de la Recuperación de las pacientes post cesareadas por medio del Cuestionario Quality of Recovery Score 40. Cuestionario diseñado por Myles P., Weitkamp B., Jones K., Melik J., Hensen S. Los resultados hallados mostraron que, del 100%(30) de pacientes post cesareadas, 57% (17) presenta una mediana prevalencia del dolor postoperatorio, siendo esto el más predominante; 30% (9) presenta una prevalencia baja y solo 13% (4) de pacientes presenta una alta prevalencia del dolor post operatorio, siendo un total de 30 pacientes. En relación a la calidad de recuperación de pacientes post-cesareadas, del 100% (30); 93% (28) tuvo una regular calidad de recuperación, y solo el 7%(2) percibió una buena calidad, por lo tanto no existió muy buena calidad de recuperación, así como tampoco deficiente calidad. Los resultados demostraron que no existe relación entre la prevalencia del dolor y la calidad de recuperación de las pacientes post-cesareadas, según la prueba de chi cuadrado (χ^2), demostrando la independencia de estas variables en la población estudiada. Se recomienda fortalecer y mejorar los cuidados de enfermería en las pacientes post - cesareadas, a través de estrategias de capacitación al profesional de Enfermería que labora en la Unidad de Atención Post Anestésica del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizan.

Palabras claves: Prevalencia del dolor, calidad de recuperación, post-cesárea.

SUMMARY

The research was conducted titled: prevalence of pain and quality of post-cesarean recovery service center Hermilio surgical Valdizán Medrano regional hospital patients Huanuco-2014. A prospective, observational, cross-sectional study was designed; the selection of the sample was made through the probabilistic method, simple random, working with a sample of 30 patients post cesarean, 10 to 40 years old, served during the months August and September. Postoperative dynamic and resting pain by Numerical Verbal Scale (VNS) included in the questionnaire for the assessment of acute postoperative pain was assessed; while the quality of recovery of patients post cesarean through Questionnaire 40. Quality of Recovery Score Questionnaire designed by Myles P., Weitkamp B., K. Jones, J. Melik, Hensen S. The found results showed that, 100% (30) patients post cesarean, 57% (17) has a median prevalence of postoperative pain, this being the most prevalent; 30% (9) has a low prevalence and only 13% (4) patients have a high prevalence of postoperative pain, with a total of 30 patients. Regarding quality recovery post-cesarean patients, 100% (30); 93% (28) had a regular quality of recovery, and only 7% (2) perceived a good quality, so there was not very good quality of recovery, nor poor quality. The results showed no relationship between the prevalence of pain and quality of recovery of post-cesarean patients, according to the chi-square test (χ^2), demonstrating the independence of these variables in the study population. It is recommended to strengthen and improve nursing care in patients post - cesarean, through training strategies nursing professionals working in the Post Anesthetic Care Unit service Regional Hospital Surgery Center Hermilio Valdizan.

Keywords: Prevalence of pain, quality of recovery, post-cesarean.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamento del problema.

Según Beecher¹, todo acto quirúrgico conlleva la participación de dos elementos esenciales; por un lado el equipo quirúrgico, cada vez más preparado desde el punto de vista técnico y científico y, por otro, el paciente, con frecuencia incapaz de afrontar la percepción de vulnerabilidad que supone una intervención quirúrgica; y con ello la aparición del dolor postoperatorio, el mismo que es considerado por McQuay², como uno de los principales síntomas que causa discomfort en los pacientes hospitalizados.

Al respecto Aguilera, Arnau y Bosch³, señalan que actualmente la incidencia del dolor postoperatorio sigue siendo elevada, pues alcanza cifras de entre el 46 y 53%; además se sigue tratando de forma inadecuada, esto debido entre otras causas, a un deficiente uso de analgésicos como los opiáceos, por desconocimiento de sus características farmacológicas, miedo a efectos tales como la depresión respiratoria y empleo de pautas de tratamiento insuficientes como la analgesia “a demanda”, y/o vías de administración inadecuadas.

¹ Beecher HK. Anxiety and Pain. JAMA. 1969; 209: 1080.

² McQuay H. Treating acute pain in hospital. BMJ. 1997; 314:1531.

³ Aguilera C, Arnau JM, Bosch C, et al. Analgésicos en el período postoperatorio de intervenciones abdominales. Grupo de estudio sobre analgesia postoperatoria de la Sociedad Española de Farmacología Clínica. Med Clín (Barc). 1997; 108: 136-40.

Lo que está conduciendo según Cadavid⁴, a la presencia de consecuencias fisiológicas y psicológicas nocivas en los pacientes, que aumentan las tasas de morbilidad como las isquemias y arritmias cardíacas, atelectasias, enfermedad tromboembólica venosa, alteración de la cicatrización de heridas entre otros que prolongan la estancia hospitalaria y proyectan una imagen negativa del medio sanitario.

De la misma manera, los estudios de Vidal, Torres, De Andrés y Moreno⁵, revelaron que en la actualidad el dolor agudo postoperatorio persiste como un síntoma de elevada prevalencia. En diferentes países de Latinoamérica, se ha demostrado que entre un 20 y un 70% de los pacientes lo padecen, incluyendo pacientes sometidos a cirugía ambulatoria. Y pese a la prevalencia y a la importancia de este síntoma, las publicaciones al respecto muestran que el dolor es habitualmente infravalorado y por consiguiente sub tratado que está conduciendo al detrimento de la calidad de atención.

Así también los reportes actuales de la Asociación Internacional del Dolor (IASP) citado por Ashburn y Ready⁶, evidenciaron que a pesar de los esfuerzos, más del 80% de los pacientes operados en Estados Unidos presentan dolor, lo cual constituye un problema importante, teniendo en

⁴ Cadavid Puentes AM. Prevalencia de dolor agudo postoperatorio y calidad de la recuperación en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia, 2007. Rev Fac Med Antioq [Internet]. 2009; 22(1): 11-15 [Consultado 2013 Jun 25]. Disponible en: iatreia.rev.fac.med.univ.antioquia, jan./mar.

⁵ Vidal MA, Torres LM, De Andrés JA, Moreno Azcoitia M. Estudio observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España. PATHOS. Rev Soc Esp Dol. 2007; 8: 550-67.

⁶ Ashburn MA, Ready LB. Postoperative Pain. In: Loeser JD, Butler SH, Chapman CR, Turk DC. (eds). Bonica's Management of Pain. 3a ed. New York: Lippincott; 2007. p. 40-56.

cuenta que se realizan más de 46 millones de cirugías en pacientes hospitalizados y 53 millones de cirugías ambulatorias.

Por su parte Muñoz, Salmeron, Santiago y Marcote⁷, explicaron que hoy en día contamos con una amplia gama de medicamentos y disponemos de más tecnología y se aplican técnicas de analgesia multimodal.

Sin embargo los pacientes continúan sufriendo dolor en el periodo postoperatorio, lo que está conllevando a distintos problemas, desde una escasa satisfacción hasta complicaciones asociadas al dolor sin tratamiento. Coincidentemente Martínez y Torres⁸, manifestaron que a pesar de esas continuas innovaciones farmacológicas y los incesantes avances tecnológicos, aún existe una gran parte de estos pacientes que siguen tratados de forma inadecuada, por lo que experimentan un sufrimiento injustificado, siendo que hoy en día se considera que el dolor agudo postoperatorio debe ser de 3 o menos en la escala visual análoga para considerar como efectivo el tratamiento tanto en reposo como en actividad.

Por otro lado, según el reporte de Gallego, Rodríguez, Vázquez y Gil⁹, en México y otros países de Latinoamérica, aún nos enfrentamos a distintos problemas a nivel hospitalario, esto debido a que aún hay un porcentaje

⁷ Muñoz Blanco F, Salmeron J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. Rev Soc Esp Dol. 2001; 8: 194-211.

⁸ 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: Pirámide; 2001. p. 11-31.

⁹ Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. Rev Soc Esp Dol. 2004; 11: 197-202.

variable del equipo quirúrgico y de enfermería que considera que el dolor postoperatorio no se puede evitar, que es obligado sufrirlo ya que hubo un procedimiento quirúrgico, que se autolimita y que muy raras veces es intolerable. Con respecto a los pacientes: no hay una costumbre real de discutir el dolor esperado por el procedimiento con el paciente y su familia, las opciones terapéuticas, el tipo y vía de administración de los fármacos y el porcentaje de alivio esperado para cada una de ellos, por lo tanto el paciente no cuenta con información para decidir y para solicitar tratamientos que puedan aliviarlo, aceptando en muchos casos que el dolor que sufren es inevitable.

Por otro lado y en vista a la situación del dolor posoperatorio, Arista¹⁰, manifestó que cada año es mayor el número pacientes de las diversas instituciones de salud que demandan de una atención de calidad para una recuperación en el menor tiempo y con los menores costos, esto debido a las continuas quejas de maltrato por parte de los profesionales de la salud; que según Cadavid¹¹, en vez de contribuir a un restablecimiento eficiente, está provocando un impacto negativo del dolor sobre la enfermedad y la calidad de la recuperación de los pacientes.

¹⁰ Arista Chávez G. Interacción enfermera – paciente en el servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión Lima-Noviembre 2003[Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.

¹¹ Cadavid Puentes AM. Op. Cit. p. 21-93.

Por tanto indican Strasseles, McNicol y Suleman¹², que es necesario un tratamiento agresivo del dolor, no sólo por ser este un acto humanitario, sino porque proporciona beneficios importantes que producen mejoría del pronóstico y disminución de la morbilidad y la mortalidad. Esto se ratifica a través de los diversos estudios realizados por McQuay¹³, quien demostró que un buen control del dolor acelera los procesos de recuperación e influye notablemente en la calidad de atención y la satisfacción del paciente para con el equipo médico y el sistema de salud. A todo lo expuesto Torres¹⁴, declara que aunque las técnicas más sofisticadas ayudan notablemente a la resolución de este problema, bastaría una correcta estrategia en la aplicación de los recursos terapéuticos disponibles, en cualquier hospital, para asegurar el control adecuado del dolor postoperatorio.

Investigaciones recientes realizadas por Ilfeld y Yaksh¹⁵, hacen pensar que en un futuro próximo podríamos obtener dentro de la farmacopea habitual algún tipo de medicamento que permitiría efectuar el tratamiento del dolor postoperatorio de manera tan eficiente como no habríamos pensado con anterioridad.

¹² Strasseles SA, McNicol E, Suleman R. Postoperative pain management: A practical review Part 2. American Journal of Health System Pharmacy. 2005; 62: 2019-2025.

¹³ McQuay H. Op. Cit. p. 1531-45.

¹⁴ Torres LM. Dolor Postoperatorio. En: Torres LM. Medicina del Dolor. Barcelona: Masson. 1997; 1: 725-739.

¹⁵ Ilfeld B, Yaksh T. The end of Postoperative pain - A fastapproaching possibility? And if so, will we be ready? Reg Anesth Pain Med. 2009; 34: 85-87.

Frente a todo lo expuesto, decidimos realizar el estudio para conocer la prevalencia de dolor en pacientes post-cesareadas y su relación con la calidad de la recuperación postoperatoria en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, de tal manera que al conocerla situación en nuestro hospital se puedan tomar las medidas necesarias para mejorar nuestros servicios.

1.2. Justificación de la investigación.

Justificación social.

Es una evidencia innegable que la mayoría de los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica padecen dolor en un grado variable; por ello uno de los retos más importantes que permanecen actualmente sin resolver en el ámbito quirúrgico, es el control satisfactorio del dolor postoperatorio. Debido a su fuerte impacto en la recuperación de las pacientes post-cesareadas, nos vimos motivados a brindar un aporte significativo al sistema sanitario en su conjunto.

Es preocupante la situación de la prevalencia del dolor postoperatorio en nuestro país y más álgida es la situación de la calidad de la recuperación postoperatoria en nuestra Región; debido a que contamos con un solo Hospital público a nivel regional, lo que conduce a que nos enfrentemos a dificultades administrativas, de recursos humanos y a carencia de equipo y medicamentos, de tal manera que si se deseara proponer una unidad de dolor agudo, sería rechazada frecuentemente ya que no se consideran necesarias o justificadas, o bien la dificultad para implementarlas hace casi prohibitiva su aparición en este tipo de hospitales.

Justificación práctica.

El tratamiento del dolor postoperatorio requiere una atención muy especial dada las importantes repercusiones que tiene en la correcta recuperación del paciente tras la intervención quirúrgica. Por tanto evitar este tipo de dolor debe ser uno de los objetivos prioritarios de todo personal de salud, evaluando los diferentes tratamientos en virtud de la gran diversidad de variables y factores incidentes que van a influir en el dolor postoperatorio.

El aporte de los resultados de la presente investigación, servirá para que los profesionales de la salud tengan una visión más amplia de la prevalencia del dolor postoperatorio; siendo este una fase crítica para el enfermo quirúrgico, pues es recomendable la actuación oportuna del grupo de profesionales del equipo de salud, en los cuales el profesional de enfermería, es un miembro importantísimo, pues es el encargado de aplicar los cuidados pos anestésicos que mantendrán la línea vital del equilibrio, satisfaciendo las necesidades físicas, fisiológicas y neurológicas.

Justificación teórica.

Se ha observado que la mayoría de las mediciones realizadas para evaluar la calidad de la recuperación pos anestésica han involucrado casi siempre la percepción del personal de salud más que la percepción de los pacientes. Con el presente estudio se considerará la percepción de los pacientes en la evaluación de calidad de la recuperación pos anestésica y con ello observar desde otra perceptiva la situación real del problema.

Es urgente visualizar el dolor como un todo orgánico, temporal, emocional, cognitivo y social que lo remonte sobre ese código orgánico, simple y estático para ser concebido como una experiencia continua que interactúa con zonas comunes de interpretación relacionadas con la cultura, la historia y la conciencia individual. En otras palabras hay que mirar el dolor envuelto siempre en algún significado. Esto no se opone para promover nuevas investigaciones y nuevos razonamientos en los escenarios de los tratamientos médicos, pero estas deben acompañar esa transición necesaria para cambiar el modo como se concibe el dolor de hoy. Esto debe llevar a un conocimiento más amplio que permitir una aplicación práctica para eliminarlo o por lo menos para atenuarlo.

Por otro lado su relevancia teórica radica en el compendio de información que se recopilará y analizará; ya que son escasos los estudios de investigación sobre la prevalencia del dolor y su relación con la calidad de la recuperación en nuestro país y en nuestra Región aún no se han realizado, ni diseñado adecuadamente los estudios que correlacionen ambas variables después de cada intervención quirúrgica, lo que de realizarse en condiciones controladas, permitirían la valoración precisa de ambas variables, y mejoraría la analgesia postoperatoria.

Por último, los resultados de esta investigación también poseen interés educativo, ya que podrá ser utilizado como antecedentes de otras investigaciones y marco de referencia de futuras investigaciones, en vista de que se trata de un estudio diagnóstico, que actuará como primer paso

para intentar implementar un programa que buscará mejorar la analgesia posoperatoria en el Hospital Regional Hermilio Valdizán.

1.3. Formulación del problema.

¿Existe relación entre la prevalencia del dolor y calidad de recuperación de pacientes post-cesareadas del servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2014?

1.4. Objetivos.

Objetivo General:

Se determino la relación entre la prevalencia del dolor y calidad de recuperación de pacientes post-cesareadas del servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2014.

Objetivos Específicos:

- Identificar los datos sociodemográficos de las pacientes post-cesareadas del servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.
- Identificar qué tipo de anestesia se administró a las pacientes post-cesareadas del servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.
- Evaluar la prevalencia del dolor en las pacientes post-cesareadas, al momento, de ser dadas de alta, de la unidad de atención post anestésica.
- Identificar la calidad de recuperación de las pacientes post-cesareadas en relación a: confort, emociones, apoyo y dolor.
- Relacionar la prevalencia del dolor y la calidad de recuperación de las pacientes post-cesareadas del servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.

1.5. Hipótesis.

General

Ho: No existe relación significativa entre la prevalencia del dolor postoperatorio y la calidad de recuperación en pacientes post-cesareadas del servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2014.

Hi: Existe relación significativa entre la prevalencia del dolor postoperatorio y la calidad de recuperación en pacientes post-cesareadas del servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2014.

Específicas:

Ha₁: La prevalencia de dolor severo determina una deficiente calidad de recuperación en pacientes post-cesareadas del servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2014.

Ha₂: La prevalencia de dolor moderado determina una regular calidad de recuperación en pacientes post-cesareadas del servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2014.

Ha₃: La prevalencia de dolor leve determina una buena calidad de recuperación en pacientes post-cesareadas del servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2014.

Ha₄: La ausencia de dolor determina una muy buena calidad de recuperación en pacientes post-cesareadas del servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2014.

1.6. Variables.

Variable Independiente (VI)

Calidad de la recuperación postoperatoria

Variable Dependiente (VD).

Prevalencia del dolor

1.7. Operacionalización de las variables.

VARIABLES	DIMENSIONES	TIPO	ESCALA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
VARIABLE DEPENDIENTE						
PREVALENCIA DEL DOLOR	Dolor en reposo	Cualitativo	Categórico	Prevalencia: Alta Media Baja	Es la proporción de pacientes post cesareadas en las cuales se realiza la valoración de dolor, tanto en reposo como en movimiento, al momento de ser dadas de alta, de la unidad de recuperación post anestésica.	
	Dolor en movimiento	Cualitativo	Categórico			
VARIABLE INDEPENDIENTE						
	En relación al confort	Cualitativo	Categórico	• 5. Todo el tiempo • 4. Casi todo el tiempo • 3. Frecuentemente • 2. Pocas veces • 1. Nunca		

CALIDAD DE LA RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA	En relación a las emociones	Cualitativo	Categorico	5. Todo el tiempo 4. Casi todo el tiempo 3. Frecuentemente 2. Pocas veces 1. Nunca	- Muy buena. - Buena - Regular - Deficiente	Atención equilibrada de la paciente post-cesareadas, evidenciada en el control del dolor y la atención de otras necesidades físicas, fisiológicas y neurológicas.
	En relación al apoyo que recibió	Cualitativo	Categorico	5. Todo el tiempo 4. Casi todo el tiempo 3. Frecuentemente 2. Pocas veces 1. Nunca		
	En relación al dolor	Cualitativo	Categorico	5. Todo el tiempo 4. Casi todo el tiempo 3. Frecuentemente 2. Pocas veces 1. Nunca		
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN						
Edad		Cuantitativo	De intervalo	En años: De 10 – 20 años.	Años cumplidos por la paciente post-cesareadas al momento de la entrevista.	

			De 21 – 30 años De 31 – 40 años.	
Estado civil	Cualitativo	Nominal	• Soltero/a • Casado/a • Conviviente • Otros	Estado marital de la paciente post-cesareadas al momento de la entrevista.
Grado de instrucción	Cualitativo	Nominal	• Ninguna • Primaria • Secundaria • Superior • Superior universitario no	Grado académico de las pacientes post-cesareadas al momento de la entrevista.
Tipo de anestesia	Cuantitativo	De Intervalo	• Regional: - Raquídea - Epidural • General	Tipo de anestesia empleada en la intervención quirúrgica.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.7. Antecedentes del estudio.

En México (2011) Sada, Delgado y Castellanos¹⁶, desarrollaron el estudio **“Prevalencia del dolor postoperatorio en cirugía electiva de pacientes del hospital de especialidades del Centro Médico”** con el objetivo de evaluar la prevalencia del dolor agudo postoperatorio, las pautas analgésicas usadas, la eficacia de las mismas y la satisfacción de los pacientes con los tratamientos empleados. Realizaron un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y observacional. Evaluaron en 154 pacientes el tipo de cirugía y anestesia a la que fueron sometidos, el tratamiento analgésico empleado, el dolor en reposo y actividad tras finalizar la cirugía, durante la noche y la mañana siguiente, así como el grado de satisfacción del paciente con el tratamiento empleado. Los resultados encontrados evidenciaron que al ingreso a la sala de recuperación, los pacientes que refirieron dolor moderado, severo o insoportable, fueron el 47%. La evaluación del dolor a las 19:00 h reveló que 72 y 63% de los pacientes tenían con esta misma intensidad en reposo y actividad respectivamente y alas 8:00 horas del día siguiente los porcentajes respectivos fueron de 42,1 y 64,9%. La media de analgésicos utilizados en sala de hospitalización fue de 1,8, con un mínimo de 1 y un máximo de 4 medicamentos; todos los

¹⁶ Sada Ovalle T, Delgado Hernández E, Castellanos Olivares A. Prevalencia del dolor postoperatorio en cirugía electiva de pacientes del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. Rev Soc Esp Dol. 2011; 2: 91-97.

analgésicos que utilizaron fueron AINES, el tratamiento analgésico en todos los casos fue pautado por los servicios tratantes. El 79% de los pacientes manifestó tener nada, poca o moderada satisfacción con el tratamiento analgésico empleado.

En España (2007) Rodríguez¹⁷, efectuó el estudio **“Construcción, validación y evaluación de un cuestionario sobre dolor agudo postoperatorio en el Hospital de Navarra”**, con el objetivo de desarrollar y validar un cuestionario de manejo sencillo y rápido para el profesional, e inteligible para el paciente, que permita apreciar el nivel adecuado de analgesia en el periodo postoperatorio. Evaluar la validez y precisión del cuestionario, así como, la satisfacción y el grado de confort del paciente tras el tratamiento analgésico administrado. Se trató de un estudio observacional descriptivo transversal aleatorio en una muestra representativa de pacientes postquirúrgicos mayores de 14 años. Estudiaron la fiabilidad test-retest con la aplicación del cuestionario dos veces sucesivas separadas entre si por 24 horas. En Análisis de la fiabilidad lo realizaron mediante el índice Kappa, índice Kappa ponderado o Coeficiente de Correlación intraclases, La Validez de contenido se analizó mediante revisión de la literatura y opinión de expertos. Para analizar la sensibilidad al cambio se utilizó una escala tipo Likert, donde compararon la escala visual analógica sobre dolor (VAS) con las escalas de tipo Likert. Tras la revisión de la literatura sobre el tema a estudio, realizaron un

¹⁷ Rodríguez Del Río JM. Construcción, validación y evaluación de un cuestionario sobre dolor agudo postoperatorio en el Hospital de Navarra. [Tesis para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2007.

cuestionario con 44 preguntas potenciales. Una vez diseñado, fue revisado por anestesiólogos expertos en el tema. Pasaron el cuestionario a personas sin ningún tipo de relación con la medicina, para ver si este era comprensible y la forma, la adecuada. El resultado demostró que el cuestionario es válido ya que posee validez lógica y de contenido; fiable, en la medida que reproduce los mismos resultados al aplicarlo en distintas ocasiones. Asimismo se comprobó que el cuestionario estudiado es fácil de manejar, rápido de cumplimentar (menos de 12 minutos) y no presenta dificultades en su entendimiento y comprensión. Cuantifica el nivel de analgesia en el periodo postoperatorio. Es capaz de determinar el grado de confort del paciente y permite conocer la satisfacción del paciente tras el tratamiento analgésico utilizado durante el periodo postoperatorio.

En Colombia (2007) Cadavid, Mendoza, Gómez y Berrío¹⁸, realizaron el estudio **“Prevalencia de dolor agudo posoperatorio y calidad de la recuperación en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia”**, con el objetivo de: determinar la prevalencia de dolor agudo posoperatorio moderado o severo y la calidad de la recuperación en pacientes atendidos en un hospital universitario. Diseñaron un estudio prospectivo, observacional, de corte transversal, en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl (HUSVP), Medellín, Colombia. Trabajaron con una muestra de 112 pacientes hospitalizados, mayores de 18 años, en

¹⁸ Cadavid Puentes AM, Mendoza Villa JM, Gómez Úsuga ND, Berrío Valencia MI. Prevalencia de dolor agudo postoperatorio y calidad de la recuperación en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia, 2007. Rev Fac Med Antioq [Internet]. 2009; 22(1): 11-15 [Consultado 2013 Jun 25]. Disponible en: iatreia.rev.fac.med.univ.antioquia, jan./mar.

posoperatorio de cirugía ortopédica, torácica o abdominal; evaluando el dolor posoperatorio dinámico y en reposo mediante la Escala Numérica Verbal (ENV) y la Calidad de la Recuperación por medio de una encuesta para determinar el bienestar y la funcionalidad física y mental de los pacientes. También se tuvieron en cuenta los efectos adversos asociados a la analgesia. Los resultados hallados demostraron que la tasa de prevalencia del dolor moderado en reposo fue de 31,3% y la del dolor severo, 22,3%. Para el dolor dinámico moderado y severo, las tasas de prevalencia fueron de 27,6% y 48,2%, respectivamente. La calidad de la recuperación fue buena en el 80,4% de los pacientes. Se halló relación entre el dolor severo y la peor calidad de la recuperación. Los efectos adversos reportados fueron somnolencia (44,6%), náuseas (25%), epigastralgia (17%), retención urinaria (17%) y vómito (13,4%). Conclusiones: la tasa de prevalencia del dolor posoperatorio severo en el grupo de pacientes estudiado fue elevada y se asoció con resultados desfavorables en la calidad de la recuperación, lo cual motiva a poner en práctica estrategias que optimicen su control.

En Bogotá-Colombia (2006), Eslava, Gaitán y Gómez¹⁹, elaboraron el estudio **“Escala para medir la Calidad de la Recuperación Postanestésica desde la Perspectiva del Usuario”**, con el objetivo de desarrollar una escala válida para medir la calidad de recuperación postanestésica desde la perspectiva de los pacientes (CdR). Trabajaron

¹⁹ Eslava Schmalbach J, Gaitán Duarte H, Gómez Restrepo C. Escala para medir la Calidad de la recuperación postanestésica desde la perspectiva del usuario. Rev Sal Públ. 2006; 8(1): 52-62.

con sujetos programados para cirugía electiva con clasificación ASA I o II del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, Clínica de Salud Sexual y Reproductiva Profamilia y Clínica Carlos Lleras del Seguro Social. El estudio lo realizaron en cinco fases: I. Entrevistas semiestructuradas para conocer las diferentes categorías e ítem de calidad referidos por los pacientes (n=30); II. Categorización y análisis de contenidos para conocer los ítem relevantes (n=42); III. Validación de apariencia (n=20). IV. Diseño y validación de la escala, CdR (n=283): realizaron el análisis de factores principales a través de la rotación varimax. La consistencia interna fue evaluada con el coeficiente Alpha de Cronbach. La validación de criterio, concurrente y discriminante lo hicieron utilizando la estadística no paramétrica y la evaluación de reproducibilidad de la escala (n=100), mediante el coeficiente de concordancia de Kendal. Los resultado probaron la construcción de un instrumento en español colombiano, con 14 ítems y 3 dominios, calidad general (8 ítems), sala de recuperación (5 ítems) y dolor (1 ítem); la misma que mostró buena consistencia interna (Cronbach = 0.8783). CdR se correlacionó positivamente ($\rho_{\text{spearman}} > 0.39$) con 3 de 5 escalas. Por otro lado discriminó diferencias por sexo, tipo de cirugía, sitio quirúrgico y tipo de anestesia (Ji2 y K. Wallis, $p < 0.05$) y finalmente tuvo buena reproducibilidad (Kendal=0,6378, $p=0,033$).

En Chile (2008) Rando, Barreiro, Mojoli, Di Cicco y Varela²⁰, ejecutaron el estudio **“Evaluación subjetiva de la calidad de recuperación postoperatoria de pacientes operadas de cesárea con anestesia general o regional”**, con el objetivo de comparar la recuperación de la anestesia general versus espinal para la operación cesárea con especial enfocado en la calidad subjetiva, la capacidad materna de cuidar al recién nacido y la satisfacción materna. Diseñaron un estudio prospectivo en mujeres (≥ 18 años) operadas de cesárea entre agosto y octubre de 2005 en un hospital general. Como instrumento utilizaron el score QoR40 para evaluar la calidad de la recuperación. La capacidad materna de cuidar al recién nacido y la satisfacción se estudiaron con una escala visual análoga (EVA) y con un score categórico de tres niveles. Los datos revelaron que de las sesenta y tres pacientes: 22 fueron operadas con anestesia general y 41 con anestesia subaracnoidea. La calidad de la recuperación de la anestesia espinal (193: 181- 197) fue significativamente mejor que con anestesia general (189; 174-193), ($p = 0,047$); siendo la sensación de bienestar, las mialgias y la odinofagia los tres elementos determinantes de esa diferencia. La capacidad materna para tomar en brazos al recién nacido, lactancia y cambio de pañales, así como la satisfacción materna fueron similares en ambos grupos.

²⁰ Rando K, Barreiro G, Mojoli M, Di Cicco V, Varela G. Evaluación subjetiva de la calidad de recuperación postoperatoria de pacientes operadas de cesárea con anestesia general o regional. Rev Chil Anest. May 2008; 37: 39-48.

2.8. Bases teóricas.

2.8.1. Teoría de mediano rango de los síntomas desagradables.

Esta teoría fue planteada por Lenz, Suppe y Gift²¹, quienes consideran la naturaleza compleja de los síntomas desagradables, donde se pueden identificar tres componentes; los factores relacionados, una forma de expresión particular y unas implicaciones de la experiencia. Donde los factores relacionados son, los fisiológicos, los psicológicos y los situacionales. Los factores fisiológicos están relacionados con los sistemas orgánicos normales, las patológicas y los niveles de nutrición, entre otros; los factores psicológicos se asocian con el estado anímico, la personalidad y el grado de ansiedad y los factores situacionales se relacionan con las experiencias personales, el estilo de vida y el apoyo social.

Lenz, afirma que el impacto de la experiencia de un síntoma desagradable se puede ver a nivel funcional o de desempeño del rol; a nivel físico o de actividad, y a nivel cognitivo o de capacidad de resolver problemas. Además, permite analizar la experiencia dolorosa contextualizada, y le da una connotación que a la vez tiene unicidad y totalidad, para poder hacer un análisis como lo exige la práctica de la enfermería en cada situación en la que se aborde el cuidado de la experiencia de la salud humana.

²¹ Lenz E, Suppe E, Gift A. Adv Nsg. Sci. 2005; 17(3): 1-13.

Parte de su importancia radica también en que ella constituye un ejemplo en la construcción colectiva de un postulado teórico, con base en el cual se puede direccionar la valoración de los condicionantes, las expresiones y las implicaciones de este y otros síntomas desagradables.

De otra parte, por ser una teoría de rango medio, tiene un alto nivel de aplicabilidad directa en la práctica, en donde es evidente que la aparición, expresión y consecuencias del dolor se asocian. Esta característica se hizo más evidente al destacar su utilidad para la investigación, comparándola con las clasificaciones internacionales de diagnóstico para la práctica de la enfermería (NANDA) y con la clasificación internacional de intervenciones de esta misma profesión (NIC).

Para la enfermería es esencial valorar estos factores, así como las características del dolor, como un aspecto fundamental para tener en cuenta en el momento de planear los cuidados de enfermería. Esta información permite interpretar las experiencias del dolor como las vive la persona y da opciones de cuidado o de enfermería que son complementarias a la administración de analgésicos o inclusive pueden llegar a reducir la necesidad de suministrar estos. Así mismo, esta teoría da herramientas para evaluar la efectividad del plan, porque tiene en cuenta la funcionalidad de cada individuo.

2.8.2. Teoría de la percepción de la calidad de los servicios.

Teoría propuesta por Stepheen²², quien señala que la percepción es un medio fundamental para que las personas obtengan información sobre sí mismas, sus necesidades y el entorno. La percepción es el proceso de seleccionar, organizar e interpretar los estímulos sensoriales en un retrato del mundo significativo y coherente. Podemos decir entonces que percepción es la forma en que observa la persona lo que sucede a su alrededor y puede estar influida por algunos factores como la cultura, los valores, las experiencias pasadas y el conocimiento de un individuo.

La teoría de la percepción, sin embargo, señala Keith²³, es más completa que una respuesta a los estímulos sensoriales, también es la interpretación de la sensación a la ley de aprendizaje previo. Sus problemas, intereses y antecedentes controlan su percepción de cada situación. Básicamente cada individuo dice: “Me comporto de acuerdo con los hechos, conforme los veo, no como los ve usted. Mis deseos y necesidades son primordiales, no lo suyos. Actúo con base en la percepción que tengo de mi mismo y del mundo en que vivo. Ya que la percepción es una experiencia individual, puede haber dos o más puntos de vista de la misma situación.

Sin embargo, lo que uno percibe puede ser sustancialmente diferente de la realidad objetiva. La cantidad de clientes perdidos (incluso los

²² Stepheen R. Comportamiento Organizacional 8ª ed. México: Ed. Tipográfica Barsa: 1998.

²³ Keith D. Comportamiento Humano en el Trabajo. 8ª ed. México: Ed. Litográfica Ingramex: 1997.

servicios de salud), por lo menos se triplica como resultado de una mala satisfacción. Los clientes de hoy juzgan a las organizaciones y entidades prestadoras de servicios de salud desde su totalidad, y sobre la base del servicio que se les proporciona. Ellos evalúan muchos factores antes de tomar una decisión: observan las instalaciones del lugar de atención, escuchan las experiencias de sus amigos o de otras personas que ya han hecho uso de la atención antes, y tienen en cuenta sus experiencias personales con el establecimiento. A partir de estos datos desarrollan una percepción de éste. Esta percepción puede o no ser objetiva, pero en realidad constituye lo más importante para las organizaciones. Para que el cliente acuda a una institución específica para recibir un servicio, debe percibir que este será de lo mejor.

2.9. Bases conceptuales.

2.9.1. El dolor.

Palacios²⁴, explica que se ha intentado definir el dolor, expresar en términos absolutos su naturaleza, significado y sentido último. Aunque existen puntos de coincidencia doctrinal entre los diversos tratadistas y estudiosos, no se ha encontrado una definición que recoja en toda su extensión la complejidad de tan inseparable e ineludible compañero del ser humano.

Desde tiempos antiguos, el dolor era considerado consustancial al ser humano y ajeno a su debilidad corporal ante las fuerzas negativas que le rodean y le oprimen. Desde la más remota antigüedad y desde la aparición del ser humano sobre la Tierra, éste se ha esforzado en su defensa contra tan insoslayable enemigo. “En el duelo contra el dolor —dice Bersot— se ponen en juego todos los recursos del género humano». Este mismo autor añade: “No, el dolor no nos impulsa a obrar, nos impide hacerlo” En el combate que hay que librar con él, absorbe fuerzas que servirán para obras admirables. También Albert Schweitzer dijo en cierta ocasión: “El dolor es para la humanidad más terrible que la misma muerte”

²⁴ Palacios Sánchez JM. Aproximación al estudio histórico del dolor. El Farmacéutico. 1998; 214:76-8.

Por su parte Ronald Melzack²⁵, estudioso de la neurofisiología del dolor desde hace más de cuatro décadas, en un artículo titulado “La tragedia del dolor innecesario”, escribe: “El sufrimiento prolongado destruye la calidad de la vida y puede quitar las ganas de existir, llevando a algunas personas al suicidio. Sus efectos físicos son también muy destructores: un dolor fuerte y persistente puede impedir el sueño y quitar el apetito, produciendo con ello el agotamiento y reduciendo la disponibilidad de nutrientes para los órganos. El dolor podría así obstaculizar la recuperación de una enfermedad o de una lesión y en enfermos muy debilitados o de edad avanzada llegar tal vez, a constituir la última diferencia entre la vida y la muerte.

Por su propia subjetividad, el dolor no tiene una fácil definición, incluso llegó a afirmarse que era indefinible. La primera definición moderna se debe a Merskey²⁶, quien en 1964 al referirse al dolor, lo define como una experiencia desagradable que asociamos primariamente a una lesión tisular o descrita como tal. Años después el Subcomité de Taxonomía de la International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión hística real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión. Baños²⁷, señala que el adjetivo desagradable incluye un conjunto de sentimientos entre los

²⁵ Melzack R. La tragedia del dolor innecesario. Invest y Cienc. 1990;163:11-8.

²⁶ Merskey H. Pain terms: a list with definitions and not es on usage. Rccomniendcd by IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain. 1979; 6: 249-52.

²⁷ Baños JE, Bosh F. Conceptos generales en algología. En: Bosh F. Tratamiento del dolor. Teoría y práctica. Barcelona: MCR; 1995. p. 1-8.

que se encuentran el sufrimiento, la ansiedad, la depresión y la desesperación, que pueden abocar incluso en el suicidio. El dolor, por tanto, no puede definirse exclusivamente como una experiencia nociceptiva; constituye una experiencia subjetiva integrada por un conjunto de pensamientos, sensaciones y conductas que se integran formando el síntoma del dolor.

En la definición moderna dice Baños, el dolor propuesta por la LASP se reconoce explícitamente la existencia de dos componentes:

- *Nociceptivo o sensorial.* Que constituye la sensación dolorosa y se debe a la transmisión de los impulsos lesivos por las vías nerviosas hasta el córtex cerebral.
- *Afectivo o reactivo.* El que da lugar al sufrimiento asociado al dolor. Según la causa, el momento y la experiencia del enfermo puede variar ampliamente dada su relación con numerosos factores psicológicos que pueden modificar la sensación del dolor.

La percepción final del dolor es consecuencia de la integración de ambos componentes. La contribución relativa de uno u otro va a variar según cada dolor y cada persona. En el dolor postoperatorio domina el elemento nociceptivo, mientras que el neoplásico tiene una base afectiva más importante.

El dolor es para la medicina de hoy, ese puente entre la salud y la enfermedad que deja de lado los territorios axiológicos que hacen del

individuo un ser íntegro. Sin embargo, Fernández²⁸, expresa que el dolor no es el puente entre la salud y la enfermedad sino más bien el puente entre concepciones y mundos distintos marcados solo por su ausencia o su presencia.

El dolor del cuerpo, tan ligado a los neurotransmisores y a la trama de vías nerviosas de su estructura, inspira un dolor en las emociones que no contrae el poder que tiene para visualizar el interior de quien lo padece. Ese dolor de hoy, aferra al individuo al mundo material y lo centra en su carne y por extensión lo encierra en un círculo secular de la ciencia médica.

Hay que entender que el alivio y la mejoría de las personas adoloridas solo será posible cuando quienes se hacen responsables de estas tareas cambien su pensamiento y permitan que quien lo sufre sea el eje central, con su componente emocional y orgánico también responsable de esa tarea.

2.9.2. Tipos de dolor.

La concepción de dolor varía si lo entendemos como un síntoma asociado a una patología determinada (dolor agudo) o como una entidad clínica diferenciada, con características y tratamiento particulares (dolor crónico).

²⁸ Fernández CF. Dolor agudo y postoperatorio. Dolor: más allá del sistema nervioso., Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor. Bogotá: ACED; 2011.

El dolor puede dividirse en agudo y crónico según su etiología, mecanismos fisiopatológicos, sintomatología función biológica y estrategia diagnóstica y terapéutica.

Gallardo²⁹, manifiesta que el dolor agudo es una señal de alerta biológica y en algunos casos, el dolor limita la actividad, previniendo un daño mayor o ayudando a la curación; mientras que el dolor crónico señala la pérdida de dicha función. Mientras que Cousins³⁰, expone que el dolor agudo postoperatorio carece de la útil función biológica de alertar al organismo que algo no funciona bien y que el individuo debe buscar remedio para su enfermedad. Al ser persistente e intenso puede ser deletéreo en sí mismo, con efectos potencialmente dañinos que se manifiestan en el ámbito de diversos sistemas y con una respuesta neuroendocrina generalizada.

De hecho, mientras el dolor agudo constituye el síntoma de una enfermedad, el dolor crónico constituye con frecuencia la propia enfermedad. La distinción entre dolor **agudo** y dolor crónico no es solamente importante debido a los distintos cursos temporales de estas dos formas de dolor, sino también por el hecho de que existen diferencias fundamentales en los mecanismos fisiológicos y especialmente fisiopatológicos que median la cronificación de las sensaciones dolorosas.

²⁹ Gallardo J. Informe del trabajo de ingreso del Dr. Víctor Contreras. Rev Chil Anest. 2006; 35: 87-90.

³⁰ Cousins M. Acute and Postoperative Pain. In: Wall PD, Melzak R. (eds). Textbook of pain. 3a ed. Edinburgh: Churchill-Livingstone; 1994. p. 357-385.

El **dolor agudo** constituye un mecanismo biológico de alarma de primera línea; se considera como la consecuencia sensorial inmediata de la activación del sistema nociceptivo, una señal de alarma disparada por los sistemas protectores del organismo. El ***dolor agudo se debe generalmente al daño tisular somático o visceral*** y se desarrolla con un curso temporal que sigue de cerca el proceso de reparación y cicatrización de la lesión causal. Si no hay complicaciones, el dolor agudo desaparece con la lesión que lo originó. Sin embargo, su tratamiento inadecuado puede conllevar, en ocasiones, la persistencia de tal situación y la aparición de dolor crónico. En comparación con el dolor agudo, ***el dolor crónico*** no causa alteraciones notables de las respuestas simpáticas y neuroendocrinas, por lo general es un síntoma de una enfermedad persistente cuya evolución, continua o en brotes conlleva la presencia de dolor aun en ausencia de lesión periférica, pudiendo deberse también a alteraciones psicopatológicas o factores ambientales. El dolor crónico no posee función biológica alguna e impone con frecuencia alteraciones físicas, emocionales y sociales que dificultan profundamente la vida del enfermo.

2.9.3. El dolor postoperatorio.

Wilson³¹, indica que el tratamiento del dolor postoperatorio es un derecho del paciente y un deber del médico. El *dolor postoperatorio* es

³¹ Wilson PR. Postoperative analgesia. Med Ausi. 1989; 150: 393-6.

considerado como el máximo representante del dolor agudo, apareciendo como consecuencia de la estimulación nociceptiva resultante de la agresión directa o indirecta producida por un acto quirúrgico. Entendiendo como agresión indirecta aquella no debida propiamente a la aplicación de la técnica quirúrgica, pero que a consecuencia de la misma (distensión vesical o intestinal, espasmos musculares, lesiones nerviosas secundarias a tracciones indebidas, etc.), o de la técnica anestésica utilizada, o a la patología basal del paciente, aparece durante el período postoperatorio.

Las características diferenciales del dolor postoperatorio respecto a otros tipos de dolor se reflejan en la tabla que se presenta a continuación:

Tabla N° 01. Tipos de dolor: Características diferenciales.

Factores	Agudo	Posoperatorio	Crónico
Fisiopatología	Nocicepción	Nocicepción	Mecanismo desconocido
Respuesta estresante	Útil	Perjudicial	Ausente
Factores psicológicos	Mínimo	Significativo	Profundo
Evolución natural	Auto limitado	Auto limitado	Indefinido

Miranda³², considera que el dolor postoperatorio, se genera tanto por mecanismos directos como la sección de terminaciones nerviosas a nivel de las diferentes estructuras afectadas por la manipulación quirúrgica; así como por indirectos, por la liberación de sustancias

³² Miranda A. Dolor postoperatorio: definición y problemática. En: Miranda A. (ed). Dolor posoperatorio. Estudio, valoración y tratamiento. Barcelona: Ecl. Jims; 1992. p. 1-26.

químicas con capacidad alogénica en el entorno inmediato de las terminaciones periféricas de los nociceptores. Entre estas sustancias podemos incluir iones (H^+ y K^+), neurotransmisores (serotonina, noradrenalina) mediadores (bradicinina, prostaglandinas, citocinas) y péptidos (sustancia P), entre otras. Algunas de estas sustancias excitan directamente la membrana del nociceptor mientras otras actúan de forma sinérgica sobre el nociceptor o células de su entorno modulando su sensibilidad nociceptiva. Los impulsos nociceptivos, al alcanzar los centros nerviosos, van a dar lugar a respuestas de carácter segmentario, suprasegmentario y cortical. Estas respuestas definen la reacción del organismo frente a la agresión y constituyen la base que explica los problemas postquirúrgicos ligados a la presencia del dolor.

Ptug y Bonica³³, opinan que los reflejos segmentarios son el resultado de la hiperactividad neuronal en el asta anterior y anterolateral medular que tiene lugar como consecuencia de la estimulación nociceptiva procedente del asta posterior medular. Esta hiperactividad de las neuronas motoras y simpáticas preganglionares da lugar a una serie de influjos vehiculizados por los axones de estas neuronas que provocan la aparición de espasmos musculares y vasculares en diversos territorios del organismo. Los espasmos de la musculatura lisa provocan bronquiolo-constricción, distensión gastrointestinal con

³³ Ptug AE, Bonica Ji. Physiopatology and control of postoperative pain. Arch Surg. 1977; 2(2): 773-81.

disminución de la actividad digestiva y distensión vesical con retención de orina que favorece la aparición de infecciones. Los espasmos de la musculatura esquelética producen contracturas más o menos generalizadas que contribuyen a exacerbar el dolor, mientras que los espasmos arteriolares, a través de isquemias localizadas, contribuyen a desencadenar nuevas descargas nociceptivas secundarias a la asfixia celular que favorecen la aparición de más dolor y, en consecuencia, de mayor espasmo, creándose de esta forma un círculo vicioso.

Las respuestas suprasegmentarias traducen la reacción de las neuronas del tallo cerebral y centros superiores a la estimulación nociceptiva vehiculizada por los diferentes fascículos ascendentes desde el asta posterior medular. Estas respuestas consisten en hiperventilación, incremento del tono simpático, ya aumentado de por sí por los reflejos segmentarios anteriormente citados, e hiperactividad endocrina, con el consiguiente aumento en la secreción de catecolaminas, ACTH, cortisol y aldosterona entre otros.

Finalmente, la integración de los impulsos nociceptivos a nivel de los centros corticales superiores provoca en el paciente una serie de respuestas corticales de tipo físico y psicológico. La respuesta física predominante consiste casi siempre en evitar cualquier tipo de movimiento que pueda contribuir a exacerbar el dolor, adoptando en consecuencia, el paciente posturas de inmovilidad, en especial durante las primeras horas del postoperatorio. La respuesta psicológica es

mucho más compleja y suele incluir manifestaciones de miedo y angustia, cuya intensidad depende no sólo de la magnitud del dolor, sino también de las características psicológicas basales del sujeto.

2.9.4. Medición y evaluación del dolor postoperatorio.

El dolor, como cualquier otro síntoma o signo clínico, debe evaluarse adecuadamente. Su cuantificación debe realizarse mediante el uso de escalas, de las cuales hay una gran variedad según los objetivos para los que se utilizan.

El dolor es subjetivo; esto significa que nadie mejor que el propio enfermo sabe si le duele y cuánto le duele; por lo tanto, siempre tenemos que contar con el paciente al hacer la valoración del dolor. Pero al ser una sensación emocional subjetiva y desagradable, resulta muy difícil su evaluación, ya que no existe ningún signo objetivo que nos pueda medir con exactitud la intensidad del dolor.

En contra de lo que generalmente se piensa, ninguno de los signos físicos tales como el aumento de la FC, TA, FR o cambios en la expresión facial que acompañan al fenómeno doloroso mantienen una relación proporcional a la magnitud del dolor experimentado por el paciente. Tampoco el tipo de cirugía y su nivel de agresividad siempre son proporcionales a la intensidad del dolor, es decir, que dos pacientes con el mismo tipo de intervención no tienen por qué sentir el mismo grado de dolor, y la actitud que cada uno de ellos puede presentar dependerá de su personalidad, su cultura o su psiquismo.

En un intento de superar todos estos inconvenientes para que la valoración del dolor sea individualizada y lo más correcta posible, se han ido creando y validando una serie de escalas de medida.

Según Hurley y Wu³⁴, la evidencia sugiere que la valoración juiciosa del dolor se asocia con una mejor analgesia. Los principios para una valoración exitosa son:

- Evaluar el dolor en reposo y con el movimiento para determinar el estado funcional del paciente.
- Valoración del dolor antes y después de cada intervención terapéutica.
- En la unidad de cuidado pos anestésico (recuperación) o en otras circunstancias en que el dolor sea intenso (ej.: servicio de urgencias), se evalúa, trata y reevalúa frecuentemente el dolor, cada quince minutos inicialmente y luego cada una a dos horas a medida que la intensidad del dolor disminuye.
- Una vez que el paciente se encuentre en el servicio de hospitalización se debe evaluar, tratar y reevaluar cada cuatro a ocho horas.
- Según escala verbal, se debe tratar el dolor mayor de 3/10 en reposo y de 4/10 con el movimiento.
- Debe ser evaluado inmediatamente el dolor intenso inesperado especialmente si está asociado a alteración en los signos vitales como hipotensión, taquicardia o fiebre. Se debe tener en cuenta dehiscencia

³⁴ Hurley RW, Wu CL. Acute Postoperative Pain. 7a ed. In: Miller's Anesthesia; 2009.

de suturas, infección, trombosis venosa profunda o síndrome compartimental.

- Se hace manejo inmediato, sin preguntar escala de dolor cuando el dolor es obvio y el paciente no puede concentrarse en las escalas de medición. Posteriormente, una vez iniciado el tratamiento, se valora.
- Los pacientes con problemas de comunicación requieren atención especial. Estos pacientes son: niños, pacientes con compromiso en la cognición, con trastornos emocionales severos, pacientes que no hablan el idioma local o con bajo nivel cultural o educativo.

2.9.5. Herramientas para la valoración del dolor postoperatorio.

Existe un sin número de herramientas para la valoración del dolor entre las que destacan:

2.9.5.1. Interrogatorio y exploración:

No hay ninguna razón para que el enfermo operado no sea interrogado y explorado como cualquier otro paciente que aqueja dolor.

Sin embargo, es frecuente obviar este requisito y administrar directamente los analgésicos elegidos. Lo correcto es realizar una determinación del tipo e intensidad del dolor en sus diferentes aspectos:

- **Localización:** ¿dónde le duele? (“indique con el dedo”); constante o variable en localización y tiempo; circunstancias.
- **Modo de aparición:** fecha de inicio (semanas, meses, años), inicio súbito o progresivo, factores desencadenantes.
- **Aspecto temporal del dolor:** permanente; paroxístico, períodos de remisión, diurno o nocturno.
- **Características clínicas del dolor:** descripción del dolor (quemazón, pulsátil, descarga), intensidad (moderado, intenso, muy intenso, intolerable), factores agravantes (cambio de postura, tos, posición), alivio (reposo, sueño, tranquilidad).
- **Repercusión del dolor:** sobre la vida familiar, social y laboral.
- **Repercusión psicológica:** modificación del dolor por la actividad, el estado de tensión y las ocupaciones.
- Efectos y resultados de los tratamientos utilizados, analgésicos y de otro tipo.
- Resultados de los tratamientos físicos y quirúrgicos.

2.9.5.2. Escalas de medición del dolor postoperatorio.

En la cuantificación del dolor siempre hay que intentar utilizar escalas de medida. Éstas nos permiten hacer una valoración inicial y comprobar el efecto de los tratamientos administrados.

No existe una escala perfecta, pero siempre es necesario utilizarlas. Existen varios tipos.

Escala subjetiva. En estas es el propio paciente el que nos informa acerca de su dolor. Hay varios tipos:

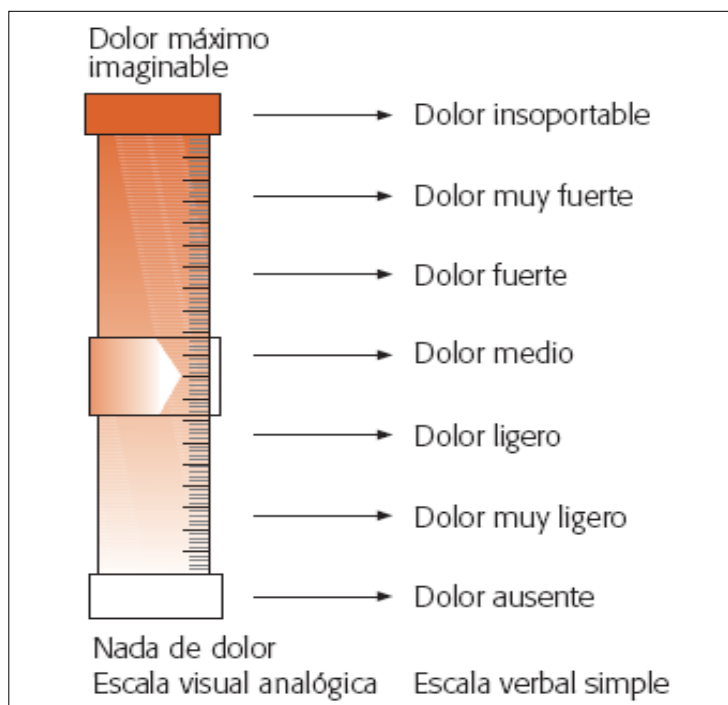
Escala unidimensional:

- **La escala numérica verbal** consiste en interrogar al paciente acerca de su dolor diciéndole que si 0 es “no dolor” y 10 el “máximo dolor imaginable”, nos dé un número con el que relacione su intensidad.
- **En la escala de graduación numérica**, el paciente debe optar por un número entre el 0 y el 10 que refleje la intensidad de su dolor; todos los números aparecen encasillados, de manera que lo que deberá hacer es marcar con una “X” la casilla que contiene el número elegido.
- **La escala analógica visual (VAS)** consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud dispuesta entre dos puntos donde figuran las expresiones “no dolor” y “máximo dolor imaginable” que corresponden a las puntuaciones de 0 y 10 respectivamente; el paciente marcará aquel punto de la línea que mejor refleje el dolor que padece.

Hay una serie de modificaciones de la VAS disponibles para situaciones concretas pero con el mismo fundamento la cual

fue planteada por Giniès³⁵, donde se une la escala visual análoga y la escala verbal simple como se muestra en la figura número 01.

Figura N° 01. Escala analógica visual (VAS).



Fuente: Escalas de dolor (Adaptado de Giniès³⁵, 1999).

- **La escala de expresión facial**, muy usada en la edad pediátrica, se representan una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría, modificándose sucesivamente hacia la tristeza hasta llegar al llanto. A cada una de las caras se les asigna un número del 0 al 5 correspondiendo el 0=no dolor y 5=máximo dolor imaginable.

- **Escalas multidimensionales**

³⁵ Giniès P. Atlas de la Douleur. Paris: Houdé; 1999.

La más conocida, el cuestionario de McGill, consiste en presentar al paciente una serie de términos o palabras agrupadas que describen las dos dimensiones que integran la experiencia dolorosa (sensorial y emocional); pero además incluye una tercera dimensión que es la evaluativa. Cada una de estas dimensiones tienen asignado un número que permite obtener una puntuación de acuerdo a las palabras escogidas por el paciente; esta puntuación refleja el modo en que éste califica su propia experiencia dolorosa y, por consiguiente, permite valorar la influencia dolorosa que sobre esta experiencia ejercen los factores emocionales y sensoriales que la integran.

Por su complejidad, este cuestionario es de poca utilidad en la valoración del dolor postoperatorio.

2.9.6. Prevalencia del dolor postoperatorio.

En el medio hospitalario existe muy poca información acerca de la situación del dolor y su tratamiento analgésico, ya que sólo un número reducido de investigadores ha explorado la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. Estos estudios revelan que desde 1952 en que Pappas, referido por Baños³⁶ comunicara que la analgesia administrada al 33% de los pacientes en el postoperatorio era inadecuada, la prevalencia del dolor postoperatorio y, por tanto, su

³⁶ Baños JE, Bosch F, Ortega E, Bassols A, Cañellas M. Análisis del tratamiento del dolor postoperatorio en tres hospitales. Rev Clfn Esp. 1989; 18: 177-81.

inadecuado tratamiento no sólo no se ha reducido, sino que en muchos de los estudios posteriores se eleva considerablemente hasta alcanzar el 75% en un estudio que Cohen³⁷ publicó en 1980.

Por otro lado es necesario recalcar que no existen causas que justifiquen el inadecuado control del dolor postoperatorio; las razones básicas que podrían explicar el hecho de que el dolor postoperatorio siga siendo un problema asistencial a pesar de disponerse de tratamientos específicos fueron ya enunciadas por Marks y Sachar³⁸ en 1973, estos autores señalaron que la infradosificación de los opiáceos prescritos y el bajo cumplimiento de su administración podrían incidir de forma notable en la elevada prevalencia de dolor intenso que observaron en los pacientes estudiados.

A pesar de los años transcurridos, los trabajos realizados durante la última década han confirmado básicamente los hallazgos de Marks y Sachar.

Por un lado se encuentra Baños, Bosch, Ortega, Bassols y Cañellas³⁹, quienes en 1989 encontraron que un 13,7% de pacientes carecía de prescripción analgésica en sus órdenes postoperatorias y en un 23,1% la prescripción era a demanda. Sólo el 27.6% de los pacientes recibió la dosis prescrita y un 43,3% una dosis inferior.

³⁷ Cohen FL. Postsurgical pain relief; patients' status and nurses medication choices. Pain. 1980; 9: 265-74.

³⁸ Marks RM, Sachar EJ. Undertrcatment of medical inp atients with narcotic analgesias. Ann Intern Mcd. 1973; 78: 173-81.

³⁹ Baños JE, Bosch F, Ortega E, Bassols A, Cañellas M. Op. Cit. p. 190-00.

Asimismo se encuentra Cañellas Bosch, Bassols, Zavala, Moral y Baños⁴⁰, los que en 1993 hallaron que el 50% de enfermos agudos hospitalizados con dolor no tenían prescripción analgésica.

También Altimiras, Olle, Lopes, Cois, Duque y Gropper⁴¹ en 1994 al estudiar la analgesia postoperatoria en pacientes de ginecología y obstetricia localizaron una gran discordancia entre la analgesia prescrita y la administrada.

Aguilera, Amau y Bosch⁴², en un trabajo publicado en 1996 encontraron en el postoperatorio de intervenciones abdominales un 42% de pautas a demanda y entre las pautas a dosis fijas, alrededor de un 10% de los pacientes a los que se había prescrito un analgésico no llegó a recibirlo, mientras que los fármacos administrados, frecuentemente lo eran a dosis inferiores y a intervalos más espaciados que los especificados en las órdenes médicas. Estos autores también encontraron una notable infra dosificación para los opiáceos.

Del mismo modo Charco, García, Hoyas, Bonal, Aparicio y Martín⁴³ en 1996 revelaron que un 58% de las prescripciones analgésicas eran

⁴⁰ Cañellas M, Bosch F, Bassols A, Zavala S, Moral MV, Baños JE. Prevalence, characteristics and treatment of pain in a Spanish hospital. Abstracts. 7th. World Congress on Pain; 1993.

⁴¹ Altimiras J, Olle A, Lopes AP, Cois M, Duque A, Gropper S. Analgesia postoperatoria en pacientes de ginecología y obstetricia. Farm Hosp. 1994; 18: 219-21.

⁴² Aguilera C, Amau JM, Bosch C, et al. Analgésicos en el postoperatorio de intervenciones abdominales. Med Clín (Barc). 1997; 108: 136-40.

⁴³ Charco P, García Girona D, Hoyas JA, Bonal JA, Aparicio R, Martín Viaño JL. Dolor. Soc Espñ Dol. 1996; 3(2): 61.

incorrectas, debido en un 50% de los casos a pautas a demanda desde el principio del postoperatorio.

Por su parte Poisson, BrasseurLorcy Chauvin y Durieux⁴⁴en 1996 en una auditoría externa que efectuaron a 96 clínicas quirúrgicas de París encontraron que en el 10% de las prescripciones de opiáceos las dosis fueron ineficaces. El 10% de las prescripciones fueron a demanda. El intervalo entre dosis de los analgésicos fue demasiado largo en el 54.1% de las prescripciones. En el 24% de los casos las prescripciones no fueron totalmente cumplimentadas.

Sánchez,García, Avendaño y Torralba⁴⁵en 1998 evidenciaron discrepancias entre la prescripción y administración de analgésicos en el postoperatorio que van del 18 al 73%, dependiendo del tipo de discrepancia y del servicio estudiado.

Chabás, Anglada, Bogdanovich, Lapena, Taurá y Gomar⁴⁶en 1999 describen que a pesar de la introducción de una unidad de dolor agudo postoperatorio en su hospital, a las veinticuatro horas del postoperatorio persiste un grado de dolor moderado entre el 11 y 23% de los pacientes que podría derivarse de la no administración de

⁴⁴ Poisson Salomon AS, Brasseur L, Lorcy C. Chauvin M. Durieux P. Audit of the management of postoperative pain. Presse Med. 1996; 25:1013-7.

⁴⁵ Sánchez Guerrero A, García Mateos M, Avendaño C, Torralba A. Estudio sobre analgesia postoperatoria. Farma Hosp. 1998; 22: 74.

⁴⁶ Chabás E, Anglada T, Bogdanovich A, Lapena C, Taurá P, Gomar C. Prevalencia del dolor postoperatorio en un hospital general con unidad de dolor agudo postoperatorio. Rev Esp Anestesiología y Reanimación. 1999; 46: 151-2.

todas las dosis analgésicas pautadas, lo que ocurría hasta en el 40% de los pacientes dependiendo del tipo de cirugía.

También Lapena, Bogdanovich, Chabás, Anglada, Taurá y Gomar⁴⁷ en 1999 ubicaron que el 25% de las pautas analgésicas pautadas no se administraban correctamente en pacientes intervenidos de cirugía ortopédica.

Vallano, Aguilera, Arnau, Baños y Laporte⁴⁸ describieron cómo a medida que aumenta el número de dosis prescritas disminuye el grado de cumplimentación; así cuando sólo se prescribe una sola dosis el nivel de cumplimentación se sitúa en 88% decreciendo al 64, 59y 35% cuando se prescriben dos, tres o cuatro analgésicos respectivamente en un 30% las prescripciones fueron a demanda.

En conclusión, la alta prevalencia del dolor presentado a largo de los años y en la actualidad, se debe principalmente a una prescripción inferior de los analgésicos o al incumplimiento en la administración de dichos analgésicos. Cuando analizamos pautas analgésicas utilizadas, recogidas en trabajos publicados en los últimos años, se pone de manifiesto la utilización mayoritaria de AINEs frente a los opiáceos en nuestro país, en contraste con los trabajos de Poisson,

⁴⁷ Lapena C, Bogdanovich A, Chabás E, Anglada T, Taurá P, Gomar C. Prevalencia del dolor postoperatorio en cirugía ortopédica en un hospital universitario con unidad de dolor agudo postoperatorio. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 1999; 46:150-1.

⁴⁸ Vallano A, Aguilera C, Arnau JM, Baños JE, Laporte JR. Management of postoperative pain in abdominal surgery in Spain. A multicentre drug utilization study. Br J Clin Pharmacol. 1999; 47: 667-73.

Brasseur, Lorcy Chauvin, Durieux y Nolli, Apolone, Nicosia⁴⁹, en población francesa e italiana, respectivamente, y con los resultados de estudios realizados en otros países, principalmente anglosajones, en donde los opiáceos son los analgésicos más usados para tratar el dolor postoperatorio y en España el metamizol sigue siendo en la actualidad como hace diez años, el fármaco más empleado mientras que la utilización de opiáceos es desigual y siempre inferior a la de los AINEs.

Orden⁵⁰, a finales de los años ochenta analizó en profundidad las barreras que dificultan el control eficaz del dolor. Según este autor podrían clasificarse en tres grandes grupos:

- Falta de conocimientos.
- Actitudes incorrectas.
- Dificultades metodológicas.

Existen varios estudios en los que se sondea el nivel de conocimientos que sobre el dolor poseen facultativos y enfermeras de centros hospitalarios y su actitud hacia el mismo, que han permitido constatar la prevalencia de conocimientos y creencias erróneos en relación con aspectos claves del tratamiento del dolor postoperatorio (dosis óptimas de analgésicos, duración del efecto analgésico,

⁴⁹ Poisson Salomon AS, Brasseur L, Lorcy C, Chauvin M, Durieux P. Audit of the management of postoperative pain. Presse Med. 1996; 25:1013-7.

⁵⁰ Orden RV. Acute postoperative pain: incidence, severity and the etiology of inadequate treatment. En: Benumof JL. (ed). Management of postoperative pain. Filadelfia: WB Saunders Company; 1989. p.1-15.

principales riesgos asociados a su administración, etc.), además se tiende a subestimar el dolor que padece el paciente, e incluso se duda de la conveniencia de eliminar completamente el dolor, que confirman los postulados de Orden.

Bejarano, Andrés, Muñes, Díaz, Torres y Pérez⁵¹ en 1999, en una encuesta realizada a una población de facultativos hospitalarios, obtuvieron que aun reconociendo el 96% de los encuestados que el adecuado tratamiento del dolor mejoraba la morbilidad hospitalaria, tan sólo un 12% empleaba una escala adecuada de evaluación del dolor. Un 37% iniciaba el tratamiento del dolor cuando éste era leve y el resto cuando era moderado, severo e incluso insoportable. Un 14% no aceptaba que los pacientes le demandasen tratamiento analgésico. El 37% prescribía analgésicos a demanda.

2.9.7. Factores que influyen en el dolor postoperatorio.

Según López, Agustí, Bustos, Collado y De Andrés⁵², los factores que influyen en el dolor postoperatorio son:

2.9.7.1. El paciente.

Algunos de los factores que determinan el comportamiento diferente de los pacientes frente a un mismo estímulo doloroso son: la edad, el género, umbral del dolor, creencias religiosas,

⁵¹ Bejarano C, De Andrés I, Muñes M, Díaz Jara L, Torres MJ, Pérez Fariñas A. Encuesta hospitalaria sobre dolor. Rev Esp Anestesiología y Reanimación. 1999; 46: 156-7.

⁵² López Álvarez S, Agustí Martínez-Arcos S, Bustos Molina F, Collado Collado F, De Andrés Ibáñez J, et al. Manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria. España; 2006.

experiencias previas, miedo a la adicción y a los efectos adversos de los medicamentos, así como factores psicológicos y culturales.

2.9.7.2. La cirugía.

Algunos de los factores asociados a la intensidad del dolor postoperatorio que tienen que ver con la cirugía son:

- **Tipo de cirugía:** los procedimientos más dolorosos son: cirugía de tórax, de abdomen superior, de articulaciones mayores y de huesos largos. El espasmo muscular que se presenta asociado a estas cirugías a veces es mayor que el dolor de la misma incisión.
- **Tiempo quirúrgico:** influye en el tiempo de trauma y respuesta dolorosa, si la duración excede de 90 minutos un 10% de los pacientes presenta dolor severo y si se prolonga a 120 minutos el porcentaje llega a un 20% de los pacientes (nivel de evidencia IIb).
- **Tipo de incisión:** la proximidad al diafragma y los músculos respiratorios se asocia con mayor severidad del dolor postoperatorio.

2.9.7.3. Manejo anestésico y quirúrgico.

El tratamiento del dolor preoperatorio, el manejo anestésico en el intraoperatorio y en el postoperatorio influyen en forma directa en el grado de dolor postoperatorio. La utilización de técnicas regionales, opioides y técnicas multimodales y otras medidas preventivas son factores que disminuyen el dolor postoperatorio.

El uso de opioides en el intraoperatorio (nivel de evidencia IIb), la administración de anestésicos locales y la utilización de bloqueos nerviosos continuos también están involucrados en la severidad del dolor postoperatorio (nivel de evidencia).

2.9.8. Complicaciones ocasionadas por el dolor.

Respecto a las complicaciones Abella y Cabrales⁵³, hablan de efectos negativos a corto y largo plazo:

2.9.8.1. Efectos negativos a corto plazo:

- **Sufrimiento emocional** y físico del paciente, alteración del sueño con impacto negativo en el estado de ánimo.
- **Efectos pulmonares:** broncoespasmo, atelectasias y neumonías. La disfunción pulmonar es la complicación postoperatoria más frecuente e importante.
- **Efectos cardiovasculares:** hipertensión, taquicardia, aumento del consumo de oxígeno, infarto del miocardio, trombosis venosa profunda y trombo embolismo pulmonar.
- **Complicaciones gastrointestinales:** aunque los opioides inducen íleo, náuseas y vómito, el dolor no tratado puede ser también una causa importante de íleo, náuseas y vómito.
- **Complicaciones urinarias:** puede haber retención urinaria.

⁵³ Abella P, Cabrales I. Guías de manejo del dolor postoperatorio, Hospital El Tunal ESE [Internet]. [Consultado 2013 Jun 20]. Disponible en: [www. Guíasdemanejodeldolorpostoperatorio.com](http://www.Guíasdemanejodeldolorpostoperatorio.com).

- Desequilibrio de líquidos y electrolitos.
- **Hipercoagulabilidad:** está asociada con la respuesta al estrés y puede ser un factor importante en el aumento de la coagulación que contribuye a una incidencia elevada de eventos como trombosis venosa y tromboembolismo pulmonar.
- **Inmunosupresión** e hiperglicemia generadas por estrés pueden contribuirá infecciones y mala cicatrización de las heridas.

2.9.8.2. Efectos negativos a largo plazo.

Deterioro de la función y el metabolismo muscular.

La limitación de movimientos produce un marcado deterioro del metabolismo del músculo y la consecuente atrofia muscular, ocasionando una prolongación al retorno a la función normal.

2.9.9. Abordaje farmacológico en el dolor postoperatorio.

Guevara, Gómez, Rodríguez, Carrasco, Aragón y Ayón⁵⁴, refieren que aunque no se cuenta con evidencia suficiente, de acuerdo con la opinión de los expertos, la terapia farmacológica debe ser

⁵⁴ Guevara López U, Gómez C, Rodríguez C, Carrasco R, Aragón G, Villanueva A. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. Cirugía y Cirujanos. 2007; 75: 385-407.

individualizada según la intensidad del dolor así (nivel de evidencia E) por ejemplo:

Dolor leve (EVA 1 a 4): puede ser tratado satisfactoriamente con analgésicos no opioides del tipo de los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).

Dolor moderado (EVA 5 a 7): puede ser tratado con analgésicos opioides con efecto techo (tramadol, buprenorfina, nalbufina), ya sea en bolo o en infusión continua; también, puede utilizarse la combinación de estos analgésicos con AINEs o, de ser necesario, el empleo concomitante de fármacos adyuvantes.

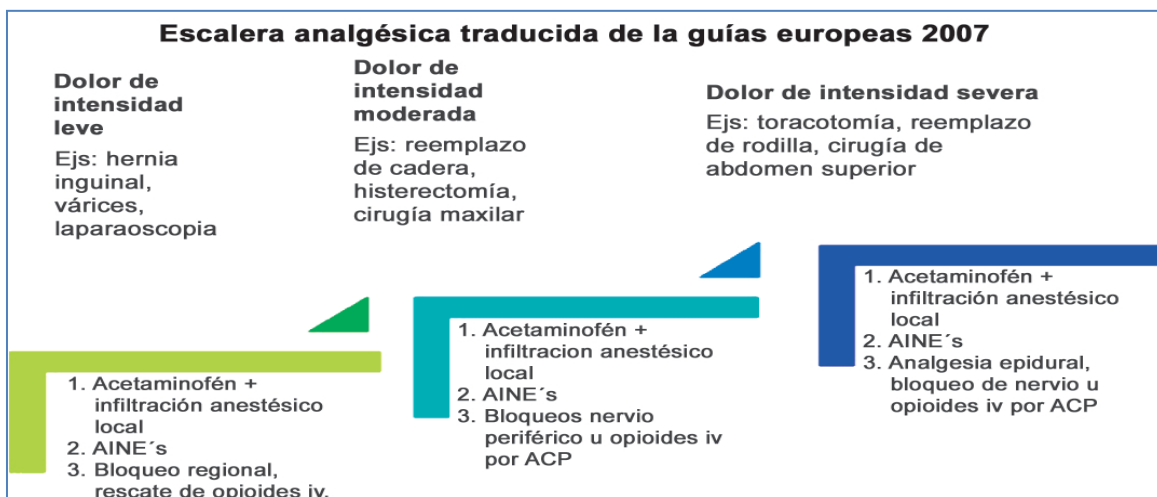
Dolor severo (EVA 8 a 10): el dolor intenso puede ser manejado con opioides potentes (morfina y fentanilo), ya sea en infusión continua, con técnicas de analgesia controlada por el paciente (ACP) o técnicas de anestesia regional. Además, pueden utilizarse en combinación con AINEs o fármacos adyuvantes.

Rawal, De Andrés y Fischer⁵⁵, consideran que debido al gran impacto que tiene el proceso quirúrgico en el dolor, la propuesta debería ser también, hacer un manejo del dolor en relación con el tipo de cirugía realizada.

⁵⁵ Rawal N, De Andrés J, Fischer HB, et al. Postoperative pain management-good clinical practice general recommendations and principles for successful pain management. European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy. 2005; 1: 1-34.

Las guías de la sociedad europea proponen el siguiente manejo:

Figura N° 03. Escalera Analgésica traducida de la guía europea-2007.



Por otro lado es necesario tener en cuenta que la vía de administración intravenosa debe ser la más utilizada ya que las inyecciones intramusculares o subcutáneas repetidas pueden causar dolor y trauma innecesarios y además la absorción por otras vías es errática por la hipotermia.

Las vías rectal, sublingual, intramuscular, subcutánea u otras sólo serán empleadas cuando el acceso intravenoso sea difícil. La administración oral se debe establecer cuando el paciente la tolere.

2.9.9.1. Analgésicos orales y parenterales más usados.

- **Acetaminofén.** Macintyre, Schug, Scott, Visser y Walker⁵⁶, consideran que el Acetaminofén es un analgésico efectivo para

⁵⁶ Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM. Acute Pain Management: Scientific Evidence. Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. 2010; 1:1-540.

el dolor agudo; la incidencia de efectos adversos es comparable al placebo (nivel I, revisión Cochrane).

AcotaRamsay⁵⁷, mencionando que tiene un perfil de efectos secundarios favorable, buena tolerancia y, por lo tanto, se recomienda como analgésico de primera línea debido a que su eficacia analgésica es similar a la de AINEs y Coxibs (inhibidores selectivos de la cicloxigenasa) y su perfil de seguridad es mayor.

Por esta razón es utilizado ampliamente en forma parenteral en Europa. Puede ser utilizado como alternativa de los AINEs en pacientes con coagulopatía, nefropatía, enfermedad ácido-péptica y asma.

Carr y Goudas⁵⁸, señalan que la combinación de acetaminofén más morfina reduce el consumo de opioide en un 20% a 33% (nivel de evidencia A) y, por lo tanto, tiene un importante efecto ahorrador de opioides.

Así que, como fármaco básico en el manejo del dolor agudo perioperatorio, se recomienda el uso del acetaminofén a dosis de 500 mg a 1 gm (NNT 3,5-3,8).

No se debe utilizar en pacientes con insuficiencia o falla hepática. Disminuirla dosis en pacientes ancianos.

⁵⁷ Ramsay M. Acute postoperative pain management. Baylor University Medical Center Proceeding. 2000; 13: 244-247.

⁵⁸ Carr DB, Goudas L. Acute pain. The Lancet. 1999; 1: 353.

- **Antiinflamatorios no esteroideos (AINES).**

En relación a los AINES Macintyre, Schug, Scott, Visser y Walker⁵⁹, manifestaron que se utilizan ampliamente en el tratamiento del dolor y mejoran la analgesia postoperatoria cuando se administran con opioides según la siguiente evidencia: Los AINES están indicados en el manejo de dolor de moderada intensidad y en combinación con opioides para reducir su consumo (nivel de evidencia A). Al utilizar AINES se recomienda su administración por períodos que no excedan cinco días. Se recomienda *no utilizar de forma conjuntados medicamentos con el mismo mecanismo de acción*. Es importante tener en cuenta que los AINES no selectivos y los coxibs son analgésicos efectivos de eficacia similar para el dolor agudo (nivel I).

- **Inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa (coxibs)**

Savoia, Alampi y Amantea⁶⁰, expusieron que en el año 2005 la Agencia Europea del Medicamento confirmó la asociación que encontró entre las dosis, la duración del tratamiento y la posibilidad de sufrir un efecto adverso de origen cardiovascular. Por ello, se estableció como contraindicación para todo este grupo de fármacos su utilización en pacientes con enfermedad

⁵⁹ Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM. Op. Cit. p. 28-40.

⁶⁰ Savoia G, Alampi D, Amantea B, et al. Postoperative pain treatment SIAARTI Recommendations. Minerv Aneste. 2010; 76: 657-667.

isquémica coronaria y/o enfermedad cerebrovascular establecida y enfermedad arterial periférica y en pacientes a quienes recientemente se les haya realizado derivación aortocoronaria (nivel de evidencia B).

También Viscusi, Jan, Schechter, Lenart y Willoughby⁶¹, evidenciaron que se deben administrar con precaución en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardíaca con hipertensión arterial, hiperlipidemia, diabetes y/o fumadores. Sin embargo, Macintyre, Schug, Scott, Visser y Walker⁶², afirmaron que los coxibs tienen beneficios como no alterar la función plaquetaria y disminuir la sensibilización. Están asociados con una menor pérdida de sangre en comparación con los AINEs no selectivos (nivel II). Además, cuando se utilizan por corto plazo la baja incidencia de úlceras gástricas es similar al grupo placebo (nivel II).

La recomendación es seleccionar cuidadosamente a los pacientes y utilizarlos por cortos períodos de tiempo.

⁶¹ Viscusi ER, Jan R, Schechter L, Lenart S, Willoughby PH. Organization of an Acute Pain Management Service Incorporating Regional Anesthesia Techniques. New York: NYSORA The New York school of Regional Anesthesia; 2009.

⁶² Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM. Op. Cit. p. 12-22.

- **Opioides.**

Dicen Rahah, Guevara y Gómez⁶³, la morfina es el estándar de oro en el manejo analgésico. Este concepto continúa a través de los años y lo que realmente ha cambiado es que debe utilizarse con el concurso de otros medicamentos y diferentes técnicas de administración para disminuir sus efectos colaterales (analgesia multimodal). La gran ventaja de los opioides es que no tienen efecto techo en términos de analgesia.

Abella, Señor y Cabrales⁶⁴, describen que los opioides son los medicamentos de elección para el tratamiento de los pacientes con dolor de intensidad moderada a severa en el perioperatorio (nivel de evidencia A).

Macintyre, Schug, Scott, Visser y Walker⁶⁵, plantean que el gabapentin, los AINEs y la ketamina son medicamentos ahorradores de opioides y reducen sus efectos adversos (nivel I). En muchos países, principalmente en Colombia están disponibles medicamentos como la morfina, hidromorfona, metadona, oxicodona, fentanilo, buprenorfina y algunas presentaciones con codeína, hidrocodona y dihidrocodeína. En tanto la decisión de cuál opioide utilizar depende del análisis individual de cada paciente y está influenciada principalmente

⁶³ Rahah Heresi E, Guevara López U, Gómez C, et al. Guías de dolor agudo. Federación Latinoamericana de Sociedades de Dolor: FEDELAT; 2005.

⁶⁴ Abella P, Cabrales I. Op. Cit.

⁶⁵ Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM. Op. Cit. p. 20-32.

por las posibles vías de administración, las comorbilidades y la respuesta individual. Se debe tener las siguientes consideraciones: No administrar dos o más opioides al mismo paciente, excepto en casos especiales de rotación de estos medicamentos y administrar AINES o ahorradores de opioides si no fueron iniciados durante el intraoperatorio.

- **Ketamina.**

Afirman Rahah, Guevara y Gómez⁶⁶, que el interés por la ketamina a dosis bajas para analgesia postoperatoria se ha desarrollado por sus propiedades antagonistas, las cuales son importantes para atenuar la sensibilización central y disminuir la tolerancia e hiperalgesia inducida por opioides. En varias revisiones sistemáticas se ha encontrado que las dosis bajas de ketamina reducen los requerimientos analgésicos o la intensidad del dolor y que su mayor efecto ahorrador de opioide ocurre cuando se encuentran puntajes de dolor altos. La indicación principal es entonces en cirugías que generen sensibilización y dolor intenso, en pacientes con tolerancia a opioides y/o hiperalgesia inducida por opioides, la cual se observa frecuentemente con el uso de remifentanil. En conclusión, la ketamina puede reducir la intensidad del dolor agudo (nivel de evidencia A), la incidencia de náusea y vómito posoperatorios

⁶⁶ Rahah Heresi E, Guevara López U, Gómez C, et al. Op. Cit. p. 10-19.

(nivel de evidencia B) y el requerimiento de morfina en un 30-50% (nivel de evidencia A).

2.10. La Calidad.

Meneses⁶⁷, explica que etimológicamente el término calidad proviene del latín “qualitas” que significa propiedad inherente a una cosa. Según la Organización Internacional de Estándares (OIE), sostiene que la calidad es definida como la totalidad de partes y características de un producto o servicio que influye en su habilidad de satisfacer necesidades declaradas o implícitas.

La Organización Mundial de la Salud define calidad como:

- Un alto nivel de excelencia profesional
- Uso eficiente de recursos
- Un mínimo de riesgos para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final en la salud.

Según el Centro Empresarial Latino Americano (CELA)⁶⁸ existen fundamentalmente, dos formas básicas de concebir la calidad:

Desde la óptica de la entidad, que se traduce en que un servicio de calidad es aquel que responde a las especificaciones con que ha sido

⁶⁷ Meneses Raúl. La Educación en el Umbral del Siglo XXI. Lima, Perú: Ed. Proserva: 1998.

⁶⁸ Centro Empresarial Latino Americano (CELA) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Módulo IV (Indicadores de Gestión): Lima, Perú: 2005 p. 35.

diseñada su prestación, es decir, que no se han cometido errores respecto al proceso inicialmente establecido para la prestación del servicio.

Desde la óptica del paciente, que se traduce en considerar que el único juez válido para certificar la calidad de un servicio es el paciente que lo recibe. El punto de vista se centra en este segundo punto; por eso la definición de calidad de servicio que enuncia es que “calidad es igual a satisfacción total de los pacientes” es decir satisfacer y exceder las expectativas del paciente. En otras palabras, un servicio excelente es aquel que es capaz de satisfacer todas las necesidades, deseos y expectativas de los pacientes; cualquier otra forma de concebir la calidad de un servicio se alejaría del objetivo fundamental de todo servicio.

Según el Ministerio de Salud⁶⁹, existen tres aspectos fundamentales que caracterizan los servicios:

En primer lugar, los servicios son básicamente intangibles porque son acciones, condiciones, procedimientos, relaciones y no objetos. Característica que hace difícil establecer especificaciones estrictas para identificar, cuantificar, y estandarizar los niveles de la calidad.

Segundo, los servicios en los que hay un alto componente de participación humana tienden por lo general a ser heterogéneos: las

⁶⁹ Ministerio de Salud (MINSA). Proyecto de Salud Materno Perinatal (Proyecto 2000). Manual de Comunicación Interpersonal para la Calidad de Atención y la Satisfacción de los Usuarios. Lima, Perú: Ed. Gráfica S.A.: 1998.

relaciones y condiciones de prestación varían de un servicio a otro, de una región a otra, de un proveedor a otro y de un tipo de usuario a otro.

Tercero, en muchos servicios los procesos de producción y consumo se dan al mismo tiempo. Esto quiere decir que la calidad de servicio se percibe durante su entrega o prestación y depende de la relación que ha establecido el proveedor a la usuaria.

2.11. Calidad en salud.

El termino Calidad en Salud, se inició desde hace aproximadamente un siglo, establecida formalmente desde los años 50 dando ya lugar al termino **mejoramiento de la calidad**, la cual se robusteció en los años 70 con la Evaluación de la Calidad y la mejora explícita de los servicios de salud, hospitalarias y la utilización de los recursos asistenciales, donde se desarrollaron métodos basados en la evaluación de los resultados de la asistencia para satisfacer la necesidad de valorar la eficiencia de la atención y dentro de estos resultados se incluyeron las modificaciones en el estado de salud para la satisfacción de los pacientes atendidos.

A finales de 1990 Donabedian⁷⁰, analizó la importancia del monitoreo de la evaluación del desempeño laboral como una forma de mejorar y mantener la calidad. En este mismo año las organizaciones de salud implementaron proyectos de garantía de calidad los mismos que

⁷⁰ Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. México: Instituto Nacional de Salud Publica; 1990.

demonstraron ser un medio para brindar servicios de salud efectiva, eficiente y de alta calidad.

El concepto de calidad en salud debemos enmarcarlo según Vanormalingen, en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, e impacto final que tiene en la salud. Sin embargo, la calidad de la salud no está reducida a uno o algunos de estos elementos, necesariamente implica la integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos; todos imbricados tienen como resultante la satisfacción de los usuarios y la eficiencia de la institución de salud.

Se han estudiado un grupo de determinantes fundamentales de la calidad de los servicios que según Suárez son:

- **Confiabilidad:** implica consistencia en el rendimiento y en la práctica.
- **Receptividad:** se refiere a la disposición y prontitud de los empleados para proporcionar el servicio, implica la oportunidad.
- **Competencia:** significa la posesión de habilidades y los conocimientos necesarios para ejecutar el servicio.
- **Accesibilidad:** implica el aprovechamiento y la facilidad del contacto.
- **Cortesía:** es la amabilidad, la urbanidad y la amistad del personal que presta el servicio.

- **Comunicación:** significa escuchar a los usuarios y mantenerlos informados con un lenguaje que puedan entender.
- **Credibilidad:** significa honestidad, dignidad y confianza.
- **Seguridad:** estar libres de peligros, riesgos y dudas.
- **Entender y conocer al cliente:** implica estudiar y conocer las necesidades de este para satisfacerlas.
- **Aspecto tangible del servicio:** apariencia personal, condiciones del lugar, herramientas, instrumentos y equipos, así como la privacidad del usuario.

Por otro lado Jiménez, Báez, Pérez y Reyes⁷¹, señalaron que se habla de calidad en la atención médica o calidad asistencial cuando se realizan diferentes actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales sumamente buenos y teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la satisfacción del usuario con la atención recibida. Se ha partido de considerar la calidad de los servicios de salud como el concepto que refleja la correspondencia de las características de los servicios ofertados a la población con el sistema de normas valorativas explícitas e implícitas que existen en un momento determinado en una sociedad concreta. Se han reconocido las siguientes dimensiones de la calidad: componente científico-técnico, accesibilidad, efectividad, satisfacción y eficiencia.

⁷¹ Jiménez Caugas L, Báez Dueñas RM, Pérez Maza B, Reyes Álvarez I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de la atención primaria de salud. Rev Cub Sal Públ. 1996; 22(1): 37-43.

La calidad posee una connotación histórico-cultural, es específica para una sociedad concreta, para un momento histórico determinado, para una institución en particular, y en ella juegan un importante papel los factores subjetivos o psicosociales (las creencias, la idiosincrasia, los valores, entre otros). La satisfacción de los usuarios y los proveedores de salud constituye una importante dimensión subjetiva del proceso de calidad de la atención que ofrece una institución.

Según Donabedian⁷², el grado de calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio mas favorable entre peligros y bondades e incluye estructura, procesos y resultados como los tres componentes de una armazón conceptual para evaluar la atención sanitaria y, bajo esta teoría, existe una relación funcional fundamental entre estos tres elementos tal que uno le sigue al otro.

Zas, Grau y Hernández⁷³, refieren que el proceso de la calidad total llevada a su máxima expresión se convierte en una forma de vida organizacional, hace que cada persona involucrada desempeñe sus tareas completas y cabalmente, en el momento preciso y en el lugar que le corresponde. Esta se define por el usuario y no por la institución; es un enfoque de dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, es crear usuarios satisfechos.

⁷² Donabedian A. Op. Cit. p. 48-69.

⁷³ Zas Ros B, Grau Abalo JA, Hernández Meléndez E. Psicología de la salud y gestión Institucional. En: Grau Abalo JA, Hernández Meléndez E. Psicología de la salud. fundamentos y aplicaciones. México: Universidad de Guadalajara; 2005.

2.11.1.1. Dimensiones de la calidad.

Según los datos evaluados en las Memorias de la primera conferencia Nacional sobre calidad de los servicios de salud⁷⁴, las dimensiones de la calidad son:

- **Dimensión interpersonal:** Se refiere a la interacción social entre el usuario y el prestador de servicios que involucra una actitud de atención e interés pro servir al paciente, que debe estar enmarcado en una relación de respeto y cordialidad mutua. Algunos autores distinguen la responsabilidad de actuación, imparcialidad en las decisiones, veracidad de información claridad de lenguaje y la discreción absoluta como factores que contribuyen a que dicha relación sea satisfactoria.
- **Dimensión infraestructura:** Involucra las características del lugar en que se proporciona el servicio incluye las condiciones físicas. De limpieza iluminación y ventilación mínimas necesarias para que el usuario se sienta en un ambiente cómodo y privado.
- **Dimensión técnica:** Consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología de tal manera que rinda el máximo de los beneficios para la salud del usuario. Con un mínimo de riesgos, es decir que la enfermera cuente con los conocimientos y habilidades que le

⁷⁴ Memorias de la primera conferencia nacional sobre calidad de los servicios de salud. Premios a la calidad [Internet]. [Consultado 2013 Jun 21]. Disponible en: <http://www.deming.org/Gerenciasdesaludsistema para el monitoreo de la calidad>.

permitan brindad los cuidados, en forma oportuna, continua y libre de riesgos de acuerdo a las necesidades del usuario.

- **Oportuna.** Cuando los cuidados son brindados cada vez que el paciente lo requiere y de acuerdo a sus necesidades. Por ejemplo brindar el tratamiento establecidos, realizar los procedimientos a la hora y fecha indicada. Dar la oportunidad de formular y expresar sus necesidades. Desarrollo de acciones educativas en prevención de riesgos en su salud del paciente, involucrando a su familia y medio social, también mantener los registros de la historia clínica completa, así como los exámenes solicitados.
- **Continua.** Esta dado por una atención sin interrupción y en forma permanente según las necesidades, del paciente. Con la ayuda del equipo de profesionales de salud, donde se brindara educación al paciente sobre la naturaleza de su etapa de la vida.
- **Libre de riesgos.** Está orientada a la atención sin riesgo para el paciente, la labor principal de la enfermera consiste en brindar educación y asegurar su comprensión, para prevenir riesgos después de haber sido dado de alta.

2.11.1.2. Tipos de calidad.

Al definir “Calidad en Salud”, no es fácil describir en su totalidad todos los ámbitos que esta abarca, ya que no hay calidad que se pueda medir por solamente la apreciación o el análisis de las partes

constitutivas del servicio. Donabedian⁷⁵, expresa que la calificación se hace con carácter integral, evaluando todas las características, funciones o comportamientos. Dentro de cada uno de los conceptos se habla de productos, servicio que se brinda para satisfacer las necesidades del paciente, pero es necesario identificar los niveles de calidad con los que se aprecia dichos conceptos entre ellos podemos decir que existen:

Calidad técnica.

Es aquella que se refiere al cumplimiento de todos y cada uno de los requisitos indispensables que se desarrollan acordes con lo estrictamente científico, es decir con los cumplimientos con los protocolos de atención de enfermería analizados desde la óptica técnico-científica a favor del usuario. Donabedian reitera que la calidad técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos.

Calidad Sentida.

Es conocida como la manera que es brindado el servicio desde la óptica del usuario dicho de otra manera es aquella que define al usuario de acuerdo a la experiencia que ha obtenido al ponerse en contacto con el servicio. Desde este contexto explican Maldonado,

⁷⁵ Donabedian A. Calidad en salud [Internet]. [Consultado 2013 Jun 15]. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com./htm>

Efrén, Fragoso y Pérez⁷⁶, la calidad es un concepto subjetivo cuyo grado de exigencia de la atención recibida dependerá de una serie de circunstancias siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico.

En base a lo mencionado la “Calidad técnica y Sentida “ deberá ser definida conjuntamente desde el punto de vista del proveedor de servicios como la del cliente, teniendo de esta manera un involucramiento de todos los actores que beneficiara a usuarios internos y externos.

2.11.1.3. Calidad en el cuidado de enfermería para la recuperación.

El rol de cuidado ha incluido tradicionalmente aquellas actividades que preservan la actividad del individuo. El cuidado implica conocimiento y sensibilidad respecto a lo que es importante para el cliente. Leininger, citado por Kozier, Erb y Blais⁷⁷, afirman que “el cuidado es la esencia de la práctica de la enfermería, así como su rasgo dominante distintivo y unificador”. El cuidado es central en la mayoría de las actuaciones de enfermería, es decir engloba las actuaciones de ayuda, apoyo y mediación dirigida a otras personas o grupos que tienen necesidades evidentes o previstas.

⁷⁶ Maldonado Islas G, Efrén Orrico S, Fragoso Bernal JS, Pérez Priego JH. Calidad de la Atención en Medicina Familiar. *Revi Méd del IMSS*. 2000; 38(3): 125-129.

⁷⁷ KozKozier B, Erb G, Blais K. *Conceptos y Temas de la práctica de Enfermería*. México D.F.: Mc Graw Hill-Interamericana; 1996.ier, B. Erb, G. K, Blais (1996) *Conceptos y Temas de la práctica de Enfermería*. K Mc Graw Hill-Interamericana. México D.F.

Por otra parte Miller, citado por el mismo autor precisa que el cuidado es “una acción intencionada que permite seguridad física y afectiva, así como una sensación genuina de conexión con otra persona o grupo de persona”. El cuidado sirve para mejorar o aliviar los trastornos, es esencial para el desarrollo, el crecimiento y la supervivencia de los seres humanos.

Así mismo, el Grupo de Cuidado⁷⁸, define cuidado como “la acción encaminada a hacer por una persona lo que no puede hacer por si misma con respecto a sus necesidades básicas, la explicación de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar”.

De igual forma Morse, citado en el Grupo de Cuidado (2002) define el cuidado de diferentes maneras como un rasgo humano, imperativo moral, afecto, o una interacción personal o terapéutica. En todo caso, el objeto de estudio de la profesión de enfermería, ya que desde su origen ha rodeado su quehacer desde la perspectiva intuitiva y amorosa, por cuanto que el acto de cuidar es también una forma de amar, expresión y de sentimiento volcados en un hacer, así se afirma, que cuidar es un arte y una ciencia.

⁷⁸ Grupo de Cuidado. El cuidado y la ciencia del cuidado. Bogotá: Universidad. Nacional de Colombia Santafé de Bogotá; 2002

En este orden de ideas Hackpiel, citado en el Grupo de Cuidado, expresa que el cuidado de enfermería es el cuidado de la vida humana por cuanto cuidar en enfermería implica un conocimiento propio de cada paciente, porque es necesario que el profesional de enfermería se percate de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones; en consecuencia, se puede afirmar que enfermería es un arte que merece ser respaldado con el conocimiento propio.

Así el cuidado en enfermería trasciende y se transforma, porque obliga al replanteamiento del pensamiento y de las estrategias de enfermería para garantizar el cuidado de calidad. Los resultados del cuidado son variados. El cuidado puede promover la realización y el desarrollo personal, preservar la dignidad y el valor del ser humano, favorecer la autocuración y aliviar la angustia. Por otra parte, hay ocasiones en las que el “cuidado” no desencadena un resultado tangible, no es un medio por conseguir un objetivo si no un fin en sí mismo. La virtud de la ayuda a menudo se encuentra en el proceso propiamente dicho, es decir, en el compromiso y la conexión.

En este sentido, Henderson, citada por Riopelle, Grondin y Phaneuf⁷⁹, expresan que: El rol fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o

⁷⁹ Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. 1a ed. España: Mc Graw Hill. Interamericana; 1993.

recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir las tareas que realizaría el solo si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados, y cumplir con sus funciones, de forma que le ayudemos a reconquistar su propia independencia lo más rápido posible.

El modelo conceptual de esta teoría busca el logro de la calidad de los cuidados, a fin de lograr la recuperación de la salud del paciente satisfactoriamente, a través de la estandarización de los cuidados, sea cual sea la situación que viva él.

Henderson, citada por Jaimes⁸⁰, contempla el cuidado de enfermería como, la acciones intrínsecas que ejerce el personal de enfermería como un sustituto de las carencias del paciente para ser completo, integro o independiente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento, en consecuencia, la teorizante refleja este punto de vista al declarar que la enfermera “durante los estados de convalecencia, socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia”. Afirma además que la independencia es un término relativo, ya que “nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos para alcanzar la independencia, no una dependencia enferma”.

En tal sentido la enfermera(o) establece una relación y un clima de curación, moviliza la esperanza dentro de sí misma e

⁸⁰ Jaimes R. Modelos de cuidados en enfermería [Internet]. [Consultado 2013 JUn 10]. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com>.

interpreta y comprende la situación del usuario, es decir, ayuda al cliente a encontrar el apoyo social-emocional y espiritual. Una relación de curación ayuda al cliente a movilizar recursos externos e internos aportando esperanza, confianza y fe.

2.11.1.4. Cuidados de enfermería a pacientes post operado.

El objetivo de enfermería es el cuidado, premisa que ha sido aceptada por los profesionales, de este modo cuando se define enfermería, se dice que esta es la ciencia y el arte del cuidado. No obstante, se sabe que el acto de cuidar es propio de la naturaleza humana, de modo que todo ser humano es capaz de cuidar de sí y de otros. Considerando, por lo tanto, que todos son cuidadores, los profesionales de enfermería han emprendido esfuerzos en los sentidos de conceptualizar que es lo que caracteriza como propio los cuidados de enfermería.

El cuidado puede describirse como la intervención dirigida a la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano. El cuidado de un paciente es un proceso que implica el desarrollo de una relación de respeto mutuo, de conocimiento, de confianza y de valor. De tal manera que, el cuidado puede demostrarse mediante tres procedimientos distintos de asistencia: tangible, emocional e informativa.

Orem, citado por Polit⁸¹ enfatiza que Enfermería es una profesión dinámica por lo tanto sus cuidados deben ser dinámicos y aplicados en forma holística a la población objeto del cuidado, en el caso de la mujer post cesárea, requieren una atención especial que une los cuidados específicos de un paciente quirúrgico más aquellos propios del proceso del parto, es donde la enfermera debe aplicar o ejecutar cuidados fundamentados que deben estar basados en un cuerpo de conocimientos, bajo la comprensión de las características de las personas que se deben atender.

Los cuidados físicos después de toda intervención quirúrgica es vital, ya que es lógico que se presente un poco de discomfort, algo de dolor sobre la herida operatoria, inclusive un poco de molestias al deambular; se debe iniciar la ambulación lo más precoz que sea posible, primero debe sentarse en su cama, es aquí donde la orientación de la enfermera es de vital importancia, permanecer allí por unos 10 minutos, luego ponerse de pie y si no presenta ningún síntoma ni signo de debilidad o mareo, puede comenzar por dar unos pasitos alrededor de la cama, para luego dar un paseo más largo si se siente bien, en todo caso la enfermera o el personal de enfermería estará allí para colaborar en el inicio de la ambulación. Esto le permite una

⁸¹ Polit. Bases Conceptuales de Enfermería Energética. Colombia: Editorial Panamericana; 1993.

recuperación más rápida, así como permite estimular al intestino para que comience a movilizarse para la expulsión de gases, ya que en el momento de la intervención se manipulan las asas intestinales y éstas se distienden un poco. Debe evitar conversar mucho inmediatamente después de la intervención para evitar que se llene de gases y esto pueda ocasionar dolor, porque contribuyes aún más a la distensión de las asas intestinales.

Después de seis horas de post-operatorio, si no se presentó ninguna complicación durante la intervención puede iniciar la ingesta de alimentos, se recomienda que la primera comida sea una dieta blanda y ligera, para luego pasar a dieta completa. En relación al cuidado de la herida operatoria, mientras permanezca hospitalizada la cura la realizara la enfermera como parte de los cuidados físicos realizados a la post-cesareada. Los cuidados en casa como son bañarse se deben realizar sin ningún temor con agua y jabón, después secar bien la herida con un paño limpio y finalmente puede colocar un poco de povidona con una gasa sobre la herida operatoria.

La enfermera que ofrece cuidados al paciente postoperado en la unidad de cuidados postanestésicos o sala de recuperación tiene un compromiso con la excelencia profesional para brindar la más alta calidad asistencial posible.

La asistencia de enfermería en el postoperatorio comienza cuando termina el acto quirúrgico y el paciente ingresa en la

unidad de cuidados postanestésicos. Se localiza junto a los quirófanos. La duración del postoperatorio depende del tiempo necesario para la recuperación de la alteración causada por el tipo de cirugía y la anestesia suministrada, pudiendo ser de sólo unas pocas horas. Es necesario mantener con cuidado integral al paciente y brindarle todo el apoyo físico y psicológico necesario hasta cuando los efectos más importantes de la anestesia hayan desaparecido y se establezca su condición general.

2.12. Definición de términos básicos.

- **Postoperatorio inmediato:** Suele durar entre 2 y 4 horas. Tiene lugar en la unidad de atención postanestésica (UAPA), desde que el paciente sale de quirófano hasta que se estabiliza su estado y se recupera totalmente del estrés de la anestesia y la cirugía.
- **Postoperatorio mediato.** Es la fase de resolución y curación. Tiene lugar en una unidad de hospitalización o de cuidados especiales. En esta fase se resuelven las alteraciones fisiológicas y psicológicas, y los desequilibrios asociados a la cirugía, la anestesia y la curación.
- **Dolor Agudo.** Se trata de un dolor de ataque repentino y de posiblemente limitada duración. Normalmente tiene una relación identificable temporal y causal con una herida o con una enfermedad.

- **El dolor postoperatorio.** Es una forma común de dolor agudo en el medio hospitalario, siendo su manejo un gran desafío para el personal de salud, y una problemática sin resolver.
- **Calidad de atención.** Se determina por la accesibilidad a los servicios, la continuidad y la satisfacción de los pacientes.
- **Calidad del servicio.** Es el conjunto de características que deberán de tener los servicios de salud, basado en las necesidades del paciente, quienes van a calificar el servicio recibido.
- **Atención de enfermería.** Es el conjunto de cuidados que brinda la enfermera al paciente postoperado basado en sus necesidades fisiológicas, de seguridad y protección y de amor y pertenencia considerando sus expectativas y percepciones.
- **Cuidados postoperatorios.** Son los cuidados que brinda la enfermera al paciente que sale de sala de operaciones, en las primeras 48 horas posteriores a la cirugía, para asegurar el restablecimiento de la salud del mismo. Son valorados por el paciente y a partir de ello se mide la satisfacción del mismo en relación a sus expectativas y percepciones.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación.

Según la intervención del investigador en el fenómeno que estudia, fue un estudio de tipo **Observacional**.

Según la evolución del fenómeno a estudiar y el registro de los hechos, el estudio fue de tipo **transversal** porque las variables fueron medidas en un solo momento.

Según el periodo en que se captó la información, fue de tipo **prospectivo**, porque la información se recogió después de la planeación del estudio observando el comportamiento de las variables.

Según el número de variables de interés, fue de tipo **analítico**, porque se realizó el análisis de dos variables de interés.

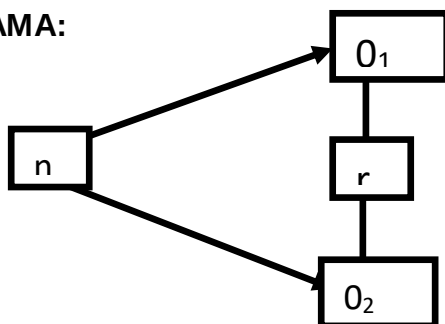
3.2. Nivel de Investigación.

El estudio fue de nivel **relacional**, porque se demostró la influencia entre las variables estudiadas.

3.3. Diseño de la investigación.

El diseño de investigación fue como se muestra a continuación.

DIAGRAMA:



Dónde:

n = Muestra en estudio

O1= Variable independiente (Calidad de la recuperación postoperatoria)

O2 = Variable dependiente (Prevalencia del dolor)

r= Relación de variables

3.4. Población.

La población estuvo conformada por pacientes post cesareadas atendidas en la unidad de atención post anestésica del servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.

3.4.1. Características de la Población:

❖ **Criterios de inclusión:** Se incluyó en el estudio:

- Pacientes de 10 a 40 años.
- Pacientes post-cesareadas durante los meses de agosto y septiembre del 2014.
- Pacientes que aceptaron el consentimiento informado.

❖ **Criterios de exclusión:** Se excluyeron del estudio:

- Pacientes que tuvieron problemas que dificultaron la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

❖ **Ubicación de la población en el espacio y tiempo.**

Ubicación en el espacio.

El estudio se desarrolló en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, el mismo que se ubica en el distrito, provincia y departamento de Huánuco, en el Jr. Hermilio Valdizán N° 1057.

Se desarrolló específicamente en la Unidad de Atención Post Anestésica del servicio de Centro Quirúrgico, donde se identificó a pacientes post cesareadas y aplico la encuesta en el momento en que fueron dadas de alta.

Ubicación en el tiempo. El estudio se desarrolló durante los meses de agosto y setiembre del 2014.

3.5. Muestra y muestreo.

La selección de la muestra se realizó a través del método probabilístico, aleatorio simple, donde todas las pacientes post cesareadas, tuvieron la misma probabilidad de formar parte de la muestra, asimismo se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Unidad de Análisis.

Cada paciente Post Cesáreada, que es dada de alta, de la Unidad de Recuperación Post Anestésica del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hermilio Valdizan Medrano.

Unidad de Muestreo.

Cada paciente post-cesareada, que fue atendida en la Unidad de Atención Post Anestésica del servicio de Centro Quirúrgico, cuyos datos se encuentran, en el registro de atención diaria.

Marco Muestral.

El registro de atención diaria, de la Unidad Atención Post Anestésica, del servicio de Centro Quirúrgico, de la cual se tomó en cuenta a pacientes post cesareadas, durante los meses de agosto y septiembre del 2014.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Cuestionario para la valoración del dolor agudo postoperatorio.

Cuestionario que ha sido diseñado y validado por Rodríguez⁸². El cual incluye 06 preguntas relacionadas a datos sociodemográficos, tipo de anestesia administrada y finalmente valoración del dolor agudo post cesárea. (Anexo 01).

La medición final de la prevalencia del dolor postoperatorio es:

Alta Prevalencia : 46-48 pts.

Mediana Prevalencia : 40-45 pts.

Baja Prevalencia : 35-39 pts.

⁸² Rodríguez Del Río JM. Op. Cit. p. 46-56.

Cuestionario Quality of Recovery Score 40. Cuestionario diseñado por Myles P. , Weitkamp B. , Jones K., Melik J. , Hensen S.⁸³, con el objetivo de evaluar la calidad de recuperación de las pacientes post-cesareadas. El instrumento consta de 27 preguntas, las mismas que se agrupan en cinco grupos o aspectos de la recuperación: confort (n=10), emociones (n =6), apoyo psicológico (n =4) y dolor (n =7). Según la frecuencia de aparición del evento evaluado, se adjudica un puntaje: estuvo presente “todo el tiempo” se un puntaje de 5. El puntaje de 4 implica “casi todo el tiempo”, el 3: “frecuentemente”, el 2: “pocas veces” y el 1: “nunca”. En caso de que el evento investigado se asocie a una mala calidad (por ejemplo: dolor o vómitos), el puntaje se adjudica a la inversa: 1 para “todo el tiempo” y 5 para “nunca”. La calidad global de la recuperación se evalúa con la suma de dichos puntajes pudiéndose alcanzar un valor mínimo de 40 y máximo de 200 puntos. (Anexo 02).

La medición final de la calidad de recuperación postoperatoria será de la siguiente manera:

≥ 131= Muy buena calidad de recuperación postoperatoria

91-130= Buena calidad de recuperación postoperatoria

41-90= Regular calidad de recuperación postoperatoria

≤ 40= Deficiente calidad postoperatoria

⁸³ Myles P, Weitkamp B, Jones K, Melik J, Hensen S. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. Br. J Anaesth. 2000; 84(1): 11-15.

3.7. Validez y Confiabilidad de los instrumentos.

Los instrumentos utilizados en la presente investigación, son instrumentos ya validados internacionalmente y fueron evaluados cada uno de ellos en su consistencia interna a través del Alfa de Cronbach, además de ser validados por expertos en estudios previos, por lo cual no son necesarias su confiabilidad y validez.

3.8. Aspectos Éticos.

Consentimiento informado. Se utilizó el consentimiento informado, con el objetivo de informar a cada uno los participante del estudio, los objetivos que se esperan logran con su participación, también se pondrá en claro los compromisos por parte del investigador y el investigado, así como la libertad que tendrán de elegir participar o no en el estudio. (Anexo 03)

3.9. Procedimientos de recolección de datos:

- Se pidió el permiso a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco y al Jefe de Departamento del servicio de Centro Quirúrgico.
- Se capacito a los profesionales que realizarán la recolección de datos.
- Se aplicó el consentimiento informado a las pacientes post-cesareadas antes de aplicar los instrumentos.
- De acuerdo al cronograma y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se seleccionó a la muestra que formo parte del estudio.
- Se aplicó los cuestionarios Quality of Recovery Score 40 y el cuestionario para la valoración del dolor agudo a las paciente post-cesareadas, los mismos que fueron aplicados en los ambientes de la Unidad de Recuperación Post Anestésica, al momento de ser dadas de alta.

- Se realizó el control de calidad de los instrumentos y se, selecciono las más completas y válidas, para considerarlas en el procesamiento de la información.
- Finalmente se realizó el procesamiento de los datos a través del programa SPSS para Windows versión 19.

3.10. Análisis e interpretación de datos.

Análisis Descriptivo:

Se efectuó el análisis descriptivo de cada una de las variables determinando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables nominales o categóricas.

Análisis Inferencial:

Se realizó un análisis estadístico, para hallar la relación entre la prevalencia del dolor y la calidad de la recuperación postoperatoria, se utilizó la prueba **Chi cuadrado (X^2)**. El nivel de confianza estadística fue de 95% y el análisis estadístico se realizó a través del paquete SPSS versión 19 para Windows.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

A continuación se presenta las tablas y gráficos de los resultados sobre la prevalencia del dolor y calidad de recuperación de pacientes post-cesareadas servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco durante los meses de agosto y setiembre del 2014.

4.1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

TABLA Nº 01
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS PACIENTES POST-CESAREADAS, DEL
SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO
VALDIZAN MEDRANO 2014.

DATOS SOCIODEMOGRAFICO		Nº	%
ESTADO CIVIL	Soltera	6	20
	Casada	9	30
	Conviviente	14	47
	Divorciada	1	3
	Viuda	0	0
TOTAL		30	100
EDAD	10 a 20 años	11	37
	21 a 30 años	14	47
	31 a 40 años	5	17
	TOTAL	30	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Ninguna	1	3
	Primaria Incompleta	0	0
	Primaria Completa	0	0
	Secundaria Incompleta	5	17
	Secundaria Completa	15	50
	Universitaria Incompleta	6	20
	Universitaria Completa	3	10
	TOTAL	30	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

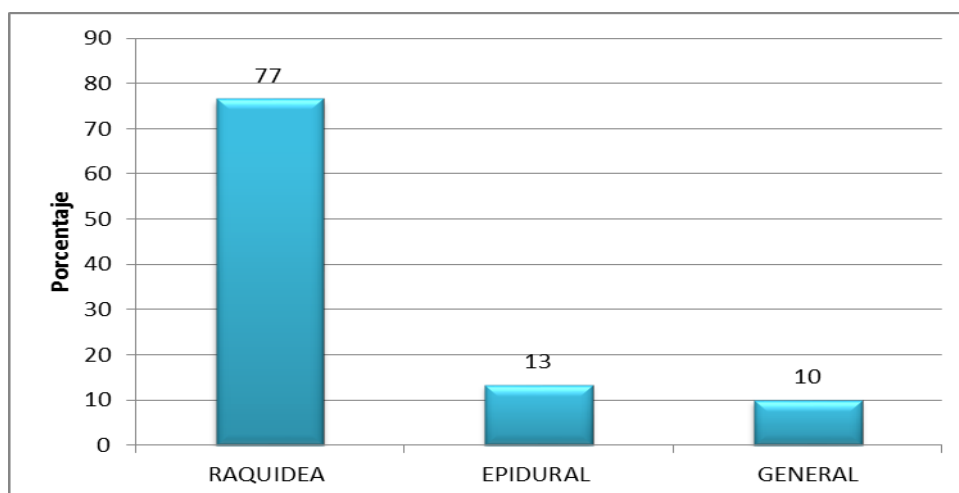
En cuanto a los datos generales la Tabla N° 01 muestra que del 100% (30); 47% fue de estado civil conviviente, 30% (9) fueron casadas y el 20%(6) fueron solteras; con respecto a la edad 47% (14) tuvo de 21 a 30 años y 37% (11) de 10 a 20 años; frente al grado de instrucción 50%(15) tuvo secundaria completa, 20%(6) superior y 3%(1) analfabeta. Por lo que se pudo evidenciar que el mayor porcentaje de pacientes post-cesareadas fue de 21 a 30 años, y con grado de instrucción de secundaria completa.

TABLA N° 02
TIPO DE ANESTESIA, QUE SE ADMINISTRO A PACIENTES POST-CESAREADAS,
EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL
HERMILIOVALDIZÁN
MEDRANO, HUÁNUCO-2014

TIPO DE ANESTESIA	N°	%
REGIONAL:		
RAQUIDEA	23	77
EPIDURAL	4	13
GENERAL	3	10
TOTAL	30	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

GRAFICO N° 01
TIPO DE ANESTESIA, QUE SE ADMINISTRO A PACIENTES POST- CESAREADAS,
EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL
HERMILIOVALDIZÁN
MEDRANO, HUÁNUCO-2014



Fuente: Instrumento de recolección de datos

La tabla N° 02 y gráfico N° 01 muestran que el tipo de anestesia de mayor uso en las paciente fue la anestesia Raquídea con 77%(23), seguido de 13%(4) anestesia epidural y 10%(3) anestesia general.

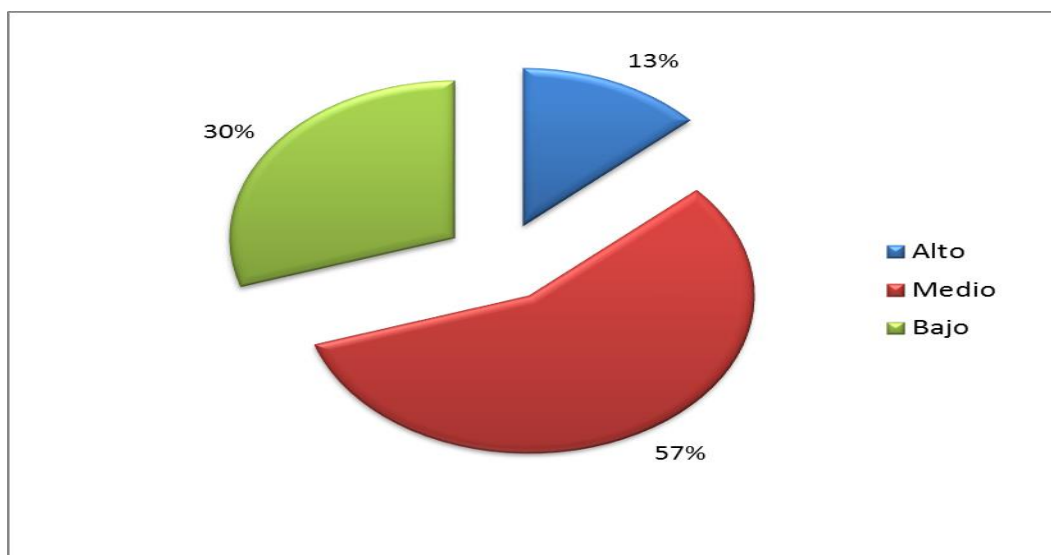
4.2. PREVALENCIA DEL DOLOR POSTOPERATORIO

TABLA N° 03
PREVALENCIA DEL DOLOR EN PACIENTES POST-CESAREADAS, DEL SERVICIO DE
CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN
MEDRANO, HUÁNUCO-2014

Prevalencia	N°	%
Alto	4	13
Medio	17	57
Bajo	9	30
Total	30	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

GRÁFICO N° 02
PREVALENCIA DEL DOLOR EN PACIENTES POST-CESAREADAS, DEL SERVICIO DE
CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN
MEDRANO, HUÁNUCO-2014



Fuente: Instrumento de recolección de dato
 La tabla N° 03 y gráfico N° 02 muestran que, del 100%(30) de pacientes post cesareadas, el 57% (17) presento una mediana prevalencia del dolor postoperatorio, siendo esto el más predominante; el 30% (9) presento una prevalencia baja y solo el 13% (4) de pacientes presento una alta prevalencia del dolor post operatorio, siendo un total de 30 pacientes.

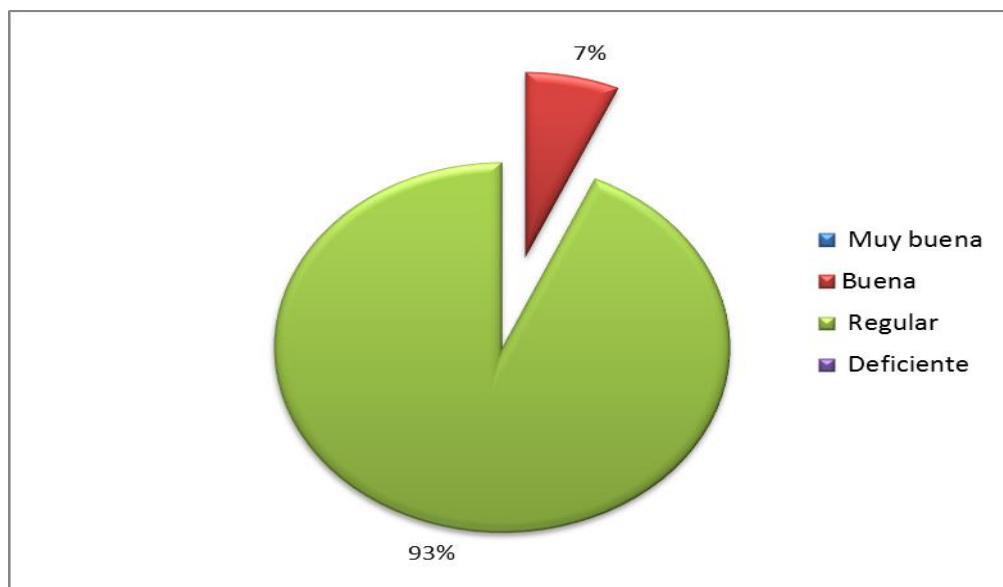
4.3. CALIDAD DE RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST-CESAREADAS

TABLA N° 04
CALIDAD DE RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST-CESAREADAS, DEL SERVICIO DE
CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN
MEDRANO, HUÁNUCO-2014

Calidad	N°	%
Muy buena	0	0
Buena	2	7
Regular	28	93
Deficiente	0	0
TOTAL	30	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

GRÁFICO N° 03
CALIDAD DE RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST-CESAREADAS, DEL SERVICIO
DE CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN
MEDRANO, HUÁNUCO-2014



Fuente: Instrumento de recolección de datos

En relación a la calidad de recuperación de pacientes post-cesareadas, del 100% (30); el 93% (28) tuvo una regular calidad de recuperación, y solo el 7%(2) percibió una buena calidad, y no existió muy buena calidad de recuperación, así como tampoco deficiente calidad.

4.4.RELACIÓN ENTRE PREVALENCIA DEL DOLOR POSTOPERATORIO Y CALIDAD DE RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST-CESAREADAS.

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS EN ENFERMERAS

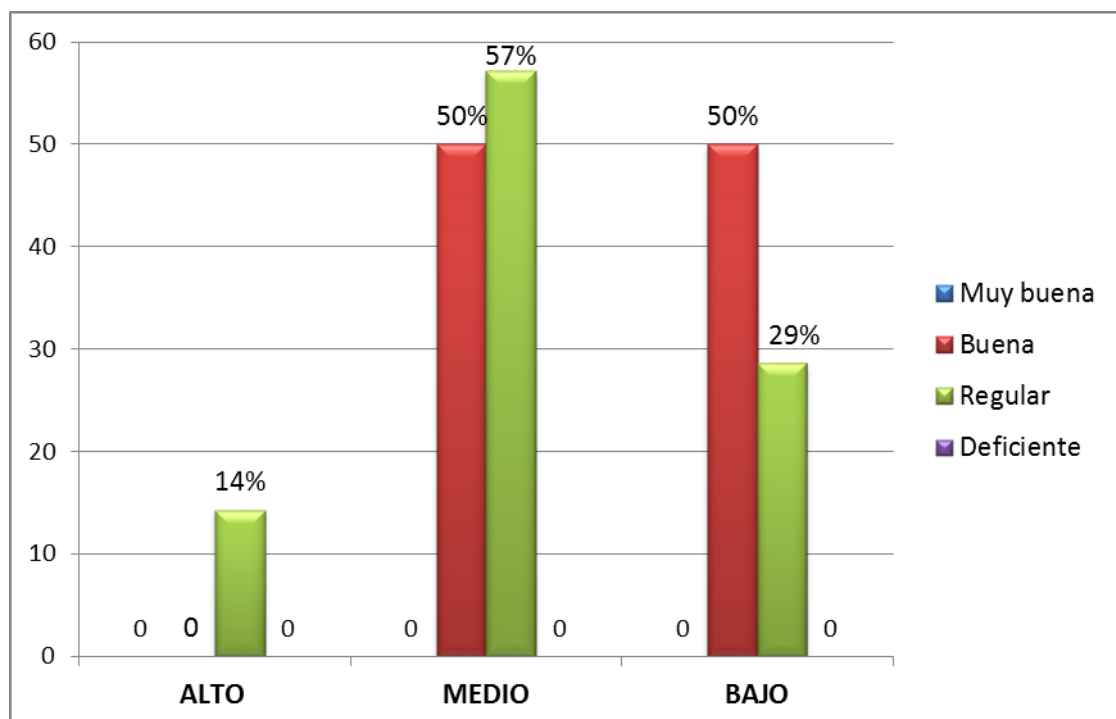
TABLA Nº 05
PREVALENCIA DEL DOLOR Y CALIDAD DE RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST-CESAREADAS, DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2014

PREVALENCIA DEL DOLOR POSTOPERATORIO	CALIDAD DE RECUPERACIÓN								TOTAL
	Muy buena		Buena		Regular		Deficiente		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
ALTO	0	0	0	0	4	14	0	0	4
MEDIO	0	0	1	50	16	57	0	0	17
BAJO	0	0	1	50	8	29	0	0	9
TOTAL	0	0	2	100	28	100	0	0	30

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La tabla Nº 01 y gráfico Nº 05 muestran el cruce de las variables prevalencia del dolor y calidad de recuperación en pacientes. La calidad de recuperación fue buena en un 50%(1) de pacientes con prevalencia media del dolor y 50% (1) en pacientes con baja prevalencia del dolor. La calidad de recuperación fue regular en un 14%(4) con prevalencia alta del dolor, 57%(16) con mediana prevalencia del dolor y 29%(8) con baja prevalencia.

GRAFICO Nº 04
**PREVALENCIA DEL DOLOR Y CALIDAD DE RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST-
 CESAREADAS, DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL
 HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2014**



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Esto fue confrontado estadísticamente a través de la Prueba del Chi Cuadrado (X^2) para la asociación de variables categóricas o cualitativas, al 95% de confianza estadística, con 6 grados de libertad, contrastándose la hipótesis estadística nula (H_0) y alterna (H_a) en los siguientes términos:

H_0 : No existe relación entre la prevalencia del dolor post operatorio y la calidad de recuperación en pacientes.

H_a : Existe relación entre la prevalencia del dolor post operatorio y la calidad de recuperación en pacientes.

La prueba Chi Cuadrado (X^2) es definida como:

$$J = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Dónde:

$J = X^2$; O_{ij} = Frecuencias Observadas; E_{ij} = Frecuencias Esperadas

La Tabla 2 muestra las Frecuencias observadas y esperadas de las variables, necesarias para el cálculo del Chi cuadrado:

TABLA Nº 6
FRECUENCIAS OBSERVADAS Y ESPERADAS: PREVALENCIA DEL DOLOR Y
CALIDAD DE RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST-CESAREADAS, DEL
SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, DEL HOSPITAL REGIONAL
HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO-2014

PREVALENCIA DEL DOLOR POSTOPERATORIO	CALIDAD DE RECUPERACIÓN								TOTAL
	Muy buena		Buena		Regular		Deficiente		
	Obs	Esp	Obs	Esp	Obs	Esp	Obs	Esp	
ALTO	0	0	0	0.3	4	3.7	0	0	4
MEDIO	0	0	1	1.1	16	15.9	0	0	17
BAJO	0	0	1	0.6	8	8.4	0	0	9
TOTAL	0	0	2	2.0	28	28.0	0	0	30

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Se reemplazó los datos de la Tabla nº 04 en la fórmula del Chi Cuadrado (X^2), y se obtiene que el Valor calculado del chi cuadrado de $X^2_c = 0.58824$ y el valor teórico de $X^2_t = 12.592$, a un 95% de confianza estadística y 6 grados de libertad, como el valor calculado es menor que el valor teórico se acepta la hipótesis nula (H_0), y se rechaza la hipótesis alterna (H_a), concluyendo que:

“No existe relación entre la prevalencia del dolor post operatorio y la calidad de recuperación en pacientes post-cesareadas servicio de Centro Quirúrgico, Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco-2014”

4.5. DISCUSIÓN:

En la investigación, se muestra que 57% (17) presento una mediana prevalencia del dolor postoperatorio, siendo esto el más predominante; el 30% (9) presenta una prevalencia baja y solo 13% (4) de pacientes presenta una alta prevalencia del dolor post operatorio, esto podría deberse a las atenciones del personal de salud en el post operatorio inmediato, así como el tipo de anestesia aplicada y analgésicos administrados durante la cirugía, como también las características fisiológicas propias de cada paciente. Siendo estos muy importantes a fin de dar mejores cuidados de enfermería al paciente en el post operatorio.

Al respecto Sada y col.¹⁶ en México, el 2011 evidenciaron que al ingreso a la sala de recuperación, los pacientes que refirieron dolor moderado, severo o insoportable fueron de 47%, siendo este resultado menor a lo encontrado en la investigación; así también Cadavid, y col.¹⁸ en Colombia, el 2007, muestran en su estudio que la prevalencia del dolor moderado es de 27,6% este resultado es menor a lo encontrado en la investigación, pues se reporta una prevalencia mediana de 57%; así mismo Cadavid, y col.¹⁸ , muestran que 48,2% presentaron una prevalencia severa, mientras que la investigación reporta una prevalencia alta de dolor de solo 13% siendo esto mucho menor a lo encontrado por Cadavid..

Por lo expuesto; estos resultados muestran que existieron diferencias significativas entre las prevalencias del dolor post operatorio reportadas por la investigación y otros estudios, esto es debido a que la investigación se dirigió a medir la prevalencia del dolor específicamente en pacientes post cesareadas, sin embargo los anteriores autores mencionados midieron esta variable en poblaciones más generales cuya razón de cirugía era multicausal. Esto evidencia de manera particular que la prevalencia del dolor post operatorio en pacientes post cesareadas es de medio a bajo, a comparación de otras realidades.

Por otro lado, la calidad de recuperación en pacientes post-cesareadas, fue regular en un 93% y solo fue buena en un 7%, estos resultados difieren a lo encontrado por Cadavid, y Col.18, pues ellos muestran que La calidad de la recuperación fue buena en 80,4% en su población de estudio, siendo esto mucho mayor a lo encontrado en la investigación.

Por tanto, estos resultados evidencian que es necesario mejorar la atención de las pacientes post cesareadas, a fin de encontrar una mejor calidad de recuperación, pues es importante la pronta inserción de la paciente para el cuidado de su recién nacido.

Después de haber analizado estadísticamente los resultados sobre prevalencia del dolor post operatorio y la calidad de recuperación en

pacientes, se observa que estas variables no se encuentran relacionadas, siendo variables independientes entre sí; además esto se comprobó estadísticamente con la prueba Chi Cuadrado al 95% de confianza estadística. Por lo tanto no existe relación entre la prevalencia del dolor post operatorio y la calidad de recuperación en la población estudiada, evidenciando que para que exista una menor prevalencia del dolor post operatorio en cesareadas, no necesariamente es dependiente de la calidad de recuperación, demostrando así que el dolor es una variable independiente, cuya intensidad dependería más del tipo de intervención quirúrgica, el tipo de anestesia y cuidados post operatorios que debe de recibir en su conjunto.

CONCLUSIONES

- En el estudio, el mayor porcentaje de pacientes post-cesareadas, fue de estado civil conviviente, encontrándose en el rango de edad entre 21 a 30 años, y con grado de instrucción de secundaria completa.
- La prevalencia del dolor post operatorio en pacientes post cesareadas fue de medio (57%) a bajo (30%); esto podría deberse por el tipo de intervención quirúrgica, al tipo de anestesia aplicada y analgésicos administrados durante la cirugía, como también las características fisiológicas propias de cada paciente.
- La calidad de recuperación en pacientes post-cesareadas, fue regular (93%), evidenciando la necesidad de mejorar la atención de las pacientes post cesareadas, a fin de encontrar una mejor calidad de recuperación, siendo importante su pronta inserción para el cuidado del recién nacido.
- No existió relación entre la prevalencia del dolor y la calidad de recuperación de las pacientes post-cesareadas, según la prueba de chi cuadrado (X^2), demostrando la independencia de estas variables en la población estudiada.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda fortalecer y mejorar los cuidados de enfermería en las pacientes post cesareadas, a través de estrategias de capacitación al profesional de Enfermería que labora en la Unidad de Recuperación Pots Anestésica del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizan.
- Realizar estudios de investigación sobre los factores que influyen en la prevalencia del dolor postoperatorio así como la calidad de recuperación de las pacientes post cesareadas, y así evaluar su impacto y profundizar los hallazgos.
- Realizar estudios comparativos sobre prevalencia del dolor postoperatorio y la calidad de recuperación de las pacientes post cesareadas, en diferentes poblaciones y áreas hospitalarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beecher HK. Anxiety and Pain. JAMA. 1969; 209: 1080.
2. McQuay H. Treating acute pain in hospital. BMJ. 1997; 314:1531.
3. Aguilera C, Arnau JM, Bosch C, et al. Analgésicos en el período postoperatorio de intervenciones abdominales. Grupo de estudio sobre analgesia postoperatoria de la Sociedad Española de Farmacología Clínica. Med Clín (Barc). 1997; 108: 136-40.
4. Cadavid Puentes AM. Prevalencia de dolor agudo postoperatorio y calidad de la recuperación en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia, 2007. Rev Fac Med Antioq [Internet]. 2009; 22(1): 11-15 [Consultado 2013 Jun 25]. Disponible en: iatreia.rev.fac.med.univ.antioquia, jan./mar.
5. Vidal MA, Torres LM, De Andrés JA, Moreno Azcoitia M. Estudio observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España. PATHOS. Rev Soc Esp Dol. 2007; 8: 550-67.
6. Ashburn MA, Ready LB. Postoperative Pain. In: Loeser JD, Butler SH, Chapman CR, Turk DC. (eds). Bonica's Management of Pain. 3ª ed. New York: Lippincott; 2007. p. 40-56.
7. Muñoz Blanco F, Salmeron J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. Rev Soc Esp Dol. 2001; 8: 194-211.
8. 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: Pirámide; 2001. p. 11-31.
9. Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. Rev Soc Esp Dol. 2004; 11: 197-202.
 10. Arista Chávez G. Interacción enfermera – paciente en el servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión Lima-Noviembre 2003[Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
 11. Cadavid Puentes AM. Op. Cit. p. 21-93.
 12. Strasseles SA, McNicol E, Suleman R. Postoperative pain management: A practical review Part 2. American Journal of Health System Pharmacy. 2005; 62: 2019-2025.
 13. McQuay H. Op. Cit. p. 1531-45.
 14. Torres LM. Dolor Postoperatorio. En: Torres LM. Medicina del Dolor. Barcelona: Masson. 1997; 1: 725-739.
 15. Ilfeld B, Yaksh T. The end of Postoperative pain - A fastapproaching possibility? And if so, will we be ready? Reg Anesth Pain Med. 2009; 34: 85-87.
 16. Sada Ovalle T, Delgado Hernández E, Castellanos Olivares A. Prevalencia del dolor postoperatorio en cirugía electiva de pacientes del Hospital de

- Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. Rev Soc Esp Dol. 2011; 2: 91-97.
17. Rodríguez Del Río JM. Construcción, validación y evaluación de un cuestionario sobre dolor agudo postoperatorio en el Hospital de Navarra. [Tesis para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2007.
18. Cadavid Puentes AM, Mendoza Villa JM, Gómez Úsuga ND, Berrío Valencia MI. Prevalencia de dolor agudo postoperatorio y calidad de la recuperación en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia, 2007. Rev Fac Med Antioq [Internet]. 2009; 22(1): 11-15 [Consultado 2013 Jun 25]. Disponible en: iatreia.rev.fac.med.univ.antioquia, jan./mar.
19. Eslava Schmalbach J, Gaitán Duarte H, Gómez Restrepo C. Escala para medir la Calidad de la recuperación postanestésica desde la perspectiva del usuario. Rev Sal Públ. 2006; 8(1): 52-62.
20. Rando K, Barreiro G, Mojoli M, Di Cicco V, Varela G. Evaluación subjetiva de la calidad de recuperación postoperatoria de pacientes operadas de cesárea con anestesia general o regional. Rev Chil Anest. May 2008; 37: 39-48.
21. Lenz E, Suppe E, Gift A. Adv Nsg. Sci. 2005; 17(3): 1-13.
22. Stephen R. Comportamiento Organizacional 8ª ed. México: Ed. Tipográfica Barsa: 1998.
23. Keith D. Comportamiento Humano en el Trabajo. 8ª ed. México: Ed. Litográfica Ingramex: 1997.

24. Palacios Sánchez JM. Aproximación al estudio histórico del dolor. *El Farmacéutico*. 1998; 214:76-8.
25. Melzack R. La tragedia del dolor innecesario. *Invest y Cienc*. 1990;163:11-8.
26. Merskey H. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*. 1979; 6: 249-52.
27. Baños JE, Bosh F. Conceptos generales en algología. En: Bosh F. Tratamiento del dolor. Teoría y práctica. Barcelona: MCR; 1995. p. 1-8.
28. Fernández CF. Dolor agudo y postoperatorio. Dolor: más allá del sistema nervioso., Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor. Bogotá: ACED; 2011.
29. Gallardo J. Informe del trabajo de ingreso del Dr. Víctor Contreras. *Rev Chil Anest*. 2006; 35: 87-90.
30. Cousins M. Acute and Postoperative Pain. In: Wall PD, Melzak R. (eds). Textbook of pain. 3ª ed. Edinburgh: Churchill-Livingstone; 1994. p. 357-385.
31. Wilson PR. Postoperative analgesia. *Med Ausi*. 1989; 150: 393-6.
32. Miranda A. Dolor postoperatorio: definición y problemática. En: Miranda A. (ed). Dolor posoperatorio. Estudio, valoración y tratamiento. Barcelona: Ecl. Jims; 1992. p. 1-26.
33. Ptug AE, Bonica Ji. Physiopatology and control of postoperative pain. *Arch Surg*. 1977; 2(2): 773-81.
34. Hurley RW, Wu CL. Acute Postoperative Pain. 7ª ed. In: Miller's Anesthesia; 2009.

35. Giniés P. Atlas de la Douleur. Paris: Houdé; 1999.
36. Baños JE, Bosch F, Ortega E, Bassols A, Cañellas M. Análisis del tratamiento del dolor postoperatorio en tres hospitales. *Rev Clin Esp*. 1989; 18: 177-81.
37. Cohen FL. Postsurgical pain relief; patients' status and nurses medication choices. *Pain*. 1980; 9: 265-74.
38. Marks RM, Sachar EJ. Underreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. *Ann Intern Med*. 1973; 78: 173-81.
39. Baños JE, Bosch F, Ortega E, Bassols A, Cañellas M. *Op. Cit.* p. 190-00.
40. Cañellas M, Bosch F, Bassols A, Zavala S, Moral MV, Baños JE. Prevalence, characteristics and treatment of pain in a spanish hospital. Abstracts. 7th. World Congress on Pain: Pain; 1993.
41. Altimiras J, Olle A, Lopes AP, Cois M, Duque A, Gropper S. Analgesia postoperatoria en pacientes de ginecología y obstetricia. *Farm Hosp*. 1994; 18: 219-21.
42. Aguilera C, Amau JM, Bosch C, et al. Analgésicos en el postoperatorio de intervenciones abdominales. *Med Clín (Barc)*. 1997; 108: 136-40.
43. Charco P, García Girona D, Hoyas JA, Bonal JA, Aparicio R, Martín Viaño JL. Dolor. *Soc Españ Dol*. 1996; 3(2): 61.
44. Poisson Salomon AS, Brasseur L, Lorcy C, Chauvin M, Durieux P. Audit of the management of postoperative pain. *Presse Med*. 1996; 25:1013-7.

45. Sánchez Guerrero A, García Mateos M, Avendaño C, Torralba A. Estudio sobre analgesia postoperatoria. *Farra Hosp.* 1998; 22: 74.
46. Chabás E, Anglada T, Bogdanovich A, Lapena C, Taurá P, Gomar C. Prevalencia del dolor postoperatorio en un hospital general con unidad de dolor agudo postoperatorio. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 1999; 46: 151-2.
47. Lapena C, Bogdanovich A, Chabás E, Anglada T, Taurá P, Gomar C. Prevalencia del dolor postoperatorio en cirugía ortopédica en un hospital universitario con unidad de dolor agudo postoperatorio. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 1999; 46:150-1.
48. Vallano A, Aguilera C, Arnau JM, Baños JE, Laporte JR. Management of postoperative pain in abdominal surgery in Spain. A multicentre drug utilization study. *Br J Clin Pharmacol.* 1999; 47: 667-73.
49. Poisson Salomon AS, Brasseur L, Lorcy C, Chauvin M, Durieux P. Audit of the management of postoperative pain. *Presse Med.* 1996; 25:1013-7.
50. Orden RV. Acute postoperative pain: incidence, severity and the etiology of inadequate treatment. En: Benumof JL. (ed). *Management of postoperative pain.* Filadelfia: WB Saunders Company; 1989. p.1-15.
51. Bejarano C, De Andrés I, Muñes M, Díaz Jara L, Torres MJ, Pérez Fariñas A. Encuesta hospitalaria sobre dolor. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 1999; 46: 156-7.
52. López Álvarez S, Agustí Martínez-Arcos S, Bustos Molina F, Collado Collado F, De Andrés Ibáñez J, et al. Manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria. España; 2006.

53. Abella P, Cabrales I. Guías de manejo del dolor postoperatorio, Hospital El Tunal ESE [Internet]. [Consultado 2013 Jun 20]. Disponible en: www.Guíasdemanejodeldolorpostoperatorio.com.
54. Guevara López U, Gómez C, Rodríguez C, Carrasco R, Aragón G, Villanueva A. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. *Cirugía y Cirujanos*. 2007; 75: 385-407.
55. Rawal N, De Andrés J, Fischer HB, et al. Postoperative pain management- good clinical practice general recommendations and principles for successful pain management. *European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy*. 2005; 1: 1-34.
56. Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM. Acute Pain Management: Scientific Evidence. Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. 2010; 1:1-540.
57. Ramsay M. Acute postoperative pain management. *Baylor University Medical Center Proceeding*. 2000; 13: 244-247.
58. Carr DB, Goudas L. Acute pain. *The Lancet*. 1999; 1: 353.
59. Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM. Op. Cit. p. 28-40.
60. Savoia G, Alampi D, Amantea B, et al. Postoperative pain treatment SIAARTI Recommendations. *Minerv Aneste*. 2010; 76: 657-667.
61. Viscusi ER, Jan R, Schechter L, Lenart S, Willoughby PH. Organization of an Acute Pain Management Service Incorporating Regional Anesthesia

- Techniques. New York: NYSORA The New York school of Regional Anesthesia; 2009.
62. Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM. Op. Cit. p. 12-22.
63. Rahah Heresi E, Guevara López U, Gómez C, et al. Guías de dolor agudo. Federación Latinoamericana de Sociedades de Dolor: FEDELAT; 2005.
64. Abella P, Cabrales I. Op. Cit.
65. Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM. Op. Cit. p. 20-32.
66. Rahah Heresi E, Guevara López U, Gómez C, et al. Op. Cit. p. 10-19.
67. Meneses Raúl. La Educación en el Umbral del Siglo XXI. Lima, Perú: Ed. Proserva: 1998.
68. Centro Empresarial Latino Americano (CELA) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Módulo IV (Indicadores de Gestión): Lima, Perú: 2005 p. 35.
69. Ministerio de Salud (MINSA). Proyecto de Salud Materno Perinatal (Proyecto 2000). Manual de Comunicación Interpersonal para la Calidad de Atención y la Satisfacción de los Usuarios. Lima, Perú: Ed. Gráfica S.A.: 1998.
70. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. México: Instituto Nacional de Salud Publica; 1990.
71. Jiménez Caugas L, Báez Dueñas RM, Pérez Maza B, Reyes Álvarez I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de la atención primaria de salud. Rev Cub Sal Públ. 1996; 22(1): 37-43.

72. Donabedian A. Op. Cit. p. 48-69.
73. Zas Ros B, Grau Abalo JA, Hernández Meléndez E. Psicología de la salud y gestión Institucional. En: Grau Abalo JA, Hernández Meléndez E. Psicología de la salud. fundamentos y aplicaciones. México: Universidad de Guadalajara; 2005.
74. Memorias de la primera conferencia nacional sobre calidad de los servicios de salud. Premios a la calidad [Internet]. [Consultado 2013 Jun 21]. Disponible en: <http://www.deming.org/Gerenciasdesaludsistema/paraelmonitoreodelacalidad>.
75. Donabedian A. Calidad en salud [Internet]. [Consultado 2013 Jun 15]. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com./htm>
76. Maldonado Islas G, Efrén Orrico S, Fragoso Bernal JS, Pérez Priego JH. Calidad de la Atención en Medicina Familiar. Revi Méd del IMSS. 2000; 38(3): 125-129.
77. KozKozier B, Erb G, Blais K. Conceptos y Temas de la práctica de Enfermería. México D.F.: Mc Graw Hill-Interamericana; 1996.ier, B. Erb, G. K, Blais (1996) Conceptos y Temas de la práctica de Enfermería. K Mc Graw Hill-Interamericana. México D.F.
78. Grupo de Cuidado. El cuidado y la ciencia del cuidado. Bogotá: Universidad. Nacional de Colombia Santafé de Bogotá; 2002
79. Riopelle L, Groundin L, Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. 1ª ed. España: Mc Graw Hill. Interamericana; 1993.

80. Jaimes R. Modelos de cuidados en enfermería [Internet]. [Consultado 2013 Jun 10]. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com>.
81. Polit. Bases Conceptuales de Enfermería Energética. Colombia: Editorial Panamericana; 1993.
82. Rodríguez Del Río JM. Op. Cit. p. 46-56.
83. Myles P, Weitkamp B, Jones K, Melik J, Hensen S. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. Br. J Anaesth. 2000; 84(1): 11-15.

ANEXO 01**CUESTIONARIO PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO**

Instrucciones: Estimada paciente, esta es una encuesta que nos permitirá medir su grado de dolor postoperatorio debido a la intervención quirúrgica que le realizaron en el servicio de Centro Quirúrgico; para lo cual usted deberá de contestar las preguntas que a continuación se le presentarán, se pide por favor veracidad en sus respuestas, las mismas que serán anónimas y confidenciales.

Gracias.

Fecha de intervención quirúrgica:

Fecha de encuesta:

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.**1. ¿Cuántos años tiene?**

- De 10 a 20 años. ()
- De 21 a 30 años. ()
- De 31 a 40 años. ()

2. ¿Cuál es su estado civil?

- Soltera ()
- Casada ()
- Conviviente ()
- Divorciada ()
- Viuda ()

3. ¿Cuál es su grado de instrucción?

- Ninguna ()
- Primaria incompleta ()
- Primaria completa ()
- Secundaria incompleta ()
- Secundaria completa ()
- Universitaria incompleta ()
- Universitaria completa ()

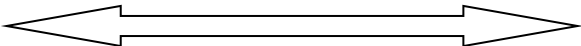
II. TIPO DE ANESTESIA:**4.- ¿Qué tipo de anestesia recibió?**

- Regional
 - Raquidea ()
 - Epidural ()
- General ()

III. VALORACIÓN DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO: Al momento del alta en La Unidad de Atención Post Anestésica :

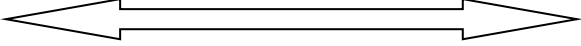
5.-En una escala donde el 0 quiere decir "que no ha tenido nada de dolor" y el 10 que "ha tenido el mayor dolor posible", Diga un número del 0 al 10 que explique el dolor que tiene ahora sin moverse, tal y como está en la cama. Marque con un círculo el número.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----


6.- Diga un número del 0 al 10 que explique el dolor que tiene ahora si se mueve, al cambiar de posición, toser y otros movimientos. Marque con un círculo el número.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----


ANEXO 02

CUESTIONARIO QOR40 PARA EVALUAR CALIDAD DE LA RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA

Instrucciones: Estimado paciente, este es un cuestionario que nos permitirá evaluar la calidad de la recuperación postoperatoria después de la intervención quirúrgica que le realizaron en el servicio de Centro Quirúrgico; para lo cual usted deberá marcar con un aspa en el recuadro, teniendo en cuenta la categoría que se presenta a continuación. Se le pide por favor veracidad en sus respuestas, las mismas que serán anónimas y confidenciales.

Gracias

5. Todo el tiempo

4. Casi todo el tiempo

3. Frecuentemente

2. Pocas veces

1. Nunca

Nº	ITEMS	5	4	3	2	1
	EN RELACIÓN AL CONFORT					
1	Puedo respirar sin dificultad					
2	Sintió impulsos de vómitos					
3	Pudo dormir bien					
4	Se sintió cansada					
5	Se sintió descansada					
6	Sintió temblores					
7	Sintió náuseas					
8	Sintió mucho frío					
9	Tuvo vómitos					
10	Sintió mareos					
	EN RELACIÓN A LAS EMOCIONES					
11	Tuvo sensación de bienestar y alegría					
12	Se sintió enojada					
13	Estuvo tranquila					
14	Se sintió deprimida					
15	Se sintió sola					

16	Se siente ansiosa					
	EN RELACIÓN AL APOYO QUE RECIBIÓ					
17	Pudo comunicarse correctamente con el profesional de enfermería.					
18	Sintió que el profesional de enfermería le apoyo					
19	Se sintió confundida					
20	Comprendió correctamente las indicaciones que le hizo el profesional de enfermería					
	EN RELACIÓN AL DOLOR					
21	Sintió dolor en la espalda					
22	Sintió dolor en la garganta					
23	Sintió dolor moderado					
24	Sintió dolor en la boca					
25	Sintió dolor severo					
26	Sintió dolores musculares					
27	Sintió dolor de cabeza					

ANEXO 03

Huánuco, ____/____/ 2014

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Yo,, estoy de acuerdo en participar en la presente investigación desarrollada por los Lic. Enf. Mendieta Ruiz, Alfredo, Valdivieso Espíritu, Danutza y Gutierrez Hinostroza, Felicia, en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.

El objetivo del estudio será, determinar la relación entre la prevalencia del dolor y la calidad de recuperación en pacientes post-cesareadas del servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco-2014. Con esta información se podrá conocer la prevalencia del dolor post-cesárea y mejorar con los resultados la calidad de recuperación de las pacientes.

Entiendo que mi participación es voluntaria, que mis respuestas serán confidenciales y que no recibiré dinero por mi colaboración.

Al firmar este formato, estoy de acuerdo en participar en forma voluntaria en la investigación que aquí se describe.

Se me ha dado una copia de este consentimiento.

Permito que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

Firma del paciente y/o apoderado.

Firma de los investigadores

Anexo 04

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

- Apellidos y nombres: VALDIVIESO ESPIRITU, Dhanutza;
DNI:43802667; Correo electrónico: DHANUTZAVALES@hotmail.com;
Celular: 942864080

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

SEGUNDA ESPECIALIDAD
Facultad de Enfermería
E.A.P: ENFERMERÍA

Título profesional obtenido: ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

TÍTULO DE TESIS: PREVALENCIA DEL DOLOR Y CALIDAD DE RECUPERACIÓN DE PACIENTES POST-CESAREADAS DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DE HUÁNUCO – 2014

Tipo de acceso que autoriza (n) el (los) autor (es)

MARCA "X"	Categoría de acceso	Descripción del acceso
x	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso el registro del dato con información básica, mas no al texto completo.

Al elegir la opción “público”, es a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al repositorio institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el portal **web repositorio, unheval.edu.pe** por un plazo indefinido, consistiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso que haya marcado la opción “restringido” por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso_____

☐ 1 año

☐ 2 años

☐ 3 años

☐ 4 años

Luego del periodo señalado por usted (ES), automáticamente la tesis pasara a ser de acceso público.

Fecha y firma:



VALDIVIESO ESPIRITU, Dhanutza

DNI: 43802667

NOTA BIOGRÁFICA

1. DATOS PERSONALES

- NOMBRES Y APELLIDOS : Dhanutza VALDIVIESO ESPIRITU
- FECHA DE NACIMIENTO : 08/07/1986
- LUGAR DE NACIMIENTO : Huánuco
- DIRECCIÓN : Jr. Progreso 743
- E-MAIL : DHANUTZAVALES@hotmail.com
- CELULAR : 942864080
- DNI : 43802667

ESTUDIOS REALIZADOS

2.1. ESTUDIOS PRIMARIOS

- I. E. “JUANA MORENO” – Huánuco

2.2. ESTUDIOS SECUNDARIOS

- C. N. “JUANA MORENO” – Huánuco
- C. N. “ILLATUPA” – Huánuco

2.3. ESTUDIOS SUPERIORES UNIVERSITARIOS

- Universidad de Huánuco



"AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
HUANUCO PERU
FACULTAD DE ENFERMERIA
 Av. Universitaria N° 601 - 607 Pabellón 3, 2do. Piso-Cayhuayna -Teléfono 59-1076



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los treinta días del mes de enero de 2015, siendo las dieciocho horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 021-2015-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **PREVALENCIA DEL DOLOR Y CALIDAD DE RECUPERACIÓN DE PACIENTES POST-CESAREADAS DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DE HUÁNUCO - 2014**, de la Licenciada en Enfermería: **Danutza VALDIVIESO ESPIRITU**

El Jurado Calificador está integrado por los siguientes docentes:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------|
| • Dra. María Villavicencio Guardia | PRESIDENTA |
| • Dra. Enit Villar Carbajal | SECRETARIA |
| • Mg. Holger Aranciaga Campos | VOCAL |
| • Lic. Enf. Eudonia Alvarado Ortega | ACCESITARIA |

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente:Aprobado..... por Unanimidad, con el calificativo cuantitativo deDieciséis..... y cualitativo deBueno....., quedandoA.P.T.a..... para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**.

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

.....
PRESIDENTE (A)

.....
SECRETARIO (A)

.....
VOCAL

Deficiente (11, 12, 13)
 Bueno (14, 15, 16)
 Muy Bueno (17, 18)
 Excelente (19, 20)