

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**REVISIÓN CRÍTICA: EVIDENCIA DE LA
UTILIZACIÓN DE LA ESCALA ANALÓGICA VISUAL
PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR AGUDO
POSTOPERATORIO PREVIO A LA ANALGESIA EN
LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE
RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA**

**INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO.**

**AUTOR: LIC. LIZETH CAROLINA YBAÑEZ NUÑEZ
Chiclayo, 29 de Noviembre del 2016**

**REVISIÓN CRÍTICA: EVIDENCIA DE LA UTILIZACION
DE LA ESCALA ANALOGICA VISUAL PARA LA
VALORACIÓN DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO
PREVIO A LA ANALGESIA EN LOS PACIENTES DE LA
UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA.**

POR:
LIC. LIZETH CAROLINA YBAÑEZ NUÑEZ

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:
**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

APROBADO POR:

Mgtr. Magaly Chú Montenegro
Presidente de Jurado

Lic. Nancy Bustamante López
Secretaria de Jurado

Mgtr. Socorro Martina Guzmán Tello
Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, 29 de Noviembre 2016

INDICE

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCION.....	8
CAPITULO I: MARCO METODOLOGICO.....	12
1.1. Tipo de investigación.....	12
1.2. Metodología EBE.....	12
1.3. Formulación de la Pregunta según esquema PICOT.....	14
1.4. Viabilidad y pertinencia de la pregunta.....	15
1.5. Metodología de la búsqueda de Información.....	15
1.6. Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez utilidad aparentes de Gálvez Toro.....	20
1.7. Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos.....	22
CAPITULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO.....	23
2.1. Artículo para Revisión.....	23
2.2. Comentario Crítico.....	24
2.3. Importancia de los resultados.....	32
2.4. Nivel de evidencia.....	32
2.5. Respuesta a la pregunta.....	32
2.6. Recomendaciones.....	33
Referencias Bibliográficas.....	34
ANEXOS.....	37

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres Eliberto y María Jesús por darme su apoyo incondicional, su inmenso amor y cariño lo cual ha sido motivo de superación.

Dedico también este trabajo a mi esposo Manuel y mi hijo Rafael por estar siempre a mi lado.

La autora

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por la grande bendición de la vida y la salud para cumplir todas mis metas trazadas

Agradezco además a mi Asesora Socorro Guzmán y a mis docentes por su apoyo durante el proceso de mi investigación

Así mismo agradezco también a mi esposo y a mis padres por su constante motivación

La autora

RESUMEN

La presente revisión crítica titulada “Evidencia de la utilización de la escala analógica visual para la valoración del dolor agudo postoperatorio previo a la analgesia en los pacientes de la unidad de recuperación post anestésica”, cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de la escala visual analógica para valoración del dolor agudo postoperatorio previo a la Analgesia de los Pacientes en URPA. Se justifica en la observación del profesional frente al dolor y las personas que lo experimentan producto de una cirugía; y como indicación médica para tratamiento utilizan analgésicos, no considerando la importancia de realizar una adecuada valoración del dolor agudo antes de la analgesia, siendo posible signo de complicación. Se formuló la pregunta clínica ¿Es útil y eficaz la escala visual analógica para valoración del dolor agudo post operatorio previo a la Analgesia de los Pacientes de la Unidad de Recuperación Post anestésicas?, siendo su metodología Enfermería Basada en Evidencia (EBE), se realizó búsquedas de información en base de datos Science direct, Scielo y Elsevier, recopilándose 8 artículos científicos, aplicándoles la guía de utilidad aparente y validez de Gálvez Toro resultando 1 artículo que responde al 100% a los criterios de búsqueda. Además se utilizó la lista de Strobe como guía del comentario crítico cuya respuesta afirma que existe suficiente evidencia que la utilización de la Escala de Valoración analógica determina el grado de dolor de cada paciente, y asimismo su tratamiento analgésico adecuado y oportuno acorde a su intensidad logrando un nivel de satisfacción alto en el paciente”

Palabras claves: Analgésicos, escala analógica visual, valoración del dolor, dolor agudo postoperatorio

ABSTRAC

This critical review entitled "Evidence of the use of the visual analog scale for assessment of acute pain prior postoperative analgesia in patients recovery unit post anesthetic" whose objective was to evaluate the effectiveness of visual analogue scale assessment of acute postoperative pain prior to Analgesia Patient in PACU. It is justified in observing the professional face of pain and people who experience it was caused by surgery; and as a medical indication for treatment using painkillers, not considering the importance of a proper assessment of acute pain before analgesia, with possible signs of complications. The clinical question is formulated Is the visual analog scale for assessment of acute pain post prior to Analgesia Patient Unit Post Recovery anesthetic operative useful and effective?, being its methodology Based Nursing Evidence (EBE) was held information searches database Science Direct, Scielo and Elsevier, currently collected eight scientific papers, applying the guidance of apparent usefulness and validity of Gálvez Toro 1 item resulting 100% responsive to the search criteria. Besides the list of Strobe it was used as a guide critical commentary whose response states that there is sufficient evidence that the use of the scale analog Rating determines the degree of pain of each patient, and also its analgesic treatment adequate and timely according to their intensity achieved a high level of patient satisfaction”

Keywords: Analgesics, visual analog scale, pain assessment, acute postoperative pain

INTRODUCCIÓN

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a lesión tisular real o potencial, en especial si se conoce que el desencadenante es una intervención operatoria, en consecuencia, el dolor es una experiencia subjetiva que sólo puede evaluarse por declaración de quien lo sufre, utilizando instrumentos validados y adecuados a la situación de cada persona. Pese al avance en técnicas analgésicas y medicamentos, se presenta dolor agudo postoperatorio (DAP) moderado a severo en el 70% de los pacientes intervenidos^{5, 6}. Según la OMS define al dolor post operatorio como un tipo especial de dolor agudo, de gran repercusión en el área de salud, pues afecta tanto a los pacientes quirúrgicos que la padecen, a la familia que sufre junto con el paciente, como a los médicos tratantes, y al personal de enfermería que debe ejecutar las indicaciones médicas para su tratamiento oportuno¹.

Para valorar la escala del dolor y determinar su grado, es de importancia verificar el tipo de cirugía, tipo de anestesia, la manipulación, zona quirúrgica y el tiempo postoperatorio, es así que de acuerdo a su intensidad se determina el tratamiento adecuado con analgésicos.

Según la Asociación Española de Cirugía mayor ambulatoria (ASECMA)² hace referencia que a pesar de los avances farmacológicos y tecnológicos, el dolor agudo postoperatorio (DAP) continúa siendo un reto por resolver para la medicina actual. En cirugía mayor ambulatoria (CMA) el dolor postoperatorio, con una incidencia superior al 30%, representa uno de los obstáculos más importantes para su expansión mediante la inclusión de nuevos procedimientos, y uno de los problemas más relevantes para los pacientes y los anestesiólogos², además en cirugía ambulatoria la incidencia de DAP de carácter moderado-intenso ocurre en una proporción elevada de los pacientes, alrededor del 30-60%.

Es importante señalar que cuando se realiza un seguimiento postoperatorio tras el alta se constata que un 24% de los pacientes presenta dolor moderado-intenso a las 48 horas y que todavía a los 7 días de la intervención este porcentaje se sitúa en el 13%².

Asimismo la Asociación Colombiana para el estudio del dolor, señala que el tratamiento del dolor perioperatorio es un derecho del paciente y un deber del médico y personal de Enfermería. Según los reportes de la Asociación Internacional del Dolor (IASP) de este año, a pesar de los esfuerzos, más del 80% de los pacientes operados en Estados Unidos presentan dolor, lo cual constituye un problema importante, teniendo en cuenta que se realizan más de 46 millones de cirugías en pacientes hospitalizados y 53 millones de cirugías ambulatorias³.

Es importante tener en cuenta que el control del dolor postoperatorio agudo puede mejorar la recuperación y la calidad de vida del paciente. Si el dolor se controla en el período postoperatorio temprano, los pacientes pueden estar en capacidad de participar activamente en la rehabilitación postoperatoria, lo cual puede mejorar la recuperación a corto y largo plazo. Si se observa desde una perspectiva epidemiológica, aproximadamente el 10% de la población será internada por alguna causa anualmente, y que de ese 10%, el 45% se resuelve quirúrgicamente, surge que, de una población de 35000000 de habitantes, el 4,5 será intervenido quirúrgicamente, 1.575000 personas serán pacientes que multiplicados por las primeras 24 horas de dolor postoperatorio más intenso, representan 37.800.000 horas de dolor anuales que merecen en base a la alta prevalencia un tratamiento oportuno y eficaz¹.

Por otro lado haciendo una comparación respecto al grado de dolor en pacientes hospitalizados, en cuanto a su prevalencia se ha estimado en un 61,4%, sin diferencias por sexo; la mayoría presentaban dolor leve; frente a los pacientes

postquirúrgico, teniendo en estos últimos mayor prevalencia de dolor que los no quirúrgicos, aunque la intensidad se mantenía en niveles de dolor moderados⁷. El porcentaje de dolor con intensidad de moderado a severo en pacientes de distintas áreas fue: 38,8% en el área médica, 62,6% en el área quirúrgica, y 56,6% en los pacientes ingresados en el área de larga estancia⁸. Otros estudios cifran la prevalencia de dolor postoperatorio entre el 46% y el 53%⁹. En pacientes ingresados en Unidades Quirúrgicas se han encontrado prevalencias del 56,5% de dolor moderado-severo¹⁰. Se confirma por ello que dichos datos estadísticos sobre la prevalencia del dolor postoperatorio da como consecuencias sentimientos desagradables como el sufrimiento, la ansiedad y la depresión.

Asimismo se observa también que existen otros signos producto del dolor no tratado adecuadamente como alteración hemodinámica y la presencia de “náuseas, vómitos, cefaleas, entre otros”². Muchos de estos son evidenciados por el personal de enfermería y ante la inquietud, el paciente debe comunicar constantemente al médico para la indicación de analgésicos, además del registro respectivo en la historia clínica evitando así las complicaciones como la dehiscencia, aumento del dolor y ansiedad del paciente agudizando su caso.

Ante esta problemática, el personal de enfermería ha dado la importancia necesaria, reflejado en la actuación de prever estas molestias y administrar oportunamente el tratamiento reduciendo así las complicaciones, aportando de manera efectiva al bienestar del paciente; dejando atrás el actuar solo por lo que refiere el paciente en la unidad de Recuperación post anestésica, si no también realizar una adecuada valoración y no actuando de forma mecánica, utilizando en este caso la escala visual analógica para aportar mayor objetividad y precisión a la respuesta humana frente al acto quirúrgico como es el dolor.

Finalmente se espera la creación de un protocolo, plasmado en la historia clínica como una evidencia en cuanto a la respuesta del paciente frente al dolor, con el objetivo de evaluar la eficacia de la escala visual analógica para valoración del dolor agudo postoperatorio previo a la analgesia a los Pacientes de la Unidad de Recuperación Post anestésica, en este caso a través de la escala visual analógica considerando su aplicación antes, durante y después del tratamiento analgésico y así evitar complicaciones inmediatas en Urpa y mediatas en el área de hospitalización, alterando no solo el aspecto físico del paciente si no, su comodidad y confort ante un ambiente desconocido y experiencia desagradable.

I. MARCO METODOLOGICO

1.1. Tipo de Investigación

El tipo de investigación, es una investigación secundaria, es decir implica observaciones por escrito acerca de una fuente primaria, asimismo el investigador no tiene acceso a la fuente principal y se basa únicamente en la información interpretada o analizada por otra persona, por ejemplo artículos, revistas científicas, ensayos o libros académicos¹¹. Asimismo los investigadores tienen acceso a diversas interpretaciones, opiniones y comentarios sobre una fuente primaria, permitiendo un análisis más detallado a realizar por fuentes secundarias fiables¹⁰.

1.2. Metodología EBE

Para la elaboración de esta revisión crítica se empleó la metodología EBE, esta se define como la búsqueda sistemática de una respuesta basada en la investigación, útil y pertinente para la práctica de las enfermeras, Según Ingerson define a la EBE como la utilización consciente, explícita, y juiciosa de teoría derivada; la información basada en investigación en la toma de decisiones para el cuidado que se da a individuos o grupos de pacientes en consideración con las necesidades y preferencias individuales^{12, 13}. Asimismo Carper y Leininger, hacen referencia que la validez de la finalidad y del significado de Enfermería no pueden ser establecidos sin tener en cuenta la cultura y la sociedad en la que está inmerso el paciente y, por lo tanto sus valores y preferencias ^{14,15}.

Esta metodología identificada como proceso dinámico y continuo que surge de la interacción Paciente/Enfermera¹⁶, incluye 5 fases o etapas: formulación de la pregunta clínica, localización de la información y contextualización de la información a través de la lectura crítica, implementación y Evaluación. En esta revisión crítica se llegó hasta la fase contextualización de la información a través

de la lectura crítica. La primera fase consta de la formulación de la pregunta clínica, esto surge de la práctica clínica diaria, donde surgen dudas y necesidades de información del cual se identifican problemas, es además reflexionar sobre la práctica enfermera y formularnos preguntas precisas que respondan a los problemas ya identificados.

Por ello se utilizó el esquema PICOT el cual nos ayuda de manera estructurada a formular nuestra pregunta de investigación y que esta a su vez responda al problema existente. La pregunta formulada para esta investigación ¿Es útil y eficaz la escala visual analógica para valoración del dolor agudo post operatorio previo a la Analgesia de los Pacientes de la Unidad de Recuperación Post anestésicas? Puesto que uno de los problemas principales es que no se existe un antecedente en la historia clínica que evidencie una valoración previa del dolor a través de una escala para determinar el grado, y solo se plasma la aplicación de un determinado analgésico, reduciendo el actuar de enfermería frente al cuidado del paciente en el postoperatorio.

La segunda fase consta de la búsqueda bibliográfica, en el cual se identifica cual es la bibliografía existente para dar respuesta a la pregunta, señalando además que muchos artículos dan respuesta a nuestra pregunta y otros no, pero en ambos casos es de gran utilidad. Asimismo es necesario tener un cómodo acceso a bases de datos que nos den información clara y precisa de lo que se desea investigar, en este caso las bases de datos que se utilizaron fueron Scimedirect, Scielo y Esevier. En el cual se identificaron 8 artículos en relación de ^{4,3 y 1}

Y finalmente la tercera fase consta de la contextualización de la información a través de la lectura crítica, siendo este un proceso sistemático desarrollado para evaluar el diseño y la metodología del estudio, la calidad de los datos y analizar e interpretar los resultados. En el cual en la presente investigación el artículo

dominio es de tipo observacional, cuyas características guarda mucha relación con la pregunta de investigación.

1.3. Formulación de la Pregunta según esquema PICOT

Para la presente revisión crítica la pregunta clínica se basó en el esquema PICOT.

Cuadro N° 02: Formulación de la Pregunta y Viabilidad		
P	Paciente o Problema	Valoración ineficaz de la percepción del dolor en pacientes post operados inmediato
I	Intervención	Administración de analgésicos por rutina e indicación médica, para el tratamiento del dolor
C	Comparación Control	Utilización previa de la escala visual analógica para valoración del dolor agudo postoperatorio
O	Outcomes Resultados	Resulta útil y eficaz la administración de analgésicos para la disminución del dolor postoperatorio: ante una adecuada valoración del dolor agudo a través de una escala analógica visual.
T	Tipo de Diseño de Investigación	Cuantitativa-observacional.

¿Es útil y eficaz la escala visual analógica para valoración del dolor agudo post operatorio previo a la Analgesia de los Pacientes de la Unidad de Recuperación Post anestésicas?

1.4. Viabilidad y Pertinencia de la Pregunta

La pregunta seleccionada ¿Es útil y eficaz la escala visual analógica para valoración del dolor agudo post operatorio previo a la Analgesia de los Pacientes de la Unidad de Recuperación Post anestésicas? es más importante debido al padecimiento de todo paciente post operado inmediato como es el dolor agudo, además de que no se realiza, registra, o notifica la valoración del dolor ni mucho menos el grado, limitándose únicamente a lo que el paciente refiere y por ende su medicación respectiva, no considerando que de esto depende su dosificación y que tipo de analgésico debe recibir, favoreciendo al bienestar del paciente como ser integral. Por otro lado no consideran que el dolor puede ser de característica normal por la cirugía, como también algún signo de alarma de alguna complicación post operatoria teniendo en cuenta además de su estado hemodinámico siendo causa de reingreso a los hospitales o quirófanos.

En cuanto a su factibilidad de responder es alta porque cuenta con los recursos disponibles, puesto que el dolor agudo es un problema común en URPA, por ello su nivel de interés es también alto ya que nos brinda una buena información para realizar acciones efectivas. Por lo tanto es más importante para las necesidades de los estudiantes que tienen como base este estudio aplicada en diferente sede de atención en salas de operaciones.

1.5. Metodología de la búsqueda de información

Para la búsqueda de la información se emplearon la base de datos Science direct, Scielo y Elsevier. Adicionalmente, se hicieron búsquedas en todas las listas de referencias de artículos identificados. Las palabras claves utilizadas fueron analgésicos, escala analógica visual, valoración del dolor y dolor agudo postoperatorio para las búsquedas en español; y Analgesics, visual analog scale, Pain assessment, acute postoperative pain para la búsqueda en inglés, así como

analgésicos, Escala analógica visual, avaliação da dor, y Dor aguda pós-operatória para las búsquedas en portugués. Se realizó una búsqueda precisa empleando los booleanos and y or en el periodo comprendido entre el 21 de Enero del 2016 y 15 de febrero del 2016.

Los criterios de inclusión fueron artículos publicados en todos los idiomas, con resúmenes disponibles en las bases de datos consultadas con un nivel de evidencia sólida sobre la evidencia de la valoración del dolor agudo postoperatorio previo a la administración de analgésicos en los pacientes de la unidad de recuperación post anestésica. Los criterios de exclusión fueron estudios con un nivel de evidencia baja, no se impusieron restricciones de idioma en ninguna de las búsquedas y cuyo acceso fue restringido.

Cuadro N°03 Paso 1: Elección de las palabras claves			
Palabra Clave	Inglés	Portugués	Sinónimo
Analgésicos	Analgesics	Analgésicos	Tratamiento del dolor
Escala analógica visual	Visual Analog scale	Escala analógica visual	Medida analógica del dolor
Valoración del dolor	Pain assessment	Avaliação da dor	Concepto del dolor
Dolor agudo postoperatorio	acute postoperative pain	Dor aguda pós-operatória	Dolor quirúrgico

Cuadro N° 04: Registro escrito de la búsqueda				
Base de datos consultada	Fecha de la búsqueda	Estrategia para la búsqueda o Ecuación de búsqueda	N° de artículos encontrados	N° de artículos seleccionados

				cionados
1. Scindirect	21/01/16	("assessment of acute pain")and("postoperative")explode all trees	659 artículos	4
2. Scielo	21/01/16	("assessment of acute postoperative pain")and("nursing approach") explode all trees	458 artículos	3
3. Elsevier	15/02/16	("assessment of acute pain")and("postoperative")explode all trees	1 artículo	1

Cuadro N° 05 paso 3: Ficha para recolección Bibliográfica

Autor (es)	Título Artículo	Revista (Volumen, año, número)	Link	Idioma	Método
M. Jones, P. Fernández - Peñasa, Roberto; Miguélez, Patricia GarcíaMorás, Rosa M. ^a . GarcíaCantero	Percepción subjetiva del dolor en cirugía local dermatológica	Academia Española de Dermatología y Venereología Volume 96, Issue 3, April 2005, Pages 147-152	http://www.science-direct.com/science/article/pii/S0001731005730568	Inglés	Estudio clínico aleatorio
F. Díez Burón, (Médico Residente.), J.M.	Concordancia entre la escala verbal numérica y	Revista Española de Anestesiología y Reanimación	http://www.science-direct.com/science/article/pii/S0034935611700627	Inglés	Estudio correlacional

Marcos Vidal y otros	la escala visual analógica en el seguimiento del dolor agudo postoperatorio	Volume 58, Issue 5, 2011, Pages 279–282			
N. Esteve Pérez, E. Del Rosario Usoles, I. Giménez Jiménez, F. Montero Sánchez* , M. Baena Nadal, A. Ferrer, J.L. Aguilar Sánchez	Seguridad y efectividad del tratamiento del dolor agudo postoperatorio: seguimiento de 3.670 pacientes	Revista Española de Anestesiología y Reanimación Volume 55, Issue 9, 2008, Pages 541–547	http://www.science-direct.com/science/article/pii/S0034935608706509	Ingles	Estudio prospectivo
A.M. Ullana, , , M. Perelló, C. Jerezb, E. Gómezb,	Validación de la versión española de la escala de evaluación del dolor postoperatorio	Anales de Pediatría Volume 84, Issue 2, February 2016, Pages 106–113	http://www.science-direct.com/science/article/pii/S1695403315001241	Ingles	Estudio con único grupo control

M.J. Planasb, N. Serrallonga					
Caba F, Núñez-García A, Tejedor M, Echevarría M	Valoración de la actividad de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio por los cuidadores del paciente quirúrgico	Rev. Soc. Esp. Dolor v.11 n. 8 Narón (La Coruña) dic. 2004	http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n8/original.pdf	Español	Observación analítica
A. Fernández-Castillo ¹ , M ^a J. Vílchez-Lara ² , J. Caballero ²	Valoración complementaria del dolor agudo postoperatorio en un contraste de potencia analgésica	Rev. Soc. Esp. Dolor v.13 n. 3 Narón (La Coruña) abr. 2006	http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000300003	Español	Estudio doble ciego

Larissa Coelho de Mello, Silvio Fernando Castro Rosatti, Priscilla Hortense	Evaluación del dolor en reposo y durante actividades en el posoperatorio de cirugía cardíaca	Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original ene.-feb. 2014;22(1)	http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/es_0104-1169-rlae-22-01-00136.pdf	Español	Estudio descriptivo o de cohorte prospectivo
E. Díez-Álvarez a, A. Arrospide b, J. Mar , M. Cuesta, M. del Carmen Martínez , E. Beitia , J. Urrejola	Valoración del dolor agudo postoperatorio	Revista de Calidad Asistencial Vol. 24. Núm. 05. Septiembre - Octubre 2009	http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-valoracion-del-dolor-agudo-postoperatorio-13140668 (SI)	Español	Observacional

1.6. Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro

- Los resultados del uso de la guía de validez, utilidad y aplicabilidad aparentes

CUADRO N°06 : Síntesis de la Evidencia			
Título del Artículo	Tipo de Investigación- Metodología	Resultado	Decisión
1. Percepción subjetiva del dolor en cirugía	Estudio clínico aleatorio	Responde 1 de 5 preguntas todas las preguntas	No puede pasar

local dermatológica			
2. Concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica en el seguimiento del dolor agudo postoperatorio	Estudio correlacional	Responde 0 de 5 preguntas todas las preguntas	No puede pasar
3. Seguridad y efectividad del tratamiento del dolor agudo postoperatorio: seguimiento de 3.670 pacientes	Estudio prospectivo	Responde 1 de 5 preguntas todas las preguntas	No puede pasar
4. Validación de la versión española de la escala de evaluación del dolor postoperatorio	Estudio con único grupo control	Resuelve 0 de 5 preguntas	No puede pasar
5. Valoración de la actividad de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio por los cuidadores del paciente quirúrgico	Observacional analítico	Responde 0 de 5 preguntas todas las preguntas	No puede pasar
6. Valoración complementaria del dolor agudo postoperatorio en un contraste de potencia analgésica	Estudio doble ciego	Responde 0 de 5 preguntas todas las preguntas	No puede pasar

7. Evaluación del dolor en reposo y durante actividades en el posoperatorio de cirugía cardíaca	Estudio descriptivo de cohorte prospectivo	Responde 3 de 5 preguntas todas las preguntas	No puede pasar
8. Valoración del dolor agudo postoperatorio	Cuantitativo - observacional	Responde todas las preguntas	Para pasar lista

1.7. Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados.

El artículo seleccionado se titula “Valoración del dolor agudo postoperatorio”, en el cual se aplicó la lista de Chequeo de STROBE: que permite brindar directrices para la comunicación de estudios observacionales.

Cuadro N°07: Lista de Chequeo según artículo y nivel de evidencia			
Título del Artículo	Tipo de Investigación- Metodología	Lista empleada	Nivel de evidencia
1.-Valoración del dolor agudo postoperatorio	Cuantitativa- Observacional	Strobe	2+

CAPITULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO

2.1. Artículo para Revisión: se compone de las siguientes partes:

a. Título de la Investigación secundaria que desarrollará.

Evidencia de la valoración del dolor agudo postoperatorio previo a la analgesia en los pacientes de la unidad de recuperación post anestésica.

b. Revisor(es): Lizeth Carolina Ybañez Nuñez

c. Institución: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Chiclayo – Lambayeque- Perú.

d. Dirección para correspondencia: caliz_yn@hotmail.com

e. Referencia completa del artículo seleccionado para revisión:

Diez Alvarez E., Arrospibe A., Mar J., Cuesta M., Del Carmen Martinez M., Beitia E., Urrejola J. Valoración del dolor agudo postoperatorio. Estudio observacional mediante la EVA para el control del dolor agudo postoperatorio. Revista de Calidad Asistencial. 2009; 24(5):215–221.

f. Resumen del artículo original:

Valoración del dolor agudo postoperatorio

E. Díez-Alvarez, A. Arrospideb, J. Marb,c, M. Cuestaa, M. del Carmen Martí neza, E. Beitiaa y J. Urrejolad

Objetivo: Una tarea de la enfermería es vigilar que el dolor asociado a las intervenciones quirúrgicas no altere el bienestar del paciente. 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).

Material y métodos: A una muestra de pacientes intervenidos se les pasó la EVA a las 2 h y el cuestionario de la Sociedad Americana del Dolor a las 24 h. Se utilizó la curva de eficacia diagnóstica para determinar un punto de corte en la EVA como prueba diagnóstica, y los modelos de regresión logística para determinar la contribución de cada una de las variables.

Resultados: Se entrevistaron 237 pacientes entre abril de 2007 y abril de 2008. El 54% de los intervenidos refirió dolor. El 98% de los pacientes estuvo satisfecho con su manejo y el 95% creyó que los analgésicos pueden aliviar el dolor mucho o totalmente. Las variables que se asociaron significativamente a la presencia de dolor fueron la especialidad y una EVA superior a 0. Este punto de corte en la EVA fue el que aportó mejores resultados diagnósticos.

Conclusiones: El control del dolor postoperatorio se lleva a cabo de forma satisfactoria. El uso de la EVA a las 2 h de la intervención permite identificar una parte importante de los pacientes que van a tener dolor.

2.2. Comentario Crítico:

El presente artículo lleva como título Valoración del dolor agudo postoperatorio. Asimismo cabe mencionar que el comentario crítico que nos permite discriminar los artículos según los puntos fuertes y débiles será a través de la utilización de la lista de Strobe, cuyo contenido está relacionado con los estudios observacionales, esta fue desarrollada para permitir a los autores, editores y revisores redactar y posteriormente publicar sus artículos; la declaración STROBE es una lista compuesta por 22 puntos esenciales para una

comunicación adecuada de los estudios observacionales, estos se refieren a diversos aspectos de los artículos, como el título y el resumen (punto 1), la introducción (punto 2 y 3), la metodología (4-12), los resultados (13-17) y la discusión (punto 18-21) así como otros apartados (punto 22) relativo a la financiación. Los 3 diseños tienen 18 puntos comunes, mientras que 4 son específicos de los diferentes diseños (6, 12, 14 y 15) y se proporcionan versiones diferentes para estos puntos según el diseño específico.

El artículo de investigación presenta como título Valoración del dolor agudo postoperatorio: un estudio observacional, según la lista de Strobe, podemos verificar que no cuenta con su estructura completa, si bien posee el tema principal, es atractivo e indica el problema investigado, usa términos claros y directos, es muy conciso, no se evidencia a los sujetos en estudio, ni las características ni mucho menos el ámbito donde se desarrollará, ya que se encuentra tácito pues se conoce bien que este tipo de valoración solo puede evaluarse en la unidad de Recuperación post anestésica dentro de las 2 horas primeras, y en el área de cirugía dentro de las 24 primeras horas; por otro lado no especifica el tipo de estudio en el título para que tenga mayor facilidad en la identificación de la metodología utilizada.

En cuanto a los autores, el artículo presenta 6 autores, y se muestra coherencia entre la cantidad de números de autores con la calidad del artículo pues este es un tema multidisciplinario, cada autor posee un cargo en el ámbito de estudio, en este caso realizado en el hospital Alto Deba de Mondragón, por otro lado no se evidencia los nombres completos, pues se presentan en lugar de ellas las iniciales.

El resumen, consta de 250 palabras reglamentarias, asimismo dentro de la estructura tenemos su objetivo general siendo este vigilar que el dolor asociado a las intervenciones quirúrgicas no altere el bienestar del paciente. Además cuenta

con 3 objetivos específicos el primero 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 en tercer lugar evaluar el valor predictivo de la escala visual analógica (EVA). Según Strobe. El diseño es el estudio observacional, en cuanto al contexto fueron todos los pacientes operados entre el mes de abril de 2007 y abril de 2008 en el Hospital Alto Deba de Mondragón, en las especialidades de traumatología, ginecología, otorrinolaringología (ORL) y cirugía general. Los participantes fueron 237 pacientes mayores de 14 años operados entre el mes de abril de 2007 y abril de 2008 en el Hospital Alto Deba de Mondragón en las especialidades de traumatología, ginecología, otorrinolaringología (ORL) y cirugía general.

En cuanto al material y métodos: A una muestra de pacientes intervenidos se les pasó la EVA a las 2 h y el cuestionario de la Sociedad Americana del Dolor a las 24h. Se utilizó la curva de eficacia diagnóstica para determinar un punto de corte en la EVA como prueba diagnóstica, y los modelos de regresión logística para determinar la contribución de cada una de las variables. Por otro lado los resultados, en primer lugar se entrevistaron 237 pacientes entre abril de 2007 y abril de 2008. El 54% de los intervenidos refirió dolor. El 98% de los pacientes estuvo satisfecho con su manejo y el 95% creyó que los analgésicos pueden aliviar el dolor mucho o totalmente. Las variables que se asociaron significativamente a la presencia de dolor fueron la especialidad y una EVA superior a 0. Este punto de corte en la EVA fue el que aportó mejores resultados diagnósticos. Finalmente se dieron como conclusiones: El control del dolor postoperatorio se lleva a cabo de forma satisfactoria. El uso de la EVA a las 2 h de la intervención permite identificar una parte importante de los pacientes que van a tener dolor.

Según la Strobe, el resumen no refleja la identificación exacta de su estudio, pero si refleja algunos puntos esenciales del tema principal, con un lenguaje claro

y conciso, los objetivos muestran realmente lo que se espera lograr, viéndose reflejado en los resultados. Concluyendo en que la aplicación de la escala analógica visual es efectiva en la valoración del dolor en el post operatorio y con ello mayor efectividad de un tratamiento oportuno.

La introducción según la lista de Strobe hace referencia a las razones y el fundamento científico de la investigación, en el artículo podemos observar que explica el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable descrita en términos de daño y asociada a una lesión tisular real o potencial. El dolor agudo postoperatorio se presenta de diferentes formas ya que influyen, por un lado, la variabilidad de respuesta de los pacientes y, por otro, el tipo de intervención y el procedimiento anestésico empleado¹⁷. Además hace referencia que la valoración y el manejo del dolor postoperatorio son habilidades que se deben desarrollar tanto en el equipo médico como en el equipo de enfermería, considerando un trabajo multidisciplinario. Se identifica el objetivo principal que es conseguir el bienestar del paciente y, en el caso de los pacientes post quirúrgicos, vigilar su bienestar postoperatorio. Asimismo indica los objetivos específicos 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). Podemos observar que se encuentra presentes en el artículo de manera clara, concisa, respondiendo además del que y el porqué de la investigación, teniendo en cada párrafo fuerza de la lógica para despertar el interés en el lector.

La calidad metodológica, fue evaluada por Strobe, en primer lugar en cuanto al diseño del estudio, la presenta investigación es de tipo cuantitativo – observacional, en cuanto a los sujetos, fueron 237 pacientes mayores de 14 años, donde la media de la edad fue de 56.9 años, correspondientes a las áreas de Traumatología, Ginecología, otorrinolaringología y cirugía general, identificados

sin ningún problema de forma aleatoria, con características como la edad, tiempo, y de distintas áreas del hospital, asimismo observamos también que el artículo especifica un contexto para el estudio que en este caso fue el hospital Aldo Deba de Mondragón, de tal forma utilizaron un instrumento de evaluación que fue a través de la escala visual analógica aplicado en las 2 primeras horas antes del tratamiento con analgesia en URPA.

Finalmente se observó que utilizaron un medio estadístico como el análisis descriptivo de los datos obtenidos para conocer las características generales de la muestra seleccionada, y examinar si el valor de la EVA a las 2 h y a las 24 h se podía considerar prueba diagnóstica de la presencia de dolor, a las 24 h se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Quedando constancia del desarrollo y análisis de la investigación enmarcado a los objetivos que se desean lograr. Sin embargo dentro de los sesgos hallados son los sesgos de selección, denominándose a este como el error sistemático en el proceso de selección de los individuos que limitan la comparación de los grupos. Así tenemos según el criterio de inclusión a pacientes >14 años, correspondientes a las áreas de traumatología, ginecología, otorrinolaringología, y cirugía general, a quienes se les administró anestesia general o raquídea y se excluyeron los pacientes con intervenciones urgentes y de cirugía mayor ambulatoria así como los pacientes con discapacidad psíquica intelectual.

En cuanto a los resultados, según STROBE, en relación con los participantes, podemos identificar que fueron 237 pacientes mayores de 14 años, donde la media de la edad fue de 56.9 años, correspondientes a las áreas de Traumatología, Ginecología, otorrinolaringología y cirugía general, asumiendo que son las áreas cuyos pacientes son más frecuentes en sala de operaciones, asimismo resalta también los criterios de inclusión y exclusión; por otro lado se observó además que hubieron participación de todos los pacientes en estudio, en cuanto a los principales resultados las características sociodemográficos de la

muestra y los análisis univariantes están en función de la presencia del dolor durante las primeras 24 h.

El 60,8% de los encuestados fueron varones, siendo Traumatología la especialidad que predomina con el 41,4%. El análisis del dolor postoperatorio muestra que el porcentaje de mujeres que tiene dolor de la intervención es mayor que el de los varones en esta misma situación. Un 83% de los pacientes con un valor mayor a 0 en la EVA a las 2 h de la intervención indica que tiene dolor. Solamente las variables sexo, especialidad y EVA resultan estar asociadas, de forma significativa al dolor. El punto más distanciado de la diagonal o el de mayor curvatura coincide con el punto de corte 0,50 para la EVA, como indican los datos mostrados en la tabla 2. Al considerar este punto de corte, se transformó la variable continua EVA en variable dicótoma considerando el valor 0,50 con diagnóstico positivo.

Los resultados referidos a la satisfacción de los pacientes en relación con el manejo del dolor por parte del personal sanitario en general, son satisfactorios y no hay grandes diferencias en la valoración del personal médico y de enfermería. En ambos casos, más de un 97% de los encuestados considera que su labor ha sido satisfactoria o muy satisfactoria. Respecto a la administración de los analgésicos entre los intervenidos que han tenido dolor se comprueba que existe una diferencia significativa en la valoración de la mayor intensidad del dolor entre aquellos que han solicitado medicación analgésica y los que no. De acuerdo con los resultados de los modelos de regresión logística la variable de la EVA a las 2 h tiene un peso importante en el pronóstico del dolor posquirúrgico, ya que su OR es de 5.

La otra variable que se asocia significativamente es la especialidad. Puntualizando que los resultados responden positivamente a la pregunta planteada y a los objetivos que desean lograrse. Finalmente podemos concluir

afirmando que según los resultados si dan respuesta al objetivo planteado siendo favorable y referencial para otros estudios.

En cuanto a la discusión, según la lista de Strobe se puede observar que los resultados del presente artículo a diferencia de los otros artículos evaluados, tuvieron características similares a mi pregunta de investigación “¿Es útil y eficaz la escala visual analógica para valoración del dolor agudo post operatorio previo a la Analgesia de los Pacientes de la Unidad de Recuperación Post anestésicas?, asimismo dan respuesta a los objetivos planteados en el artículo; en cuanto el objetivo general fue vigilar que el dolor asociado a las intervenciones quirúrgicas no altere el bienestar del paciente, cuyo resultado dio el presente artículo fue que la proporción de pacientes intervenidos quirúrgicamente que experimenta dolor postoperatorio en el Hospital Alto Deba corresponde al 54% de los encuestados. Pero este resultado con otra realidad es baja, puesto que a comparación de otros estudios españoles los pacientes con dolor son cerca del 90%, y en Estados Unidos se mantienen en un 50%.

En cuanto los objetivos específicos tenemos en primer lugar medir el grado de satisfacción de los pacientes operados respecto al control del dolor postoperatorio, donde la aplicabilidad oportuna del EVA, se determina el respectivo tratamiento analgésico acorde a la intensidad del dolor logrando un nivel de satisfacción alto en el paciente. En segundo lugar tenemos al objetivo conocer los factores que determinan una analgesia postoperatoria adecuada, cuyo resultado es la adecuada aplicación de una valoración del dolor agudo postoperatorio en este caso mediante una escala visual analógica, y en tercer lugar tenemos al objetivo evaluar el valor predictivo de la escala visual analógica (EVA), objetivo muy ligada a la ya formulada pregunta de investigación, cuyo resultado afirma que la EVA a las 2 h tiene un alto valor predictivo positivo para identificar a los pacientes que requieren un tratamiento analgésico más intenso, por ello existe suficiente evidencia para aplicar la Escala de Valoración analógica determinando el grado de dolor de cada paciente, y asimismo su respectivo

tratamiento analgésico adecuado y oportuno acorde a su intensidad logrando un nivel de satisfacción alto en el paciente.

Finalmente en cuanto a resultados tenemos a las variables significativamente asociadas al dolor determinando a la EVA como variable dicótoma, el sexo del paciente y la especialidad en la que se lo ha intervenido. Sin embargo, en el análisis multivariante el sexo pierde significación estadística al incorporar la especialidad. Es decir, la diferencia entre sexos es consecuencia de la diferencia en especialidades entre varones y mujeres. Además varios estudios indican la existencia de diferencias por sexo en la percepción del dolor, éstas se deben a que los varones tienen mayor tolerancia al dolor que las mujeres. Realidad que en la actualidad se puede observar en el área de recuperación post anestésica.

Por último en cuanto a las limitaciones de la investigación, es en cuanto a contexto, ya que por el hecho de ser un hospital comarcal supone que el número de intervenidos en el hospital a lo largo de un año no es lo suficientemente grande como para comparar los intervenidos en cada una de las especialidades. Sobre todo en las especialidades de ginecología y otorrinolaringología hay muy pocos intervenidos; por ello si se generaliza el resultado puede ser arriesgado y es por eso que los respectivos coeficientes en la regresión logística final no son significativos; pues en la realidad se evidencia que hay determinadas especialidad que no tienen mucha demanda de pacientes, pero a veces sucede lo contrario, la complejidad de cada hospital lo determina, otra de las limitaciones del trabajo podría estar en el cuestionario escogido para llevarlo a cabo. Dado que el dolor es una experiencia multidimensional que incluye la evaluación de dimensiones fisiológicas, sensoriales, afectivas, cognoscitivas y socioculturales y podrían haber puntos más específicos de evaluación, motivo por el cual no se evidencia en este instrumento pero a próximas investigaciones pueden ahondar y brindar más especificidad en el estudio.

2.3 Importancia de los resultados:

Este artículo fue muy importante y puntual para responder al objetivo de investigación “Evaluar la eficacia de la escala visual analógica para valoración del dolor agudo postoperatorio previo a la Analgesia de los Pacientes en URPA.”

Pues confirma que la valoración del dolor agudo postoperatorio a través de la escala visual analógica permite indicar y administrar la correcta dosificación y tipo de analgésicos en beneficio del paciente, asimismo puntualiza y sirve como base para posteriores investigaciones además que nos ayuda a tomar decisiones y estar en mejora continua.

2.4. Nivel de evidencia.

En Cuanto el nivel de evidencia, según el Scottish Intercollegiate Guidelines Network, lo califica con 2+, donde hace referencia que los estudios bien realizados con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.

2.5. Respuesta a la pregunta:

¿Es útil y eficaz la escala visual analógica para valoración del dolor agudo post operatorio previo a la Analgesia de los Pacientes de la Unidad de Recuperación Post anestésicas?

El estudio afirma que la EVA a las 2 h tiene un alto valor predictivo positivo para identificar a los pacientes que requieren un tratamiento analgésico más intenso, por ello existe suficiente evidencia que aplicar la Escala de Valoración analógica determina el grado de dolor de cada paciente, y asimismo su respectivo

tratamiento analgésico adecuado y oportuno acorde a su intensidad logrando un nivel de satisfacción alto en el paciente.

2.6. Recomendaciones y/o Sugerencias

En un futuro se espera que la escala analógica visual sea un instrumento muy valioso para la valoración oportuna y adecuada del dolor agudo post operatorio, pues mediante esta investigación se ha demostrado que es útil y eficaz su aplicación en pacientes post quirúrgicos cuyos datos ha permitido tratar este problema con la analgesia y dosificación adecuada logrando el bienestar del paciente, susceptible a esta experiencia traumática y dolorosa.

Se recomienda que debido a los resultados analizados en la investigación, se aplique la escala visual analógica en la unidad de recuperación post anestésica de forma protocolar y sea adjuntado como dato objetivo dentro de la historia clínica, específicamente siendo de consideración en las anotaciones de Enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sld.cu [actualizado 18 de febrero 2016]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/dolor_postop.pdf
2. Asecma.org [actualizado 18 de febrero]. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Blog/Guia_DAP.pdf
3. Dolor.org [actualizado 18 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.dolor.org.co/libro/Dolor%20Agudo%20y%20Postoperatorio.pdf>
4. Revista.spotmediav.com [actualizado 20 de febrero]. Disponible en: <http://www.revista.spotmediav.com/pdf/3-2/25GUIADEMANEJO.pdf>
5. Chospab.es [actualizado 20 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c9e0ccd83a8755e519aa596e01285796.pdf>
6. Padrol A, Pérez-Esquivá M, Olona M, Francesch A, Tomas I, Rull M. Estudio de la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. Rev Soc Esp Dolor 2001; 8: 555 – 561
7. Meissner W, Ullrich K, Zwacka S, Schreiber T. Quality management in postoperative pain therapy Anaesthetist. 2001; 50 (9): 661 – 670.
8. Muñoz-Blanco F, Salmerón J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. Rev. Soc. Esp. Dolor 2001; 8: 194 – 211
9. Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. Rev Soc Esp Dolor 2004; 11:197 – 202
10. Thebellmeade.com [actualizado 21 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.thebellmeade.com/diferencias-de-la-investigacion-primaria-y-secundaria/>
11. Educationcollege.info [actualizado 22 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://es.educationcollege.info/college-higher-education/other-higher-education/1008059333.html>
12. Ingersoll GL. Evidence-based nursing: what is and what it isn't. Nurs Outlook 2000;48(4):151-2
13. Morán L. Práctica de enfermería basada en evidencias. Revista J Mexicana de Enfermería Cardiológica 2001;9 (1-4):24-30
14. Carper BA. Some philosophical considerations in nursing's response to social forces. NLN publications 1979;(15)1774:1-8
15. Fernández E. La investigación en el curriculum de enfermería. Grado de Influencia y límites de la enfermería basada en la evidencia. Enferm Clínica 2000; 12(4): 182-187.
16. Closs SJ, Cheater FM. Evidence for nursing practice: a clarification of the issues. J Adv Nurs 1999;30(1):10-17.

17. Bosch F, Bassols A, Lo'pez A, Cos R, Canellas MJ. Efecto de una intervención educativa en el tratamiento del dolor postoperatorio en ginecología y obstetricia. Prog Obstet Ginecol. 1992;35:459-66.

Artículos de investigación:

18. Scienccdirect [base de datos de internet]: Percepción Subjetiva del Dolor en Cirugía Local Dermatológica. [citado el 18 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731005730568>
19. Scienccdirect [base de datos de internet]: Valoración del dolor agudo postoperatorio. [Citado el 18 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X09000062>
20. Scienccdirect [base de datos de internet]: Concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica en el seguimiento del dolor agudo postoperatorio. [Citado el 21 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935611700627>
21. Scienccdirect [base de datos de internet]: Seguridad y efectividad del tratamiento del dolor agudo postoperatorio: seguimiento de 3.670 pacientes. [Citado el 21 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935608706509>
22. Scienccdirect [base de datos de internet]: Validación de la versión española de la escala de evaluación del dolor postoperatorio. [Citado el 21 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403315001241>
23. Scielo.iscii [base de datos]: Valoración de la actividad de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio por los cuidadores del paciente quirúrgico. [citado el 21 de enero del 2016]. Disponible en: http://scielo.iscii.es/scielo.php?pid=S113480462004000800002&script=sci_arttext&tlng=pt
24. Scielo.iscii [base de datos]: Valoración complementaria del dolor agudo postoperatorio en un contraste de potencia analgésica. [citado el 21 de enero del 2016]. Disponible en: http://scielo.iscii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113480462006000300003
25. Scielo.iscii [base de datos]: Evaluación del dolor en reposo y durante actividades en el posoperatorio de cirugía cardíaca. [citado el 21 de enero del 2016]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/es_0104-1169-rlae-22-01-00136.pdf

26. Elsevier.es [base de datos]: Valoración del dolor agudo postoperatorio. [citado el 15 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-valoracion-del-dolor-agudo-postoperatorio-13140668>

ANEXOS

Anexo N° 01

Cuadro N° 01: Descripción del problema		
1	Contexto-Lugar	URPA
2	Personal de Salud	Enfermeras y médicos
3	Paciente	Pacientes post operado inmediato
4	Problema	Valoración ineficaz de la percepción del dolor
4.1	Evidencias internas: Justificación de práctica habitual	Administración de analgésicos por rutina e indicación médica, para el tratamiento del dolor
4.2	Evidencias internas: Justificación de un cambio de práctica	Utilización previa de la escala visual analógica para valoración del dolor agudo postoperatorio
5	Variable de contraste (tipo de investigación)	- Valoración del dolor agudo - Utilización de métodos o escalas de valoración del dolor

Anexo N° 02

Guía de validez, utilidad y aplicabilidad aparente de Gálvez Toro		
Título de la investigación a validar: Percepción subjetiva del dolor en cirugía local dermatológica		
Metodología : Estudio clínico aleatorio		
Año: 2005		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Se estudiaron 219 pacientes. Las puntuaciones en la pregunta 2 eran significativamente menores que las de la pregunta 1, y las de la pregunta 3 significativamente menores que las de las preguntas 1 y 2. Los pacientes tratados con EMLA puntuaron más bajo que los controles sólo en las preguntas 2 y 3.	El uso de EMLA no modifica la idea del paciente de lo que le va a doler la intervención, pero sí percibe menos dolor que los que no lo utilizan.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Si dan respuesta, bajo ciertas condiciones a mi problema formulado ya que el artículo resalta el valor objetivo que debe recibir el dolor a través de una escala ya que tiene un importante valor subjetivo y del cual necesita estar inscrito en la historia clínica	Si resuelve el problema, bajo ciertas condiciones ya que la metodología de evaluación del dolor da resultados significativos para la investigación, pero no esenciales para dar respuesta a la pregunta propuesta.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Dado que en URPA con un equipo multidisciplinario se deben comunicar los hallazgos para su actuación inmediata y oportuna, y para ello se necesita valorar el dolor de manera objetiva a través de una escala valorativa	Bajo ciertas condiciones, ya que se debe considerar el tipo de paciente, cirugía, anestesia para que la evaluación del dolor de resultados sean favorables.

¿Son seguras las evidencias para el paciente?	El uso de EMLA no modifica la idea del paciente de lo que le va a doler la intervención, pero sí percibe menos dolor que los que no lo utilizan.	No, ya que los resultados no reflejan la percepción del dolor
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio clínico aleatorio, muestra: Se estudiaron 219 pacientes. Metodología: Se documentó la percepción algica con una escala de valoración verbal antes de y durante la infiltración anestésica y nada más finalizar la intervención quirúrgica, mediante tres preguntas: 1) ¿Cuánto cree que le va a doler?, 2) ¿cuánto le está doliendo? y 3) ¿cuánto le ha dolido?	No se puede considerar

Guía de validez, utilidad y aplicabilidad aparente de Gálvez Toro		
Título de la investigación a validar: Concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica en el seguimiento del dolor agudo postoperatorio		
Metodología : Estudio correlacional		
Año: 2011		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Se analizaron datos de 159 pacientes (105 ≤ 65 años y 54 > 65 años). La valoración de la EVA no fue posible realizarla en 12 pacientes, mientras que la valoración de la EVN fue posible en todos los pacientes. Los valores del coeficiente de correlación interclase fueron globalmente	La concordancia entre las EVA y EVN de dolor se puede considerar como buena o muy buena durante los tres días de seguimiento, siendo mejor en pacientes con edad superior a 65 años

	> 0,70 durante los tres días, siendo más altos los coeficientes en mayores de 65 años.	
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son útiles los hallazgos ya que nos evidencia cual es el mejor instrumento para evaluar el dolor agudo post operatorio acorde al estado del paciente y su respuesta frente a ello y poder intervenir adecuadamente	Lo resuelve parcialmente, ya que debido a la condición del paciente a veces no responde a la escala analógica visual habiendo una variedad en la muestra y por ende en los resultados
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Este artículo nos permite decidir qué tipo de escala poder utilizar para una mejor valoración del dolor e intervenir adecuadamente junto con el médico	No puedo aplicarlo en mi investigación puesto que el estudio está basado en la efectividad de una sola escala.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	El grado de colaboración para recoger los datos fue mejor para la EVN que para la EVA. En la comparación de los valores numéricos del dolor la EVN mostró repetidamente valores más altos que la EVA	No, puesto que las evidencias en relación con el tipo de escala a elegir está muy ligada al estado del paciente. Siendo muy variable
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio correlacional. Muestra: 159 pacientes (105 ≤ 65 años y 54 > 65 años de los cuales no fueron evaluados a 12 pacientes con la EVA pero todos con la EVN; metodología: Recogida secuencial de datos a los pacientes sometidos a cirugía mayor subsidiaria de pauta de analgesia postoperatoria con opiáceos parenterales o técnicas neuroaxiales en un hospital terciario durante 2 meses consecutivos. Se interrogó a los pacientes durante 3 días consecutivos con intervalos de 24 horas	No, porque los resultados que nos será útil para la investigación son las respuestas del paciente en las 2 primeras horas

	mediante la escala visual numérica (EVN) y visual analógica (EVA).	
--	--	--

Guía de validez, utilidad y aplicabilidad aparente de Gálvez Toro		
Título de la investigación a validar: Seguridad y efectividad del tratamiento del dolor agudo postoperatorio: seguimiento de 3.670 pacientes		
Metodología : Estudio prospectivo		
Año: 2008		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Incluimos 3.670 pacientes. Los indicadores más relevantes fueron: tiempo medio de seguimiento 3,1 días (rango 1-12 días), efectividad 92%, dolor grave (escala numérica EN > 7) en reposo 1%, dolor moderado (EN: 4-6) en movimiento 31%, salida accidental de catéter epidural 6% y errores de medicación 0,4%.	Los resultados de nuestra práctica clínica contribuyen a la mejora de la seguridad y efectividad de los tratamientos. La comparación con los datos de la bibliografía revela una gran heterogeneidad en las definiciones de los indicadores.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son muy útiles ya que el seguimiento y registro diario de los pacientes tratados en la UDA posibilita la evaluación de los resultados de nuestra práctica clínica y contribuye a la mejora de la seguridad y efectividad de los tratamientos analgésicos.	Lo Resuelve parcialmente, ya que es una guía importante del tratamiento del dolor previa evaluación lo cual es vital para su éxito lo cual no se registra en el artículo
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Son aplicables, ya que es importante el seguimiento y registro de la valoración del dolor para una mejor actuación ante este problema	Puedo aplicarlo, considerando cada que tiempo el paciente será evaluado.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	La comparación con los datos de la bibliografía revela una gran heterogeneidad en las	No, porque se busca mayor precisión en la valoración del dolor, considerando el tiempo.

	definiciones de los indicadores.	
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio prospectivo de todos los pacientes atendidos en la UDA desde mayo de 2004 hasta junio de 2007. Analizamos 19 indicadores definidos previamente en la unidad y agrupados en cuatro categorías, (casuística, efectividad, seguridad y satisfacción del paciente). Se compararon nuestros resultados con los hallados en la revisión bibliográfica	Si, porque como un antecedente orienta bajo que indicadores se puede considerar en la evaluación

Guía de validez, utilidad y aplicabilidad aparente de Gálvez Toro		
Título de la investigación a validar: Validación de la versión española de la escala de evaluación del dolor postoperatorio		
Metodología : Estudio con único grupo control		
Año: 2016		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Los ítems de la escala PPPM en español mostraron buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,784 y 0,900) y las puntuaciones en la escala estuvieron fuertemente relacionadas con la evaluación global del dolor (correlación Rho de Spearman entre 0,626 y 0,431). La puntuación en la escala disminuyó entre el día de la operación y el día siguiente, y discriminó bien entre los niños sometidos a cirugías calificadas como de	Concluimos que la versión española de la escala PPPM que se incluye en este trabajo tiene buenas propiedades psicométricas para evaluar el dolor postoperatorio en el domicilio por parte de los padres

	dolor bajo/moderado y de alto dolor	
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Es útil parcialmente, pero no responde del todo a mi pregunta	No lo resuelve
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	No pueden ser aplicables para la investigación ya que el enfoque es de tipo comparativo y varía con el tiempo y en la investigación solo se considera en la respuesta inmediata	No puedo aplicarlo ya que difiere el enfoque respecto a la investigación propuesta.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	La puntuación en la escala disminuyó entre el día de la operación y el día siguiente, y discriminó bien entre los niños sometidos a cirugías calificadas como de dolor bajo/moderado y de alto dolor.	No, porque se busca una respuesta inmediata, para su respectivo tratamiento.
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio con único grupo control. Muestra: Participaron 111 niños de entre 2 y 12 años sometidos a cirugía y uno de sus padres. Metodología: Tras la operación, se valoró el nivel de dolor de los niños y los padres completaron la escala PPPM en español.	No, puesto que debería ser considerado en todos los grupos etáreos, y sea cada paciente quien responda a la valoración.

Guía de validez, utilidad y aplicabilidad aparente de Gálvez Toro

Título de la investigación a validar: Metodología : Valoración de la actividad de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio por los cuidadores del paciente quirúrgico

Metodología: Observacional analítico

Año: 2004

Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	<p>De 168 encuestas distribuidas se valoraron 87 cuestionarios devueltos (52%), 48 de facultativos y 39 de enfermería. El papel de UDAP resultó bien o muy bien comprendido por el 97% de los respondedores y su actividad fue percibida con bastante unanimidad como útil, efectiva y necesaria por el 98, el 93 y el 97%, respectivamente. Las indicaciones del tratamiento fueron consideradas apropiadas o muy apropiadas por el 87%, la actitud de su personal ante las consultas fue considerada satisfactoria o muy satisfactoria por el 90% y las técnicas analgésicas eran suficientemente comprendidas por el 89%. El 67% consideraron que los pacientes estaban bien o muy bien informados. Facultativos y enfermería discreparon en la percepción del grado de complementación de la actividad de la UDAP con la del resto de los cuidadores (poco o muy poco para el 51% de la enfermería frente a sólo el 19% de los facultativos; $p = 0,001$) y en la fluidez de la comunicación con su personal (poca o muy poca para el 41% de la enfermería frente al 19% de los facultativos; $p=0,01$). El aspecto mejor valorado de la UDAP fue la mejora en el</p>	<p>El papel de la UDAP es muy bien comprendido en nuestro hospital por los cuidadores del paciente quirúrgico y aunque su actividad es unánimemente percibida como útil y necesaria, existen problemas de integración y comunicación, especialmente con la enfermería de planta. La identificación de situaciones como esta mediante estudios de opinión sobre su actividad, puede ser útil para dirigir mejoras en el funcionamiento de las Unidades de Dolor Agudo con modelos organizativos similares al nuestro. © 2004 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.</p>

		control del dolor postoperatorio; el peor, la comunicación entre los profesionales y, la sugerencia más referida, la de intentar mejorarla.	
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	los	Es muy útil ya que el Servicio de Anestesiología y Reanimación con la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) mantienen una UDAP basada en enfermería que trata de forma planificada y protocolizada el dolor postoperatorio, modelo para ser utilizado posteriormente	Resuelve el problema, ya que la metodología nos sirve como guía para ser aplicados en la URPA y tratar adecuadamente el dolor, considerando su evaluación constantemente.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	los	No son aplicables, ya que utiliza otro tipo de valoración en relación a la investigación presente	No puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	las	La identificación de situaciones como esta mediante estudios de opinión sobre su actividad, puede ser útil para dirigir mejoras en el funcionamiento de las Unidades de Dolor Agudo con modelos organizativos similares al nuestro	No
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	los	Observacional analítico. Muestra y metodología: De forma anónima y voluntaria se les solicitó a enfermería y los facultativos responsables de los pacientes que respondieran a un cuestionario escrito de 15 preguntas (12 de respuesta cerrada agrupada en 4 categorías y 3 de respuesta abierta) en el que valorar diferentes aspectos de su actividad. En total fueron 168	No porque lo que espera es la respuesta precisa respecto a un determinado instrumento de evaluación

	encuestas distribuidas se valoraron 87 cuestionarios devueltos (52%), 48 de facultativos y 39 de enfermería.	
--	--	--

Guía de validez, utilidad y aplicabilidad aparente de Gálvez Toro		
Título de la investigación a validar: Metodología : Valoración complementaria del dolor agudo postoperatorio en un contraste de potencia analgésica		
Metodología: Estudio doble ciego		
Año: 2006		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	No se encontraron diferencias significativas en el comportamiento analgésico de los dos fármacos estudiados durante las 72 h consideradas, no presentando el Dexketoprofeno trometamol ventajas analgésicas adicionales importantes. Igualmente, encontramos una acusada semejanza en los requerimientos extra de dichos analgésicos así como en la necesidad de analgesia de rescate. Los dos procedimientos de evaluación del dolor agudo postoperatorio utilizados, presentan una validez semejante, correlacionando entre ellos de forma significativa [$r = .49$, ($p < 0.00$)].	Ante las frecuentes críticas sobre la evaluación del dolor con la Escala Numérica Verbal, otras valoraciones, más objetivables, nos permiten determinar el nivel de dolor, y por tanto incrementar el nivel de fiabilidad y validez de las escalas analógicas y numéricas. Por otra parte y de acuerdo con otras investigaciones que han demostrado la efectividad individual o por separado de los dos AINEs considerados, nuestros resultados confirman la inexistencia de diferencias significativas entre ambos analgésicos, mostrando ambos una potencia analgésica similar en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio tras cirugía traumatológica.

¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	No son útiles ya que los hallazgos tienen otro enfoque a mi pregunta de investigación	No resuelve el problema, ya que nos muestra perspectivas y enfoques diferentes a mi pregunta de investigación aunque pueda estar incluido en el tema.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	No son aplicables puesto que no responden a mi problema	No Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Los dos procedimientos de evaluación del dolor agudo postoperatorio utilizados, presentan una validez semejante, correlacionando entre ellos de forma significativa [$r = .49$, ($p < 0.00$)].	Son seguras porque los resultados representa una respuesta orgánica del paciente frente al tratamiento con analgesia, pero No responde a mi pregunta de investigación
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio doble ciego, muestra y metodología: Se seleccionan 92 pacientes ASA II, y se realiza un estudio doble ciego, con la implantación de analgesia en perfusión continua (PCA) durante 72h, con la posibilidad de autoadministración. Como métodos de evaluación del dolor agudo postoperatorio se utilizan una Escala Numérica Verbal y la propia autoadministración de analgesia como criterio complementario. Los sujetos que cumplían los criterios de inclusión, fueron asignados al azar, y tras consentimiento informado, a una de las dos condiciones experimentales establecidas.	No son válidos ya que los resultados son valores de la aplicación de otro tipo de escala (numérica).

Guía de validez, utilidad y aplicabilidad aparente de Gálvez Toro		
Título de la investigación a validar: Metodología : Evaluación del dolor en reposo y durante actividades en el posoperatorio de cirugía cardíaca		
Metodología: Estudio descriptivo de cohorte prospectivo		
Año: 2014		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	El dolor en el posoperatorio de cirugía cardíaca se presentó de intensidad moderada durante el reposo y decreciente con el pasar de los días. Durante las actividades la intensidad del dolor fue moderada en el 1º y 2º posoperatorio y disminuyó a partir del 3º posoperatorio, con excepción de la actividad toser en que hubo disminución apenas en el 6º posoperatorio. Las actividades toser, darse vuelta de lado, respirar profundamente y el reposo se presenta, respectivamente, en orden decreciente de intensidad. La región del esternón fue el local del dolor más referido	La evaluación del dolor, en los sujetos sometidos a cirugía cardíaca, en el reposo y durante actividades es de extrema importancia para adecuar el manejo y evitar complicaciones posoperatorias y recuperación quirúrgica retardada.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	No es útil para la solución de mi problema puesto que nos presenta otro tipo de estudio	No resuelve el problema, ya que nos muestra una evaluación diferente al propuesto
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	No son aplicables para la resolución de mi problema puesto que nos muestra una forma diferente de valorar el dolor y en tiempos diferentes	No puedo aplicarlo, ya que no consideran el tiempo de evaluación en relación a mi pregunta de investigación.
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Las actividades toser, darse vuelta de lado, respirar profundamente y el reposo se presenta, respectivamente, en	No, porque presenta otro tipo de perspectiva de estudio.

	orden decreciente de intensidad. La región del esternón fue el local del dolor más referido	
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio descriptivo de cohorte prospectivo. Participaron 48 sujetos. Se utilizó la Escala Multidimensional para evaluación del dolor	No

Guía de validez, utilidad y aplicabilidad aparente de Gálvez Toro		
Título de la investigación a validar: Valoración del dolor agudo postoperatorio		
Metodología: Cuantitativo observacional		
Año: 2009		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Se entrevistaron 237 pacientes entre abril de 2007 y abril de 2008. El 54% de los intervenidos refirió dolor. El 98% de los pacientes estuvo satisfecho con su manejo y el 95% creyó que los analgésicos pueden aliviar el dolor mucho o totalmente	El control del dolor postoperatorio se lleva a cabo de forma satisfactoria. El uso de la EVA a las 2h de la intervención permite identificar una parte importante de los pacientes que van a tener dolor.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son útiles ya que muestra un método para valorar el dolor	Resuelve el problema, ya que nos muestra una escala evaluativa cuyos resultados son significativos para la investigación.
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Son aplicables ya que los resultados reflejan en principio una adecuada valoración del dolor y en consecuencia un adecuado tratamiento.	Puedo aplicarlo, porque guarda relación con mi pregunta de investigación
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Las variables que se asociaron significativamente a la presencia de dolor fueron la	Si, porque los resultados nos reflejan que este tipo de instrumento de valoración

	especialidad y una EVA superior a 0. Este punto de corte en la EVA fue el que aportó mejores resultados diagnósticos.	del dolor como es la escala analógica visual es efectiva para determinar el grado de dolor en paciente post operado inmediato en su estancia en URPA.
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio de corte. Muestra: Se entrevistaron 237 pacientes entre abril de 2007 y abril de 2008. Metodología: pacientes intervenidos se les pasó la EVA a las 2 h y el cuestionario de la Sociedad Americana del Dolor a las 24 h. Se utilizó la curva de eficacia diagnóstica para determinar un punto de corte en la EVA como prueba diagnóstica, y los modelos de regresión logística para determinar la contribución de cada una de las variables.	Sí, porque nos ayuda a responder a la pregunta de investigación cuyas resultados nos muestra que la aplicación de la escala analógica visual es muy efectiva para ser objetivo el dolor y poder actuar oportunamente en cuanto el tratamiento con analgésicos.

Anexo N° 03

Investigación Seleccionada

Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 22/04/2016. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Rev Calid Asist. 2009;24(5):215-221



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasist



ORIGINAL

Valoración del dolor agudo postoperatorio

E. Díez-Álvarez^{a,*}, A. Arrospe^b, J. Mar^{b,c}, M. Cuesta^a, M. del Carmen Martínez^a,
E. Beitia^a y J. Urrejola^d

^aUnidad de Enfermería, Hospital Alto Deba, Mondragón, España

^bUnidad de Investigación Interhospitalaria de Gipuzkoa Oeste, Hospital Alto Deba, Mondragón, España

^cUnidad de Gestión Sanitaria, Hospital Alto Deba, Mondragón, España

^dServicio de Anestesiología, Hospital Alto Deba, Mondragón, España

Recibido el 9 de octubre de 2008; aceptado el 3 de diciembre de 2008
Disponible en Internet el 23 de julio de 2009

PALABRAS CLAVE

Dolor postoperatorio;
Cuidados de
enfermería;
Control de calidad;
Curvas de eficacia
diagnóstica

Resumen

Objetivo: Una tarea de la enfermería es vigilar que el dolor asociado a las intervenciones quirúrgicas no altere el bienestar del paciente. 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).

Materiales y métodos: A una muestra de pacientes intervenidos se les pasó la EVA a las 2 h y el cuestionario de la Sociedad Americana del Dolor a las 24 h. Se utilizó la curva de eficacia diagnóstica para determinar un punto de corte en la EVA como prueba diagnóstica, y los modelos de regresión logística para determinar la contribución de cada una de las variables.

Resultados: Se entrevistaron 237 pacientes entre abril de 2007 y abril de 2008. El 54% de los intervenidos refirió dolor. El 98% de los pacientes estuvo satisfecho con su manejo y el 95% creyó que los analgésicos pueden aliviar el dolor mucho o totalmente. Las variables que se asociaron significativamente a la presencia de dolor fueron la especialidad y una EVA superior a 0. Este punto de corte en la EVA fue el que aportó mejores resultados diagnósticos.

Conclusiones: El control del dolor postoperatorio se lleva a cabo de forma satisfactoria. El uso de la EVA a las 2 h de la intervención permite identificar una parte importante de los pacientes que van a tener dolor.

© 2008 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: esther.diezalvarez@osakidetza.net (E. Díez-Álvarez).

KEYWORDS

Postoperative pain;
Nursing care;
Quality control;
ROC curve

Assessment of acute postoperative pain**Abstract**

Objective: A nursing task is to look after the pain associated with surgical procedures in order to maintain patient wellbeing. The first objective of this study was to measure the level of the patient satisfaction with management of post-operative pain. Secondly, we wanted to identify the determining factors of an adequate postoperative analgesia and the predictive value of the visual analogical scale (VAS).

Material and methods: A sample of patients who had an operation was interviewed. The VAS was administered two hours and 24h after the surgical procedure with the American Society of Pain questionnaire. ROC curves were applied to establish the cut-off point for the VAS. We determined the contribution of different variables to adequate pain management by means of logistic regression.

Results: We interviewed 237 patients in 2007 and 2008. Pain during the first 24h was perceived by 54% of them, 98% were satisfied with pain management and 95% expressed that analgesic treatment relieved their pain. Variables statistically associated with pain were specialty, and a value on the VAS higher than 0 two hours after the procedure.

Conclusions: The management of post operative pain is satisfactory. The use of the VAS during the first two hours identifies an important percentage of patients who require more intensive analgesic treatment.

© 2008 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable descrita en términos de daño y asociada a una lesión tisular real o potencial. El dolor agudo postoperatorio se presenta de diferentes formas ya que influyen, por un lado, la variabilidad de respuesta de los pacientes y, por otro, el tipo de intervención y el procedimiento anestésico empleado¹.

La valoración y el manejo del dolor postoperatorio son habilidades que se deben desarrollar tanto en el equipo médico como en el equipo de enfermería. El objetivo principal de cualquier actividad de enfermería es el conseguir el bienestar del paciente y, en el caso de los pacientes posquirúrgicos, vigilar su bienestar postoperatorio.

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).

Material y métodos

La metodología empleada en este estudio fue de tipo observacional. Se encuestó a una muestra aleatoria de los pacientes mayores de 14 años operados entre el mes de abril de 2007 y abril de 2008 en el Hospital Alto Deba de Mondragón (Gipuzkoa) en las especialidades de traumatología, ginecología, otorrinolaringología (ORL) y cirugía general. Los pacientes estudiados fueron adultos a los que se les administró anestesia general o raquídea (intradural) para la

realización de una intervención quirúrgica programada. Se excluyeron los pacientes con intervenciones urgentes y de cirugía mayor ambulatoria así como los pacientes con discapacidad psíquica intelectual. Los encuestados dieron su consentimiento para participar en el estudio.

Variables y medidas

La recogida de datos se realizó en 2 fases. En primer lugar, se pasó una EVA con un valor entre 0 y 10 para medir la intensidad del dolor a las 2 h de la intervención en la unidad de reanimación posquirúrgica. La EVA es la escala de valoración del dolor más conocida y aceptada. Intenta convertir variables cualitativas, como la percepción del dolor por el propio paciente, en variables cuantitativas que puedan, según su gradación, dar idea de la intensidad del dolor y, por tanto, de la analgesia necesaria.

En una segunda fase se recogieron los datos del cuestionario adaptado de la Sociedad Americana del Dolor^{2,3} mediante una visita al enfermo a las 24 h de la intervención quirúrgica en la unidad de hospitalización⁴. Al cuestionario original se le añadió una pregunta para conocer la opinión del paciente sobre el grado de alivio de dolor postoperatorio que pueden proporcionar los analgésicos como sugieren Ward y Gordon⁵. Cuatro enfermeras, que no trabajan en la planta de hospitalización y que forman parte del equipo investigador realizaron la recogida de datos; al paciente se le explicó el objetivo del cuestionario y se le pidió su autorización, haciendo hincapié en el carácter confidencial y anónimo de éste. Asimismo al paciente se le explicaron los conceptos del cuestionario que no hubiera entendido. Se tomó como referencia para el dolor la primera pregunta del cuestionario en la que directamente se preguntaba si el paciente había tenido dolor durante las últimas 24 h. Se

Valorcación del dolor agudo postoperatorio

217

interpretó que si el paciente contestaba afirmativamente se trataba de un dolor prolongado en el tiempo y no un dolor puntual.

Se recogieron además de la edad y el sexo del paciente, datos referentes a la intervención como la especialidad en la que había sido intervenido, el tipo de anestesia utilizado en la intervención, el uso de catéter epidural en el postoperatorio y si había tenido intervenciones anteriores. Se consideró la especialidad en la que se intervino a los pacientes y no el proceso quirúrgico realizado, dado que en este hospital el número de pacientes en cada tipo de proceso quirúrgico no es suficientemente grande.

Análisis estadístico

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos para conocer las características generales de la muestra seleccionada. Para examinar si el valor de la EVA a las 2 h y a las 24 h se podía considerar prueba

diagnóstica de la presencia de dolor a las 24 h se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. El análisis estadístico de las variables cualitativas se llevó a cabo mediante el estadístico χ^2 .

A la hora de establecer los grados de dolor, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica el criterio de las escalas de valoración. Según estas pautas, el grado de dolor es leve si en la EVA se indica un valor entre el 2 y el 4, el dolor es moderado si el valor pertenece al intervalo 4 a 6 y es severo en caso de que se marque un valor mayor de 6⁵. A pesar de la existencia del criterio establecido por la OMS, se utilizaron las ROC (receiver operating characteristic 'curvas de eficacia diagnóstica') para determinar el punto de corte más adecuado para maximizar la sensibilidad y especificidad del test. La ROC es un gráfico en el que se observan todos los pares de sensibilidad-especificidad resultantes de la variación continua de los puntos de corte en todo el rango de resultados observados^{7,8}. En este caso, el menor valor de corte considerado fue el mínimo valor de contraste observado menos 1, mientras que el mayor valor de corte

Tabla 1 Presencia del dolor según las características sociodemográficas (2007-2008)

Dolor postoperatorio	Total n, %	Sí n, %	No n, %	valor de p ^a			
Total	237	100,0	128	54,0	109	46,0	
Sexo							
Varón	144	60,8	42	45,2	51	54,8	
Mujer	93	39,2	86	59,7	58	40,3	0,039
Edad							
15-20	5	2,1	3	60,0	2	40,0	
20-30	12	5,1	6	50,0	6	50,0	
30-40	26	11,0	17	65,4	9	34,6	
40-50	39	16,5	18	46,2	21	53,8	
50-60	47	19,8	24	51,1	23	48,9	
60-70	44	18,6	23	52,3	21	47,7	
70-80	53	22,4	30	56,6	23	43,4	
> 80	11	4,6	7	63,6	4	36,4	0,787
Intervenciones anteriores							
Sí	193	81,4	106	54,9	87	45,1	
No	44	18,6	22	50,0	22	50,0	0,672
Especialidad							
Cirugía	82	34,6	34	41,5	48	58,5	
Ginecología	29	12,2	17	58,6	12	41,4	
Traumatología	98	41,4	64	65,3	34	34,7	
Otorrinolaringología	28	11,8	13	46,4	15	53,6	0,011
Anestesia utilizada							
General	102	43,0	50	49,0	52	51,0	
Raquídea	134	56,6	77	57,5	57	42,5	
Raquídea y sedación	1	0,4	1	100	0	0	0,247
Catéter epidural							
Sí	37	15,6	20	54,1	17	45,9	
No	200	84,4	108	54,0	92	46,0	1,000
Escala visual analógica ^b							
0	189	80,1	88	46,6	101	53,4	
Otro valor	47	19,9	39	83,0	8	17,0	< 0,001

^aEl valor p es valor de significación calculado en la prueba de independencia entre la variable correspondiente y el dolor con el estadístico χ^2 .

^bLa clasificación según el valor de la EVA no tiene en cuenta el individuo con anestesia raquídea más sedación.

fue el máximo valor de contraste observado más 1. Todos los valores de corte intermedios fueron la media de 2 valores de contraste observados consecutivos. Así se transformó la variable EVA, que en un principio era continua, en dicótoma.

A continuación, se clasificó a los pacientes en relación con el dolor sobre la base de la primera pregunta del cuestionario adaptado. Utilizando esta clasificación, se realizaron modelos univariantes para estudiar la relación entre cada una de las variables analizadas y la variable dicótoma referente al dolor. Al considerar todas las variables de forma discreta, los modelos univariantes corresponden a pruebas de independencia u homogeneidad mediante el estadístico de χ^2 , con un grado de significación de 0,05. El resultado en cada caso indica si la respuesta a la variable correspondiente está asociada al hecho de tener o no dolor.

Finalmente, se procedió al análisis de diferencias entre los pacientes según su dolor en las 24 h de la intervención. Para esto se construyeron varios modelos de regresión logística multivariante en la que la variable dependiente fue la presencia o no del dolor a la que hace referencia la primera pregunta del cuestionario utilizado. Las variables independientes iniciales fueron la variable continua edad y las variables discretas especialidad, tipo de anestesia, intervenciones anteriores (sí o no), sexo y EVA en forma dicótoma con el punto de corte deducido por la ROC. En el primer modelo se introdujeron todas las variables consideradas y, a partir de los resultados obtenidos, se fue simplificando el modelo sobre la base de retirar de la regresión las variables no significativas. Se estableció así el mejor ajuste para las variables seleccionadas mediante el método de los modelos anidados. A partir de los resultados de la regresión logística se calcularon las odds ratio (OR), que en el caso de las variables discretas correspondieron a la magnitud de la asociación entre el factor y el resultado correspondiente en términos de presencia del dolor ajustado por las demás variables introducidas en el análisis. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS (versión 16.0, SPSS Ibérica, S.L.U.).

Resultados

Se le realizó la encuesta a 237 pacientes. Ningún paciente rechazó la participación en el estudio. La media de edad de los encuestados fue de 56,9 años con una desviación estándar de 16,9. En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de la muestra y los análisis univariantes en función de la presencia de dolor durante las primeras 24 h. El 60,8% de los encuestados son varones y Traumatología es la especialidad que predomina con el 41,4%. El análisis del dolor postoperatorio muestra que el porcentaje de mujeres que tiene dolor de la intervención es mayor que el de los varones en esta misma situación. Un 83% de los pacientes con un valor mayor a 0 en la EVA a las 2 h de la intervención indica que tiene dolor. Solamente las variables sexo, especialidad y EVA resultan estar asociadas, de forma significativa, al dolor (tabla 1).

La correlación entre la presencia del dolor durante las primeras 24 h y la EVA a las 2 h era menor que a las 24 h (0,284 frente a 0,484). En la figura 1 se muestra la ROC de la EVA a las 2 h como prueba diagnóstica del dolor postoperatorio a las 24 h. El punto más distanciado de la diagonal o

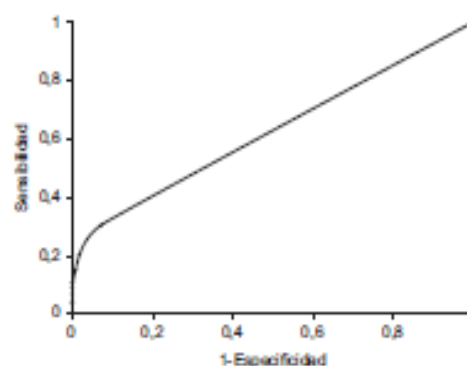


Figura 1 Curva de eficacia diagnóstica de la escala visual analógica como prueba diagnóstica del dolor postoperatorio.

Tabla 2 Características diagnósticas de la escala visual analógica (EVA) como prueba diagnóstica del dolor postoperatorio

Punto de corte para la EVA	Sensibilidad	Especificidad	1-Especificidad
-1,00	1,000	0,000	1,000
0,50	0,307	0,927	0,073
1,50	0,205	0,982	0,018
2,50	0,150	0,991	0,009
3,50	0,110	1,000	0,000
4,50	0,094	1,000	0,000
5,50	0,071	1,000	0,000
6,50	0,047	1,000	0,000
7,50	0,039	1,000	0,000
9,00	0,008	1,000	0,000
11,00	0,000	1,000	0,000

el de mayor curvatura coincide con el punto de corte 0,50 para la EVA, como indican los datos mostrados en la tabla 2. Al considerar este punto de corte, se transformó la variable continua EVA en variable dicótoma considerando el valor 0,50 con diagnóstico positivo. En este punto, la sensibilidad fue del 30,7% y la especificidad del 92,7% (tabla 2).

Los resultados referidos a la satisfacción de los pacientes en relación con el manejo del dolor por parte del personal sanitario aparecen en la tabla 3. En la misma tabla se muestra cómo perciben los pacientes la aplicación y la efectividad de la analgesia. En general, son satisfactorios y no hay grandes diferencias en la valoración del personal médico y de enfermería. En ambos casos, más de un 97% de los encuestados considera que su labor ha sido satisfactoria o muy satisfactoria. Un 48,4% de los intervenidos que declararon tener dolor a las 24 h de la intervención no solicitó ningún analgésico. Respecto a la administración de los analgésicos entre los intervenidos que han tenido dolor,

Tabla 3 Resultados del cuestionario adaptado de la Sociedad Americana del Dolor (2007-2008)*

Cuestionario adaptado de la Sociedad Americana del Dolor		n,	%	
1) ¿Ha tenido dolor durante las últimas 24 h?	Sí	128	54,0	
	No	109	46,0	
2) En relación con la siguiente escala, ¿cómo valoraría el dolor que está sintiendo ahora?	Nada (<2)	172	72,6	
	Leve (2-4)	42	17,7	
	Moderado (4-6)	17	7,2	
	Severo (>6)	6	2,5	
3) En relación con la siguiente escala, valore la mayor intensidad de dolor que haya tenido en las últimas 24 h	Nada (<2)	104	43,9	
	Leve (2-4)	59	24,9	
	Moderado (4-6)	31	13,1	
	Severo (>6)	43	18,1	
4) En esta escala, señale cuál ha sido el menor nivel de dolor que haya tenido tras recibir analgésicos para el dolor.	Nada (<2)	212	89,5	
	Leve (2-4)	21	8,9	
	Moderado (4-6)	4	1,7	
	Severo (>6)	0	0,0	
5) Señale su grado de satisfacción en relación con el tratamiento de su dolor por parte de las enfermeras	Muy satisfactorio	188	79,3	
	Satisfactorio	43	18,1	
	Algo satisfactorio	5	2,1	
	Algo insatisfactorio	1	0,4	
6) Señale su grado de satisfacción en relación con el tratamiento de su dolor por parte de los médicos	Muy satisfactorio	177	74,7	
	Satisfactorio	56	23,6	
	Algo satisfactorio	4	1,7	
	Algo insatisfactorio	0	0,0	
7) Cuando usted ha solicitado medicación analgésica, ¿cuánto tiempo ha debido esperar para que se la administraran?	Nunca la solicitó.	162	68,4	
	Sí, las ha solicitado	15 min o menos	67	29,3
		Entre 15 y 30 min	6	2,6
		Entre 30 y 60 min	2	0,9
8) ¿En alguna ocasión la medicación analgésica que se le ha suministrado no lo ha ayudado y ha tenido que solicitar otra diferente para aliviar su dolor?	No	216	91,1	
	Sí	21	8,9	
9) Si ha contestado afirmativamente, ¿cuánto tiempo transcurrió hasta que las enfermeras o los doctores cambiaron su tratamiento analgésico a uno más potente o diferente y se lo administraron?	1 h o menos	17	85,0	
	Entre 1 y 2 h	2	10,0	
	Entre 2 y 4 h	1	5,0	
10) ¿En qué grado cree usted que puede aliviarse el dolor tras una intervención como la suya?	Alivio total	173	73,0	
	Mucho alivio	52	21,9	
	Alivio regular	11	4,6	
	Poco alivio	1	0,4	

* En la muestra hay un individuo que indica haber solicitado un nuevo analgésico por falta de eficacia pero no especifica el tiempo de espera.

se comprueba que existe una diferencia significativa en la valoración de la mayor intensidad del dolor entre aquellos que han solicitado medicación analgésica y los que no.

De acuerdo con los resultados de los modelos de regresión logística (tabla 4) la variable de la EVA a las 2 h tiene un peso importante en el pronóstico del dolor posquirúrgico, ya que su OR es de 5. La otra variable que se asocia significativamente es la especialidad.

Discusión

Resulta llamativo que incluso entre los que expresan dolor a las 24 h el porcentaje de los que están satisfechos supera el 95% de la muestra. La valoración de la labor de los facultativos es parecida por parte de los pacientes con y sin dolor. La labor de enfermería, en cambio, es algo mejor valorada por los que no tienen dolor. Según los resultados

obtenidos, es posible que la satisfacción del paciente esté más relacionada con los aspectos psicosociales y con la relación entre el paciente y el equipo que lo trata que con los aspectos técnicos⁹. El tratamiento de los pacientes con dolor agudo postoperatorio no debería valorarse únicamente en términos de satisfacción. Otros factores, como la disminución de la morbilidad y la estancia hospitalaria, tienen relación con la calidad de analgesia conseguida y deben, por tanto, tenerse en cuenta¹⁰.

La proporción de pacientes intervenidos quirúrgicamente que experimenta dolor postoperatorio en el Hospital Alto Deba corresponde al 54% de los encuestados. Resulta un porcentaje bajo si se compara con otros estudios españoles en los que los pacientes con dolor son cerca del 90%^{11,12}. En cambio, coincide con estudios estadounidenses que indican que esa proporción se sitúa en torno al 50%¹³. Las diferencias pueden deberse también al *case-mix* de cada hospital. Nuestra muestra procede de un hospital comarcal y por

Tabla 4 Odds ratio (OR) ajustada y significación correspondiente en los modelos de regresión logística*

Dimensión	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	OR	valor de p	OR	valor de p	OR	valor de p	OR	p-valor
Especialidad								
Cirugía		0,259		0,170		0,157		0,121
Ginecología	0,862	0,780	0,889	0,817	0,928	0,883	1,252	0,637
Traumatología	1,813	0,082	1,902	0,050	1,948	0,040	2,115	0,020
Otorrinolaringología	1,311	0,590	1,276	0,595	1,267	0,604	1,194	0,694
Tipo de anestesia								
General			-	-	-	-	-	-
Rquídea	1,145	0,688	-	-	-	-	-	-
Intervenciones anteriores								
No								
Sí	1,257	0,544	1,251	0,548	-	-	-	-
Sexo								
Mujer								
Varón	0,549	0,053	0,563	0,060	0,565	0,061	-	-
Escala visual analógica								
0								
Otro valor	5,694	<0,001	5,610	<0,001	5,445	<0,001	5,092	<0,001
Edad	0,996	0,681	-	-	-	-	-	-
-2 Logaritmo verosimilitud	292,325		292,658		293,028		296,572	
Pronóstico correcto	66,0%	65,5%	66,0%	64,3%				

*Realizados en el Hospital Alto Deba (2007-2008) con presencia o ausencia de dolor en las 24 h desde la intervención como variable dependiente.

tanto, la complejidad es menor que en las precedentes de hospitales terciarios^{11,12}.

El análisis de los factores asociados al dolor postoperatorio indica que el dolor de los pacientes no está asociado al tipo de anestesia utilizado en la intervención ni a las posibles intervenciones anteriores. Las franjas de edad en las que hay un mayor número de intervenidos con dolor son entre 30 y 40 años y mayores de 80. Sin embargo, los grupos de edad tampoco están significativamente asociados al dolor. Las variables significativamente asociadas al dolor son únicamente la EVA como variable dicotoma, el sexo del paciente y la especialidad en la que se lo ha intervenido. Sin embargo, en el análisis multivariante el sexo pierde significación estadística al incorporar la especialidad. Es decir, la diferencia entre sexos es consecuencia de la diferencia en especialidades entre varones y mujeres. Aunque varios estudios indican la existencia de diferencias por sexo en la percepción del dolor, éstas se deben a que los varones responden a los estímulos dolorosos de forma distinta, por lo que tienen mayor tolerancia al dolor que las mujeres^{14,15}.

Las ROC se han utilizado con frecuencia en el análisis de diferentes encuestas a pacientes como las de calidad de vida¹⁶. Su resultado señala el punto de corte más apropiado según la sensibilidad y la especificidad que se le exija a la prueba. Según los resultados obtenidos, el punto con el que la prueba diagnóstica sería más eficaz es 0,5 pero se podrían valorar distintos grados. Así, por ejemplo, si en lugar de 0,5 se decantara por el valor 3,5, la especificidad de la prueba

sería cercana al 100%, pero la sensibilidad sólo sería del 11%. Esto es, un resultado positivo en la EVA se asocia a tener dolor en las 24 h siguientes a la intervención y, por tanto, se justifica que estos pacientes reciban una atención especial. Sin embargo, habría muchos pacientes con falsos negativos que también tienen dolor pero a los que la EVA no detecta. En este sentido, la EVA en esta muestra de pacientes es una prueba poco sensible y muy específica. La consecuencia es que el punto de corte más adecuado se caracteriza por la mayor sensibilidad (30,7%) ya que la especificidad se mantiene por encima del 90%.

El modelo de regresión logística mejor ajustado también tiene las mismas variables significativas que las deducidas en el análisis univariante, con la excepción del sexo. Los resultados obtenidos muestran que entre pacientes intervenidos en una misma especialidad, es 5 veces más frecuente que un paciente con un valor mayor o igual a 0,5 en la EVA a las 2 h de la intervención tenga dolor a las 24 h que un paciente con EVA inferior a 0,5. Además, si se ajusta por el valor de la EVA, es 2 veces más probable la presencia de dolor en los pacientes intervenidos en la especialidad de traumatología que en los intervenidos por cirugía. Sólo con la especialidad y el valor de la EVA se puede pronosticar con un acierto del 64,3% si el paciente tendrá o no dolor en las primeras 24 h.

El hecho de ser un hospital comarcal supone que el número de intervenidos en el hospital a lo largo de un año no es lo suficientemente grande como para comparar los intervenidos en cada una de las especialidades. Sobre todo

en las especialidades de ginecología y ORL hay muy pocos intervenidos. Generalizar el resultado en este caso puede ser bastante arriesgado y es por eso que los respectivos coeficientes en la regresión logística final no son significativos.

Otra de las limitaciones del trabajo podría estar en el cuestionario escogido para llevarlo a cabo. Dado que el dolor es una experiencia multidimensional que incluye la evaluación de dimensiones fisiológicas, sensoriales, afectivas, cognitivas y socioculturales^{17,18}, se podría haber considerado la utilización de encuestas más específicas para la medición del dolor, como el Mc Gill Pain Questionary¹⁹, el de Latheen o el de Nottingham²⁰. Sin embargo, se prefirió utilizar el cuestionario adaptado de la Sociedad Americana del Dolor ya que resulta más sencillo de evaluar e incorpora dimensiones, como la satisfacción del paciente, que otros cuestionarios no valoran.

En lugar de considerar la primera pregunta del cuestionario como referente, otra opción sería analizar la intensidad del dolor mediante la EVA a las 24 h de la intervención. En la opinión de los autores de este trabajo, la pregunta directa responde mejor a las sensaciones del intervenido, aunque la EVA puntualizaría en el grado de intensidad del dolor. Además, ambas variables están significativamente correlacionadas con un coeficiente de Pearson de 0,284 frente al 0,484 de correlación entre la EVA a las 24 h y la presencia o ausencia de dolor. Esto significa que el paciente relaciona el dolor sufrido con su condición durante las últimas horas más que con el período transcurrido desde el final de la intervención.

Una conclusión relevante de este estudio es que un test tan sencillo como la EVA a las 2 h puede indicar a los facultativos quiénes son los enfermos que necesitan especial atención ya que casi con seguridad van a padecer dolor en las 24 h. La enfermera dispone, en consecuencia, de una herramienta que le permite poner en conocimiento del médico una información relevante para el proceso de toma de decisiones clínicas relacionadas con la analgesia. El uso de la EVA puede conseguir mejorar el bienestar de un número importante de pacientes y, en consecuencia, dar más calidad en el cuidado. Es en este punto donde la enfermería juega un papel relevante ya que el seguimiento de las respuestas de los pacientes ante el dolor es una actividad propiamente de la enfermería. Por el contrario, la modificación de la pauta analgésica es responsabilidad del anestesta, que tiene que tener en cuenta el dato de que un 48% de los pacientes refieren dolor, pero no solicitan mayor analgesia. No se valoraron sus posibles causas, como la tolerancia social o la creencia de que el dolor es un componente ineludible de las intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, obliga a plantear un manejo clínico del dolor postoperatorio que incorpore al propio paciente de forma activa mediante el uso por parte del paciente de sistemas de bolo autoadministrados^{21,22}. No se ha planteado aquí una evaluación económica de la inclusión de la EVA en los protocolos de enfermería ya que el tiempo requerido para aplicarla es muy reducido y, por el contrario, los beneficios son importantes.

La conclusión principal del estudio es que la EVA a las 2 h tiene un alto valor predictivo positivo para identificar a los pacientes que requieren un tratamiento analgésico más intenso.

Bibliografía

1. Bosch F, Basabó A, López A, Cos R, Canillas MJ. Efecto de una intervención educativa en el tratamiento del dolor postoperatorio en ginecología y obstetricia. *Prog Obstet Ginecol*. 1992;35:459-66.
2. Etdreich LS, Lee ET. Use of relative operating characteristic analysis in epidemiology. A method for dealing with subjective judgement. *Am J Epidemiol*. 1981;114:649-62.
3. American Pain Society Committee. Quality Assurance Standards for relief of acute and cancer pain. En: Bond MR, Charlton JE, Wolf CJ, editors. *Proceedings of the VI World Congress on Pain*. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier; 1991. p. 185-9.
4. Sorlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards RR, Cleeland CS. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*. 1995;61:277-84.
5. Ward SE, Gordon D. Application of the American Pain Society quality assurance standards. *Pain*. 1994;56:299-306.
6. World Health Organization. *Cancer pain relief*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1986.
7. Burguño MJ, García-Bastos JL, González-Buñazo JM. ROC curves in the evaluation of diagnostic tests. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:661-70.
8. Henderson AR. Assessing test accuracy and its clinical consequences: A primer for receiver operating characteristic curve analysis. *Ann Clin Biochem*. 1993;30:521-39.
9. Chabalá E. Dolor postoperatorio y unidades de dolor agudo. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11:257-9.
10. Vidal M, Torres LM, De Andrés JA, Moreno-Azcóitia M. Estudio observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España PITHOS. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007;14:590-67.
11. Gil M, Márquez-Guerrero JC, Rodríguez de la Torre MR, Gallego J. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11:197-202.
12. Benhamou D, Bertl M, Brodner G, De Andrés J, Dračić G, Moreno-Azcóitia M, et al. Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PITHOS): A practice pattern study in 7 central/southern European countries. *Pain*. 2008;136:134-41.
13. Warfield CA, Kahn CH. Acute pain management. Programs in US hospitals and experiences and attitudes among US adults. *Anesthesiology*. 1995;83:1090-4.
14. López Martínez AE, Estévez R, Ramírez-Maestro C. Diferencias en la percepción del dolor relacionadas con las variables sexo y edad. *Rev Soc Esp Dolor*. 2001;8:562-8.
15. Yarnitsky D, Crispel Y, Eisenberg E, Granovsky Y, Ben-Nun A, Sprechler E, et al. Prediction of chronic post-operative pain: Pre-operative DNC testing identifies patients at risk. *Pain*. 2008;138:22-8.
16. Mar J, Rivero-Arias O, Durán-Castelló J, Alonso-Ávarez ML, Gamito I, De la Torre-Muñoz G. Effect on quality of life of nCPAP treatment in patients with obstructive sleep apnea. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:611-6.
17. Sidón S, Ovechkin A. Impact of analgesia on early postoperative period. *Regional anesthesia and pain medicine*. 2007;32:138.
18. Viscusi ER. Patient-controlled drug delivery for acute postoperative pain management: A review of current and emerging technologies. *Reg Anesth Pain Med*. 2008;33:146-58.
19. Melzack R. The Mc Gill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*. 1975;1:277-99.
20. Martínez-Ripol P, Ribera-Canó M. La medición del dolor. En: Buqueto C, Ribera MV, editors. *Unidades de dolor. Realidad hoy, reto para el futuro*. Fundación Académica de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y de Baleares; 2003.
21. Engelman E, Salengros JC. IONSYS™ versus morphine PCA: Analysis of the current literature using a Bayesian approach. *Acute Pain*. 2008;10:83-91.

Anexo N°04

Desarrollo de la lista de chequeo de acuerdo a la metodología de la investigación seleccionada

Declaración de STROBE

Título del artículo: Valoración del dolor agudo postoperatorio, estudio de tipo observacional, empleando la declaración de STROBE, cuyo contenido está relacionado con los estudios observacionales. Respecto al título y resumen, el título: valoración del dolor agudo postoperatorio, si bien posee el tema principal, es atractivo e indica el problema investigado, usa términos claros y directos, es muy conciso, no se evidencia a los sujetos en estudio, ni las características ni mucho menos el ámbito donde se desarrollará; por otro lado, no especifica el tipo de estudio en el título para que tenga mayor facilidad en la identificación de la metodología utilizada.

Resumen consta de 250 palabras reglamentarias, posee un lenguaje claro y sencillo, dentro de la estructura proporciona una sinopsis informativa y equilibrada de lo que se ha hecho y se ha encontrado, incluye: objetivo, materiales y métodos, resultados y las conclusiones. Asimismo los objetivos muestran realmente lo que se espera lograr, viéndose reflejado en los resultados. Concluyendo en que la aplicación de la escala analógica visual es efectiva en la valoración del dolor en el post operatorio y con ello mayor efectividad de un tratamiento oportuno.

Introducción detalla las razones y el fundamento científico de la investigación, en el artículo podemos observar que explica el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable descrita en términos de daño y asociada a una lesión tisular real o potencial. Además hace referencia que la valoración y el manejo del dolor postoperatorio son habilidades que se deben desarrollar tanto en el equipo médico como en el equipo de enfermería, considerando un trabajo multidisciplinario; recalando que el objetivo principal de cualquier actividad de enfermería es el bienestar del paciente. Incluye los objetivos siendo el primero

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 en tercer lugar evaluar el valor predictivo de la escala visual analógica (EVA).

4 y 5. Métodos se encontró que detalla el diseño del estudio de tipo cuantitativo – observacional, en cuanto al contexto describe el marco, el lugar y fecha, el periodo de reclutamiento, seguimiento y recogida de datos; la muestra estuvo conformada por 237 pacientes mayores de 14 años operados entre el mes de abril de 2007 y abril de 2008 en el Hospital Alto Deba de Mondragón, en las especialidades de traumatología, ginecología, otorrinolaringología (ORL) y cirugía general, identificados sin ningún problema de forma aleatoria, con características como la edad, tiempo, y de distintas áreas del hospital.

Participantes detalla los criterios de elegibilidad, pero no detalla método de selección solo menciona que los participantes fueron elegidos de forma aleatoria. Dentro de los criterios de inclusión hace mención que fueron pacientes >14 años, a quienes se les administró anestesia general o raquídea y se excluyeron los pacientes con intervenciones urgentes y de cirugía mayor ambulatoria, así como los pacientes con discapacidad psíquica intelectual.

Principales variables de resultados se midió la intensidad del dolor. Otras variables que se midieron fueron la edad y el sexo, datos referentes a la intervención como la especialidad, tipo de anestesia, uso del catéter epidural en el posoperatorio e intervenciones previas.

Fuentes de datos detalla cómo se midieron las variables y los instrumentos empleados en cada etapa, describe dos etapas de medición de la intensidad del dolor la primera a las 2 hrs de la intervención en la unidad de reanimación posquirúrgica se empleó una escala de EVA entre 0 y 10. En la segunda fase a las

24 hrs de la intervención en la hospitalización para medir la intensidad del dolor se empleó un cuestionario adaptado de la Sociedad Americana del dolor mediante una visita al enfermo 24 hrs de la intervención quirúrgica en la unidad de hospitalización. Al cuestionario original se le agregó una pregunta para conocer la opinión del paciente sobre el grado del alivio del dolor que puede proporcionar los analgésicos. 4 enfermeras que no trabajan en la unidad y que forman parte de la investigación recogieron los datos, previa explicación al paciente y firma del consentimiento informado.

Análisis estadístico utilizaron el análisis descriptivo de los datos para conocer las características generales de la muestra. Para examinar si el valor de la EVA a las 2h y a las 24h se podía considerar prueba diagnóstica de la presencia de dolor a las 24h se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. El análisis estadístico de las variables cualitativas se llevó a cabo mediante el estadístico χ^2 . El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS (versión 16.0, SPSS Ibérica, S.L.U.).

Sesgos hallados son los sesgos de selección, denominándose a este como el error sistemático en el proceso de selección de los individuos que limitan la comparación de los grupos. No se detalla cómo se realizó determino el tamaño de la muestra.

Resultados El 60,8% de los encuestados fueron varones, siendo traumatología la especialidad que predomina con el 41,4%. El análisis del dolor postoperatorio muestra que el porcentaje de mujeres que tiene dolor de la intervención es mayor que el de los varones en esta misma situación. Un 83% de los pacientes con un valor mayor a 0 en la EVA a las 2 h de la intervención indica que tiene dolor. Solamente las variables sexo, especialidad y EVA resultan estar asociadas, de forma significativa al dolor. El punto más distanciado de la diagonal o el de mayor curvatura coincide con el punto de corte 0,50 para la EVA, como indican los datos mostrados en la tabla 2. Al considerar este punto de corte, se transformó la

variable continua EVA en variable dicótoma considerando el valor 0,50 con diagnóstico positivo. Los resultados referidos a la satisfacción de los pacientes en relación con el manejo del dolor por parte del personal sanitario en general, son satisfactorios y no hay grandes diferencias en la valoración del personal médico y de enfermería. En ambos casos, más de un 97% de los encuestados considera que su labor ha sido satisfactoria o muy satisfactoria. Respecto a la administración de los analgésicos entre los intervenidos que han tenido dolor se comprueba que existe una diferencia significativa en la valoración de la mayor intensidad del dolor entre aquellos que han solicitado medicación analgésica y los que no. De acuerdo con los resultados de los modelos de regresión logística la variable de la EVA a las 2 h tiene un peso importante en el pronóstico del dolor posquirúrgico, ya que su OR es de 5.

Discusión, según la lista de Strobe se puede observar que los resultados del presente artículo a diferencia de los otros artículos evaluados, tuvieron características similares con la pregunta de investigación “¿Es útil y eficaz la escala visual analógica para valoración del dolor agudo post operatorio previo a la analgesia de los Pacientes de la Unidad de Recuperación Post anestésicas?, asimismo dan respuesta a los objetivos planteados en el artículo; en cuanto el objetivo general fue vigilar que el dolor asociado a las intervenciones quirúrgicas no altere el bienestar del paciente, cuyo resultado dio el presente artículo fue que la proporción de pacientes intervenidos quirúrgicamente que experimenta dolor postoperatorio en el Hospital Alto Deba corresponde al 54% de los encuestados. Pero este resultado con otra realidad es baja, puesto que a comparación de otros estudios españoles los pacientes con dolor son cerca del 90%, y en Estados Unidos se mantienen en un 50%.

Respecto al objetivo específico medir el grado de satisfacción de los pacientes operados respecto al control del dolor postoperatorio, donde la aplicabilidad oportuna del EVA, se determina el respectivo tratamiento analgésico acorde a la intensidad del dolor logrando un nivel de satisfacción alto en el paciente. En

segundo lugar tenemos al objetivo conocer los factores que determinan una analgesia postoperatoria adecuada, cuyo resultado es la adecuada aplicación de una valoración del dolor agudo postoperatorio en este caso mediante una escala visual analógica, y en tercer lugar tenemos al objetivo evaluar el valor predictivo de la escala visual analógica (EVA), objetivo muy ligada a la ya formulada pregunta de investigación, cuyo resultado afirma que la EVA a las 2 h tiene un alto valor predictivo positivo para identificar a los pacientes que requieren un tratamiento analgésico más intenso, por ello existe suficiente evidencia para aplicar la Escala de Valoración analógica determinando el grado de dolor de cada paciente, y asimismo su respectivo tratamiento analgésico adecuado y oportuno acorde a su intensidad logrando un nivel de satisfacción alto en el paciente.

Limitaciones de la investigación, es en cuanto a contexto, ya que por el hecho de ser un hospital comarcal supone que el número de intervenidos en el hospital a lo largo de un año no es lo suficientemente grande como para comparar los intervenidos en cada una de las especialidades. Sobre todo en las especialidades de ginecología y otorrinolaringología hay muy pocos intervenidos; por ello si se generaliza el resultado puede ser arriesgado y es por eso que los respectivos coeficientes en la regresión logística final no son significativos; pues en la realidad se evidencia que hay determinadas especialidad que no tienen mucha demanda de pacientes, pero a veces sucede lo contrario, la complejidad de cada hospital lo determina, otra de las limitaciones del trabajo podría estar en el cuestionario escogido para llevarlo a cabo. Dado que el dolor es una experiencia multidimensional que incluye la evaluación de dimensiones fisiológicas, sensoriales, afectivas, cognoscitivas y socioculturales y podrían haber puntos más específicos de evaluación, motivo por el cual no se evidencia en este instrumento pero a próximas investigaciones pueden ahondar y brindar más especificidad en el estudio.

La conclusión principal del estudio es que la EVA a las 2h tiene un alto valor predictivo positivo para identificar a los pacientes que requieren un tratamiento analgésico más intenso. El artículo no detalla las fuentes de financiación.

Conclusiones Respecto a la utilidad y eficacia del uso de la escala visual analógica para valoración del dolor agudo post operatorio en la unidad de recuperación post anestésica, el estudio afirma que la EVA a las 2 h tiene un alto valor predictivo positivo para identificar a los pacientes que requieren un tratamiento analgésico más intenso, por ello existe suficiente evidencia que aplicar la Escala de Valoración analógica determina el grado de dolor de cada paciente, y asimismo su respectivo tratamiento analgésico adecuado y oportuno acorde a su intensidad logrando un nivel de satisfacción alto en el paciente.

Recomendaciones Se recomienda que debido a los resultados analizados en la investigación, se aplique la escala visual analógica en la unidad de recuperación post anestésica de forma protocolar y sea adjuntado como dato objetivo dentro de la historia clínica, específicamente siendo de consideración en las anotaciones de Enfermería