

**Nombre del Alumno:**

- Cinthia Valeria Peralta Arguello.
- Isela Yanet Hernández Méndez

**Nombre del docente:**

Alejandra Torres López

**Nombre del trabajo:**

“Proceso de atención en enfermería en pacientes con dolor agudo- post quirúrgicos con enfoque a Gineco-obstetricia. “

**Nombre de la materia:**

Seminario de tesis

**Grado:**

8vo

**Grupo:**

“A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de marzo de 2024

**Índice**  
**Portada**  
**Hoja en blanco**  
**Portadilla**  
**Autorización de impresión**  
**Dedicatoria**  
**Índice**  
**Introducción**  
**Capítulo I**  
**Capitulo II**  
**Capitulo III**  
**Capitulo IV**  
**Sugerencias y propuestas**  
**Conclusiones**  
**Bibliografía**  
**Anexos**

## **1. DELIMITACION DEL TEMA**

“Proceso de atención en enfermería en pacientes con dolor agudo- post quirúrgicos con enfoque a Gineco-obstetricia”.

## **1.1. Planteamiento del problema**

El dolor postoperatorio agudo es un problema frecuente de elevada incidencia. Esta situación se agrava debido a la existencia de ciertas deficiencias en su tratamiento motivan el sufrimiento innecesario y su evolución hasta lograr llegar a un estado crónico.

La solución de esta situación depende de la organización eficiente de los recursos terapéuticos y del incremento del nivel de conocimientos del personal de salud, sin embargo sigue existiendo deficiencia dentro de los profesionales de salud.

La mayoría de los enfermeros practican sus cuidados de forma empírica, mientras un porcentaje lo practica de manera rutinaria con bases científicas debido a que es un tema de poco interés, no se ha establecido estándares, protocolos y procedimientos para el ejercicio profesional.

El manejo del dolor es inadecuado la mayoría de los pacientes muestran insatisfacción y con deficiencia de información sobre la causa de su dolor y los tratamientos que se ejecutan para disminuirlo, pocos conocen los efectos secundarios sobre los analgésicos y las alternativas positivas para calmar el dolor.

La falta de empatía mientras se realiza el proceso de atención de enfermería en pacientes post operados con dolor agudo es demasiado notorio ya que existen casos donde los pacientes muestran incomodidad, el dolor aumenta por un mal manejo, el paciente presenta frustración, incertidumbre, amargura y sentimientos negativos y eso retrocede en su tratamiento de mejora en el paciente post operado ya que existe personal del área de la salud con poca amabilidad y con un trato indiferente en la prestación de los servicios de enfermería.

Los cuidados de enfermería en el servicio de más se limitan al tratamiento farmacológico sin considerar los otros aspectos que contribuyen en percepción al dolor del paciente quirúrgico.

La atención del dolor post operatorio en el servicio de cirugía no se considera como una prioridad, el reconocimiento y el tratamiento del dolor en un enfoque holístico e individualizado, en relación a las características fisiopatológicas, cognitivas, conductuales y a los cambios farmacocinéticas de los medicamentos. El tratamiento se centra solo en la aplicación del medicamento sin considerar las medidas no terapéuticas como la información, la educación, las medidas de confort, apoyo emocional entre otros.

## **1.2.Preguntas de investigación**

1. ¿Qué impacto puede lograr en el paciente un buen manejo del dolor?
2. ¿Cuál es la importancia de realizar un buen manejo del dolor?
3. ¿Cuáles son los riesgos de un mal manejo del dolor?
4. ¿Existe deficiencia en el personal de salud en el manejo y control del dolor agudo en pacientes post operados?

### **1.3.Objetivos**

#### **Generales.**

- 1.- Evaluar los cuidados de enfermería en el manejo del dolor en pacientes post operados inmediatos.
- 2.- Identificar el dolor del paciente post operados con cuidados específicos de enfermería.
- 3.-Conocer la intervención de manejo del dolor a pacientes post-operados de acuerdo a los libros NANDA, NIC y NOC.

#### **Específicos.**

1. Caracteriza a la población en estudio
2. Comparar los resultados en el grupo experimental y control
3. Advertir las consecuencias de un mal manejo del dolor
4. Identificar la zona del dolor
5. Valorar el dolor en pacientes post operados
6. Identificar las escalas del dolor
7. Conocer el cuidado de enfermería en la población experimental
8. Conocer intervenciones para control del dolor agudo
9. Identificar el cuidado adecuado del paciente post operatorio con dolor agudo

## **1.4. Justificación**

Las principales razones por la cual se realizara la siguiente investigación del proceso de atención en enfermería en pacientes con dolor agudo post-quirúrgico con enfoque gineco-obstetricia en donde se observa las debilidades en el manejo del dolor agudo ya que el dolor agudo se presenta rápidamente puede ser intenso pero dura relativamente poco tiempo al menos que se complique.

El dolor agudo en pacientes post-operados corresponde a una condición subestimada en las instituciones de salud en los servicios quirúrgicos, esto ante la ausencia de datos claros en relación con el comportamiento del paciente, el desconocimiento del grado de dolor que si fue a los diferentes tipos de cirugía relacionadas a ginecoobstetricia realizadas diariamente y a la falta de certeza de la eficacia de las estrategias utilizadas para su control son un problema reconocible.

En una institución ya sea de especialidad o donde se realiza cirugías diariamente con un alto número de procedimientos quirúrgicos, el inadecuado control del dolor posoperatorio no resulta una condición que se pueda desconocer.

Dentro del ámbito hospitalario existen procedimientos quirúrgicos de todo tipo, en la especialidad de gineco-obstetricia existen cirugías como cesárea, histerectomía, miomectomia, extirpación de quistes ováricos, eliminación de fibromas, polipectomia entre otros son de las cirugías que más se realizan y presentan un grado de dolor agudo pero temporal, existen circunstancias que ese grado de dolor es mal controlado sea por las características del paciente o de la cirugía, no existen datos claros se desconoce el grado de dolor que sigue a los diferentes tipos de cirugía realizadas diariamente y si las estrategias utilizadas para su control están cumpliendo su objetivo.

Para poder intervenir un problema, es imperativo inicialmente identificar si realmente existe y entender su comportamiento; en una institución con un alto volumen de procedimientos quirúrgicos, inadecuado control del dolor posoperatorio no resulta una condición que se pueda obviar. Es así como el desarrollo de este trabajo se ve justificado por el desconocimiento actual sobre una condición que bien podría preexistir, pero no ser evidente en la falta de conocimiento pesquisa sobre el mismo, no solo en el área de recuperación inmediata si no también durante el periodo de hospitalización. Caracterizar el dolor agudo posoperatorio igualmente permitirá identificar los tipos de cirugía que puede causar un dolor severo o que se asocia a un control inadecuado, para así actuar tempranamente y ofrecer manejo analgésico óptimo y guiado de forma temprana, basado en los conocimientos metodológicos y científicos, reconociendo las mejores y más efectivas terapias y descartando aquellas que se identifiquen como insuficientes según el tipo de cirugía y paciente. Además de ofrecer la posibilidad de impactar indirectamente en las complicaciones asociadas con el mal control del dolor agudo en pacientes post-operados.

## **1.5.Hipótesis.**

El cuidado de enfermería disminuye el dolor en el paciente post operado de la especialidad de gineco -obstetricia en el servicio de quirófano.

## **1.6. Metodología**

### **Paradigma**

La enfermería, como parte de la ciencia, se ha visto inmersa en cambios, en los que el dominio y la caída de paradigmas de pensamiento han ido sucediéndose.

Un paradigma sirve para tener una guía que indiquen los problemas y cuestiones importantes para una investigación, desarrolla un esquema aclaratorio (modelos y teorías) que permiten que estos problemas se resuelvan, establece criterios para el uso de herramientas apropiadas (metodologías, instrumentos, tipos y formas) en una investigación.

Proporciona una epistemología, como principios organizadores, para la realización del trabajo normal de la disciplina.

### **Paradigma socio- crítico**

En la investigación nosotros identificamos que usaremos un Paradigma socio crítico se configura como una realidad crítica, es subjetivista, promueve metodologías participativas.

El paradigma socio crítico atribuye a la enfermería el carácter de una ciencia práctica y a servicio de la comunidad, comprometida con la transformación social mediante el empoderamiento de las personas.

Este paradigma socio crítico, como cualquier corriente de pensamiento, cuenta con una serie de características que distintos autores, como Popkewitz, has estudiado:

- Conocer la realidad como praxis.
- Unificar teoría y práctica.

- Elevar los conocimientos hacia la emancipación permitiendo así la liberación humana, conseguir la participación de todos implicados, incluido el investigador.
- Establecer procesos de autorreflexión y toma de decisiones consensuadas.

Para Kincheloe y McLaren el paradigma socio crítico establece que:

- Todo pensamiento está condicionado por las relaciones sociales
- En el proceso de comunicación los conceptos de significante-significado son variables.
- Los sucesos no pueden separarse del dominio de los valores y la ideología.
- El lenguaje es un vehículo de subjetividad consciente e inconsciente
- En todo grupo social existen grupos dominantes y dominados esta relación se esfuerza cuando la situación de sumisión es aceptada de forma natural.
- No se debe obviar ninguna de las posibles facetas de la opresión; la opresión de raza, de clases, de género, etc. Esta normalmente alineada con las formas de investigación con solidarias.

El presente trabajo investigado es de tipo socio-crítico que se genera a realizar una investigación en el cual el personal de enfermería deberá tener las actitudes, la iniciativa y las intervenciones que identifiquen en el control del dolor dirigido específicamente a pacientes gineco-obstetricias. Otorgándoles los protocolos y los conocimientos necesarios a los enfermeros y enfermeras para identificar las causas que surgen del dolor, identificando su comportamiento después de un procedimiento quirúrgico.

## **Técnicas de recolección de datos**

### ➤ **Recolección de datos por medio de encuestas:**

Una encuesta es un conjunto de preguntas tipificadas dirigidas a una muestra representativa de grupos sociales para averiguar estados de opinión o conocer otras cuestiones que les afecta.

Una encuesta tiene la finalidad de recabar datos estos nos ayudan a fortalecer y conocer las intervenciones adecuadas del manejo del dolor en pacientes post operados inmediatos.

Para recolectar la información sobre el manejo del dolor a pacientes con dolor agudo post quirúrgico se utilizará la técnica de encuestas para cumplir con el objetivo de la presente investigación.

- **Por indagaciones** el aprendizaje por indagación es una metodología de enseñanza, aprendizaje a través de la cual el estudiantado ha de encontrar soluciones a una situación problema a partir de un proceso de investigaciones en el caso de esta investigación tuvimos la recolección de datos por indagación por medio de libros, artículos, páginas web, revistas.

### **Método cualitativo o método no tradicional**

Se orienta a profundizar casos específicos y no a generalizar. Su preocupación no es prioritariamente medir, si no cualificar y describir el fenómeno social a partir de rasgos determinantes, según sean percibidos por los elementos mismos

que están dentro de la situación estudiada. Los investigadores que utilizan el método cualitativo buscan entender una situación social como un todo, teniendo en cuenta sus propiedades y sus dinámicas. La investigación cualitativa parte de cuerpos teóricos aceptados por la comunidad científica en tanto que la investigación cualitativa pretende conceptualizar sobre la realidad, con base a la información obtenida de la población o las personas estudiantes.

Tienden a hacer un análisis exhaustivo y en profundidad. La preocupación está en el relato de eventos de manera sistemática sobre la realidad. En este tipo de trabajos se prioriza la información contextual para dar respuesta a la pregunta de investigación, empleando una lógica distinta. Algunos elementos constitutivos son: preferir estudiar pocos casos en profundidad, explicaciones multicausales, descripción e interpretación de fenómenos, análisis de documental y análisis de contenido, entrevistas y observación y cuestionarios. Relacionándolo con el tema se da a entender que para poder analizar los contenidos, procedimientos y recursos metodológicos que servirán como referencia a desarrollar la información y el contenido necesario, una guía dirigida a los procesos de atención de enfermería basado en los libros de metodología e investigación, se conocerán las diferentes intervenciones de enfermería desarrollados en el control del dolor agudo postquirúrgicos. Realizando así investigaciones de salud enfocadas en la identificación de todos aquellos determinantes de salud y factores de salud que se relacionen con la evolución del dolor agudo después de procesos quirúrgicos. Los enfermeros tendrán que observar los signos de alarma de toda paciente después de una intervención, todos los factores relacionados al entorno del paciente que desencadenara dicho dolor.

➤ **Tipo de investigación:** Documental

Una investigación documental se refiere a la obtención (y construcción) de conocimientos, se puede investigar desde muy diferentes perspectivas, con diferentes objetivos, o teniendo en cuenta distintos tipos de datos, procedimientos o métodos para obtenerlos. La investigación documental es aquella que se realiza a partir de la información hallada en documentos de cualquier especie, se basa en documentos que se encuentran en archivo como expedientes, cartas, oficios, circulares etc.

La investigación documental es una técnica que consiste en la selección y recopilación de información por medio de la lectura, y crítica de documentos y materiales bibliográficos. Baena (1984), (p.72). relacionado al dolor agudo post operatorio se aborda la investigación documental como una técnica básica de la investigación que nos sirven para recopilar los datos de nuestra investigación en la cual se considera la unidad conservatoria de información y se trata de personas, instituciones, documentos de enfermería, base de datos en este caso datos de paciente en el ingreso y egreso durante su estancia en el hospital generando una base de datos para posterior a la elaboración de un expediente clínico cuyo objetivo es almacenar y contener información.

➤ Ubicación de la investigación:

- **Materia:** Control del dolor
- **Campo de estudio:** Paciente post quirúrgico
- **Área:** Salud porque es un recurso para la vida cotidiana, la salud se refiere a la capacidad de mantener la homeostasis y recuperarse de las agresiones en el área de quirófano y recuperación con ayuda de las intervenciones de enfermería lograremos llevar acabo el control y manejo de enfermería para una buena salud.

## Capítulo II

### Marco teórico

#### Antecedentes

Desde el origen de la humanidad, el dolor ha acompañado al ser humano y se ha combatido por medios empíricos, pero es en el siglo 17 cuando aparecen nuevos conceptos sobre la anatomía funcional del cerebro y los órganos sensoriales.

**Descartes**, postuló los conceptos precursores de los canales iónicos. Thomas Willis situó las funciones sensitivas en la corteza cerebral y localizó la dimensión afectiva del dolor en el cuerpo estriado y el cuerpo caloso, lo que concuerda con los conocimientos actuales que lo sitúan en el sistema límbico.

**Schaffer**, en 1766, describe la electroterapia para el tratamiento de la parálisis y el dolor. Éste es uno de los principios de la electricidad usada en la neuro-rehabilitación, conocido actualmente como TENS (estimulación nerviosa eléctrica trans-cutánea), que es como una versión en pequeña escala de la electroterapia para el dolor.

**Johanes Mueller**, en 1826, realizó estudios que permitieron clasificar las características específicas de los diferentes tipos de nervios. La teoría que el dolor era una sensación diferente y separada de otras sensaciones la formuló Schiff en 1858, siendo luego seguida por la teoría de la intensidad, formulada por Erb en 1874, quien expresó que cualquier estímulo sensitivo más fuerte que lo habitual puede producir dolor. Posteriormente, Goldscheider en 1920, analiza las sensaciones cutáneas incluyendo el dolor y formula la “teoría de la sumación” que dice que aumentando la intensidad del estímulo mecánico en la piel la sensación percibida varía de tacto a dolor. Sus observaciones han tenido

una gran influencia sobre las teorías posteriores de dolor incluyendo la teoría del control de las compuertas del dolor (Melzack y Wall 1965: Gate control theory). Grandes progresos en el conocimiento del dolor neuropático se lograron por el neurólogo Silas Mitchell en 1872, durante la Guerra de Secesión en USA. Gallardo Nueva Jersey. El dolor postoperatorio: pasado, presente y futuro. Rev Chil Anest 2010; 39:69-75. <https://revistachilenadeanestesia.cl/el-dolor-postoperatorio-pasado-presente-y-futuro/>

**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. 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.

**López S**, en el año 2014, en España se realizó un estudio sobre: El dolor agudo postquirúrgico en el adulto "como la 5ª 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; yaqué, 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.

**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.

**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 14 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.

**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; recalcando 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.

**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 15 aplicación de analgésicos y que las dosis administradas son insuficientes para el control del dolor.

**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 enfatizen y estandaricen el uso de medicamentos en dosis e intervalos adecuados para garantizar la eficacia de la analgesia.

**Laura E,** (2016). Puerto Maldonado, encontró en la dimensión técnico-científica, que el 72,7% de los pacientes pos-operados están satisfechos, seguido de un 23,6% están medianamente satisfechos y el 3,6% están muy satisfechos. En la dimensión humana el 56,4% están satisfechos, el 25,5% están muy satisfechos, seguido del 16,4% están medianamente satisfechos y el 1,8% están insatisfechos con el cuidado que brinda la enfermera. En la dimensión entorno se halló que el 65,5% de los pacientes postoperados están satisfechos, el 18,2% están medianamente satisfechos y el 16,4% están muy satisfechos. La enfermera logra un nivel de satisfacción en los pacientes; mas no logra una satisfacción excelente (muy satisfecho).

**Ataurima R,** (2016). Lima. Determinaron que el nivel de satisfacción alto sobre el aspecto humano del cuidado de enfermería se identificó en 37,5% y en el aspecto técnico en 57,5% de pacientes post operados. En conclusión, el nivel de satisfacción alto sobre el cuidado de enfermería se identificó en el 50% de pacientes post operado.

**Saca, SichiQui, D. y Quito, C.** (2013). Ecuador llegó a las siguientes conclusiones: Los resultados de la investigación son presentados a través de gráficos: barras simples con frecuencia absoluta y relativa (porcentajes) que permite visualizar mejor el tipo de TCE, causas, edad en la que se presenta y el tipo de cuidado brindado a los pacientes por el personal profesional de Enfermería. Según datos obtenidos en la presente investigación y de acuerdo al grado de eficiencia y eficacia, el Proceso de Atención de Enfermería se encuentra en un nivel medio puesto que un grupo considerable de profesionales de enfermería aplica el PAE de forma incorrecta y sin fundamento científico.

**Vásquez, M.** (2012). Ecuador. Da a conocer que el dolor postoperatorio en los pacientes intervenidos quirúrgicamente debe ser tratado adecuadamente con el fin de evitar molestias en la recuperación de los mismos. El empleo de analgésicos en los diferentes momentos, su clase y dosis constituye el pilar fundamental para conseguir este cometido, es por eso que, al plantear este estudio de investigación, fue con el propósito de conocer, evaluar y si es posible proyectar esquemas terapéuticos, que permitan en base a los resultados, elaborar protocolos de uso de analgésicos en los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

**Parra, R.** (2011). México. Refiere que la documentación de la valoración y del manejo del dolor, se encontró diferencia estadísticamente significativa en la post-intervención, excepto en el registro de la intensidad a pesar de haber presentado un aumento en proporción, este no fue significativo. Aproximadamente tres cuartas partes de los participantes presentaron en el registro un manejo adecuado del dolor. El programa de capacitación para el personal de enfermería tuvo un impacto positivo en el nivel de documentación de enfermería sobre la valoración y el manejo del dolor.

**Base teorica**

El concepto del dolor se ha intentado definir el dolor expresar en términos absolutos, su naturaleza, significado y sentido último. Aunque exista puntos de coincidencia doctrinal entre los diversos tratadistas y estudiosos.

En las antiguas escuelas filosóficas de Roma y Grecia se discutía largamente sobre el dolor sobre su cabía distinguir el dolor sobre el mal. El dolor es consustancial al ser humano y anejo a su debilidad corporal ante las fuerzas negativas que lo rodean y oprimen.

Más del 80 % de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica experimentan dolor postoperatorio agudo, y aproximadamente el 75 % de dichos pacientes califican este dolor de moderado a grave o extremo.

El dolor agudo postoperatorio es la manifestación y el resultado de una agresión quirúrgica que provoca en el organismo múltiples manifestaciones y puede conllevar una serie de complicaciones respiratorias, cardiovasculares, inmunológicas, hematopoyéticas y afectación sobre la esfera psicológica.

Se distinguen tres tipos de dolor: superficial o cutáneo, somático profundo (procedente de fascias, tejido muscular, periostio, articulaciones, ligamentos y tendones) y visceral. A pesar de conocer la fisiopatología del dolor agudo postoperatorio y de disponer de fármacos y técnicas que han demostrado efectividad en su tratamiento, la prevalencia de esta entidad continúa siendo elevada, de hecho, el dolor moderado-intenso tras una cirugía con ingreso hospitalario es sufrido por el 25 %-50 % de los pacientes. El dolor agudo mal controlado incrementa el riesgo de efectos adversos, retrasa la recuperación y favorece el desarrollo de dolor crónico. La estrategia óptima para el control del dolor perioperatorio consiste en una terapia multimodal para minimizar la necesidad de opioides. La prescripción excesiva de opioides ha alcanzado un

nivel crítico, y la cirugía puede ser el desencadenante de su uso a largo plazo en muchos casos. Por ello, el correcto manejo del dolor postoperatorio debe ser prioritario en la actividad de un anestesiólogo, y su principal objetivo es minimizar las dosis de fármacos para disminuir los efectos secundarios asegurando siempre una analgesia adecuada. Este objetivo se consigue con mayor facilidad aplicando una analgesia multimodal y una analgesia preventiva.

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 pos operado; 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. 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.

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.

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

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. 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.

### 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. 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. 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 experimentarían la misma intensidad de dolor.

Según la ASA, el dolor postoperatorio es el que está presente en el paciente debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y a sus complicaciones o a una combinación de ambos, y se caracteriza fundamentalmente por ser un dolor agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable. Su mal control afecta negativamente a la calidad de vida, a la recuperación funcional y aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas, y se asocia a un aumento de la

morbilidad y de los costes, aumentando el riesgo de desarrollar dolor crónico persistente.

El adecuado manejo del dolor es un indicador de buena práctica clínica y de calidad asistencial; es esencial dentro de los cuidados perioperatorios junto con la movilización y la nutrición de forma precoz (nivel de evidencia 1<sup>a</sup>). A pesar de todo esto su prevalencia varía, pero la mayoría de autores coinciden en que, en nuestros hospitales, más de la mitad de los pacientes presentan dolor moderado-severo en las primeras 24 horas tras la intervención, y en un 2,7 % de los casos persiste al alta.

Actualmente ha habido un gran avance en el desarrollo de nuevos fármacos y técnicas analgésicas para el control del dolor postoperatorio, además de la creación de unidades específicas que facilitan la coordinación eficiente de las diferentes actividades médicas, quirúrgicas y de enfermería. Aun así, en muchos países el dolor postoperatorio sigue siendo un problema y una importante necesidad global de atención sanitaria.

El dolor después de la cirugía es, a menudo, mal manejado incluso en las naciones desarrolladas, persistiendo una alta prevalencia, lo que conlleva una disminución de la calidad de vida, un aumento de la morbimortalidad perioperatoria, de la estancia hospitalaria y, por tanto, de los costes.

En varios estudios y encuestas realizadas en los últimos años se ha podido comprobar que este mal manejo del dolor y de la alta prevalencia es debido a muchos factores. Entre ellos están la existencia de un deficiente conocimiento y experiencia por parte del personal sanitario que no han recibido una educación adecuada y que, en algunos países, aún piensan que tener dolor es algo “normal”

tras un proceso quirúrgico. Las pautas de tratamiento analgésico suelen ser inadecuadas para el tipo de cirugía y de paciente, no existiendo protocolos específicos y un miedo al uso de determinados fármacos y técnicas analgésicas, como pueden ser los opiáceos, debido a sus efectos adversos y potenciales complicaciones. Otro problema es la falta de implantación de Unidades de Dolor Agudo, que son las que van a asegurar los tratamientos aplicados mediante protocolos y una educación al personal sanitario y al paciente. En Italia, dos encuestas sobre dolor postoperatorio (POPSI) realizadas con seis años de diferencia (2006 y 2012) muestran que hay muchas necesidades no satisfechas en el control del dolor postoperatorio, siendo los resultados de ambas encuestas prácticamente similares. En ellas se observa que sólo un 47 % de los hospitales encuestados tenían una UDA y que los mayores obstáculos encontrados por los encuestados para el control óptimo del dolor postoperatorio siguen siendo organizacionales, culturales y económicos.

En una encuesta sobre el dolor postoperatorio realizada en España a 237 miembros de la Asociación Española de Cirujanos, revelaron que el 56 % no valoraron de forma habitual la intensidad del dolor y sólo el 23 % declaró utilizar escalas de valoración del dolor. Otro dato muy importante es que el 76 % manifestó que no ha recibido ninguna formación específica sobre el dolor postoperatorio y el 95 % declaró que desearía recibirla. Durante los últimos años se ha visto que la mejora del dolor postoperatorio pasa por la necesidad de implantar protocolos adecuados para procedimientos específicos durante el perioperatorio, realizar una predicción del dolor postoperatorio y promover cambios estructurales, culturales, emocionales y educativos en todas las personas implicadas: anesthesiólogos, cirujanos, enfermeras de planta y de UDA, etc. La mejora en la calidad asistencial depende de realizar cambios en las

estructuras organizativas del dolor y en los profesionales. Desde finales de los años 80 surge una gran preocupación por dar una atención especializada al dolor postoperatorio y se crean las primeras Unidades de Dolor Agudo como estructuras organizadoras y gestoras en nuestro país, promovidas por el grupo de estudio GREUDA. Desde entonces, en el mundo se han publicado diferentes guías de práctica clínica en las que se recomiendan pautas para el adecuado control del dolor postoperatorio.

Según McCaffery y Beebe, el dolor como respuesta humana se define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos.

Para Guerra, el dolor, conocido también como nocicepción, algia, o sufrimiento, señala al sistema nervioso que una zona del organismo está expuesta a una situación que puede provocar una lesión. El dolor es la señal de alarma que desencadena una serie de mecanismos para limitar los daños o hacerle frente al estrés. El ser humano, depende de organismos o neuronas especializadas que detectan el dolor llamadas nociceptores y revelan la señal nociva. Es una sensación desagradable que llega al cerebro a partir de neuronas sensoriales. Este malestar indica una lesión real o potencial del organismo. Sin embargo, el paciente experimenta más que una sensación o conciencia física del dolor, también incluye percepción, de interpretación subjetiva del malestar. La percepción da información sobre la localización, la intensidad y a veces sobre la naturaleza del dolor.

En este sentido Parra, señala que el manejo del dolor se refiere a las intervenciones farmacológicas y medidas no farmacológicas que tienen por finalidad disminuir los niveles de dolor y sus efectos.

Por su parte McCloskey, señala que es el proceso que busca brindar alivio o la disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

según Duque, el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales.

Por su parte Saca, Sichi y Quito, señala que es el método mediante el cual se aplica científicamente la teoría a la práctica, un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a mantener el bienestar del paciente, a nivel óptimo para conseguir la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible. Para Tenemaza, señala que es un método sistemático y organizado para administrar la atención de enfermería individualizada de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Según Vásquez, el adecuado control del dolor postoperatorio forma parte importante de la recuperación funcional luego de una cirugía, y por sus características tan especiales, requiere atención y alivio inmediato; en ocasiones, la evaluación correcta del dolor se puede ver afectada por el estado propio del paciente, como inconsciencia, niños menores, enfermos psiquiátricos, pacientes neurológicos, en las cuales tenemos que guiarnos para nuestra evaluación con las constantes biológicas, expresiones del rostro, reflejos, signos fisiológicos de respuesta al dolor, los que pueden ser modificados por el uso de fármacos. La eficacia del control del dolor en el postoperatorio se ha transformado gracias a los cuidados perioperatorios; una

vigilancia conveniente, de la mano de otros factores tempranos, que no sólo satisface a los pacientes, sino ayudan a disminuir la morbilidad postoperatoria y la reducción de la estancia hospitalaria.

## **Capítulo III**

### **Marco conceptual**

#### **1. Proceso de atención en enfermería**

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”<sup>2</sup>, es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los mas importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados (<http://www.cij.gob.mx/tratamiento/pages/pdf/PAE.pdf>)

#### **2. Etapas del proceso de atención en enfermería**

El Proceso de Enfermería esta constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación <sup>4</sup>, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica. Figura 1. Modelo del Proceso de Enfermería. La primera etapa, es la Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el

examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona. El punto de partida para la etapa de Valoración son los patrones funcionales de Maryore Gordon creados en el año 1973, que surgen de “la evolución entre el cliente y el entorno”<sup>5</sup> , y son once (11): cognoscitivo-perceptual, actividad y ejercicio, nutricional-metabólico, eliminación, manejo de la salud, reproductivo-sexual, tolerancia y manejo del estrés, relaciones de rol, autopercepción y autoconcepto, creencias y valores y descanso y sueño, que se valoran uno a uno, recolectando los datos en un formato específico, organizado por los patrones, donde se registra la valoración para realizar la historia de Enfermería desde la cual se identifican los patrones alterados para trabajar sobre ellos. La segunda etapa, es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores. Los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, Faye Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente y se utilizó en las escuelas de Enfermería de esa época, luego en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de

Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)<sup>6</sup> como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados. La tercera etapa, la Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermerapaciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo. La cuarta etapa, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería. La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería. <http://www.cij.gob.mx/tratamiento/pages/pdf/PAE.pdf>

### 3. Cuidado de enfermería

La función única de las enfermeras en el cuidado de las personas, enfermas o sanas, consiste en evaluar sus respuestas ante su situación de salud y ayudarlas a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud, a la recuperación o a una muerte digna que ellas mismas realizarían sin asistencia si tuvieran la suficiente fortaleza, voluntad o conocimientos para hacerlo, con el fin de ayudarlas a obtener una independencia total o parcial lo más rápidamente posible (Henderson, 1977, p.4). <https://www.icn.ch/es/recursos/definiciones-de-enfermeria>

Si atendemos a la obra de Platón y a su visión sobre el cuidado, podemos afirmar que para este filósofo, supone una necesidad del ser humano el acto de cuidarse de sí, de procurarse el bien para garantizarse la ausencia de enfermedad <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v12n1/1988-348X-ene-12-01-788.pdf>

Aristóteles se vislumbra el concepto cuidado cuando previamente introduce los conceptos de justicia y caridad en su discurso, por lo cual queda relacionada la caridad como elemento auxiliar de la justicia.

Para Martin Heidegger el cuidado supone la necesidad del ser para asegurar su propia existencia y supone. una forma de existir en el mundo (15). Para Foucault la vida del ser humano debe aspirar a ser un proceso de transformación de uno mismo, por el cual el ser humano debe construirse a sí mismo forjando el sentido de su existencia. Esto confiere un carácter ético a la existencia de la persona y la dota de libertad (1). Para Foucault, la ética es la práctica de la libertad de una forma reflexionada. Y en relación a esto, el cuidado de sí es una práctica que se extiende por toda la vida de la persona y que permite asegurar el continuo ejercicio de la libertad (8). Dorothea Orem concibe el cuidado como la contribución constante del adulto a su propia existencia, su salud y su bienestar continuo. Para Dorothea Orem, cuidado es la forma en que el ser humano puede

aspirar a ser independiente y sólo a través de la autonomía puede conseguirlo (16). Para Virginia Henderson el cuidado está dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto y así poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales que deben ir encaminadas a aportar el mejor estado de salud posible al individuo con el fin de dotarle de libertad.

#### **4. Dolor**

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”.

<https://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/06.pdf>

La International Association for the Study of Pain (IASP) definió el dolor como «una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión real o potencial de algún tejido, o descrita en función de dicho daño». Por ello, el dolor no puede interpretarse únicamente como un fenómeno de transmisión del impulso nervioso a centros nerviosos superiores, ya que implica, además, mecanismos afectivos, cognitivos y comportamentales que modulan su respuesta. El dolor agudo postoperatorio hace referencia al dolor que aparece en el paciente tras una intervención quirúrgica, por su enfermedad previa, el procedimiento quirúrgico o la combinación de la enfermedad y el procedimiento realizado. Los objetivos del manejo del dolor perioperatorio son aliviar el sufrimiento, lograr una movilización temprana después de la cirugía, reducir la duración de la estancia hospitalaria y lograr la satisfacción del paciente. El tratamiento inadecuado del dolor postoperatorio aumenta la morbimortalidad, y son más frecuentes las complicaciones respiratorias, el

infarto agudo de miocardio, el tromboembolismo y las alteraciones gastrointestinales.

## **5. dolor post quirúrgico**

El dolor agudo postoperatorio es la manifestación y el resultado de una agresión quirúrgica que provoca en el organismo múltiples manifestaciones y puede conllevar una serie de complicaciones respiratorias, cardiovasculares, inmunológicas, hematopoyéticas y afectación sobre la esfera psicológica.

[https://aula.campuspanamericana.com/Cursos/Curso01417/Temario/Curso\\_Dolor/T1.8\\_Texto.pdf](https://aula.campuspanamericana.com/Cursos/Curso01417/Temario/Curso_Dolor/T1.8_Texto.pdf)

El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional no placentera; asociado a un daño tisular, el cual es real o potencial, o bien descrito en términos de dicho daño. De tal forma que, en la paciente obstétrica, el dolor por causas relacionadas con el embarazo o el nacimiento es subjetivo y multifactorial, así mismo, es una experiencia única e irrepetible. Durante el embarazo hay una alta incidencia de dolor en abdomen, región lumbosacra y en la pelvis, secundario a los cambios fisiológicos, lo que podría aumentar la incidencia observada de dolor crónico postparto.

El dolor del parto es una de las experiencias más significativas en la vida de una mujer. Un trabajo de parto doloroso produce cambios fisiológicos maternos que pueden afectar el bienestar materno y fetal. Al respecto, Covarrubias et al (2006), afirma que, en la paciente obstétrica, la percepción del dolor es el resultado de una experiencia única y multifactorial, la cual es influenciada por la ansiedad, las experiencias previas, los aspectos étnico-culturales y el medio ambiente. La liberación de catecolaminas maternas en especial de noradrenalina

y epinefrina en respuesta al dolor de parto aumenta el consumo de oxígeno de la madre, lo que puede conducir a una actividad uterina mal coordinada, provocando en consecuencia una disminución en la perfusión placentaria. Al respecto cabe señalar que el intenso dolor del parto se ha correlacionado con el desarrollo de estrés postraumático después del parto, la depresión posparto y dolor persistente. Asimismo, la cesárea es una de las principales cirugías realizadas en los Departamentos de Obstetricia/Ginecología y su tasa de incidencia está aumentando debido a distintas causas, como aumento de la edad en contraer matrimonio y el nivel socioeconómico de la comunidad, entre otros. En el dolor por cesárea, la incisión quirúrgica es la responsable de liberación de sustancias nociceptivas que estimulan a los nociceptores periféricos, activando a las fibras relativas de tipo C y A-delta. Del mismo modo, las contracciones uterinas post-cesárea son las responsables de la activación de los mecanorreceptores, liberando de sustancias responsables de la inmunidad celular y del proceso inflamatorio. En ambos casos, ya sea por trabajo de parto o cesárea, esta liberación de sustancias, activa a los mecanismos de sensibilización periférica y central, por lo que respuestas sensitivas como alodinia e hiperalgesia secundaria pueden estar presentes. De allí, que el manejo inadecuado del dolor postoperatorio en postparto o postcesárea puede afectar de forma significativa el bienestar de la madre y el neonato; esto es debido a que en presencia de dolor se retrasa la deambulación, el tiempo de inicio de la ingesta y la ventilación presenta un patrón restrictivo que condiciona a la acumulación de secreciones. Estas alteraciones, en conjunto, favorecen el desarrollo de complicaciones como lo son el íleo, atelectasias, neumonía, trombo embolismos; así mismo, la liberación de catecolaminas inhibe la secreción de oxitocina, con lo cual la producción de leche materna disminuye o se suspende.

Manejo del dolor durante el trabajo de parto El estándar de manejo es una analgesia de la columna vertebral, para Whizar (2009), significa controlar el dolor desde la cintura hacia abajo. Los tipos de anestesia que pueden indicarse durante el trabajo de parto y el parto mismo son:

a. Anestesia peridural: es el tipo más frecuente de analgesia en el trabajo de parto es la denominada peridural en la que el médico instala un catéter por fuera del saco de líquido que rodea la médula espinal, denominado espacio epidural, mediante el que inyecta un medicamento que insensibiliza o bloquea la sensibilidad para que el paciente no experimente dolor.

A través de este catéter, la paciente puede recibir más medicamentos en la medida en que lo necesite sin necesidad de una nueva punción.

b. Anestesia combinada espinal-epidural: en ella se combina una anestesia espinal llamada también raquídea con una anestesia peridural para aprovechar las ventajas de ambas. Este tipo de anestesia comienza a hacer efecto inmediatamente y funciona bien para procedimientos más cortos mientras que la anestesia epidural es más indicada para procedimientos más prolongados. De allí que la combinación de ambas suele ser una buena opción para manejar el dolor.

c. Alternativas analgésicas: existen otras alternativas analgésicas. Sin embargo, poseen una menor efectividad en el alivio del dolor y pudieran tener más efectos indeseados que la llamada anestesia del neuroeje. Entre estas se incluyen los fármacos opioides o endovenosos y/o la inhalación de óxido nitroso, que tiene efecto analgésico.

d. Alternativas no farmacológicas: pueden ser utilizadas como complemento para retrasar la administración de la anestesia medicamentosa e incluyen técnicas como la hipnosis, reiki, yoga y esferoterapia, las que son realizadas en la sala de parto, también son alternativas la terapia de calor y frío, el

hipnotismo, la musicoterapia y aromaterapia. En un estudio realizado por Olapour et al (2013), para el alivio del dolor después de la cesárea, encontraron una reducción significativa en el dolor después de la inhalación de lavanda y podría ser utilizado como una parte del tratamiento analgésico multimodal después de una cesárea. (dolor de parto capítulo 3)

## **6. escalas del dolor**

Escalas de dolor Es fundamental evaluar el grado o intensidad del dolor postoperatorio. Esta evaluación es compleja, teniendo en cuenta que el dolor es una experiencia subjetiva de origen multifactorial. Además, el nivel de consciencia en el postoperatorio puede estar alterado lo que dificulta aún más esta valoración. Las escalas de dolor ponen valor objetivo a la experiencia dolorosa, evitan sesgos derivados de creencias y percepciones y se pueden aplicar a todos los pacientes independientemente de la edad o el nivel cultural. Permiten evaluar de forma continua el dolor y el plan terapéutico, son de uso sencillo y útiles para todos los tipos de dolor. Las escalas del dolor subjetivas pueden clasificarse en: Unidimensionales: Solo evalúan la intensidad del dolor postoperatorio. Algunos ejemplos son la escala visual analógica (Fig. 1.8-2), la escala numérica o la descriptiva. Multidimensionales: Evalúan de forma global la respuesta nociceptiva. Las escalas objetivas son otra manera de evaluar el dolor mediante la observación del comportamiento y la actitud del paciente: expresión facial, movilidad, tensión muscular, postura corporal, tensión arterial, frecuencia cardíaca, etc. Si bien se puede evaluar, no son del todo fiables en determinados tipos de pacientes. Las escalas más utilizadas en el periodo postoperatorio son la escala numérica verbal (ENV), la escala visual analógica

(EVA), que miden el dolor de 0 (no dolor) hasta 10 (máximo dolor imaginable), y la escala Andersen.

#### 6.- Estrategias terapéuticas en el dolor agudo postoperatorio Etapas

- Primera etapa, etiológica: Se debe intentar determinar el carácter agudo o crónico, mecanismo fisiopatológico e interrogar al paciente para conocer su contexto familiar, psicosocial y médico-legal. Se realizará un examen clínico detallado y las pruebas complementarias necesarias.
- Segunda etapa, evaluativa: Evaluar la intensidad del dolor, estimar el impacto sobre la calidad de vida y conocer tratamientos analgésicos previos.
- Tercera etapa, farmacológica: El objetivo es reducir la transmisión del dolor y favorecer los mecanismos inhibidores. La base del tratamiento del dolor postoperatorio es farmacológica, principalmente con antiinflamatorios no esteroideos y opiáceos. También existen una serie de fármacos que tienen efecto analgésico en determinados síndromes dolorosos: son los «coanalgésicos» o analgésicos adyuvantes; por ejemplo, los antiepilépticos del tipo de la gabapentina o los antidepresivos tricíclicos son eficaces en el tratamiento del dolor neuropático.
- Cuarta etapa, abordaje global: Mediante un enfoque multidisciplinario y un planteamiento integral sin olvidar la esfera psicológica.

[https://aula.campuspanamericana.com/\\_Cursos/Curso01417/Temario/Curso\\_Dolor/T1.8\\_Texto.pdf](https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Curso_Dolor/T1.8_Texto.pdf)

#### **Opioides Neuroaxiales y Adyuvantes**

La anestesia neuroaxial es recomendada como la modalidad anestésica preferida para la operación cesárea por la Sociedad Americana de Anestesia (ASA) <sup>5</sup>. En la actualidad, el riesgo asociado de mortalidad materna dependiente de la

técnica anestésica para operación cesárea es similar entre la anestesia regional y la anestesia general [6](#).

Los opioides neuroaxiales proveen una analgesia post operación cesárea de alta calidad [7](#). Actúan en los receptores opioides que están distribuidos en el sistema nervioso central, fundamentalmente en el cerebro y la médula espinal. Sus receptores se dividen en 3 clases:  $\mu$  (mu),  $\kappa$  (kappa) y  $\delta$  (delta); siendo los receptores  $\mu$  los que están más asociados con la analgesia.

Los opioides se pueden clasificar según su lipofilidad. Los opioides más lipofílicos como el sufentanil y el fentanil, optimizan en gran medida la calidad de la anestesia intraoperatoria, ya que tienen un inicio de acción más rápido pero una duración más corta, que los que tienen menor lipofilidad, siendo el tiempo medio de efecto del fentanil neuroaxial aproximadamente 4 horas [8](#). En cambio, los opioides hidrofílicos como la morfina tienen una duración mayor, entre 14 y 36 horas, pero con un inicio de acción más tardío, en comparación con los opioides que tienen mayor lipofilidad [9,10](#). La dosificación óptima de la morfina intratecal es aún incierta. La dosis de la morfina intratecal está relacionada con la duración del efecto más que con la eficacia analgésica. Dosis mayores de 100 mcg prolongan el tiempo requerido para una analgésica de rescate en promedio 4,5 horas en comparación a dosis menores de 100 mcg [10](#). Si bien el uso de morfina intratecal se ha considerado como el patrón de referencia entre los opioides neuroaxiales, no está exento de efectos adversos. Uno de los efectos adversos más graves asociado con el uso de opioides neuroaxiales es la depresión respiratoria. Las pacientes obstétricas con índices de masa corporal altos, antecedentes de apnea obstructiva del sueño o patologías pulmonares previas tienen un riesgo mayor de presentar depresión respiratoria inducida por opioides [11](#). Es por eso por lo que la ASA en su guía para la prevención, detección y manejo de la depresión respiratoria inducida por la

administración de opioides neuroaxiales del año 2016, recomienda la monitorización de la ventilación, oxigenación y estado de alerta, durante al menos las 24 horas post administración de morfina intratecal [12](#). Si bien el principal problema potencial es la depresión respiratoria, su incidencia es tan baja que la Sociedad Americana de Obstetricia y Perinatología ha publicado un consenso sobre su uso en operación cesárea, en las que han desestimado la monitorización de frecuencia respiratoria horaria en pacientes de bajo riesgo [13](#). En relación con otros efectos adversos típicos de la administración de opioides intratecales, tales como las náuseas, vómitos y prurito, su incidencia está en correlación directa con la dosis de morfina administrada. La incidencia de los efectos adversos es significativamente menor con dosis menores a 100 mcg de morfina intratecal [10](#).

El uso de adyuvantes no opioides neuroaxiales, ha sido un tópico de gran interés para poder reducir la dosis de opioides y, en consecuencia, sus efectos adversos. La clonidina neuroaxial ha sido estudiada como adyuvante, pero se ha asociado a sedación e hipotensión, instaurando la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA) una alerta en contra del uso de la clonidina neuroaxial por el riesgo de inestabilidad hemodinámica [14](#). La neostigmina, también ha sido usada como adyuvante neuroaxial, pero no ha demostrado ser un buen coadyuvante por sus efectos colaterales importantes, como su alta incidencia de náuseas y vómitos [14](#).

Tres estudios en relación con la administración intratecal de dexmedetomidina demuestran que su uso extiende la duración del bloqueo motor y sensitivo, reduciendo los requerimientos analgésicos [15](#). La dexmedetomidina usada de forma apropiada proporciona una buena analgesia postoperatoria sin efectos adversos maternos o neonatales [16](#). Las dosis estudiadas fluctuaron entre 5 y 10 mcg, Dosis superiores a 15 mcg se asocian a hipotensión y bradicardia [17](#). No

obstante lo antes mencionado, no existen estudios de seguridad del uso de la dexmedetomidina por vía intratecal, por lo que el recomendar su empleo es algo prematuro y que pudiese no estar exento de complicaciones.

### **Analgésicos No-Opioides**

El uso de analgesia multimodal es importante para optimizar la calidad de la analgesia postoperatoria y disminuir así el requerimiento de opioides en el periodo postparto. El uso de fármacos antiinflamatorios no esteroidales (AINEs) es un componente clave de la analgesia multimodal. Los AINEs disminuyen entre 30% a 50% el requerimiento de opioides <sup>18</sup>, lo que reduce la incidencia de efectos adversos asociados a estos últimos <sup>19</sup>. En pacientes sin contraindicaciones, los AINEs debiesen ser administrados de forma rutinaria en el periodo postparto. Existen pocos estudios que evalúen la eficacia de los inhibidores de la ciclooxigenasa 2 (COX-2) para la analgesia post operación cesárea, sugiriendo la evidencia disponible, que tienen eficacia limitada <sup>20</sup>; por lo que debiesen ser reservados para pacientes intolerantes a los AINEs no selectivos.

En el contexto perioperatorio, el acetaminofeno disminuye el requerimiento de opioides de aproximadamente 20% <sup>19</sup>. Como provee una analgesia efectiva con mínimos efectos adversos y escasa excreción a través de la leche materna<sup>21</sup>, el acetaminofeno es un componente importante de la analgesia multimodal. El uso combinado de AINEs y acetaminofeno tienen un efecto sinérgico. Debido a este sinergismo, es altamente aconsejable que ambas drogas sean utilizadas en conjunto. Es así como, por ejemplo, la administración combinada de diclofenaco y acetaminofeno en pacientes intervenidas de una operación cesárea reduce en 38% el uso de morfina, en comparación al uso de acetaminofeno como droga única <sup>22</sup>.

Los glucocorticoides tienen propiedades analgésicas, antieméticas y antiinflamatorias. Una dosis única de dexametasona preoperatoria reduce el dolor en comparación con el placebo en pacientes con anestesia general [23](#), además de disminuir la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios [24](#). Se han descrito dosis de entre 1,25 hasta 20 mg, sin haberse determinado aún las dosis óptimas [23](#). La administración de una dosis única de 0,05 mg/Kg endovenoso previo a la operación cesárea bajo anestesia espinal fue útil en reducir el dolor posoperatorio en las primeras 16 horas en comparación con pacientes que recibieron placebo [25](#). Más de la mitad de las pacientes que recibieron dexametasona, presentaron prurito perianal. No existen otros estudios que validen la administración de dexametasona previo a la operación cesárea como útiles en reducir el dolor post quirúrgico.

La gabapentina es una droga anticonvulsivante con propiedades analgésicas significativas. Se une a canales de calcio voltaje-dependientes ubicados en el terminal pre-sináptico de los ganglios de las raíces dorsales y de las neuronas del asta posterior de la medula espinal, previniendo así la liberación de neurotransmisores excitatorios [26](#). Ha sido usado en diversas cirugías, ya sea de forma preventiva o como suplemento analgésico postoperatorio. En pacientes sometidas a operación cesárea existen resultados controversiales. Estudios iniciales han sugerido que una dosis única de 600 mg preoperatorio disminuye el dolor postoperatorio y mejora la satisfacción materna [27](#), pero estudios posteriores no han logrado validar dichos resultados [28](#). La gabapentina presenta además efectos adversos frecuentes como sedación y mareo, presentando además una alta transferencia placentaria y excreción por la leche materna [29](#). Es debido a la poca evidencia científica en relación a su eficacia analgésica, como también, a la preocupación por los efectos adversos maternos y

neonatales, que no es aconsejable su uso de forma rutinaria en pacientes sometidas a operación cesárea.

El uso de ketamina con el objetivo de disminuir el dolor postoperatorio en operación cesárea es incierto. Para algunos autores, el uso de la ketamina no provee beneficios en el manejo del dolor post operatorio en pacientes sometidas a una operación cesárea [30,31](#). Sin embargo, otros estudios han demostrado que el uso de ketamina es útil y logra disminuir el consumo de opioides postoperatorios [32,33](#). Sin embargo, dado los efectos psico miméticos de la ketamina, los que podrían dificultar el cuidado del recién nacido por la madre en el postoperatorio inmediato, este fármaco no debiera ser considerado en una estrategia de primera línea.

### **Anestesia Loco-Regional**

La infiltración de la herida quirúrgica mediante el uso de anestésicos locales por inyección única al término de la operación cesárea es limitada; especialmente en el contexto de pacientes que han recibido morfina intratecal, AINEs y acetaminofeno. Se ha mostrado más beneficioso el uso de infiltración continua mediante la inserción de un catéter, debido a que la infiltración única provee una duración limitada de la analgesia [34,35](#). Para esto, los catéteres deben ser instalados subfaciales, para lograr una mejor analgesia, en comparación con catéteres instalados subcutáneos o supra faciales [36](#). Algunos estudios han descrito que con la instilación continua de anestésicos locales en la herida quirúrgica se pueden reducir los índices de dolor, el uso de opioides, y las náuseas y vómitos secundarios al uso de opioides, hasta 48 horas postoperatorias en comparación con el uso de placebo [34,35](#). Es importante destacar que, si la instilación continua de anestésicos locales es usada, debe ser en el contexto de una analgesia multimodal, ya que la infiltración de la herida tratará sólo el dolor somático y no el dolor visceral.

El uso de Bloqueo del Plano Transverso Abdominal (TAP) en el momento de la operación cesárea puede disminuir de forma significativa el dolor y el uso de opioides en pacientes que han sido operadas bajo anestesia general y en pacientes que han recibido anestesia neuroaxial sin morfina intratecal [37](#). Estudios comparativos en la calidad de la analgesia post operatoria en operación cesárea entre el TAP versus la administración de morfina intratecal, el primero resultó ser inefectivo [38,39](#), incluso cuando se utilizó como complemento de la administración de morfina intratecal [40](#). La probable explicación de esto es que la morfina intratecal por si sola ofrece un adecuado control tanto del dolor somático como visceral, en cambio el TAP, al igual que la infiltración de herida operatoria, es efectivo solo en el dolor somático [37](#). La duración del bloqueo sensorial de esta técnica va entre 6 a 12 horas, con un promedio de 9 horas [41](#). Cabe destacar que, en cuanto a efectividad analgésica, hay estudios que señalan que no hay diferencias entre el TAP y la infiltración de la herida operatoria [42](#).

### **Implicancias de una analgesia postoperatoria deficiente o inadecuada**

Una potencial y poco agradable complicación que puede ser originada por una inadecuada o deficiente analgesia post cirugía es el dolor crónico post quirúrgico (DCPQ), el que es reconocido como un problema clínico mayor. Este es definido por la asociación internacional para el estudio del dolor (IASP) como todo dolor continuo persistente o intermitente que perdura por más de 3 meses después de una cirugía [43](#). El DCPQ tiene negativas implicancias en la vida cotidiana de los pacientes y afecta su salud y calidad de vida. Tiene una incidencia global que oscila entre 10 y hasta 50% de los pacientes de acuerdo con las diferentes intervenciones [44](#). La evidencia actual, sitúa la incidencia del DCPQ para la operación cesárea en rangos bajos, que oscilan entre el 1 y el 18% de las pacientes [45,46,47](#). En un reciente metaanálisis de Weibel et al. [48](#), sitúa la incidencia del DCPQ en pacientes post operación cesárea entre los rangos de

15% a los 3 meses y de 11% a los 12 o más meses post cirugía, el que se ha mantenido estable en los últimos años. En relación con la intensidad del dolor, hasta los 12 meses este es moderado a severo en 34,1 % de las pacientes; cifra que disminuye a 30,1% después de los 12 meses.

Dentro de los factores identificables para que una paciente presente un mayor riesgo de desarrollar DCPQ post operación cesárea están: pacientes con cirugías abdominales previas, operación cesárea anterior, pacientes en tratamiento por dolor crónico, depresión u otros trastornos psicológicos en tratamiento o diagnosticados post parto y la utilización de anestesia general. En relación con la calidad de la analgesia post cirugía de operación cesárea, existe una directa relación entre el dolor agudo experimentado y la posibilidad de desarrollar DCPQ. Así entonces, las pacientes que presentan altos índices de dolor en el periodo postoperatorio tienen alta incidencia del dolor crónico post operación cesárea <sup>49</sup>. No existe relación a desarrollar dolor crónico según el tipo de indicación de la operación cesárea (electiva o urgencia); como tampoco en relación si en la técnica quirúrgica de esta se efectúa o no peritonización <sup>48</sup>.

Dentro de las estrategias de tratamiento recomendados para prevenir el DCPQ se encuentran la implementación de analgesia preventiva; es decir la administración de fármacos previo al inicio de la operación. En esta fase, la gabapentina y el celecoxib son los fármacos más útiles. Cabe señalar, que existe un número muy reducido de estudios que hayan abordado este tópico en pacientes beneficiarias de una operación cesárea y en particular, la gabapentina no está recomendado su uso en pacientes cesarizadas

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262018000600635](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000600635)

	febrero	marzo	abril	M a y o	junio	Julio	Agosto
Inicio de plan de tesis	24 de febrero del 2024						
Búsqueda de temas	28 de febrero del 2024						
Elección de tema de investigación		02 de marzo del 2024					
Revisión de bibliografía		05 de marzo del 2024					
Primer revisión y corrección del tutor		09 de marzo del 2024					
Segunda revisión y corrección del tutor de la parte de hipótesis y metaparadigma		16 de marzo del 2024					
Recolección de datos de encuesta		27 de marzo del 2024					
Recolección de datos del Capítulo II Y III			03 de abril del 2024				
Tercera revisión y correcciones del tutor			06 de abril del 2024				



CUESTIONARIO  
ALUMNOS UDS

Mi Universidad

**Encuesta relacionada a proceso de atención en enfermería a pacientes con dolor agudo post quirúrgicos con enfoque a Gineco-obstetricia”**

1. ¿Consideras que la atención del dolor es un derecho humano básico irrevocable?
  - A) SI
  - B) NO
  
2. ¿Que escalas conoces para evaluar el dolor?
  - A) ESCALA NUMÉRICA (NRS)
  - B) ESCALA VISUAL ANALOGICA (EVA)
  - C) ESCALA FACIAL O ESCALA DE PAINAD
  - D) OTROS: \_\_\_\_\_
  - E) NINGUNO
  
3. ¿Reconoces los signos de alarma del dolor?
  - A) SI
  - B) NO
  
4. ¿Sabes que genera el dolor?
  - A) SI
  - B) NO
  - C) ME INTERESA SABERLO
  
5. ¿Existen Cambios en los signos vitales por nivel de dolor?
  - A) SI
  - B) NO
  - C) EN LA TENSION ARTERIAL UNICAMENTE
  - D) EN LA TEMPERATURA CORPORAL
  - E) EN LA FRECUENCIA CARDIACA
  - F) EN LA FRECUENCIA RESPIRATORIA
  - G) EN LA SATURACION DE OXIGENO
  
6. ¿conoces el manejo adecuado del dolor?

- A) SI
- B) NO

7. ¿el dolor agudo puede volverse crónico?

- A) SI
- B) NO

8. ¿Crees que el dolor post quirúrgico agudo puede ser mortal?

- A) SI
- B) NO

9. ¿el dolor es causa de un retroceso en la mejora del paciente?

- A) SI
- B) NO

10. ¿conoces las intervenciones de control del dolor?

- A) SI
- B) NO

11. ¿Conoces algunos analgésicos para calmar el dolor agudo?

- A) SI
- B) NO
- C) CUAL: \_\_\_\_\_

12. ¿crees que un buen control del dolor ayuda a la mejora de salud y pronta recuperación del paciente?

- A) SI
- B) NO