

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
“Dr. José Eleuterio Gonzalez”
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO
LEON
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



“SATISFACCIÓN DE ANALGESIA POSTOPERATORIA Y DE DOLOR CRÓNICO.”

TESIS

QUE PRESENTA

Omar Rigoberto Mayoral Alanís.

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD MEDICA EN

Anestesiología

Asesor:

Dra. Sandra Castillo Guzmán.

Nuevo León, 2023

**“SATISFACCIÓN DE ANALGESIA POSTOPERATORIA Y DE DOLOR
CRÓNICO”**

APROBACIÓN DE TESIS



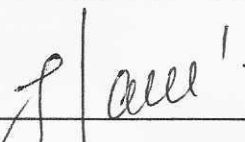
Dra. Sandra Castillo Guzmán

Directora de Tesis



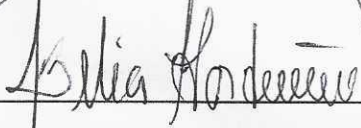
Dra. Teresa A. Nava Obregón

Codirectora de Tesis



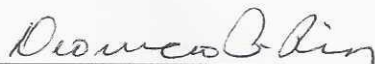
Dra. Hilda Alicia Llanes Garza

Coordinadora de investigación del Servicio de Anestesiología




Dra. Med. Belia Inés Garduño Chávez

Jefa de Enseñanza del Servicio de Anestesiología



Dr. Med. Dionicio Palacios Ríos

Jefe del Servicio de Anestesiología



Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez

Subdirector de Estudios de Posgrado

AGRADECIMIENTO

A mis padres, por ser la base de mi vida, por todos y cada uno de sus esfuerzos, por creer en mí siempre y apoyarme en cada momento, por hacerme entender que hay que luchar día a día por nuestros sueños y cumplir nuestras metas, gracias por todo lo que han hecho por nosotros, sus hijos.

A mi hermana, mi segunda madre, mi mejor cómplice a lo largo de todos estos años, por sus palabras y sabiduría, por ser mi apoyo en todas las ocasiones que necesité.

A mi esposa, por ser incondicional, por seguir a mi lado todo este camino, por nunca dudar de mí a pesar de tantas cosas que hemos vivido, gracias por creer en mí a pesar de todas las circunstancias que nos ha tocado enfrentar, por levantarme, no soltarme y acompañarme a lo largo de este largo camino que hemos trazado juntos.

A mi directora de tesis, por ser ese una luz y una guía en este trabajo, por todo el apoyo y soporte, por ser un ejemplo en esta profesión y por su amor y entrega a su trabajo, muchas gracias.

Contents

1. RESUMEN.....	1
2. MARCO TEORICO.....	2
3. OBJETIVO.....	9
3.1 Objetivo general.....	9
3.2 Objetivos particulares.....	9
4. HIPÓTESIS.....	9
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	9
5.1 Tipo de estudio.....	9
5.2 Diseño del estudio.....	9
5.3 Universo de estudio.....	9
5.4 Tamaño de muestra.....	10
5.5 Criterios de selección.....	10
5.6 Proceso de estudio.....	11
6. ANÁLISIS ESTADISTICO.....	11
7. RESULTADOS.....	12
8. DISCUSIÓN.....	15
9. CONCLUSIÓN.....	16
Referencias.....	17

1. RESUMEN

“DOLOR POSTOPERATORIO Y SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA”

Antecedentes.

Objetivo. Se evaluó la satisfacción a la analgesia postoperatoria de pacientes del cirugía electiva del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Material y métodos Se realizó un estudio no experimental, observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo. En el cual se incluyeron pacientes sometidos procedimientos de cirugía electiva de entre 18 y 60 años de edad; a los cuales se les aplicó la escala EVA, EVD y DNA 4 a las 24 horas y 36 horas postoperatoria para conocer el dolor percibido; de igual manera se aplicó el cuestionario APS-POQ para conocer su satisfacción con el manejo de la analgesia.

Resultados. La satisfacción se encontró en una media de 8.37 (escala 1-10), mientras que la escala EVA tuvo una media de 3.34 \pm 3.41 y para EVD de 3.31 \pm 3.43.

Conclusión. La satisfacción con el manejo analgésico fue alta e independiente del dolor percibido a las 24 horas postoperatorio.

Palabras clave: Dolor, analgesia, calidad de atención

2. MARCO TEORICO

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) propone la definición de dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular real o posible, o que se describe como tal". El dolor se clasifica en agudo y crónico. ⁽¹⁾

2.1 Dolor Agudo

El dolor agudo tiene una duración menor a 3 meses y es el resultado de un daño por una lesión. Este puede causar una sensibilización periférica que si se intensifica o se prolonga en el tiempo puede sensibilizar a nivel central produciendo un dolor crónico.

El dolor posoperatorio es el mejor representante del dolor de tipo agudo, el cual se define como "aquella experiencia sensorial y emocional no placentera, que se asocia a un daño tisular real e identificable, que tiene menos de tres meses de haber iniciado, y que ocurre a consecuencia de un acto quirúrgico", ya sea por la propia intervención o como resultado de la misma (drenajes, tubos, complicaciones, etc.)⁽²⁾

Resulta de varios mecanismos directos como la sección de terminaciones nerviosas a nivel de diferentes estructuras afectadas por la manipulación quirúrgica, e indirectas como la liberación de sustancias químicas con capacidad alogénica en el entorno inmediato de las terminaciones periféricas. Su característica más destacada del dolor posoperatorio es que su intensidad es máxima en las primeras 24 hrs y disminuye progresivamente.

El dolor crónico postoperatorio según la definición de la IASP es el dolor que se presenta después de una cirugía en un tiempo mínimo de dos meses es muy variable la persistencia de esta.⁽³⁾ En la actualidad el dolor posoperatorio, tiene gran importancia en el ámbito sanitario, ya que este es uno de los trastornos que más afecta y preocupa a los pacientes cuando son sometidos a una intervención

quirúrgica.⁽⁴⁾ Es además fuente de numerosos problemas, como efectos adversos fisiopatológicos y psicoemocionales, aumento de la morbilidad y alargamiento de las estancias hospitalarias.^(4, 5) El adecuado tratamiento del dolor ha sido considerado como un indicador relevante de buena práctica clínica y calidad asistencial, por lo que una de las primeras medidas de mejora asistencial para reducir el dolor en un centro sanitario consiste en conocer la prevalencia de este síntoma y analizar el abordaje terapéutico realizado.⁽⁵⁾

Entre un 30 y un 50% de los pacientes intervenidos presentan dolor moderado-intenso en el postoperatorio inmediato, con un inadecuado tratamiento analgésico en más de un tercio de los casos, baja utilización de opiáceos, y prescripción de pautas a demanda. El dolor posoperatorio sigue siendo un problema a tratar de manera multimodal, que si no se trata de manera adecuada se manifiesta como un tiempo prolongado de rehabilitación así como de mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares, pulmonares, probable alza de incidencia de dolor crónico y a la larga, una alza en los costos intrahospitalarios.⁽⁶⁾

El paciente lo manifiesta como algo desagradable, y frecuentemente es desestimado por el personal de salud. Por esta situación puede dificultar el manejo del dolor y el adecuado alcance de la analgesia, sin embargo, en general puede controlarse eficazmente mediante los fármacos y las técnicas disponibles actualmente.⁽⁷⁾

El dolor es una experiencia compleja en la que intervienen componentes fisiológicos, sensoriales, afectivos, cognitivos y conductuales. La percepción de la intensidad del dolor por parte de una persona tiene que ver con las interacciones de factores físicos, psicológicos, culturales y espirituales. Existen varias causas que explican la elevada prevalencia del dolor posoperatorio⁽⁸⁾:

- La ausencia de conocimientos o conceptos erróneos sobre el tratamiento del dolor por parte del personal sanitario.
- La ausencia de evaluación o valoración inadecuada de la intensidad del dolor y de la eficacia de los tratamientos utilizados.

- La ausencia de información del paciente sobre las consecuencias del dolor no tratado de forma adecuada.
- La ausencia de estructuras organizadas que gestionen el proceso del dolor a lo largo del periodo perioperatorio.

El control satisfactorio del dolor posoperatorio es uno de los retos más importantes que permanecen sin resolver en el ámbito quirúrgico, lo que motiva un fuerte impacto en los pacientes y en el sistema sanitario en su conjunto. Su manejo eficiente mejorará las condiciones generales del enfermo, facilitará una recuperación más rápida y disminuirá la estancia en el hospital. No obstante que se ha fundamentado en la evidencia el beneficio de una analgesia óptima, el 64% de los pacientes no reciben una terapéutica enfocada al alivio de su dolor hasta que este sea severo en intensidad.⁽⁹⁾

Un manejo eficiente del dolor postoperatorio mejorará las condiciones generales del enfermo, facilitará una recuperación más rápida y disminuirá la estancia hospitalaria. Por otro lado, su manejo ineficaz se ha asociado con eventualidades potencialmente adversas y a estancias hospitalarias prolongadas (íleo, atelectasias, neumonía, tromboembolia, sangrado, alteraciones psicológicas, etc.). No obstante que se ha fundamentado en la evidencia el beneficio de una analgesia óptima, el 64% de estos pacientes no reciben una terapéutica enfocada al alivio de su dolor aun cuando este sea severo en intensidad. En México esto aún no ha sido documentado.⁽⁸⁾ Desde hace 40 años está bien documentado que el nivel de satisfacción de la analgesia de los pacientes postoperados muchas veces es sub óptimo y a pesar de tener conocimiento de esto y de los avances en la terapéutica analgésica, la analgesia postoperatoria adecuada y satisfactoria continúa siendo un reto aún en los centros hospitalarios más desarrollados.⁽⁵⁾

Diversos grupos han sugerido que la evaluación del dolor postoperatorio debe tener como marco de referencia la intensidad. Tal evaluación basada en la intensidad utiliza la «escalera analgésica» sugerida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este instrumento sugiere implementar una estrategia farmacológica con fundamento en la intensidad del dolor. Para ello, conceptualiza

al dolor en las categorías utilizadas en la Escala Verbal Análoga (EVERA). Dado que el dolor asociado a un evento quirúrgico «por definición» es moderado a severo en intensidad se sugiere iniciar por los escalones que abordan mayor severidad.⁽⁵⁾

La utilización de la «escalera analgésica» sugerida por la OMS propone una correlación entre la escala visual análoga (EVA, usando una regla de 10 centímetros) y la escala verbal análoga (EVERA, categorizando al dolor en leve, moderado, y severo). En el contexto específico del dolor postoperatorio a una EVA, de 1 a 4 le corresponde la categoría de «dolor leve», de 5 a 7 una de «dolor moderado», y de 8 a 10 una de «dolor severo» Se pueden realizar las siguientes recomendaciones ^{(10,} ¹¹⁾:

(I) El dolor leve (EVA 1 a 4) puede ser tratado satisfactoriamente únicamente con analgésicos ^{no} opioides.

(II) El moderado (EVA 5 a 7), puede ser tratado con analgésicos opioides con efecto techo (ya sea en bolo o en infusión continua), solos o en combinación, con analgésicos no opioides y/o fármacos adyuvantes. (10) El manejo del dolor postoperatorio es un indicador importante de la calidad de la atención de la salud en ambientes crónicos y agudos.^(10, 11) La medición de la calidad del manejo del dolor debería incluir:

1. El proceso de la analgesia, incluyendo comunicación con el personal y el tratamiento farmacológico y no farmacológicos del dolor.
2. Resultados, incluyendo la severidad del dolor, impactos del dolor en las funciones físicas y fisiológicas y la satisfacción del paciente con los cuidados recibidos.⁽¹²⁾

Al ser el dolor una experiencia subjetiva, para su cuantificación se requiere necesariamente de la información suministrada por el paciente, ya que los signos físicos y metabólicos son absolutamente inespecíficos y no mantienen necesariamente una relación proporcional a la magnitud del dolor.⁽¹³⁾

La evaluación clínica constituye el único método efectivo y razonable fácil de realizar a pie de cama para valorar el grado de dolor postoperatorio.⁽¹⁴⁾ El usos de neuromoduladores como gabapentina y pregabalina disminuyen los requerimientos de opioides.⁽¹⁵⁾

1.2 Dolor crónico

El dolor crónico es aquel que dura más de 3 o 6 meses, dependiendo del criterio de las diferentes sociedades científicas. Este tipo de dolor conlleva un reto terapéutico especial. Se estima que la prevalencia de dolor crónico en las poblaciones europeas es de alrededor del 20%, siendo el dolor lumbar la causa principal de dolor crónico moderado a intenso. El dolor crónico es un problema multifactorial que incluye componentes tanto físicos como psicológicos, como ansiedad, movilidad reducida, alteraciones del sueño y del apetito y depresión.⁽¹⁶⁾

Entre el 20 y el 50% de los pacientes diagnosticados sufren dolor oncológico; en estados avanzados de la enfermedad, se estima que el 75% de los pacientes sufren dolor. De acuerdo a Twycross y Bennett (2008), de un total de 2000 pacientes con cáncer avanzado y dolor, el 85% de éste es «directamente atribuible al cáncer mismo», 17% al tratamiento, 9% relacionado al cáncer y 9% a un «trastorno concurrente». Así, se identifican tres causas comunes de dolor en pacientes con cáncer: la enfermedad misma, los métodos de tratamiento y la presencia de comorbilidad.

Entre los pacientes que reciben quimioterapia la neuropatía periférica asociada (CIPN) es un efecto adverso de muchos agentes quimioterapéuticos que afecta al 30-40% de los pacientes que lo reciben. La incidencia y severidad depende del tipo de medicamento, duración, dosis acumulada, farmacogenética y presencia de neuropatía periférica preexistente. Los agentes que lo provocan incluyen compuestos de platino, taxanos, alcaloides de la vinca, talidomida y bortezomib. La mayoría de las veces la intensidad del dolor es moderada, pero puede llegar a ser debilitante y disminuir su calidad de vida.

La identificación de factores de riesgo para los distintos tipos de dolor y el impacto de los tipos de dolor en la calidad de vida de los pacientes ayudaran a los médicos a desarrollar una valoración del dolor más completa, esto se refiere a tamizaje, valoración, tratamiento, manejo de síntomas asociados, abordaje de síntomas específicos y seguimiento.⁽¹⁷⁾ Al igual que en el dolor agudo se puede usar una analgesia con neuromoduladores ejemplo la gabapentina en dolor neuropático por

las metástasis del proceso oncológico o bien por neuropatía por quimioterapia continuar la administración de neuromoduladores.⁽¹⁸⁾

2.3 Antecedentes

Kolvekar et al. Evidencia la satisfacción de la analgesia con la analgesia controlada por el paciente.⁽¹⁹⁾

Sullivan et al. (2001) enmarcan las relaciones observadas entre catastrofismo y dolor dentro de un contexto teórico en el que el catastrofismo puede contribuir a que una experiencia de dolor sea más intensa aumentando el foco atencional en el dolor y/o aumentando la respuesta emocional ante los estímulos nocivos. Además, ese catastrofismo puede surgir como recurso de afrontamiento ante las emociones negativas causadas por el dolor crónico con la intención de reclutar apoyo social. Varias investigaciones demuestran que los deportistas son más tolerantes al dolor y perciben menos intensidad del mismo que los sedentarios.⁽²⁰⁾

Moreno-Monsivàis et.al. 2014 hace referencia de la satisfacción de la analgesia de postoperatorio.⁽²¹⁾

Castillo et al.2014 encontraron este número de pacientes con 3,170,880 con necesidades de cuidados paliativos (52.19%) en México sin embargo diversas publicaciones refieren que las patologías oncológicas el síntoma de dolor se presenta en más de 50% por lo cual su importancia.⁽²²⁾

González et al.,2017 publicaron que el 13.5% de la población geriátrica eran pacientes oncológicos.⁽²³⁾

Gaetner et.al, 2017 Analizaron estudios en el que se incluían equipos de cuidados paliativos de al menos 2 profesionales de la salud (12 estudios de los cuales 10 eran ensayos clínicos dando un total de 2454 pacientes con criterios de terminalita), comparando el cuidado estándar vs paliativos , resultando que la calidad de vida mejoró de manera significativa en paliativos sin embargo la calidad en la analgesia no fue significativa.⁽²⁴⁾

Existen múltiples escalas validadas para conocer el grado de satisfacción al dolor enfocándonos en las siguientes que están traducidas al español como son el PTSS y la APS-POQ., Patient Outcome Questionnaire.⁽²⁵⁾

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo general

Se evaluó la satisfacción a la analgesia postoperatoria de pacientes del cirugía electiva del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

3.2 Objetivos particulares

1) Se evaluó la satisfacción de la analgesia postoperatoria dentro de las 24 horas postoperatorias.

2) Se evaluó la satisfacción de la analgesia en el período de 36 a 48 horas postoperatorias.

.

4. HIPÓTESIS

H: La analgesia postoperatoria realizada en el Hospital Dr. José Eleuterio González es satisfactoria

Ha: La analgesia postoperatoria realizada en el Hospital Dr. José Eleuterio González no es satisfactoria

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio no experimental

5.2 Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo

5.3 Universo de estudio

Población sometida a cirugía electiva en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

5.4 Tamaño de muestra

Se realizó un muestreo aleatorio simple. En el cual se incluyeron pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

5.5 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- a) Todos los pacientes postoperados de cirugía electiva en quirófano del quinto piso del Hospital.
- b) Pacientes mayores de 18 años hasta 60 años.
- c) Pacientes ASA I, II Y III.

Criterios de exclusión:

- a) Participantes postoperados de cirugía de urgencia.
- b) Participantes con diagnóstico de nefropatía
Participantes embarazadas
- d) Participantes que fallezcan de causa desconocida

Criterios de eliminación:

- a) Participantes que se den de alta antes de 24 horas en el periodo postoperatorio
- b) Participantes que no hayan completado la valoración

5.6 Proceso de estudio

En la primera entrevista el encargado de enrolar los participantes verificó criterios de inclusión y solicitó el consentimiento informado. Posteriormente en el periodo postoperatorio se aplicaron los instrumentos:

- Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ)
- Evaluación del dolor con Cuestionario DN4
- Escala visual análoga numérica (EVA)
- Escala verbal descriptiva (EVD)

Posteriormente a la primer valoración, se realizó ajuste de medicación y se realizó una nueva valoración a las 24 horas con las escalas de DN4, EVD y de EVA.

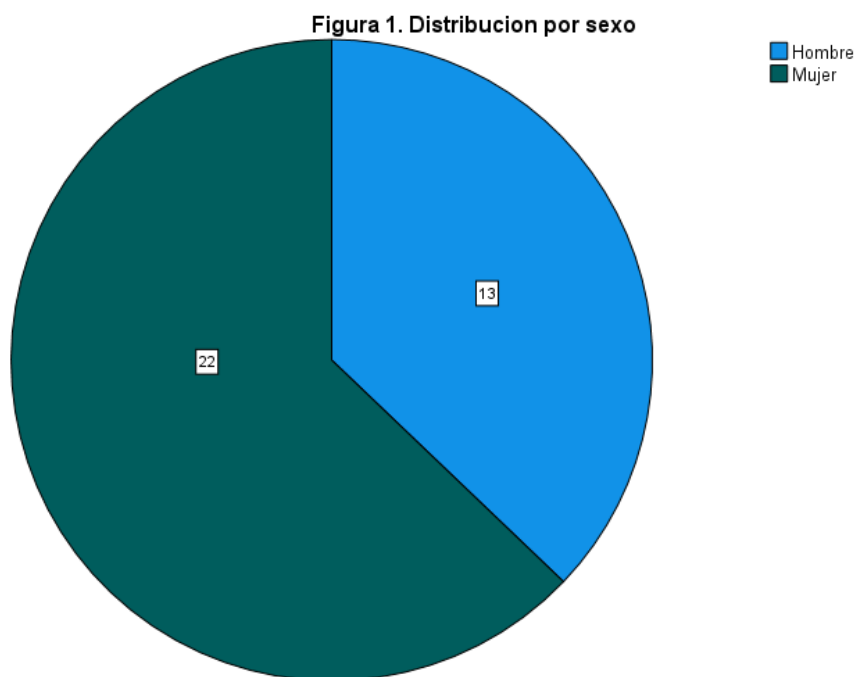
Con la información se formó una base de datos para el análisis y valoración de resultados.

6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo en el programa SPSS versión 25. Para presentar los resultados, éstos se expusieron en tablas y graficas Para las variables cualitativas se realizó el cálculo de frecuencias y porcentajes, para las variables cuantitativas se realizó medidas de tendencia central, para determinar asociaciones entre las variables se usó la prueba de chi cuadrada con una significancia estadística de $p < 0.5$. Para los factores de riesgo evaluados de manera dicotómica se calculó la razón de momios. En caso de encontrar varias asociaciones significativas se empleó la prueba de regresión logística. Se realizó la correlación de número de comorbilidades con la tasa de filtración glomerular.

7. RESULTADOS

En el presente estudio se incluyeron 35 casos de estudios de los cuales 62.9% (n=22) fueron mujeres y 37.1% (n=13) hombres.



Según los procedimientos realizados en los pacientes incluidos en el presente estudio, estos se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Procedimientos

	N	%
	1	2,9%
Amputación	3	8,6%
Cierre de colostomía	1	2,9%
Colecistectomía	3	8,6%
Colocación de prótesis Thompson	1	2,9%
Colocación de Vac	1	2,9%
Exploración biliar	1	2,9%
Hemicolectomía	2	5,7%
Hernioplastia	2	5,7%
Histerectomía	9	25,7%

Linfadenectomía	1	2,9%
Mastectomía	1	2,9%
P y L (fractura de astrágalo)	1	2,9%
Plastia umbilical	1	2,9%
Prostatectomía	2	5,7%
Reducción de fractura	3	8,6%
Retiro de implante- fractura tibia izquierda	1	2,9%
Salpingooferectomía derecha	1	2,9%

La prevalencia de dolor postoperatorio fue de 60%. Ahora bien, según las escalas aplicadas para evaluar el dolor aplicadas en los pacientes fueron analizadas en comparación del esquema inicial a las 24 hrs vs el esquema de analgesia modificado a las 36 hrs (Tabla 2).

	Esquema inicial (24 horas)	Segundo esquema (36 horas)	p*
DN4	0.57 ±1.25	0.64 ±1.17	0.81
EVA (Escala Visual Analógica)	3.34 ±3.41	2.91 ±2.71	0.56
EVD (Escala Verbal Descriptiva)	3.31 ±3.43	2.91 ±2.71	0.59

*Valor calculado pro t-Student

Finalmente, se realizó el análisis de lo reportado según el cuestionario APS-POQ para calidad de la analgesia.

Tabla 3. Resultado escala APS-POQ	
Menor dolor en 24 horas	2.77 ±3.37
Peor dolor en 24 horas	5.66 ±3.86
Tiempo de dolor intenso	38.28 ±40.18%
Interferencia del dolor en actividades en la cama	4.74 ±4.18
Interferencia del dolor en actividades fuera de la cama	5.77 ±4.35
Interferencia para quedarse dormido	2.57 ±3.88
Interferencia para mantenerse dormido o dormir de manera ininterrumpida	2.37 ±3.85
Ansiedad	1.69 ±3.07
Depresión	1.14 ±2.34
Asustado	0.86 ±2.26
Indefenso	1 ±2.53
Nausea	2.57 ±3.68
Somnolencia	4.03 ±4.21
Picor	0.46 ±1.44
Mareos	1.09 ±2.83
El dolor permite tomar decisiones	3.4 ±3.99
Se informo de otras opciones no farmacológicas	22.9%
Empleo y ánimo de usar opciones no farmacológicas para la analgesia	8.7%
Alivio del dolor primeras 24 horas	71.14 ±38.02%
Satisfacción	8.37 ±2.33

Cabe señalar que el dolor según al escala EVA y EVD a las 24 horas no se correlaciono con la satisfacción de la analgesia ($p=0.501$ y 0.483 respectivamente).

8. DISCUSIÓN

Como se puede observar en los resultados, la población atendida fue principalmente integrada por mujeres; esto tiene varias posibles causas, dentro de las que podemos encontrar es que las mujeres son mas numerosas vs los hombres en la distribución poblacional de México, también que las mujeres demandan mas servicios de atención medica que los hombres e incluso en menor grado que las mujeres suelen percibir las dolor crónico que los hombres.⁽²⁶⁻²⁸⁾

En cuanto al tipo de cirugías realizadas, podemos observar que la mayoría recaen en cirugía general, traumatología ortopedia y ginecología; esto no es de extrañarse, ya que este comportamiento se ha observado en diversas instituciones de México desde hace ya algún tiempo.^(29, 30)

En cuanto al dolor percibido e identificado por los pacientes en el periodo postoperatorio fue considerablemente bajo y esto puede relacionarse con el tratamiento analgésico perioperatorio como se ha sugerido en otros estudios. Esto señalan que el manejo del dolor preoperatorio no solo reduce el manejo del dolor, si no que también reduce el estrés de la cirugía permitiendo un mejor manejo del dolor por parte del paciente.⁽³¹⁻³³⁾

Finalmente, en relación con la evaluación de la satisfacción de la analgesia por parte de los pacientes primeramente se ha de mencionar que el instrumento APS-POQ ha permitido realizar evaluaciones de esta índole de manera precisa y con calidad. Por lo que es instrumento que cuenta con la validez para su uso y considerar sus resultados como válidos.⁽³⁴⁾

Ahora bien, la satisfacción en la calidad de atención del dolor en el presente estudio se puede considerar alta al estar por arriba de una clasificación de 8. Sin embargo, es importante considerar que en la actualidad este es un valor esperado con las técnicas actuales de analgesia transoperatoria incluso de manera indistinta de la técnica quirúrgica o cirugía que es realizada.^(35, 36)

Incluso se puede señalar que la satisfacción con la calidad de analgesia del presente estudio es inferior a otros realizados en México. Sin embargo, tanto en esos estudios como en el presente es distinta la prevalencia de dolor y la intensidad de dolor con la satisfacción del tratamiento. Señalando que la satisfacción es indistinta de la presencia del dolor y severidad del mismo.^(37, 38)

9.CONCLUSIÓN

La satisfacción con la analgesia en el periodo postoperatorio de los pacientes es alta y esta no se relaciona con el nivel de dolor percibido en las primeras 24 horas postoperatorias. Lo que permitirá asumir que existen otros factores asociados a la satisfacción del paciente con la analgesia y que puede estar relacionado con el tratamiento de analgesia transoperatorio que permite un bajo nivel de dolor, la calidad de atención médica e incluso la relación establecida entre el equipo médico quirúrgico y el paciente.

Por lo que para poder entender o abordar el dolor postoperatorio y la satisfacción con el mismo debe abordarse de manera integral los factores que se relacionan con la satisfacción del paciente en su atención médica más allá del proceso de analgesia postoperatoria.

Aunque si es importante remarcar que indistintamente del procedimiento quirúrgico en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González se mantiene un nivel de dolor bajo a las 24 horas. Cumpliendo con los objetivos de la analgesia trans y postoperatoria.

Referencias

1. IASP. Terminology 2011 [Available from: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>].
2. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia Analgesia*. 2003;97(2):534-40.
3. Luo J, Min S. Postoperative pain management in the postanesthesia care unit: an update. *Journal of pain research*. 2017;10:2687.
4. Valentín López B, García Caballero J, Muñoz Ramón J, Aparicio Grande P, Díez Sebastián J, Criado Jiménez A. Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calidad. *Rev esp anestesiología reanim*. 2006;408-18.
5. Covarrubias-Gómez A. El manejo del dolor agudo postoperatorio: una década de experiencias. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2013;36(S1):179-82.
6. Bolívar I, Catalá E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Rev Esp Anestesiología Reanim*. 2005;131-40.
7. Abrishami A, Chan J, Chung F, Wong J. Preoperative pain sensitivity and its correlation with postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. *Anesthesiology*. 2011;114(2):445-57.
8. de Castro JM-V, Torres L. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev Soc Esp Dolor*. 2000;7(7):465-76.
9. Kopf A, Patel NB. *Guide to Pain Management in Low Resource Settings*. 2009.
10. Lorentzen V, Hermansen IL, Botti M. A prospective analysis of pain experience, beliefs and attitudes, and pain management of a cohort of Danish surgical patients. *Eur J Pain*. 2012;16(2):278-88.
11. Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, McCarberg B, Todd KH, Paice JA, et al. American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force. *Arch Intern Med*. 2005;165(14):1574-80.
12. Ward SE, Gordon DB. Patient satisfaction and pain severity as outcomes in pain management: a longitudinal view of one setting's experience. *Journal of pain/symptom management*. 1996;11(4):242-51.
13. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975;1(3):277-99.
14. Wallenstein SL, Heidrich III G, Kaiko R, Houde RW. Clinical evaluation of mild analgesics: the measurement of clinical pain. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 1980;10(Suppl 2):319S.

15. Maitra S, Baidya DK, Bhattacharjee S, Som A. Perioperative gabapentin and pregabalin in cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *Revista brasileira de anestesiologia*. 2017;67:294-304.
16. Bond M. A decade of improvement in pain education and clinical practice in developing countries: IASP initiatives. *British journal of pain*. 2012;6(2):81-4.
17. Kolvekar S, Pilegaard H, Ashley E, Simon N, Grant J. Pain management using patient controlled anaesthesia in adults post Nuss procedure: an analysis with respect to patient satisfaction. *Journal of Visualized Surgery*. 2016;2.
18. Fabritius ML, Wetterslev J, Mathiesen O, Dahl JB. Dose-related beneficial and harmful effects of gabapentin in postoperative pain management - post hoc analyses from a systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses. *J Pain Res*. 2017;10:2547-63.
19. Olmedilla Zafra A, Ortega Toro E, Abenza Cano L. Validación de la escala de catastrofismo ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en deportistas españoles. *Cuadernos de psicología del deporte*. 2013;13(1):83-94.
20. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*. 2001;17(1):52-64.
21. Monsiváis MGM, Rodríguez MdRM, Guzmán MGI. Satisfacción con el manejo de dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Aquichan*. 2014;14(4):460-72.
22. Castillo-Guzmán S, González Santiago O, Palacios Ríos D. Tamaño de la población mínima con necesidad de cuidados paliativos en México (2000-2011). *Med paliat*. 2016:213-4.
23. González Santiago O, Castillo Guzmán S, Palacios Ríos D, Ramírez Cabrera MA. Cancer Mortality in Older Mexican Individuals (2000–2010). *Epidemiol*. 2014;4(3):1-4.
24. Gaertner J, Siemens W, Meerpohl JJ, Antes G, Meffert C, Xander C, et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. *Bmj*. 2017;357.
25. Nava-Obregon TA, Fragoso-Estrada DA, Castillo-Guzman S, Lopez-Cabrera NG, González-Santiago O, Palacios-Rioas D. Spanish translation and preliminary validation of the Pain Treatment Satisfaction Scale. *FResearch*. 2016;5(996):996.
26. Rosa-Jiménez F, Montijano Cabrera A, Ília Herráiz Montalvo C, Zambrana García J, editors. ¿ Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? *Anales de medicina interna*; 2005: SciELO Espana.
27. INEGI. Población. 2022.
28. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British journal of anaesthesia*. 2019;123(2):e273-e83.
29. Díaz-Medina AE, Vargas-Ruiz ÁG, Lara-Hernández G. Cirugías más frecuentes en el Centro Médico Naval en un período de 5 años. *Revista mexicana de anestesiología*. 2021;44(3):158-65.
30. Salud DTdIEe. El IMSS en cifras. Las intervenciones quirúrgicas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2005;43(6):511-20.
31. Balibrea JL, López-Timoneda F, Acín F, Cabero L, Moreno-González A, Ayala LE. El Proyecto MADAI: Un estudio epidemiológico sobre el abordaje y manejo del dolor agudo periquirúrgico *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2008;15:209-18.
32. Balbina S-GI, Luis V-PA. Perfil clínico-epidemiológico del dolor posoperatorio y su manejo en un hospital de segundo nivel. *Avances en Ciencia, Salud y Medicina*.1(3).
33. Kehlet H. Postoperative pain, analgesia, and recovery-bedfellows that cannot be ignored. *Pain*. 2018;159 Suppl 1:S11-s6.
34. Gordon DB, Polomano RC, Pellino TA, Turk DC, McCracken LM, Sherwood G, et al. Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R) for quality improvement of

pain management in hospitalized adults: preliminary psychometric evaluation. *The journal of pain*. 2010;11(11):1172-86.

35. De Paz-Suarez M, Pérez-García M, Martín-Del Río MI, Santana-Pineda MM, Jover López-Rodrigalvez RJ, Fernández-Mangas C, et al. Protocols of analgesia in immediate postoperative period in urological surgery. Evaluation of pain and satisfaction of the patient in their application. *Archivos españoles de urología*. 2014;67(7):628-33.

36. Segado Jiménez M, Arias Delgado J, Casas García M, Domínguez Hervella F, López Pérez A, Bayón Gago M, et al. Abordaje de la analgesia postoperatoria en cirugía de cadera: comparativa de 3 técnicas. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2010;17(6):259-67.

37. Vargas Aguilar DM, Bañuelos Ortiz E, Cortés Martínez LA, Martínez Nápoles AR, Romero Luna DI, Guevara Valerio H, et al. Estimación de la prevalencia, intensidad del dolor postoperatorio y satisfacción de los pacientes postoperados del Hospital Ángeles Lomas. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2020;18(2):133-9.

38. Unyén Pinedo LM. Satisfacción ante el manejo del dolor postoperatorio en el Hospital II Suárez-Angamos. 2010.

ANEXOS.



DRA. SANDRA CASTILLO GUZMAN
Investigador principal
Servicio de Anestesiología
Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
Presente.-

Estimada Dra. Castillo:

Por medio de la presente, me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", ha revisado el informe IP22-00016 presentado a este Comité correspondiente al protocolo de investigación clínica número titulado:

"Satisfacción de analgesia postoperatoria y de dolor crónico" registrado con la clave AN18-0009.

Por lo que la aprobación del estudio arriba citado se mantiene vigente al **03 de Diciembre del 2022**, le pedimos atentamente nos siga manteniendo informados del avance anualmente de este proyecto, así como de desviaciones o cambios del protocolo para eliminar peligros inmediatos a los sujetos del estudio, cambios que incrementan el riesgo para los sujetos y/o que afecten significativamente la conducción del estudio, las reacciones adversas que sean serias e inesperadas, al igual que de nueva información que pueda afectar en forma adversa la seguridad de los sujetos o la conducción del estudio.

Atentamente,
"Alere Flammam Veritate"
Monterrey, Nuevo León a 09 de febrero del 2022



DR. med. JOSÉ GERARDO GARZA LEAL
Secretario de Investigación Clínica
Presidente del Comité de Ética en Investigación

Comité de Ética en Investigación
Av. Francisco de Ibarra y González 501, Col. Miras Centrales, C.P. 64460, Monterrey, N.L., México
Teléfono: 81 5329 4050, Ext. 2670 a 2674. Correo Electrónico: investigacion@hgu.guanajuato.gob.mx

