



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDAS ESPECIALIDADES
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**“DOLOR POSOPERATORIO INMEDIATO EN PACIENTES
DE LA UNIDAD DE RECUPERACION DEL HOSPITAL DE
EMERGENCIAS LIMA – 2021”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

AUTOR:

LIC. TEJEDA DE LA CRUZ, MILAGRITOS GISELA

ASESOR:

**Mg. FAJARDO CANAVAL, MARIA DEL PILAR
<https://orcid.org/0000-0001-9942-0491>**

LIMA – PERÚ

2021

Índice general

I. INTRODUCCIÓN	6
II. MATERIALES Y MÉTODOS	9
III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	13
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15
ANEXOS	19

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables	16
Anexo B. Instrumentos de recolección de datos	17
Anexo C. Consentimiento informado y/o Asentimiento informado	20

RESUMEN

El dolor post – operatorio es una complicación frecuente en cirugía, es por ello que el personal sanitario debería manejar en forma correcta el dolor post – operatorio así las posibles complicaciones a consecuencia de la intervención quirúrgica disminuirán. El Instituto Nacional de Salud (NIH) de los Estados Unidos de Norteamérica faltando dos años para el 2000, publico estimaciones a como siguen 98 millones de habitantes sufren de dolor (50 millones por dolor agudo y 40 millones por dolor crónico) siendo 22 millones de los cuales están discapacitados totalmente o parcialmente. El otro problema que enfrentan los cirujanos es el de dolor post – quirúrgico pues el 80% evidenció dolor agudo tan luego la cirugía, de estos 86% presentó dolor moderado a severo extremo, y casi un 25% de pacientes con medicamentos para contrarrestar el dolor evidenciaron efectos adversos y sin embargo el 90% quedó servida con el tratamiento. El presente trabajo de proyecto de investigación se desarrollará con el objetivo de determinar el nivel de dolor postoperatorio inmediato en pacientes de la Unidad de Recuperación en un Hospital de Lima – 2021.

Material y método: metodología de enfoque cuantitativo, descriptivo, y de diseño no experimental y de corte transversal. La población del estudio estará conformada por un total de 100 postoperados de inmediato de la unidad de recuperación posanestésica del hospital Grau de Lima. Técnica e instrumento de recolección de datos: Se utilizará la observación previo consentimiento informado de los participantes. Resultados: Los datos recolectados serán procesados, codificados e ingresados en una base de diseño en Excel y serán tabulados y procesados bajo un sistema, empleando el paquete estadístico SPSS versión 22.

Palabras claves: Dolor postoperatorio, paciente, recuperación post anestésica.

ABSTRAC

Post-operative pain is a frequent complication in surgery, which is why healthcare personnel should correctly handle post-operative pain so that possible complications as a result of the surgical intervention will decrease. The National Institute of Health (NIH) of the United States of North America, with two years to go to 2000, published estimates as follows: 98 million inhabitants suffer from pain (50 million from acute pain and 40 million from chronic pain) being 22 million who are totally or partially disabled. The other problem that surgeons face is that of post-surgical pain, since 80% showed acute pain after surgery, of these 86% presented moderate to severe extreme pain, and almost 25% of patients with medications to counteract pain. They evidenced adverse effects and yet 90% were served with the treatment. This research project work will be developed with the objective of determining the level of immediate postoperative pain in patients of the Recovery Unit at a Hospital in Lima - 2021. Material and method: methodology with a quantitative and descriptive approach, and a non-experimental and cross-sectional design. The study population will be made up of a total of 100 immediate postoperative patients from the post-anesthesia recovery unit at Grau de Lima hospital. Data collection technique and instrument: Observation will be used with the prior informed consent of the participants. Results: The collected data will be processed, coded and entered in a design base in Excel and will be tabulated and processed under a system, using the statistical package SPSS version 22.

Key words: Postoperative pain, patient, post anesthetic recovery.

I. INTRODUCCIÓN

El dolor post – operatorio es una complicación frecuente en cirugía, el alta domiciliaria de los pacientes es mejor con una correcta analgesia, sobre todo si son pacientes ambulatorios, de lo contrario si no se logra esta analgesia el alta podría no cumplirse (1).

Es por ello que el personal sanitario maneje en forma correcta el dolor post – operatorio así las posibles complicaciones a consecuencia de la intervención quirúrgica disminuirán, esto también conlleva a una deambulación precoz y menos tiempo en la institución hospitalaria. Utilizando escalas de uso sencillo se adecuarán a la realidad y se podrán realizar frecuentemente (2).

Así por ejemplo para disminuir la ansiedad en el dolor post – operatorio de los niños y adolescentes, se realizarán intervenciones perioperatorias para optimizar el tratamiento del dolor.

En un estudio de más de 900 casos, los niños y adolescentes experimentaron un nivel mayor de ansiedad en la etapa perioperatoria y a su vez en la etapa post – operatoria. No es exacto a su vez encontrar diferencias de ansiedad perioperatoria y dolor post – operatorio en poblaciones cuyas diferencias sean de experiencia quirúrgica previa, edad y género (3).

Los procedimientos quirúrgicos y el dolor después de una cirugía vienen a ser las causas más frecuentes de morbilidad, es por eso que el manejo del personal de salud, con eficiencia y eficacia del dolor post – operatorio disminuirán las complicaciones que pudieran darse (2).

Los pacientes con cuidados paliativos son los que experimentan el dolor como síntoma frecuente y grave. Es aquí donde son esenciales los analgésicos opiáceos para tratar dichas afecciones avanzadas y progresivas.

Así, más del 75% de pacientes con sida o cáncer y el casi 70% de pacientes cardiovasculares o con enfermedades pulmonares obstructivas, en el último trayecto de su vida padecerán dolor de moderado a intenso (4).

La OMS indican cinco recomendaciones para el abordaje del dolor siendo estas las que conforman la columna angular o clave, solo así la analgesia tendrá un manejo adecuado. Cuando el uso sea posible la administración del tratamiento será por vía oral teniendo a mano un reloj para llevar correctamente los intervalos fijos y regulares además de usar la escalera analgésica para después de evaluar la intensidad del dolor a través de una escala, cumplir con prescribir los analgésicos indicados, pero además tener en cuenta el sujeto, y sus dosis detalladas e individualizadas.

Es así que se arrojan los siguientes datos; no refirió dolor, casi el 58%, sintió dolor desde que ingresó hasta su alta, casi el 50%, de mayor dolor, fueron los pacientes sometidos a cirugías de cáncer y traumatología, y dolor de moderado a intenso, prevaleció al ingreso y se mantuvo hasta que en su alta indicó un dolor de moderado a leve (5).

Cursando el 2015 en el hospital general al noreste de Río Grande do Sul Brasil en su unidad de recuperación post – anestésica (URPA), hubo un análisis estadístico y descriptivo que arrojó los siguientes porcentajes; pacientes sin dolor 57,3%; pacientes con dolor desde el ingreso hasta el alta 47%. Y los que tuvieron más dolor (pacientes post- cirugías de cáncer y traumatología) arrojaron un porcentaje mayor (6).

Quienes experimentaron un nivel más alto de dolor post – operatorio fueron los niños, así lo demostraron ocho estudios realizados; porque es sabido que los niños por su corta edad y sentimientos emocionales en formación necesitan de un apoyo emocional, valga la redundancia, de sus padres en momentos como estos (quirúrgicos), aumentando así su estrés llevando a la vez a un aumento del dolor (7).

Más de la tercera parte de los pacientes manifestaron severo dolor post – operatorio aún cuando se les ofreció anestesia regional y analgesia multimodal; es muy posible entonces que estos pacientes también tengan un alto nivel de estrés pre – quirúrgico pues a pesar

del tratamiento de anestesia y analgesia presentan dolor de moderado a severo trayendo como consecuencia una medida del dolor alto (8).

En América Latina es común encontrar en la población pediátrica dolor musculoesquelético siendo de un 10% a 20% en niños escolares. No hay un instrumento específico para valorar a los pacientes con dolor musculoesquelético severo, siendo esto una gran desventaja para el cuidado de enfermería del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) en todos sus servicios (9).

El dolor post – quirúrgico crónico es un factor específico de la cirugía pues se evidencia dolor post – operatorio severo. Cuan importante es por lo tanto brindar una adecuada analgesia perioperatoria disminuyendo grandemente la morbilidad perioperatoria dando un punto positivo evidenciándose a un paciente satisfecho (10).

En el continente europeo 6 años después del 2015 se realizó una anónima encuesta que tenía 14 preguntas en donde se dio como características al tratamiento del dolor, la solicitud en medicación y de satisfacción. Siendo los entrevistados 158 pacientes faltando 1% para un 90% de cirugía general y un 10 más 1% de cirugía vascular. En un día completo se evidencia un 18% de pacientes sin dolor, un 35 % de pacientes con dolor leve y un 47% de ellos con dolor moderado a intenso.

Pero hay de los que utilizaron antiinflamatorios (AINES); 94%, y con prescripción pautada un 74%. Y hubieron aquellos pacientes que pidieron un analgésico a la administración 36% (11).

En pacientes pediátricos hubo otros porcentajes con respecto a la administración de paracetamol, fue por vía oral 40 mg/kg para niños bajando hasta en 75% los analgésicos requeridos en la etapa post – operatoria y un 90% a problemas secundarios del sistema gastrointestinal por la anestesia general. Se tomo en cuenta también la vía rectal colocando 10mg/kg de ibuprofeno, evitando en un 25% de estos casos el tener que administrar analgesia post – operatoria en niños.

Existen dosis bajas con 0,15 mg/kg de ketamina intravenosa, bajando de 50% a 60% una analgesia post – operatoria, así mismo la clonidina oral en una dosis de 5 mg/kg aumentará a un 75% la duración de la analgesia post – operatoria (12).

De acuerdo a la intensidad del dolor de las diferentes intervenciones quirúrgicas se debe considerar a la terapia analgésica en su forma individualizada. Así pues, serán incluidos para el tratamiento analgésicos no opioides, analgesia regional y también inclusive técnicas no farmacológicas que van de la mano con la terapia farmacológica. Definitivamente reducir el dolor al máximo con menos efectos adversos serán el mejor agente analgésico (13).

A nivel nacional hay pocos estudios sobre esta problemática. El Instituto Nacional de Salud (NIH) de los Estados Unidos de Norteamérica faltando dos años para el 2018, publico estimaciones a como siguen 98 millones de habitantes sufren de dolor (50 millones por dolor agudo y 40 millones por dolor crónico) siendo 22 millones de los cuales están discapacitados totalmente o parcialmente.

El otro problema que enfrentan los cirujanos es el de dolor post – quirúrgico pues el 80% evidenció dolor agudo tan luego la cirugía, de estos 86% presentó dolor moderado a severo extremo, y casi un 25% de pacientes con medicamentos para contrarrestar el dolor evidenciaron efectos adversos y sin embargo el 90% quedó servida con el tratamiento.

En nuestra historia nacional, nuestras plantas medicinales han sido y son gran ejemplo por poseer diversas e importantes propiedades medicinales; dos de ellas son la “uncaria tomentosa” y la “uncaria gullanensys” a las cuales se les atribuye el valor de sustancias antiinflamatorias (14).

El dolor está definido por la OMS como una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial. Cuando los pacientes se someten a intervenciones quirúrgicas atraviesan experiencias de dolor a través de sus

sentidos que a su vez serán elementos de medición del dolor que se harán evidentes en su post – quirúrgico (15).

El dolor post – operatorio es aquel que aparece en el paciente tras una intervención quirúrgica después de haber atravesado por una enfermedad previa, muchas veces también por enfermedades crónicas o terminales en donde la única solución es cirugía, con sus respectivos cuidados en el pre, intra, y post – quirúrgica y sumados a estos también los cuidados en hospitalización con manejo del dolor (16).

El post – operatorio inmediato viene a ser desde que termina la intervención quirúrgica en sus primeras 24 horas, es aquí donde hay que controlar el proceso inflamatorio y el sangrado y administrar tratamiento antibiótico dependiendo de la infección previa (17).

El paciente quirúrgico es una condición patológica por la cual atraviesa un paciente común de manera prolongada e intensa que desorganiza el aparato psíquico y además amenaza la integración mente – cuerpo disminuyendo su capacidad de desear y la actividad de pensar (18).

Una vez que los pacientes han sido intervenidos quirúrgicamente ya sea bajo anestesia regional, general, o sedación pasaran a una unidad en donde se recuperaran de la anestesia (URPA), luego serán derivados a hospitalización para sus cuidados post – quirúrgicos (19).

Faltando 4 años para la década de los 80's, Scott Huasquinos ideó la “Escala Visual Analógica” en ingles conocida como VAS, es utilizado de manera frecuente en aquellos centros en donde se evalúa el dolor consistiendo en una línea de 10cm cuyo espectro continuo asemeja a la experiencia dolorosa (20).

Este trabajo consideró que la P1 es el menor dolor que se sufre en las primeras 24 horas, la P2 es el peor dolor que se dan en las primeras 24 horas, así como la P3 que es el porcentaje de tiempo con dolor intenso en las primeras 24 horas y por último la P7 que es el porcentaje de alivio del dolor que se experimenta en las primeras 24 horas.

El trabajo de la medición del dolor se llevó a cabo al día siguiente de la intervención a través de un cuestionario y en conjunto con el personal de enfermería quien utilizó la Escala Visual Analógica (Visual Analogyc Scale; VAS), incluyendo una variante actual

como lo es la Escala Numérica Visual (ENV). Los momentos en que se llevaron a cabo fueron, al ingreso en planta al subir de quirófano dados una vez por cada uno de los 3 turnos y en las 24 horas primeras del ingreso.

Es una escala numérica del uno al diez, donde 0 es ausencia de dolor, de 1-3 es leve, 4-7 moderado y 8-10 intenso.

El paciente indica con un número lo que se asemeja al dolor que siente en ese momento (2).

Se puede percibir en cada persona con intensidad diferente puesto a que es un síntoma evidente. La intensidad es una de las dimensiones que normalmente se utiliza para su medida. Tenemos además otras dimensiones que sirven como parámetros de medición y son: Sensorial (se evalúa la intensidad), Fisiológica (señalando aquí la locación, inicio, duración, etc.), Afectiva (aquí se enlaza con la depresión, ansiedad, etc.), Cognitiva (aquí se relaciona con las opiniones o pensamientos) y Socio – cultural (cada persona tiene su propia cultura) (21).

La dimensión de intensidad se expresa en centímetros o milímetros, dándose una valoración de dolor leve que es cuando el paciente señala que su dolor es menor de tres, un dolor moderado que es cuando el paciente le da una valoración a su dolor entre cuatro y siete y dolor severo cuando el paciente indica que su dolor es igual o superior a ocho (22).

Además del EVA en el presente trabajo está la escala del dolor es McGill, en donde se aplica un cuestionario, aquí se puede medir también las dimensiones siendo estas, sensitivas, emocionales e intensidad del dolor. Es así que dentro de la primera dimensión hay preguntas sobre ¿cómo es el dolor? (punzante, corrosivo, quemante, suave, insoportable, etc.) aquí se indicará el nivel de cada uno, en donde se coloca la opción de ninguno, medio, moderado o grave. En la dimensión emocional se investiga el sentimiento surgido hacia él, teniendo 4 posibles respuestas. Así mismo en la dimensión de intensidad, su adaptación es muy similar a la de EVA. Cada respuesta tiene un valor por

cada dimensión estudiada obteniendo un total de puntos que se confrontarán con la percepción del dolor del paciente ante un personal sanitario (21).

Para obtener un adecuado control del dolor es fundamental hacer una buena valoración del mismo siendo el personal de enfermería de los diferentes servicios un grupo importante y especial que se resalta en esta etapa (11).

Existen posibles complicaciones que podrían presentarse si no hay un adecuado manejo del dolor, es por ello que la deambulación temprana y la fisioterapia respiratoria evitarán la formación de trombos (Trombosis Venosa Profunda) u otras complicaciones pulmonares (12).

Sobrino J. (1), en España, durante el año 2019, en su estudio titulado “Dolor en el postoperatorio inmediato en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA): Factores determinantes” dentro de sus hallazgos menciona que gracias a la diversidad de procedimientos quirúrgicos en cirugía de día o ambulatoria las complicaciones y aspectos dolorosos crecen cada vez más haciendo necesaria la elección de una adecuada analgesia que nos lleve a una rápida salida del paciente (alta) de estas unidades de CAM. Concluye que la incidencia de dolor postoperatorio inmediato en el contexto de un régimen de cirugía ambulatoria se ve influenciado por la edad, el sexo, el tipo de cirugía y el tipo de anestesia, y ya que este suele ser el motivo más frecuente de ingreso hospitalario. Sin embargo, se debe considerar que estos resultados se ven influenciados tanto por el tipo de cirugía como por la duración de la misma, factores que debemos tener en cuenta a la hora de evaluar los resultados.

Pozek J. y colaboradores (10), en Kansas, durante el año 2018, en su estudio titulado “Manejo integral del dolor agudo en el hogar quirúrgico perioperatorio” dentro de sus hallazgos mencionan que uno de los factores específicos del paciente es el dolor post – operatorio severo en la cirugía pudiendo desarrollar un dolor post – quirúrgico crónico. Concluyen que es de gran importancia el colocar una analgesia perioperatoria eficaz

evitando así complicaciones, disminuyendo la morbilidad perioperatoria y contribuyendo a que el paciente quede satisfecho.

Arboleda M. y colaboradoras (8), en Madrid , durante el año 2019, en su estudio titulado “¿Pueden las técnicas recientes de dolor crónico ayudar con el dolor perioperatorio agudo?” dentro de sus hallazgos mencionan que aunque se haya usado anestesia regional y multimodal para el dolor perioperatorio más de la mitad de los pacientes indicaron dolor post – operatorio severo. Concluyen que es por eso y viendo las evidencias que se han propuesto otras estrategias terapéuticas, así como estrategias terapéuticas para el tratamiento del dolor crónico como lo es la ablación por radio – frecuencia y la neuro modulación para mejorar el dolor post – quirúrgico agudo, pero se necesitan más estudios para agregar estos procedimientos en la atención perioperatoria pues esta experiencia inicial es realmente prometedora.

Rodríguez L. (1), en la Habana, durante el año 2016, tuvo un estudio: “Rol del enfermero en las etapas de evaluación, valoración e intervención del dolor en niño” dentro de sus hallazgos menciona que el paciente tiene derechos principales como lo son el alivio del dolor y del sufrimiento, siendo la enfermera quien asume la responsabilidad en su ejercicio profesional de la valoración y tratamiento del dolor así su paciente que experimenta dolor tendrá su confianza. Concluye que la adecuada valoración y evaluación del paciente pediátrico con dolor permitirá realizar una efectiva y personalizada intervención de enfermería, que incluya no solo el aspecto biológico, sino también el psicológico y social, lo cual ayudará al paciente a evitar y calmar el dolor.

Chiang Y. y colaboradores (7), de Shangay , durante el año 2015, en su estudio titulado “Ansiedad y dolor en niños sometidos a procedimientos quirúrgicos electivos: una revisión sistemática” dentro de sus hallazgos indican que los niños y adolescentes en su etapa perioperatoria experimentan ansiedad y dolor como problemas comunes como lo demuestran estudios previos, pero sin artículos de revisión que examinen lo mencionado. Concluyen que los niños que tenían niveles más altos de ansiedad pre y posoperatoria experimentaron un nivel más alto de dolor postoperatorio.

Sanz Á. (15), de Madrid, durante el año 2015, en su estudio titulado “Cómo se mide el dolor” dentro de sus hallazgos indican que es más fácil medir el dolor a través de la EVA o escala visual analógica en sus extremos correspondientes uno a la ausencia de dolor y el otro al dolor máximo, todo llevado en una línea.

El dolor posoperatorio (DP) tiene grandes consecuencias no solamente en el área de salud por el paciente quirúrgico que es quien padece dicho dolor, sino que también su familia sufre con él así también los médicos de su entorno y todo el personal de enfermería que ejecuta las indicaciones médicas, es más hasta las instituciones de salud se hallarán involucradas. Es importante lo antes mencionado pues epidemiológicamente hablando quizás el 10% de la población podría ser internada por alguna causa y 45% de la población se resuelve quirúrgicamente y por consiguiente padecerán “dolor” postquirúrgico. Este trabajo de investigación brinda conocimiento actualizado de diferentes artículos científicos serios para buscar de alguna manera resolver el problema de esta área. El tratamiento del dolor posoperatorio continúa siendo una importante preocupación para los profesionales sanitarios, así como para las instituciones sanitarias. Es por eso que este estudio permitirá cambiar y transformar el tratamiento del dolor utilizando los mejores recursos disponibles como por ejemplo las Unidades del Dolor Agudo (UDA) para lograr un correcto control del dolor posoperatorio marcando un indicador de calidad en los hospitales.

Los estudios y artículos revisados y de acuerdo a la información encontrada en nuestro país hace ver que hay poca información concisa con respecto a el dolor agudo posoperatorio.

Es en la URPA en donde se evidencian dichos estudios como antecedentes. Aun contando con artículos internacionales solo se evidencian unos cuantos nacionales siendo muy pocos los recopilados hace cinco años. Todos estos artículos encontrados nos indican gran conocimiento sobre la valoración de la intensidad del dolor en los pacientes postquirúrgicos de los servicios de recuperación post anestésica en centro quirúrgico. Podemos comprobar con esto que el presente estudio llenara con

conocimientos nuevos existentes sobre este tema de dolor posoperatorio inmediato en la unidad de recuperación post anestésica.

Se llevarán a cabo las prácticas de dicho estudio y a la vez los resultados socializándose con el plano asistencial administrativo y general del Hospital para poder así elaborar las guías y manuales de la enfermera recuperóloga y quirúrgica para desarrollar un adecuado cuidado dirigido al paciente con dolor agudo post quirúrgico.

En cuanto a la relevancia social los mayores beneficiados con el presente estudio serán los pacientes post operados inmediatos de la URPA del Hospital de Emergencias en Lima.

En cuanto al valor metodológico de este estudio fue realizado utilizando el método científico de forma detallada, basado en artículos y páginas serias y fidedignas las cuales han sido aceptadas por la comunidad científica haciéndose esto evidente por su uso en aumento en investigaciones realizadas en la línea de investigación del manejo del dolor agudo post quirúrgico. El objetivo general del presente estudio será determinar el nivel de dolor postoperatorio inmediato en pacientes de la Unidad de Recuperación en un Hospital de Lima – 2021.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Éste estudio es de enfoque cuantitativo por ser un procedimiento que se sostiene en la investigación empírico / analista basada en números estadísticos para dar respuestas concretas y posibles efectos (18). En cuanto al diseño metodológico es descriptivo, por ser un método científico que implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él.

Es no experimental y descriptivo porque aborda la variable sin realizar intervención alguna y porque analiza dicha variable en su medio natural.

Es transversal porque la recolección de datos se da en un punto temporal del tiempo (19).

2.2 POBLACIÓN

Este estudio se efectuará con la población total la cual está conformada por 100 pacientes postoperados adultos mayores de 18 años, de la unidad de recuperación del año 2021 del Hospital De Emergencias Grau se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia ya que se seleccionará el instrumento de medición (EVA).

En cuanto a los criterios de inclusión tenemos: El paciente será mayor de edad sometido a cirugía con anestesia local y regional, sin antecedentes mentales y debe firmar el consentimiento informado (su firma será luego de informar los objetivos y alcances del estudio).

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

Definición conceptual:

El dolor post – operatorio es aquel que aparece en el paciente tras una intervención quirúrgica después de haber atravesado por una enfermedad previa (16).

Definición operacional:

Es la experiencia sensorial o emocional desagradable, que experimentan los pacientes postoperados de URPA de un Hospital de Lima relacionados al aspecto el cual será medido con la Escala visual análoga EVA.

La principal dimensión es la intensidad del dolor el cual será medido con dicha escala.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La técnica utilizada durante la recolección de datos será la observación, su veracidad va en aumento diariamente pues se ha hecho de uso conocido para así llegar a tener información directa y confiable pero siempre y cuando se utilice un procedimiento sistematizado y controlado haciendo uso para esto de medios de audio y visuales completando el estudio del comportamiento del paciente en el lugar de trabajo (URPA), así se obtendrá una información en cantidad importante, óptima y eficaz (25).

El instrumento de recolección de datos para la medición de la variable principal dolor posoperatorio inmediato en pacientes adultos de la unidad de recuperación, será el cuestionario de EVA (escala visual analógica) que medirá la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad entre los expectantes. Consiste en una línea horizontal de diez centímetros, en sus extremos se encuentran las expresiones extremas (intensidad) de un síntoma (dolor). Este instrumento se encuentra comprendido por cinco dimensiones siendo estas: Sensorial (evaluando intensidad), Cognitiva (asociada con opiniones o pensamientos), Fisiológica (localización, inicio, duración, etc.), Afectiva (se relaciona con la depresión, ansiedad, etc.) y Sociocultural (cultura particular de cada persona) (22).

La Escala Visual Analógica EVA fue ideada por Scott Huskinson en 1976 siendo este método usado con mayor frecuencia en todos los centros de evaluación del dolor (26).

Fue validada en la ciudad de la Habana en el año 2016 por la revista cubana de salud pública con un cuestionario para la cuantificación del dolor de espalda en escolares. Para comprobar la validez y fiabilidad de la EVA encontrando en todos ellos propiedades de escala de razón, facilitando la detección en la variabilidad del dolor en pacientes de todas las edades, accediendo a su fiabilidad mediante el cálculo del Alpha de Cronbach. Se obtuvo un coeficiente de 0,809 para el único factor o dimensión del cuestionario (27).

2.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para poder lograr el desarrollo de este proyecto se solicitará la carta de presentación correspondiente a la Universidad María Auxiliadora, con ella se gestionará el permiso de acceso al director del Hospital de Emergencias, para poder abordar a los profesionales de enfermería de la unidad de recuperación posanestésica (URPA) del Centro Quirúrgico de dicha institución.

2.5.2. Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos

La recolección de datos se realizará en el año 2021 en su tercer mes, esta actividad se realizará en 2 días hábiles. Se explicará a cada paciente los objetivos del estudio para invitarlos a ser partícipes del mismo y se les entregará el asentimiento y consentimiento informado para su debida participación. La ficha de cada paciente será llenada entre 5 a 10 minutos como promedio. Luego de terminar este proyecto académico, se procederá a constatar cada ficha, valorando la calidad del llenado y la codificación respectiva.

2.6. MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

El análisis estadístico de la variable de esta investigación se aplicará las pruebas estadísticas descriptivas como frecuencias absolutas, frecuencias relativas y medidas de tendencia central, además de ello algunas pruebas correlacionales para comprobar la hipótesis de estudio.

La recolección de datos conllevará a una información que se encausará en el soporte de paquete estadístico SPSS de la última versión y de manera sistematizada y automatizada.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Se tomará en cuenta los aspectos bioéticos de autonomía no maleficencia, beneficencia y justicia. Para proteger a los participantes (pacientes) en este estudio.

Principio de Autonomía:

El paciente tiene derecho a decidir por sí mismo y en su propio cuerpo sobre todo acto que se pudiese practicar afectando de manera directa o indirecta sobre su salud, su integridad total y su vida.

Principio de beneficencia:

Esto nos indica y se refiere a que los actos médicos deben tener la intención de producir un beneficio para la persona en quien se realiza el acto. Este principio puede ejemplificarse en tener dos intenciones en mente: en primer lugar, no hacerle daño y en segundo lugar beneficiarlo.

Principio de no maleficencia:

Siendo el más importante porque cualquier acto médico debe perseguir en primer lugar no hacer daño alguno, de manera directa o indirecta, de allí su versión en latín “*primum non nocere*” que significa, literalmente primero no dañar.

Principio de justicia:

Aquí se tratará al paciente como le corresponde como a todos; esto es, sin más ni menos preferencias que los que su condición amerita. Este principio es lo ideal pues siempre se espera alcanzar tener servicios de salud de alta calidad con accesibilidad a toda la población de manera equitativa, así como en los costos de la atención de la salud.

La aplicación de los cuatro principios de la bioética es de utilidad para llegar a una solución de algún conflicto ético presentado (21).

III. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.1 Cronograma De Actividades

ACTIVIDADES	2020								2021																																			
	NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Identificación del Problema			X	X																																								
Búsqueda bibliográfica			X	X	X	X	X	X																																				
Elaboración de la sección introducción: Situación problemática, marco teórico referencial y antecedentes			X	X	X	X	X	X																																				
Elaboración de la sección introducción: Importancia y justificación de la investigación			X	X	X	X	X	X																																				
Elaboración de la sección introducción: Objetivos de la investigación			X	X	X	X	X	X	X	X	X																																	
Elaboración de la sección material y métodos: Enfoque y diseño de investigación									X	X	X	X																																
Elaboración de la sección material y métodos: Población, muestra y muestreo									X	X	X	X																																
Elaboración de la sección material y métodos: Técnicas e instrumentos de recolección de datos									X	X	X	X																																
Elaboración de la sección material y métodos: Aspectos bioéticos									X	X	X	X																																
Elaboración de la sección material y métodos: Métodos de análisis de información									X	X	X	X																																
Elaboración de aspectos administrativos del estudio													X	X																														
Elaboración de los anexos					X	X			X	X	X	X																																
Aprobación del proyecto																	X																											
Trabajo de campo																																												
Redacción del trabajo académico: Versión 1																																												
Sustentación del trabajo académico																																												

3.2 Recursos Financieros

(Presupuesto y Recursos Humanos)

MATERIALES	2020		2021								TOTAL
	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	S/.
Equipos											
1 laptop	S/.1000										1000
USB	S/.30										30
Útiles de escritorio											
Lapiceros	S/.3										3
Hojas bond A4		S/.10									10
Material Bibliográfico											
Libros	S/.60	S/.60	S/.10								130
Fotocopias	S/.30	S/.30	S/.10	S/.10							80
Impresiones	S/.50	S/.10		S/.30							90
Espiralado	S/.7	S/.10		S/.10							27
Otros											
Movilidad	S/.50	S/.20	S/.20	S/.20							110
Alimentos	S/.50	S/.10									60
Llamadas	S/.50	S/.20	S/.10								80
Recursos Humanos											
Digitadora	S/.100										100
Imprevistos*		S/.100		S/.100							200
TOTAL	S/.1430	S/.270	S/.60	S/.170							2000

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sobrino J, Cabadas R, Rodriguez J, Ares X, Pereira J, Blanco J. Dolor en el postoperatorio inmediato en cirugía mayor ambulatoria (CMA): Factores determinantes. Rev la Soc Esp del Dolor [Internet]. 2019;6(3):175–9. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/237766960%0ADolor>
2. Martín E, Osés B, Alás A, Lacosta E, Alvarez E, Portas M, et al. Dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía bariátrica . Análisis de resultados según dos métodos de medición del dolor. Rev BMI Lat [Internet]. 2016;2:1001–7. Available from: <https://www.bmi-journal.com/index.php/bmi/article/view/367/1143>
3. Ying Jia Shermin Chieng 1, Wai Chi Sally Chan , Piyanee Klainin-Yobas H-GH. Ansiedad perioperatoria y dolor posoperatorio en niños y adolescentes sometidos a procedimientos quirúrgicos electivos: una revisión sistemática cuantitativa. PubMed.gov [Internet]. 2015;2:70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23865442/>
4. Salud OM de la. Cuidados paliativos. Organ Mund la Salud [Internet]. 2020;1:1. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
5. Molina Velásquez JI, Erazo Salas SP. Adherencia a principios del manejo del dolor establecidos por la OMS en cirugía mayor electiva. Alerta, Rev científica del Inst Nac Salud. 2020;3(2):72–8.
6. Alcione Carla Meier 1, Fernanda Duarte Siqueira 1, Carolina Renz Pretto 2, Christiane de Fátima Colet 1, Joseila Sonogo Gomes 1, Cátia Cristiane Matte Dezordi 1 EMFS 2. Análisis de la intensidad, los aspectos sensoriales y afectivos del dolor de los pacientes en el postoperatorio inmediato. PubMed.gov [Internet]. 2017;20(2):38. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28746515/>

7. Chieng Ying Jia Shermin 1, Chan Wai-Chi Sally HH-G. Ansiedad y dolor en niños sometidos a procedimientos quirúrgicos electivos: una revisión sistemática. PubMed.gov [Internet]. 2015;10:29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27820210/>
8. María Fernanda Arboleda 1 2, Laura Girón-Arango 3 PWP 4. ¿Pueden las técnicas recientes de dolor crónico ayudar con el dolor perioperatorio agudo? PubMed.gov [Internet]. 2019;32:5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31343464/>
9. Cayao, Ana; Changa R. Validacion de un instrumento de valoración del dolor severo en pacientes escolares postoperados del servicio de ortopedia y traumatología del INSN [Internet]. Cayetano Heredia; 2017. Available from: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>
10. John-Paul J Pozek 1, Martín De Ruyter 1 TWK 2. Manejo integral del dolor agudo en el hogar quirúrgico perioperatorio. PubMed.gov [Internet]. 2018;36:2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29759289/>
11. VALENTÍN LÓPEZ B, GARCÍA CABALLERO J, MUÑOZ RAMÓN JM, APARICIO GRANDE P, DÍEZ SEBASTIÁN J CJA. Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calidad. Rev Esp Anesthesiol Reanim [Internet]. 2016;53(7):408–18. Available from: <https://medes.com/publication/34928>
12. Reyes Fierro a., De La Cala Carcía F, Garutti I. Dolor postoperatorio: analgesia multimodal. Patol del Apar Locomot [Internet]. 2015;2(3):176–88. Available from: <https://app.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-locomotor/vol02-n3-art3-dolor-postoperatorio.pdf>
13. Guevara López U, Moyao García D. Parámetros de Práctica para el Manejo del Dolor Agudo Perioperatorio. Rev Mex Anesthesiol [Internet]. 2015;25(4):277–88. Available

- from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2005/cc0531.pdf>
14. Ciro1 MV. DOLOR: UN RETO PERMANENTE PARA LA MEDICINA. SciElo Perú [Internet]. 2015;24:2. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000200001
 15. Granda ÁS. ¿Cómo se mide el dolor? revistaacofar [Internet]. 2015;308(23):2489–96. Available from: <https://revistaacofar.com/mi-farmacia/innovacion/como-se-mide-el-dolor/>
 16. Sampieri RH. Escala visual analógica del dolor (EVA). :634. Available from: http://brd.unid.edu.mx/recursos/Taller de Creatividad Publicitaria/TC03/lecturas PDF/05_lectura_Tecnicas_e_Instrumentos.pdf
 17. Herrero MTV, Bueno SD. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Española del Dolor [Internet]. 2018;25(4):228–36. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>
 18. Universidad de Alcalá - Madrid. Características del método cuantitativo. Master en Finanz Cuantitativas Univ Alacalá - Madrid. 2021;1–7.
 19. Shuttleworth M. Diseño de Investigación Descriptiva Ventajas Desventajas Resumen. Explor Think Outs Box [Internet]. 2021;10–1. Available from: <https://explorable.com/es/disenio-de-investigacion-descriptiva> Enlaces
 20. ITSON. Metodología de la Investigación: Técnicas e Instrumentos. Metodol la Investig [Internet]. 2018;2da. edici:2–37. Available from: http://brd.unid.edu.mx/recursos/Taller de Creatividad Publicitaria/TC03/lecturas PDF/05_lectura_Tecnicas_e_Instrumentos.pdf

21. Investigacion D de. Aspectos eticos en la atencion médica. Gob México [Internet]. 2017; Available from: <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/eticaatencionmedica.html#:~:text=La bioética es la rama,aspectos relacionados con la vida.&text=La ética médica juzga los,%2C beneficencia%2C autonomía y justicia.>

ANEXOS

Anexos: Anexo A. Operacionalización de la variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Dolor posoperatorio inmediato	Cuantitativa	El dolor post – operatorio inmediato es aquel que aparece en el paciente tras una intervención quirúrgica después de haber atravesado por una enfermedad previa también se considera a las enfermedades crónicas o terminales (16).	Es la experiencia sensorial o emocional desagradable, que experimentan los pacientes postoperados de URPA de un Hospital de Lima, relacionados al aspecto el cual será medido con la Escala visual análoga EVA. La principal dimensión es la intensidad del dolor el cual será medido con dicha escala. La principal dimensión es la intensidad del dolor el cual será medido con dicha escala.	Sensorial (evaluando intensidad).	Permite medir del 0 al 10 la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Intensidad	Del 0 al 10 en línea horizontal en cuyos extremos se encuentran expresiones extremas de un síntoma	Dolor leve: Paciente puntúa el dolor como menor a 3 Dolor moderado: Si la valoración se sitúa entre cuatro y siete Dolor severo: Si la valoración es igual o superior a 8	La dimensión de EVA se obtuvo a partir de puntuaciones definidas, recogidos en la escala visual análoga con 3 opciones de respuesta las puntuaciones van de 0 a 10 transformándose en escala de dolor para su mejor interpretación. A mayor puntuación mayor dolor post – operatorio
				Cognitiva (asociada con opiniones o pensamientos).	Opiniones y pensamientos	Lado izquierdo ausencia de dolor o en menor intensidad y en el lado derecho la mayor intensidad		
				Fisiológica (localización, inicio, duración, etc.)	Localización, inicio y duración.			
				Afectiva (se relaciona con la depresión, ansiedad, etc.)	Depresión y ansiedad.			
				Sociocultural (cultura particular de cada persona)	Cultura personal y particular de cada persona.			

Anexo B. Instrumentos de recolección de datos

DOLOR POST – OPERATORIO INMEDIATO

ESCALA DEL DOLOR: EVA

I. PRESENTACIÓN

Buen día, soy estudiante de enfermería de la Universidad María Auxiliadora (UMA), y estoy aquí para pedir su colaboración para facilitarme ciertos datos que permitirán conocer sobre el Dolor post- operatorio inmediato en el paciente quirúrgico en el presente 2021.

Para esto necesitaré que usted responda a una escala de medición de intensidad del dolor.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

Le pediré por favor que cuando le presente dicha escala Ud. Deberá responder a la observación de la misma intensidad de su dolor. Recuerde Ud. que esto no es un examen, así que no hay respuestas correctas o incorrectas, solo se trata de saber cuan intenso es su dolor post – quirúrgico. Ud. con esto me ayudará a controlar la magnitud de su dolor para su tratamiento

DATOS GENERALES:

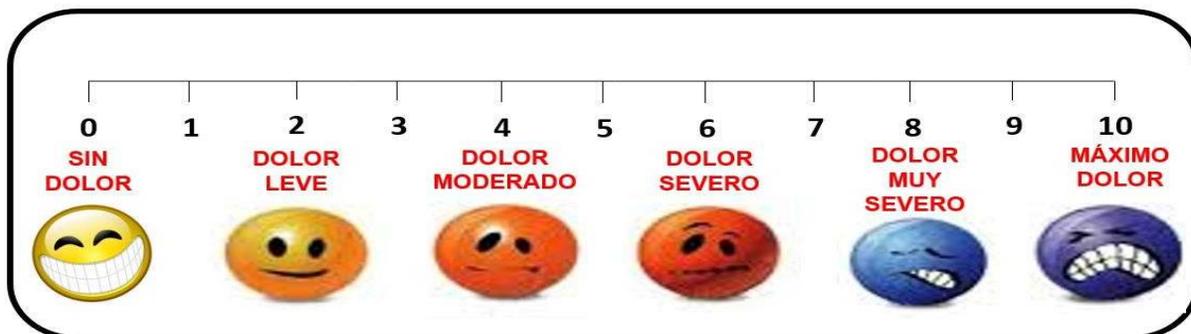
Edad:

Sexo del entrevistado:

a. Femenino () b. Masculino ()

Turno:

III. CUESTIONARIO Y GRAFICO (EVA)



Gracias por su colaboración.

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Se le invita a usted a participar en este estudio de investigación de salud. Pero antes de participar o no, deberá conocer y comprender bien cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Dolor Posoperatorio inmediato en pacientes de la Unidad de Recuperación del Hospital De Emergencias Lima 2021

Nombre de los investigadores principal: Milagritos Gisela Tejeda De La Cruz

Propósito del estudio:

Analizar la percepción del dolor posoperatorio en las primeras 24 horas tras cirugía.

Beneficios por participar: Usted conocerá los resultados de la investigación por los medios más adecuados sea de manera individual o grupal, que le puede ser de mucha utilidad para su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: No existe ninguno, solo queremos que responda a la escala.

Costo por participar: A usted no le costará nada no hará ningún gasto durante este estudio.

Confidencialidad: Toda información que usted nos brinde estará protegido y a salvo, solo los investigadores pueden conocerlo. Fuera de esta información confidencial, usted no podrá ser identificado cuando los resultados sean vistos públicamente.

Renuncia: Usted puede abandonar el estudio cuando desee, sin castigo o pérdida de los beneficios y derechos que ha adquirido

Consultas posteriores: Si usted tuviese dudas o preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Milagritos

Tejeda, coordinador de equipo (teléfono móvil N° 997793610) o al correo electrónico: mtcocotubre@gmail.com

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al _____, Presidente del Comité de Ética de la _____, ubicada en la _____, correo electrónico: _____

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y puede abandonarlo en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
N° de DNI:	
N° de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	
	Firma
N° de DNI	
N° teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	
	Firma
Milagritos Gisela Tejeda De La Cruz	
N° de DNI	
09595620	

Nº teléfono	
997793610	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante