

Calidad percibida por las mujeres intervenidas de cesárea ante el manejo del dolor postoperatorio en cirugía obstétrica

Evaluation of the perceived quality regarding pain management after obstetric surgery in female undergoing caesarean operation

Isabel María García Sánchez. Título Superior en Cc de la Salud (Enfermería). HGU "La Paz", Madrid

Correspondencia:

Isabel Mª García Sánchez
Avda Jesús de Monasterio nº 2
28700 San Sebastián de los Reyes (Madrid)
ysabelmariah@hotmail.com

RESÚMEN

El manejo correcto del alivio del dolor está relacionado estrechamente con el bienestar del paciente, objetivo inherente y primordial de cualquier intervención enfermera. Este estudio pretende analizar la satisfacción de las mujeres sometidas a cesárea, valorando la efectividad del protocolo analgésico utilizado en la Unidad de Reanimación, así como identificar los factores que intervienen en la percepción dolorosa.

Metodología: Estudio transversal en mujeres sometidas a cesárea e ingresadas en la Unidad de Reanimación Post-quirúrgica de un hospital universitario. Se diseñó un cuestionario de respuesta múltiple y escalas análogo-visuales al que las parturientas respondieron durante su estancia en dicha unidad.

Resultados: 149 pacientes fueron incluidas en el estudio (edad mediana de 32.5 años). En torno a la mitad (53%) había recibido información en torno al manejo del dolor postoperatorio, aunque el 70% afirmó haber deseado una mejor explicación. La intensidad del dolor postoperatorio fue establecida en una media de 3.66, impidiendo realizar actividades como toser o sentarse en la cama al 58%. Casi el 90% de las entrevistadas afirmaron haber experimentado un buen control de la sensación dolorosa. La edad, experiencias previas, nivel de estudios y religión no incidieron en la percepción del dolor. Las mujeres que recibieron información sobre el proceso doloroso refirieron estar muy satisfechas en relación con el control del dolor en una mayor proporción que aquellas que no la recibieron (41% VS 20%, $p=0.01$).

Palabras clave: Analgesia, cesárea, satisfacción, dolor post-operatorio, Enfermería.

ABSTRACT

Appropriate pain management is closely related to the patient wellbeing, which is a main objective in any nursing intervention. This study is aimed to analyse the satisfaction of females undergoing caesarean, focusing on the effectiveness of the analgesic protocol used at Reanimation Ward as well as on identifying factors affecting the perception of pain.

Methodology: Cross-sectional study including female admitted in a Reanimation ward of a University hospital after caesarean. A multiple choice and visual analogue scales questionnaire was designed.

Results: 149 patients were included (median age 32.5 years old). Almost 50% received information regarding post-surgical pain management, although 70% expected a better information. Post-surgical pain intensity reached a median of 3.66, and the 58% of the patients were not able to do things such as coughing or sitting on the bed. A good pain management was communicated by almost the 90% of the interviewed females. Age, previous experiences, educational level and religion were not associated to the pain perception. The proportion of females who felt very satisfied regarding postoperative pain management was higher between the ones who received information about this topic (41% VS 20%, $p=0.01$).

Key words: Analgesia, caesarean, satisfaction, post-operative pain, Nursing.

INTRODUCCIÓN

El dolor es una experiencia sensorial conocida por el hombre desde la antigüedad. La percepción dolorosa es un fenómeno complejo ya que tiene un componente nociceptivo o sensorial y un componente afectivo o reactivo, existiendo sufrimiento asociado al dolor. Ambos componentes, influidos

por distintas variables, contribuyen a la percepción dolorosa, siendo el nociceptivo el componente dominante en el dolor postoperatorio. (1)

En los últimos 50 años la medicina ha evolucionado notablemente, tanto en los conocimientos etiológicos y diagnósticos, como terapéuticos. Sin embargo se han olvidado distintos aspectos clínicos como el dolor que no ha sido un objetivo prioritario de interés. El dolor se ha considerado algo secundario en comparación con otras patologías. (2)

La valoración y el manejo del dolor postoperatorio son habilidades sustanciales que se han de dar tanto en el equipo de enfermería como en el estamento médico. Distintos estudios demuestran que el manejo del dolor es inadecuado por parte de estos profesionales. (3, 9, 10, 11). Esta situación está condicionada por distintos factores, entre ellos: la percepción del dolor por parte de los pacientes, la valoración del mismo que hacen las enfermeras, los protocolos analgésicos instaurados en los servicios, la falta de formación específica por parte de los profesionales, las variables culturales, expectativas por parte del paciente con respecto a la experiencia dolorosa, la naturaleza subjetiva de la percepción del dolor, tipo de intervención quirúrgica, tiempo quirúrgico, duración de la anestesia, etc. Esto indudablemente conlleva un inadecuado manejo de la ayuda analgésica. (6, 7).

Existen otras habilidades en el manejo del dolor agudo postoperatorio que no se utilizan, fundamentalmente por falta de conocimientos acerca de las mismas, escasez de estudios que validen nuevas terapias y la instauración de rígidos protocolos estándar que impiden otras líneas de trabajo. (8, 12, 13).

Es evidente que las enfermeras son el primer filtro que franquea la experiencia dolorosa ajena. Esto las convierte en traductoras de una experiencia subjetiva que verbaliza el paciente y que puede no ser bien comprendida por distintas razones, como por ejemplo la acepción de la palabra dolor por parte del paciente, que puede o no distar de la que tiene la enfermera, la que toma el médico que pone el tratamiento farmacológico, y la que finalmente se traduce en que el manejo sea correcto o no (4, 5, 6). La enfermera como gestora del tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud, es pieza fundamental en el proceso del dolor agudo y su alivio. La valoración de enfermería y la identificación temprana de las complicaciones, potenciales o reales, que presenta el paciente post-quirúrgico evidencian la importancia del manejo correcto de las estrategias analgésicas y el éxito de las mismas. El seguimiento de la respuesta del paciente es una actividad esencialmente enfermera, de esto se desprende la importancia del manejo correcto del alivio del dolor y de su relación estrecha con el bienestar del paciente, objetivo inherente y primordial de cualquier intervención de enfermería.

Distintos estudios revelan que las intervenciones ginecológicas son algunas de las que conllevan mayor grado de dolor, aunque encuentran una relación directa entre el cuadro algido y la afectación psicológica que supone para la mujer algunas de estas intervenciones (sentimientos de pérdida de autoestima). Lo cierto es que, si se compara la cirugía ginecológica con otras, el control del dolor post-operatorio es más difícil, lo que merece una consideración especial en su tratamiento, no sólo farmacológico si no también en relación con las intervenciones enfermeras, siendo una de sus funciones valorar e identificar cualquier respuesta del paciente en este sentido (14, 15, 16).

El tratamiento del dolor postoperatorio en cesáreas, no difiere habitualmente del manejo del dolor en procedimientos de cirugía abdominal inferior abierta. La cirugía laparotómica constituye una agresión mayor en el paciente, lo cual se puede traducir en alargamientos en la convalecencia, y en muchos casos, aumento de la morbilidad derivada del encamamiento prolongado. En la revisión bibliográfica no se encuentran grandes diferencias entre las estrategias de tratamiento del dolor en cirugía ginecológica y en cirugía obstétrica, incluso entre las estrategias en el manejo del dolor postoperatorio en general (2, 14). Estos datos reflejan que el manejo del dolor no es adecuado. La analgesia es insuficiente en determinados pacientes, bien porque no existe una valoración correcta del dolor por parte del equipo, o bien porque el tratamiento del dolor postoperatorio no discierne entre distintas patologías en un ámbito similar, por ejemplo el que engloba a pacientes ginecológicas y pacientes sometidos a cirugía abdominal (2, 7, 14, 20).

No existen muchos estudios que demuestren mejores resultados en el manejo del dolor agudo postoperatorio en función de las estrategias de tratamiento, ni si las unidades específicas de dolor agudo mejoran los resultados en estos procesos (25). Sin embargo, el manejo específico según el tipo de intervención quirúrgica es la estrategia que, en conjunción con la valoración de enfermería y la identificación temprana de la existencia de esta complicación post-quirúrgica, daría mejores resultados en el alivio del dolor. Asimismo seguimiento de la respuesta del paciente podría, tras consenso, modificar el tratamiento farmacológico y la estrategia a seguir en cada caso.

El trabajo en equipo, y la acepción del dolor post-operatorio como complicación post-quirúrgica cambiarían el manejo de la terapia analgésica. El papel de la enfermera y la traducción por parte de ésta de las respuestas humanas ante este problema de salud cambiarían considerablemente los resultados de las terapias analgésicas, incluso podría disminuir la utilización de fármacos al modificar criterios de tratamiento en función de la particularidad de cada caso.

Los objetivos de este estudio van encaminados fundamentalmente a analizar la satisfacción de las mujeres intervenidas de cesárea, valorando la efectividad del protocolo de terapia analgésica utilizado sistemáticamente en la unidad, así como identificar los factores que intervienen en la percepción del dolor en estas pacientes.

METODOLOGIA

Estudio transversal descriptivo y analítico en mujeres sometidas a cesárea, ingresadas en los meses de marzo y abril de 2004 en la Unidad de Reanimación post-quirúrgica del HGU La Paz (Madrid) y que cumplen los siguientes criterios de inclusión:

- Den su consentimiento informado para la participación en el estudio.
- Estancia mínima de 4 horas en la Unidad de Reanimación.
- Pacientes que han recibido el protocolo analgésico habitual en la Unidad de Reanimación: Solución en 500 ml de suero salino de 300 mg de Tramadol, 6 gr de Metamizol magnésico y 30 mg de Metoclopramida, con una velocidad de infusión de 21 ml/h. Como rescate analgésico se utilizaron bolos IV de 3 mg de Cloruro Mórfico. El criterio de no administración de este protocolo corresponde a razones de intolerancia de los fármacos que los componen.

Quedan excluidas del estudio los casos de reingreso la Unidad de Reanimación.

Variables de estudio:

- Sociodemográficas
 - Edad (años)
 - Nº de hijos nacidos
 - Nacionalidad
 - Religión
 - Nivel de estudios: Sin estudios, bachiller, FP, Universitarios.
- Historia obstétrica:
 - Antecedentes Quirúrgicos (Si/No)
 - Cesáreas anteriores(Si/No)
- Terapia antiálgica:
 - Tipo de anestesia utilizada en la cirugía
 - Necesidad de rescate (Si/No)
 - Sensación dolorosa (0-10)
 - Limitación funcional ante el dolor (Si/No)
- Satisfacción en relación con:
 - Información recibida
 - Alivio tras analgesia
 - Expectativas ante el dolor
 - Alivio conseguido

Instrumentalización: Con objeto de proceder a la recogida de la información se diseñó un cuestionario (Anexo 1) el cual se entregó a la paciente por la enfermera responsable de la misma en el momento previo al alta de la Unidad de Reanimación. El grado de dolor experimentado se midió con una escala analógica visual (EVA) con las siguientes categorías:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sin dolor		leve		moderado			intenso			el peor dolor posible

Análisis de los datos: Se procedió al análisis descriptivo de las características de la muestra mediante el uso de medidas de tendencia central y dispersión (media, rango y desviación típica) de las variables cuantitativas y el recuento de frecuencias absolutas y porcentuales para las variables cualitativas. En la fase analítica se procedió a la elaboración de tablas de 2x2 (en variables categóricas dicotómicas) y al análisis mediante el test Chi cuadrado y el test exacto de Fisher. El error alfa considerado fue del 5%. Los estudios estadísticos se hicieron con el programa SPSS ver 8.0.

Consideraciones éticas: El estudio fue comunicado tanto a la Dirección de Enfermería del centro como a la Comisión Ética de Investigación Clínica del Hospital.

RESULTADOS

Un total de 149 mujeres fueron reclutadas para el estudio. La edad mediana de la muestra fue de 32,5 años (rango 19.5-44.5), con una desviación típica de 5.06 años.

En relación con su origen, la gran mayoría (114/76.5%) eran españolas, siendo 29 (19.5%) de origen sudamericano y 6 (4%) de otro origen. 104 (69%) se autocalificaban como católicas, 3 (2%) como musulmanas, 2 (1.4%) como evangelistas y 1 (0.7%) atea.

Casi un 40% (59) tenía estudios universitarios, y solo un 3% (4) carecía de estudios

La media de la paridad fue de 1.61 partos (rango 1-4), con una desviación típica de 0.69. La mayoría de las pacientes (74/49.6%) eran primíparas, aunque se aprecia un porcentaje significativo de multíparas: 2 partos (61/41.1%), 3 partos (12/8%), 4 partos (2/1.4%).

De las pacientes incluidas en la muestra, 56 (37.6%) tenían antecedentes quirúrgicos. En relación con los antecedentes de cirugía obstétrica, 46 mujeres (30.6%) tenían antecedentes de cesárea.

El tipo de anestesia fue regional en 120 (80.5) y general en 29 (19.5).

En relación con la información recibida acerca del proceso doloroso tras la cesárea 79 (53%) afirmaron haberla recibido. Dicha información fue proporcionada por la matrona (20/25%), el ginecólogo (5/6.3%), el anestesista (29/37%), la enfermera (34/43%), o bien por otro profesional (6/7.6%). Y la misma se ofreció antes (16/20.2%), después (41/52%), o antes y después (16/20.2%) del ingreso. En muchos casos la información procedió de mas de un profesional. Sin embargo, casi el 70% de las encuestadas afirmó haber deseado una mejor explicación sobre este asunto.

Al alta de la Unidad de Reanimación, la intensidad del dolor referida fue establecida en una media de 3.66 (rango 0-8), con una desviación típica de 2.05. A mas de la mitad de las entrevistadas (86/58%) el dolor les impedía realizar actividades como toser o sentarse en la cama.

Una vez instaurado el protocolo analgésico, un 52% de las pacientes precisó rescate analgésico, y el 40% de las mismas lo solicitó en mas de una ocasión.

Durante las horas previas al alta de la Unidad de Reanimación, la intensidad media del dolor referido fue de 3 (rango 0-8), con una desviación típica de 1.9; casi el 90% de las entrevistadas afirmaron haber experimentado un buen control de la sensación dolorosa; y solo un 9% afirmó tener la creencia de poder haber sufrido menos dolor (el 63% de la muestra no supo pronunciarse en este sentido). En relación con las expectativas previas, solo un 12% afirmó haber sufrido mas dolor del esperado.

La edad no fue un factor estadísticamente relevante para el grado de satisfacción en relación con el control del dolor agudo tras la cesárea. La media de edad en el grupo que refirió estar muy satisfecha fue de 31.8 años, mientras que la edad media en el grupo de mujeres satisfechas fue de 31.6 años ($p = 0.219$).

Comparando los antecedentes de cesárea respecto a las expectativas de dolor, se refleja que el dolor esperado tras la cesárea es similar en mujeres con o sin antecedentes de esta intervención ($p=0.5$) (Fig 1)

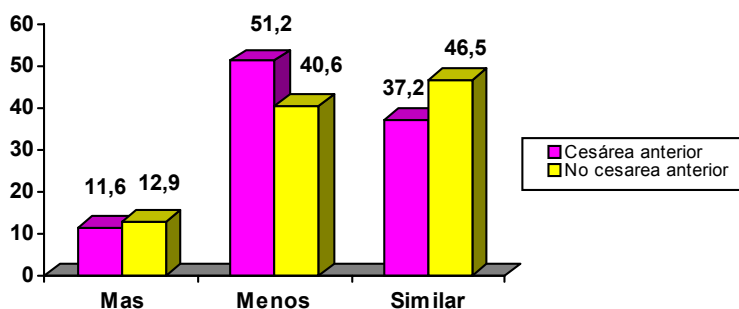


Fig 1: Dolor experimentado en relación a las expectativas previas y los antecedentes de cesarea (expresado en %)

Aunque con el protocolo analgésico el alivio del dolor fue obtenido en un 20% mas de mujeres católicas con respecto a aquellas que profesaban otra religión, este aspecto no resultó un factor estadísticamente determinante en nuestras pacientes ($p=0.343$) (Fig. 2)

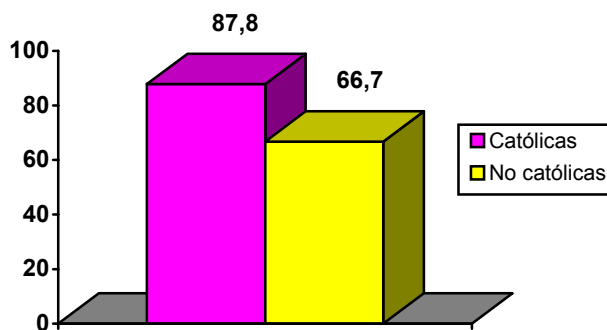


Fig 2. Mujeres que refirieron haber logrado el alivio del dolor agudo tras la cesarea (%)

Tampoco el nivel de estudios en nuestra muestra fue un factor significativo en relación al alivio conseguido del dolor: 90.9% en Universitarias VS 88.7% en No universitarias ($p = 0.69$); ni el hecho de haber precisado rescate analgésico: 80.6% entre las que precisaron rescate VS 91% entre las que no lo precisaron ($p=0.67$); ni tampoco las expectativas en relación con el protocolo analgésico: 89% en las que tenían dudas sobre la eficacia del protocolo analgésico VS 91% en las que no tenían dudas ($p= 0.7$).

Las mujeres que recibieron información sobre el proceso doloroso y estrategias de alivio tras la cirugía refirieron estar muy satisfechas en relación con el control del dolor en una mayor proporción que aquellas que no la recibieron (41% VS 20%, $p=0.01$). El hecho de que dicha información fuese proporcionada por uno u otro profesional no se asoció a menores niveles de satisfacción. De tal forma que la proporción de mujeres descontentas con el control del dolor fue del 6% entre las informadas por enfermeras y del 4.5% entre las informadas por otro profesionales ($p=0.96$).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos indican que la mayoría de las mujeres de la muestra, recibieron anestesia regional para la cirugía, lo que conlleva por protocolo del servicio la inserción de un catéter epidural que se mantiene hasta el alta de la paciente de reanimación, no utilizándose este para el control del dolor postoperatorio. Los criterios de no utilización del catéter epidural responden a razones de tipo práctico ya que su uso necesita de mayor control por parte de el equipo de enfermería, y pueden presentar complicaciones como retrasos en la micción espontánea tras la cirugía, anestesia de los miembros inferiores, lo que retrasaría el alta de las pacientes alargando la estancia media de las mismas en la reanimación. La utilización del catéter epidural como método analgésico podría aumentar la satisfacción de las pacientes frente al dolor, sería interesante valorar si realmente las complicaciones podrían corregirse ajustando las dosis de analgésico por vía epidural.

Al reflejar el grado de dolor con la escala analógico visual (EVA) las pacientes tenían menos grado de dolor en las últimas horas, lo que indica que sí habían precisado rescate analgésico para llegar a esta situación ya que un importante porcentaje pidió rescate y en más de una ocasión. El hecho de que un alto porcentaje de pacientes necesitara rescate analgésico, podría indicar que sería necesario ajustar las dosis del protocolo utilizado en la unidad, esto aumentaría la satisfacción con respecto al alivio.

Uno de los datos recogidos en el análisis descriptivo de los datos fue que la mayoría de las entrevistadas hubieran querido mayor información sobre el dolor que padecería tras la cirugía, la mayoría reconoce que fueron informadas por la enfermera y la mayoría también después del ingreso, lo que indica que se recibe la información a posteriori, tras su ingreso en el hospital. El análisis estadístico de los datos arroja un dato interesante, que las mujeres informadas del proceso doloroso y su alivio estaban más satisfechas que aquellas que no recibieron información, lo que nos indica que la información mejora la satisfacción en las pacientes, sin que incida el momento de la información ni el profesional que la proporciona.

Con respecto al correcto manejo del dolor y a la efectividad de la analgesia utilizada por sistema en la unidad, decir que la mayoría de las entrevistadas reconocen que el dolor les impide realizar actividades como toser o moverse en la cama, que la mayoría pidió rescate analgésico y el 60% más de una vez. Esto a priori podría indicar que la analgesia no es la adecuada, con lo que el manejo del dolor no sería correcto, pero estos datos deben interpretarse teniendo en cuenta también el grado de satisfacción de las pacientes, los efectos secundarios de un mayor nivel de analgesia, y sus expectativas ante el dolor. En este sentido la mayoría dijo estar satisfecha y un importante porcentaje muy satisfechas frente a un 2.9% que manifestó estar descontenta.

En cuanto a las expectativas del dolor el mayor porcentaje dijo que esperaban el dolor que tuvieron, un porcentaje parejo dijo experimentar menos dolor del que esperaban. En definitiva todas tuvieron dolor al margen de sus expectativas, pero la satisfacción fue elevada. Esto se puede traducir como que a pesar de tener dolor las mujeres expresan estar satisfechas o muy satisfechas, teniendo en cuenta que no recibieron suficiente información estos datos sugieren que, o bien, desconocían que su grado de dolor podría haber sido menor o, que el dolor era esperable y en consecuencia así lo asumen.

La comparación estadística de todas estas variables no refleja que las expectativas ante el dolor estuvieran influenciadas por experiencias similares previas, tampoco variables como la edad, el nivel de estudios o la religión inciden sobre la sensación de buen alivio del dolor.

Las experiencias quirúrgicas obstétricas previas no fueron condicionantes al compararlas con las expectativas ante el dolor, esto podría explicarse teniendo en cuenta la importancia de la información con respecto a la satisfacción: si en su primera experiencia de este tipo la explicación hubiera sido correcta, sus expectativas en siguientes experiencias hubieran sido otras. En futuras investigaciones podría tenerse en cuenta este dato.

Tras el análisis de los resultados obtenidos en este estudio, podríamos decir que se deberían instaurar nuevas líneas de trabajo. Teniendo en cuenta que la demanda de información sobre el proceso doloroso

tras la intervención quirúrgica es importante, y que mejora considerablemente la satisfacción, sería interesante explorar la utilidad de la instauración de un dispositivo de información tal como una consulta de preanestesia obstétrica en que las embarazadas fueran informadas no solo del control del dolor durante el parto, sino también del control del dolor en el caso de que su gestación terminara en cesárea. En este contexto, la figura de la enfermera sería fundamental, ya que el bienestar del paciente es objetivo esencial en las intervenciones enfermeras. Asimismo esta intervención permitiría una mejor conexión de la paciente con su proceso y con el manejo del mismo, siendo probable un mayor rendimiento de las estrategias analgésicas.

La media de dolor en una escala de 0 a 10 fue de 3.65 (DM: 2.04), lo que indica que el dolor fue entre leve y moderado, índice relativamente alto si tenemos en cuenta que no solo recibían analgesia en perfusión continua, sino que también pedían rescate analgésico y en más de una ocasión. Esto podría llevar a reconsiderar el tratamiento analgésico que se administra de manera sistemática. La corrección mediante el ajuste de las dosis pautadas y una información correcta en torno al proceso doloroso exige una conexión fluida entre los equipos médico y de enfermería.

Finalmente una reflexión. Las pacientes afirmaron en un elevadísimo porcentaje su satisfacción con respecto al alivio del dolor, a la vez que manifestaron que sí tenían dolor y que este les impedía realizar actividades como toser o moverse en la cama. Esto nos podría indicar que la recogida de datos en la unidad está condicionando de alguna manera las respuestas de nuestras pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Ortega JL, Neira F. Fisiología del dolor. En: Torres LM editor. Anestesia y reanimación. Madrid: Arán Ediciones; 2001. pp 685-734.
2. Ortega JL, Neira F. Prevalencia medición y valoración del dolor postoperatorio. En: Torres LM editor. Tratamiento del dolor postoperatorio. Madrid: Ergón Ediciones; 2003. pp 31-56.
3. Rawal N, AllvinR, EuroPain Working Party. Acute Pain service in Europe: A 17 nation survey of 105 hospitals. Eur J Anaesth 1988;15: 354-363.
4. Closs SJ, Briggs M. Patients' verbal descriptions of pain and discomfort following orthopaedic surgery. Int J Nurs Stud 2002;39(5):563-72.
5. Idvall E. Post-operative patients in severe pain but satisfied with pain relief. J Clin Nurs 2002;11(6):841-2
6. Vila VS, Mussi FC. Postoperative pain relief in patients from the perspective of nurses at an intensive care center. Rev Esc Enferm USP 2001;35(3): 300-7.
7. Clancy J, Mc Vicar A. Perioperative pain management: A gate control perspective. Br J Theatre Nurs 1998; 7(12):15, 18 24.
8. Pretto M, Gross T, Aeschbach A, Buttiker J, Zogg K, Marsch S. Optimising postoperative pain therapy on acute surgical wards. Pflege 2001;14(4)239-45.
9. Buckley H. Nurses management of postoperative pain. Contemp Nurse, 2000;9(2):148-54.
10. Briggs M, Dean KI. A qualitative analysis of the nursing documentation of post-operative pain management. J Clinic Nurs 1998;7(2):155-63.
11. Hunt k. Perceptions of patients' pain: A study assessing nurses' attitudes. Nurs Stand 1995; 10(4) :32-5.
12. O'hara r, Burns-Brown D, Closs J. Changing practice in pain management. Nurs Stand 1994;8(39): 25-9.
13. Good M. Acute pain. Ann Rev Nurs Res 1999;17:107-32.
14. de la Torre R, Rodríguez MR. Tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía ginecológica. En: Torres LM. Tratamiento del dolor postoperatorio. Madrid: Ergón Ediciones; 2003. pp 105-116.
15. Carr EC. Exploring the effect of postoperative pain on patient outcomes following surgery. Acute Pain 2000;3:183-93.
16. Klain ZN, Sevarino FB, Rinder C, Pincus S, Alexander GM, Ivy M, Heninger G. Preoperative anxiolysis and postoperative recovery in women undergoing abdominal hysterectomy. Anesthesiology 2001;94(3):415-22.
17. Sjostrom B, Dahlgren LO, Haljamae H. Strategies used in post-operative pain assessment and their clinical accuracy. J Clinic Nurs 2000;9(1): 111-8.
18. Watt-watson J, Stevens B, Garfinkel P, Steiner D Gallop R. Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. J avd Nurs 2001;36(4):535-45.
19. SchroeterK. Pain management:ethical guide for the perianesthesia nurse. J perianesth Nurs 1999; 14(6):393-7.
20. Sjostrom B, Dahlgren LO, Hajamae H. Strategies in postoperative pain assessment: Validation study. Intensive Crit Care Nurs 1999;15(5):247-58.
21. Tsang J, Brush B. Patient analgesia in postoperative cardiac surgery. Anaesth Intensive Care 1999;27(5):464-70.
22. Wild L. Pain management. Crit Care Nurse Clin North Am 1990;2(4): 537-47.
23. Nendick M. Patient satisfaction with post-operative analgesia. Nurs Stand 2000;14(22):32-7.
24. MackintoshC, Bowles S. The effect of an acute pain service on nurses' knowledge and beliefs about post-operative pain. J Clin Nurs 2000;9(1):119-26.
25. Mc Donell A, Nicholl J, Read SM. Acute pain teams and the management of postoperative pain: A systematic review and meta-analysis. J Avd Nurs 2003; 41(3):261-73.

Anexo 1

Estudio de la calidad del manejo del dolor post-operatorio en mujeres sometidas a cesárea

La siguiente encuesta está destinada a que los profesionales del hospital conozcamos si nuestras pacientes tienen o no un correcto alivio del dolor tras la cesárea. Con los resultados obtenidos esperamos poder ofrecer en un futuro una mejor calidad de nuestra atención.

Su colaboración será anónima y voluntaria, toda la información que nos proporcione será tratada de forma confidencial.

Agradecemos de antemano su colaboración.

Edad: N° de hijos:

Nacionalidad:

Religión:

Nivel de estudios:

- Sin estudios
- Bachiller
- Formación Profesional
- Universitarios

Antecedentes quirúrgicos Sí No

Cesáreas anteriores Sí No

1.- ¿Ha recibido alguna explicación sobre como se aliviaría su dolor tras la cirugía?

- Sí
- No
- No sabe

2.-¿Cómo se le dio la información?

- Me lo explicó el ginecólogo
- Me lo explicó el anestesista
- Me lo explicó la matrona
- Me lo explicó la enfermera.
- Otros

3.-¿Cuándo le explicaron?

- Antes del ingreso
- Después del ingreso
- Antes y después del ingreso
- No sabe

4.-¿Le hubiera gustado que la explicación hubiera sido mejor?

Sí No

5.- Califique el dolor que está experimentando ahora:

Elija un número de 0 (no tener dolor) a 10 (el peor dolor posible)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sin dolor		leve		moderado			intenso			el peor dolor posible

6.- Califique el dolor en las últimas horas

Elija un número de 0 (no tener dolor) a 10 (el peor dolor posible)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sin dolor		leve		moderado			intenso			el peor dolor posible

7.-Le impide el dolor realizar actividades como toser, darse la vuelta en la cama o sentarse?
Si No

8.-Desde su llegada a la reanimación, ha necesitado pedir calmantes?
Si No

9.- Si ha pedido calmantes, ¿cuántas veces lo ha necesitado?
Una vez Más de una vez

10.-Cuanto tiempo ha tenido que esperar para aliviar su dolor desde que solicitó calmantes?
Poco, menos de diez minutos
- Bastante, de 10 a 30 minutos
- Mucho, mas de 30 minutos

11.- En comparación con lo que usted esperaba, ¿cuánto dolor ha tenido desde su llegada a la reanimación?
- Más de lo que esperaba
- Más o menos lo que esperaba
- Menos de lo que esperaba

12.- Indique si cree que las siguientes frases son verdaderas o falsas:

- Logré un buen alivio del dolor	V F
- Tuve que esperar demasiado tiempo para que me dieran medicación para el dolor	V F
- Después de la medicación pasó mucho tiempo hasta que me hizo efecto	V F
- No quería molestar a la enfermera pidiendo calmantes.	V F
- Me preocupa que los fármacos para el dolor me produzcan adicción.	V F
- Me hubiera gustado recibir información sobre el dolor y su alivio	V F

13.- Respecto al alivio del dolor en la reanimación está usted:
- Descontenta
- Satisfecha
- Muy Satisfecha

14.- Podría haber tenido menos dolor?
Si No No sabe

15.- Si la respuesta es sí, ¿Cómo?
- Mejor explicación
- Más medicación para aliviarlo
- Alivio más rápido
- Otros (explique como).