



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría de Posgrados e Investigación
Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería

Manejo del Dolor en Pacientes Postoperados

Para obtener el grado de:

Especialidad en Enfermería Quirúrgica

L.E. Estela Judith Rebollar Anonales

Asesor:

L.E. /Esp. Juan Carlos García Villa

Puebla, México. Febrero 2021.



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice.

Resumen.	5
Capítulo I	
Introducción.	
1.1 Problema de investigación.	6
1.1.1 Pregunta de investigación	9
1.2 Justificación	10
1.3 Objetivo	14
1.3.1 Objetivo general	14
1.3.2 Objetivos específicos	14
Capítulo II	
Marco de Investigación	
2.1 Marco Normativo	15
2.1.1 Derivación teórico – conceptual	17
2.2 Definición de términos conceptuales y operacionales	20
2.2.1 Definición de términos operacionales	20
2.2.2 Definición de términos conceptuales	24
2.3 Revisión de la bibliografía	28
Capítulo III	
Método	
3.1 Enfoque metodológico	29
3.2 Diseño de la investigación	29
3.3 Población y muestra	29
3.3.1 Población	29
3.3.2 Tamaño de la muestra	29
3.4 Criterios de Selección	30
3.4.1 Criterios de inclusión	30
3.4.2 Criterios de exclusión	30
3.4.3 Criterios de eliminación	30
3.5 Procedimientos de medición de variables y recolección de datos	30
3.6 Instrumentos de medición	31
3.7 Aspectos éticos	31
3.8 Estrategias de análisis de datos	33
Capítulo IV	
4.1 Descripción de los datos	34
4.2 Discusión.	50
4.3 Conclusión	51
4.4 Recomendaciones	52
Lista de referencias	53

Tabla 1.	Sexo del participante	34
Tabla 2.	Edad del participante	34
Tabla 3.	Grado académico del paciente	35
Tabla 4.	Cirugías previas	35
Tabla 5.	¿Tiene alguna enfermedad que le ocasione que le suba la presión?	36
Tabla 6.	¿Lo han hospitalizado anteriormente?	36
Tabla 7.	¿Se droga?	37
Tabla 8.	Menor dolor sufrido en las primeras 24 hrs.	38
Tabla 9.	Peor dolor sufrido en las primeras 24 hrs.	38
Tabla 10.	Dolor intenso en las primeras 24 hrs.	39
Tabla 11.	Limitación por dolor para hacer actividad en cama.	40
Tabla 12.	¿El dolor puede afectar su estado de ánimo y emociones?	42
Tabla 13.	Efectos secundarios del paciente por dolor	44
Tabla 14.	Dolor en las primeras 24 hrs.	45
Tabla 15.	Participación del paciente en el tratamiento del dolor	45
Tabla 16.	Satisfacción del tratamiento	46
Tabla 17.	Información sobre las opciones del tratamiento del dolor y su utilidad.	47
Tabla 18.	Uso de método no farmacológico al dolor.	48
Tabla 19.	Recomendación de uso no farmacológico al dolor.	49

Índice de Apéndices.

Apéndices y Materiales Complementarios.

Apéndice A.	“Carta de autorización de tema de investigación”	60
Apéndice B.	“Carta compromiso de asesor principal de tesis”	61
Apéndice C.	“Carta Co-asesor de tesis”	62
Apéndice D.	“Cesión de derechos”	63
Apéndice E.	“Oficio de solicitud de aplicación de encuestas”	64
Apéndice F.	“Carta de consentimiento informado”	64
Apéndice G.	“Cedula de características sociodemográficas”	65
Apéndice H.	“Instrumento de recolección de datos”	66
Apéndice I.	“Cronograma de actividades realizadas”	69

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que la “calidad” en asistencia sanitaria consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos adversos y su máxima satisfacción. El alivio del Dolor Postoperatorio (DPO) es un reto médico importante, pues su tratamiento en la actualidad continúa siendo deficiente, lo cual representa un problema de salud pública internacional (Gómez, García y López, 2016).

El objetivo de este estudio fue determinar el correcto manejo del dolor postoperatorio, conocer la intensidad del dolor en el paciente postoperado mediante la escala horizontal de valoración de dolor y con qué frecuencia se usan los métodos no farmacológicos y cuales para el tratamiento del dolor. El diseño de la investigación es de tipo cuantitativo descriptivo y corte transversal en una población que se conformó por 29 pacientes postoperados, hombres y mujeres, con una edad entre 18 a 70 años. Para conocer la intensidad de dolor en los pacientes postoperados se utilizó el instrumento: Estimación de la prevalencia, intensidad del dolor postoperatorio y satisfacción de los pacientes postoperados, el cual contiene 12 ítems (Vargas et al 2020). Obteniendo el Alfa de Cronbach de .854

La investigación no fue favorable desde la perspectiva del paciente postoperado, por la inadecuada analgesia, probablemente el mal manejo del dolor, y la poca atención para el paciente, se coincide con los autores Erazo y Molina, 2020.

Capítulo I

Introducción

1.1 Problema de Investigación

Actualmente el dolor constituye un problema de salud pública, por las repercusiones sociales y económicas que provocan daños en la calidad de vida de las personas. Es definida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) en el año 1979, como una experiencia sensorial y emocional desagradable, generada por el daño a los tejidos de manera real o potencial, el cual se puede evaluar, solo por la afirmación de quien lo sufre. Una valoración adecuada por parte de enfermería sobre el dolor de los pacientes es fundamental (Chambi, 2019).

El dolor postoperatorio severo no es inocuo, tiene efectos dañinos en la recuperación a corto y largo plazo, afectando a los pacientes y a veces también a su familia, el dolor degrada la calidad de vida del paciente y de su familia, aumenta la utilización de los servicios de salud e incrementa los costos asociados, el dolor severo en el postoperatorio es uno de los factores de riesgo más consistentes, para el desarrollo de dolor crónico postquirúrgico, se presenta del 10% hasta el 50% de los pacientes después de la cirugía, de los factores de riesgo conocidos, el dolor es posiblemente uno de los pocos factores que pueden ser modificados por los profesionales de atención médica (Zaslansky, Chapman y Meissner, 2019).

Los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica experimentan en algún momento dolor de moderado a intenso, el dolor agudo postoperatorio (DAP) se asocia a un aumento de la morbilidad y de los costes, a una disminución del confort del paciente y a un riesgo más elevado de desarrollar dolor crónico, el manejo del dolor inadecuado es una de las condiciones de los

países en desarrollo, al ser manejado inadecuadamente puede llevar a morbilidad aumentada y hasta mortalidad, ya que se acompaña de respuestas hormonales, metabólicas y psicológicas como respuesta al trauma (Pérez, Sansaloni y Mora, 2016).

Las alteraciones cardiovasculares son junto a las complicaciones pulmonares una de las causas importantes de mortalidad postoperatoria, cerca del 23% de las muertes en el postoperatorio se asocian a complicaciones cardiovasculares, estas se producen como consecuencia de la liberación de catecolaminas por la hiperactividad simpática que comporta la existencia de dolor, tiene lugar un aumento de la frecuencia cardíaca y de las resistencias vasculares periféricas con el consiguiente incremento de la presión arterial media, del índice cardíaco y del consumo de oxígeno por parte del miocardio (Muñoz, Salmerón, Santiago y Marcote, 2017).

En Italia, dos encuestas sobre Dolor Postoperatorio (POPSI) muestran que hay muchas necesidades no satisfechas en el control del dolor postoperatorio, siendo los resultados de ambas encuestas prácticamente similares. En una encuesta sobre el dolor postoperatorio realizada en España a 237 miembros de la Asociación Española de Cirujanos (AEC), 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 importante es que el 76 % manifestó que no ha recibido ninguna formación específica sobre el dolor postoperatorio y el 95 % declaró que desearía recibirla (Pérez, Aragón y Torres, 2017).

En Estados Unidos el 80% de los pacientes sufren de dolor postoperatorio, con menos del 50% de esta población recibiendo un manejo adecuado de alivio del dolor, 75% presentan dolor de intensidad moderada a extrema, una de las principales complicaciones asociado a un manejo inadecuado de analgesia es el desarrollo de dolor crónico, se estima que entre 10 a 15% de los pacientes desarrollan dolor crónico independientemente de la cirugía realizada, 10 a 50% sucede a raíz de una intervención quirúrgica común. Se muestra un impacto negativo en el sistema de

salud al tener consecuencias a corto plazo como egreso tardío y recuperación lenta y a largo plazo como rehabilitación tardía y múltiples consultas (Quinde, 2017).

La ocurrencia del dolor postoperatorio es un evento fisiológico, el alivio inadecuado de esa experiencia puede significar mayores riesgos a la salud de las personas. Entre los efectos perjudiciales están incluidas las alteraciones neuroendocrinas que contienen respuestas de la hipófisis y glándulas adrenales, pudiendo ocasionar repercusiones negativas en diferentes sistemas del organismo, como el cardiovascular, el respiratorio y el gastrointestinal, además de efectos sobre el sistema nervioso central, el dolor postoperatorio de elevada intensidad también es un factor predictor para la cronicidad de esa experiencia (Carvalho, et al 2017).

El dolor persistente puede desarrollarse después de la cirugía del 5 al 10 % de los pacientes, dependiendo del tipo de cirugía. La incidencia de dolor crónico intenso es del 2 al 10 % y con mayor frecuencia es dolor de tipo neuropático. El dolor agudo postoperatorio presenta una elevada prevalencia (25 al 50 %) tras una cirugía con ingreso hospitalario. Su correcto manejo es de vital importancia, pues el dolor agudo mal controlado incrementa el riesgo de efectos adversos, retrasa la recuperación y favorece el desarrollo de dolor crónico (Pascual y Martínez, 2018).

1.1.1 ¿Cuál es el manejo del dolor en pacientes postoperados?

1.2 Justificación

El alivio del dolor es un reto que requiere de la participación de todo el equipo multidisciplinario involucrado en la atención. Existe evidencia de que un adecuado alivio del dolor no solo aumenta el confort y la satisfacción de los pacientes, sino que además contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria y en algunos casos reduce la estancia hospitalaria, el alivio del dolor depende de su manejo por los profesionales de salud, donde enfermería juega un rol fundamental en su valoración, manejo de la medicación y educación al paciente (Herrera, 2017).

Actualmente el manejo farmacológico de la analgesia postoperatoria por sí misma es insuficiente para mejorar los resultados postoperatorios y la recuperación funcional del paciente. Por este motivo, diferentes protocolos multimodales para mejorar la recuperación postoperatoria han sido desarrollados y en los que se incluyen aspectos importantes en diferentes ámbitos y dimensiones del paciente: la disminución de las respuestas de estrés quirúrgico y el riesgo de disfunción orgánica, la optimización del control perioperatorio de la fluidoterapia y de la temperatura, la disminución del uso de drenajes innecesarios sondas, catéteres, etc., la ingesta enteral precoz y la movilización precoz (Schug, Vijayan y Tanra, 2017).

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 (DAP) como estructuras organizadoras, promovidas por un grupo independiente de anestesiólogos y unidades de dolor agudo (GREUDA). La American Pain Society (APS) ha publicado recientemente una guía que incluye 32 recomendaciones para el buen manejo del dolor postoperatorio, promoviendo la aplicación efectiva y segura del tratamiento, en la que la clave está en el uso de técnicas

multimodales, combinando medidas no farmacológicas, farmacológicas y técnicas de anestesia regional periférica (Pérez, Aragón y Torres, 2017).

Las modalidades farmacológicas para dolor postoperatorio son actualmente analgésicos por vía intramuscular, subcutánea, intravenosa, oral, rectal y transdérmica, perfusión continua y administración controlada por el paciente de opioides y/o aines, y bolos intermitentes y/o perfusión continua de opioides intratecales. Existe además de los métodos farmacológicos una serie de terapias alternativas, las cuáles se hará buen uso de ellas, la escala visual analógica (EVA), es un instrumento válido para su evaluación antes y después de las terapias aplicadas (Cabezas, 2020).

Los programas de cirugía fast-track o rehabilitación precoz o intensificada han cambiado por completo el curso perioperatorio de los pacientes. Se basan en la aplicación de 10 a 20 medidas perioperatorias, con el objetivo de acelerar la recuperación postoperatoria (PO) disminuyendo la respuesta al estrés quirúrgico, las complicaciones, la estancia media y los reingresos, los programas de fast-track han impulsado el concepto de analgesia libre de opioides (opioid-free analgesia) para evitar los efectos secundarios como las náuseas, vómitos o el íleo postoperatorio, que pueden retrasar el curso postoperatorio (Pérez, Sansaloni, Rodríguez, Ribera y Fernández, 2017).

Hay 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 adecuado manejo del dolor es un indicador de buena práctica clínica y de calidad asistencial (Guerrero, et, al, 2017).

Se han propuesto numerosas combinaciones en función del tipo de cirugía, los factores clínicos individuales e incluso según las preferencias del paciente, en general, el uso de anestésicos locales en técnicas de anestesia regional ha demostrado su eficacia en combinación con analgésicos sistémicos para procedimientos quirúrgicos en extremidades, abdomen y tórax, diferentes estudios farmacológicos han explicado la interacción sinérgica y han validado la efectividad clínica de diferentes asociaciones (López, López y Vázquez, 2017).

La analgesia unimodal resulta exigua, por lo que se sugieren en la actualidad las terapias multimodales, en las que se armonizan diferentes formas de administración y diversos fármacos analgésicos o anestésicos, provocantes de una acción sinérgica donde incrementa su potencia analgésica, reduce sus dosis y la probabilidad de manifestación de sus efectos secundarios. Este estudio revisa los más recientes enfoques en el manejo del dolor en el postoperatorio (Guamba, Herrera, Gallardo, Morales y Pazmiño, 2019).

Las guías basadas en la evidencia ahora recomiendan el uso de combinaciones de dos o más analgésicos o técnicas con diferentes dianas terapéuticas o mecanismos de acción, analgesia “multimodal” o “balanceada”. Los avances en analgesia multimodal han permitido una mejor analgesia, la reducción de los requerimientos de opioides, la reducción de los efectos adversos de los opioides. Diferentes protocolos multimodales para mejorar la recuperación postoperatoria han sido desarrollados y en los que se incluyen aspectos importantes en diferentes ámbitos y dimensiones del paciente (Barroso, 2017).

Las medicinas complementarias y alternativas (CAM) constituyen una amplia y compleja combinación de intervenciones, filosofías, enfoques y terapias que adoptan un punto de vista holístico de la atención: el tratamiento de la mente, el cuerpo y el espíritu. Las terapias complementarias son aquellas que se utilizan conjuntamente con la medicina convencional los

pacientes no tienden a informar con frecuencia a su médico de cabecera sobre el uso de terapias alternativa, pues perciben en ellos profesionales poco receptivos a estas modalidades de tratamiento del dolor, las cuales han demostrado efectividad (Iglesias, González, García y González, 2021)

El uso de las terapias complementarias permite centrar el cuidado de la persona desde un enfoque holístico y debido a sus efectos analgésicos, podemos utilizarlas en el tratamiento del dolor. Una de las terapias complementarias que se utiliza para aliviar el dolor agudo postoperatorio es la musicoterapia, la Federación Mundial de Musicoterapia (FEAMT) revisó la definición en 2011, y estableció que consiste en “el uso profesional de música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades buscando optimizar su calidad de vida, y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional e intelectual, así como su bienestar (Leo, 2018).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Determinar el correcto manejo del dolor postoperatorio por parte del profesional de enfermería.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la muestra del estudio.
- Conocer la intensidad del dolor en el paciente postoperado, mediante la escala horizontal de valoración del dolor.
- Conocer con qué frecuencia se usan los métodos no farmacológicos para el tratamiento del dolor.

Capítulo II

Marco de investigación

2.1 Marco Normativo

La Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD) capítulo México de la IASP, se ha dado a la tarea de estandarizar el conocimiento básico del manejo de dolor para todo el personal de salud, mediante el Curso de Apoyo Avanzado en Dolor Agudo (AADA) y ha creado una versión más avanzada para anestesiólogos: Curso de Apoyo Avanzado en Dolor Agudo Perioperatorio (AADAP). Este último hace recomendaciones de manejo desde un abordaje perioperatorio con enseñanza basada en casos clínicos y minitalleres (Garduño, Nuche y Monroy, 2019).

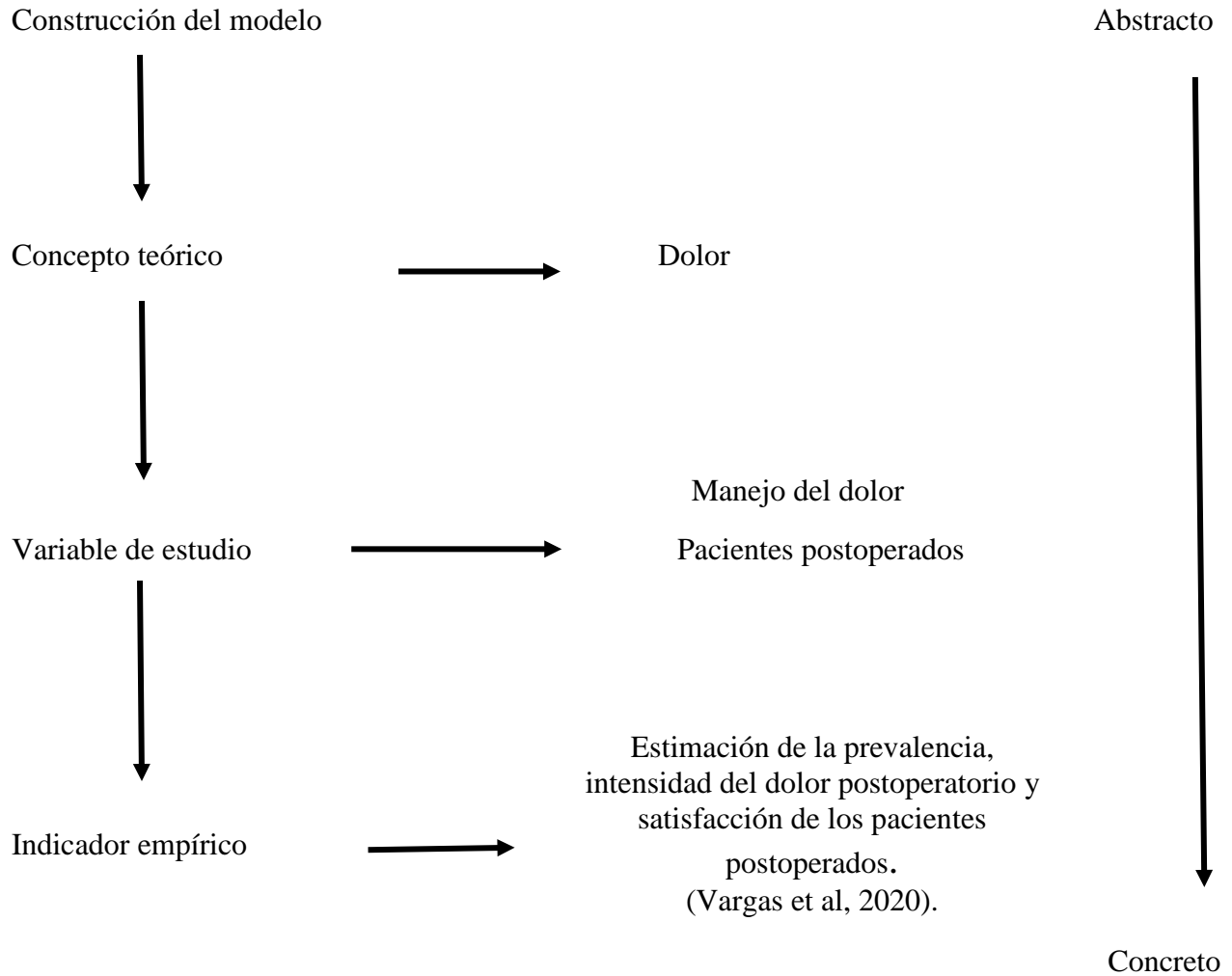
La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que la “calidad” en asistencia sanitaria consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos adversos y su máxima satisfacción. El alivio del Dolor Postoperatorio (DPO) es un reto médico importante, pues su tratamiento en la actualidad continúa siendo deficiente, lo cual representa un problema de salud pública internacional (Gómez, García y López, 2016).

Un adecuado entendimiento de los mecanismos causantes del dolor es indispensable para la planeación de un régimen de tratamiento, principios, objetivos y responsabilidades, médicas, éticas y humanitarias para el manejo del dolor. Alivio del dolor “Analgesia”, este es el objetivo principal del tratamiento y todos nuestros esfuerzos estarán dirigidos hacia la obtención de una adecuada analgesia. Prevenir y minimizar efectos colaterales: Es fundamental que mediante la utilización adecuada de los medicamentos adyuvantes y la óptima dosificación del opioide, los

efectos colaterales del tratamiento, tales como somnolencia, náuseas, constipación, boca seca y otros sean reducidos al mínimo o eliminados (Ley General de Salud, 2014).

El abordaje del dolor propuesto por la OMS tiene 5 recomendaciones, que son la piedra angular para el adecuado manejo de la analgesia, la administración debe realizarse por vía oral (cuando sea posible su uso), con reloj en mano (intervalos fijos y regulares), se debe utilizar la escalera analgésica (analgésicos prescritos de acuerdo a la intensidad del dolor evaluada por una escala de intensidad), debe administrarse según el sujeto (dosis individualizadas y adaptadas) y debe darse una atención al detalle (Erazo y Molina, 2020).

**Derivación teórico
Conceptual**



Nota: Rebollar y García (2021)

2.2 Definición de Términos operacionales y conceptuales

2.2.1 Definición de Términos Operacionales:

Dolor Agudo Postoperatorio: Según la American Society of Anesthesiologists (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 (Ruedas y García, 2018).

IASP: Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (Pérez, 2020).

Complicaciones pulmonares: son una serie de hechos combinados de eventos pulmonares fatales y no fatales que se relacionan con cirugía y/o anestesia y se presentan desde el inicio del procedimiento hasta máximo al día 5-7 del postoperatorio, sin haber consenso en cuales eventos puedan considerarse como Complicaciones Pulmonares Postoperatorias (CPP), entre ellos están principalmente: atelectasias, neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo y bronco aspiración, por su mayor frecuencia y su fisiopatogenia asociada directamente al evento quirúrgico y en segundo plano: tromboembolia pulmonar, derrame pleural, edema agudo pulmonar cardiogénico, neumotórax y broncoespasmo por considerarse menos frecuentes y tener un componente de patología previa asociado (Bolívar, Magaña, Cázarez, Pamanes, Murúa y Peraza, 2020).

Analgesia multimodal: Es el uso de varios grupos analgésicos y técnicas, con diferente mecanismo de acción, combinadas con intervenciones no farmacológicas, que tienen efecto

aditivo o sinérgico y por lo tanto tienen más efectividad en el alivio del dolor (Hernández, Ramírez, Peña y Gordillo 2017).

EVA: Escala Visual Analógica, permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad (Herrero, Delgado, Bandrés, Ramírez y Capdevila 2018).

Fast-Track: También llamado Programa de Recuperación Intensificada (PRI) o Rehabilitación multimodal, y conocido en inglés como “Fast-track Surgery” o “Enhanced Recovery After Surgery” (ERAS), es la aplicación de una serie de medidas y estrategias perioperatorias destinadas a aquellos pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico, con el objetivo de disminuir el estrés secundario originado por la intervención quirúrgica y así lograr una mejor recuperación del paciente, una disminución de las complicaciones y la mortalidad (Manrique, 2016).

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. 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 (Domke, Contreras, Chassin y Carbonell, 2018).

Crioterapia: es una técnica no invasiva y costo-efectiva, que ayuda a disminuir el dolor secundario a un traumatismo al reducir la inflamación. Tiene pocos efectos colaterales debido a su naturaleza no farmacológica (Cabezas, 2021).

Analgésicos: son fármacos que eliminan o disminuyen el dolor sin provocar alteraciones importantes de la conciencia ni otras sensaciones (Romero, 2018).

PAIN OUT: es un sistema de gestión en calidad que consiste en un registro internacional, y tiene la finalidad de realizar auditorías internas que permiten la evaluación y la optimización del tratamiento de pacientes con dolor postoperatorio (Acosta y Garduño, 2019).

Servicios de Dolor Agudo (SDA): es un equipo multidisciplinario dedicado al estudio y el tratamiento de pacientes con dolor agudo, que garantiza la seguridad de las técnicas empleadas, gestiona la capacitación y actualización científica del personal de salud involucrado y audita la eficacia de los resultados. Los tratamientos están basados en la evidencia, y en procedimientos seguros y específicos para cada tipo de cirugía (Hernández y Castellanos, 2019).

2.2.2 Definición de Términos Conceptuales

Dolor: Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o similar a la asociada con daño tisular real o potencial” (IASP, 2020).

Comisión Nacional de Arbitraje Médico: es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, creado por decreto presidencial, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 3 de junio de 1996, para contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud así como a mejorar, la calidad en la prestación de los servicios médicos. Es por lo tanto, una institución que tiene por objeto contribuir a resolver en forma amigable y de buena fe los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de los mismos; que promueve y propicia la buena relación, el trato digno, los valores, el apego a la lex artis médica y la ética en la relación médico-paciente (CONAMED, 2020).

OPS: Es la organización internacional especializada en salud pública de las Américas. Fue fundada en 1902, es el Organismo Internacional especializado en salud más antiguo del mundo, y es la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas. Trabaja cada día con los países de la región para mejorar y proteger la salud de su población. Brinda cooperación técnica en salud a sus países miembros, combate las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas, fortalece los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres (OPS, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS): Es el organismo de las Naciones Unidas especializado en salud, integrado por 194 Estados Miembros. La OMS trabaja en todo el mundo para promover el grado máximo de salud que se pueda lograr para todas las personas, independientemente de su raza, religión, género, ideología política o condición económica o

social. La misión de la OMS es promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables. El acceso a una atención de salud asequible y adecuada es un derecho humano, y la atención sanitaria universal es un principio fundamental que guía la labor de la OMS (OMS, 2020).

Federación Europea del Dolor (EFIC) es una organización profesional multidisciplinar en el campo de la investigación del dolor y la medicina, constituida por 36 capítulos europeos (países) de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), contando con más de 20.000 socios profesionales de la salud que participan en la medicina del dolor (Gutiérrez, 2019).

Confort: Bienestar o comodidad (Real Academia Española, 2020).

Morbilidad Postoperatoria: Es aquella desviación del curso postoperatorio normal; esto implica conocer la normalidad de una evolución para estar atento a detectar estas desviaciones. De forma complementaria, podemos entender la morbilidad postoperatoria como todos aquellos eventos adversos que ocurren con ocasión de una cirugía (Espinoza y Espinoza 2016).

Nocicepción: A los mecanismos moleculares, celulares y sistémicos, su amplificación o depresión (García, 2017).

Medicina Tradicional: Es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales (OMS, 2014-2023).

AORN: Asociación de Enfermeras Registradas Perioperatorias que se fundó en 1949 para establecer una comunidad nacional de enfermeras de quirófano que buscaban compartir las mejores prácticas para los pacientes sometidos a cirugía (AORN, 2021).

Central de Equipos y Esterilización (CEYE): Es el área o servicio de una Unidad Médica cuyas funciones son: Obtener, centralizar, preparar, esterilizar, clasificar y distribuir el material de consumo, canje, ropa quirúrgica e instrumental médico quirúrgico a los servicios asistenciales de la Unidad Médica (Comité de Enfermería, 2018).

Edad: es un concepto lineal y que implica cambios continuos en las personas, pero a la vez supone formas de acceder o pérdida de derecho a recursos, así como la aparición de enfermedades o discapacidades (Rodríguez, 2018).

Satisfacción: la satisfacción del cliente es el principal criterio cuando se trata de determinar la calidad del producto o servicio, y es clave para la perdurabilidad de la empresa dado que influye en la decisión del cliente de repetir en la experiencia del servicio y su efecto multiplicador en términos de comunicación “boca en boca” (Morillo, 2016).

Anestesia: La palabra Anestesiología se deriva del griego, del prefijo an que significa sin y de la palabra aesthesis que significa sensación, literalmente pérdida de la sensibilidad (Carrillo, 2017).

Dolor postoperatorio: es de las mayores expresiones del dolor agudo por trauma directo a los tejidos (Hernández, Ramírez, Peña y Gordillo 2017).

Cirugía: La cirugía es una disciplina científica, rama de la medicina, en la que se utilizan las manos, o instrumentos manejados por éstas, para curar enfermedades o mejorar la salud (Taporosky et, al, 2017).

Pre-emptive analgesia: se relaciona con el momento de la administración de la intervención analgésica antes del insulto y se mide en términos de intensidad del dolor o resultados relacionados. El tratamiento preoperatorio es más efectivo que el tratamiento idéntico administrado después de la incisión o durante la cirugía. El punto clave es el momento de la administración «pre» insulto/cirugía (Rascón y Rojas, 2019).

Rotación de opioide: consiste en cambiar un fármaco opioide administrado por la misma vía al mismo fármaco por vía diferente o a otro opioide por otra vía de administración, esto con el objetivo de mejorar la analgesia, disminuir los efectos secundarios o por condiciones del paciente (Ferretiz y Cuellar, 2019).

Analgésicos coadyuvantes: son compuestos que tienen una baja potencia analgésica. Sin embargo, la sinergia con opioides incrementa su efecto y favorece una reducción en los eventos adversos de los narcóticos para el control del dolor postoperatorio (Garduño, Guizar, Torres, Segura, Londoño, Medina y Acosta, 2019).

(PCA) patient controlled analgesia: es la administración continua y/o intermitente de analgésicos opioides y no opioides a través de un dispositivo con dosis a demanda y control del paciente (Calderón, Luna, Urrea y Garduño, 2019).

Revisión Bibliográfica

García, González, Soto, Brito, Cabello y López (2018). Estiman que el 30% de los pacientes postoperados en algún momento experimentan dolor moderado y 70% dolor severo, situación que se relaciona con el aumento de la morbilidad, costos y disminución del bienestar. Es indispensable mejorar el tratamiento del dolor agudo postoperatorio aplicando métodos eficaces de control analgésico, atención organizada y sistemática, de acuerdo a las posibilidades de cada hospital ; lo anterior impactara de manera positiva en el bienestar del paciente y en su percepción de calidad de la atención, disminuyendo la morbilidad; y facilitando la recuperación del paciente esto favorecería una rápida movilización y rehabilitación disminuyendo los costos y los días de estancia hospitalaria.

Pérez, Sansaloni, Rodríguez y Fernández (2016). Realizaron un estudio observacional transversal mediante entrevista y revisión de historia clínica de 234 pacientes postoperados mostró una prevalencia de dolor en reposo, del 33 % y en movimiento del 66 %. El porcentaje de dolor intenso en reposo fue de 1,7 % y en movimiento de 7,3 %. Dos de los factores que se relacionaron con una mayor intensidad de dolor fueron el tipo de abordaje y el procedimiento quirúrgico. Los procedimientos más dolorosos al movimiento son la cirugía ortopédica (prótesis de rodilla y cadera), la de columna vertebral y la cirugía abierta de traumatología.

Osorio, et al, (2019). En México realizaron un ensayo clínico controlado, prospectivo, de corte longitudinal, en 32 pacientes divididos en 16 por grupo experimental y control, tienen como objetivo evaluar el efecto de la risoterapia en el manejo del dolor en pacientes pediátricos postoperados de apendicetomía versus pacientes que reciben tratamiento farmacológico, la disminución del dolor mediante la risoterapia es efectiva en el grupo experimental versus en el grupo control, donde se aplicó la terapia farmacológica. La risaterapia tiene un impacto

equitativo a la administración del medicamento en los pacientes pediátricos, disminuye la frecuencia respiratoria y aumenta la saturación de oxígeno de los pacientes, al contrario de lo que sucede con el fármaco.

Bermejo, et al (2017). En un hospital de segundo nivel en la provincia de Cañar-Ecuador en enero a julio de 2017 se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 101 individuos mayores de 12 años que presentaron diagnóstico de fracturas de extremidades que ingresaron al servicio de traumatología, describiéndose la terapia analgésica utilizada para la valoración de los pacientes. Las cirugías ortopédico/traumatológicas, alcanzan los puntajes más altos en cuanto a dolor se refiere siendo necesario el uso de opioides en un 72% de los casos, otros autores están renovando las diversas técnicas anestésicas para mitigar el dolor postquirúrgico.

Domke, Contreras, Chassin y Carbonell (2018). Se ha demostrado que el dolor agudo posterior a la operación cesárea puede desarrollar dolor crónico, retrasa la recuperación funcional y la deambulación, aumenta el riesgo de depresión postparto. Su manejo adecuado optimiza la relación materno-neonatal y la lactancia tras el parto. La analgesia post operación cesárea ideal debe ser eficaz, sin impedir la habilidad de la madre de cuidar a su recién nacido y con mínimo traspaso de drogas por la lactancia materna.

Rodríguez, Galván, Pacheco y Parcon (2019). Se realizó un estudio longitudinal de enfoque cuantitativo, en los pacientes atendidos en un centro quirúrgico de Santo Domingo de los Tsáchilas Ecuador, para evaluar el dolor posquirúrgico y la aplicación de terapias complementarias por el personal de enfermería, con el cuál se evidenció un buen manejo del dolor por parte del personal de enfermería, se demostró que la utilización de las terapias complementarias fue favorable, puesto que los pacientes manifestaron alivio, donde el frío local fue el que mayor aceptación y beneficios mostró.

Viña, Jiménez, y Ortega, (2017). Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal prospectivo, que incluyó 70 pacientes programados electivamente para cirugía intra-abdominal en el Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Dr. Joaquín Albarrán Cuba, para comparar el efecto analgésico y efectos adversos de analgesia preventiva empleada: Tramadol + diclofenaco/Dipirona frente a Diclofenaco/Dipirona. La combinación Tramadol + Diclofenaco/Dipirona mostró una tendencia a mejor calidad analgésica en el postoperatorio de cirugía abdominal inferior, con similar incidencia de efectos adversos respecto al empleo de Diclofenaco/Dipirona.

Herrera (2017). En el hospital Santa Rosa de Lima Perú se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, observacional. La población estuvo constituida por 30 profesionales de enfermería. Se observa que el 60% de las enfermeras manejan el dolor adecuadamente y el 40% de ellas inadecuadamente; por otro lado, en el manejo del dolor farmacológico, el 80% de enfermeras tienen un manejo adecuado y 20% de ellas inadecuado; y respecto al manejo del dolor no farmacológico, el 67% de enfermeras tiene un manejo inadecuado y 33% adecuado.

. En un Hospital Universitario de Son Espases. Palma de Mallorca se realizó un estudio observacional transversal mediante entrevista y revisión de historia clínica de 234 pacientes postoperados mostró una prevalencia de dolor en reposo del 33 % y en movimiento del 66 %. El porcentaje de dolor intenso en reposo fue de 1,7 % y en movimiento de 7,3 %. Dos de los factores que se relacionaron con una mayor intensidad de dolor fueron el tipo de abordaje y el procedimiento quirúrgico.

González, Jiménez, Rojas, Velasco, Chávez y Coronado (2017). Realizaron un estudio prospectivo, longitudinal a 192 pacientes de cirugía electiva que aceptaron participar en este de forma voluntaria y con previo consentimiento informado. El propósito de este estudio fue medir el dolor postoperatorio de los pacientes a su llegada a la Unidad de Cuidados Postanestésicos y al ser dados de alta de la misma, para después determinar la correlación entre tres escalas unidimensionales: escala visual análoga, escala verbal análoga, escala numérica análoga, y así concluir que el dolor es capaz de ser medido con cualquiera de las tres escalas presentadas pues existe correlación entre ellas.

Capítulo III

Método

3.1 Enfoque metodológico

En este capítulo se describirá y abordará el diseño de investigación, la población, muestreo y tamaño de la muestra, los criterios de selección se describirán, así como los de inclusión, exclusión, eliminación y también los criterios éticos, también se describirá el instrumento de medición del estudio, de igual manera la recolección de datos y también su análisis.

3.2 Diseño de la investigación

Estudio de tipo cuantitativo descriptivo y corte transversal.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

El estudio se realizó en una población que se conformó por 145 pacientes postoperados, hombres y mujeres, en un hospital de segundo nivel en Cuernavaca Morelos.

3.3.2 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra resultó de 145 pacientes postoperados, se tomó mediante la ayuda de la calculadora nesquet, los criterios: Heterogeneidad 50%, margen de error 5%, y nivel de confianza 95%.

3.4 Criterios de selección

3.4.1 Criterios de inclusión

Se incluirán a aquellas personas que tengan entre 18 a 70 años y que acepten participar y firmen el consentimiento informado, que sean pacientes postoperados y se encuentren en el área de recuperación.

3.4.2 Criterios de exclusión

Se excluyen aquellas personas que tengan menos de 18 años y más de 70 años de edad, los pacientes que tengan alguna discapacidad auditiva y del habla, también se excluirá aquellos pacientes que hablen dialecto.

3.4.3 Criterios de eliminación

Se eliminan los participantes que no firmen del consentimiento informado, que no completen la cédula e instrumento correctamente y que decidan retirarse del estudio.

3.5 Procedimiento de medición de variables y recolección de datos

Se solicitó un oficio para autorización, mediante los trámites administrativos correspondientes para el levantamiento de encuestas. Dirigido a la Jefatura de Enfermería, así como para la aplicación de la cedula de datos sociodemográficos y el instrumento a los pacientes postoperados en un hospital de segundo nivel del Estado de Morelos, así mismo se les explicó la importancia de su participación y también se resolvieron sus dudas dándoles un tiempo de 10 minutos para responder los instrumentos y se agradeció su colaboración por haber aceptado participar en el estudio.

3.6 Instrumentos de Medición

Se aplicó una cedula de datos sociodemográficos que considera la edad, sexo, grado académico, cirugías previas, enfermedades que ocasionen hipertensión arterial, hospitalizaciones anteriores, si consume drogas y de qué tipo. Se aplicó un instrumento estimación de la prevalencia, intensidad del dolor postoperatorio y satisfacción de los pacientes postoperados, (Vargas, et al 2016), el cuál mide el nivel del dolor agudo en pacientes postoperados, frecuencia con la que se presenta el dolor, si el dolor interfirió o impidió hacer actividades dentro y fuera de cama, si afectó su estado de ánimo, si tiene algún efecto secundario, cuanto alivio del dolor ha experimentado con y sin medicamento, así como preguntarle sobre si ha utilizado métodos no farmacológicos para aliviar su dolor. Este instrumento consta de 12 ítems, cinco se enfocan en el dolor, dos en la física y cinco en la psicológica. Y las respuestas son en una escala de medición del uno al diez (EVA).

3.7 Aspectos éticos

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos establece los criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico, que en correspondencia con la Ley General de Salud y el Reglamento en materia de investigación para la salud, son de observancia obligatoria para solicitar la autorización de proyectos o protocolos con fines de investigación.

Para el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales, respecto de los cuales aún no se tengan evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o rehabilitadora o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos, así como para la ejecución y seguimiento de dichos proyectos.

Esta norma es de observancia obligatoria, para todo profesional de la salud, institución o establecimiento para la atención médica de los sectores público, social y privado, que pretendan llevar a cabo o realicen actividades de investigación para la salud en seres

Carta de consentimiento informado en materia de investigación; Al documento escrito, signado por el investigador principal, el paciente o su familiar, tutor o representante legal y dos testigos, mediante el cual el sujeto de investigación acepta participar voluntariamente en una investigación y que le sea aplicada una maniobra experimental, una vez que ha recibido la información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre los riesgos y beneficios esperados.

Proyecto o protocolo de investigación para la salud en seres humanos. Al documento que describe la propuesta de una investigación para la salud en seres humanos, conforme al objetivo y campo de aplicación de esta norma, integrado al menos por los capítulos de: planeación, programación, organización y presupuestario; estructurado de manera metodológica y sistematizada en sus diferentes fases de trabajo, que se realizarán bajo la responsabilidad, conducción y supervisión de un investigador principal.

Sujeto de investigación; Al individuo que otorga su consentimiento informado, por sí mismo o por conducto de su representante legal, para que en su persona sean practicados determinados procedimientos con fines de investigación para la salud en seres humanos.

De la presentación y autorización de los proyectos o protocolos de investigación; A efecto de solicitar la autorización de una investigación para la salud en seres humanos, de conformidad con el objetivo y campo de aplicación de esta norma, los interesados deberán realizar el trámite ante la Secretaría, utilizando el formato correspondiente.

Al formato de solicitud para la autorización de un proyecto o protocolo de investigación, se deberá anexar un escrito libre, que contenga la siguiente información:

Datos de identificación, que integre el título del proyecto o protocolo de investigación, nombre del investigador e institución o establecimiento donde se desarrollará la investigación, así como en su caso, la unidad, departamento o servicios a la que estará adscrita.

Duración prevista: señalando mes y año, de las fechas estimadas de inicio y término, así como el periodo calculado para el desarrollo de la investigación.

Tipo de investigación de que se trate; Apoyo externo: nombre de la institución o establecimiento y tipo de apoyo (recursos humanos, materiales, financieros, asesoría, información y otros); Copia simple del formato de inscripción de los Comités de Investigación, Ética en la Investigación y en su caso, de Bioseguridad, con acuse de recibo de la Secretaría.

Carta de autorización del titular de la institución o establecimiento para que se lleve a cabo la investigación o parte de ella en sus instalaciones;

Modelo de carta de consentimiento informado en materia de investigación.

En su caso, los interesados podrán presentar con su solicitud de autorización del proyecto o protocolo de investigación, dictamen emitido por tercero autorizado para tal efecto por la Secretaría de Salud, en los términos del artículo 102 de la Ley General de Salud.

La autorización de una investigación para la salud en seres humanos no autoriza por sí misma la comercialización de los medicamentos, procedimientos o aparatos resultantes, aun cuando se haya oficializado la conclusión de la investigación, mediante la entrega y acuse de recibo del informe final.

Informe técnico final; Al documento que presenta el investigador principal a la Secretaría de Salud, para comunicar los resultados finales de un protocolo o proyecto de investigación

conforme al objetivo y campo de aplicación de esta norma, así como, los principales hallazgos obtenidos al inicio, durante y al final de la ejecución.

Informe técnico parcial. Al documento que debe presentar el investigador principal a la Secretaría de Salud en cualquier tiempo o al menos una vez al año, para comunicar los avances y resultados parciales de una investigación, conforme al objetivo y campo de aplicación de esta norma.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

Artículo 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

Artículo 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito.

3.8 Estrategia de Análisis de Datos

Para este estudio se analizaron y procesaron los datos obtenidos mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences SPSS versión 23, así como los datos sociodemográficos mediante frecuencia y porcentaje (f y %).

Capítulo IV

Resultados

4.1 Descripción de los datos

Tabla 1

Sexo del participante.

Variable	<i>f</i>	%
Mujer	22	75,9
Hombre	7	24,1

Nota: Cedula de Datos Sociodemográficos.

n= 29

En la tabla anterior se muestra que las mujeres tienen una mayor incidencia en procedimientos quirúrgicos dentro de la unidad hospitalaria.

Tabla 2

Edad del participante.

Variable	$\bar{x} \pm DE$	Mínimo	Máximo
Edad del participante	14,75	18	70

Nota: Cedula de Datos Sociodemográficos.

n= 29

La población estudiada se ubica en una media de edad correspondiente al adulto joven.

Tabla 3

Grado académico del paciente

Variable	<i>f</i>	%
Primaria	7	24,1
Secundaria	7	24,1
Bachillerato	8	27,6
Licenciatura	5	17,2
Especialidad	2	6,9

Nota: Cedula de Datos Sociodemográficos.

n= 29

La mayoría de participantes cuenta con una formación académica que le permite leer y escribir con claridad.

Tabla 4

Cirugías previas

Variable	<i>f</i>	%
Si	21	72,4
No	8	27,6

Nota: Cedula de Datos Sociodemográficos.

n= 29

Más de la mitad de los pacientes han sido intervenidos quirúrgicamente en más de una ocasión.

Tabla 5

¿Tiene alguna enfermedad que le ocasione que suba su presión?

Variable	<i>f</i>	%
Si	10	34,5
No	19	65,5

Nota: Cedula de Datos Sociodemográficos.

n= 29

De los pacientes quirúrgicamente intervenidos la mayoría son pacientes sanos que no tienen enfermedades crónicas.

Tabla 6

¿Lo han hospitalizado anteriormente?

Variable	<i>f</i>	%
Si	20	69,0
No	9	31,0

Nota: Cedula de Datos Sociodemográficos.

n= 29

Esta tabla nos muestra que los pacientes fueron hospitalizados en más de una ocasión.

Tabla 7

¿Se droga?

Variable	<i>f</i>	%
Si	1	3,4
No	28	96,6

¿De qué tipo?

Inhaladas	1	3,4
Inyectadas	0	0
Ninguna	28	96,6

Nota: Cedula de Datos Sociodemográficos. *n= 29*

La tabla anterior muestra que la mayoría de los pacientes son sanos y no consumen ningún tipo de estupefacientes.

Tabla 8

Menor dolor sufrido en las primeras 24 horas

En esta escala indique el menor dolor sufrido en las primeras 24 hrs.	<i>f</i>	%
Leve	9	31,0
Moderado	3	10,3
Severo	17	58,6

Nota: Prevalencia, intensidad del dolor y satisfacción de los pacientes *n= 29*

La tabla anterior muestra que el dolor severo prevalece en la mayoría de los pacientes postoperados.

Tabla 9

Peor dolor sufrido en 24 horas

En esta escala indique el peor dolor sufrido en 24hrs.	<i>f</i>	%
Leve	9	31,0
Moderado	4	13,8
Severo	16	55,2

Nota: Prevalencia, intensidad del dolor y satisfacción de los pacientes *n= 29*

El dolor postoperatorio severo lo sufren la mayoría de los pacientes encuestados.

Tabla 10

Dolor intenso en las primeras 24 horas

Con que frecuencia ha experimentado dolor intenso en las primeras 24 horas	<i>f</i>	%
Muy satisfecho	6	20,7
Satisfecho	6	20,7
Insatisfecho	8	27,6
Muy insatisfecho	9	31,0

Nota: Prevalencia, intensidad del dolor y satisfacción de los pacientes *n= 29*

La insatisfacción prevalece en la mayoría de los pacientes respecto al inadecuado manejo del dolor postoperatorio que es más frecuente y severo dentro de las primeras 24 hrs.

Tabla 11

Limitación por dolor para hacer actividades en la cama

Hacer actividades en la cama, como girar, sentarse o cambiar de posición	<i>f</i>	%
Muy satisfecho	6	20,7
Satisfecho	9	31,0
Insatisfecho	5	17,2
Muy insatisfecho	9	31,0
<hr/>		
Hacer actividades fuera de la cama, como andar, sentarse en una silla o estar de pie en el lavabo		
Muy satisfecho	6	20,7
Satisfecho	7	24,1
Insatisfecho	5	17,2
Muy insatisfecho	11	37,9
<hr/>		
Quedarse dormido(a)		
Muy satisfecho	8	27,6
Satisfecho	12	41,4
Insatisfecho	5	17,2
Muy insatisfecho	4	13,8
<hr/>		
Seguir durmiendo		
Muy satisfecho	8	27,6
Satisfecho	12	41,4
Insatisfecho	6	20,7
Muy insatisfecho	3	10,3

Nota: Prevalencia, intensidad del dolor y satisfacción de los pacientes

n= 29

En la tabla anterior nos muestra la satisfacción del paciente al no tener limitantes por dolor para hacer actividades en la cama o fuera de ella.

Tabla 12

El dolor puede afectar a su estado de ánimo y emociones.

Ansioso	<i>f</i>	%
Muy satisfecho	14	48,3
Satisfecho	5	17,2
Insatisfecho	4	13,8
Muy insatisfecho	6	20,7
Deprimido		
Muy satisfecho	17	58,6
Satisfecho	6	20,7
Insatisfecho	4	13,8
Muy insatisfecho	2	6,9
Asustado		
Muy satisfecho	14	48,3
Satisfecho	6	20,7
Insatisfecho	6	20,7
Muy insatisfecho	3	10,3
Indefenso		
Muy satisfecho	15	52,7
Satisfecho	6	20,7
Insatisfecho	6	20,7
Muy insatisfecho	2	6,9
<i>Nota: Prevalencia, intensidad del dolor y satisfacción de los pacientes</i>		<i>n= 29</i>

La mayoría de participantes refiere no haber tenido cambios en el estado de ánimo por causas de dolor y se encuentra muy satisfecho.

Tabla 13

Efectos secundarios del paciente por dolor.

¿Ha tenido usted alguno de estos efectos secundarios? Nausea.	<i>f</i>	%
Muy satisfecho	15	51,7
Satisfecho	3	10,3
Insatisfecho	5	17,2
Muy insatisfecho	6	20,7
Somnolencia		
Muy satisfecho	15	51,7
Satisfecho	4	13,8
Insatisfecho	6	20,7
Muy insatisfecho	4	13,8
Picor		
Muy satisfecho	19	65,5
Satisfecho	5	17,2
Insatisfecho	2	6,9
Muy insatisfecho	3	10,3
Mareos		
Muy satisfecho	19	65,5
Satisfecho	5	17,2
Insatisfecho	3	10,3
Muy insatisfecho	2	6,9
<i>Nota: Prevalencia, intensidad del dolor y satisfacción de los pacientes</i>		<i>n= 29</i>

Un porcentaje alto de participantes se encuentra satisfecho por no haber presentado síntomas por causa de dolor.

Tabla 14

Dolor en las primeras 24 horas

En las primeras 24 horas, ¿Cuánto dolor ha experimentado?	<i>f</i>	%
Muy satisfecho	3	10,3
Satisfecho	7	24,1
Insatisfecho	7	24,1
Muy insatisfecho	12	41,4

Nota: Prevalencia, intensidad del dolor y satisfacción de los pacientes

n= 29

La insatisfacción de disminución de dolor en las primeras 24 de cirugía prevaleció en la mayoría de los pacientes postoperados.

Tabla 15

Participación del paciente en el tratamiento del dolor

¿Le han permitido participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento de su dolor tanto como le hubiera gustado?	<i>f</i>	%
Muy satisfecho	12	41,4
Satisfecho	7	24,1
Insatisfecho	5	17,2
Muy insatisfecho	5	17,2

Nota: Prevalencia, intensidad del dolor y satisfacción de los pacientes

n= 29

La mayoría de los pacientes encuestados gustan de tomar decisiones en cuanto a su tratamiento para el dolor y se encuentran muy satisfechos.

Tabla 16

Satisfacción del tratamiento

Indique el número que mejor expresa su satisfacción con los resultados del tratamiento del dolor que ha recibido durante su estancia en nuestro hospital	<i>f</i>	%
Muy satisfecho	2	6,9
Satisfecho	6	20,7
Insatisfecho	9	31,0
Muy insatisfecho	12	41,4
<i>Nota: Prevalencia, intensidad del dolor y satisfacción de los pacientes</i>		<i>n= 29</i>

En la tabla anterior nos muestra que mayoría de los pacientes encuestados no encontraron satisfacción por los resultados del tratamiento recibido.

Tabla 17

Información sobre las opciones de tratamiento al dolor y su utilidad

¿Ha recibido información sobre las opciones del tratamiento de su dolor?	<i>f</i>	%
No	13	44,8
Si	16	55,2
Indique el número que mejor exprese la utilidad de la información		
Nada útil	12	41,4
Útil	2	6,9
Muy útil	8	27,6
Extremadamente útil	7	24,1
<i>Nota: Prevalencia, intensidad del dolor y satisfacción de los pacientes</i>		<i>n= 29</i>

Esta tabla muestra que la mayoría de los pacientes encuestados no recibe información del tratamiento que se le da en este hospital.

Tabla 18

Uso de método no farmacológico al dolor

¿Ha utilizado algún método no farmacológico para aliviar su dolor?	<i>f</i>	%
No	18	62,1
Si	11	37,9
En caso afirmativo, indique los que ha utilizado		
Compresas frías	3	10,3
Masaje	2	6,9
Escuchar música	1	3,4
Rezar	1	3,4
Calor	1	3,4
Relajarse	1	3,4
Caminar	2	6,9
Meditar	2	6,9
Ninguno	16	55,2
<i>Nota: Prevalencia, intensidad del dolor y satisfacción de los pacientes</i>		<i>n= 29</i>

La mayoría de los pacientes no utilizan terapias no farmacológicas por no estar informados adecuadamente y por tener más confianza en los tratamientos farmacológicos

Tabla 19

Recomendación de uso no farmacológico al dolor

¿Con que frecuencia la Enfermera o el Doctor le han animado a utilizar métodos no farmacológicos?	<i>f</i>	%
Nunca	17	58,6
Algunas veces	10	34,5
A menudo	2	6,9

Nota: Prevalencia, intensidad del dolor y satisfacción de los pacientes *n= 29*

Los pacientes postoperados no son informados adecuadamente y no son animados para el uso de terapia no farmacológica.

4.2 Discusión

El objetivo general de este estudio fue determinar el correcto manejo del dolor postoperatorio por parte del profesional de enfermería en un hospital de segundo nivel en el estado de Morelos, teniendo como principal beneficio la disminución del dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente, obteniendo resultados que muestran que el paciente presenta insatisfacción del tratamiento para el dolor 41.4%.

Coincidiendo con un estudio realizado sobre la satisfacción analgésica en pacientes postoperados demostró que el 53% reportó una efectividad analgésica poco satisfactoria, no se cuenta con un profesional idóneo de dar seguimiento a estos pacientes en su servicio por lo que muchos quedan a la deriva y sufren dolor, aumentado el estrés postoperatorio Ruedas y García (2018).

El primer objetivo analiza los datos sociodemográficos de los pacientes postoperados en el hospital general de Cuernavaca, en donde las mujeres tienen una mayor incidencia en procedimientos quirúrgicos, datos que son semejantes con García et al, (2018) en donde el sexo femenino 74 % predomina sobre el sexo masculino.

Como segundo objetivo se buscaba conocer la intensidad del dolor en el paciente postoperado mediante la escala horizontal de valoración. En donde el instrumento de medición menciona que el peor dolor sufrido en 24 hrs fue severo del 58.6%, y con la frecuencia de un 31% experimentando el dolor severo, la afectación en el estado de ánimo y emociones por la intensidad del dolor del 48.3%. Coincidiendo con Rodríguez, Galván, Pacheco y Parcón (2019).

4.3 Conclusión

Este estudio se realizó en un hospital general del estado de Morelos, se analizaron los datos sociodemográficos de una muestra de estudio de 29 pacientes, como resultado se obtuvo que las mujeres tienen una mayor incidencia en procedimientos quirúrgicos, con un rango de edad de entre 18 y 70 años y que la mayoría de participantes cuenta con una formación académica que le permite leer y escribir con claridad. Los resultados nos muestran que la mayoría de los pacientes son sanos y no tienen enfermedades crónicas 65.5%. Que el peor dolor sufrido en las primeras 24 hrs fue severo 55.2%, También se midió el nivel de satisfacción en el manejo del dolor que sienten los pacientes durante el postoperatorio 37.9%. El dolor postoperatorio es inevitable, pero debe ser manejable, por lo tanto es importante conocer los factores condicionantes de su intensidad por medio de la valoración y aplicar de manera adecuada el uso de terapias no farmacológicas para el control del dolor.

4.4 Recomendaciones

Investigación

Realizar estudios incorporando los distintos aspectos que predominan en la apreciación del dolor y de la calidad recibida, de acuerdo al nivel del dolor y por las diferentes especialidades, en intervención quirúrgica, tiempo quirúrgico, anestesia, adicciones y manejo previo de analgésicos.

Institución

Capacitaciones al personal sobre las actualizaciones en el manejo del dolor y realizar monitorización de la satisfacción que perciben los pacientes sobre el control del manejo del dolor postoperatorio.

Enfermería

Monitorizar el manejo de analgésicos, revaloración y reintervención de enfermería hacia las respuestas del paciente en el manejo del dolor e incluir terapias alternativas.

Lista de Referencia

- Aguilar, J. (2019). Situación actual del dolor agudo postoperatorio en el Sistema Nacional de Salud. Las tecnologías de la información y comunicación ayudan a conseguir un hospital (y atención primaria) sin dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 26, 139-143. DOI:10.20986/resed.2019.3739/2019
- Benites, G. (2018). “Evaluación del dolor postoperatorio y control de la analgesia postoperatoria de los pacientes hospitalizados en el Hospital de Apoyo II-Sullana Enero a Febrero de 2018.” [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Piura, Facultad de Ciencias de la Salud] Repositorio UPN.
- Bermejo, D. et al (2019). Tratamiento del dolor postquirúrgico en el servicio de traumatología en un hospital de segundo nivel. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 14. 194-200. https://www.researchgate.net/publication/333933710_Tratamiento_del_dolor_postquirurgico_en_el_servicio_de_traumatologia_en_un_hospital_de_segundo_nivel
- Borges, N. et al. (2017). Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea. *Enfermería Global*, 16, 354-383. DOI:10.6018/eglobal.16.4.267721
- Carrillo, O. y Ramírez, F. (2019). Problemática actual de dolor crónico por insuficiente manejo de dolor agudo postoperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 42,173-174. Pp.-pp.<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgiIDARTICULO=88617>
- Castanera, A. et al. (2013). Percepción del Dolor en Pacientes Postoperados de Cirugía Cardíaca. *Revista Española de Enfermería en Cardiología*, 60, 22-26. https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/60_04.pdf

- Colegio Mexicano de Anestesiología, A. C. (2019). Recomendaciones de la Red Mexicana para la Optimización del Dolor Perioperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 42.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/contenido.cgi?IDPUBLICACION=8460>
- Covarrubias, A. (2016). Formación de profesionales en dolor. *Familia Médica*, 43, 12-13.
<http://imagenglobal.org/wp-content/uploads/2018/09/AMETD.pdf>
- Covarrubias, A. (2018). *Manual de Apoyo Avanzado en Dolor*. México: ALGIA.
- Chambi, Y. (2019). *Intensidad del dolor postoperatorio y su manejo enfermero en pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica y convencional en un hospital*. [Tesis de Especialidad, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería]. Repositorio UPCH.
- Domke, R. et al. (2018). Manejo del dolor agudo postoperatorio en operación cesárea. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83, 635-642. DOI:10.4067/S0717-75262018000600635
- Erazo, S. y Molina, J. (2020). Adherencia a los principios de OMS en el manejo del dolor postoperatorio en cirugía electiva. *ALERTA Revista Científica del Instituto Nacional de Salud*, 3, 72-78. DOI: 10.5377/alerta.v3i2.9741
- Fuentes, R. (2016). Formalización de la atención en dolor. *Familia Médica*, 43, 6-7.
<http://imagenglobal.org/wp-content/uploads/2018/09/AMETD.pdf>
- García, P. et al. (2018). Dolor postoperatorio: frecuencia y caracterización del manejo. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 46, 98-102.
http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v46n2/es_0120-3347-rca-46-02-93.pdf

- Garduño, A. (2016). Después de la cirugía atención del dolor postoperatorio. *Familia Médica*, 43, 17-18. <http://imagenglobal.org/wp-content/uploads/2018/09/AMETD.pdf>
- Garduño, A., Castro, L. y Acosta. (2019). Evaluación del dolor postoperatorio, estandarización de protocolos de actuación, y mejora continua basada en resultados. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 42,160-166. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0484-79032019000300160&script=sci_abstract.
- González, A. et al. (2018). Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 41, 7-14. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77264>
- Guamba, J. et al. (2019). Manejo del dolor en el postoperatorio de cirugías articulares. Nuevos enfoques. *Revista Cubana de Reumatología*, 21, 1-11. DOI:10.5281/zenodo.2555861
- Hernández, L., Ramírez, A., Peña, A. y Gordillo, V. (2017). Analgesia Postoperatoria Basada en Protocolos. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40, 233-235. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72801>
- Herrera T., C. (2017). *Manejo del Dolor que Aplica el Profesional de Enfermería en Pacientes Postoperados Inmediatos de Cirugía General en el Servicio de Recuperación del Hospital Santa Rosa – 2017*. [Tesis de Especialidad, Universidad San Martín de Porres, Facultad de Obstetricia y Enfermería]. Repositorio USMP.
- International Association for the Study of Pain. (2017). *Dolor postoperatorio: Aquello que los profesionales sanitarios deben saber*. <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/2017GlobalYear/FactSheets/Spanish/2.%20Dolor%20postoperatorio.pdf>

International Association for the Study of Pain. (2017). *Manejo del dolor postoperatorio en adultos*. <https://s3.amazonaws.com/rdcms-asp/files/production/public/2017GlobalYear/FactSheets/Spanish/5.%20Manejo%20del%20dolor%20postoperatorio%20en%20adultos.pdf>

Leo, J. (2018). *Aplicación de la música en el alivio del dolor postoperatorio*. . [Tesis de Grado, Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina]. Repositorio UAM.

López, S., López, A. y Vázquez, A. (2017). *Claves para optimizar el Tratamiento del Dolor Agudo Postoperatorio Domiciliario en Cirugía Ambulatoria*. Madrid: ASECMA. http://www.asecma.org/Documentos/Blog/libro%20-%20Dolor%20agudo%20Postoperatorio_completo.pdf

Mariño, A., Esther, Y. y Villegas, Y. (2017). *Manejo del Dolor Post-Operatorio por el Profesional de Enfermería en Algunas IPS de Santa Marta*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Cooperativa de Colombia, Programa de Enfermería] Repositorio UCC.

Monroy. (2016). Persistencia y evolución. *Familia Médica*, 43, 14-16. <http://imagenglobal.org/wp-content/uploads/2018/09/AMETD.pdf>

Montoro, M. y García, J. (2012). Dolor Abdominal Agudo. En *Gastroenterología y Hepatología Problemas Comunes en la práctica clínica* (pp, 91-124). Barcelona: Jarpyo. <https://www.studocu.com/co/document/universidad-santiago-de-cali/cirugia/dolor-abdominal-agudo-montoro/11780617>.

Murga, M. (2017). *Intervenciones no Farmacológicas Eficaces para el Manejo del Dolor en los Pacientes Postoperados*. [Tesis de Especialidad, Universidad Privada Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud]. Repositorio UWIENER.

Nuche, E. (2016). Manejo y tratamiento del dolor. *Familia Médica*, 43, 8-11.

<http://imagenglobal.org/wp-content/uploads/2018/09/AMETD.pdf>

Ochoa, A. (2016). De la dolencia fisiológica a la patología. *Familia Médica*, 43, 23-24.

<http://imagenglobal.org/wp-content/uploads/2018/09/AMETD.pdf>

Oriol, S. et al. (2018). Tratamiento del dolor postoperatorio en cirugías abdominales

laparoscópicas con dexketoprofeno trometamol comparado con ketorolaco trometamina.

Revista Mexicana de Anestesiología, 2, 96-104.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79479>

Ortega, J. y Neira, F. (2018). El tratamiento del dolor postoperatorio. ¿Un problema sin resolver?

Revista de la Sociedad Española del Dolor, 25, 63-65.

DOI:10.20986/resed.2018.3668/2018

Ortega, R. et al. (2018). Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería. *CienciaUAT*, 12, 29-39.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000100029&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000100029&lng=es&tlng=es)

Osorio, J. et al. (2019). Efectividad de la risaterapia en manejo el dolor en pacientes pediátricos postoperados de apendicetomía. *Journal Health NPEPS*, 4, 44-57.

DOI:10.30681/252610103698

Pascual, A. y Martínez, J. (2019). *Curso online de Dolor. Módulo 1. 1.8 Dolor agudo postoperatorio.*

https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Curso_Dolor/T1.8_Texto.pdf

- Pérez, A., Aragón, M. y Torres, L. (2017). Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24, 1-3. DOI:10.20986/resed.2017.3566/2017
- Quinde, P. (2017). Dolor Postoperatorio: Factores de Riesgo y Abordaje. *Revista Legal de Costa Rica*, 34, 254-264. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100254
- Ramos, A. et al. (2018). Mecanismos para prevenir dolor agudo a crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 41, 44-47. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80192&id2=>
- Rodríguez, J., Galván, G., Pacheco, M. y Parcon, M. (2019). Evaluación del dolor postquirúrgico y el uso de terapias complementarias por enfermería. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23, 53-63.
- [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000100053&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000100053&lng=es&tlng=es)
- Ruedas, Y. y García, M. (2018). “*Intensidad del Dolor Agudo Postoperatorio y la Satisfacción del Paciente en el Manejo del Dolor*” Estudio descriptivo prospectivo de corte transversal realizado en pacientes postoperatorios atendidos en el hospital General de Enfermedades y Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala julio-agosto 2018. [Tesis de Licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas]. Biblioteca USAC.
- Ruisánchez, S., González, D., García, M. y González, J. (2021). Terapias alternativas para el dolor. *Revista Digital NPunto*, 35, 31-40.
- <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/60266539e733dart2.pdf>

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). (2017). Abdomen Agudo. En *Tratado de Geriátría para residentes* (pp 567-573). Madrid: SEGG.

<https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>

Sansaloni, C. et al. (2017). Nuevos enfoques en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24, 132-139.

DOI:10.20986/resed.2017.3542/2016

Taínta, M., Arteche, Y., Martín, I., Salas, V. y Goñi, R. (2020). Conocimientos y actitudes de las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos acerca del dolor de los pacientes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 43 (2), 177-187. DOI:10.23938/assn.0872

Vargas, D. et al. (2020). Estimación de la prevalencia, intensidad del dolor postoperatorio y satisfacción de los pacientes postoperados del Hospital Ángeles Lomas. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 18, 133-139. DOI:10.35366/93886

Vidal, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27, 232-233. DOI: 10.20986/resed.2020.3839/2020

Viña, M., Jiménez, A. y Ortega, D. (2017). Uso de Dipirona – Tramadol - Diclofenaco vs Dipirona - diclofenaco en la analgesia preventiva del dolor postoperatorio. *Revista Investigaciones Medico quirúrgicas*, 9, 246-260.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77447>

Zaslansky, R. et al. (2021). Towards Better Perioperative Pain Management in Mexico: A Study in a Network of Hospitals Using Quality Improvement Methods from PAIN OUT. *Journal of Pain Research*, 14, 415–430. DOI:10.2147/JPR.S282850

Apéndices

Apéndices y materiales complementarios



Puebla, Pue. a 14 de abril 2021

ASUNTO: Aprobación de tema

A QUIEN CORRESPONDA:
Presente.

Por medio de la presente tengo a bien comunicarle a Usted **C. Estela Judith Rebollar Anonales** con ID 3387600 y número de Matrícula 20680476 estudiante de la Especialidad en Enfermería Quirúrgica generación 2021-2022; se aprueba la investigación denominada:

Nombre:	Manejo del Dolor en Pacientes Postoperados
Instrumento:	Estimación de la prevalencia, intensidad del dolor postoperatorio y satisfacción de los pacientes postoperados (Vargas, et al, 2020).
Población:	Pacientes postoperados
Asesor metodológico:	Mtro. Juan Carlos García Villa

Para el logro de este objetivo se da cumplimiento a la fase de aceptación del tema y continuar con su proceso de titulación.

Atentamente
Coordinación en investigación

 Archivo
Estudiante

Apéndice A “Carta de autorización de tema de investigación”

Apéndice B “Carta compromiso de asesor principal de tesis”



Carta Compromiso de Asesor principal de Tesis

Puebla, Pue. a 14 de Abril del 2021

H. Comité Académico del Posgrado
Presente:

Por medio de la presente hago llegar a ustedes la postulación del C. Estela Judith Rebollos Anonales, que en caso de ser aceptado en el

Programa académico: **Especialidad en Enfermería Quirúrgica**

Desarrollará su trabajo de tesis bajo mi asesoría, supervisión y dirección; el tema de investigación propuesto es: **Manejo del Dolor en Pacientes Postoperados**

Me comprometo a dar seguimiento permanente a las actividades del estudiante derivadas de esta propuesta, y manifiesto contar con la infraestructura requerida para lograr los objetivos propuestos en el tiempo programado, en caso de que el postulante sea admitido y el comité tutorial apruebe el proyecto de tesis. También me comprometo a revisar y autorizar los seminarios de Investigación semestrales que el estudiante presentará, así como atender las recomendaciones que el comité académico emita; manifiesto que conozco el plan de estudios y acordaré con el estudiante las asignaturas optativas que deberá cursar, de tal forma que fortalezca el proyecto de investigación y su formación profesional, en los tiempos más pertinentes para ello. Así como favorecer todas las acciones pertinentes para que obtenga el grado en un plazo máximo a 6 meses posteriores a la terminación de los créditos académicos.


Atentamente

Juan Carlos Garcia Villa

ID 192790

Especialidad en Enfermería Quirúrgica
Catedrático de Posgrados de Enfermería UPAEP
Enfermero Especialista de SSEP
9 Poniente 1712, Barrio de Santiago
2299400 ext. 7713

C.e.p. Coordinación de Investigación
Archivo

UPAEP
21 Sur 303
Barrio de Santiago
Puebla, Pue. México
C.P. 72400

Tel. 01 (229) 239 6400
Fax: 01 (229) 232 5207
01 800 324 2500
www.upaep.mx

Apéndice C “Cesión de derechos”



Asunto: Cesión de Derechos

Puebla, Pue., México a 14 de abril 2021

Comité Académico de Investigación
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería

El proyecto de Investigación titulado Manejo del dolor en pacientes postoperados es una obra original, cuyos derechos de autoría se comparten con la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), así como los derechos del título, contenido, base de datos y los cambios que se generen.

Los autores, abajo firmantes, declaran:

- Que es un trabajo original.
- Que no ha sido previamente publicado en algún medio.
- Que no ha sido remitido para su publicación.
- Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y por tanto son autores materiales del mismo.
- Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del Proyecto.
- Que no han existido conflictos de intereses en la gestación y elaboración de la Investigación, y si pudiera haberlos por mediación financiación u otros apoyos, los autores se comprometen a declararlos en el apartado correspondiente.
- Que el manuscrito explica de manera honesta, exacta y transparente los resultados del estudio, que no se han omitido aspectos importantes del mismo, y que cualquier discrepancia del estudio ha sido explicada.
- Que, en caso de ser publicado el artículo, se respetará la autoría del estudiante, asesores y la UPAEP.

A través de este documento, el estudiante, asesores y la UPAEP, asumen los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir la Investigación en índices nacionales e internacionales o bases de datos bibliográficas.

Estela Judith Rebolgar Anonales

Nombre del Estudiante


Firma

C.c.p. Coordinación de Investigación
Archivo

Apéndice E “Oficio de solicitud de aplicación de encuestas”



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría de Posgrados e Investigación
Decanato Académico de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección de Posgrados en Enfermería

Puebla, Pue. a 17 de Julio 2021

Mtra. Alejandra Adame Garduño
Jefa de Enfermeras del
Hospital General de Cuernavaca
“Dr. José G. Parres”
P R E S E N T E

La que suscribe **Mtra. Florentina Salazar Mendoza** Directora de Posgrados en Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (U.P.A.E.P.), por medio del presente, me es grato saludarle, así mismo solicitar su valioso apoyo para la estudiante **LE. Estela Judith Rebollar Anonales** con **No. ID 3387600** y **Matrícula 20680476** estudiante del Posgrado en la **Especialidad en Enfermería Quirúrgica**, puedan ingresar a la institución que usted dignamente dirige para la aplicación de instrumentos que aportarán datos importantes y con esto llevar a cabo la tesis de titulación que a continuación le detallo:

Nombre:	Manejo del Dolor en pacientes postoperados
Objetivo:	Determinar el correcto manejo del dolor Postoperatorio por parte del Profesional de Enfermería.
Instrumento:	Estimación de la prevalencia, intensidad del dolor postoperatorio y satisfacción de los pacientes postoperados (Vargas et al, 2020)
Periodo:	Agosto-noviembre 2021
Población:	60 Pacientes postoperados

Con la finalidad de acreditar el Posgrado de su Especialidad en Enfermería, motivo por el cual me permito solicitar a usted de la manera más atenta su autorización para la recolección de datos. Adjunto a la presente, sírvase encontrar propuestas de los instrumentos.

Agradeciendo de ante mano su invaluable apoyo a esta Universidad, en beneficio de la capacidad del profesional de Enfermería, quedo a sus distinguidas órdenes.

Atentamente

Mtra. Ilse Hidalgo Arce (ID 3455517)
Unidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

C.c.p. Archivo

Posgrados en Enfermería
9 Poniente 1712. Barrio de Santiago
CP. 72410, Puebla, Pue. México
Teléfono: (222) 2 29 94 00 Ext. 7848 y 7713
www.upaep.mx





Apéndice F “Carta de consentimiento informado”

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería

N° de Folio _____

Consentimiento Informado

Manejo del dolor en pacientes postoperados

Se tiene como objetivo determinar el correcto manejo del dolor postoperatorio por parte del profesional de Enfermería. Teniendo como el principal beneficio la disminución del dolor postquirúrgico y la satisfacción en el paciente.

Se aplicarán dos cuestionarios con respuestas de opción múltiple, la cedula de datos sociodemográficos que consta de 8 preguntas y un instrumento para conocer el nivel de dolor que tiene y el manejo adecuado del mismo que consta de 12 preguntas. La realización de este cuestionario de acuerdo al artículo 17 fracción I del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, esta no representa riesgo para su salud sus cuidados o tratamiento.

La participación en este proceso de investigación no representa costo alguno. De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en el artículo 21 fracción VII usted podrá retirar su participación de dicho estudio sin hacerse acreedor de prejuicios en el cuidado o tratamiento. La información proporcionada en los instrumentos de este estudio solo será analizada por los miembros de equipo de este estudio, los resultados serán publicados de forma anónima.

Comprendo y entiendo el proceso de estudio al cual estoy participando de forma voluntaria en el cual he recibido información clara y veraz, así como respuesta a cada una de mis dudas.

Nombre y firma del participante: _____

Fecha: _____

Especialidad en Enfermería Quirúrgica
Posgrados de Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.
Tel. 2299400 ext. 7713

Apéndice G “Cédula de características sociodemográficas”



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría de Posgrados e Investigación
Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería

Cedula de Datos Sociodemográficos

Instrucciones: Marque con una X la opción que corresponda al dato que se solicita.

Datos Generales

Sexo: Mujer Hombre

Edad:

Grado académico

Primaria Secundaria Bachillerato

Auxiliar Licenciado Especialista Maestría Doctorado

¿Tiene cirugías previas?

Si No

¿Tiene alguna enfermedad que le ocasione que suba su presión?

Si No

¿Lo han hospitalizado anteriormente?

Si No

¿Consuma algún tipo de Drogas?

Si No

¿De qué tipo?

Inhaladas

Inyectadas

c. Quedarse dormido(a)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No interfiere

Interfiere
completamente

d. Seguir durmiendo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No interfiere

Interfiere
completamente

P5. El dolor puede afectar a su estado de ánimo y emociones. Esta escala, marque con un círculo un solo número que mejor muestre lo que el dolor le hace sentir:

a. Ansioso

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En absoluto

Extremadamente

b. Deprimido

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En absoluto

Extremadamente

c. Asustado

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En absoluto

Extremadamente

d. Indefenso

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En absoluto

Extremadamente

P6. ¿Ha tenido usted alguno de estos efectos secundarios? Rodee con un círculo el "0" si no ha tenido ninguno; en caso afirmativo, indique el número que mejor exprese la intensidad de cada efecto

a. Náusea

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ninguna

Intensa

b. Somnolencia

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ninguna

Intensa

c. Picor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ninguna

Intensa

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería

Apéndice I

Cronograma de Actividades Realizadas

Manejo del dolor en pacientes postoperados			ENERO-FEB	MARZO	ABRIL/MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOV/DIC
ACTIVIDAD	INICIO	FINAL									
Capítulo I. Introducción											
Elaboración de: Problema de Investigación, Formulación de pregunta de Investigación Justificación Objetivos General y Específicos	23-01-21	20-03-21									
Capítulo II. Marco de Investigación											
Elaboración de: Marco Normativo Derivación Teórico – Empírica, Definición de términos Y Revisión de la Bibliografía	3-04-21	05-06-21									
Capítulo III. Metodología											
Redacción de: Enfoque metodológico Diseño de la investigación Población, Muestra y Muestreo Población – Características de los participantes Procedimiento del muestreo Tamaño de la muestra Criterios de Selección, inclusión, exclusión y eliminación Medición de variables y recolección de datos Instrumentos de Medición Aspectos Éticos Estrategia de Análisis de Datos	03-07-21	31-07-21									
Aplicación de encuestas	07-08-21	28-08-21									
Capítulo IV. Resultados											
Análisis de datos y reporte de: Descripción de los Datos Descriptivos e Inferencial, Discusión, Conclusión y Recomendaciones.	04-09-21	30-10-21									
Elaboración de lista de Referencias											
Apéndice A. Consentimiento Informado Apéndice B. Cédula de Datos Sociodemográficos (CDS) Apéndice C. Cuestionario	03-07-21	31-07-21									
Elaboración de oficios de presentación de la alumna previos a la aplicación del trabajo de investigación	03-07-21	31-07-21									
Elaboración de carteles y diapositivas	23-10-21	04-12-21									
Presentación de la Tesis en el Seminario de Investigación	06-11-21	04-12-21									