



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**INTENSIDAD DEL DOLOR POSTOPERATORIO Y SU MANEJO
ENFERMERO EN PACIENTES INTERVENIDOS POR CIRUGÍA
LAPAROSCÓPICA Y CONVENCIONAL EN UN HOSPITAL**

**Trabajo académico para optar el título de Especialista en
Enfermería en Centro Quirúrgico Especializado**

INVESTIGADORA

Bach. Yashira Yamilet Paredes Chambi

ASESORA

Mg. Calle Jacinto de Guillén Diana Elizabeth

Lima – Perú

2019

Mg. Diana Elizabeth Calle Jacinto de Guillén

ASESORA

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.1 Planteamiento del problema.....	7
1.2 Formulación del problema:	9
1.3 Justificación del estudio:.....	10
CAPITULO II: PROPÓSITO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	11
2.1 Propósito del estudio.....	11
2.2 Objetivos de la investigación:	11
CAPITULO III. MARCO TEORICO	12
3.1 Antecedentes del estudio:.....	12
3.2 Base teórica	15
CAPITULO IV: MATERIAL Y MÉTODO	25
4.1 Diseño de estudio:.....	25
4.2 Área de estudio:	25
4.3 Población:.....	25
4.4 Muestra:	25
4.5 Operacionalización de variables:	27
4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	29
4.7 Tabulación de datos y análisis de datos.....	31
V CAPÍTULO: CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS	32
5.1 Consideraciones Éticas	32
5.2 Consideraciones administrativas	33
5.2.1 Cronograma de actividades o diagrama de Gantt	33
5.2.2 Presupuesto.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

RESUMEN

Objetivo: Determinar la intensidad del dolor postoperatorio y su manejo enfermero en pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica y cirugía convencional del Hospital Cayetano Heredia, 2019. **Material y método** El estudio tiene un enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo, prospectivo de corte transversal porque se presentarán los hechos tal como son y la medición de variables se hará en un momento determinado y único. **Área de estudio:** El presente estudio de investigación se realizará en el Hospital Cayetano Heredia, en los servicios de la URPA y hospitalización de cirugía A (cirugía general). **Población:** Estará conformada por 240 pacientes intervenidos quirúrgicamente de manera programada por el servicio de cirugía general. **Muestra:** constará de 148 pacientes, los cuales estarán conformados por dos grupos: 51 pacientes postoperados por cirugía laparoscópica y 97 por cirugía convencional. La muestra según el tipo de cirugía se halló por el método probabilístico estratificado y para el cálculo total de la muestra mediante la fórmula de poblaciones finitas. Los datos serán analizados con el programa estadístico de libre distribución EPIINFO versión 7.2 para lo cual serán codificados e ingresados en la base de datos del programa Excel. Los resultados de la investigación serán presentados en cuadros y gráficos que faciliten su comprensión para el análisis, por lo que las variables de medición intensidad y manejo enfermero del dolor postoperatorio en pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica y cirugía convencional se mostrarán en tablas de distribución de frecuencia según las escalas de clasificación de dicha variable.

Palabras Clave: *Dolor postoperatorio, Cirugía laparoscópica, Manejo de enfermería del dolor postoperatorio, Teoría del manejo del dolor. (DeSC)*

INTRODUCCIÓN

El manejo del dolor constituye un elemento clave del cuidado postoperatorio que ofrecen las salas quirúrgicas al paciente, el cual requiere de un enfoque multidisciplinario. Aquí el profesional de enfermería cumple un papel vital para el manejo del dolor, teniendo la responsabilidad de manejar adecuadamente el dolor postoperatorio de los pacientes. (1,2,3,6) La enfermera, está al cuidado del paciente quirúrgico y es quién participa durante todo el proceso del manejo del dolor a través de la valoración, administración de medicamentos, educación al paciente y la aplicación de estrategias no farmacológicas.(4,6)

El trabajo que realiza el profesional de enfermería va más allá de la administración de fármacos; ella, se convierte en la traductora de la experiencia dolorosa que cursa el paciente en todo momento, pues es la responsable de valorar el dolor de cada paciente que está a su cuidado.(2) La valoración del dolor es esencial, porque constituye un paso crítico para proporcionar un buen manejo de éste; por tanto, una valoración adecuada por parte de enfermería sobre el dolor de los pacientes es fundamental. (1,3)

Actualmente el dolor constituye un problema de salud pública, por las repercusiones sociales y económicas que provocan daños en la calidad de vida de las personas. Es definida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) en el año 1979, como una experiencia sensorial y emocional desagradable, generada por el daño a los tejidos de manera real o potencial, el cual se puede evaluar, solo por la afirmación de quien lo sufre y haciendo uso de instrumentos adecuados y validados. (5)

De acuerdo a los estudios realizados, la mayoría de artículos afirman que, a pesar de las recomendaciones para el tratamiento del dolor y la cantidad de información disponible, todavía la prevalencia de dolor postoperatorio es alta y surge como consecuencia de un tratamiento inadecuado del dolor (3,5). La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que el tratamiento del dolor es un derecho primordial del paciente y resulta no ético que los pacientes padezcan dolor; siendo una falta grave por parte del profesional de la salud, permitir un grado de dolor que sobrepase el estimado como leve o moderado, lo que revela la existencia de un manejo inadecuado por parte del profesional, ya que un dolor intenso es previsible y prevenible. (7, 8 ,9)

El manejo inadecuado del dolor postoperatorio es un problema internacional y la necesidad de mejorar su manejo está bien documentada; éste debe ser individualizado y según la necesidad de cada paciente (10). Si el dolor es tratado adecuadamente, contribuye al bienestar físico y emocional del paciente con su recuperación rápida y estancia hospitalaria corta; previniendo así, la aparición de complicaciones postoperatorias cuyos efectos tienen gran repercusión en el ámbito de la salud, incrementando los índices de morbimortalidad y los costes sanitarios, afectando a un gran porcentaje de los pacientes quirúrgicos, a la familia, al personal de salud y por ende a las instituciones involucradas. (3,4,10,11)

Sin embargo, el avance científico y tecnológico ha generado una revolución quirúrgica en los últimos años, permitiendo realizar cirugías de mínimo acceso, como es la cirugía laparoscópica, resultando en un postoperatorio más benigno para los pacientes frente a la tradicional técnica convencional o cirugía abierta; este tipo de cirugía, ha adquirido gran popularidad y aceptación mundial por la mayor parte de cirujanos y pacientes por sus mejores ventajas que trae consigo; sin embargo, paralela a esta revolución, se ha convertido en una especialidad desafiante y con nuevos retos para todo el equipo quirúrgico por la incidencia de nuevas complicaciones, debido a los cambios hemodinámicos y respiratorios significativos que ésta produce, presentándose problemas en el postoperatorio del paciente, razón de la necesidad de llevar a cabo un manejo adecuado del dolor. (12, 13, 14,15)

El manejo eficaz del dolor postoperatorio, requiere el cumplimiento de ciertos principios que están establecidos en la Teoría de Enfermería de Mediano Rango de Good y Moore (1996), propuesta para el manejo del dolor postoperatorio, el cual orienta las acciones del profesional de enfermería, indicando los pasos para un adecuado manejo del dolor; muy útil también para la base de investigaciones sobre el manejo del dolor postoperatorio. (4)

En el área quirúrgica, el profesional de enfermería se encarga del cuidado del paciente en las etapas del preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. La investigación se realizará en la etapa postoperatoria a los pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica y cirugía convencional en el servicio de la unidad de recuperación postanestésica (URPA) y cirugía A (cirugía general). Para la medición de las variables, se utilizará la escala numérica del dolor, que mide la intensidad del dolor y un cuestionario que mide si el manejo de enfermero del dolor postoperatorio es adecuado e inadecuado, ambos se aplicarán al paciente.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La existencia de dolor sigue siendo una preocupación en el ámbito asistencial y sobre todo en el ámbito quirúrgico, diferentes estudios de investigación, reportan que el 80% de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, experimentan dolor postoperatorio y más del 75%, informan un nivel de dolor entre moderado a severo, dentro de las primeras 24 horas. (7,8)

El dolor posoperatorio es el síntoma más frecuente y significativo para el paciente quirúrgico, el cual aparece por la sección, tracción de tejidos y la liberación de sustancias que producen dolor, luego del acto quirúrgico. La variabilidad de respuesta, el tipo de intervención quirúrgica y el procedimiento anestésico empleado, tienen gran influencia en la forma y nivel de dolor que experimentan los pacientes. (7, 10, 16)

La cirugía laparoscópica en la actualidad permite realizar cirugías de mínimo acceso frente a las cirugías tradicionales que con anterioridad necesitaban realizar incisiones grandes, que traían consigo una elevada mortalidad y trauma para el paciente. Sin embargo, no está exenta de tener complicaciones, las cuales se deben principalmente a la insuflación de CO₂ en la cavidad peritoneal, presentándose problemas en el postoperatorio como hipotermia, náuseas, vómitos y principalmente dolor de máxima intensidad en las primeras 24 horas, lo que implica la necesidad del uso de analgésicos. (13,17)

Diversos estudios reportan hallazgos importantes de presencia de dolor en este tipo de cirugías, como el realizado por Renée Allvin, et. al, en tres departamentos quirúrgicos de 09 países, donde se demostró altos niveles de dolor postoperatorio luego de la realización de cirugías laparoscópicas, con ausencia o empleo bajo de analgésicos; quien señaló, que si los procedimientos laparoscópicos generalmente se califican como menos dolorosos, entonces los pacientes sometidos a este tipo de cirugía están corriendo el riesgo de recibir un alivio inadecuado del dolor, determinando que, si el dolor se maneja adecuadamente, la elección de la técnica quirúrgica no es tan relevante. (18)

En otro estudio Mouton M. demostró que posterior a la cirugía laparoscopia existe dolor importante y que al 80% de pacientes intervenidos se les aplicó analgesia basado en opioides, del que se infiere, que estos pacientes presentaron dolor de moderado a severo; demostrando

así, que la causa más frecuente de readmisión, reingreso y recuperación prolongada en estos pacientes es el dolor; afirmando, que el dolor en la cirugía laparoscópica también es de naturaleza compleja, de difícil control y requiere de la administración constante de analgésicos y de un enfoque preventivo y multimodal.(13,17)

El dolor posoperatorio continuo y no aliviado, activa el sistema simpático, desencadenando efectos fisiopatológicos indeseables en diferentes sistemas como cardiovascular, gastrointestinal, inmunológico y renal, predisponiendo a los pacientes a eventos adversos como una isquemia cardíaca y el íleo. Asimismo, un dolor no aliviado disminuye la movilidad del paciente siendo un aspecto particular e importante para el cuidado de enfermería, generando complicaciones como embolia pulmonar, trombosis venosa profunda, y neumonía. (3, 6, 20, 21)

El manejo del dolor adecuado es una medida preventiva en el postoperatorio inmediato para la prevención de infecciones del sitio quirúrgico, ya que el dolor continuo y no tratado adecuadamente puede suprimir el sistema inmunológico del paciente, provocando el desarrollo de una infección posquirúrgica y una cicatrización deficiente de la herida. Las Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ), representan el 25 % de las infecciones intrahospitalarias. (3,22)

Entre las causas del manejo inadecuado del dolor, diferentes estudios señalan que existe una deficiente valoración, un tratamiento farmacológico inadecuado, falta de educación al paciente, una pobre documentación del dolor y la inexistencia de protocolos o guías respecto al manejo del dolor. (7, 8) Por otra parte se atribuye principalmente por falta de educación en enfermería en aspectos del manejo del dolor y principios básicos de la farmacocinética o actitudes del personal de salud hacia los analgésicos; dando lugar a la administración de medicamentos en dosis e intervalos inadecuados. (1,6,10)

Además, las enfermeras no tienen experiencia en la valoración del dolor. (1) Esta se asocia principalmente a la naturaleza subjetiva que posee el dolor, por lo que se tiende a subestimar la presencia de éste, es decir, que se le da poca o nada de credibilidad cuando el paciente reporta dolor y que en la mayoría de instituciones no se valora el dolor de forma continua y regular, pese a que el dolor está considerado como el quinto signo vital.(6, 23, 24, 25) Asimismo, La American Pain Society (APS) sugiere que el dolor sea el quinto signo vital como un medio para hacer que las enfermeras reevalúen y documenten el dolor cada vez que se obtienen los signos vitales. (39)

El manejo del dolor postoperatorio en los pacientes continua siendo de manera inadecuada, esto a pesar de los avances tecnológicos e innovaciones farmacológicas por lo que constituye uno de los retos más importantes para todos profesionales de la salud, principalmente para enfermería, quien cumple un papel fundamental porque participa en todas las etapas del manejo del dolor, colaborando de manera efectiva en el alivio del dolor del paciente (6,8).

En el Hospital Cayetano Heredia, el área de recuperación anestésica, no cuenta con protocolos sobre el manejo del dolor postoperatorio y se presume que el profesional de enfermería no brinda un cuidado diferenciado a los pacientes postoperados respecto al nivel de dolor que cursan, ni al tipo de cirugía al cual fueron sometidos. Además, se observa que muchas veces no llegan a utilizar los métodos de valoración, responsabilizándose únicamente de la administración analgésica prescrita por el médico; asimismo, los profesionales tienden a subestimar o sobrevalorar el dolor que cursa el paciente, percibiendo el dolor como normal, luego de una intervención quirúrgica; por lo que la mayoría de profesionales estarían realizando el manejo del dolor postoperatorio basado en su juicio personal, creencias y experiencias subjetivas. La misma visión se tiene con los pacientes postoperados por cirugía laparoscópica, debido a los beneficios y ventajas que esta dispone, la mayoría de profesionales dirige poca atención a este tipo de pacientes en cuanto al dolor postoperatorio, siendo una idea que tal vez vulnera a los pacientes a exponerse a riesgos de complicaciones postoperatorias.

Todo ello puede dar evidencia que tal vez se está manejando inadecuadamente el dolor postoperatorio en los pacientes de esta institución.

Ante ello se plantea la siguiente pregunta de investigación.

1.2 Formulación del problema:

¿Cuál es la intensidad del dolor postoperatorio y su manejo enfermero en pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica y cirugía convencional en el hospital Cayetano Heredia, 2019?

1.3 Justificación del estudio:

El dolor continúa siendo la queja más frecuente de los pacientes postoperados, a pesar de las innovaciones farmacológicas y avances tecnológicos. Además, no existe en la institución ningún informe real y de carácter científico sobre la intensidad y manejo enfermero del dolor postoperatorio en los pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica, ni convencional a pesar que el manejo del dolor está considerado como un indicador de calidad asistencial y forma parte inherente del conocimiento y la práctica integral del profesional de enfermería que esta al cuidado del paciente quirúrgico. Asimismo, la mayoría de estudios de investigación encontrados, excluyen como grupo de estudio a pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica, revelando la necesidad de realizar el estudio.

1.4 Viabilidad y factibilidad del estudio

El estudio es viable porque se cuenta con el apoyo de las autoridades de ambas instituciones tanto de la dirección de investigación de la universidad y del hospital Cayetano Heredia. Además; se cuenta con la población necesaria para llevar a cabo la ejecución del proyecto y es factible porque se cuenta con recursos económicos, humanos y materiales necesarios para la realización del proyecto, el cual será autofinanciado por parte de la investigadora.

CAPITULO II: PROPÓSITO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.1 Propósito del estudio

El estudio de investigación tiene como propósito brindar información fidedigna y actualizada respecto al nivel de dolor que cursan los pacientes en ambos procedimientos quirúrgicos y el manejo enfermero del dolor postoperatorio; resultados que proporcionarán un marco para el desarrollo e implementación de programas de educación continua para el personal de enfermería y protocolos que contemplen el manejo estandarizado, diferenciado, oportuno y adecuado del dolor postoperatorio en pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica y convencional los que pueden contribuir a mejorar la calidad asistencial y por ende a una imagen institucional positiva.

Asimismo, este conocimiento constituirá el punto de partida para la realización de futuras investigaciones relacionadas al tema de estudio, mejorando el desempeño de enfermería y servirá como información referencial para otras áreas afines.

2.2 Objetivos de la investigación:

Objetivo General:

Determinar la intensidad del dolor postoperatorio y su manejo enfermero en pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica y cirugía convencional en el Hospital Cayetano Heredia, 2019.

Objetivos Específicos:

- Evaluar la intensidad del dolor postoperatorio en pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica y cirugía convencional.
- Evaluar el manejo enfermero del dolor postoperatorio en pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica y cirugía convencional.

CAPITULO III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes del estudio:

Alvinn R. et. al en el año 2016, realizaron un estudio en 9 países, titulado: Cirugía abierta versus laparoscópica: ¿cómo influye la técnica quirúrgica en el resultado del dolor? Fondo del estudio: El manejo del dolor postoperatorio es relevante para los procedimientos quirúrgicos y la importancia de evaluar el dolor considerando el tipo de cirugía y la perspectiva del paciente se ha enfatizado. Fue un estudio de cohorte prospectivo, que utilizó el registro internacional PAIN OUT en 607 pacientes para evaluar y comparar el dolor postoperatorio en la cirugía laparoscópica y cirugía colónica abierta. Cuyo resultado fue, que los pacientes del grupo laparoscópico puntuaron dolor mínimo a un nivel más alto que el grupo abierto, no habiendo otras diferencias significativas, registrando puntuaciones máximas de dolor en NRS > 3 en el 77% (laparoscópico) y en el 68% (abierto) y pacientes (media ≥ 5 en ambos grupos) , en otro aspecto un 87 a 93% de los pacientes reportaron la interferencia del dolor con la movilización y el mayor % de pacientes recibió una combinación de anestesia general en el grupo abierto. El estudio sugiere que la técnica quirúrgica no influye en la calidad del manejo del dolor postoperatorio, si se administra una analgesia adecuada. (18)

Carranza J. Hernández G. en el año 2010, en México realizaron un estudio sobre control del dolor postoperatorio de colecistectomía laparoscópica. Cuyo objetivo fue determinar si la ventilación positiva intermitente con Fracción Inspiratoria de Oxígeno (FIO₂) al término de la cirugía laparoscópica, disminuye el dolor en hombros y el consumo de analgésicos en el postoperatorio. Realizando el estudio en un total de 60 pacientes, divididos en dos grupos, aplicando un estudio de cohorte retrospectivo con control histórico donde se analizaron el dolor y los reportes gasométricos. En cuanto al dolor se observó que 24 pacientes no presentaron dolor en el postoperatorio, mientras que en el grupo control, sólo dos no presentaron dolor; además, que hubo diferencias significativas en el patrón gasométrico (SatO₂, pH y los excesos de base). Los autores concluyen que la aplicación de la Ventilación de Presión Positiva (VPP) de forma intermitente, disminuye el dolor ocasionado por la cirugía laparoscópica; por ende se puede prevenir en gran porcentaje el neumoperitoneo residual y la reducción del consumo de analgésicos. (17)

López S. en el año 2014, en España se realizó un estudio sobre: El dolor agudo postquirúrgico en el adulto "como la 5^a constante". El objetivo fue definir la importancia del manejo

adecuado del dolor agudo postquirúrgico e identificar la relación que guarda con el registro del dolor y detallar la importancia del papel que cumple el profesional de enfermería en el cuidado de pacientes con dolor agudo postoperatorio (DAP). La metodología que se utilizó fue la revisión bibliográfica. Los resultados del estudio, reflejan que el adecuado manejo del DAP es un concepto que está presente en el ámbito de la salud y que su prevalencia actualmente es una preocupación latente, donde se ha desarrollado las propuestas para reducir su existencia y consecuencias, el primero es el registro de dolor “quinta constante” y la segunda es la creación de las unidades del dolor agudo (UDA). Estudio que concluye, mencionando que aún existe una alta prevalencia del DAP a razón de que aún no se han consolidado dichas estrategias, afirmando que el profesional de enfermería cumple un papel fundamental en ambas estrategias; ya que, es el profesional de mayor proximidad al paciente y el mejor capacitado para realizar la valoración, educación, manejo, evaluación y registro del dolor; cuya labor desempeñada se verá reflejado en los % de prevalencia del DAP, en las consecuencias y en la calidad asistencial. Asimismo, el autor sugiere que se debería ampliar la visión de investigación abordando otros aspectos a cerca del DAP. (2)

Bakalis N. en el año 2018, en Grecia, realizó un estudio “Evaluación de la enfermería del dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía general (torácica)”. El objetivo fue evaluar el dolor postoperatorio que experimentaron los pacientes después de la cirugía torácica y la correlación con los factores demográficos. Se utilizó como instrumento el cuestionario de McGill, cuya muestra fue conformada por 30 pacientes a los que se les realizó una cirugía Torácica. Llegando a obtener resultados, donde el promedio de edad de los pacientes fue de 59 años y que el 93.3% tuvo un drenaje torácico; mientras que la toracotomía se realizó en el 56.66% de los participantes. Se informó dolor en el sitio de la incisión en un 43.3% y el 70% sintió que alivio su dolor con el uso de medicamentos y una combinación de otras acciones como dormir y descansar. La gran mayoría de la muestra (90%) se sometieron a una cirugía con anestesia general y reportaron menos dolor que los pacientes con analgesia local. Estudio donde concluye que la evaluación adecuada de la enfermería sobre el dolor de los pacientes es fundamental para tomar la decisión correcta en términos de ofrecer atención y apoyo de calidad. (1)

Moreno M. en el año 2012, en México, realizó un estudio titulado “Intensidad y manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados” Cuyos objetivos fueron investigar la diferencia en la intensidad de dolor de acuerdo a la edad, sexo, nivel de instrucción y por entrenamiento del personal de enfermería para el manejo de dolor. Estudio de tipo

descriptivo con una muestra de 151 pacientes hospitalizados con 24 horas postoperatorias, teniendo como un criterio de exclusión a pacientes postoperados por cirugía laparoscópica. El instrumento utilizado fue el cuestionario de la intensidad del dolor, encontrándose que el 90.1% experimentó dolor posoperatorio, 57.6% cursó con un dolor severo en las primeras 24 horas y 28.5% de los pacientes recibieron un inadecuado manejo de dolor. Concluyendo que es urgente implementar protocolos para el manejo del dolor posoperatorio, el cual incluya la participación del equipo multidisciplinario, contemple la valoración regular del dolor y la terapia farmacológica efectiva en relación a la necesidad del paciente. (8)

Muñoz M. en el año 2014, en Colombia realizó un estudio titulado “Satisfacción con el manejo de dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados”, cuyo objetivo fue relacionar la satisfacción del manejo del dolor con la intensidad del mismo, el alivio y la orientación proporcionada al paciente. Estudio descriptivo, de tipo correlacional, se llevó a cabo en una muestra 193 pacientes elegida por muestreo aleatorio sistemático. El instrumento utilizado fue el cuestionario de intensidad del dolor y una ficha de datos generales. Cuyos resultados fueron que el 48,2 % de los pacientes experimentaron dolor severo como máximo dentro de las primeras 24 horas, el 77,7 % recibió un manejo adecuado del dolor y el 85,5 % una orientación preoperatoria. El autor concluye de que la satisfacción del paciente con el manejo del dolor está determinado por el máximo dolor postoperatorio y la orientación preoperatoria; recomendando que para manejar adecuadamente el dolor postoperatorio, se debe realizar una valoración oportuna del nivel de dolor, así como orientar al paciente; recalando que son aspectos fundamentales en los que enfermería cumple un papel vital y que son claves para el incremento de la satisfacción del paciente con respecto al manejo del dolor. (26)

Hernández M. en el año 2013, en México realizó un estudio “Manejo del dolor postoperatorio en enfermería” cuyo objetivo fue conocer el manejo y métodos para el control del dolor que el profesional de enfermería aplicaba en los pacientes postoperados. El tipo de estudio fue descriptivo, observacional, prospectivo y transversal, la muestra estuvo constituido por 56 enfermeras, el instrumento utilizado fue una encuesta elaborado por el investigador usando como técnica la entrevista estructurada. Los resultados de la evaluación del manejo de dolor fueron que el 45% de enfermeras orientan al paciente sobre el dolor y la forma de controlarlo, el 80 % administra analgésicos cuando el paciente cursa con dolor, el 48% realiza la valoración del dolor posterior a la medicación y el 19% aplican estrategias no farmacológicas. El estudio concluye que la técnica más empleada para el control del dolor postoperatorio es la

aplicación de analgésicos y que las dosis administradas son insuficientes para el control del dolor. (27)

Machado J. en el año 2011 en España realiza un estudio sobre “Control del dolor postquirúrgico en pacientes de un hospital de tercer nivel”. Cuyo objetivo es evaluar la percepción del dolor de los pacientes intervenidos en el postoperatorio, realizando un estudio prospectivo de corte entre los meses de septiembre y octubre del 2011, con una población 153 pacientes. Como instrumentos utilizó la escala visual análoga (EVA) a las 24 horas para la valoración de intensidad del dolor postoperatorio, además considero variables sociodemográficas y clínicas. Los resultados mostraron que el 38,8% de los pacientes no tenía controlado el dolor. El autor concluye que el control del dolor fue inadecuado surgiendo la necesidad de replantear el manejo del dolor, el cual debe ser ajustado a guías de práctica clínica, que enfatizan y estandaricen el uso de medicamentos en dosis e intervalos adecuados para garantizar la eficacia de la analgesia. (24)

3.2 Base teórica

El dolor ha sido y es el ineludible e inseparable compañero del ser humano, tan complejo para su entendimiento por su naturaleza subjetiva. Es una respuesta humana, definida por Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (AISP), como una experiencia sensorial y emocional desagradable ocasionada por un daño tisular de manera real o potencial; puede presentarse de una manera súbita o lenta con distintos niveles de intensidad, acompañada por un conjunto de emociones, sensaciones y repuestas conductuales que engloban el término desagradable entre los que se encuentran el sufrimiento, la desesperación, la ansiedad, y la depresión. (7, 16, 21, 28)

La definición de dolor, tiene dos componentes el nociceptivo o sensorial que forma parte de la experiencia sensitiva dolorosa dada por la transmisión de los impulsos nerviosos lesivos de las vías nociceptivas hasta la corteza cerebral y el componente afectivo que constituye la experiencia subjetiva, particular del paciente, que da lugar al sufrimiento humano claramente determinada por factores psicológicos influyendo en la variabilidad de la sensación dolorosa que experimentan los pacientes. (13, 28)

Existen diversas clasificaciones del dolor clínico, pero se reconocen dos categorías específicamente el agudo y crónico existiendo diferencias particulares entre ambos según su etiología, localización, función biológica, mecanismos fisiopatológicos como fines diagnósticos y terapéutico. El dolor agudo generalmente es considerado un síntoma de una

enfermedad y sirve como signo de alerta o alarma de una posible complicación o problema clínico, con una duración limitada a diferencia del dolor crónico, que se desarrolla después del daño original y se da de manera constante, lo que hace que pierda la finalidad de la función biológica, el del ser un signo de alerta, convirtiéndose en sí misma en una enfermedad. En este caso nos abocamos al dolor de tipo agudo por ser donde se ubica el dolor postoperatorio. (11, 28)

El dolor postoperatorio es el síntoma más frecuente, que surge como consecuencia del acto quirúrgico, generado por la manipulación, tracción, sección y lesión de tejidos o estructuras superficiales, profundas, somáticas o viscerales que provocan la liberación de sustancias productoras de dolor como potasio, prostaglandina, histamina, leucotrienos, etc en el torrente sanguíneo; sustancias que activan los receptores del dolor, transmitiendo la señal de dolor al sistema nervioso. Es un tipo de dolor que aparece al comienzo de una intervención y culmina con la curación de la patología quirúrgica específicamente. (7, 16, 28, 29)

El dolor posoperatorio es un dolor agudo, que se caracteriza por ser predecible, previsible y autolimitado en el tiempo, básicamente es un tipo de dolor en el que predomina el elemento nociceptivo o somático en el cual intervienen factores psicológicos, conductuales y emocionales teniendo un efecto perjudicial a diferencia de los demás tipos de dolor, por lo que es ideal anticiparse, para evitar posibles complicaciones y el sufrimiento innecesario en el paciente. (28)

La mayor intensidad de dolor en el postoperatorio se presenta en las primeras 24 horas, siendo el periodo postoperatorio inmediato el cual abarca desde que el paciente concluye su intervención quirúrgica hasta las primeras 24 horas, dolor que irá disminuyendo progresivamente durante el periodo mediato. Existen factores que influyen en la variabilidad de respuesta frente al dolor que experimenta el paciente:(28, 30)

- *Dependientes del paciente:* la edad, sexo, creencias religiosas, experiencias previas, miedo a los efectos adversos, aspectos psicológicos, culturales. Todos ellos influyen en la percepción del dolor frente a un mismo estímulo doloroso en el paciente, factores que deben tomarse en cuenta al momento de valorar la respuesta del paciente a la estimulación nociceptiva. (21)
- *Dependientes a la cirugía:* El tipo de cirugía es el factor influyente de mayor importancia sobre la intensidad del dolor postoperatorio, el cual viene determinado por otros aspectos como el tiempo quirúrgico y tipo de incisión. Se sabe que entre los

procedimientos más dolorosos se destacan las cirugías torácicas, abdominales, seguidas de la cirugía renal, columna vertebral, de huesos largos y articulaciones mayores y como cirugías menos dolorosas a las cirugías laparoscópicas. Asimismo, todas las cirugías de incisiones próximas al diafragma y que comprometan los músculos respiratorios están asociadas a la mayor severidad de dolor postoperatorio. Por otro lado, se señala que las cirugías que exceden los 90 min o 120 min de duración, desencadenan un dolor postoperatorio de tipo severo en un 10 % de los pacientes llegando al 20% respectivamente.(21)

- *Dependientes a la técnica anestésica:* la evaluación pre anestésica, la técnica anestésica, el empleo o no de analgesia preventiva preoperatorio o intraoperatoria como la utilización de técnicas regionales, técnicas multimodales o la utilización de bloqueos nerviosos son factores que influyen directamente en el nivel de dolor postoperatorio. (21)

El dolor postoperatorio en la cirugía laparoscópica:

La cirugía laparoscópica, ha tenido gran aceptación en la comunidad quirúrgica, volviéndose muy frecuente por las ventajas que trae, porque permite una mejor visualización por la amplificación del campo operatorio y la menor manipulación de tejidos y órganos condicionando una respuesta neuroendocrina y metabólica moderada, siendo menos dolorosa, de beneficios estéticos, con un periodo de recuperación más corto e incorporación laboral temprana para paciente. (13, 17)

La cirugía laparoscópica, es una técnica quirúrgica que se realiza a través de pequeñas incisiones con la introducción de un video cámara y demás instrumentos en el interior del abdomen permitiendo al cirujano ver el campo operatorio y trabajar en el mismo. Esta se logra, con la insuflación de CO₂ en la cavidad peritoneal y el incremento de la presión intraabdominal entre un rango de 15 a 20 mmHg, el cual se mantiene constante durante todo el procedimiento quirúrgico, tiempo en el cual el CO₂ se difunde muy rápidamente desde la cavidad peritoneal hacia la circulación sistémica por distintos mecanismos, generando alteraciones hemodinámicas, respiratorias y metabólicas en el paciente, debido a la alta solubilidad y gran capacidad de difusión que tiene este gas, por lo que requiere un manejo anestésico específico. (13,17)

El dolor que se presenta en la cirugía laparoscópica tiene origen y tiempo de instalación diferente preferentemente de un dolor visceral y peritoneal en las primeras 24 horas y

subsiguiente a esta se instala en el hombro derecho con características de un dolor tipo neuropático agudo, generalmente esta se da por tres mecanismos principales: la presencia de CO₂ a nivel peritoneal, la manipulación más la resección visceral y la lesión de la pared abdominal ocasionada por la inserción de los trocares; dolor que reducirá significativamente luego de la extracción del CO₂. Sin embargo, existe el riesgo de un neumoperitoneo residual persiste conllevando a la persistencia del dolor. (13,17)

Estudios realizados en este tipo de pacientes afirman que el dolor en la cirugía laparoscópica es también de naturaleza compleja, de difícil control y requiere la administración constante de analgésicos con un enfoque preventivo y multimodal. (13)

Después de una cirugía, generalmente se presenta dolor agudo y si este no es manejado adecuadamente, puede traer consecuencias indeseables y catastróficas para el paciente tanto a corto plazo y largo plazo; debido, a la activación explosiva de la respuesta neuroendocrina y del sistema nervioso simpático, el cual afecta negativamente a casi todos los sistemas del organismo tanto respiratorio, cardiovascular, digestivo, endocrino-metabólico y al área psicológico, generando un sufrimiento físico y emocional en el paciente con angustia, miedo, desorientación y postración contribuyendo a la incidencia de complicaciones postoperatorias tales como trombosis venosa profunda, atelectasia, el retraso en la cicatrización de heridas por la disminución de las defensas del paciente y la cronificación del dolor. (11, 31)

Las causas que explican los altos porcentajes de prevalencia de dolor posoperatorio son la falta de conocimiento de los profesionales de salud respecto al manejo del dolor y las implicancias que esta trae, la omisión de la valoración de la intensidad del dolor y de la respuesta del paciente al tratamiento analgésico, la ausencia de información o educación del paciente sobre el dolor, manejo, consecuencias, y la ausencia de estructuras organizativas como protocolos o guías clínicas respecto al manejo de dolor que garanticen un cuidado estandarizado en el proceso de dolor del paciente, siendo estas prescriptivas y se espera que produzcan resultados de salud significativos. (8)

El dolor es el principal problema terapéutico en el postoperatorio y es la queja más frecuente de los pacientes postoperados; siendo un problema aún no resuelto, cuyas complicaciones tienen gran repercusión en el ámbito de la salud. (11) Por tanto, es sumamente importante la evaluación y manejo de dolor en la atención de los pacientes quirúrgicos; ya que, éste es un componente esencial del cuidado que ofrecen las salas quirúrgicas. (31)

Manejo del dolor postoperatorio según la teoría de enfermería de Good y Moore

El manejo del dolor se define como el alivio o la disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. Este es considerado un eje central de mejora de la calidad asistencial y un componente esencial del cuidado del paciente postoperado; sin embargo, investigaciones substanciales reportan que el manejo del dolor continúa siendo inconsistente e inadecuado, siendo la causa de complicaciones clínicas graves, una hospitalización prolongada, los reingresos y sufrimiento innecesario del paciente. (4, 32)

El manejo del dolor postoperatorio es muy complejo porque engloba distintos componentes. Sánchez B. en el 2003, argumenta que la mayoría de teorías tienen el fin de describir, comprender el dolor, centrándose mayormente en aspectos que explican la naturaleza de la experiencia dolorosa de como esta se da, percibe y modula en el cuerpo, pero muy pocas teorías se enfocan en el alivio del dolor o su manejo por parte del profesional de enfermería. (4)

Existe una teoría de rango medio de Good y Moore (1996), propuesta para el manejo del dolor agudo posoperatorio por enfermería. Teoría, que está elaborada en base a un sin número de guías de práctica clínica, orientadas a la resolución del dolor; éstas, representan el conocimiento más actualizado acerca del dolor postoperatorio y se han desarrollado con el objetivo de mejorar la calidad del cuidado proporcionado a la persona con dolor, la recopilación de todo ello, está reflejado en esta teoría de enfermería de rango medio que tiene su enfoque en el alivio y control del dolor. La aplicación de esta teoría en la práctica clínica contribuye a aliviar el dolor del paciente, una recuperación rápida y sobre todo a disminuir las complicaciones e incidencia del dolor crónico y los costos sanitarios. (4)

La teoría está constituido por tres postulados que se enfocan en el alivio del dolor: (19)

1. Valorar el dolor y sus efectos de manera continua, así como la identificación de métodos inadecuados para el alivio del dolor y la verificación del reajuste de los procesos de intervención cuando sea necesario, con una nueva valoración de seguimiento y re intervención.
2. Proporcionar el medicamento con la potencia adecuada para el dolor, junto con coadyuvantes farmacológicos y no farmacológicos.
3. Proporcionar educación al paciente y establecer metas para aliviar y manejar el dolor.

Fawcett J. (2005), afirma que esta teoría representa la herramienta más adecuada para dar sustento a las intervenciones del cuidado de enfermería en lo que respecta al manejo del dolor porque propone pasos que orientan la accionar del profesional de enfermería en el alivio del dolor. (4) La teoría explica que el alivio del dolor está determinado por estos tres principios y que además del cumplimiento de estos aspectos como el de valorar el dolor, proporcionar un manejo farmacológico y educar al paciente, es también elemental, evaluar la respuesta del paciente en relación a la disminución o eliminación del dolor. (33)

1. Valoración del dolor.

El dolor, es considerado el quinto signo vital y como tal, debe evaluarse adecuadamente; debiéndose, cuantificar mediante el uso de escalas validadas, existiendo una gran variedad, según los objetivos para los que se utilizan.(35) Al realizar la valoración del dolor, debemos contar en lo posible con la participación del paciente, porque nadie mejor que el propio paciente sabe si le duele o cuanto le duele y si el paciente afirma que tiene dolor, debemos asumir que efectivamente, lo tiene, aspecto muy importante al momento de la valoración.(34)

Por otro lado, es necesario saber, que los aspectos que acompañan al fenómeno doloroso, tales como la alteración de los signos vitales, la frecuencia respiratoria, presión arterial, frecuencia cardiaca, el cambio en el comportamiento o expresiones faciales, no siempre mantienen una relación proporcional con la intensidad o nivel de dolor que experimenta el paciente; ni tampoco, el tipo de cirugía al cual es sometido; es decir, que dos pacientes intervenidos por el mismo tipo de cirugía, no siempre experimentaran la misma intensidad de dolor. (34)

Teske y Cols, realizaron un estudio donde analizaron la valoración que efectúa el personal de enfermería: encontrando una relación poco consistente entre la valoración objetiva y la valoración subjetiva realizada por el paciente. Resultando, que los juicios del personal de enfermería con las estimaciones subjetivas de los pacientes, tan solo coincidieron en un 10 a 16%. Por lo que los autores afirman, que la observación del comportamiento en el paciente, es poco fiable, pero está constituye parte de la valoración. (35)

Se debe realizar una valoración adecuada del dolor, que realmente refleje la experiencia vivida por el propio paciente, tomando en cuenta de que el umbral de dolor percibido por cada sujeto, es individual, diferente y dependerá de su personalidad, su cultura o su psiquismo, etc (5)

Una valoración correcta, propiciara a identificar el tipo de dolor (agudo o crónico) y la intensidad de dolor, aspectos que permitirán seleccionar el tratamiento más efectivo para el paciente. Siendo, la enfermera responsable de valorar estos parámetros del dolor, los cuales deben estar registrados en la historia clínica y a partir de ello, planificará los cuidados para el manejo del dolor. (5)

Principios para una valoración exitosa relacionadas con el profesional de enfermería. (21, 36)

- Tener presente el tipo de paciente que se está tratando, considerando los aspectos físico, psíquico y social.
- Valorar el dolor al ingreso de cada paciente, en sus distintos parámetros como localización, factores, irradiación, frecuencia e intensidad del dolor.
- Evaluar el dolor en reposo y en movimiento para identificar el estado funcional del paciente.
- Valorar el dolor antes y después de cada intervención terapéutica, con un nuevo episodio de dolor o para la realización de un nuevo procedimiento que se prevea doloroso.
- Realizar revaloraciones periódicas respecto al alivio o no el dolor, interferencia con el sueño, actividad, estado de ánimo y los efectos adversos de la medicación (náuseas, estreñimiento, etc).
- El dolor se evalúa, trata y reevalúa de manera frecuente, cada 15 min inicialmente y luego cada 1 a 2 horas conforme disminuye la intensidad del dolor, en la unidad de recuperación postanestésica.
- En cuanto el paciente se traslada al servicio de hospitalización, el dolor se debe evaluar, tratar y reevaluar cada 4 a 8 horas.
- Si el dolor se torna intenso de manera inesperada, debe evaluarse inmediatamente aún más si está asociado a cambios en los signos vitales como taquicardia, hipotensión, o fiebre; debiéndose, tener en cuenta la infección, dehiscencia de suturas, trombosis venosa profunda o síndrome compartimental.
- Se realiza manejo del dolor de forma inmediata, sin preguntar, si el dolor es evidente y posteriormente, una vez iniciado el tratamiento, se realizara la valoración del dolor.
- Al incremento de la intensidad del dolor y cuando esté no remita, con las estrategias utilizadas, se informará al médico responsable, aquí la enfermera abogará a favor del paciente para cambiar el plan de cuidados y la terapia farmacológica.

- Se debe comunicar al equipo multidisciplinario, específicamente al médico responsable, los resultados de la valoración del dolor, como la efectividad de la terapia farmacológica administrada para el dolor, los efectos que el dolor ocasiona en el paciente, los objetivos que el paciente espera alcanzar con dicho tratamiento. (5,21)

Para que la valoración del dolor sea llevado a cabo de manera más individualizada y lo más correcta posible se han ido implementando y validando una serie de escalas de medición del dolor; éstas, permiten realizar una valoración y comprobar la efectividad del tratamiento administrado. (5, 28)

Existen diversos métodos de valoración pero el más idóneo y confiable en caso de la medición de la intensidad de dolor en pacientes postoperados es la escala numérica del dolor, que va de 0 a 10, donde 0 es ausencia y 10 el máximo dolor soportable o la escala visual análoga, que corresponde a una representación gráfica de la anterior, siendo ambas escalas unidimensionales. (28, 34)

Clasificando el dolor según su intensidad que es la fuerza o grado con que una persona experimenta el dolor: (33)

- **Leve.** Se considera si la puntuación esta entre 1 a 3, En este nivel, interviene básicamente la piel o sensación cutánea, por medio de estímulos cutáneos de presión, temperatura, tacto fino, golpes o quemaduras, etc.
- **Moderado.** Si la puntuación esta entre 4 a 6, este nivel, generalmente involucra la epidermis y el tejido celular subcutáneo.
- **Severo.** Si la puntuación esta entre 7 a 10, en él se comprometen músculos, articulaciones, huesos y otros tejidos como tendones, tejido conectivo, etc.

Tratamiento del dolor: Constituida por intervenciones farmacológicas y medidas no farmacológicas, la combinación de ambas medidas conllevan a un manejo eficaz del dolor. Los involucrados en ello, son el paciente y todo un equipo multidisciplinario: médico, enfermera y otros miembros del personal. (37)

2. Tratamiento farmacológico

La elección de analgésicos se debe adaptar a la necesidad de cada paciente, teniendo en cuenta: el tipo de dolor (agudo o crónico), la intensidad del dolor (leve, moderado y severo), los factores de riesgo en la toxicidad del analgésico (la edad, enfermedad), el estado general de salud, la respuesta al tratamiento farmacológico anterior o actual.

La selección de analgésicos a administrar se lleva a cabo según la escalera analgésica, que fue establecida por la Organización Mundial de Salud (OMS), en el año 2005, clasificando el tratamiento según el nivel de dolor: (21)

- **Dolor leve:** AINES (analgésicos no narcóticos) como, ibuprofeno, naproxeno diclofenaco, etc.
- **Dolor moderado :** Opioides de baja potencia (tramadol) + AINES
- **Dolor grave:** Opioides de alta potencia (morfina) + AINES.

El médico, es el responsable de establecer el manejo farmacológico para el paciente, prescribiendo el medicamento a administrar. La enfermera, es el profesional netamente involucrado en todo el proceso del manejo del dolor, ella valorará el dolor y dará cumplimiento a la indicación médica, administrando el analgésico de potencia adecuada y así contribuir a asegurar el alivio del dolor en el paciente. (21,34) Para ello, es de gran importancia que las enfermeras tengan conocimiento de farmacología, incluida la dosis del fármaco, la duración del efecto analgésico y su farmacocinética. (1)

La intervención de enfermería en esta etapa, como en todas es relevante. Asimismo, es importante recalcar, que el éxito del manejo del dolor, no solo depende de la administración de analgésicos sino también otras intervenciones propias de enfermería como son: (1, 21,34)

- Identificar si el tratamiento a dar, está en función al tipo y evolución del dolor.
- Informar al paciente acerca del analgésico que se está utilizando.
- Mantener el estado de analgesia.
- Valorar la intensidad del dolor antes y después de la administración farmacológica.
- Informar si la medida farmacológica fue eficaz para aliviar el dolor y esta produjo efectos adversos en el paciente.
- El nombre del analgésico utilizado (dosis, vía y hora), grado y duración del alivio del dolor incluso si hubo tratamiento de rescate debe ser registrado en la historia clínica del paciente. (1,23)

3. *Tratamiento no farmacológico.*

Son estrategias no farmacológicas (no químicas), sustentadas teóricamente y replicables que se realizan sobre el paciente para aliviar el dolor. Entre éstas, tenemos la estimulación cutánea, masaje, técnicas de relajación, meditación, distracción, imaginación guiada, terapia ocupacional, cambios de posición, tratamiento con frío o calor local, técnicas de respiración, medidas ambientales de confort, intervenciones psicológicas, etc. (1,5,27)

Al momento de aplicar esta estrategia, se debe considerar los siguientes aspectos: (5)

- No utilizar como un sustituto del tratamiento farmacológico.
- La selección de los métodos no farmacológicos debe basarse en la preferencia del paciente así como en los objetivos establecidos.
- Tener en cuenta sus contraindicaciones potenciales, antes de elegir un método de tratamiento no farmacológico.

4. *Educación al paciente.*

Es un proceso mediante el cual el profesional de salud proporciona información al paciente y su cuidador antes y después de la cirugía, con el objetivo de involucrarlo en el manejo de su dolor. Aspecto, muy olvidado por la mayor parte de los profesionales, quienes no dan la debida importancia que ésta, tiene para el paciente y para el éxito del manejo del dolor. (4)

Asimismo, diversos estudios reportan que la mayoría de profesionales, no realizan la educación al paciente postoperado, siendo un porcentaje mínimo de quienes, si cumplen con ello. (21) A nivel internacional, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), señala que la enseñanza al paciente y su familia forma parte de la práctica de enfermería y de acuerdo con el Código de Ética de Enfermería en Grecia, ésta es considerado una práctica legal de enfermería (1).

Educar al paciente y su familia o cuidador sobre el dolor, las medidas de tratamiento y su prevención, los efectos secundarios de la medicación, la corrección de mitos falsos y la importancia de su participación contribuye enormemente, para llevar a cabo un adecuado manejo del dolor en el paciente postoperado. Asimismo, educar sobre el dolor, al paciente le otorga autonomía en su propio cuidado, propiciando la participación activa en el tratamiento de su dolor y a los profesionales de salud, les permite anticiparse ante el incremento de la intensidad de dolor, evitando sus complicaciones; ya que, un paciente bien informado, comunicará de forma inmediata la falta de alivio de dolor, los cambios producidos, las nuevas fuentes o tipos de dolor y los efectos secundarios de los analgésicos. (4,5) La educación sobre el manejo del dolor contribuirá a prevenir el tratamiento insuficiente del dolor y los efectos dañinos que resultan de éste. (39)

Tanto, médico como enfermera son responsables de esta actividad y deben brindar la información que requiera el paciente, dentro de sus competencias, el cual se debe darse durante el periodo preoperatorio y el periodo postoperatorio.(5)

CAPITULO IV: MATERIAL Y MÉTODO

4.1 Diseño de estudio:

El estudio tiene un enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo, prospectivo y transversal porque se presentarán los hechos tal como son y la medición de variables se hará en un momento determinado y único.

4.2 Área de estudio:

El presente estudio de investigación se realizará en el Hospital Cayetano Heredia, de nivel de atención III-1, ubicada en la ciudad de Lima en el distrito de San Martín de Porres, con dirección en la Av. Honorio delgado 262, cuenta con los servicios de UCI, emergencia, Pediatría, Neonatología, Traumatología, Centro quirúrgico, Central de esterilización, Unidad de recuperación post-anestésica, Ginecoobstetricia, Cirugía A (cirugía general) y Cirugía B (cirugía de especialidades). La investigación se realizará en los servicios de la URPA y hospitalización de cirugía A que está ubicada en el primer piso.

4.3 Población:

La población estará conformada por 240 pacientes intervenidos quirúrgicamente por cirugía laparoscópica y cirugía convencional (apendicetomía y colecistectomía), programados por el servicio de cirugía A que se encuentran en el periodo postoperatorio. (Según estadística del hospital en el tercer trimestre 2018).

4.4 Muestra:

La muestra constará de 148 pacientes intervenidos quirúrgicamente, los cuales estarán conformados por dos grupos: 97 pacientes postoperados por cirugía convencional y 51 por cirugía laparoscópica. La muestra según el tipo de cirugía, se halló por el método probabilístico estratificado y para el cálculo total de la muestra mediante la fórmula de poblaciones finitas. (Anexo 3)

Criterios de inclusión:

- Pacientes > de 18 años sometidos a una cirugía convencional (apendicectomía y colecistectomía).
- Pacientes > de 18 años sometidos a cirugía laparoscópica (apendilap y colelap).
- Pacientes postoperados según cirugía programada.
- Pacientes que acepten voluntariamente su participación en el estudio.
- Pacientes localizados en tiempo, espacio y persona.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que sean transferidos a las unidades de cuidados críticos (UCI)
- Pacientes que hayan sido sometidos a la conversión de cirugía laparoscópica a cirugía convencional.
- Pacientes que no presenten dolor postoperatorio, según la escala (NRS=0) a las 4 horas.

4.5 Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
Intensidad del dolor postoperatorio	Grado o fuerza de dolor que experimenta el paciente luego de ser intervenido quirúrgicamente.	<ul style="list-style-type: none"> • A las 2 horas • A las 4 horas • A las 24 horas 	Grado de dolor que experimenta el paciente en distintos momentos.	Escala de numérica verbal puntaje 1 a 3: dolor leve puntaje 4 a 6: dolor moderado puntaje 7 a 10: dolor severo
Manejo enfermero del dolor postoperatorio.	Son acciones que la enfermera realiza para lograr el alivio o la disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.	Valoración del dolor.	Es la práctica de asignar un valor al dolor percibido por el paciente haciendo uso de un método de medición de la intensidad de dolor para ajustar de manera más exacta el uso de los analgésicos e identificar métodos inadecuados, regulando los procesos de intervención.	Clasificación del manejo NIVEL ALTO Escala total > 63.0 (ítems x 4.5) NIVEL MEDIO escala total 56.0 a 63.0 (ítems de 4.0a 4.5) NIVEL BAJO Escala total < 56.0 (ítems x 4.0)

		Tratamiento farmacológico		Es la administración de un analgésico en dosis adecuadas con el objetivo de mantener el estado de analgesia en el paciente.
		Tratamiento farmacológico	no	Son estrategias no farmacológicas (no químicas), sustentadas teóricamente y replicables que se realizan sobre el paciente para aliviar el dolor.
		Educación al paciente		Es un proceso mediante el cual el profesional de salud proporciona información al paciente con el objetivo de involucrarlo en el manejo de su dolor hacia un mejor control del dolor.

4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica para ambas variables: Entrevista

Instrumento 1 para la variable intensidad del dolor: Escala numérica verbal. (Anexo 1)

Fue propuesta en 1978 por Downie, es una escala unidimensional que se aplica para la medición de la intensidad del dolor, es muy utilizada en los estudios de investigación y su uso es muy puntual generalmente para la medición y valoración del dolor agudo; sobre todo es comprensible para la mayoría de los pacientes. Instrumento que tiene una gran sensibilidad y genera datos que pueden ser analizados estadísticamente.

La escala esta numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 el máximo dolor imaginable, aquí el paciente asignará a su dolor un valor numérico que mejor evalúe la intensidad de su dolor. Clasificando el dolor con los puntajes: de 1-3 dolor leve, 4-6 dolor moderado y 7-10 dolor severo. Escala que se aplicará en tres momentos a las 2 horas, 4 horas y 24 horas del periodo postoperatorio.

Asimismo, esta hoja que corresponde al (Anexo 2)

Instrumento 2 para la variable manejo enfermero del dolor postoperatorio: Cuestionario de la evaluación del manejo del dolor postoperatorio. (Anexo 2)

El instrumento fue desarrollado en el 2002 por Idvall, para evaluar el manejo del dolor postoperatorio, de uso internacional, muy utilizado en diversos artículos para pacientes quirúrgicos mixtos. Tiene una validez del contenido y cuenta con propiedades psicométricas aprobadas, con un alfa de Cronbach de 0,84 y correlación entre los elementos es de 0,32. Sin embargo, para la aplicación del instrumento en el ámbito de estudio, se realizará una prueba piloto, el cual asegure que dicho instrumento se ajuste a nuestra realidad.

El cuestionario consta de 14 ítems que son claros y fáciles de entender, que están relacionadas con los pasos para una buena atención del manejo del dolor. Los ítems fueron calificados en la escala de Likert de cinco puntos.

Puntaje (1) Nunca

Puntaje (2) Rara vez

Puntaje (3) A veces

Puntaje (4) Algunas veces

Puntaje (5) Siempre

Siendo los puntos de corte y clasificando el manejo del dolor:

ESCALA	ESCALA TOTAL	CLASIFICACIÓN
1 a < 4	< 56.0	NIVEL BAJO
4 a 4.5	56.0 a 63.0	NIVEL MEDIO
> 4.5	> 63.0	NIVEL ALTO

La puntuación media deseada para la escala total debe superar los 63.0 (14 elementos \times 4.5) y la puntuación media para cada elemento que excede 4.5 (escala rango 1-5) será considerado como el nivel alto, requerido para un manejo adecuado del dolor y si la puntuación media es < 4.0 (escala rango 1-5), esté será considerado un nivel bajo, por lo que si la puntuación media no se obtiene, sería importante analizar el manejo de la atención y sugerir esfuerzos de mejorar.

Recolección de datos:

Inicialmente se contará con la aprobación de ambas instituciones por sus comités de investigación, posteriormente se coordinará con los jefes responsables del servicio de la unidad de recuperación postanestésica (URPA) y cirugía A (cirugía general), tanto médico como enfermera para la aplicación del instrumento.

Para la recolección de datos, se acudirá a la institución de forma diaria, hasta completar el tamaño de la muestra. Se seleccionará a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión informándoles verbalmente y por escrito mediante el consentimiento informado para su participación en el estudio, teniendo la libertad de negarse o desistir de su participación durante la aplicación del instrumento. Asimismo, los pacientes que acepten su participación en el estudio, se les interrogará respecto a la presencia de dolor, en caso de reportar dolor severo, se informará al personal para su atención y se volverá en otro momento.

Primero, se llenará la hoja que contiene la cédula de datos de la historia clínica del paciente como: (edad, sexo, tipo de cirugía, tipo anestesia, tratamiento analgésico prescrito). Aspecto que se llevará a cabo [en el servicio de la URPA](#). (Anexo 1)

Segundo: Para la evaluación de la intensidad del dolor postoperatorio se aplicará el primer instrumento, donde se le preguntará al paciente en una escala del 0 al 10 cuanto de dolor siente en ese momento, haciendo uso de la escala numérica verbal. Medición que se realizará

a las 02 y 04 horas en la URPA, y a las 24 horas, cuando el paciente pase a la unidad de hospitalización de cirugía A. En caso de que el paciente manifieste no tener dolor según la escala numérica verbal (NRS=0) a las 4 horas del postoperatorio inmediato, no se continuará con la aplicación del siguiente instrumento. (Anexo 2)

Tercero: Para la evaluación del manejo enfermero del dolor postoperatorio, se aplicará el segundo instrumento, donde el paciente responderá al investigador un cuestionario de 14 items, el cual se aplicará en el servicio de hospitalización de cirugía A. Medición que se realizara a las 24 horas del postoperatorio en los pacientes intervenidos por cirugía convencional y laparoscópica (apendicetomía y colecistectomía). (Anexo 3)

Los dos instrumentos se utilizarán en el momento de la entrevista, la investigadora realizará las preguntas y colocará las respuestas en los instrumentos utilizados. El primer y segundo instrumento se aplicará en un promedio de 5 y 20 minutos respectivamente, instrumentos que están aptos para pacientes con dolor.

4.7 Tabulación de datos y análisis de datos

El análisis de los datos se realizará con el programa estadístico de libre distribución, versión 7.2 EPIINFO, para lo cual serán codificados e ingresados en la base de datos del programa Excel. Los resultados de la investigación serán presentados en cuadros y gráficos que faciliten su comprensión para el análisis, por lo que las variables de medición intensidad del dolor postoperatorio y su manejo enfermero en pacientes sometidos a cirugía laparoscópica y cirugía convencional (apendicetomía y colecistectomía) se mostrarán en tablas de distribución de frecuencia según las escalas de clasificación de dicha variable.

V CAPÍTULO: CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

5.1 Consideraciones Éticas

Principio de beneficencia:

El presente trabajo identificará las áreas de mejora de la atención del manejo del dolor postoperatorio, y se entregara los resultados de la investigación a los jefes de servicio, recomendando la implementación de protocolos, guías de atención al paciente postquirúrgico, capacitaciones y evaluaciones de manera permanente al personal de enfermería en cuanto al manejo de dolor se refiere, para contribuir a mejorar la calidad en la atención del manejo del dolor de los pacientes.

Principio de autonomía:

Los participantes en ningún momento serán obligados a participar en el estudio sino es solo por voluntad y decisión propia previo consentimiento informado, por lo que se brindara información de manera verbal y por escrito a todos los participantes sobre los objetivos de la investigación, el propósito y otros aspectos e interrogantes que ellos soliciten. Asimismo, por distinto motivos que halle la persona durante su participación en el estudio, es libre de retirarse del proceso del estudio.

Principio de no maleficencia:

Este estudio tiene un fin netamente positivo el de identificar las áreas de mejora, las debilidades en la atención del manejo del dolor postoperatorio, sin poner en riesgo a ningún participante, ni crear críticas no constructivas al personal de salud, ni dañar la imagen institucional al tener los resultados del estudio. Asimismo, se asegurará el respeto a la dignidad de la persona, la protección de sus derechos y el bienestar de los pacientes en todo momento manteniendo la confidencialidad de la información y que los resultados solo serán para fines de la investigación.

Principio de justicia:

Todos los participantes del estudio tendrán el derecho a un trato equitativo, justo y no arbitrario. Serán seleccionados según los criterios de inclusión establecidos, evitando con ello poner en riesgo en algún aspecto a los pacientes. El principio será empleado en todo momento del estudio de investigación antes, durante y después.

5.2 Consideraciones administrativas

5.2.1 Cronograma de actividades o diagrama de Gantt

MESES ACTIVIDADES	AÑO 2019: TIEMPO DE DURACIÓN							
	ENE	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST
Planteamiento y formulación del problema.	X							
Justificación, viabilidad y accesibilidad del estudio.		X						
Propósito y objetivos.			X					
Antecedentes del estudio.			X					
Base teórica.				X	X			
Diseño del estudio, población y muestra.					X			
Operacionalización de variables.						X		
Procedimiento, recolección de datos y tabulación.						X		
Consideraciones éticas y administrativas y presupuesto.							X	
Anexos y referencias bibliográficas							X	
Presentación del proyecto.								X

5.2.2 Presupuesto

RECURSO	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO
MATERIAL				
Papel bond	300	Hojas	0.04	12.00
Fólder	10	Unidad	0.50	5.00
Faster	10	Unidad	0.30	3.00
Lápices	10	Unidad	0.50	5.00
Lapiceros	20	Unidad	0.50	10.00
SERVICIOS				
Transporte	60	Pasajes	1.50	100.00
Copias	300	Hojas	0.20	60.00
Internet	720	Horas	1.00	720.00
Impresiones	300	Hojas	0.20	60.00
Anillados	05	Unidad	3.00	15.00
Estadístico				250.00
Asesora				1500.00
<i>Contingencia 20%</i>				200.00
TOTAL				S/ 3290.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bakalis N, Vescio G, Chounti M, Michalopoulou E, Kiekkas P, Rizzuto A, et.al. Nursing assessment of post-operative pain in patients undergoing general (thoracic) surgery. *Journal Home Blood Heart Circ* . [Publication periodical on line] January 2018. [Cited 2019 Jun 12]; 2(4): 2-7. Available from: <https://www.oatext.com/pdf/BHC-2-148.pdf>
2. López S. El dolor agudo postquirúrgico en el adulto "la 5ª constante". [Tesis para optar el grado de enfermera quirúrgica]. España: Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid, 2014. [sitio en internet] [citado el 2019 Mayo 22]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/5936>
3. Málek J, Ševčík P, et al. Postoperative Pain Management. [Publication periodical on line] 3.ª ed. Europa: Mladá Fronta, 2017. [Cited 2019 Jun 9] Available from: <https://bit.ly/2BfPejt>
4. Moreno MG, Muñoz MR, Interrial MG. Vázquez L. Fundamentos para el manejo del dolor posoperatorio. *Gestión de Enfermería*. [En línea]. México: Manual moderno; 2015. [Citado 2018 Octubre 23] Capitulo 1. Teoría de medio rango para el alivio y manejo del dolor posoperatorio. Disponible en: <https://bit.ly/2X0Q3cb>
5. Ruiz García, Victoria M. Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados. [Internet] España: Protocolo Consensuado Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2013.[citado el 2017 Mayo 18]. Disponible en:http://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo_valoracion_y_manejo_del_dolor_en_pacientes_hospitalizados.pdf
6. Van Dijk J, Schuurmans M, Alblas E, Kalkman C, Van Wijck J. Postoperative pain: knowledge and beliefs of patients and nurses. *Journal Clinical Nursing* [Publication periodical on line] 2017 January 02. [Cited 2019 Jun 28] 26(21-22):3500–3510. Available from: <https://sci-hub.tw/10.1111/jocn.13714>
7. Díez Álvarez E, Arrospide A, Mar J, Cuesta M, Martínez MC, Beitia E, et al. Valoración del dolor agudo posoperatorio. *Rev Calid Asist*. [En línea]. Setiembre 2009. [citado el 2017 Mayo 6]; 24(5):215-221. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X09000062>
8. Moreno MG, Interrial MG, Garza ME, Hernandez EA. Intensidad y manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Rev Cuid*. [En línea]. 2012. [citado el 2017 Abril 19] 3(3):355-62. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/32/37>
9. Pereda T. Chávez M. Torres M. Intervención de enfermería para manejo del dolor desde la percepción del paciente pos operado de cirugía cardiaca. [Tesis para optar el título Profesional de Especialista en Enfermería en Cuidado Cardiovascular] Lima: Universidad Peruano Cayetano Heredia, 2018. [Sitio en internet] [Citado el 2019 Febrero 9] Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/4331/Intervencion_PeredaBenites_Teresa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Rafati F, Soltaninejad M, Reza M, Mashayekhi F. Postoperative Pain: Management And Documentation By Iranian Nurses. *Dolor postoperatorio: gestión y documentación por enfermeras ranas. Mater Sociomed*. [Publication periodical on line] 2016. [Cited 2019 Jun 8] 28(1): 36–40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4789620/>
11. Pantoja G. Satisfacción del paciente quirúrgico frente al cuidado del enfermero en el alivio del dolor post quirúrgico en la unidad de recuperación post anestésica, clínica Oncosalud. [Tesis para optar el grado de enfermera especialista en Centro Quirúrgico] Lima: Universidad Peruano Cayetano Heredia; 2017.
12. García C, Tercero M, et.al. Prevalencia de la intensidad Del Dolor Postoperatorio y su relación con la satisfacción del paciente en la unidad de urología. *Asociación Española De Enfermería En Urología*. [En línea]. Julio 2011.[fecha de acceso 10 de Noviembre 2018] Núm. 119); disponible en: <file:///C:/Users/COMPAQ/Downloads/Dialnet-PrevalenciaEIntensidadDelDolorPostoperatorioYSuRel-3807538.pdf>

13. Dávila Sergio, Chávez Horacio. Dolor postoperatorio en colecistectomía laparoscópica. Ropivacaína vs placebo. Artículo original. [En línea] Marzo 2010. [citado el 2018 Diciembre 01]; 32(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cg102e.pdf>
14. Enciso Jorge. Anestesia en cirugía laparoscópica: implicancias. Rev Horiz Med. [En línea] 2012. [citado Julio 2012]; 12(3):47-53. Disponible en: <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/130>
15. Blencowe N, Waldon R. Management of patients after laparoscopic procedures. BMJ. [Publication periodical on line] February 2018. [cited 30 August 2018]; 360:k120. Available from: <https://www.bmj.com/content/360/bmj.k120>
16. Bosch F, Bassols A, López A, Cos R, Canellas M. Efecto de una intervención educativa en el tratamiento del dolor postoperatorio en ginecología y obstetricia. Prog Obstet Ginecol. [En línea] Marzo 2010. [citado el 2018 Setiembre 01];35:459–66. Disponible en: <https://bit.ly/2FqEFvm>
17. Carranza JL, Hernández G. Control del dolor postoperatorio de colecistectomía laparoscópica. Revista Dolor. [En línea] 2010. [citado 23 Julio 2018]; 7(2): 14-26 Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=64578>
18. Allvin R, Rawal N, Johanson E, Bäckström R. Open versus Laparoscopic Surgery: Does the Surgical Technique Influence Pain Outcome? Results from an International Registry. Hindawi Publishing Corporation Pain Research and Treatment [Publication periodical on line] March 2016. [Cited 2019 Jun 18]; 1(1): [5pp]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/7df9/cb830bd1ed1a367360586f28a5012f7bb8b1.pdf>
19. Muñoz M R. Satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados en una institución privada. [Tesis para optar el grado de maestría en ciencias de enfermería]. México: Universidad Autónoma De Nuevo León, 2012. [sitio en internet] [citado el 2017 Mayo 04]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/3099/1/1080224765.pdf>
20. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal.[Internet]. España: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [citado 2017 Mayo 10]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_555_CMA_IACS_compl.pdf
21. Fernández C. Gómez M. Dolor Agudo Postoperatorio. [En línea] Bogotá: Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, 2011. [citado 08 de Junio 2017]. Disponible en: <http://www.dolor.org.co/libro/Dolor%20Agudo%20y%20Postoperatorio.pdf>
22. López S. Conocimiento del profesional de salud en la prevención de infección de sitio quirúrgico en el servicio de Centro Quirúrgico. [Tesis para optar el título Profesional de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico] Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos, 2017. [sitio en internet] [Citado el 2019 Enero 9] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5688/Lopez_hs.pdf?sequence=3&isAllowed=y
23. Ortega R, Aguirre E, Pérez M. Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería. Ciencia UAT. [En línea] 2018. [Citado 08 de Octubre 2018]; 12(2): 29-39. Disponible en: <http://www.revistaciencia.uat.edu.mx/index.php/CienciaUAT/article/view/887>
24. Machado J. Control del dolor postquirúrgico en pacientes de un hospital de tercer nivel. Rev. Cielo. [En línea]. Enero 2013. [Citado 2018 Octubre 7]; 21 (1): 46-53. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562013000100005
25. Hernández. M. Manejo del dolor postoperatorio: Experiencia terapéutica en Unidad de Terapia Quirúrgico del hospital general de México. Revista Mexicana De Anestesiología. [en línea]2008. Abril- Junio [Citado el 2018 Noviembre 2]; 31 (1): 246-251. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2008/cmas081bd.pdf>
26. Moreno MG, Muñoz MR, Interrial MG. Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. Aquichan. [En línea] 2014. [Citado 23 de Setiembre 2018]; 14 (4): 460-472. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3996/3679>
27. Hernández MR. Manejo del dolor postoperatorio en Enfermería. [Internet] México: Hospital General ISSSTE Veracruz; 2012. [citado el 2018 Mayo 09]. Disponible en: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/e5/Manejo_del_Dolor_Posoperatorio.pdf

28. Vannesa López Tello. Dolor postoperatorio en la URPA y plantas de hospitalización HUCA. [Tesis para optar el grado de maestría en enfermería de urgencias y cuidados críticos] Oviedo: Universidad de Oviedo. 2012 [sitio en internet] [citado el 2017 diciembre]. Disponible en: http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/3943/7/TFM_Vanessa_L%C3%B3pez_Tello.pdf
29. Dolor postoperatorio. Comité de redacción; [Publicación periódica en línea] 2017 Mayo. [Citado el 2019 Febrero 09] 1 (2). Disponible en: <https://www.dolor.com/dolor-postoperatorio.html>
30. Gómez C. García L. López V. Evaluación de atención del dolor postoperatorio en la Unidad Médica de Alta especialidad León Guanajuato. Rev. Anest. Mex.[en línea] 2016 Diciembre [Citado el 2018 Diciembre 25] ; 28 (3):20-27 Disponible en:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712016000300020
31. Idvall E, Berg A. Patient assessment of postoperative pain management – Orthopaedic patients compared to other surgical patients. Elsevier Journal of Orthopaedic Nursing. [Publication periodical on line] 2008. [Cited 2018 December 12]; 1 (12): 35-40. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1361311107001148>
32. Parra R. Documentación de enfermería sobre valoración y manejo del dolor en pacientes post operados hospitalizados. [Tesis para optar maestría en la administración de enfermería] México: Universidad autónoma de San Luis Potosí. 2012 [Sitio en internet] [Citado el 2017 Diciembre 18]. Disponible en: <http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/3059/4/MAE1DES01101.pdf>
33. Sánchez B. Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. Revista Aquichan. [Publicación periódica en línea] 2003 Octubre. [Citado el 2019 marzo 10]; 3 (3): pp (10). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/35/67>
34. Muñoz J. Manual del dolor agudo postoperatorio del hospital Universitario la Paz. Comisión del hospital sin dolor. [Internet] Madrid; 2010. [Citado el 2018 Octubre 20]. Disponible en: [file:///C:/Users/COMPAQ/Downloads/ManualDolorAgudo%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/COMPAQ/Downloads/ManualDolorAgudo%20(2).pdf)
35. Peña O. El dolor como quinta constante vital: Valoración de Enfermería. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master Madrid. [En línea] 2010. [Cited 2019 enero15] 2(1): 176–186. Disponible en: <file:///C:/Users/COMPAQ/Downloads/140-267-3-PB.pdf>
36. Cuidados de enfermería al paciente con dolor. [Publicación periódica en línea] 2014 Octubre. [Citado el 2018 Setiembre 22] 1 (2). Disponible en: <http://www.comsegovia.com/paliativos/pdf/curso2014/sesion2/3%20ENFERMERIA%20EN%20DOLORCP.SESION2.pdf>.
37. Moreno M, Fonseca E, Interrial G. Factores asociados con la intensidad del dolor en pacientes mexicanos hospitalizados en periodo postoperatorio. Rev. Soc. Esp. Dolor. [En línea] 2017. [citado el 2017 Mayo 1]; 24(1): 4-10. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v24n1/original1.pdf>
38. Pereira H. Eficacia de un plan de cuidado de enfermería en la intensidad del dolor en pacientes postoperados de cirugía cardiovascular en el Hospital Santa Clara. [Tesis para optar el grado de maestría en enfermería] Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería Maestría En Enfermería Bogotá, Colombia; 2014 [sitio en internet] [citado el 2019 Enero 10] Disponible en: https://scholar.google.com/scholar?cluster=12764601462601705709&hl=es&as_sdt=2005&sciodt=0,5
39. Wells N, Pasero C, McCaffer M, et.al. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. [Publication periodical on line] EE.UU: Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008. [Cited 2019 May 23] Chapter 17: Improving the Quality of Care Through Pain Assessment and Management. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2658/>

ANEXO 1

Cédula de Datos

CODIGO N°:

a. Edad: años

b. Sexo: Femenino Masculino

c. Tipo de cirugía:

Cirugía Convencional

Cirugía Laparoscópica

d. Cirugía realizada: _____

e. Tipo de anestesia:

Anestesia general

Anestesia raquídea

Anestesia epidural

f. Tratamiento analgésico prescrito: _____

ANEXO 2

CODIGO N°:

Escala numérica de la Intensidad del dolor

Marca con una “X” las siguientes preguntas:

- A las 2 HORAS:

Cursa con dolor en este momento?

Sí

No

1. Según la escala numérica verbal del dolor del 1 al 10, ¿cuánto de puntaje le colocaría al dolor que está sintiendo ahora?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor										Máximo dolor imaginable

- A las 4 HORAS:

Cursa con dolor en este momento?

Sí

No

2. Según la escala numérica verbal del dolor del 1 al 10, ¿cuánto de puntaje le colocaría al dolor que está sintiendo ahora?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor										Máximo dolor imaginable

- A las 24 HORAS:

Cursa con dolor en este momento?

Sí

No

3. A las 24 Horas: Según la escala numérica verbal del dolor. Del 1 a 10, ¿cuánto puntaje le colocaría al dolor que está sintiendo ahora?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor										Máximo dolor imaginable

ANEXO 3

CODIGO N°:

Cuestionario para evaluar el manejo del dolor postoperatorio en el paciente

Marcar la respuesta brindada por el paciente para cada ítem con una “X”, en la puntuación del 1- 5 que mejor describa acerca del manejo del dolor que recibió el paciente postoperado por el personal de enfermería luego de su operación.

		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
N°	Cuestionario	1	2	3	4	5
1	Antes de su operación, le informaron sobre el tipo de tratamiento del dolor que recibiría después de la cirugía.					
2	Después de su operación el personal le explico sobre el dolor, el tratamiento que recibirá, dándole la oportunidad de decir cómo quiere que su dolor sea tratado.					
3	Recibió ayuda para encontrar una posición más adecuada para disminuir o evitar el dolor.					
4	Hubo paz y tranquilidad en su habitación por la noche.					
5	Para determinar su nivel de dolor, un miembro del personal le pidió que seleccionara un número entre 1 y 10, o que hiciera una marca en línea recta.					
6	El personal le preguntó sobre el dolor que tenía cuando respiraba profundamente, se sentaba o se movía alrededor de su cama.					
7	Le administraron medicamentos en dosis suficiente para aliviar su dolor, inclusive si no siempre los pidió.					
8	Le preguntaron si se alivió o no su dolor luego de la administración del medicamento.					
9	El personal le ayudo con el tratamiento del dolor hasta que estuvo satisfecho con el alivio del dolor.					
10	Su cama estaba en una habitación agradable, donde le brindaron confianza y utilizaron un tono amigable al dirigirse a usted.					
11	Cuando tuvo dolor, alguien respondió rápidamente para aliviar su dolor.					
12	Cuando un nuevo personal entra al servicio por el cambio de turno, saben todo sobre cuánto dolor ha tenido y el tratamiento del dolor que ha recibido.					
13	El personal le cree cuando les cuenta sobre su dolor.					
14	El personal estaba bien informado sobre cómo aliviar su dolor y han cooperado en el tratamiento de su dolor.					

ANEXO 4

Cálculo de tamaño de la muestra para la estimación de proporciones.

Fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q}{E^2}$$

Para una población infinita o grande ($n/N \leq 0.05$)

Dónde:

p: Es la proporción de pacientes que presentan puntajes bajos de manejo de dolor no se conoce, $p = 0.5$

q: Es la proporción de la población que no posee la característica de interés $q = (1 - p)$.

E: Dimensión del error de estimación (5%), $E = 0.05$

Z: Factor de confianza (95%), $Z = 1.96$

N: Población, $N = 240$

Ajuste para población finita:

$$Nf = \frac{n}{1 + n/N}$$

Reemplazando datos:

$$n = \frac{1.96^2 (0.5 \times 0.5)}{0.05^2} = 384$$

Ajusta para población finita:

$$nf = \frac{384}{1 + 384/240}$$

$nf = 384/1.6$
 $nf = 384/2.6$
nf = 147

Tamaño de muestra estará compuesta por 147 pacientes postoperados y se halló el número de pacientes para cada cirugía según el porcentaje de relación siendo 66.6% cirugía convencional y 33.3% cirugía laparoscópica.