



BUAP

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina

**HOSPITAL GENERAL DE PUEBLA
“DR. EDUARDO VAZQUEZ NAVARRO”**

**“CALIDAD DE LA ATENCION DEL DOLOR
POSTOPERATORIO EN PACIENTES
ADULTOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA
LAPAROSCÓPICA BAJO ANESTESIA GENERAL”**

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Anestesiología

PRESENTA:

**Alejandra Teoyotl Martínez
Médico Residente de Anestesiología**

DIRECTORES DE TESIS

**Dra. Iraís Córdova González
Médico Adscrito de Anestesiología**

**Jorge Manuel Ramírez Sánchez
Coordinador de Investigación**

Hospital General de Puebla “Dr. Eduardo Vázquez Navarro”

H. Puebla de Zaragoza, Noviembre del 2019



AGRADECIMIENTOS

Son muchas personas las cuales han influido en mi vida para tomar la decisión de ser Médico, que contribuyeron a la conclusión de esta Etapa de mi Formación Profesional. Una de las etapas más difíciles es la adolescencia, la mayoría de las ocasiones no entendemos por qué se nos trata con tanto rigor y exigencia, pero puedo decir en este momento de la vida que agradezco a mis padres el haberme direccionado por este camino, sin ellos; sus esfuerzos, desvelos, cuidados y apoyo no podría estar en este momento de la vida, Gracias por todo el Amor que me han dado a lo largo de toda mi vida, las enseñanzas, la dedicación a mi cuidado y formación y la paciencia que han tenido, que a pesar de todas malas decisiones en el transcurso de mi camino, siempre he recibido apoyo de su parte.

Agradezco infinitamente a la vida, por haber puesto en mi camino gente tan importante en mi vida, que me ha enseñado a ser mejor persona cada día, con los cuales he aprendido que sí y que no me gusta, que sí volvería hacer y qué evitaría, porque todo lo que pasa en nuestra vida es Aprendizaje, y sólo nosotros tenemos la Decisión de hacer las cosas de la mejor manera.

En la vida jamás me arrepentiré de las personas que formaron, forman y formarán parte de mi Camino, ya que muchos de ellos sin esperar nada a cambio compartieron vivencias, conocimientos, sueños.

Doy Gracias a Dios por permitir que las personas que amo y que me han apoyado a lo largo de la vida puedan disfrutar este logro a mi lado, por darle una nueva oportunidad de vida a mi Padre para estar a mi lado y poder seguir a nuestro lado para apoyarnos y seguir creciendo juntos como Familia, por darnos salud para poder seguir adelante y darnos todo lo que necesitamos para continuar.

Dedico esta Tesis con todo mi Amor a mis padres, por todo el Apoyo y Sacrificio, por siempre buscar darme lo mejor y apoyarme en esta Aventura tan larga pero tan placentera como Ser Humano, por ser los mejores, no sólo dándome la vida; sino también dándome un Futuro, por creer en mi capacidad de lograr las cosas que me propongo. Gracias por no dejarme caer.

Gracias a Todos.

INDICE

| | | |
|------|--|----|
| • | AGRADECIMIENTOS..... | 3 |
| • | INDICE..... | 4 |
| • | LISTA DE FIGURAS..... | 6 |
| • | LISTA DE GRÁFICAS..... | 7 |
| • | LISTA DE TABLAS..... | 9 |
| | | |
| I. | RESUMEN..... | 10 |
| | A. MARCO GENERAL DEL TRABAJO DESARROLLADO | |
| | 1.Objetivo General | |
| | 2.Diseño del Estudio | |
| | 3.Sitio de Realización | |
| | 4.Población Participante | |
| | 5.Maniobra | |
| | 6.Variables (Mediciones) | |
| | B. RESULTADOS OBTENIDOS | |
| | C. CONCLUSIONES RELEVANTES CON POSIBLES APLICACIONES | |
| | D. SUMMARY | |
| II. | ANTECEDENTES..... | 11 |
| | A. GENERALES | |
| | B. ESPECÍFICOS | |
| III. | JUSTIFICACION..... | 48 |
| IV. | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 49 |
| | A. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA | |
| | B. PREGUNTA | |
| V. | OBJETIVOS..... | 50 |
| | A. GENERALES | |
| | B. PARTICULARES | |
| VI. | MATERIAL Y METODOS..... | 51 |
| | A. DISEÑO DEL ESTUDIO | |
| | B. DEFINICION DEL UNIVERSO DE TRABAJO | |
| | C. DEFINICIÓN DE UNIDADES DE OBSERVACION | |
| | D. ESTRATEGIA DE MUESTREO | |
| | E. DEFINICION DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDICION | |
| | F. RECOLECCION DE INFORMACIÓN | |

| | | |
|-------|--|----|
| | 1.Fuentes de Información | |
| | 2.Instrumentos de Medición | |
| | 3.Validez y Consistencia | |
| VII. | RESULTADOS..... | 56 |
| | A. PRESENTACION DE LOS DATOS | |
| | 1.DESCRIPCIÓN NUMÉRICA | |
| | 2.DESCRIPCIÓN GRÁFICA | |
| | B. PRUEBAS ESTADÍSTICAS | |
| | 1.DESCRPTIVAS | |
| | 2.INFERENCIALES | |
| | a. HIPÓTESIS ESTADÍSTICA | |
| | b. SIGNIFICANCIA Y POTENCIA | |
| | c. PRUEBAS EMPLEADAS | |
| | d. DIFERENCIAS ESTADÍSTICAS | |
| | e. VALOR DE PRUEBA, VALOR CRÍTICO Y P | |
| VIII. | DISCUSION..... | 63 |
| | A. ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS | |
| | B. INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS | |
| IX. | CONCLUSIONES..... | 65 |
| | A. EXPOSICIÓN DE CONCLUSIONES (OBJETIVOS) | |
| | B. PROPUESTAS | |
| | C. RECOMENDACIONES | |
| | D. APLICACIONES | |
| X. | REFERENCIAS BIBLIO-HEMEROGRÁFICAS..... | 69 |
| XI. | ANEXOS..... | 72 |
| | A. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION | |
| | B. INSTRUCTIVOS | |
| | C. DEFINICIONES OPERACIONALES | |
| | D. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO | |

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Escala numérica de evaluación de dolor.

Figura 2. Esquema de Mecanismos de sensibilización periférica y central causada por el dolor postoperatorio.

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Incidencia de colecistectomía laparoscópica en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.

Gráfica 2. Procedimientos realizados en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018 bajo Anestesia fuera y dentro de Quirófano.

Gráfica 3. Distribución de pacientes por Sexo sometidos a Procedimientos bajo anestesia del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018. Fuente: Obtenida por el Investigador

Gráfica 4. Procedimientos realizados bajo anestesia Programadas y Urgencias en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.

Gráfica 5. Procedimientos Programados realizados bajo anestesia dentro y fuera del Quirófano del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.

Gráfica 6. Principales procedimientos realizados bajo anestesia dentro del Quirófano del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.”.

Gráfica 7. Principales Procedimientos realizados bajo anestesia fuera del Quirófano del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.

Gráfica 8. Tipo de Anestesia realizada en Procedimientos Programados del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.

Gráfica 9. Procedimientos de Urgencias realizados bajo anestesia dentro y fuera del Quirófano del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.

Gráfica 10. Principales procedimientos de Urgencias realizados bajo anestesia dentro del Quirófano del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.

Gráfica 11. Principales procedimientos de Urgencias realizados bajo anestesia fuera del Quirófano del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.

Gráfica 12. Tipo de Anestesia realizada en Procedimientos de Urgencias del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.

LISTA DE GRÁFICAS DE RESULTADOS.

Gráfica 1. Grupos de Edad de pacientes sometidos a Colectomía Laparoscópica bajo Anestesia en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019.

Gráfica 2. Distribución de pacientes con respecto a Edad sometidos a Colectomía Laparoscópica bajo Anestesia General en el Hospital de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019. Datos obtenidos por el Investigador.

Gráfica 3. Distribución de pacientes con respecto a ASA sometidos a Colectomía Laparoscópica bajo Anestesia en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019. Datos obtenidos por el Investigador.

Gráfica 4. Calificación de Dolor al Ingreso a la Unidad de Cuidados Postanestésicos con apoyo de Escala Visual de Dolor (EVA) en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019. Datos obtenidos por el Investigador.

Gráfica 5. Calificación de Dolor al Egreso a la Unidad de Cuidados Postanestésicos con apoyo de Escala Visual de Dolor (EVA) en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019. Datos obtenidos por el Investigador.

Gráfica 6. Importancia dada por los paciente al Alivio del Dolor al Egreso a la Unidad de Cuidados Postanestésicos en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019. Datos obtenidos por el Investigador.

Gráfica 7. Síntomas agregados durante la Estancia en la Unidad de Cuidados Postanestésicos en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019. Datos obtenidos por el Investigador.

Gráfica 8. Evaluación de la Calidad de Atención del Dolor durante la Estancia en la Unidad de Cuidados Postanestésicos en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019. Datos obtenidos por el Investigador.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Recomendaciones Preoperatorias por PROSPECT para Manejo Analgésico en pacientes sometidos a Colectectomía Laparoscópica.

Tabla 2. Recomendaciones Intraoperatorias por PROSPECT para Manejo Analgésico en pacientes sometidos a Colectectomía Laparoscópica.

Tabla 3. Recomendaciones Postoperatorias por PROSPECT para Manejo Analgésico en pacientes sometidos a Colectectomía Laparoscópica.

Tabla 4. Variables; Definición Conceptual, Definición Operacional, Tipo de Variable, Escalas y Unidades de medición de las variables.

LISTA DE TABLA DE RESULTADOS:

Tabla 1. Calificación de Dolor al Ingreso a la Unidad de Cuidados Postanestésicos con apoyo de Escala Visual de Dolor (EVA) en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019.

Tabla 2. Calificación de Dolor al Egreso a la Unidad de Cuidados Postanestésicos con apoyo de Escala Visual de Dolor (EVA) en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019. Datos obtenidos por el Investigador.

Tabla 3. Importancia dada por los paciente al Alivio del Dolor al Egreso a la Unidad de Cuidados Postanestésicos en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019. Datos obtenidos por el Investigador.

Tabla 4. Síntomas agregados durante la Estancia en la Unidad de Cuidados Postanestésicos en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019. Datos obtenidos por el Investigador.

Tabla 5. Evaluación de la Calidad de Atención del Dolor durante la Estancia en la Unidad de Cuidados Postanestésicos en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019.

I. RESUMEN

Introducción: La satisfacción del paciente es un importante parámetro para el control de calidad y mejoramiento continuo en la atención hospitalaria.

Objetivo: Describir la Calidad de la Atención del manejo de dolor postoperatorio en pacientes Adultos sometidos a Colectectomía Laparoscópica bajo anestesia general

Diseño de estudio: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, observacional, unicéntrico, de corte longitudinal para evaluar la satisfacción de la Calidad del manejo de dolor postoperatorio en pacientes sometidos a Colectectomía Laparoscópica bajo Anestesia General Balanceada.

Sitio de realización: Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro”

Población participante: Se estudiaron 44 pacientes, de un total de 78 pacientes en el periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019, los cuales fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica bajo Anestesia General Balanceada, excluyendo 4 pacientes por Edad <18años o >60 años, 4 pacientes por ASA igual o mayor de III, 3 pacientes por haber sido sometidos a Anestesia Regional, 9 pacientes por complicaciones Quirúrgicas (necesidad de convertir la cirugía por grado de complejidad a Cirugía abierta) y 14 pacientes por necesidad de Hospitalización. Se realizó Evaluación del dolor postoperatorio en dos momentos, por escala visual del dolor EVA y signos vitales al ingreso a la UCPA y el segundo por Escala visual del dolor EVA, signos vitales, Sistema de Puntuación de Alta Postanestésica (PADSS) y test de Satisfacción con manejo analgésico.

La edad promedio fue de 39±21 años. Predominó el sexo femenino siendo 36 pacientes (81.81 %) y 8 masculinos (18.18%). El tiempo del procedimiento laparoscópico es 102:19±47 minutos. 10 pacientes ASA I (22.72%) y 34 pacientes ASA II (77.27%). Al Ingreso a la UCPA en la escala visual del dolor EVA, 8 pacientes no presentaron dolor (18.18%), 24 dolor leve (54.54%) y 12 dolor moderado (27.27%). De los pacientes con dolor moderado, fue necesario administración de dosis de Analgesia extra a 10 pacientes (22.72%), con disminución de dolor de moderado a leve en 8 pacientes (18.18%), y 2 pacientes a nulo (4.54%). Al Egreso de la UCPA se evaluó escala visual del dolor EVA, de los cuales, 17 pacientes no presentaron dolor (38.63%), 25 dolor leve (56.81%) y 1 con dolor moderado (2.27%). El 79.54% de los pacientes (35 pacientes) refiere como Máxima importancia el alivio del dolor durante su hospitalización. Los síntomas durante recuperación fueron: náuseas (29.54%), frío (2.27%) y con más de dos síntomas; náuseas y vómito o náuseas y frío (15.9%). Se evaluó la satisfacción de la Calidad de Atención siendo en un 36.36% satisfactoria, del 31.81% muy satisfactoria y del 9.09% excelente.

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES GENERALES:

Un factor estratégico clave es la Calidad de la atención Médica, definida por la OMS Organización Mundial de la Salud como finalidad un alto nivel de satisfacción del paciente y la excelencia profesional, con el mínimo riesgo y el uso eficiente de los Recursos. ⁽¹⁾

La calidad es una definición subjetiva por el paciente, y depende de los valores que éste le dé, además de las expectativas previas al procedimiento, por lo que la satisfacción del paciente es el objetivo y el resultado de la atención brindada por el personal de Salud. ⁽¹⁾

En consecuencia, la satisfacción puede ser entendida como el estado afectivo resultado de la percepción del usuario hacia diferentes aspectos de la atención médica, incluida la capacidad técnica del personal médico. ⁽¹⁾

Aguirre Gas define la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica como: “Análisis metodológico de las condiciones en la que se otorga atención médica, mediante la integración de un diagnóstico situacional que permita conocer las condiciones estructurales para su prestación, las características del proceso y la consecución de los resultados esperados, idéntica los procesos que requieren ser mejorados, los logros alcanzados y problemas que es necesario resolver”. ⁽²⁾

Pierre Louis en 1795 fue el primer médico habló de evaluar la medicina, los términos hasta la actualidad son casi los mismos: estadística, medicaciones estándares, resultados. Nuevos términos agregados en la actualidad algo nuevos son: eficacia, eficiencia, efectividad, tecnología y costos. ⁽³⁾

En el siglo pasado también Florence Nightingale mencionaba el utilizar métodos estadísticos para valorar la buena práctica médica. ⁽³⁾

Lee y Jones afirmaban que “la buena atención médica es la práctica profesional que realizan y enseñan los líderes de la profesión médica en una época dada, acorde con el desarrollo social y cultural de una comunidad. Se basa en el uso racional de la ciencia, pone énfasis en la prevención, la colaboración entre legos y profesionales, considera al individuo íntegramente, obliga a una relación cercana del médico y el paciente, se coordina con grupos de trabajo social y con todos los servicios médicos; se basa en las necesidades sociales de la población a la que sirve” . ⁽³⁾

La calidad en la atención de la salud es un tópico que con el paso del tiempo ha adquirido más importancia debido a que a los usuarios se les ha dado más libertad para opinar sobre el servicio recibido, para la mejoría del servicio de acuerdo a las necesidades de la población prestadas por la Unidad Médica. Ésta

situación va a condicionar la necesidad de una nueva organización, así como el aumento de la presión por la población la cual está consciente de sus derechos y de solicitar mejoría en el servicio recibido. ⁽⁴⁾

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes". ⁽⁵⁾

“A fin de cuentas, el secreto de la calidad es el amor. Uno debe amar a su paciente; uno debe amar su profesión; uno debe amar a su Dios. Si tienes amor, entonces puedes volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema”. ⁽⁵⁾

Según Donabedian, se clasifica en siete pilares o principios en la calidad de salud:

- Eficacia, se define como la capacidad y el arte de la atención para conseguir mejoría en el área de la salud y el bienestar, tomar la mejor decisión en las condiciones más aptas, según la condición del paciente y en situaciones no modificables. La eficacia relativa de las estrategias alternativas de atención se establece a través de la investigación clínica controlada o utilizando un término más moderno, “evaluación de la tecnología”. El límite superior de lo que se puede alcanzar se establece por medio de la estrategia más eficaz del manejo que es conocida. Considerando la efectividad, este concepto puede ser mejor definido, además de evaluar la calidad de manera más precisa.
- Efectividad, es la optimización de la salud que se puede obtener, o que se espera en las circunstancias normales en la práctica cotidiana. En la evaluación de la calidad de la Atención en la Salud, se puede definir como el grado en el que las intervenciones realizadas en la salud llegan al nivel óptimo de mejoras de la salud, que se fijaron como inalcanzables en los estudios de Eficacia.
- Eficiencia: no es más que el coste que representa cualquier mejora en la salud. Si existen dos estrategias de asistencia igualmente eficaz o efectiva, la menos costosa es la más eficiente. Los valores establecidos en la atención sanitaria nos exigen el objetivo de obtener la mayor mejora alcanzable en salud para cada paciente, y todos estamos de acuerdo en que lo mejor es conseguir esta mejora al costo más bajo posible. No obstante, podemos estar en desacuerdo sobre si el coste de la asistencia es o no un aspecto de la calidad uno de los pilares.
- Optimización: se convierte en un tema importante cuando los efectos de la atención no se valoran en términos absolutos, sino relativos al costo de la asistencia.
- Aceptabilidad: De manera arbitraria, asume la aceptabilidad como la adaptación de la atención a los deseos, expectativas y a los valores de los pacientes y sus familias. Obviamente, los pacientes tienen una expectativa acerca de los efectos de la asistencia sobre su propia salud y bienestar, y la manera de conseguir estos efectos.

Podemos decir pues, que en gran medida la aceptabilidad depende de las valoraciones subjetivas del paciente en cuanto a efectividad, eficiencia y optimización, aunque no de manera absoluta. Existen nuevos elementos que entran en escena.

- Legitimidad: Alguien podría pensar en la legitimidad como la aceptabilidad de la atención por parte de la comunidad o la sociedad en general. En una sociedad democrática, cabe esperar que todas las características de la atención importantes para el individuo, sea también asuntos de relevancia social; de eso se trata. No obstante, en un ámbito social, además de la preocupación de los individuos, existe también la responsabilidad por el bienestar general. ⁽⁵⁾
- Equidad: es el principio por el que se determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población. La equidad forma parte de aquello que hace que la atención sea aceptable y socialmente legítima para los individuos. La equidad como atributo de la asistencia es tan importante que se merece figurar como un "pilar" aparte de la calidad. ⁽⁵⁾

La calidad de los servicios de salud puede ser juzgada en tres diferentes planos:

- a) En la visión de los prestadores de servicios
- b) En la visión de los usuarios
- c) En la de las prioridades consideradas por la sociedad en general.

Garantizar la calidad en la salud tiene como objetivo la vigilancia de los servicios prestados por el personal de salud, con la finalidad de la mejoría y manutención de la calidad de dicha Atención. ⁽⁶⁾

La calidad de la atención médica es evaluada por el personal prestadora del servicio, como una necesidad desde tiempo atrás, la promesa así como la inquietud que está asumiendo un rol que va en aumento de prioridad y complejidad para dicho estudio, así como la preocupación y priorización en el área médica tanto privada como institucional. ⁽⁷⁾

Donobedian menciona tres características con respecto a la evaluación de la calidad de los servicios de salud, los cuales son la eficacia médica, la aceptabilidad social y eficiencia económica; éstos nos guiarán para la mejoría de la calidad dentro del sector salud en general. Se debe tener conocimiento del que va a prestar el servicio de salud y la evaluación de la satisfacción sobre la calidad que se le brinda a la población, para poder realizar intervenciones para lograr el objetivo, y así poder llegar a la Satisfacción del usuario, ya que esto proporcionará información que se pueda utilizar para brindar un servicio de calidad en el lugar donde se lleva a cabo la atención. ⁽⁷⁾

En México, la prestación de servicios de salud de calidad se ha convertido la finalidad fundamental del sector salud, tanto en nivel privado como institucional. ⁽⁷⁾

La calidad es por definición el beneficio máximo alcanzando en salud que se puede obtener con la aplicación de los conocimientos adecuadamente, así como la utilización apropiada de la tecnología y los recursos materiales con los cuales se cuenta, con mínimas efectos no deseados en diferentes niveles. ⁽⁷⁾

Una adecuada calidad prestada en los servicios de salud nos permitirá la disminución de costos, de quejas emitidas por el usuario, el uso de los servicios adecuadamente y disminuir tiempos de espera. Uno de los objetivos primordiales es la disminución de complicaciones, control de enfermedades crónicas, mejoría de la satisfacción de los pacientes y de la calificación brindada a las Instituciones prestadoras de los servicios de salud. ⁽⁸⁾

En 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero, la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define. ⁽⁹⁾

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite". ⁽⁹⁾

La calidad de la atención de la salud ha tomado importancia en los últimos años en el país, debido a el disgusto que se ha expresado por los usuarios de los servicios prestados en las instituciones, así como el objetivo de la igualdad del servicio recibido, ampliando cobertura de servicios y a calidad del servicio prestado. ⁽⁴⁾

La calidad de la atención de la salud debe contar con un marcador de ésta como lo es la satisfacción del usuario con respecto a la atención recibida de acuerdo con las características y las necesidades de salud, esto referido en la Norma Técnica para la evaluación de la calidad de la atención médica en su artículo 6, publicada en 1990. ⁽¹⁰⁾

La satisfacción del usuario tiene como definición las expectativas del paciente sobre la atención a la cual va a ser sometido y la percepción de la atención recibida, esto con respecto a la conformidad de éstas dos. Tomando en cuenta que la satisfacción del usuario es multifactorial, evaluando individualmente los aspectos que se relacionan con el cuidado sanitario. Otros lo definen emocionalmente como la respuesta del usuario con la atención prestada, por lo que se menciona que la satisfacción es un indicador veraz para la evaluación de la calidad en la atención de la salud. ⁽¹⁰⁾

El paciente toma en cuenta como características comunes de la atención médica el respeto al paciente y a los familiares, el cuidado con el cual se brinda el servicio y la eficacia, esto según la Joint Comision of Accreditation of Healthcare Organizations. ⁽¹¹⁾

Al ser ingresado a una Unidad Hospitalaria, ya sea de manera programada o de urgencia genera mucho estrés y ansiedad en el paciente; lo que se manifiesta equitativamente con dolor postoperatorio; esto generado por el desconocimiento, separación de los familiares, falta de información o una experiencia propia o de algún familiar o amigo desagradable con un procedimiento médico similar. ⁽²⁴⁾

Al ser la primera experiencia quirúrgica del paciente, las molestias causadas por el dolor frecuentemente son superiores a las esperadas, causando agitación y discomfort en el usuario, generando miedo por padecer dolor al pasar los efectos anestésicos, generando una experiencia desagradable y aumentando el riesgo de incapacidad y recuperación tardía para el alta de la Unidad Hospitalaria y la Integración a sus actividades cotidianas. ⁽²⁴⁾

La desinformación con respecto al procedimiento y que esperar posterior a éste, causa la incertidumbre, otro componente de la ansiedad, ya que al desconocer los efectos esperados ocasiona que el paciente se mantenga en vigilia, y como efecto secundario predisponga a la disminución del umbral del dolor. La incapacidad física para realizar la movilización o cambio de posición, hace que el usuario al intentar realizar alguna de estas dos maniobras al estar encamado exacerbe el dolor y lo incapacite para poder realizarlo y así aumentar la estancia Hospitalaria. ⁽²⁴⁾

Preparar al paciente, valorar y decidir técnica anestésica adecuada con respecto a procedimiento y comorbilidades y los cuidados postoperatorios conforman el Acto Anestésico. La habilidad quirúrgica que puede prolongar los tiempos, así como la técnica; contribuyen terminantemente con el grado de dolor postoperatorio que puede desarrollar el paciente, por lo que es crucial el tratamiento pre, trans y postoperatorio para disminuir la intensidad e incidencia de dolor. ⁽²⁴⁾

El primer objetivo de este estudio es medir el grado de satisfacción de los pacientes operados respecto al control del dolor postoperatorio. En segundo lugar, se pretende conocer los factores que determinan una analgesia postoperatoria adecuada y evaluar el valor predictivo de la escala visual analógica (EVA). ⁽²²⁾

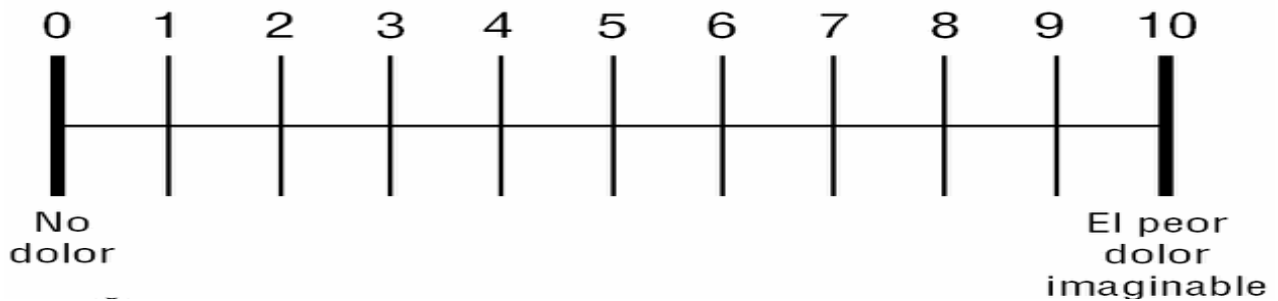
El dolor es evaluado con varios parámetros, dentro de los cuales se encuentran intensidad, frecuencia, duración, irradiación, localización, características del dolor, exacerbación y atenuación. Recordando que la evaluación del dolor es subjetiva por el paciente que lo percibe, siendo éste conceptualmente unidimensional y unitario; la Intensidad se ha transformado en el Indicador primordial. ⁽²⁸⁾

ESCALA NUMÉRICA DE LA EVALUACION DEL DOLOR:

Es una de las más utilizadas a nivel Mundial para la Evaluación del dolor, por su accesibilidad y fácil comprensión por el paciente y el prestador del servicio de salud. Se solicita al usuario que proporcione un Valor Numérico al Dolor percibido, entre dos puntos extremo (de cero a 10). El empleo de palabras claves, así como indicaciones precisas sobre la percepción del dolor es de real importancia y ayuda para que conceptualice adecuadamente la intensidad del dolor en términos numéricos. 0 no hay dolor, 1 a 3 dolor leve, 4 a 7 dolor moderado a intenso, 8 a 10 dolor intenso e insoportable. Es valioso como instrumento de medición para evaluar la respuesta al tratamiento suministrado con respecto al tipo de procedimiento realizado. ⁽²⁸⁾

Se emplea una regla que esta graduada del cero al 10, se le pide al paciente previo a la explicación de la Calificación del dolor, que indique la intensidad del dolor que percibe en el momento de la Evaluación. Es sensible a la terapéutica empleada ya sea farmacológica o no farmacológica. Se correlaciona con las escalas verbales y numéricas. Se puede repetir las veces que sea necesaria para la evaluación y comparación de datos obtenidos y las modificaciones de tratamiento realizadas. ⁽²⁹⁾

Figura 1. Escala numérica de evaluación de dolor.



Fuente: Serrano-Atero Et. Al. Valoración del dolor. Revista de la Sociedad Española del Dolor Marzo 2002; 9 (2).

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

La colecistectomía tiene por definición la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar, diseccionando de forma certera de su perfusión, del colédoco y el hígado. La técnica quirúrgica será seleccionada por el Quirúrgico con respecto a sus habilidades y comorbilidades el paciente. En 1990, Gutiérrez y colaboradores realizaron la primera colecistectomía por vía laparoscópica en México, y desde entonces se han capacitado a los Cirujanos para ésta técnica así como perfeccionado la técnica de manera exponencial, siendo en la actualidad la principal técnica quirúrgica. ⁽²⁵⁾

En sus primeros nueve años de experiencia con la cirugía laparoscópica, en el Hospital General de México de la Secretaría de Salud (hospital de concentración de la Ciudad de México) se realizaron 7,323 colecistectomías; de ellas, únicamente 3,394 se iniciaron con técnica laparoscópica (lo que representa el 46.34%); sin embargo, en un hospital privado como el ABC de la Ciudad de México, el porcentaje de la excéresis quirúrgica fue de más de 90%. Para 2009, la colecistitis ya representaba la cuarta causa de ingreso hospitalario de forma general y la cuarta causa de egreso hospitalario de tipo quirúrgico, con 29,866 egresos hospitalarios. ⁽²⁵⁾

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Las complicaciones relacionadas a la anestesia ocurren entre 0,016 a un 0,075% en los pacientes y con muy poca frecuencia son fatales. Las complicaciones pueden ser divididas en aquellas debidas a la técnica anestésica, a la insuflación de CO₂ o a error en las técnicas e instrumental quirúrgico).

- Náuseas y vómitos. La manipulación del peritoneo parietal y de las vísceras abdominales luego del neumoperitoneo puede producir una estimulación vagal que desencadenará los reflejos de náuseas, diaforesis y bradicardia. Es por este motivo que debemos tener en cuenta la medicación con ondansetrón, droperidol y bloqueantes H₂ previo a la cirugía.
- Dolor: Una de las ventajas de la cirugía laparoscópica es la disminución del dolor, pero ésta complicación suele presentarse luego de este tipo de procedimiento. Posterior a la cirugía el CO₂ tiende a acumularse en los espacios subdiafragmáticos irritando el nervio frénico; este, por metámeras, provocará un dolor a nivel de los hombros y la espalda, del cual se quejan los pacientes. Este dolor suele calmar espontáneamente luego de varias horas, mientras se absorbe el CO₂. Sin embargo, para aliviar la queja del paciente se ha empleado analgésicos no esteroideos, como el ketoprofeno, el ketorolaco, entre otros. Una técnica preconizada por algunos anestesiólogos es la de dar oxígeno 100% media hora después de haberse retirado el neumoperitoneo, para así estar seguros que no quede gas carbónico en la cavidad peritoneal.
- Traumatismos: esto obedece a la técnica quirúrgica elegida por el quirúrgico, pueden ser de tipo visceral, teniendo como consecuencia hemorragia, enfisema, neumoperitoneo, neumotórax, etcétera.
- Embolismo gaseoso. Esto generado por la absorción de dióxido de carbono hacia la sangre, a causa de una punción accidental de un vaso sanguíneo, con una frecuencia de un 0.016%. el émbolo llega con rapidez a la cava y aurícula derecha, produciendo una obstrucción de retorno venoso, disminución de gasto cardíaco y la presión arterial a nivel sistémico. Se van a producir cambios en la capnografía, al inicio con Hipercapnia y posterior Hipocapnia por el incremento de espacio muerto a nivel pulmonar, debido a la congestión arteriolar por los émbolos de aire.

Clínicamente se caracteriza por hipotensión sostenida repentina, cianosis, taquicardia, arrítmicas, así como ruidos cardíacos alterados, los cuales los describen como “rueda de molino” a la auscultación.

- Enfisema subcutáneo: se desarrolla en tórax, cuello, cara, abdomen y región inguinal. Esto se origina cuando se filtra CO₂ por las entradas de los trocares, lo cual ocasiona la disección y difusión de dicho gas hacia los tejidos con mayor laxitud. Generalmente desaparece en pocos días, por la alta difusión del CO₂.
- Neumotórax: debe ser sospechado en pacientes con enfisema pulmonar, bulas, pacientes con defectos congénitos diafragmáticos. Dentro de la sintomatología presentan hipotensión refractaria, cianosis, taquicardia, bradicardia, enfisema, dificultad para la ventilación, hiperresonancia a la percusión, aumento o disminución de ruidos respiratorios. Para la profilaxis de esta complicación, se recomienda que se mantenga la presión intraabdominal menos a 20mmHg y utilizar de preferencia un gas con alto grado de difusión.
- Colapso cardiovascular: se presenta clínicamente con cianosis, bradicardia, hipotensión severa, hipoxemia, paro cardíaco. Esto puede ser por la estimulación vagal al momento de la tracción peritoneal y por embolismo de CO₂. La medida indicada en estos casos es la evacuación del neumoperitoneo inmediato, así como el cambio de posición, evaluar posterior a esto si la cirugía se puede continuar por vía laparoscópica, si es necesario diferirla o convertirla en una cirugía abierta.
- Arritmias, se ha reportado hasta un 17% de los pacientes en el transoperatorio arritmias, dentro de las más frecuentes: bradicardia (producida por reflejo vagal), taquicardia y extrasístoles supraventriculares y ventriculares (causadas por la hipercapnia).
- Hipotermia: debido a la anestesia general y el neumoperitoneo, por lo cual es recomendado que se monitoree la temperatura corporal en el transanestésico de manera continua.

A pesar de las complicaciones previamente descritas que pueden desarrollar en la cirugía laparoscópica, éstas son muy infrecuentes, con una incidencia de 1 caso por 100,000 cirugías. ⁽³³⁾

ANALGESIA POSTOPERATORIA EN LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA:

Dentro de las ventajas de la realización de la colecistectomía por vía laparoscópica se encuentran procedimiento ambulatorio, disminución de costos, mejoría de la capacidad pulmonar y presión arterial de oxígeno. Una de las desventajas más importantes es que tanto en la cirugía laparoscópica como en la laparotomía la calificación de dolor es de la misma intensidad en las primeras 48 horas, por lo que es de vital importancia y prioritario un adecuado manejo analgésico, el cual sea eficaz, de fácil acceso y costo bajo.

El dolor se compone por tres factores de importancia: dolor somático, el cual es ocasionado por la incisión quirúrgica, dolor visceral, desarrollado por la profundidad intraabdominal de la maniobra realizada y dolor visceral referido; éste se puede llegar a preguntar después de las 72 horas de la cirugía, el cual normalmente es referido en el hombro derecho predominantemente, por la acumulación del CO₂ a nivel subdiafrágicos. El dolor después de la colecistectomía laparoscópica conlleva una elevada variabilidad interindividual en la intensidad y duración, así también es impredecible. ⁽²⁹⁾

ANTECEDENTES ESPECIFICOS:

La tendencia actual descrita en la literatura es considerar la seguridad como un pilar fundamental en el mejoramiento continuo de la calidad correspondiente a los procesos asistenciales hospitalarios de los que la Anestesiología no está exenta. El nuevo paradigma se encamina al desarrollo de acciones que permitan la prevención de los errores y con ellos la aparición de los eventos adversos. ⁽¹²⁾

¿Es suficientemente segura la anestesia en estos tiempos? Se estaría diciendo la realidad en pacientes con ASA I y ASA II, ya que los avances en los últimos años han mejorado los procedimientos realizados; los nuevos dispositivos para la monitorización de los pacientes, la adición de analizadores de gases, de profundidad anestésica como el BIS, entropía, y la monitorización ecocardiográfica continua, que han modificado de manera certera, dando como prioridad la Seguridad del paciente. ⁽¹³⁾

La Práctica en Anestesiología en nuestro País es una de las especialidades más reguladas y normadas. Desde 1934 fue fundada la Asociación de Anestesiólogos de México; el Consejo Mexicano de Anestesiología que es la encargada de la Certificación continua de los Médicos Anestesiólogos desde 1976. La NOM-006-SSA3-2011 con vigencia hasta el día de Hoy, es la encargada de regir los procedimientos anestésicos, ésta de forma obligatoria, la cual brinda la información necesaria sobre los requisitos y procedimientos que se pueden realizar, estableciendo los parámetros para el bien Actuar del Médico especialista. ⁽¹³⁾

La calidad de la atención es la atención médica con el logro de los mayores beneficios y la disminución significativa de los riesgos y complicaciones en el paciente, con los insumos con los que se pueda contar para poder dar la atención; así como la relación desarrollada entre médico y paciente. ⁽¹⁴⁾

Diversas teorías psicológicas sugieren que la satisfacción del paciente, finalmente, es la combinación entre las expectativas de éste y la percepción del servicio recibido; es un concepto multidimensional que incluye componentes socio-demográficos, cognitivos y afectivos.

Cada paciente comienza con una comparación estándar contra la cual va a juzgar su nueva experiencia; un cambio en la satisfacción ocurre cuando la diferencia entre la situación actual y la expectativa excede la capacidad de asimilar la diferencia por parte del paciente, por lo tanto, la satisfacción depende de la congruencia entre lo que espera el paciente y lo que ocurre realmente. ⁽¹⁵⁾

Entre estos componentes, encontramos los relacionados con el paciente, como factores sociodemográficos, edad, sexo, grado de educación, estado marital, ocupación, raza, etc.; los relacionados con el proveedor de salud, como interacciones verbales, no verbales y competencia profesional; y los relacionados con el proceso en sí, como accesibilidad, conveniencia, servicios auxiliares, factores burocráticos, costos, factores ambientales y organización de los servicios de salud. ⁽¹⁵⁾

Los recursos con los que cuentan las Instituciones prestadoras de servicios de salud deben de ser usados para poder brindar solución a los problemas que presente la población, equilibrando la calidad, logrando la satisfacción del paciente, de los prestadores y de la Institución prestadora del servicio, el cual es difícil de alcanzar por las limitantes en Sector Salud de insumos y de personal. ⁽¹⁶⁾

La evaluación de la satisfacción de los pacientes luego de los procedimientos anestésicos es un importante parámetro para el control de calidad y mejoramiento continuo en la atención hospitalaria. El objetivo del estudio fue evaluar la satisfacción del paciente luego de la administración de anestesia general y analgesia transoperatoria con paracetamol y Ketorolaco, midiendo signos vitales, escala visual de dolor EVA, cuestionario de satisfacción y la estancia en unidad de cuidado postanestésico, valorando alta con Criterios de Egreso PADSS. ⁽¹⁵⁾

La satisfacción en salud usualmente es muy alta y en múltiples estudios se encuentran valores de satisfacción superiores al 85 %. La satisfacción del paciente en relación con la anestesia no varía en cuanto al valor anteriormente mencionado; sin embargo, los estudios disponibles son pocos, no son de asignación aleatoria, y se han hecho mediciones con instrumentos unidimensionales con muchos sesgos y carentes de rigor.

En general, se ha llegado a la conclusión de que los pacientes se encuentran satisfechos no sólo con el acto anestésico en sí, sino con el resultado final del procedimiento quirúrgico y muchas otras variables como la accesibilidad, la conveniencia de los servicios de salud, la estructura institucional, las relaciones interpersonales, la competencia de los profesionales de la salud y las propias expectativas y preferencias del paciente, variables que se alejan bastante de la propia experiencia anestésica. ⁽¹⁵⁾

La combinación perfecta es una técnica anestésica de bajo costo, segura y efectiva, que permita un tiempo de estancia corto en la unidad de cuidado postanestésico y con la cual el paciente se sienta muy satisfecho. ⁽¹⁵⁾

VARIABLES QUE IMPACTAN LA SATISFACCION DE LA CALIDAD DE ATENCION DE LA SALUD

El objetivo primordial de la Calidad de la Atención es la mejoría del estado de salud. Se identifican variables que influyen directamente, que son un requisito para poder llegar a un nivel de Satisfacción óptimo, haciendo para el paciente una experiencia Hospitalaria satisfactoria y de calidad, dentro de los cuales se mencionan:

- **Personal con calidad y humanismo**, evaluando la relación médico-paciente cercana y la calidad, ya que se ha deshumanizado la atención brindada por el tiempo que se le puede dedicar a cada paciente y la gran demanda del servicio, así como la falta de personal. Refieren muchos de los pacientes ser “cosificados”, perdiendo el valor de persona y dignidad, esto vinculado con el

sentimiento de dolor en el momento de la urgencia, la pena e indiferencia ante la situación en el que en ese momento están implicados. ⁽¹⁸⁾

- **Información con lenguaje claro, informal y directo**, con terminología no médica, ya que esto los pacientes lo relacionan a indiferencia por parte del prestador del servicio e inseguridad al ser sometidos a dicho procedimiento y el aumento de la ansiedad y estrés. ⁽¹⁸⁾
- **Apoyo**. Destacado de forma importante por parte del paciente y de los familiares los cuales acompañan en el momento de procedimiento, ya que en lo físico y lo emocional se sienten sustentados. Tomando en cuenta la actitud, los gestos y los movimientos corporales del prestador de servicio de salud; brindada desde sus necesidades más básicas, así el dolor físico y las intervenciones necesarias para su mejoría. ⁽¹⁸⁾
- **Prontitud de la atención**, apreciado en los pacientes en la atención de urgencias y del dolor agudo postoperatorio, ya que el retardo en la prestación del servicio, es uno de los parámetros importantes para la evaluación de la calidad en la atención, ya que aumenta la incertidumbre y ansiedad en los pacientes y los familiares, refiriendo insatisfacción con el servicio, aumentando las demandas de necesidades básicas y de dolor. ⁽¹⁸⁾
- **Componente emocional**, dando la calificación del más importante, por lo que se necesita tomar medidas desde la evaluación preoperatoria en el área de consulta externa, para que el paciente tenga una preparación previa para el procedimiento a realizar, disipar todas las dudas generadas por el paciente y el familiar para poder disminuir el estrés y la ansiedad previo al ingreso a la unidad hospitalaria, creando lazos entre el médico-paciente de confianza, seguridad, además de brindarle atención y poder escuchar sus dudas, ya que esto mejorará su experiencia. ⁽¹⁸⁾

EL QUIRÓFANO Y EL ANESTESIÓLOGO.

Transversalmente en esta zona se percibe como una instancia de vida o muerte, ante la proximidad de la intervención quirúrgica o el procedimiento se genera tres asociaciones básicas que tienen que ver con la incertidumbre, miedo a morir y entrega a lo desconocido. Refieren ansiedad que es provocada por estímulos externos tales como el traslado a pabellón, la llegada del médico que lo operará, la preparación pre operatoria y estímulos situacionales internos relacionados con experiencias de familiares cercanos, propias o noticias negativas difundidas en medios masivos. Por su parte, el anestesista es mirado de distintas maneras, en el sistema público se percibe como un personaje prácticamente ausente. De todas maneras, existen expectativas respecto de él, es valorado que les explique lo que les va a pasar, que los contenga en esos momentos de miedo y ansiedad. Sin embargo, si esta realidad no se produce se resignan porque el camino recorrido para llegar al pabellón no ha sido fácil y sólo importa haber logrado su objetivo que es la intervención quirúrgica.

Mientras que los usuarios del sistema privado si no conocen al anestesista, confían en que “su médico” eligió bien, se espera que este sea cálido y les desconfianza. Es altamente valorado que los informe de su estado de salud y los contenga en esos momentos. ⁽¹⁸⁾

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y el PARACETAMOL incluye un grupo de fármacos con estructuras químicas diferentes que forman junto a la medicación coadyuvante el primer escalón del tratamiento del dolor propuesto por la OMS o que complementa la analgesia en los demás escalones. Estos medicamentos poseen un mecanismo de acción periférico sobre el proceso inflamatorio y también central minorando la transmisión del impulso doloroso. ⁽¹⁹⁾

La intensidad y duración del dolor posoperatorio se asocian con características individuales, así como las relacionadas con el procedimiento quirúrgico y con el tratamiento farmacológico que se brinda en las instituciones. Respecto a las características individuales se pueden señalar la edad y el sexo. En algunos estudios se reportan diferencias en la percepción del dolor de acuerdo con estas características; sin embargo, los hallazgos no son conclusivos. ⁽¹⁹⁾

El alivio del dolor está determinado por el manejo farmacológico y no farmacológico, la valoración del dolor y sus efectos de manera regular, la educación que se proporciona al paciente para que contribuya en el manejo del dolor y el establecimiento de objetivos para aliviar y manejar el mismo. ⁽¹⁹⁾

Esta teoría tiene sus bases en las guías de práctica clínica enfocadas en el alivio del dolor. La teoría contiene tres postulados:

- Proporcionar el medicamento para el dolor con la potencia adecuada, junto con coadyuvantes farmacológicos y no farmacológicos, contribuirá al balance entre la analgesia y sus efectos adversos. ⁽¹⁹⁾
- Valorar el dolor y sus efectos, así como identificar los métodos inadecuados para el alivio, además de verificar el manejo de procesos de intervención, revaloración y reintervención, con el fin de contribuir al establecimiento de un equilibrio entre la analgesia y sus efectos. ⁽¹⁹⁾
- Brindar educación al paciente y establecer objetivos para aliviar y manejar el dolor, con el fin de contribuir a lograr un equilibrio entre la analgesia y sus efectos colaterales. ⁽¹⁹⁾

El alivio del dolor es un reto que requiere de la participación de todo el equipo multidisciplinario involucrado en la atención. Existe evidencia de que un adecuado alivio del dolor no solo aumenta el confort y la satisfacción de los pacientes, sino que además contribuye a disminuir la morbilidad posoperatoria y, en algunos casos, reduce la estancia hospitalaria. ⁽¹⁹⁾

El alivio del dolor depende de su manejo por los profesionales de salud, donde enfermería juega un rol fundamental en su valoración, manejo de la medicación y educación al paciente. Es importante destacar que no solo se debe valorar el dolor, proporcionar un manejo farmacológico y educar al paciente al respecto, también es elemental evaluar la respuesta en la disminución o eliminación del dolor. ⁽¹⁹⁾

Para la satisfacción del manejo de dolor se plantearon los siguientes objetivos:

1. Identificar la intensidad del dolor de acuerdo con las características del paciente (edad y sexo), así como con el tipo de intervención quirúrgica. ⁽¹⁹⁾
2. Determinar el alivio del dolor en el paciente posoperatorio hospitalizado.
3. Identificar la proporción de pacientes que recibe orientación para el manejo del dolor posoperatorio. ⁽¹⁹⁾
4. Determinar la satisfacción del paciente con el manejo del dolor posoperatorio y su relación con la intensidad, el alivio y la orientación para su manejo. ⁽¹⁹⁾

Periodo posoperatorio: transcurso de tiempo que comprende desde la llegada del paciente que fue sometido a una cirugía a la unidad de recuperación Postanestésica (URPA) hasta que ya no recibe cuidados médicos y es dado de alta.¹¹

Dolor Posoperatorio: Sensación dolorosa percibida por el paciente tras una estimulación nociceptiva resultante de una agresión quirúrgica que se presenta en cualquier momento del posoperatorio. ⁽²⁰⁾

La definición de medicina perioperatoria en los pacientes que serán sometidos a un procedimiento anestésico-quirúrgico encasilla el periodo perioperatorio, en el cual el equipo es integrado por el quirúrgico, el anestesiólogo y las enfermeras que estarán en contacto con el paciente. ⁽²⁰⁾

Dentro de la preparación del personal médico que brindará la atención al usuario, debe contar con la destreza y la inteligencia para diagnosticar y tratar las complicaciones que se pudieran desencadenar, efectos indeseados. Los resultados reportados en los pacientes conforme el tratamiento recibido, son de suma importancia para la evaluación de las intervenciones en el tratamientos realizadas, las cuales nos ayudarán para la mejoría de la calidad de la atención, así como la satisfacción del paciente. ⁽²⁰⁾

El dolor postoperatorio es habitualmente subestimado y muchas veces subtratado. Muchas publicaciones de numerosos países reportan que la incidencia de dolor postoperatorio moderado a severo afecta entre un 30 y 80% de los pacientes; que hay un alto requerimiento de dosis extra de analgésicos y que existe un retardo en la administración de éstos, lo que implica altos niveles de sufrimiento innecesario. ⁽²²⁾

La metodología propuesta permitirá evaluar la percepción de los usuarios respecto a las mejoras secundarias del Manejo de dolor y en relación a la calidad de los servicios recibidos en las Unidad de Cuidados Postanestésicos. Dicha evaluación se fundamenta en el análisis de encuestas de percepción de opinión, identificando la satisfacción que tienen los usuarios respecto al trato digno y de tiempo de espera, comunicación e información, confort y seguridad. ⁽²²⁾

Dentro de las estadísticas mundiales, se encuentra por bibliografía, que más de la mitad de los pacientes sometidos a procedimientos de manera ambulatoria, presentan en el postoperatorio dolor de intensidad de moderada a severa y menos de la mitad de este grupo tiene un adecuado alivio al recibir intervenciones en el manejo de dolor agudo postoperatorio, no siendo la excepción México. ⁽²³⁾

Uno de los problemas de salud a nivel global es el aumento de la morbimortalidad postoperatoria al no tratar de manera adecuada y oportuna el dolor postoperatorio. Se describe “la reacción neuroendocrina y metabólica al estrés”, la cual inicia con el estímulo nocivo, éste causado con el proceso quirúrgico, con o sin un compromiso a nivel de víscera, que desencadena el mecanismo de dolor por el accionamiento de los nociceptores a nivel periférico, es ahí donde se inicia la liberación de mediadores y neuromodulares de las vías de dolor y su integración. ⁽³⁰⁾

La lesión tisular desencadena dos fases de estímulos nociceptivos: la primera se produce durante la lesión tisular (cirugía) y la segunda resulta de la reacción inflamatoria a la lesión tisular que se presenta durante el periodo de resolución (cicatrización). Las dos fases poseen la capacidad de inducir la facilitación central, por lo que el tratamiento preventivo debe abarcar ambas, lo que se consigue con una analgesia preventiva continua. ⁽²⁴⁾

Es de suma importancia poder entender la respuesta que se desencadena en el sistema nervioso central al ser sometido a un estímulo doloroso, para poder evitar las complicaciones y el desarrollo de dolor agudo postoperatorio de difícil control, e incluso del desarrollo de dolor crónico por esta intervención no realizada de manera temprana y adecuada.

1. Las respuestas segmentarias a nivel espinal traducen la hiperactividad neuronal del asta anterior y antero-lateral como consecuencia del aumento de la excitabilidad de las neuronas del asta posterior medular.

Esta hiperactividad motora y simpática da lugar a la aparición de espasmos reflejos, musculares y vasculares en diversos territorios del organismo, extendiéndose la respuesta simpática periférica a los cinco o seis segmentos adyacentes a la zona del estímulo inicial.

Los espasmos de la musculatura lisa provocan bronquiolo-constricción, disminución de la motilidad intestinal con distensión gástrica y distensión vesical con retención de orina.

Los espasmos de la musculatura esquelética producen contracturas 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 hipoxia celular y a la liberación de sustancias algogénicas, a lo que se une la sensibilización de los nociceptores a consecuencia de la liberación de noradrenalina secundaria a la hiperactividad simpática.

Todo ello favorece la aparición de más dolor y en consecuencia, de mayor vasoespasmo, creándose de esta manera un círculo vicioso.

2. Las respuestas suprasedimentarias son consecuencia de la reacción 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 e hiperactividad endocrinometabólica, con aumento de la secreción hormonal y de los procesos catabólicos orgánicos.

Por último se lleva a cabo a nivel de los centros corticales superiores la integración de los impulsos dolorosos, la cual es la responsable de las respuestas físicas y psicológicas ante el estímulo doloroso. ⁽²⁴⁾

La principal respuesta de protección posterior a un procedimiento quirúrgico es la inmovilidad, evitando cualquier movimiento o postura que pudiera exacerbar el dolor o agravar el ya existente. La respuesta psicológica es determinada por el estado emocional previo a la cirugía y el perfil psicológico del paciente. ⁽²⁴⁾

De acuerdo con los postulados de Melzack y Wall, el fenómeno doloroso puede contemplarse como una experiencia fundamentalmente emocional e integrada por dos componentes:

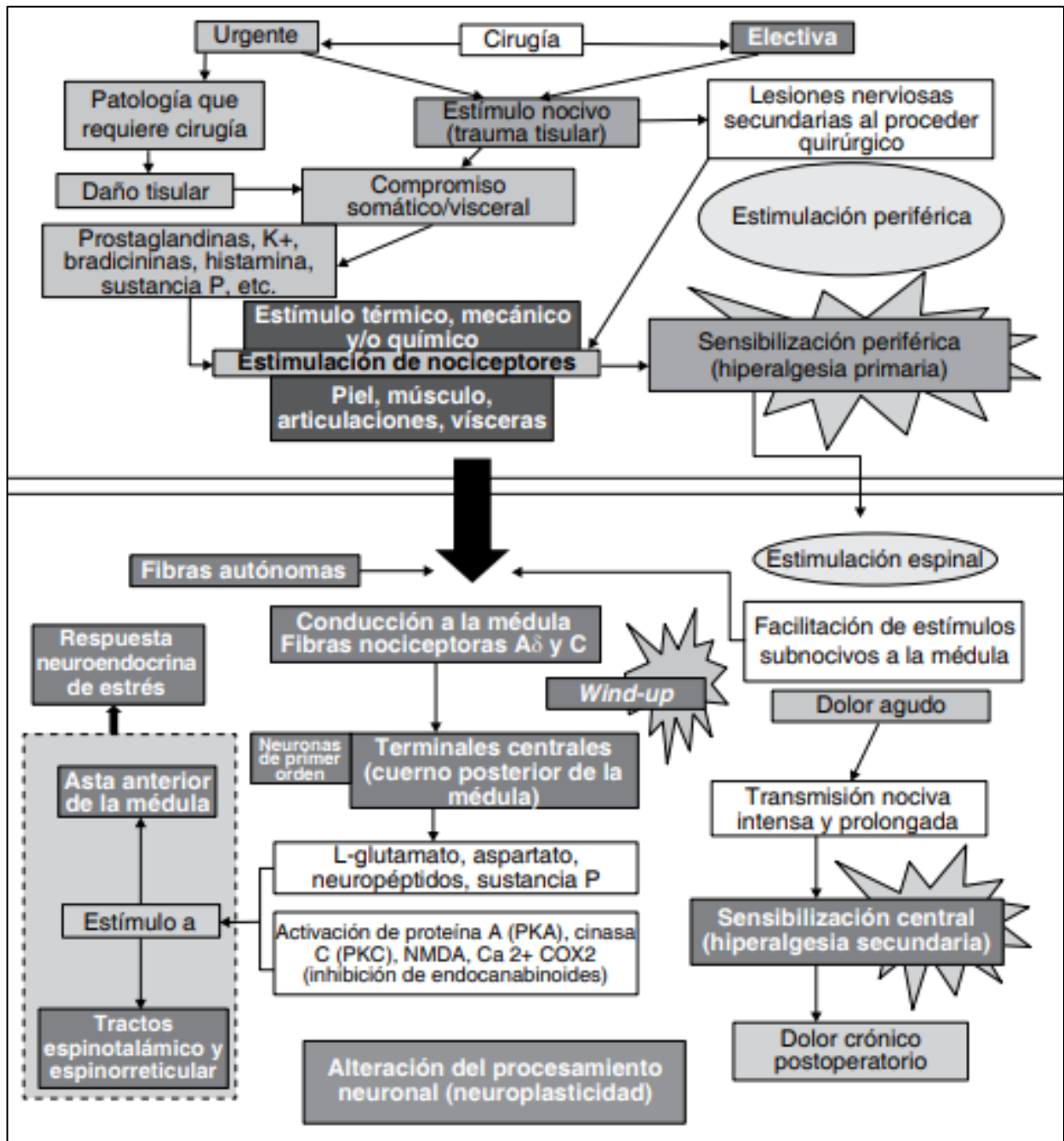
- Componente físico: cuyas características vienen definidas por el tipo y la intensidad de la sensación experimentada.
- Componente psicológico: integrado por factores de índole cognitivo y emocional.

Según estos autores, el influjo físico nociceptivo puede activar sistemas de control central, relacionados estrechamente con factores emocionales, cognitivos y motivacionales que contribuyen a facilitar o inhibir dicho influjo; en consecuencia, las características del componente físico del dolor están determinadas por los mecanismos psicológicos, lo cual evidencia la preponderancia del componente emocional en la percepción dolorosa. Las emociones que suelen aparecer de manera concomitante con el dolor son la ansiedad, el miedo y la depresión. ⁽²⁴⁾

La ansiedad constituye precisamente uno de los problemas más relevantes en el contexto quirúrgico, y en general se acepta que a mayor ansiedad mayor dolor. Sin embargo la relación ansiedad-dolor no está clara ya que son muchos los factores susceptibles de modificar dicha relación en uno u otro sentido (ansiedad preoperatoria, personalidad y características del procedimiento quirúrgico). ⁽²⁴⁾

Por otra parte, la presencia de dolor postoperatorio puede dar lugar a insomnio y trastornos de conducta que contribuyen a dificultar la recuperación normal del paciente postoperado. Por lo tanto, resulta indudable el impacto emocional del dolor, aunque es prácticamente imposible desligarlo del que genera la intervención quirúrgica por sí misma y las circunstancias que la rodean, siendo en múltiples ocasiones mayor este último que el imputable a la presencia de dolor. ⁽²⁴⁾

Figura 2. Esquema de Mecanismos de sensibilización periférica y central causada por el dolor postoperatorio.



Fuente: Martínez-Vázquez de Castro J and Torres LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. Revista de la Sociedad Española de Dolor 2000; 7: 465-476.

El dolor postoperatorio va a estar condicionado por el tipo de procedimiento quirúrgico y éste cesará con la cicatrización de los tejidos; aunque en algunos casos éste puede evolucionar a la cronicidad. Cada estructura funcional sensorial está compuesta por un receptor terminal y una fibra sensorial conductora, un ganglio en la raíz dorsal y un axón terminal en la médula espinal. ⁽³⁰⁾

Las vías nerviosas involucradas están previamente normales e intactas. El estímulo generado por daño tisular térmico, mecánico o químico es capaz de activar los nociceptores, que son terminales nerviosas libres (periféricas). El término «nocicepción» se deriva de noci (palabra latina que denota daño o lesión) y es usado para describir sólo la respuesta neural a los estímulos traumáticos o nocivos. El dolor nociceptivo se produce por estimulación de los receptores sensitivos específicos o nociceptores localizados con densidad variable en tejidos como la piel, los músculos, las articulaciones y las vísceras. ⁽³⁰⁾

Las fibras nociceptoras son las A- δ y las C. Las A- δ son fibras mielínicas de conducción rápida activadas por receptores térmicos, mecanotérmicos y mecanorreceptores de alto umbral. Las fibras C se diferencian de las A- δ en que son amielínicas, de conducción lenta y con un campo de receptividad menor. ⁽³⁰⁾

Las fibras C presentan la mayoría de los nociceptores periféricos, y la mayoría de ellas son neuronas polimodales, es decir, pueden reaccionar ante estímulos mecánicos, térmicos o químicos. A diferencia de otros receptores somatosensoriales especializados, los nociceptores son los más abundantes en el organismo, poseen umbrales de alta reacción (umbral alto de activación) y descarga persistente a estímulos supraumbrales sin adaptación, y se relacionan con cambios receptivos pequeños y terminales de fibras nerviosas aferentes pequeñas. ⁽³⁰⁾

La cirugía visceral (torácica, abdominal y pélvica) estimula especialmente los nociceptores C que acompañan a las fibras simpáticas y parasimpáticas, y el dolor evocado por esta activación a menudo no tiene ubicación precisa. ⁽³⁰⁾

Las fibras viscerales aferentes, en gran proporción amielínicas, transcurren hacia el interior del eje cefalorraquídeo por los nervios vagos, poplíteos, espláncnicos y autónomos de otros tipos. Casi el 80% de las fibras del nervio vago (X) son sensoriales. Las fibras nerviosas autónomas están involucradas en la medición de la sensibilidad visceral e incluso el dolor y dolor irradiado. ⁽³¹⁾

Las fibras A- β , de gran diámetro y alto grado de mielinización, están involucradas solamente en la propiocepción y el tacto. Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, es posible sintetizar lo que la evidencia ha permitido fundamentar, como propuestas de años recientes, en cuanto a la participación de los nociceptores como pieza clave de la fisiopatología del dolor. ⁽³⁰⁾

Dentro del proceso para el desarrollo del dolor, es la inflamación local inducida por la incisión y la manipulación quirúrgica, además de la lesiones directa de las terminaciones nerviosas; lo cual como efecto causa una hipersensibilización a nivel periférico, fenómeno en el que se liberan sustancias algogénicas,

dentro de las más importantes en la mediación de la inflamación prostaglandinas, bradicininas, histamina, sustancia P, interleucinas, entre otras más. Estas sustancias mediadoras son las causantes de la disminución del umbral del dolor de activación aferente y posterior eferente. ⁽³²⁾

En el estudio realizado por Royse y colaboradores en el 2013 señalan que la recuperación postanestésica inmediata es fundamental en el proceso anestésico-quirúrgico, ya que la mayoría de las complicaciones se presentan en el postoperatorio, por lo que se debe priorizar para obtener un resultado óptimo. ⁽²⁰⁾

Gracias a los avances en la Medicina, y el uso de tecnología, tenemos a nuestro alcance la monitorización continua no invasiva, la cual nos ayuda a detectar precozmente complicaciones que podrían poner en riesgo la vida del paciente. Sin embargo, aquellos aspectos no técnicos que se podrían considerar propios de la calidad del servicio entregado son los que, desde hace algunos años, han empezado a tomar gran importancia dado a que están ligados a la percepción subjetiva de los pacientes en su recuperación postoperatoria. ⁽²⁰⁾

El grupo PROSPECT (Procedure Specific Postoperative Pain Management) a diferencia de todas estas guías, propuso una iniciativa basada en evidencia científica, mediante un abordaje perioperatorio. El objetivo de este proyecto fue formular recomendaciones para procedimientos específicos, haciendo una compilación de las recomendaciones actuales en manejo perioperatorio del dolor postquirúrgico.

Tabla 1. Recomendaciones Preoperatorias por PROSPECT para Manejo Analgésico en pacientes sometidos a Colectectomía Laparoscópica.

| RECOMENDACIONES PREOPERATORIAS | NO SE RECOMIENDA |
|---|--|
| <p>ANALGESIA SISTÉMICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroides Dexametasona (grado B por su efecto analgésico; grado A por su efecto antiemético) • Inhibidores selectivos de la COX-2 (Grado B) • Gabapentinoides – gabapentina (grado B) | <p>ANALGESIA SISTÉMICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agonistas de los receptores adrenérgicos alfa-2, clonidina (grado D) • AINE convencionales – (Grado B) • AL IV – (Grado D) • Antagonistas de NMDA dextrometorfano (grado D) ketamina (grado D) magnesio (grado B) • Opioides fuertes |
| <p>ANALGESIA REGIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltración de la herida con AL – infiltración de la herida con AL con efecto prolongado (grado A) para reducir el dolor de la herida, pero no para el dolor de hombro. • Analgesia epidural en pacientes con alto riesgo pulmonar (grado D) | <p>ANALGESIA REGIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bloqueo paravertebral (Grado D) <ul style="list-style-type: none"> ○ AL raquídea + opioide fuerte (Grado D) ○ Analgesia epidural, excepto en pacientes con alto riesgo pulmonar (grado D) |
| | <p>OTRAS INTERVENCIONES</p> <p>≈ Carbohidrato oral (Grado D)</p> |

Fuente: Consenso PROSPECT para el manejo Pre, Trans y Postoperatorio de Colectectomía Laparoscópica (2006).

Tabla 2. Recomendaciones Intraoperatorias por PROSPECT para Manejo Analgésico en pacientes sometidos a Colectectomía Laparoscópica.

| RECOMENDACIONES INTRAOPERATORIAS | NO SE RECOMIENDA |
|---|--|
| <p>ANALGESIA SISTÉMICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • AINE convencionales, al final de la cirugía (grado D) • Inhibidores selectivos de la COX-2 (Grado D) • Opioides fuertes de corta duración como parte de la técnica anestésica (grado D) | <p>ANALGESIA SISTÉMICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • AINE convencionales al final de la cirugía (grado D) • Inhibidores selectivos de la COX-2 (Grado D) • Opioides fuertes de mayor duración (grado B) |
| <p>ANALGESIA REGIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltración de la herida con AL infiltración de la herida con AL con efecto prolongado (grado A) para reducir el dolor de la herida, pero no para el dolor de hombro. • AL IP (grado A) para reducir el dolor de la herida, pero no para el dolor del hombro. • Combinación de infiltración de la herida con AL / AL IP (Grado A; se debe controlar la toxicidad de la dosis, grado D) | <p>ANALGESIA REGIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Epinefrina como parte de la solución AL (Grado B) • Opiode fuerte intraperitoneal (Grado D) • AL interpleural (Grado B) • Opiode fuerte interpleural (Grado B) |
| <p>TÉCNICAS ANESTÉSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anestesia general • Combinación de anestesia epidural/general en pacientes con alto riesgo pulmonar (grado D) | <p>TÉCNICAS ANESTÉSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combinación de anestesia epidural/general como anestesia de rutina (grado D) |
| <p>TÉCNICAS OPERATORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • CO2 a baja presión (Grado A) • Lavado salino, seguido de aspiración (Grado A) | <p>TÉCNICAS OPERATORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colectectomía laparoscópica sin gas (Grado A) • Neumoperitoneo con CO2 humidificado y calentado (Grados D y A, respectivamente) • Neumoperitoneo con N2O (Grado D) • Neumoperitoneo con helio (Grado B) • Tamaño total más pequeño de la incisión con trocar (Grado D) • Trocares de expansión radial (Grado D) • Drenaje subhepático (Grado D) • Aspiración del gas del neumoperitoneo (Grado D) |

Fuente: Consenso PROSPECT para el manejo Pre, Trans y Postoperatorio de Colectectomía Laparoscópica (2006).

Tabla 3. Recomendaciones Postoperatorias por PROSPECT para Manejo Analgésico en pacientes sometidos a Colectomía Laparoscópica.

| RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS PARA LA COLECTOMÍA LAPAROSCÓPICA | |
|--|--|
| <p>Analgesia sistémica</p> <ul style="list-style-type: none"> • AINE convencionales (Grado A) • Inhibidores selectivos de la COX-2 (Grado A) • Opioides fuertes para el dolor de alta intensidad, además de otros agentes (grado D) • Opioides suaves como analgesia de rescate con dolor de intensidad media a baja, además de otros agentes (grado D) • Paracetamol – (Grado A) | <p>Analgesia sistémica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antagonistas de NMDA, ketamina (grado D) • Magnesio (grado B) • Opioides fuertes como analgesia de rutina (grado B) • Opioides suaves como analgesia de rutina (grado B) |
| | <p>ANALGESIA REGIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • AL IP ACP (Grado D) |
| <p>ANALGESIA EPIDURAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgesia epidural en pacientes con alto riesgo pulmonar (grado D) | <p>ANALGESIA EPIDURAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opioide fuerte epidural + AL como analgesia de rutina (grado D) |
| <p>GESTIÓN DE PACIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta temprana (Grado D) | |

Fuente: Consenso PROSPECT para el manejo Pre, Trans y Postoperatorio de Colectomía Laparoscópica (2006).

A pesar de las continuas innovaciones farmacológicas y los incesantes avances tecnológicos, una gran parte de los pacientes siguen tratados de forma inadecuada, por lo que experimentan un sufrimiento injustificado, que incrementa notablemente el riesgo de aparición de complicaciones postoperatorias. 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. ⁽²⁴⁾

La falta de alivio adecuado del dolor postoperatorio tiene efectos negativos en los resultados de la cirugía y en la satisfacción de los pacientes. ⁽²²⁾

Es ampliamente aceptado que un adecuado alivio del dolor agudo tiene impacto positivo en la recuperación de diversas patologías especialmente las quirúrgicas. Esto se ve reflejado en un menor riesgo de complicaciones asociadas al dolor severo y prolongado (atelectasias, neumonías, isquemia miocárdica, trombosis venosas, etc.), una recuperación funcional precoz y probablemente una reducción de la estadía en el hospital. ⁽²²⁾

En México en la mayoría de los hospitales institucionales está a cargo de los quirúrgicos, sin realizar un equipo conjunto con los anestesiólogos y/o médicos internistas, siendo deficiente el manejo analgésico por la falta de comunicación, deficientes combinaciones de medicamentos de analgésicos y/u opioides, falta de insumos, así como la disminución del uso de la anestesia regional. ⁽²³⁾

La obtención de la información se obtendrá por medio del Cuestionario de Satisfacción de la Analgesia Postoperatoria al egreso de la UCPA, signos vitales basales, al ingreso y al Egreso de la UCPA, así como dominios de la satisfacción en preoperatorio.

Dentro de predictores de satisfacción están los síntomas que pueden presentar como efecto no deseado posterior al procedimiento anestésico quirúrgico, ya sea uno o más de estos síntomas. Los síntomas más temidos son:

- **Sed:** Es el deseo y la necesidad de beber que experimenta el paciente provocada por su instinto básico que le exige incorporar líquidos al cuerpo.
- **Frío:** Sensación de ausencia total o parcial de calor, como la presencia de bajas temperaturas.
- **Náuseas:** Es la sensación de tener la urgencia de vomitar.
- **Vómitos:** Es forzar el contenido del estómago a través del esófago hacia el exterior. ⁽²⁰⁾
- **Dolor:** Se evaluó según la escala análoga visual de dolor, de cero a 10, se tomó la medición en tres momentos, preoperatorios, al ingreso a UCPA y al egreso de la Unidad de Cuidados Postanestésicos. Se dio el valor de la siguiente manera:

- **0:** sin dolor
- **1-3:** dolor leve
- **4-6:** dolor moderado
- **7-10:** dolor severo

Cognitivo. Se consideraron tres aspectos mediante la entrevista con el paciente para precisar el aspecto de la conciencia, memoria e inteligencia. ⁽²⁰⁾ Se clasificó en:

- **Satisfactorio:** De no detectarse deterioro en los tres aspectos.
- **No satisfactorio:** Si se detecta deterioro en cualquiera de los tres aspectos.

EVALUACION DE LA SATISFACCIÓN DEL MANEJO ANALGESICO POSTOPERATORIO:

Ésta fue evaluada por medio de una escala Numérica entre cero y 10 puntos. Siendo los siguientes parámetros los calificados:

- 0: nada satisfecho
- 1-2: malo
- 3-4: regular
- 5-7: satisfecho
- 8-10: totalmente satisfecho ⁽²⁰⁾

El afianzamiento de la educación del personal de salud, así como el uso de la analgesia multimodal, son las áreas de pertenencia para el mejoramiento de la calidad en la atención de la salud.

En la vigilancia realizada a los pacientes sometidos a procedimiento quirúrgico, se encontró que el 11% de la población estudiada desarrolló dolor quirúrgico persistente y hasta un 26% en paciente con cirugías de alto riesgo, dentro de las cuales entran en el grupo: mastectomía, toracoscopia, colecistectomía y amputación (miembro fantasma). Siendo un problema de salud pública ya que es subestimado por el médico tratante y el paciente, a no tomarlo como un signo y/o síntoma de gravedad en la recuperación para instaurar medidas pertinentes para la mejoría de sus síntomas con un adecuado tratamiento farmacológico y no farmacológico. ⁽²³⁾

Una de las debilidades en la capacitación de los médicos en México, es en materia del dolor, ya que no se había implementado en años atrás como una materia de tronco común. La Asociación Mexicana para el estudio y Tratamiento de Dolor de la IASP, ha estado en la lucha de la estandarización para la capacitación básica del manejo de dolor para el personal de salud en general, mediante el Curso de Apoyo Avanzado del Dolor Agudo, y una versión más completa para Médicos especialistas. ⁽²³⁾

En 1983 en una Publicación realizada por Patrick Wall acuñó el término de “analgesia preventiva” como al tratamiento analgésico iniciado antes del procedimiento quirúrgico. Esto sustentado con respecto al

desencadenamiento de la lesión de los tejidos, lo cual genera cambios a nivel de sistema nervioso: a nivel periférico la disminución del umbral nociceptivo, y a nivel central hiperexcitabilidad de las neuronas del neuroeje. Esto condiciona a un estado de hipersensibilidad a dolor que incrementa la respuesta a estímulos de los nociceptores y umbral del dolor disminuido, tanto en el área de la lesión como en zonas adyacentes. (24)

La hipótesis de la Premedicación analgésico previo al procedimiento quirúrgico, es que esto disminuiría la memoria al proceder a realizar el estímulo nocivo en los tejidos. Una de las desventajas del uso exclusivo de la analgesia preventiva es que en algunos pacientes y/o procedimiento quirúrgicos sea insuficiente este manejo, y la necesidad de adyugar con otros medicamentos transoperatorios y técnicas anestésicas. (24)

Por ello, es que las Guías apuestan a la analgesia multimodal para una mejoría en la calidad analgésica, desde el preoperatorio, en el transoperatorio y postoperatorio, que tiene como fin la disminución de excitabilidad durante y después del procedimiento quirúrgico. (24)

Uno de los estudios comparativos utilizados en este trabajo, es el cual se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, el cual menciona que la estimación de dolor en pacientes postoperados, en el 80% de los pacientes operados posterior al evento sufren de dolor, de éste porcentaje, el 86% califican su dolor en moderado y severo. Dando más de la mitad de la población estudiada (59%) una de las principales preocupaciones presentar dolor, como experiencia desagradable. (26)

La presencia de dolor postoperatorio de moderado a severo ha sido estadísticamente alta, al realizar una búsqueda guiada. La exacerbación del dolor ha sido adjudicada a la incidencia de lesión nerviosa, el tiempo quirúrgico, lugar de incisión quirúrgica, intensidad de dolor postoperatorio y los factores predisponentes del paciente. (26)

El uso de opioides perioperatorios es una de las raíces del problema. La necesidad de disminuir el tiempo de ingreso hospitalario, y por ello transferir al domicilio parte del curso postoperatorio, ha incrementado la prescripción de opioides al alta de una intervención quirúrgica. Estos datos se confirman en un estudio realizado en los periodos 2004, 2008 y 2012, en 155.297 pacientes, sin uso previo de opioides, intervenidos de síndrome de túnel carpiano, colecistectomía laparoscópica, hernia inguinal y artroscopia de rodilla. Un 70 % de estos pacientes sometidos a procedimientos de bajo riesgo seguían consumiendo opioides a los 7 días del postoperatorio, sobre todo oxicodona-paracetamol. (27)

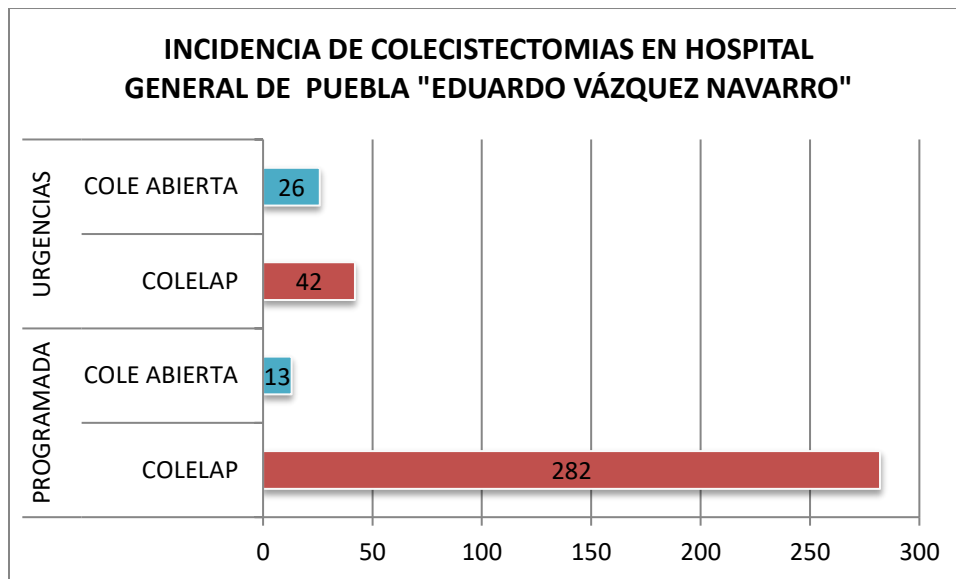
El problema no es la indicación de los opioides en el dolor moderado-intenso, sino su administración en dolor leve-moderado y las pautas continuadas sin control, más allá de los primeros días del postoperatorio. Por ello, las actuales recomendaciones se basan en minimizar la dosis de opioide, aplicar pautas multimodales y retirar precozmente los opioides cuando puedan ser sustituidos por otros analgésicos.

Definir los pacientes con factores de riesgo en el uso prolongado de opioides es un aspecto pendiente que puede contribuir a la prevención del abuso. ⁽²⁷⁾

En el Hospital General de Puebla "Eduardo Vázquez Navarro" se sometió en el Año 2018 a 363 pacientes a Colectomía; 295 pacientes programados para Colectomía, de los cuales 282 pacientes fueron sometidos a colectomía laparoscópica y 13 pacientes a colectomía abierta, tomando en cuenta el grado de complicación de la cirugía laparoscópica y los posibles beneficios de uno con respecto al otro, individualizando a cada paciente; 68 procedimientos de Urgencias, de los cuales, 42 pacientes sometidos a colectomía laparoscópica y 26 pacientes bajo colectomía abierta.

Siendo un porcentaje del 89.25% de pacientes programados a Colectomía Laparoscópica (324 pacientes) del número de Colectomías Anuales en nuestra Unidad. De la totalidad de las colectomías laparoscópicas realizadas, se convierten en una cirugías abiertas el 5.5% (18 colectomías).

Gráfica 1. Incidencia de colectomía laparoscópica en el Hospital General de Puebla "Eduardo Vázquez Navarro" del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018



Fuente: Obtenida por el investigador

La problemática del dolor postoperatorio no se resuelve sólo con la creación de Unidades de manejo de Dolor Agudo, ya que además de la infraestructura, se necesita de personal capacitado para el empleo óptimo de los recursos terapéuticos aptos, y el uso en la intervención de opioides en el manejo de dolor. En un artículo publicado por Aubrun y sus colaboradores, reporta que el 58% de los pacientes que son sometidos a un procedimiento anestésico-quirúrgico al ser dados de alta de la Unidad de cuidados Postanestésicos refieren dolor moderado a severo. En la mayoría de los casos no se utilizan opioides fuertes por el temor del paciente y del médico cirujano a desarrollar como efecto adverso depresión respiratoria y hasta de adicción; esto debido a la ignorancia del modelo farmacocinético y farmacodinámico de dichos medicamentos o una inadecuada administración y dosificación de éstos. ⁽²⁴⁾

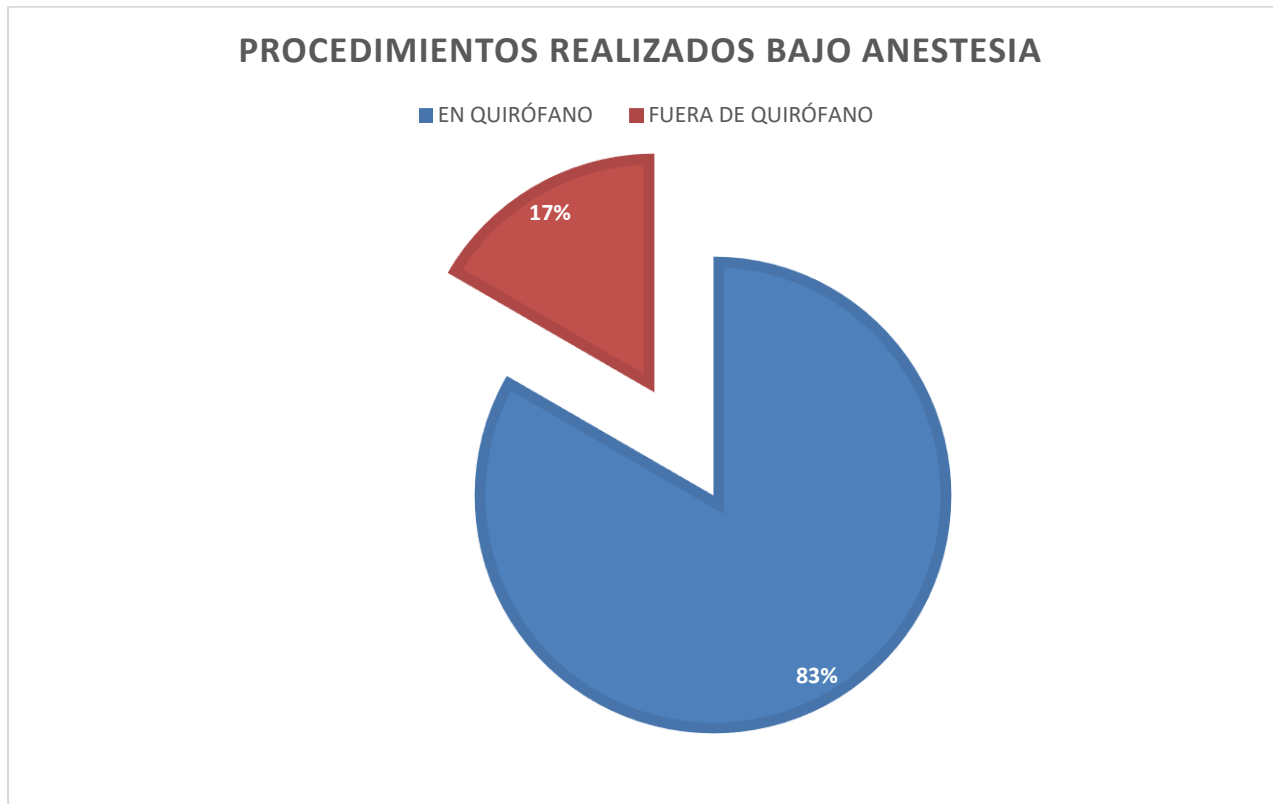
MOTIVACIONES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

Las motivaciones por las cuales puede plantearse la mejora de la calidad son de distinto origen. De un lado, la transgresión o no adecuación de los valores éticos en una situación concreta puede aconsejar un cambio de la misma hacia otra situación de mayor calidad acorde con los valores éticos. Por otra parte, la mejora de la calidad puede ser promulgada por el legislador, por ejemplo al dictar leyes de acreditación de los centros de atención que contengan unos requisitos de mínimos para determinadas actividades.

La mejora de la calidad puede generarse por otra vía, como es la constatación de que el centro posee una mala imagen dentro de la comunidad y en consecuencia el motivo social será en este caso el responsable del cambio. Por fin, los motivos económicos en general y el control de los costes en particular pueden ser la génesis del cambio. ⁽²¹⁾

En el Hospital General de Puebla "Eduardo Vázquez Navarro" del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018 se realizaron 3868 procedimientos bajo anestesia, de los cuales; 3224 procedimientos se realizaron dentro de quirófano (83.35%); 644 procedimientos fuera de quirófano (17.15%).

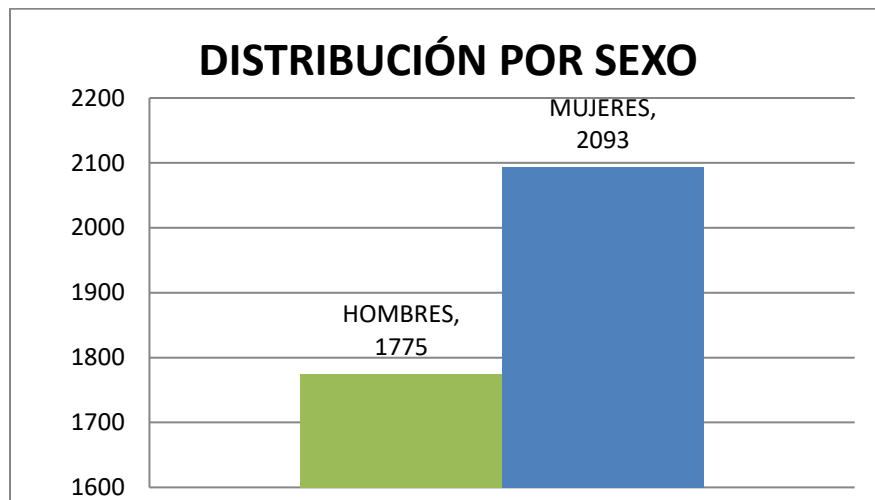
Gráfica 2. Procedimientos realizados en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018 bajo Anestesia fuera y dentro de Quirófano.



Fuente: Obtenida por el Investigador

Del total de pacientes sometidos a procedimientos bajo Anestesia, la distribución por Sexo fue de 1775 pacientes Hombres y 2093 pacientes mujeres.

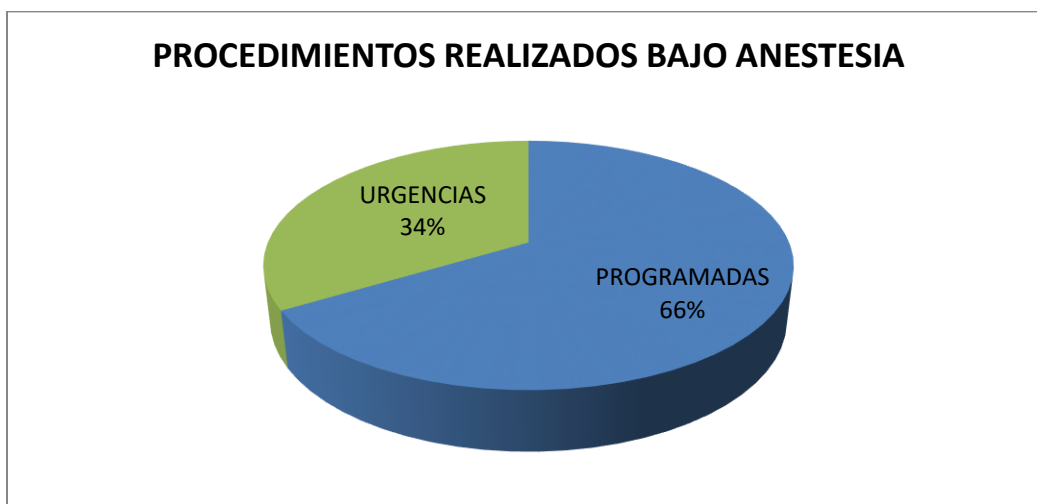
Gráfica 3. Distribución de pacientes por Sexo sometidos a Procedimientos bajo anestesia del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.



Fuente: Obtenida por el Investigador

Se realizaron 2570 procedimientos programados (66.44%) y 1398 procedimientos de urgencia (36.14%).

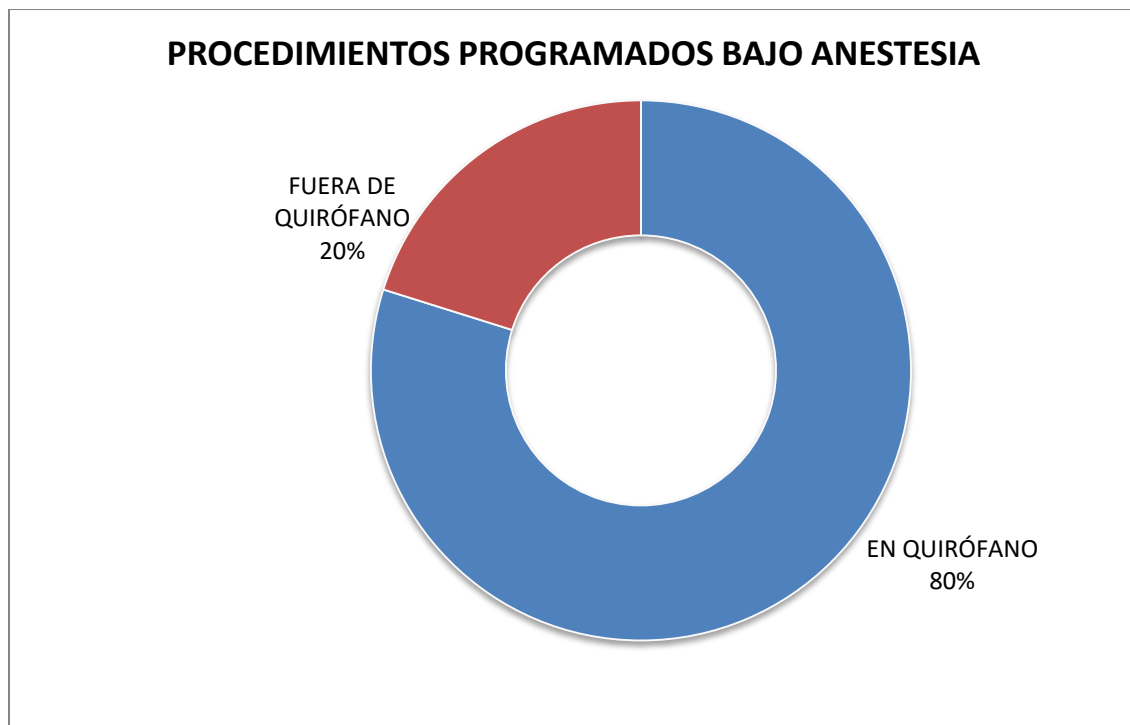
Gráfica 4. Procedimientos realizados bajo anestesia Programadas y Urgencias en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.



Fuente: Obtenida por el Investigador

Se realizaron 2570 procedimientos programados, de los cuales, 2052 procedimientos dentro de quirófano (79.84%), 518 procedimientos fuera de quirófano (20.15%); dentro de los cuales el 36.57% son procedimientos Ambulatorios.

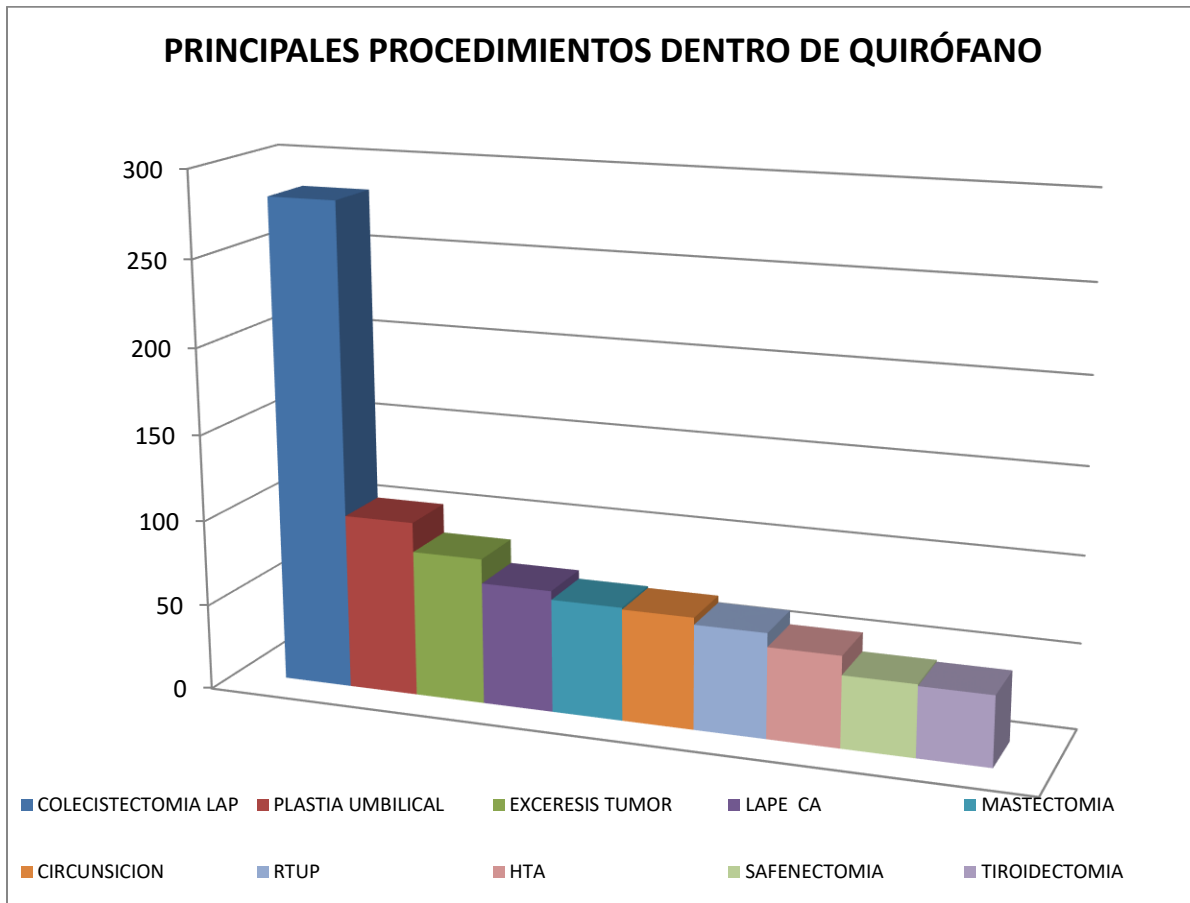
Gráfica 5. Procedimientos Programados realizados bajo anestesia dentro y fuera del Quirófano del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.



Fuente: Obtenida por el Investigador

Las cinco principales cirugías programadas en el Hospital fueron colecistectomía laparoscópica (10.97%), excéresis de tumores por Oncocirugía (8.63%), plastia umbilical (3.96%), circuncisión (2.52%) y Resección Transuretral de Próstata (2.37%).

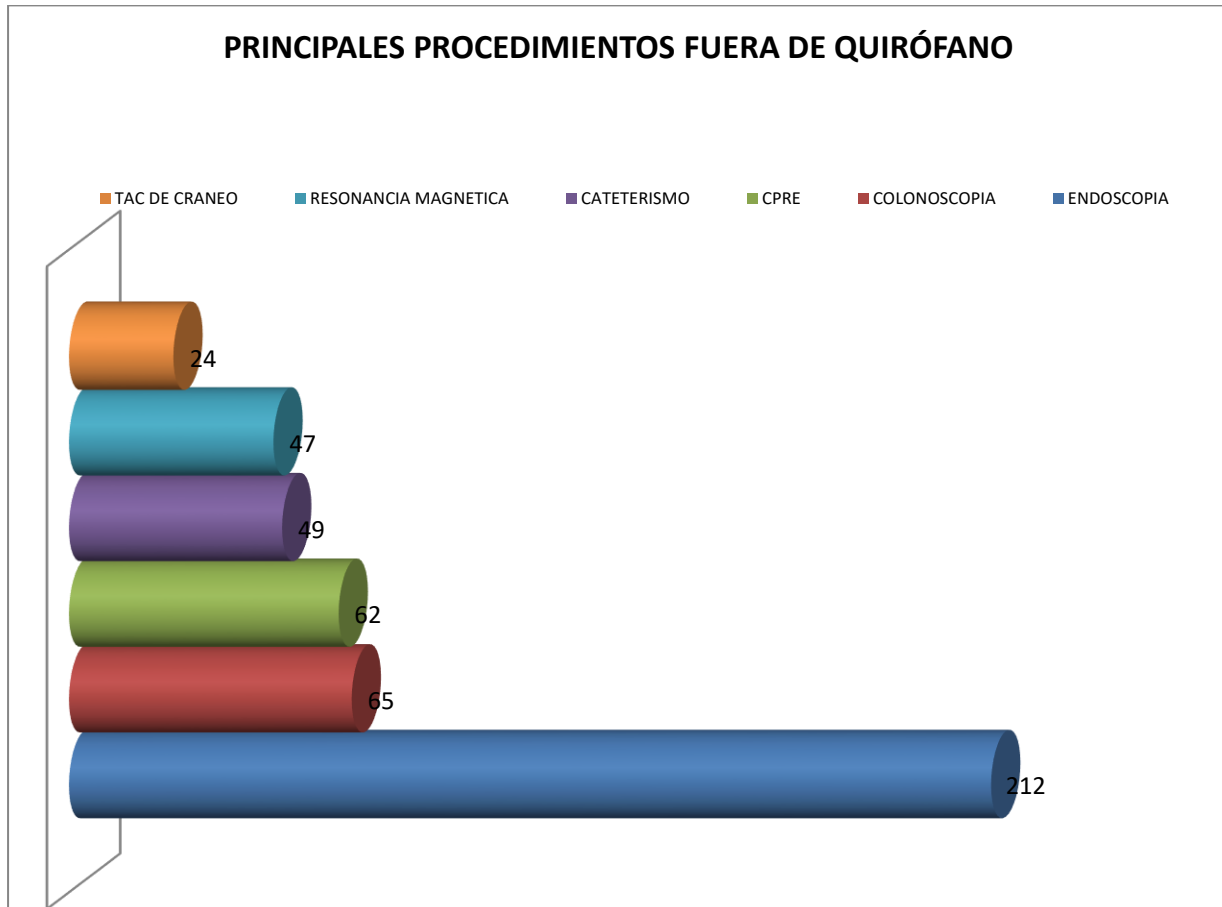
Grafica 6. Principales procedimientos realizados bajo anestesia dentro del Quirófano del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.



Fuente: Obtenida por el Investigador

De los procedimientos realizados fuera de quirófano los procedimientos principales realizados fueron: Endoscopia (8.24%), colonoscopia (2.52%), CPRE (2.37%), Cateterismo cardíaco (1.9%), Resonancia magnética (1.82%) y TAC de cráneo (0.93%).

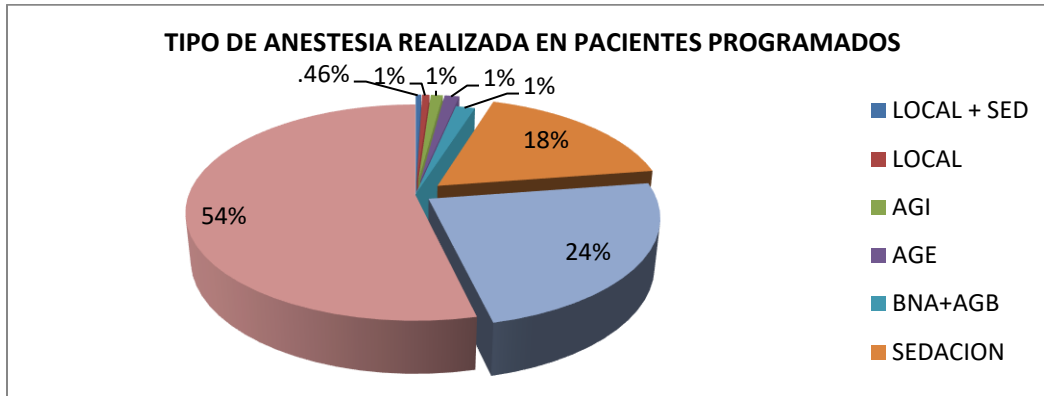
Gráfica 7. Principales Procedimientos realizados bajo anestesia fuera del Quirófano del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.



Fuente: Obtenida por el Investigador

Del número total de procedimientos realizados, se manejaron 1379 pacientes con Anestesia General Balanceada (53.65%), 610 pacientes con Anestesia Regional (23.73%), 454 pacientes con sedación (17.66%), 41 pacientes con Anestesia Mixta (1.59%), 32 pacientes con Anestesia Endovenosa (1.24%), 26 pacientes con Anestesia Inhalatoria (1.01%), 16 pacientes con anestesia local (0.62%), 12 pacientes con Anestesia Local con Sedación (0.46%).

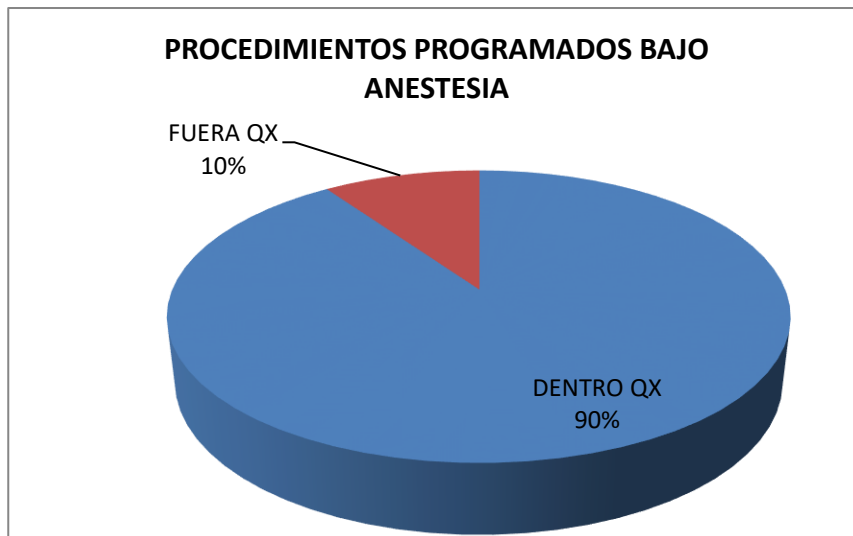
Gráfica 8. Tipo de Anestesia realizada en Procedimientos Programados del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.



Fuente: Obtenida por el Investigador

En el Año 2018, se realizaron 1298 procedimientos de urgencia, de, 1172 procedimientos dentro de quirófano (90.29%), 126 procedimientos fuera de quirófano (9.70%).

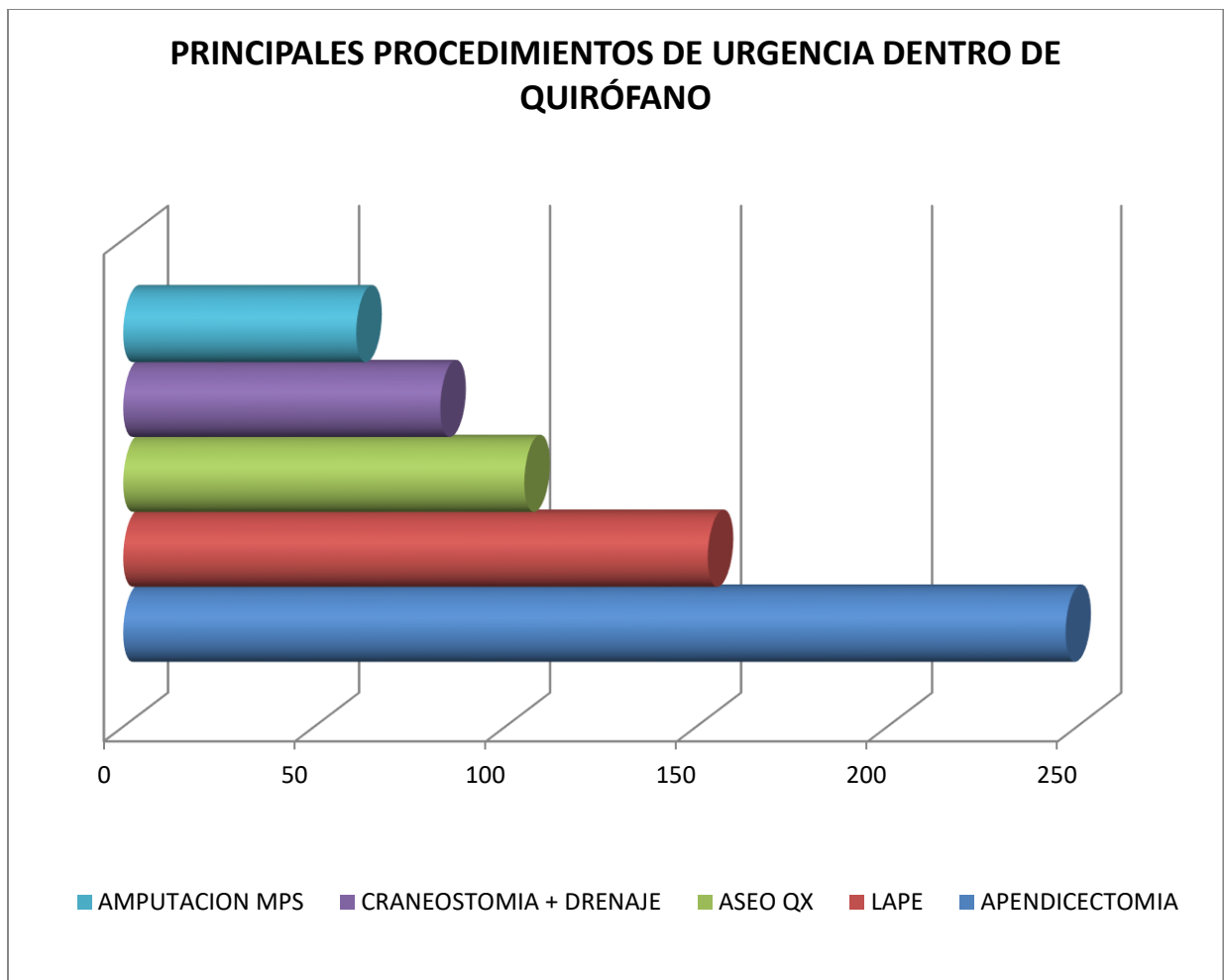
Gráfica 9. Procedimientos de Urgencias realizados bajo anestesia dentro y fuera del Quirófano del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.



Fuente: Obtenida por el Investigador

Las cinco principales cirugías de urgencia realizadas en el Hospital fueron apendicectomías a 247 pacientes (19.02%), 153 laparotomías exploratorias (11.78%), 105 aseos quirúrgicos (8.08%), 83 craneotomías (6.39%), 68 colecistectomías (5.23%) y 61 amputaciones de miembro inferior (4.69%).

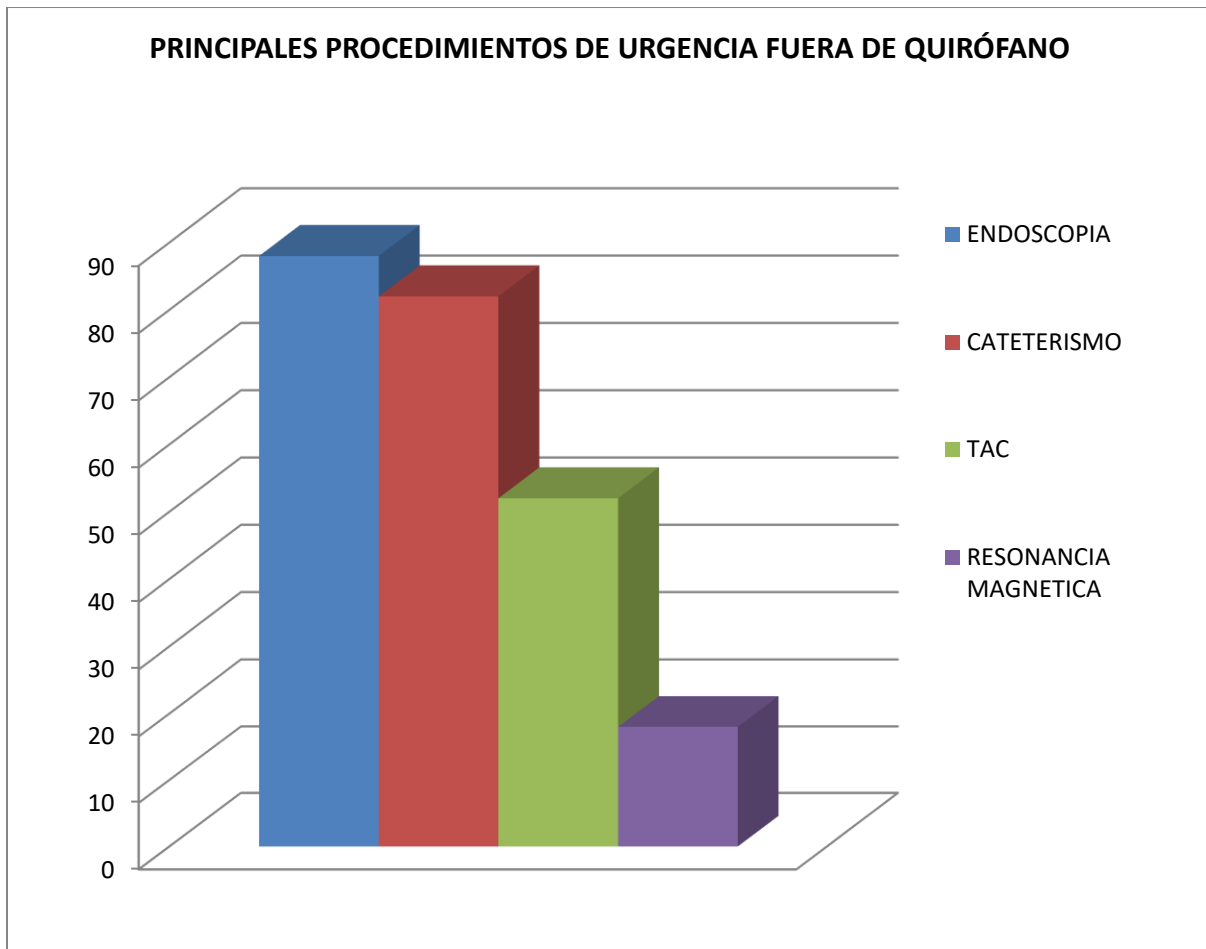
Gráfica 10. Principales procedimientos de Urgencias realizados bajo anestesia dentro del Quirófano del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.



Fuente: Obtenida por el Investigador

De los procedimientos realizados fuera de quirófano los procedimientos principales realizados fueron: 88 procedimientos endoscópicos (6.77%), 82 Cateterismos cardíacos (6.31%), 52 Tomografías axiales computarizadas (4.00%) y 18 Resonancias Magnéticas (1.38%).

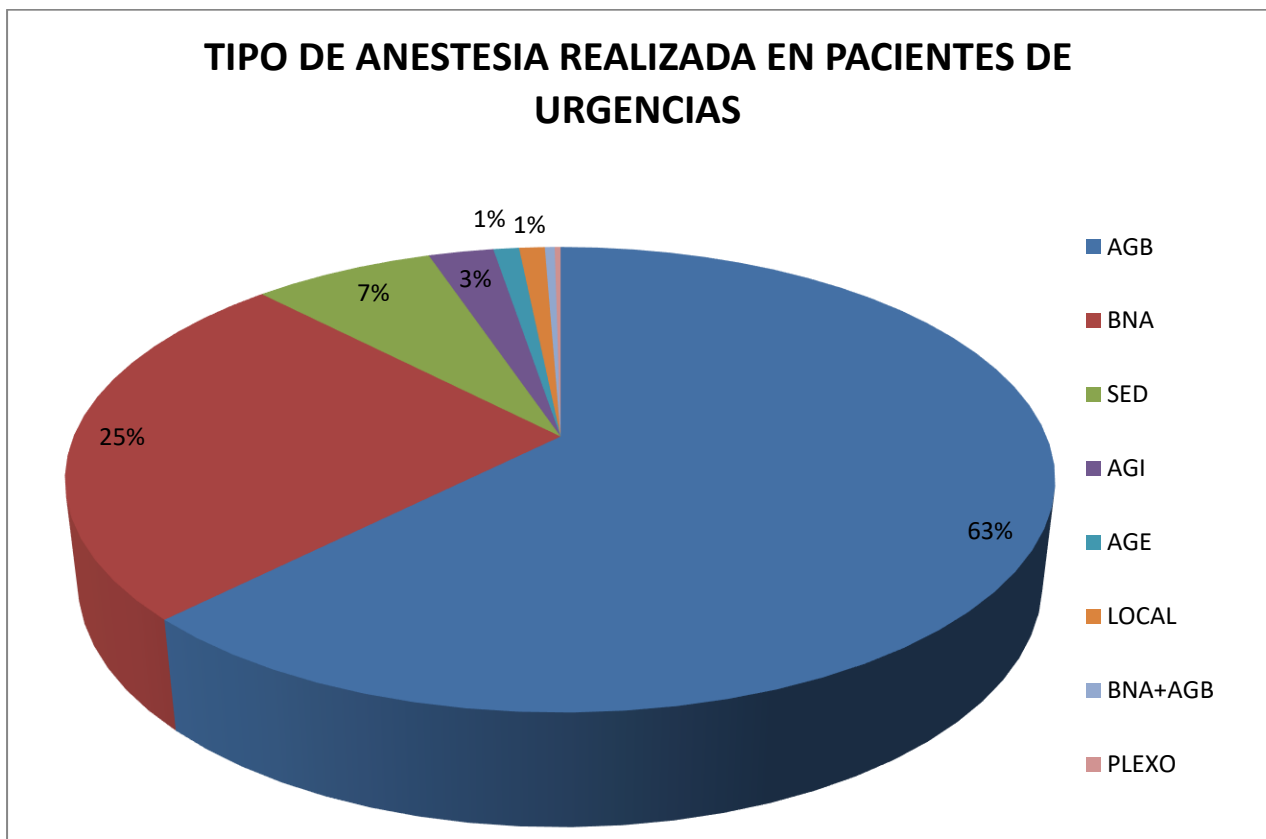
Gráfica 11. Principales procedimientos de Urgencias realizados bajo anestesia fuera del Quirófano del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.



Fuente: Obtenida por el Investigador

Del número total de procedimientos realizados, se manejaron 811 pacientes con Anestesia General Balanceada (62.48%), 328 pacientes con Anestesia Regional (25.26%), 92 pacientes con sedación (7.08%), 5 pacientes con Anestesia Mixta (0.38%), 13 pacientes con Anestesia Endovenosa (1%), 33 pacientes con Anestesia Inhalatoria (2.54%), 13 pacientes con anestesia local (1%) y 3 pacientes con bloqueo de plexo (0.23%).

Gráfica 12. Tipo de Anestesia realizada en Procedimientos de Urgencias del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2018.



Fuente: Obtenida por el Investigador

III. JUSTIFICACION:

El Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” es una Unidad de Segundo Nivel en el Estado de Puebla, en la cual hay un alto porcentaje de Cirugías Ambulatorias (36.57%), de las cuales la Colectomía Laparoscópica ocupa el Primer Lugar en Incidencia, de un 10.97% del Total de Cirugías programadas en esta Unidad Hospitalaria, por lo que se debe tomar en cuenta las necesidades de los pacientes de una pronta recuperación para poder incorporarse a sus actividades cotidianas y llevar a cabo una Atención de Calidad en el ámbito de la Salud.

El dolor y su control debe ser una prioridad fundamental para todos los profesionales que trabajan en esta Área, ya que continúa siendo una necesidad por satisfacer. El dolor es una preocupación esencial del paciente operado, siendo un indicador de calidad en las encuestas de satisfacción, ya que es una causa importante de demoras en el Alta e ingresos hospitalarios no planificados.

Se evaluará a los pacientes sometidos a Colectomía Laparoscópica bajo Anestesia General balanceada, con la finalidad de obtener estadísticamente la calidad del manejo del dolor postoperatorio, para la mejoría del control analgésico en dichos pacientes, teniendo un impacto directo en la experiencia del paciente, ya que el dolor postoperatorio por ser una sensación desagradable, causa limitación en las actividades, además de una recuperación más tórpida, siendo la analgesia postoperatoria una piedra angular en el manejo integral del paciente postoperado y el egreso temprano de la Unidad de Cuidados Postoperatorios. Esto justifica el presente trabajo, validando un Protocolo propio de esta Unidad Hospitalaria para el adecuado control postoperatorio, y poder brindar nuevas opciones terapéuticas en dado caso que el manejo actual no sea adecuado para un mejor control.

IV. DEFINICION DEL PROBLEMA:

El dolor postoperatorio es un problema de Salud Pública, ya que a pesar de ser un síntoma subjetivo en el paciente, esto condiciona a la limitación de las actividades diarias y la calidad de vida del paciente posterior a ser sometidos a una cirugía, causando serios problemas con la percepción sobre la experiencia de un procedimiento anestésico-quirúrgico, aumentando el tiempo de incapacidad e intervenciones para el control del dolor. No hay información necesaria estadística en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” para poder llevar a cabo mejoría en el manejo analgésico, lo que hace imposible poder establecer la eficacia y la satisfacción del paciente con respecto a la analgesia postoperatoria.

En reportes publicados a Nivel Nacional en pacientes según escala de satisfacción, se reporta una Incidencia del 27.4% de dolor postoperatorio en las primeras 24 horas, por lo que es importante realizar este estudio. ⁽²⁰⁾

PREGUNTA:

¿Cuál es la calidad de la atención del manejo de dolor postoperatorio en pacientes Adultos sometidos a Colectectomía Laparoscópica bajo anestesia general en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019?

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Describir la Calidad de la Atención del manejo de dolor postoperatorio en pacientes Adultos sometidos a Colectomía Laparoscópica bajo anestesia general en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estimar la Frecuencia e Intensidad del dolor posterior a ser sometidos a Anestesia General Balanceada para Colectomía Laparoscópica.
- Describir la percepción del dolor al ingreso y egreso de la UCPA, conforme a la escala de dolor de EVA.
- Evaluar la satisfacción del paciente sobre la calidad analgésica postoperatoria por medio del Cuestionario de Satisfacción de Analgesia Postoperatoria.
- Establecer los cambios fisiológicos en UCPA posterior a ser sometidos a Colectomía Laparoscópica bajo anestesia General Balanceada.
- Identificar el dolor postoperatorio basado en Auto reporte del paciente en UCPA.

V. MATERIAL Y METODOS:

1. DISEÑO DE ESTUDIO:

Dicho estudio será descriptivo, prospectivo, prolectivo, observacional, unicéntrico, de corte longitudinal para evaluar la satisfacción de la Calidad del manejo de dolor postoperatorio en pacientes sometidos a Colectomía Laparoscópica bajo Anestesia General Balanceada en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el periodo de Noviembre del 2018 a Abril del 2019.

Se llevará a cabo la evaluación del dolor postoperatorio en dos momentos. El primer momento será por medio de la escala visual del dolor EVA y signos vitales al ingreso a la UCPA. Y en segundo tiempo se evaluará por medio de Escala visual del dolor EVA, signos vitales, Sistema de Puntuación de Alta Postanestésica (PADSS) y el test de Satisfacción con el manejo analgésico en UCPA.

2. DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO

POBLACIÓN FUENTE:

Pacientes del Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” programados para Colectomía Laparoscópica bajo Anestesia General Balanceada.

POBLACION ELEGIBLE:

Pacientes de 18 a 60 años de edad sometidos a Colectomía Laparoscópica bajo Anestesia General Balanceada.

3. DEFINICION DE UNIDADES DE OBSERVACION

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes de 18 a 60 años de edad.

Sexo indistinto.

ASA I y II.

Colectomía Laparoscópica programada.

Haber firmado consentimiento informado anestésico.

Sin complicaciones en el transquirúrgico.

Que requiera Anestesia General Balanceada.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Exploración de vía biliar durante la colecistectomía.

Pacientes que no sepan medir la intensidad del dolor mediante el uso de la Escala Visual de EVA

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Reacción alérgica a alguno de los medicamentos utilizados en el transanestésico.

Complicaciones en la técnica anestésica.

Presencia de complicaciones en el transquirúrgico.

Sangrado transoperatorio.

Necesidad de Hospitalización posterior a la Cirugía.

3. ESTRATEGIA DE MUESTREO**TAMAÑO DE LA MUESTRA**

La muestra estudiada fue 44 pacientes de un total de 78 en el periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019, los cuales fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica bajo Anestesia General Balanceada. De los 78 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en dicho periodo, se excluyeron 4 pacientes por Edad <18años o >60 años, 4 pacientes por ASA igual o mayor de III, 3 pacientes por haber sido sometidos a Anestesia Regional, 9 pacientes por complicaciones Quirúrgicas (necesidad de convertir la cirugía por grado de complejidad a Cirugía abierta) y 14 pacientes por necesidad de Hospitalización.

TIPO DE MUESTREO

A cada paciente que cumplió con los criterios de inclusión, a su ingreso a Quirófano se le explicaron los objetivos del estudio, el margen de seguridad del protocolo, sus ventajas y desventajas. Se solicitó el consentimiento informado firmado. Se realizará verificación del paciente y monitorización a aquellos que queden dentro del grupo, se administrará en el transanestésico para la inducción Fentanilo a 4mcg/kg de peso, y como analgesia en el transquirúrgico Paracetamol 1 gramo y Ketorolaco 60 miligramos intravenosa Dosis única, posteriormente se valorará al Ingreso a la UCPA y al Egreso de la UCPA con los cuestionarios y Escalas ya mencionadas

Para la recolección de la información se utilizó la cédula de datos del paciente, Signos vitales previos a procedimiento quirúrgico, al Ingreso a la UCPA y al Egreso de la UCPA, Escala de dolor en el paciente al Ingreso y Egreso a la UCPA y la encuesta de Satisfacción en la Analgesia Postoperatoria y se aplicaron los Criterios de Egreso de PADSS para el Alta de la UCPA.

Estas Cédulas de Encuesta se recabarán al término del turno, las cuales se aplicarán por los Residentes del Servicio de Anestesiología que se encuentre asignado ese días al Área de la Unidad de Cuidados Post-Anestésicos teniendo en cuenta los criterios de Inclusión, de Exclusión y de Eliminación en cada paciente.

MÉTODOS PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizará estadística descriptiva, con medición de media moda, desviación estándar y analítica con medición de significancia estadística mediante prueba T de student dándole significancia cuando $p < 0.05$, mediante el uso del Paquete estadístico SPSS.

RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

1. Fuentes de Información
2. Instrumentos de Medición
3. Validez y Consistencia

La recolección de la información se realizó por medio del Cuestionario de Satisfacción de la Analgesia Postoperatoria al egreso de la UCPA, signos vitales al ingreso del Quirófano, un segundo tiempo al ingreso de la Unidad de Cuidados Postanestésicos y en un Tercer Momento al Egreso de la Unidad de Cuidados Postanestésicos.

B. RECURSOS

Recursos humanos:

Residente del Servicio de Anestesiología que ayudarán a la valoración de la Escala Visual analógica del Dolor EVA.

- 8 Residente de Primer Año de Anestesiología y 12 Residente de Segundo Año de Anestesiología.
- 10 Adscritos del Servicio de Anestesiología.

RECURSOS MATERIALES:

- Ámpulas de Ketorolaco.
- Frascos de Paracetamol.
- Jeringas de 10 ml.
- Soluciones salinas de 50ml.
- Material de papelería (lapiceros, carpetas, hojas de papel para impresión de formatos).
- Monitores de quirófano y recuperación.
- Paquete estadístico SPSS.
- Sistema de cómputo, Software (Word, Excel, Power Point).

Gastos Insensibles: Tiempo invertido durante realización.

Tabla 4. Variables; Definición Conceptual, Definición Operacional, Tipo de Variable, Escalas y Unidades de medición de las variables. Fuente: Obtenida por el investigador.

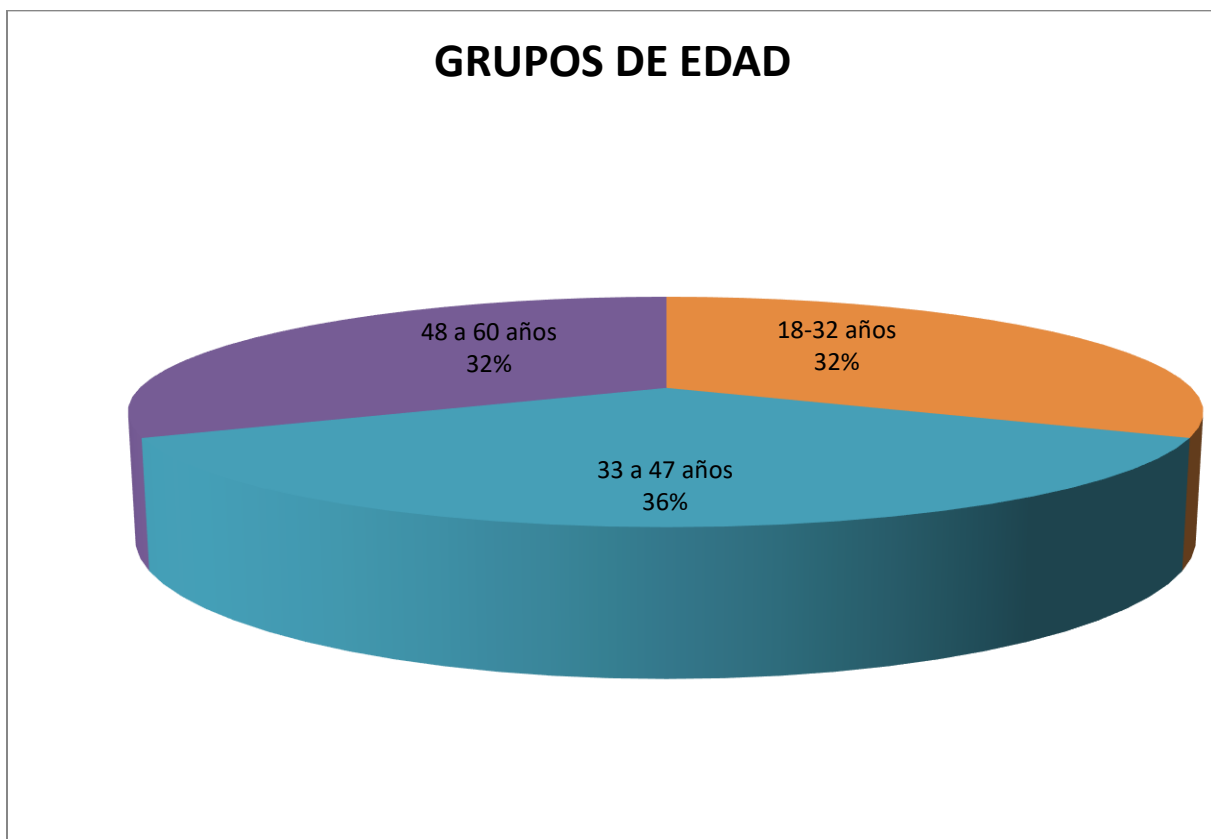
| NOMBRE DE LA VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA | UNIDAD DE MEDICION |
|-----------------------------------|---|--|---------------------------|------------|--|
| EDAD | Tiempo transcurrido en años cumplidos, desde el nacimiento hasta el momento del estudio. | Se determinará con el registro de la Encuesta realizada y corroborando con Expediente | Cuantitativa Continua | Ordinal | <ul style="list-style-type: none"> • 18-32 años • 33-47 años • 48-60 años |
| SEXO | Características fisiológicas, anatómicas que definen a un ser humano como hombre y mujer | Se determinará con el registro de la Encuesta realizada y corroborando con Expediente | Cualitativa Dicotómica | Dicotómica | <ul style="list-style-type: none"> • Masculino. • Femenino. |
| ESTADO FISICO DEL PACIENTE | Estado físico | Se determina de acuerdo a la escala de ASA | Cualitativa Ordinal | Dicotómica | <ul style="list-style-type: none"> • I • II |
| CIRUGIA | Tipo de procedimiento quirúrgico realizado a los pacientes. | Se valora con respecto a Cirugía realizada por medio de Record y Expediente | Cualitativa Nominal | Nominal | Colecistectomía Laparoscópica |
| DURACIÓN DE LA ANESTESIA | Numero de minutos que tuvo el paciente bajo anestesia. | Se obtiene de la hoja de Registro Anestésico | Cuantitativa Continua | Intervalo | Se especificará |
| DOLOR | Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión. | Se clasifica y valora de manera verbal por medio de la Escala Analógica del Dolor EVA. | Cuantitativa Nominal | Intervalo | <ul style="list-style-type: none"> • 0: Sin dolor • 1-3: Leve • 4-6: Moderado • 7-10: Severo |
| TENSION ARTERIAL | Fuerza que ejerce la sangre en las paredes de arterias. La presión arterial se toma mediante dos mediciones: sistólica y diastólica | Se obtuvo de Record Quirúrgico y Hoja de Enfermería de UCPA | Cuantitativa Continua | Razón | MmHg. |
| FRECUENCIA CARDIACA | Valor que indica el número de veces que el corazón late en un minuto. | Se obtuvo de Record Quirúrgico y Hoja de Enfermería de UCPA | Cuantitativa Continua | Razón | Latidos por minuto. |
| SATURACION DE OXIGENO | Cantidad de oxígeno disponible en el torrente sanguíneo. | Se obtuvo de Record Quirúrgico y Hoja de Enfermería de UCPA | Cuantitativa Continua | Razón | Porcentaje |
| FRECUENCIA RESPIRATORIA | Valor que indica el número de respiraciones que realiza un ser vivo en un minuto. | Se obtuvo de Record Quirúrgico y Hoja de Enfermería de UCPA | Cuantitativa Continua | Razón | Respiraciones por minuto |
| CALIDAD | Máximo beneficio en salud que se puede lograr con el conocimiento adecuado y la aplicación apropiada de la tecnología | Se pudo valorar por medio de la Aplicación del Test de Satisfacción en la Calidad de Manejo Analgésico en UCPA | Cualitativa Nominal | Ordinal | 0: Nada satisfecho 1-2: Malo 3-4: Regular 5-7: Satisfecho 8-10: Totalmente satisfecho |

RESULTADOS

De la muestra estudiada de 44 pacientes se encontró:

La edad promedio fue de 39 ± 21 años (Ver Gráfica 1). Predominó el sexo femenino siendo 36 pacientes (81.81 %) y 8 masculinos (18.18%) (Ver Gráfica 2). El tiempo del procedimiento laparoscópico es $102:19 \pm 47$ minutos, 10 pacientes ASA I (22.72%) y 34 pacientes ASA II (77.27%) (Ver Gráfica 3).

Gráfica 1. Grupos de Edad de pacientes sometidos a Colecistectomía Laparoscópica bajo Anestesia en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019.



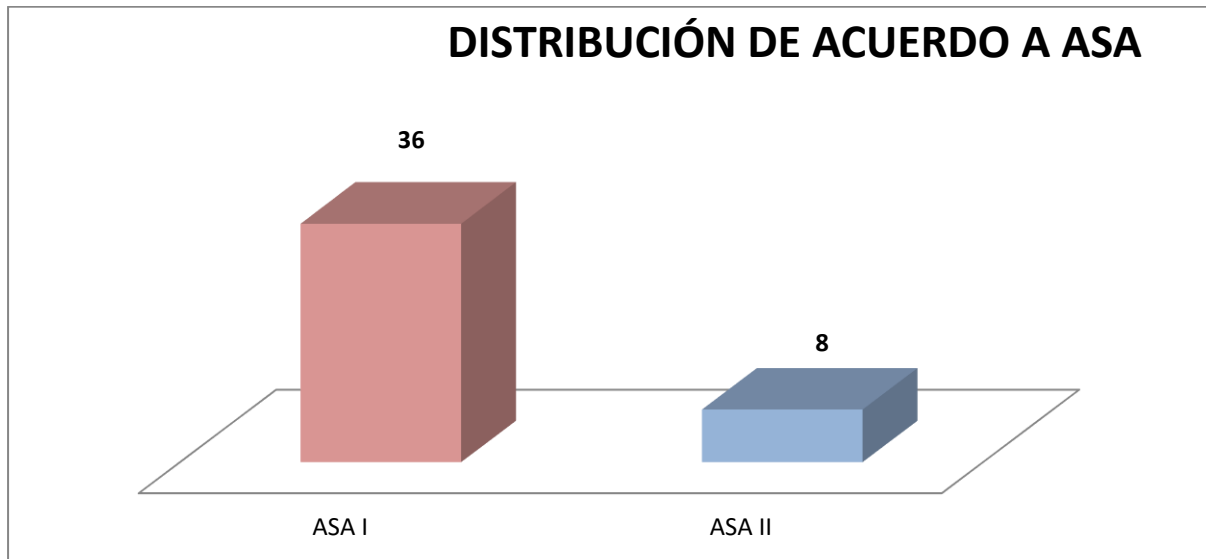
Fuente: Datos obtenidos por el Investigador.

Gráfica 2. Distribución de pacientes con respecto a Edad sometidos a Colecistectomía Laparoscópica bajo Anestesia General en el Hospital de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019.



Fuente: obtenida por el investigador.

Gráfica 3. Distribución de pacientes con respecto a ASA sometidos a Colecistectomía Laparoscópica bajo Anestesia en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019.



Fuente: obtenida por el investigador

Se realizó Evaluación del dolor postoperatorio en dos momentos, por escala visual del dolor EVA y signos vitales al ingreso a la UCPA y en el segundo tiempo por Escala visual del dolor EVA, signos vitales, Sistema de Puntuación de Alta Postanestésica (PADSS) y se encuestó para la Evaluación de la Calidad de la Atención de Manejo del dolor postoperatorio por medio del test de Satisfacción del manejo Postoperatorio del Control del Dolor; esta evaluación efectuada en el 100% de los pacientes incluidos en los Resultados de este Estudio.

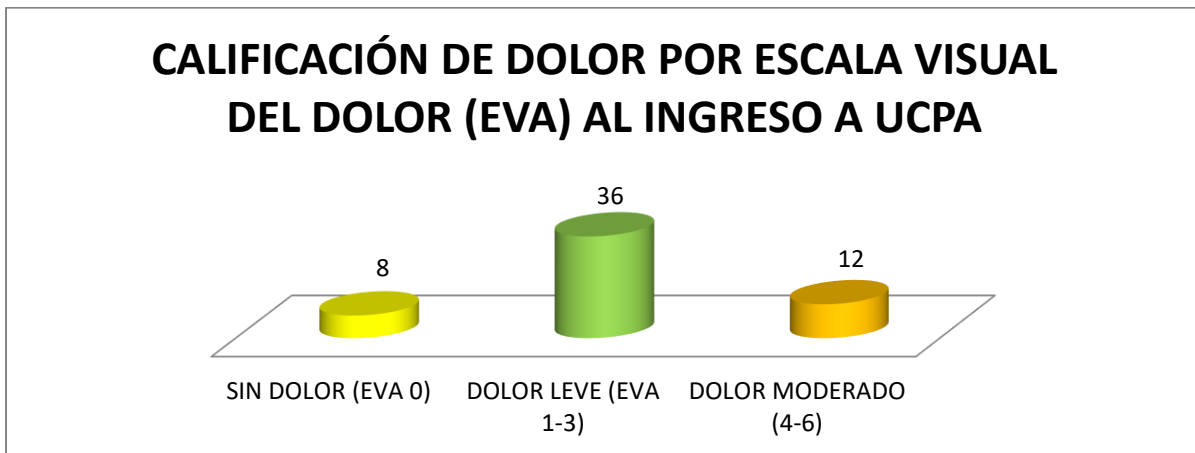
En relación a la intensidad de dolor durante la estancia hospitalaria, al Ingreso a la UCPA en la escala visual del dolor EVA, del 100% de pacientes incluidos en este Estudio, 8 pacientes no presentaron dolor (18.18%), y 36 paciente si los presentaron (81.81%); de los cuales 24 pacientes presentaron dolor leve (54.54%) y 12 dolor moderado (27.27%) (Ver Gráfica 4).

Tabla 1. Calificación de Dolor al Ingreso a la Unidad de Cuidados Postanestésicos con apoyo de Escala Visual de Dolor (EVA) en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019.

| ESCALA DE DOLOR | # PACIENTES |
|----------------------|-------------|
| SIN DOLOR (EVA 0) | 8 |
| DOLOR LEVE (EVA 1-3) | 36 |
| DOLOR MODERADO (4-6) | 12 |

Fuente: Obtenido por Investigador.

Gráfica 4. Calificación de Dolor al Ingreso a la Unidad de Cuidados Postanestésicos con apoyo de Escala Visual de Dolor (EVA) en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019.



Fuente: obtenida por el investigador

De los pacientes con dolor moderado, fue necesario administración de dosis de Analgesia extra a 10 pacientes (22.72%), con disminución de dolor de moderado a leve en 8 pacientes (18.18%), y 2 pacientes a nulo (4.54%). A los pacientes que necesitaron dosis de Rescate analgésica, se les administró Tramadol a 8 pacientes y Clolixinato de lisina a 2 pacientes. Los pacientes tratados con Tramadol, de presentar un dolor Moderado, en 6 pacientes disminuyó su dolor a Leve y en 2 pacientes a Dolor Nulo. De los 2 pacientes manejados con Clolixinato de Lisina, su dolor Moderado mejoró posterior a la Analgesia de Rescate a un Dolor Leve.

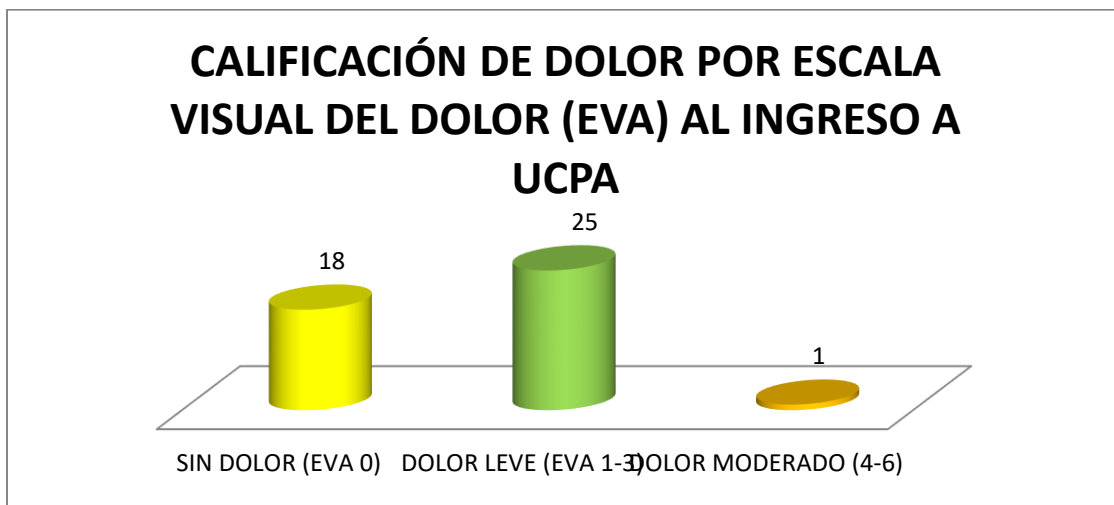
Al Egreso de la UCPA se evaluó escala visual del dolor EVA, de los cuales, 18 pacientes no presentaron dolor (40.90%), 25 dolor leve (56.81%) y 1 paciente refirió dolor moderado (2.27%) (Ver Gráfica 5).

Tabla 2. Calificación de Dolor al Egreso a la Unidad de Cuidados Postanestésicos con apoyo de Escala Visual de Dolor (EVA) en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019.

| ESCALA DE DOLOR | # PACIENTES |
|----------------------|-------------|
| SIN DOLOR (EVA 0) | 18 |
| DOLOR LEVE (EVA 1-3) | 25 |
| DOLOR MODERADO (4-6) | 1 |

Fuente: obtenida por el investigador

Gráfica 5. Calificación de Dolor al Egreso a la Unidad de Cuidados Postanestésicos con apoyo de Escala Visual de Dolor (EVA) en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019.



Fuente: obtenida por el investigador

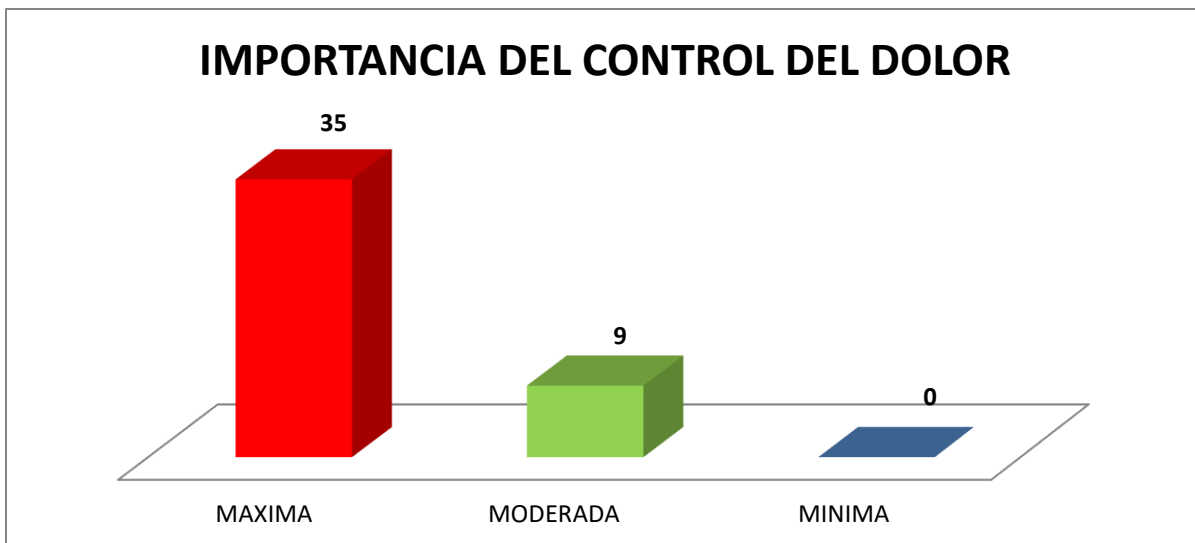
Con respecto a la Evaluación de la Calidad de Atención del Dolor Postoperatorio, conforme el Test de Satisfacción del manejo Postoperatorio del Control del Dolor la cual fue Aplicada al Egreso de la Unidad de Cuidados Postanestésicos, en el 79.54% de los pacientes (35 pacientes) refiere como Máxima importancia el alivio del dolor durante su hospitalización y el 20.45% (9 pacientes) restante una Moderada importancia del alivio del dolor durante su Hospitalización (Ver Gráfica 6).

Tabla 3. Importancia dada por los paciente al Alivio del Dolor al Egreso a la Unidad de Cuidados Postanestésicos en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019.

| IMPORTANCIA DADA AL ALIVIO DEL DOLOR | # PACIENTES |
|--------------------------------------|-------------|
| MÁXIMA IMPORTANCIA | 35 |
| MODERADA IMPORTANCIA | 9 |
| BAJA IMPORTANCIA | 0 |

Fuente: obtenida por el investigador

Gráfica 6. Importancia dada por los paciente al Alivio del Dolor al Egreso a la Unidad de Cuidados Postanestésicos en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019.



Fuente: obtenida por el investigador

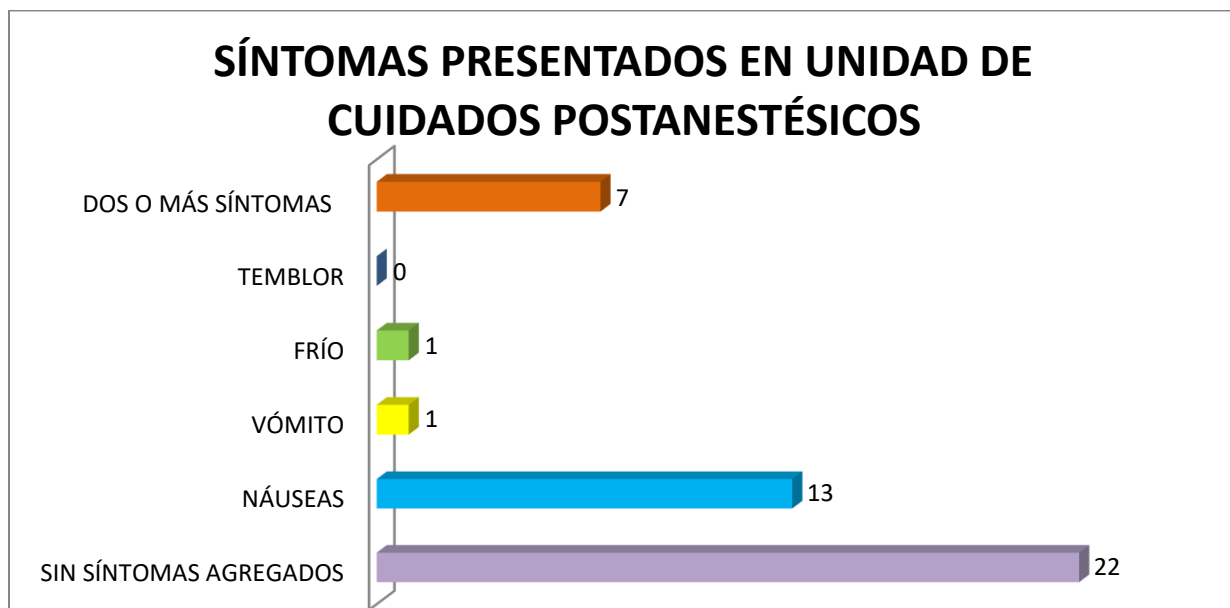
Los síntomas durante su estancia de la Unidad de Cuidados Postanestésicos fueron: náuseas (29.54%), frío (2.27%) y con más de dos síntomas; náuseas y vómito o náuseas y frío (15.9%); y un 50% no refirieron ningún síntoma extra en la Unidad de Cuidados Postanestésicos (Ver Gráfica 7).

Tabla 4. Síntomas agregados durante la Estancia en la Unidad de Cuidados Postanestésicos en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019.

| SÍNTOMAS DURANTE ESTANCIA EN UCPA | # PACIENTES |
|-----------------------------------|-------------|
| NÁUSEAS | 13 |
| FRÍO | 1 |
| VÓMITO | 1 |
| MÁS DE DOS SÍNTOMAS | 7 |
| NINGÚN SÍNTOMA EXTRA | 22 |

Fuente: obtenida por el investigador

Gráfica 7. Síntomas agregados durante la Estancia en la Unidad de Cuidados Postanestésicos en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019.



Fuente: obtenida por el investigador

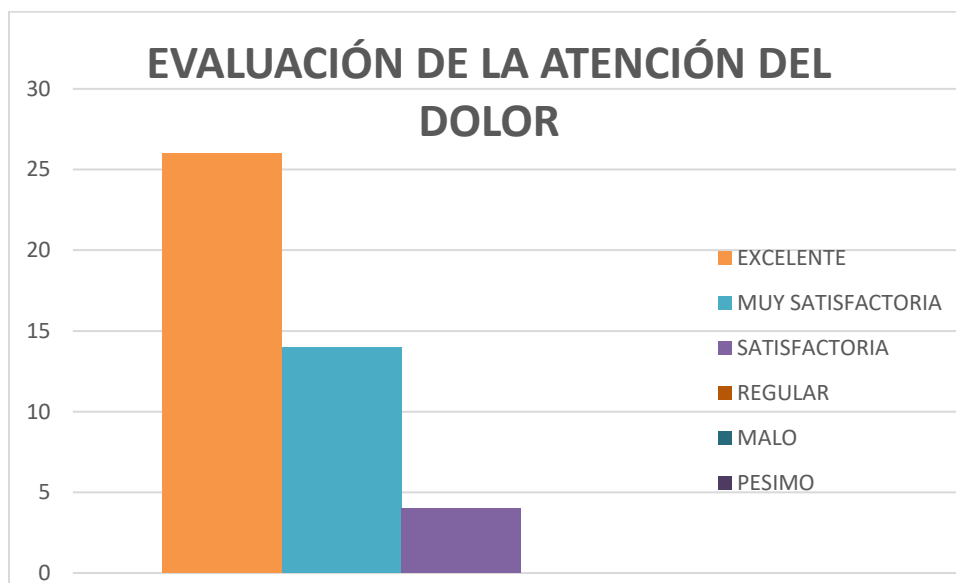
Se evaluó la satisfacción de la Calidad de la Atención del Dolor Postoperatorio conforme el Test de Satisfacción del manejo Postoperatorio del Control del Dolor, siendo en un 9.09% satisfactoria, del 31.81% muy satisfactoria y del 59.09% excelente (Ver Gráfica 8).

Tabla 5. Evaluación de la Calidad de Atención del Dolor durante la Estancia en la Unidad de Cuidados Postanestésicos en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019.

| SATISFACCIÓN DE LA CALIDAD DE LA # PACIENTES ATENCIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO | |
|---|----|
| EXCELENTE | 26 |
| MUY SATISFACTORIA | 14 |
| SATISFACTORIA | 4 |

Fuente: obtenida por el investigador

Gráfica 8. Evaluación de la Calidad de Atención del Dolor durante la Estancia en la Unidad de Cuidados Postanestésicos en el Hospital Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019. Datos obtenidos por el Investigador.



Fuente: obtenida por el investigador

DISCUSION

El dolor con manejo inadecuado puede dar como resultado alteraciones contraproducentes para el paciente postoperado. Los pacientes que se someten a un procedimiento quirúrgico refieren experimentar dolor de intensidad moderada a severa más de la mitad de los casos reportados, lo que sugiere un mal manejo del dolor y una Calidad deficiente en el área de la salud, ya que un indicador de Calidad es el dolor.

Al analizar las características demográficas de los pacientes que fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica en el periodo de tiempo de Noviembre del 2018 a Abril del 2019 en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro”, se observa que en su mayoría son mujeres (81.81 %) y 8 masculinos (18.18%), edad promedio de 39 ± 21 años (18-60 años), tiempo quirúrgico de $102:19\pm 47$ minutos, comparado con el Estudio Colecistectomía laparoscópica ambulatoria del 2004 realizado en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” que fue de 17% hombres y 83% mujeres, edad promedio de 40.5 años (14-85 años), tiempo quirúrgico 25 a 155 min, siendo los resultados muy similares a los ya reportados.

Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, con una adaptación del Cuestionario Internacional de Dolor Postoperatorio Pain Out en el año 2015, demostró que más de la mitad de los pacientes intervenidos en esta Unidad Hospitalaria (el 63.9%) presentó dolor de moderado a severo en las primeras 24 horas del procedimiento, siendo la media máxima de dolor de 5.5 ± 3.1 , comparada con el Estudio realizado en el Hospital General “Eduardo Vázquez Navarro” de 2.47 ± 2.53 medido con EVN (escala verbal numérica) en colecistectomía laparoscópica.

El tiempo de estancia en la sala de recuperación fue de 3 a 9 horas, con una media de 6 horas en la Unidad de Cuidados Postanestésicos, atrasándose esta Alta por síntomas agregados como náuseas, frío y vómito, además de Dolor Moderado en algunos de los pacientes (EVA de 5).

Teniendo en cuenta la muestra analizada, se encontró que la Calidad de la Atención del manejo de dolor postoperatorio en pacientes Adultos sometidos a Colecistectomía Laparoscópica bajo anestesia general en el Hospital General de Puebla “Eduardo Vázquez Navarro” fue calificada como Satisfactoria en un porcentaje bajo (9.09%) y Excelente en el 59.09%, lo que significa que los pacientes por parte del personal de la Unidad de Cuidados Postanestésicos la Atención y Manejo a las molestias que han presentado ha sido manejada de manera oportuna.

Al Ingreso a la UCPA presentando el 27.27% de los pacientes dolor moderado, fue necesario administración de dosis de Analgesia extra a 10 pacientes (22.72%), con disminución de dolor de moderado a leve en 8 pacientes (18.18%), y 2 pacientes a nulo (4.54%).

A los pacientes que necesitaron dosis de Rescate analgésica, se les administró Tramadol a 8 pacientes y Clolixinato de lisina a 2 pacientes. Los pacientes tratados con Tramadol, de presentar un dolor Moderado, en 6 pacientes disminuyó su dolor a Leve y en 2 pacientes a Dolor Nulo. De los 2 pacientes manejados con Clolixinato de Lisina, su dolor Moderado mejoró posterior a la Analgesia de Rescate a un Dolor Leve. Al Egreso de la UCPA, el 40.90% de los pacientes no presentó dolor, un 56.81% de los pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Postanestésicos aun presentando dolor leve y solo un 2.27% dolor Moderado.

Con respecto a la Evaluación de la Calidad de Atención del Dolor Postoperatorio, conforme el Test de Satisfacción del manejo Postoperatorio del Control del Dolor la cual fue Aplicada al Egreso de la Unidad de Cuidados Postanestésicos, en el 79.54% de los pacientes (35 pacientes) refiere como Máxima importancia el alivio del dolor durante su hospitalización y el 20.45% (9 pacientes) restante una Moderada importancia del alivio del dolor durante su Hospitalización.

En el Estudio realizado en el Hospital de Clínicas, en Paraguay en el año 2017, investigando sobre la percepción que tiene cada paciente con todo lo relacionado a su cirugía que evaluó el tiempo de estancia hospitalaria antes y después de la cirugía, dolor postoperatorio, resultados funcionales, mejoras en la calidad de vida, secuelas, tiempo que tardó en volver a sus actividades cotidianas; se observó que, con respecto a la vía laparoscópica, 27 pacientes estaban satisfechos (87,10%), 2 pacientes estaban parcialmente satisfechos (6,45%) y 2 pacientes no estaban satisfechos (6,45%) con su cirugía. En el estudio realizado en Nuestra Unidad Hospitalaria en el Periodo comprendido de Noviembre del 2018 a Abril del 2019 se evaluó la satisfacción de la Calidad de la Atención del Dolor Postoperatorio conforme el Test de Satisfacción del manejo Postoperatorio del Control del Dolor, siendo el 59.09% excelente, del 31.81% muy satisfactoria y de un 9.09% como satisfactoria.

Finalmente, es importante mencionar que el índice de mortalidad a corto y mediano plazo fue de 0 % entre los pacientes sometidos tanto a colecistectomías laparoscópicas.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio fueron comparados con el realizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición en el 2015 y el realizado en el Hospital de Clínicas, en Paraguay en el año 2017, investigando sobre la percepción que tiene cada paciente.

CONCLUSIONES

La calidad de la Analgesia postoperatoria en pacientes sometidos a Colectomía laparoscópica es buena, tomando en cuenta que a pesar de presentar dolor posterior a la cirugía, se toman medidas pertinentes de forma oportuna, mejorando en corto plazo una de las complicaciones más frecuentes en estos pacientes, que es el dolor posterior a un procedimiento quirúrgico, además de síntomas exacerbados por dicha molestia, tales como náuseas, vómito y mareos.

La problemática del dolor postoperatorio debe ser abordada tanto por el personal médico como de enfermería, para el empleo adecuado de los tratamientos disponibles. El adecuado control de dolor postoperatorio, nos mejorará tanto la calidad con la cual será calificado el trabajo multidisciplinario realizado, así como para el Egreso temprano e integración del paciente a su vida laboral y social.

Es de suma importancia el evaluar en nuestra Unidad Hospitalaria la necesidad de una Unidad de Dolor Agudo, y/o la realización de protocolos para poder implementar en el área de Cuidados Postanestésicos, realizar vigilancia de la seguridad, eficacia y efectividad del tratamiento instaurado de dicho procedimiento quirúrgico, así como la Mejoría de la calidad de la atención de dolor postoperatorio del paciente sometido a colectomía laparoscópica. La necesidad de capacitación y la participación del equipo quirúrgico en conjunto y la toma de medidas tempranas para la mejoría de la percepción del dolor postoperatorio, así como el control de éste, para la disminución de estancia Hospitalaria y de desarrollo de Dolor Crónico postoperatorio.

El dolor postoperatorio es un problema de Salud Pública, ya que a pesar de ser un síntoma subjetivo en el paciente, esto condiciona a la limitación de las actividades diarias y la calidad de vida del paciente posterior a ser sometidos a una cirugía, causando serios problemas con la percepción sobre la experiencia de un procedimiento anestésico-quirúrgico, aumentando el tiempo de incapacidad e intervenciones para el control del dolor.

En el Hospital General de Puebla "Eduardo Vázquez Navarro" no había una estadística ni protocolos establecidos para poder realizar una comparación de resultados y poder llevar a cabo mejoría en el manejo analgésico, siendo un tratamiento conjunto de Anestesiología/Cirugía General para el manejo de dichos pacientes, y brindarles una pronta recuperación, así como disminuir el riesgo de desarrollar dolor crónico, el cual imposibilita a los pacientes para realización de sus actividades diarias, siendo en múltiples ocasiones, un dolor además de desagradable, incapacitante.

La Frecuencia e Intensidad del dolor posterior a ser sometidos a Colectomía Laparoscópica bajo Anestesia General Balanceada al Ingreso de UCPA, 8 pacientes no presentaron dolor (18.18%), y 36 paciente si los presentaron (81.81%); de los cuales 24 pacientes presentaron dolor leve (54.54%) y 12 dolor moderado (27.27%). Al Egreso de la UCPA se evaluó escala visual del dolor EVA, de los cuales, 18 pacientes no presentaron dolor (40.90%), 25 dolor leve (56.81%) y 1 paciente refirió dolor moderado (2.27%).

De los pacientes con dolor moderado, fue necesario administración de dosis de Analgesia extra a 10 pacientes (22.72%), con disminución de dolor de moderado a leve en 8 pacientes (18.18%), y 2 pacientes a nulo (4.54%).

Con respecto a la Evaluación de la Calidad de Atención del Dolor Postoperatorio, conforme el Test de Satisfacción del manejo Postoperatorio del Control del Dolor la cual fue Aplicada al Egreso de la Unidad de Cuidados Postanestésicos, en el 79.54% de los pacientes (35 pacientes) refiere como Máxima importancia el alivio del dolor durante su hospitalización y el 20.45% (9 pacientes) restante una Moderada importancia del alivio del dolor durante su Hospitalización (Ver Gráfica 6).

Los síntomas durante su estancia de la Unidad de Cuidados Postanestésicos fueron: náuseas (29.54%), frío (2.27%) y con más de dos síntomas; náuseas y vómito o náuseas y frío (15.9%); y un 50% no refirieron ningún síntoma extra en la Unidad de Cuidados Postanestésicos.

Se evaluó la satisfacción de la Calidad de la Atención del Dolor Postoperatorio conforme el Test de Satisfacción del manejo Postoperatorio del Control del Dolor, siendo en un 9.09% satisfactoria, del 31.81% muy satisfactoria y del 59.09% excelente.

PROPUESTAS

Intensificar la educación del personal involucrado en el área de quirófano, así como en los pacientes y la familia de éstos, evaluar la implementación de otros recursos analgésicos que prioricen la analgesia multimodal. Es de suma importancia para poder llevar a cabo esta promoción la integración de un Comité de dolor agudo postoperatorio como coordinador de casos los cuales requieran de un manejo selectivo para el mejoramiento de la Calidad y por ende de la Satisfacción del paciente. Se debe capacitar a personal Médico y Enfermería de las Áreas más importantes como lo es la UCPA, para iniciar Manejo de forma oportuna en estos pacientes.

Una medida a valorar para el Manejo Multimodal del Dolor es la Infiltración de Anestésico Local en las Incisiones de los Puertos del Equipo de Laparoscopia, además de la Implementación de Premedicación en los pacientes desde el Ingreso al Área de Cirugías Ambulatorias, ya que en diversos estudios, incluyendo el consenso PROSPECT, nos mencionan el Uso de esteroides IV y COX-2 para una mejor Analgesia preoperatoria.

EL Manejo Anestésico podría complementarse con el Uso de Analgesia Multimodal para poder dar una mejor Calidad en El Manejo de Dolor Postoperatorio en Cirugía Laparoscópica, por el alto índice en esta unidad de Dolor Moderado Postoperatorio.

Una de las Intervenciones importantes en nuestra Unidad Hospitalaria a tomar en cuenta debe ser el Seguimiento de estos pacientes posterior a la Cirugía, para conocer la Incidencia de Desarrollo de Dolor Crónico posterior a ser sometidos a Colectectomía Laparoscópica, así como la incidencia de Dolor de Hombro, que no debe ser subestimada, ya que ésta se puede presentar desde el tercer día hasta el séptimo posterior a ser sometidos a dicha cirugía, el cual es desagradable, impidiendo realizar hasta las actividades básicas en dichos pacientes, siendo incapacitante y de difícil control.

El grupo PROSPECT (Procedure Specific Postoperative Pain Magement) a diferencia de todas estas guías, propuso una iniciativa basada en evidencia científica, mediante un abordaje perioperatorio. El objetivo de este proyecto fue formular recomendaciones para procedimientos específicos.

Por todo lo anterior, en el Hospital General “Dr. Eduardo Vázquez Navarro” se ha buscado de manera importante por parte del personal médico, de enfermería contar con la infraestructura necesaria para realizar cirugías de mínima invasión, para poder brindar una Atención de calidad, con pronta resolución, con disminución de estancia Hospitalaria y disminución de costos.

La mejoría de nuestras técnicas anestésicas permitirán que el procedimiento se pueda llevar a cabo sin contratiempos, al mismo tiempo de evitar en el postoperatorio inmediato que el paciente tenga o manifieste efectos adversos de los medicamentos, resultando en una recuperación más rápida del estado de conciencia, mejor efecto analgésico, reversión total del efecto de relajación muscular; sin náuseas, vómito, frío, etcétera.

No hay guías que se ajusten a la población por la diversidad de comorbilidades, por lo tanto se debe individualizar el tratamiento que se instaurará en cada paciente. La presencia de dolor postoperatorio de intensidad de moderada a severa debe ser identificado de manera oportuna para su manejo, ya que es de suma importancia la disminución de éste para un Alta temprana de la Unidad de Cuidados Postanestésicos, disminución de riesgo de desarrollar dolor Crónico por el procedimiento al que se ha sometido al paciente, así como para la evaluación de una atención de alta calidad, por lo que es importante la instauración de protocolos para la mejoría de la calidad de la atención de dolor.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hernández Leyva B. García Peña C., Anzures Carro R., Orozco López M. Satisfacción de usuarios en unidades de medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2004; 40(5): p 373-378.
2. Estrada Inda Lauro. *El sistema familia, El ciclo vital de la familia*. México, D.F.: Editorial Grijalbo, S.A. de C.V, 1997: p 14.
3. Cordera Pastor A. Evaluación de la calidad de la atención médica. *Directivo Médico*. 1998; 5(4): 26-31.
4. Guzmán M.A., Ramos Córdova L., Castañeda Sánchez D., del Castillo Sánchez D., Gómez Alcalá A. Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2006: 44(1): 39-45
5. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: *Explorations in quality assessment and monitoring*. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. 1980: 1.
6. Passos Nogueira R. *Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud*. Washington, D.C. E.U.A. Serie Paltex Salud y Sociedad. Organización Panamericana de Salud. OMS; 1997.
7. García Garro A., Viniegra Ramírez P., Zetina Vélez B., Ocampo Barrio G. Calidad de la atención médica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 19995; 33 (4): p 405-408.
8. Reyes Frausto S., Beaman P., Paredes Chaparro A., Cortés Núñez A., Cárdenas Arroyo L., De León Arcila R. Opinión positiva acerca de los servicios de salud. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social* 2002; 40 (2): 145-152.
9. International Organization for Standardization. *Quality: terms and definitions*. 1989
10. Ortiz Espinoza R., Muñoz Juárez S., Torres Carreño E. Satisfacción de los usuarios de 15 Hospitales de México. *Revista Española de Salud Pública*. 2004; 78 (4): p 1-14.
11. Ochoa Quintana J. La satisfacción del usuario de los servicios de salud. *Directivo Médico*. 2000; Cordera Editores México. 7(2): p. 11-16
12. González Pérez Elvis, Fernández Clúa Margarita. *La seguridad como parte de la calidad en Anestesiología: una necesidad de nuestros días*. Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro". 2012.
13. Soto Toussaint Luis Héctor. Seguridad en Anestesia. *Revista Mexicana de Anestesiología*. Abril-Junio 2015; 38 (1): p S61-S63.
14. Abril Valdés E., Román Pérez R., Cubillas Rodríguez M. J. La satisfacción del usuario y prestador de servicio médico como un indicador de calidad, Centro de Investigación.
15. Fritz E. Gempeler, Avellaneda S. María Victoria. Evaluación de la satisfacción y tiempo en recuperación con diferentes técnicas anestésicas en El hospital San Ignacio. *Revista del Colegio de Anestesiología*. Mayo- Julio 2010; 38(2): p 178-202.

16. Abril Valdés E., Román Pérez R., Cubillas Rodríguez M. J. La satisfacción del usuario y prestador de servicio médico como un indicador de calidad, Centro de Investigación.
17. Vicente Ortiz-Pereda, Maite López, Agustín Arroita, Luciano Aguilera, Jon Azkue, F. Torre-Mollinedo, A. Isla-Baranda. Antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol en el tratamiento del dolor. Gaceta Médica Bilbao. 2007; 104: 148-155.
18. Mira JJ, Universidad Miguel Hernández de Elche, La Satisfacción del Pacientes: Teorías, Medidas y Resultados.2010.
19. Moreno-Monsiváis, María Guadalupe; Muñoz-Rodríguez, María del Refugio; Interrial Guzmán, Ma. Guadalupe. Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados Aquichan, vol. 14, núm. 4, diciembre, 2014, pp. 460-472
20. De los Ríos Arellano Juan Guillermo, Cordero Escobar Idoris, Pérez Martínez Gisela, Mora Díaz Isabel. Satisfacción de la recuperación anestésica postoperatoria, según escala de pacientes con anestesia general. Revista Mexicana de Anestesiología. Octubre-Diciembre 2017; 40 (4): 264-272.
21. Net Álvar, Suñol Rosa. La calidad de la atención. A. Net, ed. Springer-Verlag. Barcelona. 1997.
22. Rico P. María Antonieta, Veitl V. Susan, Buchuck G. Diego, Valentín H. Pamela, Subiabre Daniela, Muñíz H. Cristián, Delgado Iris. Evaluación de un programa de dolor agudo: eficacia, seguridad y percepción de la atención por parte de los pacientes. Revista Chilena de Anestesiología. 2013; 42: 145-146.
23. Garduño López Ana Lilia, Nuche Cabrera Eduardo, Monroy Álvarez Carlos. Dolor postoperatorio: optimización del manejo en el contexto perioperatorio. Revista Mexicana de Anestesiología. Abril-Junio 2016; 39 (1): 16-19.
24. . Martínez-Vázquez de Castro J and Torres LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. Revista de la Sociedad Española de Dolor 2000; 7: 465-476.
25. Enríquez Sánchez Luis Bernardo, García Salas José Daniel, Carrillo Gorena Javier. Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno. Revista Cirujano General 2018; 40 (3): 175-178.
26. Lara Solares Argelia. Dolor postoperatorio persistente. Revista Mexicana de Anestesiología Abril-Junio 2015; 38 (1): 177.
27. Esteve Pérez N, Sansaloni Perelló C, Verd Rodríguez M, Ribera Leclerc H y Mora Fernández C. Nuevos enfoques en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. Revista de la Sociedad Española de Dolor 2017; 24 (3): 132-139.
28. Serrano-Atero Et. Al. Valoración del dolor. Revista de la Sociedad Española del Dolor Marzo 2002; 9 (2).
29. Breivik Ek, et. al. A comparison of pain rating scales by sampling from clinical trial data. Clinical Journal of Pain 2000; 16: 22-28.

30. Bujedo BM, Bizueta IT, Santos SG, Garde RA. Estrategias para el abordaje multimodal del dolor y de la recuperación postoperatoria. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2007; 54: 29-40.
31. Saper CB. The central autonomic nervous system: Conscious visceral perception and autonomic pattern generation. *Revista Anual de Neurociencias*. 2002; 25: 433-469.
32. Voscopoulos C, Lema M. When does acute pain becomes chronic? *British Journal of Anaesthesiology*. 2010; 105: 69-85.
33. Jorge Enciso Nano. Anestesia en la cirugía laparoscópica abdominal. *Anales de la Facultad de Medicina* 2013; 74(1): 63-70.

ANEXOS

PROTOCOLO DE TESIS: "CALIDAD DE LA ATENCION DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA BAJO ANESTESIA GENERAL BALANCEADA"

FECHA: _____

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **ASA:** _____

SIGNOS VITALES DE INGRESO A QUIROFANO (BASALES):

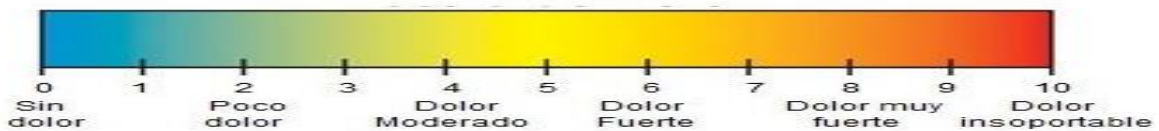
| TA | FC | FR | SO2 | TEMP. |
|----|----|----|-----|-------|
| | | | | |

ESQUEMA DE ANALGESIA TRANSOPERATORIA:

SIGNOS VITALES DE INGRESO A UCPA:

| TA | FC | FR | SO2 | TEMP. |
|----|----|----|-----|-------|
| | | | | |

ESCALA DE EVALUACION DEL DOLOR (EVA)



SIGNOS VITALES DE EGRESO A UCPA:

| TA | FC | FR | SO2 | TEMP. |
|----|----|----|-----|-------|
| | | | | |

ESCALA DE EVALUACION DEL DOLOR (EVA)

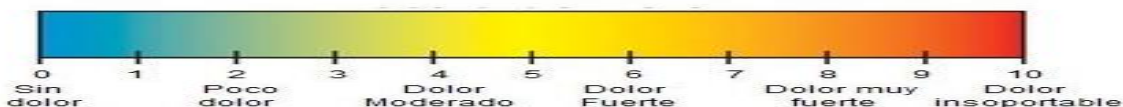


ENCUESTA DE SATISFACCION EN LA ANALGESIA POSTOPERATORIA

1. Importancia que asigna al alivio del dolor durante su hospitalización

- a) Máxima b) Mediana c) Poca

2. Evaluación de la experiencia del dolor



3. Numero de síntomas que tuvo durante su permanencia:

- a) Ninguno b) Uno b) Dos c) Tres d) Cuatro e) Cinco f) >Seis

4. ¿Recibió información de la Escala del dolor antes de la Cirugía?

- a) Si b) No

5. ¿Recibió información de la Escala del dolor después de la Cirugía?

- a) Si b) No

6. ¿Solicitó dosis de analgesia extra (de rescate)?

- a) Si b) No

EN CASO DE SÍ, ¿CUAL MEDICAMENTO DE RESCATE? _____

7. Evaluación de la atención del dolor en el Área de UCPA

10: Excelente 8: Muy satisfecho 6: Satisfecho 4: Regular 2: Malo 0: Pésimo

| CRITERIOS DE EGRESO PADSS | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| Signos vitales estables por 1 hora | | |
| Orientado en persona, tiempo y espacio | | |
| Tolerancia a los líquidos administrados por boca | | |
| Capacidad de orinar | | |
| Capacidad de vestirse | | |
| Capacidad de caminar sin ayuda | | |
| Dolor leve o moderado | | |
| No presentar sangrado importante | | |

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Alejandra Teoyotl Martínez, Residente de Segundo Año de la especialidad en Anestesiología, de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. La meta de este estudio es conocer la Calidad de la Atención del dolor postoperatorio en pacientes Adultos sometidos a Colectectomía Laparoscópica bajo Anestesia General.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer la Calidad de la Atención del dolor postoperatorio en pacientes Adultos sometidos a Colectectomía Laparoscópica bajo Anestesia General.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Alejandra Teoyotl Martínez en el número celular 045-22-24-57-06-89

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Fecha: _____

Nombre y Firma del Participante

