

## INTENSIDAD Y MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS<sup>1</sup>

### INTENSITY AND MANAGEMENT OF POSTOPERATIVE PAIN IN HOSPITALIZED PATIENTS

María Guadalupe Moreno Monsiváis<sup>2</sup>, Ma. Guadalupe Interrial Guzmán<sup>3</sup>,  
María Eugenia Garza Elizondo<sup>4</sup>, Esther Angélica Hernández Fierro<sup>5</sup>

#### RESUMEN

**Introducción:** Identificar la intensidad y manejo del dolor posoperatorio; además de explorar diferencias en la intensidad del dolor de acuerdo al sexo y su asociación con edad y escolaridad del paciente, así como según el entrenamiento para el manejo del dolor por personal de enfermería y pacientes asignados por turno en una muestra de 151 adultos hospitalizados en una institución de seguridad social de Nuevo León, México. **Materiales y Métodos:** Diseño descriptivo, incluyó encuesta por muestreo sistemático. **Resultados:** Se encontró que el 90.1% de los participantes presentó dolor posoperatorio, 57.6% manifestó intensidad de dolor severo en las primeras 24 horas y 28.5% recibió un manejo de dolor inadecuado. Únicamente se encontró diferencia significativa en la intensidad del dolor de acuerdo al sexo ( $U = 1799$ ,  $p = .006$ ) con predominio en las mujeres. **Discusión y Conclusiones:** Es urgente implementar protocolos para el manejo del dolor posoperatorio, que incluyan la participación del equipo multidisciplinario y consideren el tratamiento farmacológico con potencia adecuada de acuerdo a la demanda del paciente y la valoración del dolor de manera regular, principales áreas de oportunidad identificadas en el presente estudio. (Rev Cuid 2012;3(3):355-62).

**Palabras clave:** Dolor Postoperatorio, Manejo del Dolor, Personal de Enfermería, Hospitalización. (Fuente: DeCS BIREME).

#### ABSTRACT

**Introduction:** To determine the intensity and management of postoperative pain. We explored the differences according to age, sex and education of patients and in relation to the nursing staff's training in pain management and the patients assigned per shift. **Materials and Methods:** The descriptive design included a survey by systematic sampling, using a sample of 151 adults hospitalized in a Nuevo Leon, México, social security institution. **Results:** We found that 90.1% of the participants presented postoperative pain, 57.6% expressed severe pain intensity in the first 24 hours and 28.5% received inappropriate pain management. Only one significant difference in the pain intensity was found according to sex ( $U = 1799$ ,  $p = .006$ ), predominantly in women. **Discussion and Conclusions:** We concluded it is urgent to implement postoperative pain management protocols that involve the participation of a multidisciplinary team, and consider pharmacological treatment with appropriate power according to patient demand and pain assessment regularly, identified key areas of opportunity in the present study.

**Key words:** Pain Post-Operative, Pain Management, Nursing Staff, Hospitalization. (Source: DeCs BIREME).

#### INTRODUCCIÓN

El manejo del dolor se considera un indicador de buen práctica y de calidad asistencial (1,2); sin embargo, el control de dolor en el periodo posoperatorio sigue siendo un reto (3). De acuerdo a la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, éste se define como una experiencia sensorial y emocional displacentera, que se encuentra asociada a daño tisular, ya sea real o potencial (4). El dolor agudo de tipo posoperatorio está presente en un paciente quirúrgico como respuesta a una lesión quirúrgica (5).

<sup>1</sup> Artículo Original de Investigación.

<sup>2</sup> Licenciada y Máster en Enfermería con Especialidad en Administración de Servicios de Enfermería. Dra. en Filosofía con Especialidad en Administración. Correspondencia: Dirección: Gonzalitos 1500, Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México. Tel. (0181)83-48-18-47 Fax 83 48 11 07. E-mail mgmoreno@hotmail.com

<sup>3</sup> Licenciada y Máster en Ciencias de Enfermería, con Especialidad en Administración de Servicios de Enfermería.

<sup>4</sup> Licenciada y Máster en Enfermería.

<sup>5</sup> Licenciada y Máster en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Salud Comunitaria.

Artículo recibido el 1 de Octubre de 2012 y aceptado para publicación el 12 de Noviembre de 2012.

Existe evidencia que del 40 al 60% de los pacientes hospitalizados presentan dolor posoperatorio de moderado a severo, lo que indica un inadecuado manejo (6). El dolor tratado de manera inadecuada tiene múltiples consecuencias, entre las que sobresalen el incremento en la estancia hospitalaria, aumento de los costos, insatisfacción de los usuarios e impacto negativo en la calidad de vida de tal manera que el dolor se convierte en un problema que sobrepasa el marco de las instituciones, para convertirse en uno de los principales problemas de salud pública por su gran repercusión socioeconómica (7).

Entre las causas del inadecuado manejo del dolor se señalan la deficiencia en la valoración y tratamiento farmacológico del paciente; así como en el manejo y la documentación del dolor; además de la falta de información al paciente respecto al manejo del dolor. Las deficiencias en la valoración y documentación, se asocian a la naturaleza subjetiva del dolor; generalmente si el paciente no refiere dolor se asume que no lo tiene, mientras que en los que lo refieren, se tiende a desvalorizar la presencia e intensidad de éste; es decir, existe poca confianza en el autoreporte de los pacientes (8). Aunado a lo anterior, no todas las instituciones valoran la presencia e intensidad del dolor en forma permanente y regular, esto a pesar de que el dolor es considerado el quinto signo vital (9).

Respecto al tratamiento, las principales deficiencias se relacionan con la subutilización de analgésicos y opioides; así como el empleo de medicamentos analgésicos a demanda, hasta en una tercera parte de los pacientes, esto contradice los esquemas terapéuticos indicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5,10). Además, debido al escaso conocimiento de los profesionales de salud, los opioides no son utilizados en dosis adecuadas debido al temor de causar depresión respiratoria y adicción (11,12). Por otra parte, la ausencia de protocolos de tratamiento de dolor posoperatorio, el abasto inadecuado e insuficiente de medicamentos y el uso incorrecto de prescripción de rescate contribuyen al inadecuado manejo (9).

En cuanto a la educación al paciente en relación con el dolor, los hallazgos revelan falta de orientación al paciente y la familia sobre el manejo y evaluación del mismo; así como los resultados que deben esperar del tratamiento. Los pacientes continuamente reportan una falta o deficiente información por parte del equipo multidisciplinario, en este aspecto, enfermería debe desarrollar su rol de educador e involucrarse en la orientación preoperatoria (13). Es importante considerar que el tratamiento no solo incluye la administración de analgésicos; es necesario la incorporación del paciente y su familia y sensibilizarlos acerca de la importancia de su colaboración activa con el equipo de salud para el alivio del dolor (9,14).

Además de los aspectos señalados previamente, el inadecuado manejo del dolor se atribuye también a la creencia por parte del personal de salud y del propio paciente de que la presencia de dolor es inevitable

como consecuencia del trauma operatorio y que éste tendrá una duración limitada, por lo tanto debe tratar de soportarlo (15). Esto contradice las recomendaciones internacionales para que las instituciones de salud se unan a la tendencia de los "Hospitales sin Dolor" cuya meta principal enfatiza que el alivio del dolor es siempre posible, es un derecho del paciente y es responsabilidad de todos los involucrados (9).

De acuerdo a la revisión de literatura existen además de los factores señalados previamente, características individuales correspondientes al paciente, al equipo de salud y a la estructura organizacional que se asocian con el manejo del dolor. En relación con el paciente, algunos estudios señalan que el sexo, la edad y el nivel de educación, influyen en la variación, intensidad y duración del dolor posoperatorio (6,8).

En relación con el equipo de salud se menciona que su preparación y entrenamiento acerca del manejo del dolor se asocian con la disminución de la intensidad de éste (4,13,16). En cuanto a las instituciones de salud, se señala que la sobrecarga de trabajo para el personal de salud contribuye a la falta de tiempo para realizar una adecuada valoración, manejo y documentación del dolor (17,18). Así mismo, se señala la falta de recursos como equipo y medicamentos analgésicos de mayor potencia sobre todo en las instituciones que cuentan con un cuadro básico limitado como es el caso de las instituciones del sector público (19,20).

Un fundamento teórico de apoyo para el manejo del dolor posoperatorio es la Teoría de Enfermería de rango medio de Good y Moore (21), esta es una herramienta útil enfocada al alivio y manejo del dolor agudo debido a su base empírica y sus claras recomendaciones para la práctica, las cuales sustentan las directrices para el manejo del dolor posoperatorio de acuerdo a las guías de práctica clínica enfocadas al alivio del dolor, con la finalidad de mejorar la calidad, oportunidad y efectividad en el cuidado que se proporciona a una persona con dolor. La teoría contiene tres postulados: 1) Proporcionar al paciente el medicamento para el dolor con la potencia adecuada, junto con adyuvantes farmacológicos y no farmacológicos, 2) Valorar el dolor y sus efectos de manera regular, así como identificar los métodos inadecuados para el alivio y 3) Brindar educación al paciente y establecer objetivos para aliviar y manejar el dolor, contribuirá a lograr un saludable equilibrio entre la analgesia y sus efectos colaterales.

El medicamento potente para el dolor se refiere al uso de componentes derivados de la morfina o de anestésicos locales o epidurales que el paciente recibe para el dolor postquirúrgico. Los adyuvantes farmacológicos corresponden al uso de analgésicos antiinflamatorios no esteroides (AINES) administrados como adyuvantes del medicamento potente para el dolor. Los adyuvantes no farmacológicos se refieren a alternativas no farmacológicas como la relajación, música, imágenes, masaje o terapia fría como adyuvante del medicamento potente para el dolor.

La valoración regular del dolor y sus efectos corresponde al reporte de la intensidad del dolor en una escala de 0 a

10; el reporte de los efectos colaterales del medicamento potente para el dolor, así como los efectos que tiene el dolor en la persona y limitaciones que le genera. La valoración debe realizarse cada 2 horas hasta que el dolor este controlado y cada 4 horas después. Los efectos de la medicación deben reportarse, así como si el dolor está generando limitaciones en aspectos fundamentales como la movilidad, estado de ánimo y sueño.

La identificación del manejo inadecuado del dolor corresponde al reporte de un nivel de dolor mayor al mutuamente acordado y por encima del objetivo realista o efectos colaterales que no sean seguros para el paciente de acuerdo al juicio de la enfermera. Un nivel de dolor que sobrepasa al clasificado como leve o moderado, se considera inaceptable y es el reflejo de un inadecuado manejo del dolor. La evaluación del manejo del dolor se establece mediante la relación entre la intensidad del dolor y el tratamiento farmacológico empleado. El índice de manejo del dolor es una herramienta que permite valorar el manejo del dolor a través de la relación entre el analgésico indicado de mayor potencia menos la intensidad del dolor durante las últimas 24 horas.

La educación al paciente incluye educar al paciente en el preoperatorio y reforzar en el postoperatorio, acerca de las actitudes y expectativas, reporte del dolor, abastecimiento del medicamento, prevención de actividad que pudiera desencadenar el dolor y uso de adyuvantes. Esta teoría maneja como supuestos que la enfermera y el médico colaboran de manera efectiva para manejar el dolor agudo; el tratamiento farmacológico incluye la indicación de medicamento opioide o de anestesia epidural local, así como adyuvantes farmacológicos, los pacientes son adultos con capacidad de aprender, establecer objetivos y expresar síntomas y las enfermeras cuenten con conocimiento actualizado acerca del manejo de dolor.

Como puede apreciarse, el manejo del dolor es responsabilidad de un equipo multidisciplinario; sin embargo enfermería juega un rol fundamental, debido a que es el personal que tiene el contacto más estrecho y continuo con los pacientes, además es el profesional de la salud quien se involucra en todas las etapas del manejo del dolor donde se incluyen desde su valoración; tratamiento farmacológico y no farmacológico; orientación al paciente y su familia; documentación del manejo del dolor y la respuesta del paciente (9).

En consideración a que el manejo adecuado del dolor sigue siendo un reto donde los profesionales de enfermería se involucran directamente y que en México existen escasos estudios en relación con la intensidad y el manejo del dolor posoperatorio. El presente estudio tuvo como propósito identificar la intensidad y manejo del dolor posoperatorio; además de explorar diferencias en la intensidad del dolor de acuerdo al sexo y su asociación con edad y escolaridad del paciente, así como según el entrenamiento para el manejo del dolor por personal de enfermería y pacientes asignados por turno. Este estudio es relevante para Enfermería, sus resultados permiten evidenciar la importancia de implementar protocolos

estandarizados para el manejo del dolor que garanticen que todos los pacientes posoperatorios van a tener el manejo adecuado; además enfatiza la necesidad de sobrevalorar la respuesta del paciente; si dice que tiene dolor aunque no lo manifieste físicamente el personal debe asumir que hay presencia de dolor e implementar un plan adecuado.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue descriptivo, incluyó encuesta por muestreo sistemático (22). El estudio fue aprobado por las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al noreste de México. El hospital donde se realizó el estudio no cuenta con protocolos para el manejo del dolor posoperatorio; es un hospital de tercer nivel, cuenta con 146 camas censables. Forma parte de una institución de seguridad social que proporciona atención médica al 3% de la población del estado de Nuevo León (23).

La población de estudio se conformó por los adultos hospitalizados en la institución de seguridad social seleccionada, con 24 horas posoperatorias de las especialidades de cirugía general, cirugía de especialidades y de ginecología; se excluyeron los operados por laparoscopia. Se utilizó un muestreo sistemático y se determinó una muestra de 151 pacientes con el apoyo del programa estadístico EPIDAT@ versión 3.1, con una  $p=0.52$ , coeficiente de confianza  $CC=0.95$ , margen de error  $d=0.05$ , efecto de diseño  $TE=0.9$  (grande) y  $N=290$  cirugías que se realizan mensualmente en el hospital. El cálculo de tamaño de muestra se realizó con base al supuesto "el 52% de los pacientes presentan dolor" (13).

Para la recolección de datos, se acudió a la institución todos los días en los turnos matutino y vespertino, hasta que se completó la muestra. Los pacientes seleccionados fueron abordados en su habitación, se les solicitó su participación mediante el consentimiento informado; a los que aceptaron participar se les cuestionó respecto a la presencia de dolor; en caso de reportar dolor intenso, se informó al personal de enfermería para su atención y se volvía en otro momento; de lo contrario, se procedía a la aplicación de los instrumentos. Al personal de enfermería se le localizó en algún momento de la jornada laboral, se solicitó su participación y se abordaron cuando reportaron tiempo disponible para contestar.

Se aplicó una cédula de datos, que fue diseñada para este estudio e incluyó variables sociodemográficas, tipo de cirugía y de anestesia y analgesia recibida; además, información acerca de los analgésicos indicados en las últimas 24 horas (nombre del analgésico, dosis, vía, horario indicado, horario de aplicación, en caso de rechazo a la medicación se preguntó el motivo). Las opciones de respuesta estuvieron disponibles en escala dicotómica (sí, no), nominal (sexo, tipo de cirugía, anestesia, analgesia, personal que proporciona orientación preoperatoria, analgésicos y vía de administración) y continua edad, escolaridad, tiempo de

duración de la cirugía, dosis de analgésicos).

Además se preguntó acerca de la presencia de dolor y su intensidad al momento de realizar la entrevista, así como el máximo dolor y el dolor promedio en las primeras 24 horas posoperatorias; y la interferencia del dolor en actividades generales del paciente, en su estado de ánimo y en su patrón de sueño. Lo anterior se realizó con el Cuestionario de Intensidad del Dolor (24), el cual cuenta con escalas visuales con puntaje de 0 a 10, donde a mayor puntuación mayor dolor o mayor interferencia con las actividades generales. Adicionalmente se cuestiona acerca de la satisfacción del paciente con el equipo de salud respecto al manejo del dolor.

Se estableció el índice de manejo del dolor (IMD) mediante la relación entre el analgésico indicado de mayor potencia menos la intensidad del dolor durante las últimas 24 horas. El puntaje para los analgésicos se determinó de la siguiente manera 0. Ningún analgésico, 1 = AINEs y coadyuvantes, 2 = Opiode débil, AINEs y coadyuvantes, 3 = Opioides fuertes, AINEs y coadyuvantes. El puntaje para la intensidad del dolor se clasificó de la siguiente manera: 0 = ausencia de dolor, 1 = intensidad de 1-3 (dolor leve), 2 = intensidad de 4 a 6 (dolor moderado) y 3 = intensidad de 7 a 10 (dolor severo). El resultado del índice con valores de cero a números positivos representa un adecuado o efectivo manejo del dolor, mientras que los números negativos indican un inadecuado o inefectivo manejo del dolor (8). Por otra parte; al personal de enfermería profesional y no profesional que proporcionaban cuidado directo al paciente (56 enfermeras), se les cuestionó acerca de su escolaridad (enfermera general, licenciatura en enfermería, enfermera especialista), horas de entrenamiento en el manejo del dolor y número promedio de pacientes asignados por turno.

Los datos fueron procesados y analizados con el programa estadístico SPSS versión 15, se utilizó

estadística descriptiva e inferencial. Se calculó la tasa de prevalencia de dolor ([número de pacientes con dolor / total de pacientes estudiados] x 100). Adicionalmente se realizó análisis de correlación con edad, años de escolaridad, horas de entrenamiento de la enfermera y número de pacientes asignados por turno; también se realizó prueba de diferencia de medias por sexo del paciente.

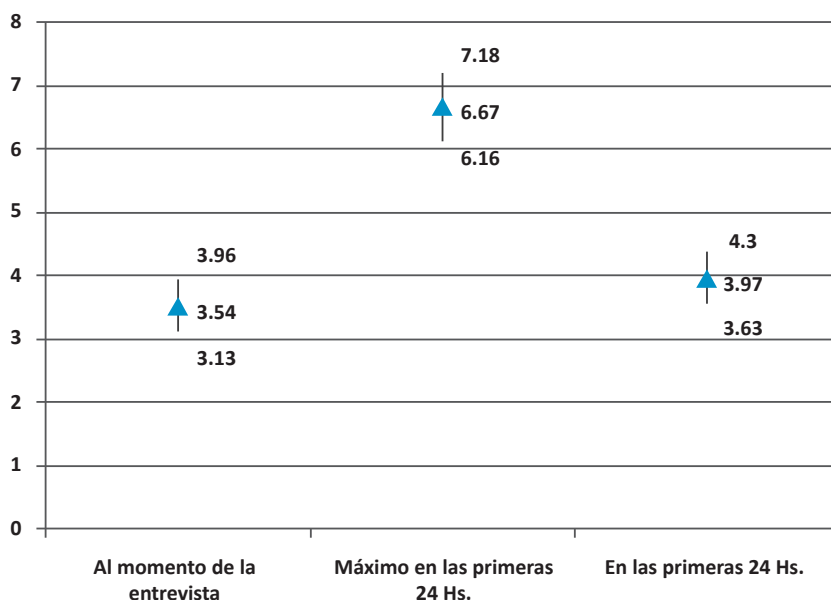
## RESULTADOS

La edad promedio de los pacientes fue de 55 años (DE = 15.91), con 10 años de escolaridad (DE = 5.90), predominó el sexo femenino (68.2%). El promedio de estancia hospitalaria fue de 5 días (DE = 2); respecto al tipo de cirugías realizadas, se encontró una mayor proporción en la especialidad de traumatología (41.7%), seguida de cirugía general (26.5%). Respecto a la orientación pre y pos operatoria para el manejo del dolor, el 70.9% la recibió y ésta fue proporcionada principalmente por el médico cirujano (60.3%).

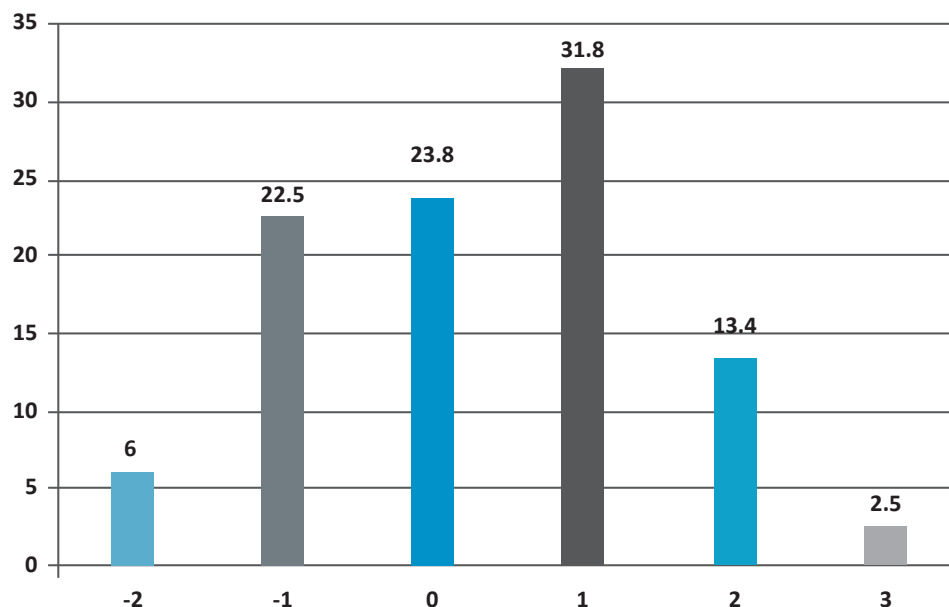
El analgésico que mayormente se indicó fue dolac en un 89.3% de los participantes. En el 45.7% de los pacientes se observó que además del analgésico, se les prescribió un opioide potente (nubafén) por razón necesaria, el cual fue administrado sólo al 17.2% de los pacientes; los que lo rechazaron fue debido al temor a la adicción y por señalar que el dolor es un síntoma normal posterior a un procedimiento quirúrgico. El 54.3% de los pacientes nunca realizó solicitud de analgésico a pesar de presentar dolor.

La prevalencia de dolor posoperatorio en las primeras 24 horas fue de 90.1%; se observó que predominó el dolor moderado durante las primeras 24 horas posoperatorias (44.4%); sin embargo, un 57.6% de los participantes presentó dolor severo como máximo dolor en las primeras 24 horas. En la Figura 1 se presentan la media e IC95% de la valoración de intensidad del dolor en diferentes tiempos. Se observó que 28.5% de los pacientes recibió un manejo inadecuado (Figura 2).

Figura 1. Intensidad del dolor



**Figura 2. Manejo del dolor**



Se encontró que la mayor interferencia del dolor fue para realizar actividades generales como moverse, deambular, entre otras (Tabla 1). En relación a la satisfacción del paciente se encontró que una alta proporción manifestó estar satisfecho (43.7%) y muy satisfecho (51.6%) con el manejo del dolor por parte del equipo de salud.

**Tabla 1. Interferencia del dolor en la actividad general, ánimo y sueño**

<i>Interferencia</i>	Media	Mediana	DE	IC 95%
Actividad general	4.34	5.00	2.99	3.80 – 4.88
Estado de ánimo	2.47	0.00	2.96	1.99 – 2.95
Sueño	2.76	0.00	3.22	2.24 – 3.28

**Fuente:** Cuestionario de Intensidad del Dolor *n* = 151

Con respecto a las características personales de las enfermeras, en cuanto al servicio se observó una mayor proporción de personal en el servicio de Cirugía General (41.1%), seguido del personal de cirugía especializada (33.9%); acerca del nivel de formación predominó el personal con nivel de enfermera general (53.6%) seguido del personal con licenciatura. El personal de enfermería recibió en promedio 2.34 hrs de entrenamiento en el manejo de dolor (DE = 6.04). La media de años de antigüedad en la institución fue de 15.05 (DE = 7.68), con respecto al número de años de antigüedad en el

servicio la media reportada fue de 6.79 (DE = 6.28). En promedio se asignaron 9.43 pacientes (DE = 1.17) por turno.

No se encontró asociación de la intensidad del dolor con la edad y escolaridad del paciente; ni con el número de horas de entrenamiento y el número de pacientes asignados al personal de enfermería. Sin embargo, se observó que las mujeres presentaron mayor intensidad del dolor en las primeras 24 horas (U = 1799, p = .006) (Tabla 2).

Tabla 2. Intensidad del dolor de acuerdo al sexo

Intensidad	Sexo	Media	Mediana	Valor Mínimo	Valor Máximo	DE
Dolor al momento de la entrevista	Femenino	3.8	4.0	0	10	2.61
	Masculino	3.0	3.0	0	09	2.49
Máximo dolor en las primeras 24 horas*	Femenino	7.0	8.0	0	10	3.17
	Masculino	5.7	6.0	0	10	3.02
Dolor en las primeras 24 horas	Femenino	4.1	4.0	0	09	2.07
	Masculino	3.6	4.0	0	08	2.06

Fuente: Cuestionario de Intensidad del Dolor n = 151

\*U = 1799, p = .006

## DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio revelan que una alta proporción de pacientes hospitalizados presentó dolor posoperatorio, hallazgo similar a lo reportado en la literatura internacional (4,25). Esto confirma que el manejo adecuado del dolor sigue siendo un reto para las instituciones de salud, y en especial para el ámbito quirúrgico (26).

Una tercera parte de los participantes manifestó dolor muy cercano al moderado en el momento de la entrevista y más de la mitad de los participantes reportaron dolor muy cercano al severo como máximo dolor presentado en las primeras 24 horas; resultados consistentes con lo reportado por otros autores quienes señalan que existe una tendencia a la presencia de dolor posoperatorio de moderado a severo (10,19). Respecto al IMD, se encontró que una cuarta parte de los pacientes participantes recibió un manejo inadecuado, resultado similar a los reportados por Mc Neill et al. y Bolivar et al. (8,27), sin embargo, diferente a los hallazgos de Peñarrieta et al. quienes encontraron una mayor proporción (12).

El manejo inadecuado del dolor pudiera atribuirse a que en la práctica clínica, el manejo se reduce al control farmacológico (14), el personal médico prescribe el tratamiento farmacológico y enfermería se responsabiliza de su administración con apego a la indicación; sin embargo, algunas veces la prescripción no corresponde a las demandas del paciente, aunado a lo anterior la institución de salud donde se realizó el estudio carece de protocolos para el manejo del dolor así como de un procedimiento estandarizado de valoración del dolor. Otro aspecto que pudo haber contribuido al inadecuado manejo del dolor es la inexistencia temporal en la institución de analgésicos de mayor potencia; sin embargo, este aspecto no se incluyó en el estudio por lo que se sugiere considerar en estudios posteriores el registro del abasto de medicamentos necesarios para el adecuado manejo del dolor.

Un hallazgo relevante en el presente estudio fue que los

pacientes que tuvieron indicación de opioide a demanda estaban cubiertos con algún analgésico o AINEs con horario, esto difiere de los hallazgos publicados (27), donde aproximadamente dos terceras partes de las pautas analgésicas fueron sólo a demanda sin indicación de medicación analgésica con horario. A pesar de que aproximadamente la mitad de los participantes en el estudio tenían indicada medicación analgésica de rescate, sólo una cuarta parte de los pacientes utilizó el opioide, el resto lo rechazó por temor a generar una adicción y considerar que posterior a un procedimiento quirúrgico es normal la presencia de dolor. El rechazo al opioide puede explicar que la intensidad del dolor promedio se reportó muy cercana al moderado y el máximo dolor muy cercano al severo.

El hallazgo del temor de los pacientes a la adicción por la administración del opioide permite identificar una falta de orientación por parte del equipo de salud. De acuerdo a la literatura la probabilidad de generar adicción en un paciente posoperatorio es menor a 1% (24). El rechazo al opioide por considerar normal el dolor posoperatorio, pudiera atribuirse a aspectos culturales, tradicionalmente se acepta que un procedimiento quirúrgico es una agresión que genera como resultado dolor, a pesar de la administración del tratamiento analgésico (15). Esto puede confirmarse ante el hallazgo de que la mitad de los participantes no solicitó analgésico a pesar de tenerlo indicado y de presentar dolor de moderado a severo.

La intensidad del dolor en las primeras 24 horas fue mayor en las mujeres, hallazgo que concuerda a lo reportado por algunos autores (8). Existe una tendencia a que las mujeres califiquen con una mayor intensidad el dolor promedio y el dolor al momento de la entrevista. Esto puede atribuirse a la cultura debido a que socialmente el hombre desde las etapas tempranas de la vida debe tolerar situaciones relacionadas con la experiencia de dolor y se le impide el expresarse libremente, este aspecto es diferente en las mujeres quienes pueden exteriorizar mejor sus sentimientos (28).

Algunos estudios reportan que la edad y la escolaridad son características que se asocian con la intensidad del

dolor(6,8); otros reportes señalan que existe diferencia en la intensidad del dolor por grupos de edad y niveles de escolaridad, respecto a la edad, se reporta mayor intensidad de dolor en los pacientes de 25 a 44 años (6); en cuanto a la escolaridad, señalan que a mayor número de años de escolaridad menor es la intensidad del dolor (8); sin embargo, en este estudio no se encontró esta tendencia. Estos resultados permiten determinar que en los participantes del estudio la intensidad del dolor no se asoció con las características sociodemográficas, más bien, está asociado con aspectos propios del manejo donde el tratamiento farmacológico con potencia adecuada y la valoración del dolor de manera regular, aspectos relevantes para un adecuado manejo del dolor de acuerdo a la teoría de Good y Moore (21) para el manejo del dolor posoperatorio, reflejan una importante área de oportunidad. Otros aspectos que contribuyeron fueron de tipo cultural y organizacional como la creencia de que presentar dolor posoperatorio es normal y lo relacionado con la inexistencia de un protocolo para el manejo del dolor donde las pautas para la valoración y el manejo estén debidamente especificadas para todo el equipo de salud participante en el manejo del dolor.

Las horas de entrenamiento en el manejo del dolor (4,29), así como la carga de trabajo del personal de enfermería (18,19) son aspectos que se reportan en la literatura como relevantes para el adecuado manejo del dolor. En el presente estudio no se encontró asociación; lo que pudiera explicarse debido a que los resultados mostraron escasa variabilidad en el número promedio de pacientes asignados a cada enfermera, así como un escaso entrenamiento del personal sobre el manejo del dolor, este último hallazgo es consistente a lo reportado en la literatura (29) donde una alta proporción del personal de enfermería tenía sólo tres horas de entrenamiento. Se recomienda seguir explorando la relación del manejo del dolor con aspectos como la carga de trabajo y las horas de entrenamiento para el manejo del dolor por parte del personal de enfermería, si bien, no se encontró asociación, no puede descartarse su relación.

Ante la falta de programas de capacitación orientados al manejo del dolor se sugiere desarrollar intervenciones dirigidas al entrenamiento para el manejo del dolor

perioperatorio de todo el equipo multidisciplinario involucrado en la atención de este tipo de pacientes. Es importante además, la implementación de programas de orientación dirigidos a involucrar al paciente y su familia en el manejo del dolor. Es urgente implementar protocolos para el manejo del dolor posoperatorio donde se consideren el tratamiento farmacológico con potencia adecuada de acuerdo a la demanda del paciente y la valoración del dolor de manera regular, principales áreas de oportunidad identificadas en el presente estudio.

## CONCLUSIONES

Los resultados del estudio reflejan que el manejo adecuado del dolor posoperatorio es un reto para las instituciones de salud; su alta prevalencia así como la tendencia a una intensidad de moderada a severa lo confirma. El índice de manejo del dolor determinó que una cuarta parte de los pacientes no recibió el tratamiento farmacológico adecuado para su intensidad del dolor.

El análisis de la intensidad del dolor en relación a características individuales del paciente y aspectos relacionados con el entrenamiento del personal de enfermería y carga de trabajo reveló que la intensidad del dolor fue mayor en las mujeres, sin embargo no se encontró asociación con la edad y escolaridad del paciente, así como tampoco con las horas de entrenamiento del personal de enfermería en relación con el manejo del dolor ni con el número de pacientes asignados por turno; sin embargo, estos últimos dos aspectos deben ser considerados con reserva debido a su escasa variabilidad en el personal de enfermería participante.

Es importante que todas las instituciones tanto del sector público como del privado analicen su situación en relación con el manejo del dolor y tomen las medidas pertinentes para lograr que este importante indicador refleje una atención de calidad. El rol activo del personal de enfermería en el manejo del dolor es fundamental debido a su participación en todo el proceso desde el tratamiento farmacológico, hasta la valoración y orientación al paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejo de Salubridad General. Estándares para la certificación de hospitales 2012. Disponible en: <http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/EstandaresCertificacionHospitales2012.pdf> Consultado: Febrero 4, 2011.
2. Arbonés E, Montes A. Guía de evaluación y tratamiento del dolor del IMAS. 2009. Disponible en: [http://www.parcdesalutmar.cat/media/upload\\_web/pdf/guiadolor\\_editora\\_219\\_396\\_1.pdf](http://www.parcdesalutmar.cat/media/upload_web/pdf/guiadolor_editora_219_396_1.pdf) Consultado: Abril 20, 2011.
3. Poggi L, Ibarra O. Manejo del dolor agudo pos quirúrgico. *Acta Med Per.* 2007; 24(2):109-15.
4. Guevara U, Covarrubias A, Rodríguez R, Carrasco A, Aragón G, Ayón H. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. *Cir Ciruj.* 2007;75:385-407.
5. Martínez-Vázquez J, Torres LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev Soc Esp Dolor.* 2000;7:465-76.
6. Padrol A, Pérez-Esquivá M, Olona M, Francesca A, Tomas I, Rull M. Estudio de la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Rev Soc Esp Dolor.* 2001;8:555-61.
7. Muñoz-Blanco F, Salieron J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor.* 2001;8:194-211.
8. McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL. The hidden error of mismanaged pain: a systems approach. *J Pain Symptom Manage.* 2004; 28:47-58.
9. Aréchiga G. Nuevos Conceptos en la certificación del dolor. Institucionalizando el dolor. *Anestesia en México.* 2005; 17(1): 46-52.
10. Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C, Prieto J. Valoración del dolor (II). *Rev Soc Esp Dolor.* 2002; 9:109-21.
11. Ruiz S, Gálvez R, Romero J. ¿Se sostiene la escalera analgésica de la OMS? *Rev Soc Esp Dolor.* 2008;151:1-4.
12. Peñarrieta I, Del Angel RE, García M, Vergel S, González F, Zavala MR. Manejo del dolor y la satisfacción de pacientes postoperados hospitalizados. *Desarrollo Científ Enferm.* 2006;14:20-6.
13. Ortega RM, Sánchez MD, García M, Cruz O, Romero RM, Fang MA. Orientación del manejo del dolor por el personal de enfermería al paciente hospitalizado. *Desarrollo Científ Enferm.* 2005; 13:267-71.
14. Achury. D. Aplicación de la teoría de los síntomas desagradables en el manejo del dolor. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* 2007; 9(2): 8-19.
15. Saralegui J, Balverde M, Baptista W, Guzmán A, Lagomarsino A, Bounous A, et al. Unidad de dolor agudo posoperatorio. *Rev Méd Uruguay.* 2006; 22:66-72.
16. Mc Millan J, Tittle M, Hagan S, Small B. Training pain resource nurses: changes in their knowledge and attitudes. *Oncol Nurs Forum.* 2005; 32(4):835-42.
17. Polkki T, Laukkala H, Vehvilainen-Julkunen K, Pletila AM. Factors influencing nurses' use of non pharmacological pain alleviation methods in paediatric patients. *Scand J Caring Sci.* 2003;17:373-83.
18. Tapp J, Kropp D. Evaluating pain management delivered by direct care nurses. *J Nurs Care Qual.* 2005; 20:167-73.
19. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology.* 2004; 100: 1573-81.
20. Cardona E, Castaño ML, Builes AM, Castro GA. Manejo del dolor posquirúrgico en el Hospital Universitario San Vicente de Paul de Medellín. *Rev Col Anest.* 2003; 31:111-7.
21. Good, M, Moore, S.M. Clinical practice guidelines as a new source of middle-range theory: focus on acute pain. *Nurs Outlook.* 1996; 44:74-9.
22. Polit DF, Hungler BP. *Investigación científica en ciencias de la salud.* 6a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
23. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (MX). II Censo de Población y Vivienda 2005. Tabulados Básicos. Estados Unidos Mexicanos Tomo I. México, D.F.: INEGI; 2006.
24. Mc Caffery M, Pasero C. *Pain: Clinical Manual.* St Louis: Mosby; 1999.
25. Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gill M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev Soc Esp Dolor.* 2004; 11:197-202.
26. Gallardo J. El dolor postoperatorio: pasado, presente y futuro. *Rev Chil Anest.* 2010; 39:69-75.
27. Bolibar I, Catala E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Rev Esp Anesthesiol. Reanim.* 2005; 53:131-40.
28. Szasz I. "Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja". En: Bronfman M, Castro R, coordinadores. *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina.* México: Edamex; 1999. p. 109-22.
29. Layman J, Horton F, Davidhizar R. Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *J Adv Nurs.* 2006; 53(4):412-21.