



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBET WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**“VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES POST
OPERADOS DE COLECISTECTOMÍA EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA ROSA, LIMA 2021”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTE
CLÍNICO QUIRÚRGICO**

PRESENTADO POR:

LIC. KARIN ROSY, CHAVEZ CASTILLEJO

ASESOR:

MG. WERTHER FERNANDO, FERNANDEZ RENGIFO

LIMA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

Para mis hijos que son el pilar de mi Vida y me acompañan en cada paso que doy... son la razón de mi superación.

AGRADECIMIENTO

A los docentes de mi claustro de estudios,
que inspiraron en mi persona sus saberes y
conocimientos que hoy los pongo en
práctica.

ASESOR:

MG. WERTHER FERNANDEZ RENGIFO

JURADO

Presidente : Dr. Carlos Gamarra Bustillos

Secretario : Mg. Maria Angelica Fuentes Siles

vocal : Mg. Efigenia Celeste Valentin Santos

ÍNDICE

1. EL PROBLEMA	9
1.1. Planteamiento del problema	9
1.2. Formulación del problema	14
1.2.1. Problema general.....	14
1.2.2. Problemas específicos	14
1.3. Objetivos de la investigación	14
1.3.1. Objetivo general.....	14
1.3.2. Objetivos específicos	14
1.4. Justificación de la investigación	15
1.4.1. Teórica	15
1.4.2. Metodológica	15
1.4.3. Práctica	15
1.5. Delimitaciones de la investigación	16
1.5.1. Temporal.....	16
1.5.2. Espacial.....	16
1.5.3. Recursos.....	16
2. MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes	17
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	17
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	20
2.2. Bases teóricas	21
2.2.1. Dolor	21
2.2.2. Dolor en el postoperatorio	22
2.2.3. Tipos de dolor.....	23
2.2.4. Valoración del dolor en pacientes post operados de Colectomía.....	27
2.2.5. Dimensiones del dolor.....	29
2.2.6. Teoría del dolor agudo por Diana Marcela Achury.	30
3. METODOLOGÍA	32
3.1. Método de la investigación	32
3.2. Enfoque de la investigación	32
3.3. Tipo de investigación	32
3.4. Diseño de investigación	32
3.5. Población, muestra y muestreo	33
3.6. Variables y Operacionalización	33
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	34

3.7.1. Técnica.....	34
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	34
3.7.3. Validación	34
3.7.4. Confiabilidad.....	34
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	35
3.9. Aspectos éticos	35
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	37
4.1. Cronograma de actividades	37
4.2. Presupuesto.....	37
REFERENCIAS	39

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Hoy en día, más de 300 millones de cirugías son realizadas por año a nivel internacional. La vigente convergencia de la demanda de pacientes para obtener un más grande bienestar tras la cirugía junto con el más grande interés clínico en impulsar estancias postoperatorias más cortas y libres de inconvenientes ha transformado la práctica clínica del control analgésico postquirúrgico (1).

Para la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) el dolor es una experiencia desagradable a nivel sensitivo y emocional, la cual está vinculada con un posible o real daño tisular (2).

En este contexto, cuando hablamos de pacientes postoperados se indica que luego de cualquier intervención quirúrgica, sobre todo una abdominal en la que los tejidos de la cavidad abdominal son manipulados y expuestos, normalmente el dolor se hará presente y que por esto el médico ordenará el suministro de analgésicos, además de que se le brinde al paciente la mayor comodidad posible. La planificación de cuidados de cada paciente tendrá que ser preparada de manera individualizada de acuerdo a su propia experiencia. El dolor pasa a ser el principal indicativo que tiene un paciente en referencia a su evolución y es aquí donde surge la importancia de su control por parte de los enfermeros profesionales (3).

Es importante disminuir el dolor, precisamente por complicaciones como el deterioro de la función respiratoria, que es uno de los inconvenientes de mayor incidencia en el postoperatorio inmediato, entre el 6 y 76%, y que estima un 25% de la mortalidad. Este deterioro se presenta con cambios a nivel pulmonar como neumonía, edema pulmonar, atelectasia pulmonar y

derrame pleural. No es raro que estos cambios vayan acompañados de fiebre, cianosis, taquipnea, tos o expectoración.

Además de lo anterior, la hiperactividad simpática relacionada con el dolor hace que se liberen catecolaminas, lo cual puede traer distintas complicaciones cardiocirculatorias al paciente. Y a esto hay que sumar el impacto psicológico y emocional causado por el mismo dolor. Todos estos factores, como es de esperar, retrasan rehabilitación y recuperación del paciente postoperado (4).

El cuidado del paciente está a cargo del enfermero, quien debe ser capaz de identificar los distintos factores que favorezcan el surgimiento de dolor posoperatorio. La Sociedad Americana del Dolor estima que al menos el 80 % de postoperados han experimentado dolor agudo, y que aproximadamente el 75 % de los mismos indican que la intensidad del dolor es o grave o moderada. En el mismo estudio se señala que menos del 50% de los pacientes manifiesta que dolor postoperatorio ha sido alivio de forma adecuada. Esto se convierte en un importante problema, ya que, como vimos antes, el control inadecuado del dolor podría retrasar la recuperación, generando un riesgo en la calidad de vida del paciente, además de traer consigo riesgos de complicaciones posquirúrgicas (5).

Ya que el profesional de enfermería tiene como objetivo procurar y estar al tanto del bienestar de los pacientes, es necesario que desarrolle la habilidad del manejo y valoración del dolor postoperatorio (6).

Según Cabezas, se necesita de una educación adecuada para el manejo del dolor. El autor nos señala la realidad de algunos países en que se considera como "normal" el dolor después de una cirugía. Allí existe un temor al uso de

técnicas analgésicas y fármacos, junto con una inadecuada implementación de protocolos y tratamientos específicos según el tipo de operación que haya tenido cada paciente (7).

El trabajo de enfermería no consiste solamente en la administración de fármacos. Todo profesional de enfermería tiene también la tarea fundamental de la interpretación y valoración adecuada del dolor de cada paciente a su cuidado. Esto es esencial para procurar el mejor manejo de este mismo dolor (8).

Según Camacho, el dolor clínico se mide más comúnmente mediante escalas. Mediante esto el paciente indicará qué tan intenso es su dolor. Existen diversas escalas diseñadas con este mismo propósito de valoración subjetiva desde el punto de vista del paciente. Tomaremos como ejemplo a la escala visual analógica (EVA), la cual también toma en cuenta la percepción del paciente sobre qué tan intenso es su dolor cuando es interrogado. Esta EVA ayuda también evaluar qué tan efectivas han sido las medidas aplicadas para aliviar el dolor inicial (9).

Aun así, existiendo herramientas que faciliten valorar las escalas de dolor, en la actualidad el personal de enfermería no los utiliza y sigue asociando el dolor en los pacientes post operados como parte del proceso quirúrgico y que el paciente tenga que tolerarlo.

En España vemos ejemplos de esto, allí se calcula que un 61% de pacientes hospitalizados, sin distinción de sexo, señala la presencia de dolor, leve en su mayoría. Aunque la intensidad se mantiene en el nivel moderado, son los pacientes postquirúrgicos quienes más acusan dolor por sobre los no quirúrgicos. Un 38,8% de pacientes en el área médica señala un dolor con

intensidad de moderado a severo, mientras que en el área quirúrgica el porcentaje de pacientes que padecen la misma intensidad de dolor llegó al 62,6% (10).

En México, el 80% de enfermeros administra analgésicos en los casos en que el paciente siente dolor. Sin embargo, apenas un 45% le da explicaciones al paciente acerca del dolor y la forma de mantenerlo bajo control, y solo un 48% hace la valoración del dolor luego de la aplicación de analgésicos. Del total de enfermeros, 19% practicaban medidas alternativas para el alivio y el alivio del dolor, y solamente un 15% contaba con alguna herramienta o instrumento para valorar el dolor. Entre las medidas no farmacológicas están la modificación conductual, empleada por el 18% de enfermeros; la aplicación de calor, ejercicios, distracción y movimientos, por el 9%; y la meditación, terapia ocupacional, imaginación guiada y la aplicación de frío, por el 5% (11).

En nuestro país, se consideraba normal la presencia del dolor en circunstancias como los partos, posoperatorios o enfermedades oncológicas. Pero hoy en día, que hay una demanda por el incremento de calidad de vida, el dolor pasa a ser tratado en el momento en que se presenta. El tratamiento del dolor ya no se trata solo de una necesidad. El mismo Ministerio de Salud (MINSA) nos indica que se trata de una exigencia tanto del paciente como al propio personal de salud (12).

En el servicio de cirugía de Ica, el control del dolor en el paciente quirúrgicos se muestra de forma inadecuada con un promedio ponderado de 1.45: De

los pacientes que presentaron dolor postoperatorio, un 65% percibieron como inadecuados los cuidados de parte de enfermería (13).

En Lima, el 60 de los pacientes que fueron atendidos por el profesional de enfermería, manifestaron que el manejo del dolor es ausente en el 35%, mientras que el 65% refirió que la intervención para el manejo del dolor es oportuna, así mismo, el 70% manifestó que la administración de analgésicos en la presencia del dolor no es oportuna, mientras que el 55% evidenció que la valoración del dolor es escasa en el profesional de enfermería (14).

El trabajo de enfermería consiste en el cuidado integral del paciente. Pero esto se contradice con la experiencia práctica, en la que los enfermeros manejan el dolor de los pacientes de manera inadecuada o restándole importancia porque se asume que es una consecuencia necesaria del posoperatorio. Ejemplo de esto es la colecistectomía, en la que algunos pacientes portan drenajes tubulares y laminares, se encuentran con sonda nasogástrica a gravedad precisamente por la complejidad de la cirugía, porque en las cirugías laparoscópicas la invasión es mínima, pero la intensidad del dolor de igual forma se manifiesta. En muchas ocasiones el paciente post operado no es consultado sobre la intensidad del dolor, para hacer frente a la disminución de esta sensación desagradable. Todo esto afecta al paciente retrasando, como ya sabemos, su mejora, y al mismo quehacer y profesión de la enfermería, ya que se no se cumple a cabalidad con el ya señalado cuidado integral del paciente.

Es por esto que, se formula la siguiente interrogante.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿cómo es el dolor en pacientes post operados de Colectomía en el servicio de Cirugía del Hospital Santa Rosa; 2021?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la frecuencia del dolor leve en pacientes post operado de colectomía en el servicio de Cirugía del Hospital Santa Rosa, 2021?

¿Cuál es la frecuencia del dolor moderado en pacientes post operado de colectomía en el servicio de Cirugía del Hospital Santa Rosa, 2021?

¿Cuál es la frecuencia del dolor severo en pacientes post operado de colectomía en el servicio de Cirugía del Hospital Santa Rosa, 2021?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el dolor en pacientes post operados de Colectomía en el servicio de Cirugía del Hospital Santa Rosa; 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

Evaluar la frecuencia del dolor leve en pacientes post operado de colectomía en el servicio de Cirugía del Hospital Santa Rosa, 2021.

Evaluar la frecuencia del dolor moderado en pacientes post operado de colectomía en el servicio de Cirugía del Hospital Santa Rosa, 2021.

Evaluar la frecuencia del dolor severo en pacientes post operado de colectomía en el servicio de Cirugía del Hospital Santa Rosa, 2021.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Esta investigación permitirá obtener mayor entendimiento acerca de la intensidad del dolor post operatorio de colecistectomía. Por ello, se ha organizado y recopilado elementos para el marco teórico, producto de la revisión bibliográfica de las variables propuestas en esta investigación. Además, este estudio se pone a disposición de futuros investigadores en el área de salud, constituyendo este trabajo como antecedente de investigación.

1.4.2. Metodológica

Para la obtención de los resultados esperados, se empleará técnicas de investigación como el cuestionario y el procesamiento del análisis estadístico, el cual nos permitirá medir las variables en cuestión, con ello, se pretende el dolor en pacientes post operados de Colecistectomía en el servicio de Cirugía.

1.4.3. Práctica

Este estudio será beneficioso para el profesional de enfermería del área de cirugía, puesto que, permitirá aportar información clara y actualizada en relación al nivel del dolor que presentan los pacientes pos operados mediatos e inmediatos. En efecto, los resultados obtenidos ayudaran al desarrollo de estrategias continuas para el profesional enfermería, protocolos y herramientas como la Escala de Valoración Análoga (EVA) que observen el funcionamiento nivelado, específico, conveniente del nivel del dolor en aquellos pacientes intervenidos quirúrgicamente cuyo

propósito es mantener la excelencia asistencial frente al cuidado y así mismo la imagen de la institución.

Por ende, el conocimiento obtenido favorecerá un punto de inicio para la elaboración de próxima investigación que se relacionan con las variables de estudio, que mejoren el desempeño del profesional de enfermería el cual servirá para otros campos afines (15).

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

Tipo de investigación aplicada de enfoque cuantitativo detallado, que examina aquella información recopilada sobre una población muestra o subconjunto predefinido. La naturaleza del análisis es de corte transversal, debido a que se desarrollará en un periodo y espacio definido.

1.5.2. Espacial

El estudio se realizará en el área de cirugía del Hospital Santa Rosa, el cual antes de la aplicación del instrumento se solicitará el permiso de las autoridades pertinentes para la ejecución.

1.5.3. Recursos

En cuanto a los recursos, para el desarrollo de esta investigación se dispondrá de recursos humanos y materiales que sean necesarios para el cumplimiento del objetivo planteados.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Teoyotl (16). en 2019, México, describió en su investigación la “Calidad de la Atención del manejo de dolor postoperatorio en pacientes adultos sometidos a Colectomía Laparoscópica bajo anestesia general”. Como muestra tuvo 44 pacientes que bajo Anestesia General Balanceada fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica. Tres instrumentos se utilizaron para evaluar el dolor posoperatorio: el test de Satisfacción con manejo analgésico, la escala visual del dolor (EVA) y el Sistema de Puntuación de Alta Post Anestésica (PADSS),. Estos tres fueron aplicados en dos momentos: al ingreso y al egreso de la UCPA. Al momento de ingreso los porcentajes de percepción de dolor fueron de 18.8% para los que no presentaron dolor (8 pacientes), 54,54% dolor leve (24 pacientes) y 27,27% dolor moderado (12 pacientes). Al egreso fueron de 38.63% que no presentaron dolor (17 pacientes), 56.81% dolor leve (25 pacientes) y 2,27% dolor moderado (1 paciente). El autor concluye que el dolor puede limitar las actividades del paciente y que también condicionaría la calidad de vida del postoperado, y que, por tanto, el dolor posoperatorio pasaría a ser un problema de salud pública (16).

Hernández (17) en el año 2020, Guatemala, evaluó “el nivel del dolor postoperatorio mediante la escala visual análoga del dolor (EVA) en pacientes infiltrados con bupivacaína en herida transoperatoria sometidos a colecistectomía convencional en Chiquimula”. El número de la población fue de 50 y el instrumento utilizado fue la EVA aplicada en 3 momentos: luego de cuatro horas posoperatorias y dejando dos horas entre esta y las siguientes evaluaciones. En el primer momento 4% de pacientes acusaron dolor moderado. Dos horas después el 4% presentaba dolor severo, 2% dolor moderado, el 76% dolor leve y un 8% sin dolor. De este estudio se concluyó que los pacientes infiltrados con bupivacaína tienen una menor incidencia de dolor, hasta ocho horas después de cirugía. Hay además una disminución de náusea y/o vómito y otras complicaciones (17).

Alves et al. (18) en el año 2018, Brasil, realizaron un estudio cualitativo que evaluó el conocimiento de enfermeras sobre el dolor en víctimas de trauma. El estudio se desarrolló en un hospital público, mediante la aplicación de un cuestionario y prueba de conocimientos, y examinado por Análisis de Contenido. 27 enfermeras conformaron la muestra. Mujeres en su mayoría (92,6%), quienes en promedio tenían de $31 \pm 10,3$ años, y cuyo tiempo de formación era menor a un año en un 51,8%. Los enfermeros entendían el dolor como una señal de advertencia y una sensación desagradable. Criterios subjetivos y objetivos su empleaban para valorar este dolor, aunque la mayoría (59,3%) desconocía instrumentos de evaluación del dolor. El más conocido era el de la escala numérica. El dolor

se controlaba mediante estrategias de tipo farmacológico, o de tipo no farmacológico o de forma mixta (18).

Rodríguez et al. (19) en el año 2019, Cuba, llevaron a cabo un estudio para valorar el dolor postoperatorio junto con la realización de terapias por los enfermeros. La metodología aplicada fue la longitudinal de enfoque cuantitativo. La población se conformó por 91 pacientes de cirugía ambulatoria. Se observó que el 37,4% de la población indicó que tuvo dolor en el postoperatorio, siendo de ellos la mayoría de género femenino (76,5%) y la minoría de género masculino (23,5%). Cerca del 20% de la población, unos 22 de pacientes, indicó que padeció dolor leve. De ellos, 10 dejaron de sentir dolor luego de realizar terapias complementarias y otros 10 sintieron mejoría, aunque sin la desaparición total del dolor. No hubo mejoría en el caso de los dos restantes. Como conclusión tenemos que los profesionales de enfermería manejan eficazmente el dolor, lo cual es evidenciado en el manifiesto alivio de los pacientes, y que parte de su éxito se puede atribuir a la aplicación de terapias complementarias como el frío local que fue el más aceptado por los pacientes (19).

Méndez et al. (20), en 2016, España, realizaron un estudio acerca de la intensidad e incidencia del dolor agudo post cirugía en una Unidad de Cirugía Gastro-intestinal. La metodología empleada fue observacional, descriptiva y prospectiva. La población fue de 56 pacientes. La evaluación del dolor fue realizada en 3 momentos: cuando el paciente es extubado, es decir, apenas finalizada la intervención; luego de 2 horas; y, por último, pasadas las 24 h

después de la cirugía. Como resultado tenemos que un 80% indicó dolor leve (EVA de 0 a 3), mientras que los demás llegaron al nivel moderado (EVA de 4 a 6). El porcentaje que pudo conciliar el sueño en la primera noche posterior a la cirugía fue de 88%. Se halló una correlación entre la valoración en la EVA del segundo momento y la intensidad de dolor observado en el tercer momento, ya sea en reposo o en movimiento ($p = 0,049$ y $p = 0,03$). Como conclusión tenemos que la EVA del segundo momento (a las 2 h de la cirugía) posee un nivel alto de predicción de la presencia de dolor en pacientes durante el tercer momento (a las 24 h) (20).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Romero et al. (21) en el año 2018, realizó un estudio que buscaba definir qué características de dolor había y cómo era el manejo de los analgésicos postoperatorios en pacientes del Hospital de Apoyo II-2 Sullana. Como metodología empleada tenemos el diseño observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. La población fue de 136 pacientes post operados que respondieron un cuestionario de evaluación del dolor. Como resultado se observó que el 97,8% acusó dolor postoperatorio y que el 75% indicaba que padecía con frecuencia dolor intenso o moderado. Como conclusión tenemos que hubo una alta incidencia de dolor postoperatorio intenso o moderado en la mayoría de pacientes, a pesar de la aplicación de analgésicos a más del 50% de ellos (21).

Benites (22) en el año 2017, realizó el estudio "Atención y cuidado del paciente que siente dolor en el postoperatorio en el hospital de Ica, mes de octubre del 2016-2017". En el resultado de la investigación se observó que

65,84% de pacientes con dolor postoperatorio tuvieron un cuidado inadecuado por parte de los enfermeros y que solo el 34,16% recibió el trato apropiado (22).

Mendoza (23) en el año 2016, hizo una investigación para determinar cómo se manifestaba el dolor agudo en pacientes postoperados de colecistectomía. Su metodología empleada fue cuantitativa; de nivel descriptivo y observacional. La población estuvo consistió en 24 postoperados y se utilizó la EVA. Los resultados evidencian un 75% de pacientes que acusó dolor severo en la primera hora. Este porcentaje descendió a 41,7% en la segunda hora y cayó a 20,8% en la tercera hora. El dolor moderado apareció en el 25% de pacientes durante la primera hora. Este porcentaje fue ascendiendo hasta llegar a 58,3% y 79,2% en la segunda y tercera horas respectivamente. La conclusión a la que se llega es que, con respecto al dolor agudo, este pasará de la intensidad severa a la moderada con en el avance de las horas (23).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Dolor

Es el que aparece por lesión en los tejidos o se describe en términos de la misma, la cual produce una experiencia compleja de tipo emocional y sensorial. La lesión mencionada puede amenazar alguna función orgánica, una extremidad o la misma vida (por ejemplo, la neuropatía compresiva, el dolor isquémico o el síndrome compartimental), de allí viene la necesidad de la valoración de sus causas reversibles (24).

2.2.2. Dolor en el postoperatorio

En el dolor post operatorio se encuentran inmersos varios conjuntos de efectos fisiológicos que originan a una serie de respuestas o experiencias molestas de tipo sensitivo, mental o emocional. Estas son acompañadas por respuestas fisiológicas, endocrino metabólicas, autónomas y de conducta (25).

Son muchos los pacientes que luego de una cirugía llegan a padecer este tipo de dolor de intensidad moderada o intensa, y la forma en que se les es tratado este dolor no es la mejor (26).

El tiempo de permanencia de este dolor va de los 5 o 10 minutos hasta una o muchas horas después. Tanto el nivel de intensidad como el tiempo mencionado no son proporcionales al grado que llegan las lesiones o afecciones sufridas. No es raro que el dolor vaya acompañado de náuseas, vómitos o abundante sudoración fría, consecuencias de descargas adrenérgicas o vagales (27).

Se ha llegado a demostrar que un control deficiente de los dolores postoperatorios incrementa la morbilidad de pacientes. Esto se debe a que la presencia del dolor terminará por influir a todo sistema del cuerpo. En el sistema neuroendocrino, el dolor intenso genera como respuesta la liberación de catecolaminas, cortisol y otras hormonas. Problemas cardiovasculares como la arritmia, taquicardia, hipertensión arterial, disminución del flujo sanguíneo regional o incluso shock se pueden originar a partir de la liberación de catecolaminas. El dolor también incrementa el gasto de oxígeno y hace que disminuya la función pulmonar, puede llegar a dificultar la micción, altera la respuesta inmune, reduce la peristalsis y

además genera balance nitrogenado negativo, lipólisis, hiperglicemia y otros desórdenes como el insomnio y ansiedad (28 y 29).

La atención inadecuada del dolor favorece al sufrimiento del paciente y puede dificultar una recuperación y rehabilitación con facilidad. El entendimiento y la práctica de los fundamentos para tratar el dolor pueden proporcionar una analgesia adecuada para la mayoría de los pacientes posoperatorios. Los métodos más avanzados de control del dolor pueden permitir un alivio excelente para prácticamente todos los pacientes, pero pueden requerir la presencia de un servicio de manejo del dolor dedicado. Este artículo revisa los principios y la práctica del manejo moderno del dolor posoperatorio (30).

2.2.3. Tipos de dolor

El criterio para clasificar el dolor está basado en su intensidad, su duración, su localización, su etiología o el mecanismo neurofisiológico. Hay, además, muchos otros criterios aparte pero los mencionados son los de mayor uso (31).

Podemos clasificar al dolor en agudo o crónico: el primer tipo se da como efecto inmediato de la estimulación (a nivel químico, térmico o mecánico) de los nociceptores por noxas, trae consigo pocos síntomas psicológicos y es activado con la finalidad de proteger biológicamente al individuo. El segundo es más perdurable y puede durar más que la recuperación de una lesión o incluso darse en su ausencia, conlleva síntomas psicológicos, es resistente al tratamiento y, contrario al dolor agudo, no tiene la finalidad de proteger al individuo (32).

También se puede distinguir uno de otro por la relación causal con la enfermedad o el daño tisular, además de temporal. El dolor agudo, de corta

duración, aparece con la lesión o daño, mientras que el dolor crónico, de duración prolongada, aparece sin una causa que se pueda identificar de forma clara (33).

Dolor agudo

Se considera como dolor agudo al que aparece durante el curso de la cura y cicatrización de una lesión. Se origina en el organismo como respuesta fisiológica a agresiones traumáticas, físicas o químicas. Su presencia es común y predecible (34).

Dolor crónico

Se origina por una inflamación o neuropatía y está caracterizado por la hiperalgesia (la acentuación del dolor percibido por los nociceptores) y la alodinia (la distorsión en la impresión de estímulos inocuos como si fuesen dolorosos).

La condición del dolor crónico dependerá del accionamiento de las vías nociceptivas que se dirigen a la médula espinal y mesencéfalo, del nivel de sensibilidad de la médula, y de que se active el sistema facilitador descendente del dolor, que es fundamental para mantener el estado sensibilizado en la médula (35).

Se puede clasificar al dolor según los criterios de duración, patogenia, localización, curso, intensidad y farmacología como veremos a continuación (36).

A. Según su duración

Agudo: De duración corta o limitada y que psicológicamente genera muy poco o ningún daño. Esto se ejemplifica con las neuropatías, perforaciones de vísceras huecas y fracturas musculoesqueléticas.

Crónico: De duración indefinida y que afecta psicológicamente al paciente. Ejemplo común de esto es el dolor de los pacientes de cáncer (37).

B. Según su patogenia

Neuropático: El que es producido con el estímulo directo del sistema nervioso central o por daño a nervios periféricos. Es descrito como quemante o punzante y es acompañado disestesias y parestesias, además de alodinia, hiperestesia e hiperalgesia. Como ejemplo tenemos a la compresión medular, la neuropatía periférica post quimio o radioterapia y la plexopatía braquial.

Psicógeno: Es aquel en el que influye el entorno psico-social del individuo. En este caso es común que los analgésicos con el tiempo disminuyan su efectividad por lo que se aumentará la dosis regularmente.

Nociceptivo: Es el dolor más común y puede ser de dos tipos: somático y visceral, que es lo que se detallará en seguida (37).

C. Según la localización

Somático: Se describe como punzante, localizado y que se disemina siguiendo vías nerviosas. Se genera cuando los nociceptores somáticos profundos o superficiales (musculoesqueléticos, de los vasos, la piel, etc.) son excitados de forma anormal. De este tipo de dolor, el más

común es el que aparece en los huesos por metástasis ósea. Se trata con antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

Visceral: Se genera cuando los nociceptores viscerales son anormalmente excitados. Suele ir acompañado de algún síntoma neurovegetativo. Se describe como profundo y continuo, el cual no es bien localizado. Es común que se irradie a regiones alejadas de la zona en que apareció. Como ejemplo se puede dar la metástasis hepática, los cólicos o el cáncer pancreático. Los opioides han mostrado ser eficaces contra este tipo de dolor (37).

D. Según el curso

Continuo: Es el dolor que no llega a desaparecer y que persiste de forma constante.

Irruptivo: Se produce cuando hay un dolor de fondo controlado y estable, y este dolor es exacerbado transitoriamente. Cuando el paciente realiza una acción involuntaria, como un movimiento, se produce un subtipo de este dolor, denominado incidental (37).

E. Según la intensidad

Leve: Es el que permite la ejecución de actividades rutinarias.

Moderado: Es el que obstaculiza la rutina del paciente. Para tratarse requiere el uso de opioides menores.

Severo: Es el que impide el descanso. Requiere opioides mayores (37)

F. Según la farmacología: Relacionado a la administración de opiáceos, el dolor se clasifica en tres:

Responde bien: Aquí están contemplados el dolor somático y el visceral.

Parcialmente sensible: Incluye al dolor por compresión de vías nerviosas periféricas (es recomendable algún esteroide) y el dolor óseo (conviene el uso de AINE)

Escasamente sensible: Comprende al dolor por destrucción o infiltración de vías nerviosas periféricas (se trata con anticonvulsionantes o antidepresivos) y el dolor por espasmo de los músculos estriados (37).

2.2.4. Valoración del dolor en pacientes post operados de Colectomía

La vesícula biliar es el órgano encargado de almacenar y recoger la bilis que el hígado secreta con fines digestivos. Se halla en la cavidad abdominal, en la parte superior derecha, bajo el hígado. La colectomía es la extirpación de la vesícula biliar por medios quirúrgicos. El dolor tras este procedimiento quirúrgico en los pacientes se presenta en diferentes intensidades.

El tratamiento adecuado del dolor requiere una evaluación precisa. Aunque los dolores sean experiencias subjetivas, la escala de valoración del dolor ha demostrado su validez y confiabilidad las veces que ha sido aplicada correctamente (38).

La escala de valoración puede ser de muchas clases. De entre estas se debe elegir apropiadamente el mejor instrumento para cada tipo de paciente (pediátrico, adulto, adulto mayor o que presente algún problema cognitivo) (39).

Un método será útil si es capaz de recabar la información de los pacientes acerca de las intensidades o calidades del dolor. Ya que la intensidad suele ser la dimensión más significativa, es habitual que sea la que se tome en cuenta en la valoración del dolor. De esta manera se contempla lo que sucede tanto en la ejecución de movimientos (como la tos) como durante el reposo, y no se observan otras características valorables como las afectivas (atemorizante, agotador) o sensoriales (punzante, penetrante o quemante) (40).

Medir el dolor en clínica es diferente a medir el dolor experimental. En clínica mayormente la condición de los estímulos se desconoce, además de que puede variar. Esto no ocurre en el dolor experimental, en el que es factible la cuantificación de los estímulos en sus magnitudes y calidades. Existen variables fisiológicas fidedignamente mensurables como la presión arterial, el pulso o la glicemia, pero no se puede incluir al dolor dentro del grupo de estas variables. Por esto es que no se cuenta con un método definitivo, directo y objetivo capaz de cuantificar el dolor (41).

A pesar de lo mencionado, persiste la necesidad de medir el dolor y por esto es que se formulan distintos instrumentos para su valoración. Hay cuatro de estos que son básicos y que son aplicados regularmente por los profesionales de enfermería: la escala nominal, la ilustrada, la numérica y la analógica.

La escala analógica y la numérica son las más utilizadas. Se debe elegir apropiadamente entre estas dos o cualquier otra según la situación particular

de cada paciente para poder conseguir la información adecuada para evaluar el dolor (42).

La etapa postoperatoria comprende las 24 horas siguientes a una intervención quirúrgica. Es en esta etapa en que el dolor será más intenso, aunque su disminución será progresiva y se dará en el periodo mediato.

2.2.5. Dimensiones del dolor

Dolor postoperatorio leve: Es el que se origina por algún estímulo cutáneo como lo puede ser un golpe, una quemadura, la temperatura o la presión. Ocurre normalmente en la piel. Soportable, tolerable (43).

Dolor postoperatorio moderado: Aquí frecuentemente son comprometidos tanto la epidermis como el tejido subcutáneo. No muy tolerable (43).

Dolor postoperatorio severo: Se da cuando están involucrados el tejido muscular, tejido óseo, cartilaginoso u otros de tipo conectivo. Intolerable (43).

2.2.5.1. Escala Visual Análoga (Eva)

Para su aplicación se requiere una línea recta, usualmente de 1 dm de largo, en la que están las anotaciones “sin dolor” en un extremo y “dolor máximo” en el otro. Los niveles de dolor son marcados con líneas en esta recta según cómo valoren los pacientes qué tan intenso es su dolor (44).

La EVA necesita la comprensión y el apoyo del paciente, pero consume poco tiempo y su ejecución es sencilla. Es un método confiable, preciso y se correlaciona bien con las escalas descriptivas (44).

La EVA se convierte en la herramienta más idónea para la valoración del dolor debido a que, una vez aprendido su manejo, se independiza del lenguaje. Su nivel de precisión no solo contribuye a ubicar el tratamiento

adecuado, sino que también posibilita la práctica de procesos estadísticos de alta complejidad. La presentación horizontal de la EVA es considerada como la que ofrece más validez y confiabilidad de la información recabada. La herramienta de evaluación tiene una línea horizontal de diez cm, que, en los lados indican nivel del dolor; en el extremo izquierdo “no dolor”, en el lado derecho “dolor severo”. El paciente evaluado, debe de marcar el nivel de intensidad de su dolor (45).

- Dolor leve. Se considera si la puntuación esta entre 1 a 3
- Dolor moderado. Si el puntaje va del 4 al 6,
- Dolor severo. Si el puntaje va del 7 al 10,

2.2.6. Teoría del dolor agudo por Diana Marcela Achury.

Como consecuencia del sufrimiento y el dolor surge el comportamiento o la conducta del dolor agudo. Esta conducta consiste en las acciones que los pacientes realizan o inhiben debido a la existencia de lesiones tisulares (gestos, lamentos, visitas al médico, desatención del trabajo, etc.). Estas actitudes son cuantificables y observadas por el entorno del paciente, entorno que también puede influenciar en ellas. Hay tres elementos fundamentales para la percepción del dolor. Estos se hacen imprescindibles cuando se hace la valoración y el posterior manejo del dolor:

El sensorial, relacionado con la emisión de los impulsos desencadenados. Este primer componente informa qué tan intenso es el dolor, dónde se localiza y las características de este dolor.

El motivacional-afectivo, es el referente a las emociones desatadas tras el dolor y la forma en que ellas influyen en su apreciación como algo molesto. Pueden derivar en depresión o ansiedad.

El evaluador, es el que define cómo influirá el dolor en la cotidianidad del afectado. Si están afectadas las distintas funciones del organismo, estas manifestarán su condición a través de los signos vitales.

El dolor agudo está caracterizado por tener un momento de aparición claramente definido y por el acompañamiento de determinados signos y síntomas. Otras características son su predictibilidad y el hecho de que se origina como una señal de alarma. Puede también relacionarse a pruebas diagnósticas o procesos terapéuticos y en raras ocasiones a causas psicopatológicas o a influencia del entorno (46).

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Esta investigación utiliza un método hipotético deductivo que hace referencia a la inferencia lógica racional de enunciados particulares partiendo en base a varias proposiciones que se toman como verdaderas.

3.2. Enfoque de la investigación

Se presenta un estudio de enfoque cuantitativo, que permite el uso de los datos obtenidos para comprobar la hipótesis planteada por el autor, con la ayuda de la estadística permite comprobar las hipótesis planteadas.

3.3. Tipo de investigación

La investigación es de tipo aplicada, la cual permite responder preguntas específicas de problemas comunes, en base a conocimiento científicos y aplicaciones prácticas.

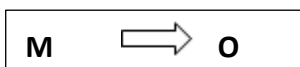
3.4. Diseño de investigación

El diseño de esta investigación es de tipo no experimental, conservando sin alterar estado de las variables. Se caracteriza básicamente en la observación de los eventos, tal y como se encuentren dentro de su naturaleza para posteriormente ser analizados en un tiempo y espacio determinado.

Una investigación de alcance descriptivo, en el que se muestran las características de las variables tal como se observan en la realidad.

Asimismo, el estudio es transversal porque examina datos de la variable estudiada de la población, muestra o subconjuntos en un periodo determinado.

Representación:



3.5. Población, muestra y muestreo

Población

Contará con una población muestral, puesto que el tamaño de la población fue mínimo, se tomó toda la población como muestra. Se aplicará un muestreo no probabilístico por conveniencia, y se obtendrá una muestra de 60 paciente post operados de colecistectomía. El periodo de recolección de datos de la población estará comprendido de agosto a setiembre del 2021.

Criterios de inclusión

- Pacientes post operados hospitalizados en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa
- Pacientes que han accedido a colaborar, por lo que han firmado el consentimiento informado previo a la cirugía.
- Pacientes sin alteraciones mentales.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no pertenezcan a la especialidad.
- Paciente que no firmaron consentimiento informado.
- Pacientes con alteraciones mentales.

3.6. Variables y Operacionalización

Valoración del dolor

Para la valoración de dolor se requiere de un diagnóstico cuidadoso y la aplicación de instrumentos correctos, porque al ser el dolor un síntoma de carácter subjetivo, se deben utilizar las escalas del dolor de forma adecuada para asegurar la confiabilidad y validez de los resultados.

Operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ITEMS	ESCALA VALORATIVA
Valoración del dolor	Para poder tratar el dolor adecuadamente, es necesario evaluarlo correctamente. Si bien el dolor es una experiencia subjetiva, las escalas de evaluación del dolor son válidas y confiables cuando se utilizan apropiadamente	La variable de la valoración del dolor, será medida a través de la escala de valoración análoga (EVA). El cual está conformado por 3 dimensiones: Dolor leve; dolor moderado, dolor severo.	Dolor postoperatorio leve	Expresión facial Tono muscular Tranquilidad	1,2,3,	Intensidad del dolor Leve 2-3 Moderado 5-7 Severo 8-10
			Dolor postoperatorio moderado	Expresión facial Tono muscular Tranquilidad	4,5,6	
			Dolor postoperatorio severo	Expresión facial Tono muscular Tranquilidad	7,8,9,10	

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se empleará como técnica, la entrevista y observación para valorar el dolor de los pacientes entrevistados.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Como instrumento de valoración se utilizará la escala visual análoga, herramienta que permitirá medir el dolor que siente el paciente post operado. Esta escala está compuesta por una línea horizontal de diez centímetros de largo, numerada del uno al diez, el cero significa ausencia del dolor y los diez dolores máximos. Posteriormente, de que le paciente identifique el dolor que presenta. Se clasificará en dolor en base a los siguientes niveles: de uno a tres dolor leve, de cuatro a seis dolor moderado y de siete a diez dolor severo. Esta escala se aplica a las dos horas, cuatro horas y 24 horas después de una operación.

3.7.3. Validación

La escala de valoración análoga (EVA) es un instrumento que mide la intensidad del dolor, fue creado por Downie en 1978 y ha sido validado en el ámbito clínico a nivel mundial, una escala práctica y sencilla de entender por los pacientes. La validación hecha por Scout Huskinson, muestra una validez adecuada $VC = 8.65 > VT = 1.64$.

3.7.4. Confiabilidad

La Escala de Valoración Analoga (EVA) ha sido aplicada en diferentes investigaciones y su confiabilidad comprobada, la tesista Mercedes M. en el 2015, estudio el comportamiento del dolor agudo en personas post cascaredas, reafirmando la alta confiabilidad del instrumento (0.94).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Después de conseguir la aprobación de las autoridades de la institución para llevar a cabo el estudio, se solicitará el permiso a la jefatura del servicio de cirugía para aplicar la escala.

La aplicación del instrumento se realizará de forma presencial en la institución, se visitará el servicio de cirugía diariamente, hasta completar el número de pacientes establecido en la muestra. Los pacientes para la muestra serán seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión, solo formarán parte del estudio aquellos pacientes que firmen el consentimiento informado. Luego de aplicada la escala del dolor, se informará al personal de enfermería de encontrarse pacientes con dolor severo que requieren ser atendidos.

La valoración del dolor postoperatorio se medirá con la escala del dolor, se le preguntará al paciente en una escala del 0 al 10 cuanto de dolor siente en ese momento, haciendo uso de la escala numérica verbal. Medición que se realizará.

3.9. Aspectos éticos

Principio de beneficencia:

A través de la evaluación de la intensidad del dolor, se podrá brindar una mejor atención al paciente después de una operación y se podrá contribuir a una rápida recuperación, puesto que en base a los resultados el personal podrá aplicar mejores y más eficaces cuidados de enfermería.

Principio de autonomía:

Todos los participantes tienen el derecho de tomar su propia decisión sin obligación alguna, previa conocimiento del consentimiento informado. Los participantes conocerán el qué y el porqué del estudio, teniendo el poder para abandonar el estudio en cualquier momento.

Principio de no maleficencia:

Evaluar el dolor es esencial en un paciente postoperado, para evitar complicaciones y ayudar a una rápida recuperación, por lo que la investigación cumple con el principio de no maleficencia y busca mejorar la calidad de la atención a partir de una buena valoración del dolor.

Principio de justicia:

Los pacientes que formarán parte del estudio, serán seleccionados de acuerdo a criterios de inclusión, todos los que cumplen con estos criterios tienen la posibilidad de ser parte del estudio, por lo que se cumple con el principio de justicia, equidad y no arbitrariedad en todo el desarrollo de la investigación.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

Nº	Actividades	2020			2021				
		10	11	12	1	2	3	4	5
1	Selección de ideas de investigación	■							
2	Revisión bibliográfica	■	■						
3	Elaboración de Proyecto	■	■	■					
4	Selección de permiso				■				
5	Ejecución del Proyecto					■	■		
6	Preparación del documento del informe final							■	■

4.2. Presupuesto

Equipos y bienes duraderos:

DESCRIPCION	CANT	UNID. MEDIDA	COSTO UNITARIO S/.	COSTO TOTAL S/.
1. BIENES				153.00
1.1. Materiales de escritorio				68.00
Lapiceros	10	Unid.	0.80	8.00
Papel Bond A4 60 gr.	01	Millar	20.00	20.00
Papel Bond A4 80 gr.	02	Millar	20.00	40.00
1.2. Mat. de almacenamiento				85.00
Memoria USB 4 Gb.	01	Unid.	35.00	35.00
Otros		Varios		50.00
2. SERVICIOS				5330.00
Movilidad local	02	Persona/mes	30.00	300.00
Personal de apoyo	01	Persona/mes	300	300.00
Investigador	02	Persona/día	450.00	450.00
Uso de internet	03	Mes	50.00	150.00
Asesoría estadística	01	Persona	3600.00	3600.00
Revisión de la redacción	01	Persona	30.00	30.00
Fotocopias	100	Unid	0.10	10.00
Impresión de material	400	Unid.	0.10	40.00
Empastado	05	Ejemplar	30.00	150.00
Gastos administrativos		Varios		300.00
3. Otros (10%)				150.00
TOTAL				5786.00

1

REFERENCIAS

1. Elisabet B. Día Mundial del Dolor : Dolor postoperatorio agudo y crónico. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://etalpharma.com/dia-mundial-del-dolor-2017-dolor-postoperatorio-agudo-y-cronico/>
2. Vásquez S. Factores asociados al dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. . [Internet]. 2018. Disponible en : <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1286/178-KV%C3%81SQUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. *Urure V. Pacheco V. Cuidado de enfermería al paciente con dolor postoperatorio en un Hospital Público de la ciudad de Ica, Octubre 2016 – Setiembre 2017. revista Rev. enferm. vanguard.[revista en línea] 2017. [citado 2021 Jul 04] 5(2): 46- 59. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/vanguardia/article/download/218/286/>*
4. *Moscoso L. Bernal C. Cuidado y manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica. Enferm. [revista en línea] 2015. [citado 2021 Jul 04] 2015;33(2):209-221. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n2/v33n2a03.pdf>*
5. Rodríguez-Díaz Jorge Luis, Galván-López Gina Patricia, Pacheco-Lombeida Mariela Ximena, Parcon-Bitanga Melynn. Evaluación del dolor postquirúrgico y el uso de terapias complementarias por enfermería. AMC [Internet]. 2019 Feb [citado 2021 Jul 04] ; 23(1): 53-63. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000100053&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000100053&lng=es)

6. E.. Díez-Álvareza, A.. Arrospideb, J.. Marb,c, M.. Cuestaa, M. del Carmen Martíneza, E.. Beitiaa, J.. Urrejolad. Valoración del dolor agudo postoperatorio. Revista calidad asistencial *[revista en línea]* 2014[citado 2021 Jul 04]Vol. 24. Núm. 5. 215-221. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-valoracion-del-dolor-agudo-postoperatorio-S1134282X09000062>
7. Cabezas E. Dolor postoperatorio. Actualización enfermera. Revista para profesionales de la salud *[revista en línea]* 2021[citado 2021 Jul 04] Vol. IV Número 35. 86-99. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6026654dc0a5dart5.pdf>
8. Bakalis N, Vescio G, Chounti M, Michalopoulou E, Kiekkas P, Rizzuto A, et.al. Nursing assessment of post-operative pain in patients undergoing general (thoracic) surgery. Journal Home Blood Heart Circ . [Publication periodical on line] January 2018. [Cited 2019 Jun 12]; 2(4): 2-7. Available from: <https://www.oatext.com/pdf/BHC-2-148.pdf>
9. Machado A, Jorge E.; Quintero, Ana Milena; Mena García, Manuel Fernando; Castaño Carmona, Carlos Andrés; López Saldarriaga, Edward Mauricio; Marín Zuluaga, Danna Carolina; Marulanda Quiceno, Víctor Alfredo; Mejía Acevedo. Evaluación del manejo del dolor postquirúrgico en pacientes adultos de una clínica de tercer nivel de Pereira Colombia. [Publication periodical on line] 2012. [citado 2012 Jan 3] Investigaciones Andina, vol. 14, núm. 25, septiembre-abril, 2012, pp. 547-559. Disponible en : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239024339005>

10. M. T. Vicente H, S. Delgado Bueno, F. Bandrés Moyá, M. V. Ramírez Iñiguez de la Torre⁴ y L. Capdevila García. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios [Revista en línea] 2018 [Citado el 2018] Rev Soc Esp Dolor 2018; 25(4): 228-236. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>
11. Hurtado P, Hurtado V, Martínez T. Intervención de la enfermera en el afrontamiento del dolor en pacientes post quirúrgico de cirugía abdominal en un hospital del MINSA. [Tesis en línea] 2018 [citado 2018 Abril 10]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/5857/Intervencion_HurtadoPonce_Kelit.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Ahuanari R. Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima. . [Tesis en línea] 2017 [citado 2017 Junio 9] Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323343067.pdf>
13. Urure V. Cuidado de enfermería al paciente con dolor postoperatorio en un Hospital Público de la ciudad de Ica. [Revista en línea] 2018 [citado 2018 Julio 15]. Vol. 5 Núm. 2 (2017): Julio - Diciembre. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/vanguardia/article/view/218>
14. Alarcón D. Intervención de enfermería en manejo del dolor en pacientes de emergencia [Tesis en línea] 2019 [citado 2019 Agosto 13]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/12032/SEI%20I%20J%20n%26ald%20cke.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Sánchez Rodríguez JR, Aguayo Cuevas CP, Galdames Cabrera LG. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado

- profesional. Relación con la teoría crítica. Rev. cuba. enferm. [Internet]. 2017 [citado 23 Jul 2021];, 33(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/209>
16. Teoyotl Martínez, Alejandra. Calidad de la atención del dolor postoperatorio en pacientes adultos sometidos a colecistectomía laparoscópica bajo anestesia general [tesis en línea] 2019 [citado 2019 Agosto 13] Universidad de Mexico. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20.500.12371/10133/20200729155209-1104-T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Hernández Ch. Evaluación de la gradación del dolor en pacientes sometidos a colecistectomía [Tesis en línea] 2020 [citado 2019 Agosto 13] Universidad de San Carlos de Guatemala. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:NFd_oYUMECUJ:www.repositorio.usac.edu.gt/15089/1/19%2520MC%2520TG-3577-Hern%25C3%25A1ndez.pdf+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe
18. Norma Cecília Alves Ribeiro Simonize Cunha Cordeiro Barreto Edilene Curvelo Hora Regina Márcia Cardoso de Sousa. El enfermero en el cuidado a la víctima de trauma con dolor: la quinta señal vital. Rev. esc. enferm. [revista en línea] Mar 2018 [citado 2019 Agosto 13] USP 45 (1). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/RQKBnT9zZ4qTnZRNWTzwQgn/?lang=pt#>
19. Jorge Luis Rodríguez-Díaz; Lic. Gina Patricia Galván-López; Lic. Mariela Ximena Pacheco-Lombeida; MSc. Melynn Parcon-Bitanga. Evaluación del dolor postquirúrgico y el uso de terapias complementarias por enfermería. Rev. Arch Med Camagüey [Artículo en línea] 2019 [citado 2019 Agosto 13]

Vol23(1)2019.

Disponible

en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2019/amc191g.pdf>

20. Méndez Prieto M. L., Orejas Carbonell B., Peix Soriano N., Herrero Nogues S.. Prevalencia del dolor agudo postoperatorio en un servicio de cirugía gastro-intestinal y satisfacción del paciente. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2016 Oct [citado 2021 Jul 13] ; 23(5): 222-228. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462016000500003&lng=es.
21. Benites Romero. 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 en línea] 2018 [citado 2021 Jul 13] Universidad Nacional de Piura. Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1172/CIE-BEN-ROM-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Isabel Natividad Urupe Velazco. Cuidado de enfermería al paciente con dolor postoperatorio en un Hospital Público de la ciudad de Ica, Octubre 2016 – Setiembre 2017. Rev. enferm. vanguard. [Artículo en línea] 2017 [citado 2021 Jul 13] 2017; 5(2): 46-59 Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/vanguardia/article/view/218/286>
23. Mendosa M . Comportamiento del dolor agudo en personas post Cesareadas, hospital de apoyo 1 santiago apóstol 2016"[tesis en línea] 2016 [citado 2021 Jul 13] Universidad Nacional Toribio de Mendoza.. Disponible en:

http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/247/FE_170.pdf?sequence=1&isAllowed=y

24. Jay Ellis., Tratamiento inicial del dolor agudo. Editor(s): Somayaji Ramamurthy, James N. Rogers, Euleche Alanmanou, Toma de Decisiones en el Tratamiento del Dolor (Segunda Edición), Elsevier España, 2007, Pages 2-5, ISBN 9788480862318, <https://doi.org/10.1016/B978-84-8086-231-8.500010> (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9788480862318500010>)
25. Constantine T. Frantzides, Mark A. Carlson, Minh Luu. Colectectomía laparoscópica Rev. Atlas de Cirugía Mínimamente Invasiva [revista en línea] 2019 [citado 2021 Jul 13] Pages 155-159. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/B978-84-458-1956-2.50020-3>.
26. Joshi GP, Ogunnaike BO. Consequences of inadequate postoperative pain relief and chronic persistent postoperative pain. *Anesthesiol Clin North Am.* 2005 Mar;23(1):21-36. doi: 10.1016/j.atc.2004.11.013. PMID: 15763409
27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15763409/>
28. González de Mejía N.. Analgesia multimodal postoperatoria. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2005 Mar [citado 2021 Jul 12] ; 12(2): 112-118. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000200007&lng=es
29. d'Amours RH, Ferrante FM. Postoperative pain management. *J Orthop Sports Phys Ther.* 1996 Oct;24(4):227-36. doi: 10.2519/jospt.1996.24.4.227. PMID: 8892137. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8892137/>

30. Zegarra Piérola Jaime Wilfredo. Bases fisiopatológicas del dolor. Acta médica peruana [Internet]. 2007 Mayo [citado 2021 Jul 12] ; 24(2): 35-38. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000200007&lng=es.
31. Puebla Díaz F.. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [Internet]. 2005 Mar [citado 2021 Jul 12] ; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es.
32. Pedrajas Navas José M^a., Molino González Ángel M.. Bases neuromédicas del dolor. Clínica y Salud [Internet]. 2008 Dic [citado 2021 Jul 12] ; 19(3): 277-293. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300002&lng=es
33. Dra. Natalia Abiuso Dr. José Luis Santelices Dr. Ricardo Quezada. Manejo del dolor en el servicio de Emergencia. Revista medica Clinica las Condes. [revista en línea] 2017 [citado 2021 Jul 12] Volume 28, Issue 2, March–April 2017, Pages 248-260. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300391>
34. Zuñiga Samuel. Medicion del dolor. Revista de Ciencias medica [Revista en línea] 2018 [citado 2021 Jul 12] Disponibel en : https://www.researchgate.net/publication/322487487_Medicion_del_dolor

35. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV y Capdevila García L. Valoración del dolor. revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor* 2018;25(4):228-236.
36. Asuar Lopez, M.A. 2016. Valoración del dolor en pacientes intervenidos quirúrgicamente de hernioplastia con cirugía ambulatoria en el Hospital Universitario Santa María del Rosell. *Enfermería Global*. 16, 1 (dic. 2016), 438–456. DOI:<https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.228981>.
37. Ana Cristina González-Estavillo, Adriana Jiménez-Ramos, Eder Marcelo Rojas-Zarco, Luis Ramón Velasco-Sordo, Marco Antonio Chávez-Ramírez, Sergio Antonio Coronado-Ávila. Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. *Revista medica Anestesiologica [revista en línea]* 2018[citado 2021 Jul 12] Vol. 41. No. 1 Enero-Marzo 2018 pp 7-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma181b.pdf>
38. Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Sau - ra PL, Serrano-Álvarez C and Prieto J. Pain assess -ment (I). *Rev Soc Esp Dolor* 2002; 9: 94-108.
39. Labronici PJ, dos Santos-Viana AM, dos Santos-Filho FC, Santos-Pires RE, Labronici GJ, Penteado-da Silva LH. Evaluación del dolor en el adulto mayor. *Acta ortop. mex [revista en la Internet]*. 2016 Abr [citado 2021 Jul 23] ; 30(2): 73-80. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022016000200073&lng=es.
40. Alberto Alonso Babarro. La importancia de evaluar adecuadamente el dolor. *Revista medica.[revista en línea]* 2011 [citado 2021 Jul 23]. Vol. 43.

- Núm. 11.páginas 575-576 (Noviembre 2011). Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-importancia-evaluar-adecuadamente-el-S0212656711003842>
41. Diana Teniza Noguez. Valoración del dolor en el paciente adulto con afección cardiovascular. Revista Mexicana [revista en línea]2011 [citado 2021 Jul 23]. Vol. 19, Núm. 1 Enero-Abril 2011pp 34-40. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en111f.pdf>
42. Evaluación del dolor y adecuación de la analgesia en pacientes en tratamiento con hemodiálisis.
43. Beatriz Alonso Gil. Escalas Analógicas del Dolor.[tesis en línea] 2015 [citado 2021 Jul 23] Universidad del Valladolid. Disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/5667/TFM-H63.pdf;jsessionid=AF3B8E16E8248E576BB454F6765340D1?sequence=1>
44. Urrutia Laparra. Manejo de dolor post colecistectomía Abierta con y sin infiltración de Anestésico local más analgésico sistémico. [tesis en línea] 2016 [citado 2021 Jul 23] Universidad San Carlos de Guatemala.
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9995.pdf
45. Achury Saldaña, Diana Marcela. Aplicación de la teoría de los síntomas desagradables en el manejo del dolor Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 9, núm. 1, enero-junio, 2007, pp. 7-18 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia

ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA DE VARIABLES

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general ¿Cómo es el del dolor en pacientes post operados de Colectomía en el servicio de Cirugía del Hospital Santa Rosa; 2021?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál es la frecuencia del dolor leve en pacientes post operado de colectomía en el servicio de Cirujía del Hospital Santa Rosa, 2021?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia del dolor moderado en pacientes post operado de colectomía en el servicio de Cirujía del Hospital Santa Rosa, 2021?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia del dolor severo en pacientes post operado de colectomía en el servicio de Cirujía del Hospital Santa Rosa, 2021?</p>	<p>Objetivo general Determinar el dolor en pacientes post operados de Colectomía en el servicio de Cirugía del Hospital Santa Rosa; 2021.</p> <p>Objetivos específicos Evaluar la frecuencia del dolor leve en pacientes post operado de colectomía en el servicio de Cirujía del Hospital Santa Rosa, 2021.</p> <p>Evaluar la frecuencia del dolor moderado en pacientes post operado de colectomía en el servicio de Cirujía del Hospital Santa Rosa, 2021.</p> <p>Evaluar la frecuencia del dolor severo en pacientes post operado de colectomía en el servicio de Cirujía del Hospital Santa Rosa, 2021.</p>	<p>No aplica por ser una sola variable</p>	<p>Valoración del dolor</p>	<p>Tipo de Investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicada ▪ Enfoque cuantitativo <p>Método y diseño de la investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Método deductivo ▪ Enfoque cuantitativo ▪ Diseño no experimental descriptivo transversal

ANEXO 2
MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ITEMS	ESCALA VALORATIVA
Valoración del dolor	Para poder tratar el dolor adecuadamente, es necesario evaluarlo correctamente. Si bien el dolor es una experiencia subjetiva, las escalas de evaluación del dolor son válidas y confiables cuando se utilizan apropiadamente	La variable de la valoración del dolor, será medida a través de la escala de valoración análoga (EVA). El cual está conformado por 3 dimensiones: Dolor leve; dolor moderado, dolor severo.	Dolor postoperatorio leve	Expresión facial Tono muscular Tranquilidad	1,2,3,	Intensidad del dolor Leve 2-3 Moderado 5-7 Severo 8-10
			Dolor postoperatorio moderado	Expresión facial Tono muscular Tranquilidad	4,5,6	
			Dolor postoperatorio severo	Expresión facial Tono muscular Tranquilidad	7,8,9,10	

ANEXO 3

Instrumento

CODIGO N°:

Escala numérica de la Intensidad del dolor

Marca con una "X" las siguientes preguntas:

A las 2 HORAS:

¿Cursa con dolor en este momento?

No Sí

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

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

A las 4 HORAS:

¿Cursa con dolor en este momento?

No Sí

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

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

A las 24 HORAS:

¿Cursa con dolor en este momento?

No Si

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

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

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Solicito su autorización a participar en el proyecto de investigación, sin antes de dar a conocer los beneficios del presente estudio.

Título del proyecto: “Valoración Del Dolor En Pacientes Post Operados De Colectectomía En El Servicio De Cirugía General Del Hospital Santa Rosa 2021”.

Nombre del investigador: Chavez castillejo karin rosy

Propósito del estudio: Determinar el dolor en pacientes post operados de Colectectomía en el servicio de Cirugía del Hospital Santa Rosa; 2021.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados en la que será de mucha utilidad en la actividad profesional de enfermera de Cuidados quirúrgicos.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo la investigadora podrá conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a nuestro coordinador de equipo.

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

Participación voluntaria: Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

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

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	
Nº de DNI	
Nº teléfono móvil	
Nombre y apellidos del responsable de encuestadores	
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, Del2021

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

