



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Tesis

Tratamiento farmacológico para el manejo del dolor por cirugía estética en
pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025

Para optar el Título Profesional de
Químico Farmacéutico

Presentado por:

Autora: Cornejo Doroteo, Jennifer Roxana

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1061-6378>

Autora: Serna Daza, Kelly Dominica


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2597-4526>

Asesor: Mg. Pineda Perez, Neuman Mario

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6818-7797>

Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSION: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, **Kelly Dominica Serna Daza** y **Jennifer Roxana Cornejo Doroteo** egresadas de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Farmacia y Bioquímica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación "Tratamiento farmacológico para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025" Asesorado por el docente: Neuman Mario Pineda Perez DNI 09410930 ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6818-7797> tiene un índice de similitud de 32% con código 14912:542315864 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:


1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Kelly Dominica Serna Daza
 DNI: 47847353




.....
 Firma de autor 2
 Jennifer Roxana Cornejo Doroteo
 DNI: 43605266



.....
 Neuman Mario Pineda Perez
 Químico Farmacéutico
 C.Q.F.P. 18130

Firma
 Neuman Mario Pineda Perez
 DNI:09410930

Lima, ...19...de.....Diciembre..... de...2025.....

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSION: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

En caso se supere el porcentaje de similitud máximo establecido (mayor a 20%), tanto general como por fuente primaria, afirmo que dicho excedente corresponde al marco metodológico del documento. Procedo a detallar y justificar del mismo:

En relación con el comentario referido al aumento del porcentaje en Turnitin, es de **32%** es importante señalar que dicho incremento se debe principalmente a la inclusión de elementos normativos y estructurales, como repositorio de la universidad con un 9% tales como la carátula, dedicatoria, código ORCID, agradecimientos, la matriz operativa de variables, la descripción de instrumentos, el tipo de investigación, los procedimientos de recolección de datos, así como los títulos y subtítulos de los capítulos y los aspectos éticos establecidos por la universidad. Asimismo, el porcentaje elevado se debe a que ya no existe las exclusiones y filtros como anteriormente se realizaba. Estas secciones presentan una redacción estandarizada y reiterativa (guía de tesis cuantitativa), determinada por los lineamientos institucionales y las normas de grados y títulos, lo que genera coincidencias inevitables entre trabajos con formatos similares analizados por Turnitin. De acuerdo con el reglamento y las bases académicas de la Universidad Norbert Wiener, ciertas coincidencias, especialmente en las secciones metodológicas y estructurales, no constituyen plagio, sino que responden al cumplimiento de los requisitos formales del proceso de titulación. Por consiguiente, el elevado porcentaje de similitud en Turnitin debe interpretarse como evidencia del seguimiento de dichas directrices, y no como una falta de originalidad.

DEDICATORIA

A mi familia, por ser la razón de mi perseverancia y el pilar que sostiene mi vida; a mis amistades, que hicieron más valioso este camino; y a todas las personas que, con su apoyo y motivación, me alentaron a culminar esta etapa.

Br. Cornejo Doroteo, Jennifer Roxana

A Hans, mi compañero de vida, por su apoyo, paciencia y motivación constante que me dieron la fuerza para no rendirme; a su familia, por su cariño y respaldo en este camino; a mi familia, porque, aunque la distancia nos separe, forman parte de lo que soy y de este logro; y a las valiosas amistades que encontré en esta etapa, cuyo compañerismo hizo más llevadero este recorrido.

Br. Serna Daza, Kelly Dominica

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darnos la fortaleza necesaria para perseverar y acompañarnos en cada paso de este camino. A nuestras familias, en especial a nuestras madres y hermanas, quienes con sacrificio, amor y paciencia nos enseñaron que los sueños se alcanzan con esfuerzo y dedicación. A nuestros docentes, en particular al Mg. Neuman Pineda de la Universidad Norbert Wiener, por su guía constante, la transmisión generosa de su conocimiento y su compromiso en nuestro trabajo de investigación. Y a todas las personas que, de manera visible o silenciosa, contribuyeron a este logro, les expresamos nuestra más sincera gratitud.

Br. Cornejo Doroteo, Jennifer Roxana

Br. Serna Daza, Kelly Dominica

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vi
ÍNDICE DE ANEXOS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	2
1.1. Planteamiento del problema:.....	2
1.2. Formulación del problema.....	4
1.3. Objetivo general y específicos.....	4
1.3.1. Objetivo general.....	4
1.3.2. Objetivos específicos:.....	4
1.4. Justificación de la investigación.....	5
1.4.1. Teórica.....	5
1.4.2. Metodológica.....	5
1.4.3. Práctica.....	5
1.5. Limitaciones.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes.....	7
2.1.1. Antecedentes nacionales.....	7
2.1.2. Antecedentes internacionales.....	9
2.2. Bases teóricas.....	12
2.2.1. Tratamiento farmacológico.....	12
2.2.2. Manejo no farmacológico del dolor.....	15
2.2.3. Manejo farmacológico del dolor.....	16
2.2.4. Definiciones.....	19
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	21
3.1. Método de la investigación.....	21

3.2. Enfoque de la investigación.....	21
3.3. Tipo de investigación.....	21
3.4. Diseño de la investigación	21
3.5. Población, muestra y muestreo.....	21
3.6. Variables y operacionalización	23
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	24
3.7.1. Técnica.....	24
3.7.2. Descripción de instrumentos	24
3.7.3. Validación.....	24
3.7.4. Confiabilidad.....	25
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	25
3.9. Aspectos éticos y de integridad científica	25
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	26
4.1. Resultados.....	26
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados.....	26
4.1.2. Prueba de hipótesis	31
4.1.3. Discusión de resultados.....	32
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
5.1. Conclusiones.....	36
5.2. Recomendaciones	36
REFERENCIAS	38
ANEXOS:	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables y operacionalización	23
Tabla 2. Distribución de los pacientes ingresados por cirugía estética según edad y sexo	26
Tabla 3. Distribución de los pacientes ingresados por cirugía estética en la clínica	27
Tabla 4. Cantidades promedio de medicamentos y duración de días consumidos	27
Tabla 5. Distribución de los pacientes operados por cirugía según la condición de alta	29
Tabla 6. Cantidad promedio de medicamentos según la condición de alta de los pacientes	29
Tabla 7. Tratamiento farmacológico y condición de alta de pacientes	31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución de los pacientes ingresados por cirugía estética según edad y sexo	26
Figura 2 Distribución de los pacientes ingresados por cirugía.	27
Figura 3 Distribución de los pacientes ingresados por cirugía estética según la condición de alta	29

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia	43
Anexo 2. Matriz de Operacionalización	44
Anexo 3. Ficha de recolección de datos	45
Anexo 4. Validez del instrumento 1	46
Anexo 5. Validez del instrumento 2	47
Anexo 6. Validez del instrumento 3	48
Anexo 7. Aprobación del comité de ética	49
Anexo 8. Formato de consentimiento informado	50
Anexo 9. Reporte de similitud de Turnitin	51
Anexo 10. Evidencias fotográficas	57

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo general determinar los tratamientos farmacológicos empleados para el manejo del dolor por cirugías estéticas en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025. Para ello, se emplea una metodología de enfoque cuantitativo, básico, correlacional, no experimental, transversal. Se utiliza como instrumento una ficha de recolección de datos. La muestra estará conformada por 155 historias clínicas de los pacientes atendidos por cirugía estética en la clínica particular ubicada en Lima Metropolitana. Los hallazgos evidenciarán un moderado tratamiento farmacológico en pacientes operados, asimismo una relación significativa e inversa entre los tratamientos farmacológicos empleados para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular. Se concluirá que los analgésicos opiáceos, no opiáceos y coadyuvantes empleados tendrán una relación significativa en el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025.

Palabras clave: Tratamiento farmacológico, analgésicos, cirugía estética, manejo del dolor, post-operatorio.

Abstract

The present research has the general objective of determining the pharmacological treatments used for the management of pain resulting from cosmetic surgeries in patients at a private clinic in Metropolitan Lima, 2025. To this end, a quantitative, basic, correlational, non-experimental, and cross-sectional methodological approach is employed. A data collection form is used as the instrument. The sample will consist of 155 medical records of patients who underwent cosmetic surgery at the private clinic located in Metropolitan Lima. The findings reveal a moderate level of pharmacological treatment in operated patients, as well as a significant and inverse relationship between the pharmacological treatments used for pain management after cosmetic surgery in patients at the private clinic. It will be concluded that the use of opiates, non-opiates, and adjuvant analgesics will have a significant relationship with the management of pain following cosmetic surgery in patients at a private clinic in Metropolitan Lima, 2025.

Keywords: Pharmacological treatment, Analgesics, Cosmetic surgery, Pain management.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento global de los procedimientos estéticos aumentó un 43% en los últimos 4 años, esto ya que más de 38 millones de procedimientos fueron realizados en 2024 (1). Por lo que de ser un aspecto tabú pasó a ser una industria de miles de millones, teniendo como principales intervenciones la blefaroplastia y la toxina botulínica, además de la liposucción y el aumento de senos que siguen manteniendo su popularidad. En América Latina y El Caribe también existe una creciente demanda en procedimientos estéticos. Si bien la cirugía busca mejorar la apariencia, identificar el tratamiento para el manejo efectivo del dolor y la inflamación postoperatoria es esencial para la satisfacción del paciente y el éxito del procedimiento. El dolor postoperatorio en una cirugía estética es agudo e inherente al trauma, por lo que tener un mal manejo puede causar desde dolor crónico y ansiedad hasta infecciones o eventos cardíacos (1),(2). Es por ello que la base del tratamiento suele ser la analgesia multimodal: AINEs, para inflamación y dolor leve o moderados, y opioides, para dolores severos. Esta investigación titulada “Tratamiento farmacológico para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025”, se desarrolló en base a las historias clínicas de todos los pacientes que fueron atendidos en la “Clínica de la Familia” ubicada en Lima Metropolitana y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El seguimiento detallado de los medicamentos que recibió cada paciente durante su hospitalización fue el Perfil Farmacoterapéutico del Servicio de Farmacia, el cual contó con la validación de juicios de expertos y permitió recabar información importante como datos personales y aspectos relacionados con la medicación.

Es un estudio de tipo hipotético-deductivo, enfoque cuantitativo, diseño no experimental descriptivo, transversal, con una muestra de 155 historias clínicas de pacientes adultos que ingresaron a la “Clínica de la Familia” durante el periodo 2025 para realizarse algún procedimiento por cirugía estética y cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Se estructura en seis capítulos: El Problema, en donde se describe el desafío médico en el manejo del dolor postoperatorio; Marco Teórico, en donde se revisan estudios previos y se describe las definiciones conceptuales; Metodología, fundamentado en la descripción del proyecto, abarcando las dimensiones e indicadores y variables y las técnicas para la recolección de datos; Presentación y discusión de resultados, en donde los resultados se presentan en tablas y figuras y realizan las discusiones respectivas y prueba de hipótesis, para finalmente llegar a las conclusiones y presentar recomendaciones.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema:

El manejo del dolor postoperatorio en cirugía estética representa un desafío significativo en el ámbito médico debido a su impacto en la recuperación del paciente y su bienestar general. La administración adecuada de tratamientos farmacológicos para el control del dolor es fundamental para minimizar complicaciones y mejorar la experiencia postoperatoria (1), (2). En este contexto, se analiza la realidad problemática del tratamiento farmacológico para el manejo del dolor en cirugía estética desde una perspectiva internacional, latinoamericana, nacional y local (3). A nivel internacional, el manejo del dolor postoperatorio en cirugía estética ha sido ampliamente estudiado en diversos países, destacándose la implementación de protocolos de analgesia multimodal como un método eficiente para disminuir la dependencia de opioides y potenciar la recuperación del paciente (4).

Sin embargo, persisten desafíos en la personalización del tratamiento, especialmente en cuanto a la variabilidad de respuesta de los pacientes a los diferentes fármacos, la manifestación de reacciones adversas y la resistencia al uso de opioides debido a la crisis de abuso y dependencia en algunas regiones. Además, la disponibilidad y acceso a medicamentos adecuados varía considerablemente entre los distintos sistemas de salud, generando desigualdades en la atención postoperatoria (5). En América Latina, el acceso a tratamientos farmacológicos idóneos para la gestión del dolor postoperatorio en cirugía estética se ve afectado por diversos factores, como las limitaciones en la disponibilidad de fármacos, la falta de guías estandarizadas en algunas instituciones y las restricciones en el uso de opioides debido a políticas de control de sustancias. No obstante, persisten deficiencias en la instrucción de profesionales en el tratamiento holístico del dolor postoperatorio, lo que puede resultar en tratamientos inadecuados y una recuperación prolongada en algunos pacientes. Además, la disparidad en el acceso a atención médica de calidad genera que ciertos sectores de la población no reciban un tratamiento óptimo para el dolor postoperatorio (6).

A nivel nacional, específicamente en el contexto peruano, la cirugía estética ha alcanzado un desarrollo considerable en los años recientes, con un aumento en la demanda de procedimientos tanto en clínicas privadas como en hospitales especializados. Sin embargo, el

manejo del dolor postoperatorio sigue representando un reto, ya que en muchas instituciones no existen protocolos estandarizados para el tratamiento farmacológico del dolor en cirugía estética. Aunque algunos centros médicos han adoptado estrategias basadas en la analgesia multimodal, en muchos casos el uso de opioides es limitado debido a regulaciones estrictas y al temor de efectos adversos. Además, la falta de acceso equitativo a medicamentos adecuados y la limitada educación del personal sanitario en el abordaje global del dolor dificultan la implementación de tratamientos efectivos y personalizados (7). A nivel local, en Lima Metropolitana, la proliferación de clínicas especializadas en cirugía estética ha generado una mayor competencia y diversidad en la oferta de tratamientos.

No obstante, el manejo del dolor postoperatorio varía ampliamente entre las diferentes clínicas privadas, dependiendo de los recursos disponibles, la capacitación del personal y las políticas internas de cada institución. Algunas clínicas han adoptado esquemas de analgesia multimodal con un enfoque integral, mientras que otras aún dependen de enfoques convencionales que pueden no ser los más eficaces. La falta de regulación específica y supervisión en algunos establecimientos también puede derivar en una atención inadecuada del dolor postoperatorio, afectando la recuperación y bienestar de los pacientes. Asimismo, factores como el acceso a fármacos de alta calidad, la formación del paciente en estrategias para el manejo del dolor y el seguimiento postoperatorio desempeñan una función clave en los resultados clínicos y en la percepción del éxito del procedimiento.

Por tanto, el tratamiento farmacológico del dolor postoperatorio en cirugía estética es un aspecto esencial para garantizar una recuperación óptima del paciente. A pesar de los avances en la analgesia multimodal y las estrategias de control del dolor, aún persisten desafíos en su implementación efectiva, especialmente en entornos donde la capacitación, la disponibilidad de medicamentos y la estandarización de protocolos son limitadas. En el caso específico de la Clínica Particular analizada, es necesario reforzar la supervisión en su protocolo y promover un manejo eficaz del dolor que combine estrategias farmacológicas precisas para fortalecer la atención brindada y la experiencia del paciente postquirúrgico.

1.2. Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles serán los tratamientos farmacológicos empleados para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025?

Problemas específicos:

1. ¿Cuáles son los analgésicos y antipiréticos no opiáceos empleados para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025?
2. ¿Cuáles son los analgésicos opiáceos empleados para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025?
3. ¿Cuáles son los coadyuvantes empleados para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025?

1.3. Objetivo general y específicos

1.3.1. Objetivo general

Determinar los tratamientos farmacológicos empleados para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025.

1.3.2. Objetivos específicos:

1. Identificar los analgésicos y antipiréticos no opiáceos empleados para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025.
2. Detectar los analgésicos opiáceos empleados para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025.
3. Hallar los coadyuvantes empleados para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

El tratamiento farmacológico del dolor postoperatorio en cirugías estéticas es un tema de relevancia científica, ya que permite profundizar en los mecanismos fisiológicos del dolor y en la efectividad de los distintos analgésicos utilizados. A través de esta investigación. Se busca aportar evidencia en lo que concierne la confiabilidad y rendimiento de los medicamentos empleados, considerando factores como la tolerancia, efectos adversos y control adecuado del dolor. Además, los hallazgos contribuirán en la literatura médica, permitiendo actualizar protocolos optimizar el cuidado de los pacientes sometidos a procedimientos estéticos.

1.4.2. Metodológica

El estudio se fundamenta en un enfoque metodológico riguroso que permitirá obtener datos objetivos y confiables sobre el manejo farmacológico del dolor postoperatorio en cirugías estéticas. Se empleará un diseño observacional y descriptivo para analizar la efectividad de distintos fármacos, así como la percepción del dolor en los pacientes. La recolección de datos a través de una ficha farmacoterapéutica, historias clínicas y escalas de dolor validada la aplicabilidad de los tratamientos en el contexto clínico, facilitando futuras investigaciones con metodologías similares.

1.4.3. Práctica:

Desde una perspectiva práctica, esta investigación busca optimizar la gestión del dolor en pacientes que se someten a cirugías estéticas en una clínica particular de Lima Metropolitana. Los resultados podrán contribuir a la mejora de los protocolos analgésicos, reduciendo el riesgo de complicaciones y promoviendo una recuperación más cómoda y segura. Asimismo, el estudio aportará conocimientos tanto al personal sanitario como a los pacientes, ya que proporcionará datos científicos para la toma de decisiones en el tratamiento del dolor postquirúrgico.

1.5. Limitaciones

Temporal

La investigación se desarrolla en el segundo semestre del año 2025 con el soporte de la clínica estética.

Espacial

El estudio se realiza en la región, provincia y ciudad de Lima.

Población o unidad de análisis

Pacientes que han sido sometidos a cirugía estética en una clínica particular.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes nacionales

Marin D, Castaño J, Carmona H, Villada V, Duque C, Velez J, et al. (Lima 2023) ⁽⁸⁾, tuvieron como objetivo este estudio: Comparar la disminución en el dolor en pacientes con terapia con pregabalina frente a bloqueos intervencionistas. Se evaluó la variación en nivel del dolor aplicando la EVA. Se evaluó el resultado a los tres meses en cada cohorte. La muestra fue de 94 pacientes diagnosticados con dolor neuropático, recolectados de historias clínicas electrónicas comprendidos entre los años de 2012 al 2016. Se evidencio que el 66% de los pacientes se le administro pregabalina y al 34% se le ejecutó bloqueos intervencionistas. La intensidad del dolor previa al tratamiento con pregabalina fue de $7,3 \pm 1,8$ y de $8,9 \pm 1,2$ en el grupo con bloqueos, $p=0,005$. El nivel del dolor después en los que recibieron pregabalina fue de $3,5 \pm 2,4$, con una mejoría media de 53,9%, mientras los que se sometieron a bloqueos fue del $2,5 \pm 2$ con una mejoría media de 70,7%. Las intervenciones lograron una reducción 2,09 veces mayor comparada con la pregabalina ($p<0,001$). En conclusión, se consideró que la terapia con bloqueos intervencionistas el dolor neuropático debe ser administrado en pacientes con dolor neuropático moderado a severo.

Cervantes L. (Callao 2024) ⁽⁹⁾, tuvo como objetivo de estudio: Determinar el uso de analgesia multimodal y nivel de satisfacción en el manejo del dolor agudo postoperatorio en el Hospital San José del Callao (2022-2023). El objetivo principal fue explorar si el uso de esquemas de analgesia multimodal influía en el nivel de satisfacción de los pacientes respecto al control del dolor tras una cirugía. El estudio, de enfoque cuantitativo y diseño observacional analítico, recogió información de manera transversal y semirretrospectiva, permitiendo valorar la experiencia de los pacientes con base en datos recientes. Uno de los aportes más relevantes fue la conexión entre la calidad del manejo del dolor y la percepción del paciente, en línea con las recomendaciones de organismos internacionales como la Sociedad Americana del Dolor, así como sistemas de salud de países como Estados Unidos, Canadá y Australia, que promueven medir la satisfacción como parte fundamental del cuidado clínico. En el Hospital San José del Callao, un centro de nivel II-2 que realiza anualmente más de 1,900 intervenciones quirúrgicas en ginecología, obstetricia y cirugía general, el uso de analgesia multimodal es una práctica

habitual. Los esquemas más comunes combinan ketoprofeno y tramadol, a los que ocasionalmente se suman metamizol o morfina, según el criterio del anestesista. En conclusión, se determinó que este enfoque no solo mejora el control del dolor, sino que también impacta positivamente en la experiencia y satisfacción del paciente durante el postoperatorio.

Huayanay M, Moreno A, Dayang J, Gilmalca N, Arenas A, et al. (Lima 2025) ⁽¹⁰⁾, tuvieron como objetivo de estudio: Describir los esquemas y efectividad del tratamiento del dolor postoperatorio en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Se obtuvieron datos de la terapéutica, frecuencia del dolor, manejo analgésico, rescates, uso de opioides y efectos adversos. Se hizo uso de 303 historias clínicas donde la morfina espinal en mix con un analgésico vía endovenosa destacó con el 93,1% considerando la terapéutica más usada, el cual se administró en la fase intraoperatoria, los efectos adversos más frecuentes fueron emesis con el 4,3%, prurito con el 1,3%, retención urinaria con el 0,3%. Estos pacientes no presentaron disminución de la frecuencia respiratoria ni dolor severo, sin embargo, en el 20% de estos se usó rescate analgésico en la fase postoperatoria inmediata (servicio de recuperación). En conclusión, la analgesia multimodal teniendo en cuenta la morfina neuroaxial aunado a los analgésicos intravenosos mostraron una menor frecuencia en la necesidad de fármacos de rescate para el manejo del dolor postoperatorio irruptivo tras una cesárea en la muestra.

Valencia V. (Lima 2021) ⁽¹¹⁾, tuvo como objetivo de estudio: Determinar el nivel de manejo enfermero en pacientes postquirúrgicos por cirugía abdominal en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú. Esta investigación, de enfoque cuantitativo y diseño descriptivo, no experimental y de corte transversal, se aplicó a una muestra de 99 pacientes adultos seleccionados de una población de 133, cumpliendo criterios de inclusión previamente definidos. Para recolectar la información, se utilizó una encuesta estructurada basada en el “Cuestionario para evaluar el manejo del dolor postoperatorio en el paciente”, instrumento que alcanzó una validez de 0,86 y una confiabilidad estadística (alfa de Cronbach) de 0,841. Los datos fueron procesados con herramientas estadísticas descriptivas, lo que permitió presentar los resultados de forma clara y ordenada. En conclusión, este antecedente resalta la importancia del rol enfermero en el control del dolor postoperatorio y cómo una atención bien estructurada, apoyada en instrumentos validados, puede mejorar notablemente la experiencia del paciente en su recuperación tras una cirugía.

Pérez L. (Chachapoyas 2023) ⁽¹²⁾, tuvo como objetivo de estudio: Determinar la efectividad de la analgesia postoperatoria personalizada en el manejo del dolor en pacientes quirúrgicos del Hospital Público de Chachapoyas. La investigación fue de tipo cuantitativa, experimental, prospectiva y longitudinal. Participó una muestra de 72 pacientes intervenidos quirúrgicamente. Los datos se recolectaron utilizando la Escala Visual Analógica del dolor (EVA), evaluada a las 12, 24 y 72 horas postoperatorias, y se analizaron mediante ANOVA para medidas repetidas. La edad predominante de los pacientes se encontró entre 64 y 70 años, y la intervención más común fue la colecistectomía. Los resultados mostraron que la intensidad promedio del dolor a las 12 horas ($x = 6,85$) fue significativamente mayor que a las 24 horas ($x = 4,69$) y a las 72 horas ($x = 2,06$), con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$ en todos los casos). En conclusión, existen diferencias estadísticamente significativas entre las medidas de la intensidad del dolor en los tiempos postoperatorios evaluados (12, 24 y 72 horas) con un tamaño de efecto grande, lo que sugiere una variación significativa en el control del dolor a lo largo del tiempo con la analgesia personalizada implementada.

2.1.2. Antecedentes internacionales

Achar F, Fortis O, Cruz V, Yañez A, Aguilera Z. (México 2025) ⁽¹³⁾, tuvieron como objetivo de estudio: Comparar la duración de distintas mezclas analgésicas en bloqueos interescalenico ecoguiado administrado en el postoperatorio inmediato de artroscopias de hombro por patología de manguito rotador. Participaron 30 pacientes programados para artroscopia de hombro, ASA I y II, los cuales fueron asignados en tres grupos, 10 pacientes en cada uno, según la mezcla utilizada en el bloqueo interescalenico: A) ropivacaína, lidocaína, clonidina y dexametasona; B) ropivacaína, lidocaína y dexametasona; y C) ropivacaína, lidocaína y clonidina. Los parámetros para la medición del dolor fue la Escala Visual Numérica (EVN) aplicada a los 60 minutos, a las tres, doce y veinticuatro horas postoperatorio, también se recolecto datos de las funciones vitales, eventos adversos y medicación de rescate. Posterior a la ejecución no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre las tres mezclas administradas durante el periodo postoperatorio. En conclusión, se recomendó cualquiera de las tres mezclas analgésicas para el control del dolor postquirúrgico en artroscopia de hombro.

García V, Chacha U, Zaruma H. (Ecuador 2025) ⁽¹⁴⁾, tuvieron como objetivo de estudio: Describir las intervenciones de enfermería para pacientes postquirúrgicos de cirugías otorrinolaringológicas ambulatorias. Se estudiaron artículos relacionados desde 2019 a 2023 para lo cual se seleccionó 60 artículos donde se emplearon dos criterios de análisis, el primero en relación a las cirugías otorrinolaringológicas ambulatorias, en el cual destaca las medidas de prevención a cargo del equipo quirúrgico con el fin de proteger al paciente y al equipo, así mismo, se resalta que la causa más frecuente de reingreso por emergencias fue el sangrado en zona quirúrgica seguido por el dolor y hemorragia por manipulación quirúrgica y reposición de componentes sanguíneos; se evidenció que la intervención quirúrgica más frecuente fue la tiroidectomía total. En cuanto al segundo criterio evaluado fueron las intervenciones de enfermería en el postoperatorio de este tipo de cirugías, resaltó la aplicación del lenguaje estandarizado (NANDA, NIC, NOC) para la planificación de las intervenciones. Se señaló que algunas investigaciones se enfocaron en terapias para el control del dolor tanto farmacológicas como no farmacológicas, principalmente el automatismo de analgesia controlada por el paciente (PCA) y paracetamol haciendo uso de esta terapéutica pacientes con dolor leve a moderado según escala EVA; también destacó la importancia de la profilaxia antibiótica y control del sangrado postquirúrgico. En conclusión, las cirugías otorrinolaringológicas ambulatorias optimizan la recuperación del paciente mientras reducen costos significativos por lo que facilita la implementación de herramientas estandarizadas con la finalidad de optimizar la gestión de esta intervención en los centros de salud.

Vázquez C, Rodríguez R. (México 2023) ⁽¹⁵⁾, tuvieron como objetivo: Evaluar la eficacia del manejo médico y quirúrgico aplicado en pacientes sometidos a resección laparoscópica de nódulos endometriosis. Los pacientes recibieron terapia con neuromoduladores los cuales fueron; amitriptilina y la pregabalina. Se midieron constructos sociodemográficos y nivel del dolor aplicando EVA antes de la intervención, a los tres, seis y doce meses postcirugía. Se definió como exitosa la terapia analgésica si la EVA mostraba una reducción de dos o más puntos. Se contó con 10 pacientes donde la edad promedio fue 36,8 +- 3,85 años, IMC fue 24,393 +- 2,17, edad media de la menarca fue 11,8 +- 0,789 años y tiempo de progreso del dolor pélvico fue de 15,3 +- 2,54 años. Se obtuvo que el promedio del dolor prequirúrgico fue de 7,5 con rango de 6 a 8 puntos, luego a los 3 meses postquirúrgico fue de 3,5 con rango de 2 a 4 puntos, a los 6 meses una media de 3,4 con rango de 2 a 4 y finalmente a los 12 meses

donde el dolor fue de 2,7 puntos en promedio con rango de 2 a 4. En conclusión, se demostró la reducción significativa del nivel de dolor pélvico en los pacientes que tomaron la resección laparoscópica en conjunto con el uso de neuromoduladores postoperatorios.

Aguilar G, Bermeo J, Aguirre P. (Ecuador 2022) ⁽¹⁶⁾, tuvieron como objetivo: Determinar la frecuencia del dolor y uso de analgésicos en pacientes postquirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso en 2022. Se estudiaron 264 pacientes postquirúrgicos. Se midieron variables de edad, género, intensidad del dolor, tipo y duración de la cirugía teniendo en cuenta los analgésicos empleados y terapia combinada. Se encontró que la media fue de 42 años, resaltando que el 54,5% de la muestra fueron hombres. El 65,2% fueron pacientes con presencia de dolor moderado a quienes se les administró paracetamol más tramadol representado con un 59,2%. Asimismo, se obtuvo que se le administro el mismo tratamiento a los pacientes sometidos a cirugía general representados con el 49,5% y a los que fueron pacientes en cirugías de 1 a 3 horas representados con el 82% de ellos. En conclusión, el dolor postquirúrgico repercute con mayor índice a los hombres adultos jóvenes y el tratamiento usado con más frecuencia fue el paracetamol y paracetamol combinados con el tramadol, siendo esta ultima la más administrada en pacientes sometidos a cirugía general.

Abella P, Arias F, Barsella A, Hernández B, Narazai D, Salomón P. (2021) ⁽¹⁷⁾, tuvieron como objetivo: Analizar el manejo del dolor agudo postoperatorio en Latinoamérica, con la intención de comprender mejor su prevalencia, las estrategias de prevención y las consecuencias que acarrea cuando no se controla adecuadamente. Para ello, desarrollaron una revisión sistemática de la literatura, recopilando información de las bases de datos Scielo y PubMed, y focalizando su búsqueda en estudios realizados en países latinoamericanos. Su interés principal estuvo en conocer cómo se evalúa y se trata el dolor tras una intervención quirúrgica, así como en identificar el nivel de capacitación continua que reciben los profesionales de la salud para optimizar su manejo. Los hallazgos evidenciaron que el dolor agudo postoperatorio sigue representando un desafío importante en la región. En conclusión, se debe enfatizar la necesidad de promover investigaciones adicionales que permitan precisar con mayor exactitud la magnitud del problema y las implicancias asociadas a un control insuficiente del dolor postoperatorio.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Tratamiento farmacológico

Tratamiento con analgésicos y antipiréticos no opiáceos

El tratamiento del dolor, especialmente aquel de intensidad leve a moderada, no siempre requiere el uso de medicamentos potentes como los opioides. En muchos casos, los **analgésicos no opiáceos** representan una opción segura, efectiva y accesible para aliviar diversas molestias. Estos fármacos actúan principalmente fuera del sistema nervioso central, ayudando a reducir el dolor sin generar dependencia ni afectar el estado de conciencia del paciente. Su uso está ampliamente extendido en el manejo de enfermedades agudas y crónicas, y constituyen una herramienta fundamental en la atención médica cotidiana (16).

Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), como el ibuprofeno, naproxeno y diclofenaco, constituyen pilares fundamentales en el tratamiento del dolor con componente inflamatorio. Actúan inhibiendo la enzima ciclooxigenasa (COX), reduciendo así la síntesis de prostaglandinas responsables de la inflamación, el dolor y la fiebre. Esta doble acción los convierte en medicamentos versátiles y eficaces, ampliamente utilizados en afecciones musculoesqueléticas, cefaleas, dismenorrea, entre otros cuadros clínicos (17). Sin embargo, su perfil de seguridad exige una evaluación constante del riesgo-beneficio. Como químicos farmacéuticos, debemos estar atentos al potencial de reacciones adversas, especialmente en pacientes con antecedentes de enfermedad renal, úlcera péptica o hipertensión. Es nuestra responsabilidad orientar al usuario en el uso adecuado de los AINEs, promoviendo la mínima dosis eficaz por el menor tiempo posible, y asegurando la correcta identificación de signos de alarma. El acompañamiento, desde la formulación hasta la dispensación, marca la diferencia en el impacto terapéutico y la seguridad del tratamiento (18).

Tratamiento con analgésicos opiáceos

Cuando el dolor alcanza niveles moderados a intensos y los analgésicos comunes ya no son suficientes, los opiáceos se convierten en una alternativa necesaria y eficaz. Estos medicamentos actúan directamente sobre el sistema nervioso central, alterando la percepción del dolor y generando una sensación de alivio profunda. Son especialmente útiles en contextos

como el tratamiento del dolor oncológico, postoperatorio o crónico severo. Sin embargo, debido a su potencia y capacidad para generar dependencia, su uso debe ser cuidadoso, ético y siempre bajo supervisión médica. Comprender su origen y tipo es esencial para valorar sus aplicaciones clínicas y sus riesgos (18).

Naturales

Para el dolor intenso, se utilizan analgésicos opioides, como la morfina. Estos fármacos actúan directamente en los receptores opioides del sistema nervioso central, bloqueando la transmisión del dolor. Son recomendados para pacientes con dolores moderados a severos, como aquellos en tratamientos oncológicos o en recuperación postquirúrgica. Sin embargo, su uso prolongado puede generar tolerancia, dependencia e incluso adicción, por lo que deben administrarse con suma precaución y bajo estricta supervisión médica (19).

Sintéticos

Los opiáceos sintéticos son fabricados completamente en laboratorios y diseñados para imitar o incluso potenciar el efecto de los derivados naturales. Entre los más conocidos se encuentran el fentanilo, la metadona y el tramadol. Estos medicamentos son sumamente potentes y se usan con frecuencia en ambientes hospitalarios. Por ejemplo, el fentanilo se emplea en el manejo del dolor agudo postquirúrgico o en pacientes con dolor crónico muy intenso. Debido a su potencia, un pequeño margen de error en la dosis puede traer consecuencias graves, por lo que su administración exige un monitoreo clínico estricto (18).

Semisintéticos

Los analgésicos opiáceos semisintéticos se obtienen al modificar químicamente compuestos naturales del opio. Ejemplos comunes incluyen la oxicodona, la hidromorfona y la buprenorfina. Estos medicamentos combinan propiedades de los opiáceos naturales con mejoras farmacológicas diseñadas para aumentar su eficacia o reducir algunos efectos adversos. Son ampliamente utilizados en pacientes con dolor crónico o que requieren analgesia prolongada. Sin embargo, al igual que los otros opiáceos, también conllevan riesgos de dependencia y requieren un control médico constante para evitar complicaciones (18).

Tratamiento con coadyuvante

El tratamiento coadyuvante representa un apoyo, en este caso, dentro del proceso del manejo del dolor. No se trata del tratamiento principal, pero cumple un rol fundamental al acompañar y potenciar los efectos de otras terapias, especialmente en situaciones donde el dolor o el malestar son difíciles de controlar. La elección de un tratamiento coadyuvante no al azar: necesita tiempo, escucha y una evaluación cuidadosa de cada historia de vida, cada síntoma, cada necesidad. En ese sentido, este enfoque terapéutico es profundamente humano, porque reconoce que no todas las personas responden igual y que aliviar el dolor, acompañar el proceso y mejorar la calidad de vida es tan importante como tratar la enfermedad misma (20).

Antibióticos

Los antibióticos son compuestos químicos empleados en la eliminación o inhibición del crecimiento de bacterias patógenas. Su descubrimiento ha sido uno de los hitos más relevantes en la historia de la medicina, permitiendo el tratamiento eficaz de numerosas infecciones que en el pasado representaban una alta tasa de mortalidad. Estos fármacos se dividen según su mecanismo de acción y actividad. Los más utilizados son los beta-lactámicos, como la penicilina y cefalosporinas (17), (19). Asimismo, los macrólidos, como la eritromicina y azitromicina, interfieren con la síntesis de proteínas bacterianas, lo que detiene la proliferación del microorganismo en su huésped. Es una buena alternativa para los pacientes alérgicos a los beta - lactámicos y tienen un buen nivel de acción contra las infecciones respiratorias (21).

También se encuentran las quinolonas como el ciprofloxacino y el levofloxacino, evita la replicación del ADN bacteriano lo que las hace eficaces contra una gran variedad de patógenos, incluyendo a los Gram – negativos, los cuales son mayormente usados en infecciones urinarias, gastrointestinales y algunas infecciones respiratorias graves (22). Por último, los aminoglucósidos, como la gentamicina y la amikacina, actúan modificando la síntesis de proteínas bacterianas y son estratégicamente usados en infecciones graves, particularmente causados por bacterias Gram - negativas resistentes a otros antibióticos. Se sabe que el uso inadecuado de antibióticos provoca resistencia bacteriana, un problema de salud pública importante (23).

Anticoagulantes

Los anticoagulantes, cuando se usan como tratamiento coadyuvante, forman parte de una forma sigilosa pero muy importante de cuidado. No actúan de manera directa sobre la enfermedad principal, pero ayudan a proteger al paciente de riesgos que podrían poner en peligro su vida, como la creación de coágulos que pueden causar trombosis o embolias. Su presencia en un tratamiento habla de prevención, de pensar más allá del síntoma inmediato, de mirar al paciente en toda su complejidad (16).

Su acción se basa en interferir en distintos procesos de la coagulación sanguínea, impidiendo la formación de coágulos que podrían bloquear los vasos sanguíneos y afectar la circulación (20). Dentro de los anticoagulantes orales, se encuentran los antagonistas de la vitamina K, como la warfarina, que actúan inhibiendo la producción de factores de coagulación dependientes de esta vitamina. También existen los anticoagulantes orales directos, como el dabigatrán, rivaroxabán y apixabán, los cuales ofrecen una acción más estable y requieren menos seguimiento en comparación con la Warfarina (16).

Por otro lado, los anticoagulantes parenterales, como la heparina no fraccionada y las heparinas de bajo peso molecular (enoxaparina, dalteparina), se administran por vía intravenosa o subcutánea y se utilizan en situaciones urgentes, como en casos de trombosis venosa profunda o para prevenir coágulos en pacientes hospitalizados. Dado que estos medicamentos aumentan el riesgo de hemorragias, es crucial llevar un control riguroso y ajustar la dosis según las necesidades del paciente (21). Además, es esencial educar a los pacientes sobre los signos de alerta de un sangrado excesivo y la importancia de seguir correctamente el tratamiento para reducir el riesgo de complicaciones trombóticas (23).

2.2.2. Manejo no farmacológico del dolor

Existe una variedad de estrategias no farmacológicas que aportan significativamente en el control del dolor después de la cirugía. Estas buscan intervenir en la reducción de la percepción del dolor, mejorar la tolerancia del paciente y reducir la necesidad de altas dosis de analgésicos, lo que a su vez disminuye el riesgo de efectos secundarios (24). Las más utilizadas son:

Terapias físicas: La administración de frío o calor en la zona afectada, la estimulación eléctrica transcutánea (TENS) y la fisioterapia pueden ayudar a reducir el dolor e inflamación, favoreciendo pronta recuperación. Rehabilitación temprana y movilización: Promover la movilización temprana ayuda a disminuir la rigidez muscular, potencia la circulación

sanguínea y disminuye el riesgo de complicaciones relacionadas a la inmovilidad como trombosis venosa profunda o atelectasias pulmonares.

Técnicas de relajación y manejo del estrés: La respiración profunda, la meditación, la música terapéutica y otras técnicas de relajación pueden ayudar a disminuir la ansiedad y la percepción del dolor, favoreciendo un estado de bienestar general.

Apoyo psicológico y educación del paciente: Es importante brindar una información comprensible y clara sobre el proceso postoperatorio y las estrategias de control del dolor para poder disminuir los niveles de ansiedad y que el paciente se adhiera correctamente al tratamiento planteado. El profesional de salud debe brindar un ambiente de confianza y acompañamiento a los familiares pues esto genera un impacto positivo en la percepción del dolor.

Intervenciones complementarias: Se puede considerar la terapia ocupacional para reducir la interpretación del dolor y optimizar la calidad de vida durante la recuperación. Asimismo, la acupuntura, la aromaterapia, entre otros. Consecuentemente, para el control del dolor postoperatorio es necesario brindar un enfoque holístico que combine terapias farmacológicas y no farmacológicas, en relación a las escaseces del paciente. Una correcta evaluación, planificación y seguimiento del plan terapéutico establecido reduce el riesgo de complicaciones mejorando la experiencia hospitalaria y la recuperación del intervenido. Es vital la personalización de este tipo de terapias y la participación del paciente durante su proceso de recuperación, de esta manera se logra un postoperatorio exitoso y una mejor calidad de vida (25).

2.2.3. Manejo farmacológico del dolor

Es uno de los principales métodos de abordaje terapéutico en diversas patologías médicas. El fin es proporcionar alivio de la sintomatología presentada, prevenir el avance de la enfermedad y optimizar la calidad de vida de los pacientes (26), (27). El plan de tratamiento adecuado depende de diferentes factores como la etiología de la enfermedad, la gravedad del cuadro clínico, la respuesta del organismo ante determinados fármacos y la presencia de factores subyacentes que puedan influir en la efectividad del medicamento o en la predisposición de sufrir efectos adversos. Los fármacos se dividen en: antibióticos, analgésicos, antipiréticos y anticoagulantes, entre los más utilizados. A continuación, se detallan cada uno de los grupos y su importancia clínica (20). Para brindar alivio y potenciar la recuperación del

paciente. Se basa en hacer uso de diferentes familias de analgésicos, que se encuentren en función al grado del dolor, la respuesta del paciente y los posibles efectos adversos. La administración de este tipo de fármacos puede ser vía oral, intravenosa, epidural y transdérmica, esto dependerá de la clínica y el tipo de intervención realizado (28). Los principales fármacos utilizados incluyen:

- 1. Analgésicos y antipiréticos no opiáceos:** Son el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) como el ibuprofeno, ketorolaco y el naproxeno. Se recomienda usar para dolores clasificados como leve a moderado, estos no generan dependencia. Sin embargo, se debe actuar con cautela en pacientes con úlceras gástricas, insuficiencia renal o problemas de coagulación, por los efectos adversos explicados en la posología de cada uno de estos fármacos (29).
- 2. Opiáceos:** Esta familia de analgésicos se usan en casos de dolor moderado a severo, como la morfina, el fentanilo, la oxicodona y la hidromorfona. Estos actúan sobre los receptores opioides del sistema nervioso central, brindándole un alivio del dolor potente al paciente. No obstante, debe tener un estricto control en cuanto a la frecuencia de su administración por el peligro de efectos adversos graves como depresión respiratoria, emesis y dependencia al fármaco (29).
- 3. Anestésicos locales:** Se usa en algunas intervenciones de bloqueos nerviosos periféricos o anestesia epidural con lidocaína o bupivacaina para obtener un efecto prolongado del analgésico en el organismo sin la necesidad de altas dosis de opioides (19).
- 4. Coadyuvantes analgésicos:** Los anticonvulsivantes como la gabapentina, pregabalina, entre otros y los antidepresivos tricíclicos, son utilizados para potenciar el efecto analgésico en ciertos tipos de dolor postoperatorio, teniendo un mayor uso para el dolor neuropático (25).

Evolución continua del dolor

La evaluación sistemática y constante del dolor es esencial para garantizar un tratamiento eficaz. Existen múltiples herramientas validadas para cuantificar el dolor, entre las que destacan las escalas unidimensionales como la Escala Visual Análoga (EVA), la Escala Numérica (0–10) y la Escala Verbal Análoga (EVERA). Estas escalas son simples de aplicar y permiten valorar la intensidad del dolor en pacientes que pueden comunicarse verbalmente. En

pacientes no comunicativos, como los pediátricos, pacientes con deterioro cognitivo o en estado crítico, se emplean escalas conductuales como FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) y la Escala de Comportamiento del Dolor. La implementación de estas herramientas en entornos clínicos permite ajustar de forma precisa la terapia analgésica, promover la intervención oportuna y prevenir la cronificación del dolor postoperatorio (9).

Manejo individualizado del dolor

El manejo del dolor debe adaptarse a las características individuales del paciente. Factores como el tipo y extensión de la cirugía, la edad, las comorbilidades, la historia previa de dolor crónico y la tolerancia a opioides son determinantes para seleccionar la estrategia analgésica más adecuada. El modelo biopsicosocial del dolor enfatiza la importancia de considerar, además de los factores físicos, los aspectos emocionales y sociales que influyen en la percepción del dolor. A este enfoque se suma la implementación de programas de Recuperación Mejorada tras la Cirugía (ERAS, por sus siglas en inglés), que recomiendan un manejo multimodal del dolor, reduciendo el uso exclusivo de opioides y promoviendo el empleo de analgésicos no opioides, bloqueos regionales y analgésicos. Asimismo, conceptos como la “escalera analgésica” de la OMS y su evolución hacia un modelo de “ascensor analgésico” permiten un abordaje dinámico, escalonado o descendente del tratamiento analgésico, con base en la intensidad del dolor (16).

Cirugía estética

La cirugía estética es una rama de la medicina cuyo propósito principal es mejorar la apariencia física de una persona mediante intervenciones quirúrgicas. A diferencia de la cirugía reconstructiva, que se centra en restaurar funciones o reparar estructuras afectadas, la cirugía estética busca modificar aspectos físicos con fines estéticos, de acuerdo con los deseos del paciente. En la actualidad, esta especialidad ha ganado gran popularidad, impulsada por los avances tecnológicos, una mayor accesibilidad y un creciente interés en la imagen personal (27). Dentro de la cirugía estética, existen diversos procedimientos que pueden clasificarse en intervenciones faciales y corporales. Entre los más solicitados se encuentran la rinoplastia, la liposucción, el aumento de senos, la abdominoplastia y los tratamientos de rejuvenecimiento facial (26), (27). Antes de realizar cualquiera de estos procedimientos, es fundamental llevar a

cabo una evaluación médica detallada para analizar la condición física del paciente, sus expectativas y los posibles riesgos asociados.

Manejo de dolor postoperatorio

Una de las principales preocupaciones durante la recuperación postoperatoria es el dolor. El dolor postoperatorio se define como una respuesta fisiológica y subjetiva del organismo ante un procedimiento invasivo quirúrgico, se evidencia con distintas intensidades y características según el tipo de gestión realizado, la forma de administración de anestesia realizada y el umbral del dolor del paciente (30). Un correcto manejo del dolor postoperatorio contribuye a una favorable recuperación siendo esta más rápida mejorando la experiencia hospitalaria y disminuyendo el riesgo de complicaciones (31). Se debe realizar un abordaje multidimensional en relación con el dolor postoperatorio, combinando estrategias farmacológicas y no farmacológicas para tener un mayor control de este sin comprometer la seguridad del paciente (30), (32). Es primordial que el personal de salud realice correcta evaluación del dolor haciendo uso de las escalas de medición adecuadas y ajustando la terapéutica de acuerdo con las insuficiencias individuales del paciente. Se detallan los principales métodos utilizados en el manejo del dolor postoperatorio (32).

2.2.4. Definiciones

De acuerdo con el Tesoro Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (33), se presentan las definiciones más relevantes y relacionadas al tema materia de estudio, ellos son:

1. Analgésicos: El grupo principal de fármacos para calmar el dolor.
2. Analgesia: El estado de ausencia de dolor sin pérdida de conciencia, que es el objetivo del tratamiento.
3. Antiinflamatorios no Esteroideos: Un tipo específico y común de analgésico utilizado en el postoperatorio.
4. Analgésicos Opiáceos: Otro tipo importante de fármacos para el manejo del dolor, especialmente el agudo.
5. Cirugía Plástica: Es la categoría más amplia que incluye la cirugía cosmética.
6. Cuidado Postoperatorio: Incluye todas las intervenciones después de la cirugía, como el manejo del dolor.

7. Dolor Postoperatorio: Se refiere específicamente al dolor que ocurre después de un procedimiento quirúrgico.
8. Manejo del Dolor: Abarca todas las estrategias utilizadas para aliviar el sufrimiento del paciente.
9. Medición del Dolor: Se refiere a las escalas y métodos para evaluar la intensidad del dolor del paciente.
10. Pacientes: Se refiere a los individuos que reciben la atención médica.
11. Procedimientos Quirúrgicos Cosméticos: Es el término preciso para la cirugía estética, enfocada en mejorar la apariencia.
12. Resultado del Tratamiento: Describe la evaluación de la eficacia de la intervención farmacológica.
13. Terapéutica Farmacológica: Describe el uso de medicamentos para tratar condiciones, en este caso, el dolor.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

De tipo deductivo, ya que permite analizar la información a partir de una serie de atributos encontrados en la investigación.

3.2. Enfoque de la investigación

De enfoque cuantitativo, basada en la medición numérica de variables para probar hipótesis o responder preguntas de investigación, puesto que el estudio recogerá datos que posteriormente serán analizados a través de un estudio estadístico.

3.3. Tipo de investigación

En cuanto al tipo de investigación es básico, puesto que busca generar conocimientos sin una necesaria aplicación inmediata o práctica. Es decir, está encaminada a generar juicio científico sin contrastar con ningún aspecto práctico.

3.4. Diseño de la investigación

Respecto al diseño es no experimental descriptivo, el cual se realiza sin influencias intencionadas con relación a las variables en estudio, basándose principalmente en el análisis de los hechos o fenómenos tal cual sucedieron para luego ser analizados. Cabe señalar que, esta investigación será descriptiva ya que se dedica a describir o caracterizar de manera detallada el tratamiento farmacológico encontrado en la evaluación de los pacientes.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

El presente estudio considera como población a todas las historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos por cirugía estética en una clínica particular ubicada en Lima Metropolitana, quienes cumplieron con criterios de inclusión y exclusión, siendo un total de 258 adultos atendidos en el periodo 2025.

3.5.2. Muestra

Respecto al tamaño de la muestra, se empleará una fórmula para estimar la proporción población cuando la población es finita o conocida, a saber:

$$n = \frac{(p \times q) * Z^2 * N}{(E)^2(N - 1) + (p \times q)Z^2}$$

$$n = \frac{(0.5 \times 0.5) * (1.96)^2 * 258}{(0.05)^2(258 - 1) + (0.5 \times 0.5) * (1.96)^2}$$

$$n = 155$$

Donde:

n: Tamaño de la muestra

Z: Coeficiente de confianza (Z=1,96)

N: Tamaño del universo o población (N=66)

P: Probabilidad del éxito a favor (p=0,5)

Q: Probabilidad de fracaso o en contra, que es igual a (q=1-p=0,5)

E: Error de estimación (asumido por el investigador (e= 0,05)

Se realizó la investigación con un tamaño de muestra de 155 historias clínicas de los pacientes atendidos por cirugía estética en la clínica particular ubicada en Lima Metropolitana.

3.5.3. Muestreo

Para esta investigación se utilizó el muestreo aleatorio simple lo que garantizó la representatividad del grupo de historias clínicas seleccionado en el estudio a realizar.

3.5.4. Criterios de selección

Criterios de exclusión

- Historia clínica de Pacientes que recibieron tratamiento no documentado o con esquemas irregulares.
- Historia clínica de Pacientes que hayan tenido complicaciones postoperatorias mayores.
- Historias clínicas de Pacientes gestantes o con alergia conocida a analgésicos usados comúnmente.

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de Pacientes mayores de 18 años
- Historias clínicas de Pacientes sometidos a cirugía estética programada
- Historias clínicas de Pacientes que hayan sido operados y/o atendidos en el periodo 2025.

3.6. Variables y operacionalización

Tabla 1. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala (Valores)
Variable 1: Tratamiento Farmacológico	El tratamiento farmacológico consiste en la aplicación de compuestos químicos o biológicos con el fin de prevenir, aliviar, tratar o curar diversas enfermedades o afecciones. Su fundamento radica en la administración de fármacos que generan efectos específicos en el organismo, actuando en diferentes niveles fisiológicos y bioquímicos.	Tratamiento con cualquier sustancia, distinta a los alimentos, que se emplean para diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.	Tratamiento con analgésicos y antipiréticos no opiáceos	-Paracetamol -Antinflamatorios no esteroideos	Razón	-Forma farmacéutica -Concentración -Dosis -Vía de administración -Frecuencia -Reacciones adversas -Tipo de familia -Duración del tratamiento -Número de unidades
			Tratamiento con analgésicos opiáceos	-Naturales -Sintéticos -Semi sintéticos		
			Tratamiento con coadyuvante	-Antibióticos -Anticoagulantes		

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

El nombre de la técnica es el análisis de documento o documental también llamado revisión sistemática de registros permite al investigador acercarse a distintas fuentes escritas, como artículos, informes, manuales o leyes, para comprender mejor un tema o problema. A través de una lectura cuidadosa y reflexiva de las historias clínicas, se busca identificar ideas, patrones y significados que aporten al desarrollo de la investigación. Más allá de recopilar datos, esta técnica invita a interpretar la información desde una mirada crítica, considerando el contexto en que fueron elaborados y su relevancia para los objetivos del estudio. El instrumento es la ficha de recolección de datos lo cual recogerá la información de la historia clínica de cada paciente atendido.

3.7.2. Descripción de instrumentos

En esta investigación se utilizará el Perfil Farmacoterapéutico del Servicio de Farmacia de la Clínica de la Familia, un instrumento diseñado para realizar un seguimiento detallado de los medicamentos que recibirá cada paciente durante su hospitalización. Este formato permitió recopilar información relevante como los datos personales, el diagnóstico, antecedentes clínicos, así como todos los aspectos relacionados con la medicación: nombre del fármaco, dosis, forma y vía de administración, frecuencia, duración del tratamiento y posibles reacciones adversas. Además, no se registraron intervenciones farmacéuticas ya que no se identificaron problemas relacionados al uso de medicamentos. El uso de este instrumento facilitó un control seguro y personalizado del tratamiento, se apoyó en la toma de decisiones clínicas en beneficio del paciente.

3.7.3. Validación

La validación del proyecto se llevó a cabo con el apoyo de tres profesionales del área de la salud, quienes cuentan con experiencia en farmacoterapia e investigación. Ellos revisaron cuidadosamente la ficha farmacoterapéutica utilizada como instrumento de recolección de datos, con el objetivo de asegurar que sea clara, coherente y adecuada para los fines del estudio. A partir de su revisión, brindaron sugerencias que permitió mejorar el contenido o la estructura del instrumento, lo que contribuyó a fortalecer la calidad y la utilidad de la metodología aplicada.

3.7.4. Confiabilidad

Con relación a la confiabilidad del instrumento, dado que es una ficha de recolección de datos utilizado por los servicios de salud no precisa de ser calculada puesto que su uso frecuente ha permitido que se compruebe los aciertos y errores, al ser un instrumento comúnmente utilizado y estandarizado.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

La información que se usó en esta investigación fue recolectada mediante una ficha diseñada para registrar los datos de cada paciente. Luego, los datos fueron organizados en una hoja de cálculo de Excel y procesados a través del software estadístico SPSS, asignando códigos y valores numéricos a cada respuesta según correspondiera. Cada uno de los indicadores fue examinado con atención, y los resultados más importantes se presentaron en gráficos y tablas que ayudaron a su interpretación. Para asegurar la calidad del instrumento utilizado, se evaluó su confiabilidad mediante el alfa de Cronbach, un indicador que permite validar si la ficha de recolección de datos es coherente entre sí; este coeficiente debe alcanzar un valor superior a 0,8 para considerarse adecuado.

3.9. Aspectos éticos y de integridad científica

Este estudio se realizó con el consentimiento y la autorización del personal responsable de la clínica privada. Toda la información recopilada fue tratada con absoluta confidencialidad, asegurando en todo momento la identidad y privacidad de los pacientes involucrados. También, el desarrollo de este trabajo respeta íntegramente el reglamento ético establecido por la Universidad Privada Norbert Wiener, ofreciendo un proceso responsable y transparente. Para asegurar la originalidad del contenido, el documento fue sometido a un sistema anti-plagio, asegurando un nivel de similitud menor al 20%. Como equipo investigador, asumimos con total responsabilidad la veracidad y el uso ético de la información presentada, y hemos citado correctamente todas las fuentes utilizadas, reconociendo así el trabajo de otros autores y evitando cualquier forma de apropiación indebida.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Resultados

Posteriormente a procesar la información recogida, se presenta las tablas y figuras para su análisis interpretativo y discusión respectiva.

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Este estudio se basó en el análisis de 155 historias clínicas de pacientes intervenidos en cirugía estética en una clínica particular de Lima Metropolitana en el periodo 2025.

Tabla 2. *Distribución de los pacientes ingresados por cirugía según edad y sexo, 2025*

Sociodemográficos		N	%	% Acum.
Sexo	Femenino	69	44,52	44,52
	Masculino	86	55,48	100,0
Edad	Joven	42	27,10	27,10
	Adulto	113	72,90	100,00

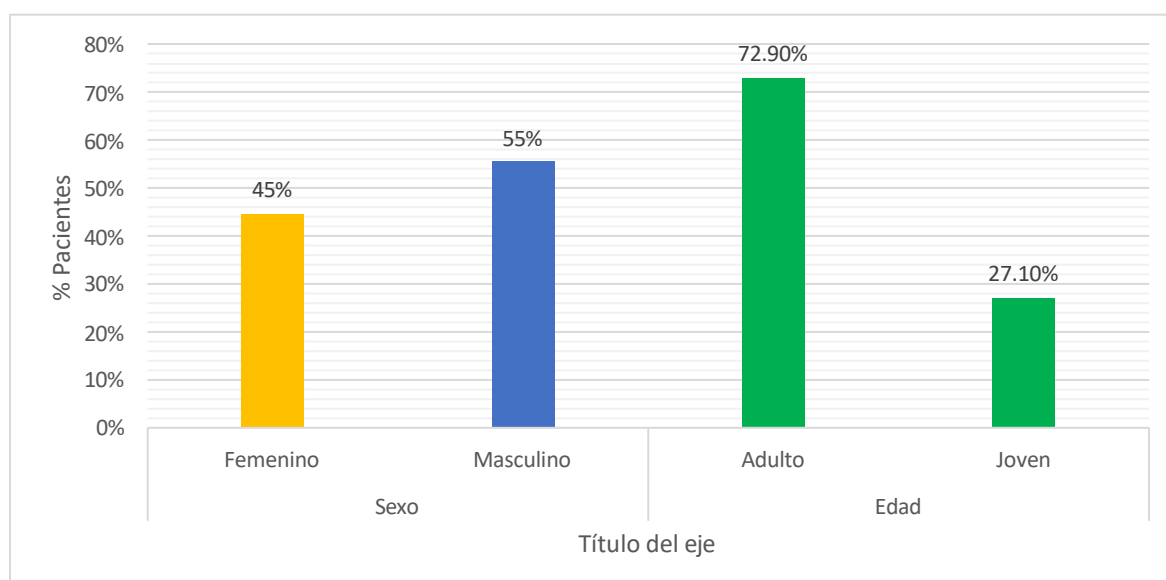


Figura 1

Distribución de los pacientes ingresados por cirugía estética según edad y sexo

En la tabla 2 y figura 1 se observa que el 55% de los pacientes ingresados por cirugía estética en la clínica privada fueron del género masculino frente a 45% del género femenino, por otro lado, siendo principalmente adultos en el 72,90% de los casos frente a 27,10% de jóvenes operados por cirugía estética.

Tabla 3. *Distribución de los pacientes ingresados por cirugía, 2025*

Características generales		N	%	% Acum.
Tipo	Cirugía Estética	155	100,00	100,00
	Otros	0	0	100,00

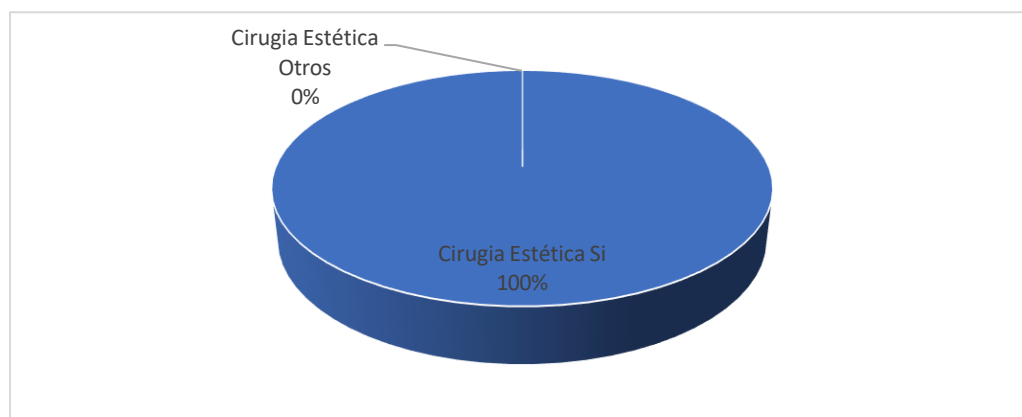


Figura 2
Distribución de los pacientes ingresados por cirugía

En la tabla 3 y figura 2 se observa que el 100% de los pacientes ingresados fueron para el procedimiento exclusivo o único de cirugía estética en la clínica privada.

Tabla 4. *Cantidades promedio de medicamentos y duración de días consumidos, 2025*

Tipo de medicamento	Medicamentos	Vía de Administración	Promedio Cantidad (Unidades)	Promedio de Duración (Días)
Analgésicos opiáceos	Fentanilo 0,5 mg	VE	1	1
	Morfina 10 mg	VE	1	1
	Oxicodona 10 mg	VO	1	1
	Tramadol 100 mg	VS	8	5
	Tramadol 50 mg	VO	10	5
	Tramadol 50 mg	VS	5	5
Total Analgésicos opiáceos			4	3
Antibióticos	Cefalexina 500 mg	VO	15	5
	Cefazolina 1 g	VE	2	1
	Ceftriaxona 1g	VE	2	1
	Cefuroxima 500mg	VO	10	5
	Ciprofloxacino 200mg	VE	2	1
	Ciprofloxacino 500 mg	VO	15	5
	Clindamicina 300 mg	VO	15	5
	Levofloxacino 500 mg	VO	15	5
	Levofloxacino 750 mg	VO	5	5
	Total Antibióticos			7
Anticoagulantes	Ácido tranexámico 1 g	VE	3	1

	Enoxaparina 40 UI	VS	5	5
	Enoxaparina 60 UI	VS	5	5
	Total Anticoagulantes		4	3
	Celecoxib 200 mg	VO	10	2
	Diclofenaco 100 mg	VO	14	2
	Diclofenaco 50 mg	VO	13	5
	Diclofenaco 50mg	VO	15	5
	Ibuprofeno 400 mg	VO	13	3
Antiinflamatorios no esteroideos	Ibuprofeno 600mg	VO	15	5
	Ketoprofeno 100 mg	VO	10	5
	Ketoprofeno 150 mg	VO	10	1
	Ketorolaco 10 mg	VO	14	5
	Naproxeno 500 mg	VO	10	5
	Naproxeno 500mg	VO	10	1
Total Antiinflamatorios no esteroideos			12	3
	Metamizol 500 mg	VO	5	1
Antipiréticos no opiáceos	Paracetamol 1 g	VO	10	1
	Paracetamol 1g	VO	10	1
	Paracetamol 500 mg	VO	15	1
Total Antipiréticos no opiáceos			9	1
Total general			7	3

Leyenda: VE: Vía endovenoso; VO: Vía oral; VS: Vía subcutánea

Según la Tabla 4, en el año 2025, la cantidad promedio de medicamentos consumidos postcirugía estética en la clínica particular fue de 7 unidades, con una duración media de tratamiento de 3 días. El grupo de antiinflamatorios no esteroideos fue el más utilizado, con un promedio de 12 unidades por paciente, seguido de los antipiréticos no opiáceos con 9 unidades, lo que refleja un enfoque en el manejo del dolor y la inflamación. Los antibióticos tuvieron un consumo promedio de 7 unidades y los analgésicos opiáceos de 4 unidades, ambos con una duración promedio de 3 días.

Por su parte, los anticoagulantes se consumieron en menor cantidad, con un promedio de 4 unidades, también por 3 días. La vía de administración predominante para casi todos los medicamentos, excepto algunos analgésicos y antibióticos, fue la oral. El análisis de los datos sugiere que los tratamientos postoperatorios se centran en el alivio del dolor y la prevención de infecciones, con la mayoría de los medicamentos administrados por vía oral para una recuperación ambulatoria.

Tabla 5. Distribución de los pacientes operados por cirugía según la condición de alta, 2025

	Estado	N	%	% Acum.
Condición de Alta	Alto malestar	17	11,0	11,0
	Moderado malestar	28	18,1	29,0
	Sin malestar	110	71,0	100,0
Total		155	100,00	

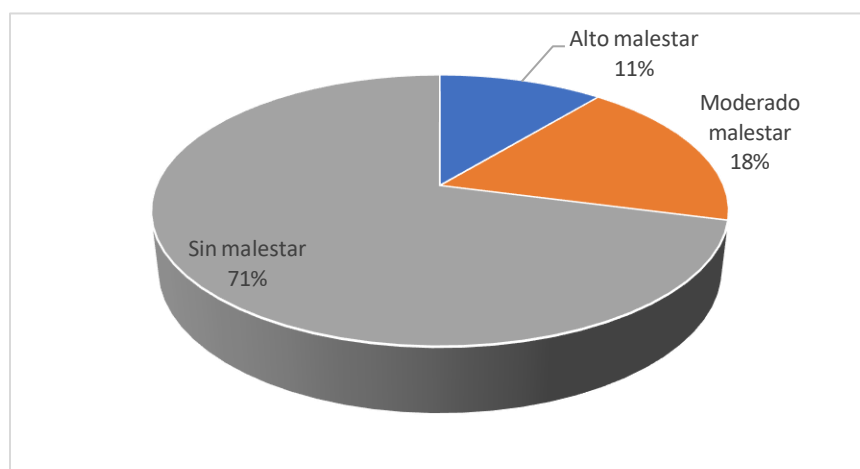


Figura 3

Distribución de los pacientes ingresados por cirugía según la condición de alta, 2025

En la tabla 5 y figura 3 se observa que el 91,61% de los pacientes sometidos a cirugía estética tuvieron una condición de alta satisfactoria en la clínica privada, mientras que solo una minoría de 8,39% de los casos señalaron que hubo malestar luego de la cirugía estética.

Tabla 6. Cantidad promedio de medicamentos según la condición de alta, 2025

Tipo de medicamento	Medicamentos	Bajo malestar	Moderado malestar	Elevado malestar	Total general
Analgésicos opiáceos	Fentanilo 0,5 mg	1	1	1	1
	Morfina 10 mg	1	1	1	1
	Oxicodona 10 mg	1	1	1	1
	Tramadol 100 mg	6	7	8	8
	Tramadol 50 mg	6	8	8	8
Total Analgésicos opiáceos		4	4	5	4
Antibióticos	Cefalexina 500 mg	15	15	15	15
	cefazolina 1 g	2	2	2	2
	Ceftriaxona 1g	2	2	2	2
	Cefuroxima 500 mg	10	10	10	10
	Ciprofloxacino 200mg	2	2	2	2

	Ciprofloxacino 500 mg	15	15	15	15
	Clindamicina 300 mg	15	15	15	15
	Levofloxacino 500 mg	15	15	15	15
	Levofloxacino 750 mg	5	5	5	5
Total Antibióticos		6	7	7	7
	Ácido tranexámico 1 g	3	3	3	3
Anticoagulantes	Enoxaparina 40 UI	5	5	5	5
	Enoxaparina 60 UI	5	5	5	5
Total Anticoagulantes		4	4	4	4
	Celecoxib 200 mg	10	10	10	10
	Diclofenaco 100 mg	13		14	14
	Diclofenaco 50 mg		10	15	13
	Diclofenaco 50mg	15	15	15	15
	Ibuprofeno 400 mg	10	13	13	13
Antiinflamatorios no esteroideos	Ibuprofeno 600mg	15	15	15	15
	Ketoprofeno 100 mg		10		10
	Ketoprofeno 150 mg	10	10	10	10
	Ketorolaco 10 mg	15	13	15	14
	Naproxeno 500 mg	10	10	10	10
	Naproxeno 500mg		10	10	10
Total Antiinflamatorios no esteroideos		11	11	12	12
	Metamizol 500 mg	5	5	7	5
Antipiréticos no opiáceos	Paracetamol 1 g	10	10	10	10
	Paracetamol 1g	10	10	10	10
	Paracetamol 500 mg		15	15	15
Total Antipiréticos no opiáceos		6	8	10	9
Total general		6	7	7	7

En la Tabla 6, el consumo promedio general de medicamentos en el periodo 2025 en la clínica particular fue de 7 unidades por paciente, aunque se observa una ligera variación según la condición de alta. Los pacientes dados de alta con "Bajo malestar" consumieron un promedio de 6 unidades, mientras que aquellos con "Moderado" o "Elevado malestar" consumieron un promedio de 7 unidades. Este patrón es más evidente en los analgésicos opiáceos, donde el consumo aumenta de 4 a 5 unidades a medida que el malestar del paciente se incrementa. De manera similar, en los antiinflamatorios no esteroideos y antipiréticos no opiáceos, el consumo

promedio se eleva progresivamente desde 11 y 6 unidades, respectivamente, en pacientes con bajo malestar, hasta 12 y 10 unidades en aquellos con elevado malestar. En contraste, el uso de antibióticos y anticoagulantes se mantiene constante, con promedios de 7 y 4 unidades, respectivamente, independientemente de la condición de alta del paciente, lo que sugiere que su uso se rige por protocolos estándar más que por la gravedad del malestar.

4.1.2. Prueba de hipótesis

Dado que en el presente estudio la muestra fue la totalidad de la población no fue necesaria aplicar la estadística inferencial por tanto, la correlación se medirá directamente por el valor del coeficiente; así mismo dado que una de las variables como condición de alta es de tipo ordinal, el coeficiente de correlación o asociación adecuado es la prueba estadística de correlación de Spearman.

Hipótesis general:

H0: El tratamiento farmacológico aplicado no se relaciona con condición de alta de los pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025

H1: El tratamiento farmacológico aplicado se relaciona con condición de alta de los pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025

Tabla 7. *Tratamiento farmacológico y condición de alta de pacientes*

		Condición de Alta			Total	Coeficiente Correlación Spearman
		Alto malestar	Moderado malestar	Sin malestar		
Tratamiento farmacológico	Baja cantidad	Recuento	17	28	8	0,771 (p-valor:0,000)
		% del total	11,0%	18,1%	5,2%	
	Elevada cantidad	Recuento	0	0	66	
		% del total	0,0%	0,0%	42,6%	
	Elevada cantidad	Recuento	0	0	36	
		% del total	0,0%	0,0%	23,2%	
Total	Recuento	17	28	110	155	
	% del total	11,0%	18,1%	71,0%	100,0%	

En la Tabla 7, se puede interpretar la relación entre el tratamiento farmacológico recibido y la condición de alta de los pacientes. La mayoría de los pacientes (42,6% y 23,2%) fueron dados de alta sin malestar, lo que sugiere una alta efectividad del tratamiento. Específicamente, todos los pacientes que recibieron una elevada cantidad de tratamiento (100% de este grupo) no presentaron malestar al ser dados de alta. Por otro lado, los pacientes dados

de alta con "Alto malestar" y "Moderado malestar" solo recibieron una baja cantidad de tratamiento farmacológico. De hecho, el 11% de todos los pacientes fueron dados de alta con alto malestar, y el 18.1% con moderado malestar, y todos ellos estaban en el grupo de "baja cantidad" de tratamiento. La tabla también presenta el valor de coeficiente de correlación de Spearman de 0,771 y un p-valor: 0,000, lo que indica que sí existe una asociación o correlación significativa entre el tipo de tratamiento farmacológico y la condición de alta del paciente. Esto podría interpretarse como que la condición de alta de los pacientes sí se relaciona con la cantidad de tratamiento farmacológico recibido.

4.1.3. Discusión de resultados

Un adecuado tratamiento farmacológico usado para controlar el dolor postcirugía estética es fundamental debido a que permite optimizar el manejo de dolor y bienestar del paciente, garantizar la seguridad del paciente lo que sirve como base para la mejora continua y la investigación, además del cumplimiento de estándares de calidad y regulaciones. Por ello, este estudio tuvo como objetivo general identificar los tratamientos farmacológicos usados para controlar el dolor postcirugía estético en una clínica privada de Lima Metropolitana durante 2025.

Los resultados evidenciaron que, en mayor frecuencia, se incluyen antiinflamatorios no esteroideos y antipiréticos no opiáceos como tratamiento postcirugía estética, y en menor proporción los analgésicos opiáceos, lo que sugiere una estrategia de analgesia multimodal, ante ello, se encontró que la analgesia multimodal no sólo mejora el manejo del dolor, sino también la percepción y satisfacción del paciente en el periodo postoperatorio inmediato (14).

Por el contrario, en otros estudios se evaluó los esquemas farmacológicos utilizados para el manejo del dolor postoperatorio y su efectividad analgésica en 378 pacientes de la Clínica de Especialidades Médicas Latinoamericana, distribuidos 116, 69 y 193 pacientes en cirugía general, ortopedia y traumatología, y otorrinolaringología, respectivamente; así mismo, al 68,5%, 52,6% y 19,5% se les administró analgésicos antipiréticos (paracetamol, metamizol), AINEs y opioides, respectivamente; si bien el 61,9% no presentó dolor postquirúrgico, hubo predominio de monoterapia, principalmente para AINEs y analgésicos-antipiréticos, y siendo más efectivo el tratamiento usando en otorrinolaringología (33),(34).

En otro estudio también se consideró la monoterapia con pregabalina en su comparación con bloqueos intervencionistas en cuanto al dolor neuropático de 94 pacientes diagnosticados, encontrando que, la intensidad del dolor previo respecto al primero fue 7,3 +-

1,8 y luego de que al 66% de los pacientes se les administró pregabalina disminuyó a 3,5 +- 2,4 con una mejoría de 53,9%; y el dolor previo respecto al segundo fue 8,9+- 1,2, y luego de que al 34% se les administró bloqueos intervencionistas, el dolor disminuyó 3,5 +- 2,4, con una mejoría de 70,7%; esto, a diferencia de lo encontrado en este estudio, puede evidenciar que, de acuerdo a la elección del fármaco y el tipo de dolor o intervención, puede llevarse a cabo una monoterapia o terapia multimodal (13).

Otro hallazgo importante en este estudio fue la relación entre la cantidad de medicamentos administrados según la condición de alta de los pacientes, ya que el 91,6% se retiró sin molestias debido a que recibió tratamientos completos y en dosis adecuadas, comparando con el estudio que identificó en 60 pacientes de la especialidad de cirugía el nivel de dolor postquirúrgico, encontraron que en las primeras 4 horas fue nulo en el 45% y de dolor intenso en el 13,3%; a las 24 hrs, el 53,3% no presentó dolor y el 23,3% refirió dolor leve, 16,7% moderado y 1,7% intenso, evidenciando que el dolor postquirúrgico es un condicional para la cantidad de medicamentos necesarios como tratamiento (34).

Respecto al primer objetivo específico, que consistió en identificar los analgésicos y antipiréticos no opiáceos utilizados, los resultados mostraron que los antiinflamatorios no esteroides (AINEs) fueron el grupo farmacológico más recetado, teniendo un promedio de 12 unidades por paciente. Los AINEs más destacados fueron diclofenaco, ibuprofeno, ketoprofeno y ketorolaco. Además, se administraron paracetamol y metamizol como antipiréticos no opiáceos. Estos resultados coinciden con un estudio internacional, que encontró que en 65,2% del total de pacientes postquirúrgicos evaluados presentaron dolor moderado, para lo cual, en 59,2% la combinación Paracetamol-Tramadol era el esquema de elección; de igual forma a los que fueron sometidos a cirugía general y a aquellos que tuvieron cirugía de 1 a 3 horas, en el 49,5% y 82%, respectivamente, se les brindó el mismo tratamiento, lo que subraya la importancia de los medicamentos no opiáceos como primera línea de opción de tratamiento (11). Asimismo, se encontró que los esquemas más comunes para manejar el dolor agudo postoperatorio combinan ketoprofeno y tramadol, a los que ocasionalmente agregan metamizol o morfina (14).

En otro estudio, se analizó 285 historias clínicas de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, a quienes se les administró analgésicos postquirúrgicos, obteniendo que el uso racional de analgésicos según los protocolos establecidos se cumple en el 76% de los pacientes; además, identificó 7

problemas relacionados con los medicamentos, resaltando mayormente la administración sin protección previa, fallo en el tratamiento y uso simultáneo de analgésicos del mismo grupo (36). Esto se relaciona con lo encontrado en esta investigación, ya que es importante que la intervención en cuanto a la efectividad de la terapia farmacológica sea trabajada por todo el equipo de salud, pues así supervisará la efectividad del tratamiento, la cantidad de medicamentos por paciente y los posibles riesgos o efectos adversos para ellos (12),(37).

En contraste, en otro estudio se analizó el costo-efectividad de los esquemas terapéuticos que utilizan Paracetamol-Metamizol y Paracetamol-Tramadol, encontrando en 204 pacientes diagnosticados con traumatismos, de los cuales 103 fueron tratados con el primer esquema y 101 con el segundo, que el primer esquema es la mejor alternativa costo-efectiva, siempre y cuando no disminuya su efectividad por más del 20%, ya que en ese caso la mejor alternativa pasaría a ser el segundo esquema, evidenciando similitud con lo encontrado en este estudio (35).

Por otro lado, otro estudio nacional comparó en 30 pacientes programados para artroscopia de hombro, ASA I y II, la duración de distintas mezclas analgésicas, analgesia multimodal, considerando 3 grupos de 10 para ropivacaína, lidocaína, clonidina y dexametasona; ropivacaína, lidocaína y dexametasona, y ropivacaína, lidocaína y clonidina, aplicados 1, 3, 12 y 24 horas postoperatorio, teniendo como resultados que cualquiera de las tres combinaciones es recomendable para el control del dolor postquirúrgico en artroscopia de hombro, por lo que apoyaron que el control efectivo del dolor no está supeditada únicamente de los opioides sino también de su integración en protocolos multimodales con otros medicamentos (8).

En cuanto al segundo objetivo específico, que consistió en detectar los analgésicos opiáceos usados postcirugía estética, se encontró que el tramadol fue el más frecuente, mayormente de 50 mg y 100 mg, administrados por 5 días promedio; otros opiáceos como fentanilo, morfina y oxycodona se usaron con menos frecuencia y sólo en la fase inmediata después de la cirugía, lo que coincide con lo reportado por un estudio nacional, que a través de 303 historias clínicas del Instituto Nacional Materno Perinatal encontraron que la terapia farmacológica usada en 93,1% fue la combinación de la morfina espina y un analgésico por vía endovenosa para la fase intraoperatoria; si bien hubo efectos adversos como 4,3% emesis, 1,3% prurito y 0,3% retención urinaria, en la fase postoperatoria el 20% tuvo que utilizar un analgésico de rescate; y al igual que en esta investigación, Huayanay et al. también rescata la

importancia de la analgesia multimodal de morfina neuroaxial sumado a analgésicos endovenosos, pues concluyeron que al usarlo fue menos necesario usar analgésicos de rescate para el dolor postoperatorio (15). Por otro lado, tras evaluar el nivel de manejo de dolor en 99 pacientes postquirúrgicos abdominales desde el enfoque enfermero del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú, encontró que el rol del enfermero en cuanto al manejo y control del dolor, guía de manejo de medicamentos y la atención brindada al paciente, puede influir en la satisfacción y recuperación de los pacientes (16).

Para el tercer objetivo, que fue hallar los coadyuvantes usados para estos procedimientos, los antibióticos y anticoagulantes se administraron de forma rutinaria como parte del plan postoperatorio, siendo la cefalexina, clindamicina y levofloxacino, y la enoxaparina y ácido tranexámico los más empleados, respectivamente. Aunque su función principal no es aliviar el dolor, su uso fue esencial ya que ayuda a prevenir infecciones y complicaciones de coágulos, los cuales son factores importantes para una recuperación sin problemas, lo que coincide con un estudio internacional de analizar 60 artículos relacionados a las cirugías otorrinolaringológicas ambulatorias, resaltando las medidas de prevención bajo el mando del equipo de cirugía en pro de la protección del paciente, y las intervenciones de enfermería en el postoperatorio para este tipo de cirugías, resaltó la aplicación del lenguaje estandarizado (NANDA, NIC, NOC) en la planificación de las intervenciones, destacaron la importancia de incluir medidas farmacológicas y no farmacológicas preventivas, tales como el Automatismo de Analgesia Controlada por el Paciente (PCA) y el paracetamol para dolores de leves a moderados, y de incluir profilaxis antibiótica y control de sangrado postquirúrgico durante los protocolos de cirugías ambulatorias para reducir reingresos y complicaciones, lo cual contribuye a la recuperación del paciente y a su satisfacción postoperatoria (37).

En resumen, estos resultados son un índice de las estadísticas nacionales e internacionales para el manejo multimodal del dolor después de una cirugía, además de resaltar que la administración de tratamientos combinados o multimodales, según la intensidad de malestar del paciente, permitió que más del 70% de los pacientes fueron dados de alta sin presentar alguna molestia significativa, y contribuyendo a que la necesidad de medicación postoperatoria sea menor. Así, luego de contrastar con las hipótesis planteadas durante el proyecto, estos resultados respaldan a la hipótesis alternativa, pues se evidencia una correlación significativa entre el tratamiento farmacológico y la condición de alta de los pacientes, respaldando así hallazgos científicos previos.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Ante los hallazgos en la presente investigación se puede concluir:

Se evidencia que el tratamiento farmacológico aplicado sí se relaciona de manera significativa con la condición de alta de los pacientes sometidos a cirugía estética en la clínica particular de Lima Metropolitana durante 2025. Este hallazgo se sustenta en el valor del coeficiente de correlación de Spearman de 0,771 (p-valor: 0,000), lo que indica una asociación positiva y estadísticamente robusta.

Se concluye que el análisis descriptivo de la población total de 155 pacientes revela que la mayoría fueron hombres adultos, constituyendo el 55% del total de casos y concentrándose la edad adulta en el 72,90% de la muestra. Adicionalmente, se confirma que el 100% de los pacientes ingresaron para procedimientos exclusivos de cirugía estética.

Se demostró que la condición de alta de los pacientes fue altamente satisfactoria, ya que el 71% de la población total fue dada de alta sin ningún malestar, sumando un 91,61% de pacientes con una condición de alta esperada (incluyendo aquellos con malestar bajo y moderado), solo una minoría del 11% de los casos reportó malestar.

Se determinó que la cantidad de tratamiento farmacológico consumido varía en función del malestar reportado al alta. Específicamente, el consumo promedio de medicamentos, en particular analgésicos opiáceos y antipiréticos no opiáceos, se incrementó progresivamente a medida que el paciente reportaba un mayor nivel de malestar (pasando de 4 a 5 unidades de opiáceos, y de 6 a 10 unidades de antipiréticos) entre el grupo con bajo malestar y el de elevado malestar. En contraste, el uso de antibióticos y anticoagulantes se mantuvo constante, sugiriendo su adhesión a un protocolo fijo farmacológico.

5.2. Recomendaciones

Teniendo en consideración los hallazgos en el presente estudio se proponen las siguientes recomendaciones:

Primero. Con respecto a la conclusión general de la presente investigación, se sugiere a la clínica particular mantener y optimizar la dosificación del tratamiento farmacológico postoperatorio, ya que se ha demostrado que una mayor cantidad de tratamiento, según las

categorías de elevada cantidad está directamente asociada a una condición de alta sin malestar, garantizando así la calidad en la recuperación del paciente.

Segundo. Con relación a la conclusión específica uno, se recomienda a la clínica continuar con el seguimiento y análisis demográfico de sus pacientes, prestando especial atención a la predominancia del paciente adulto masculino en cirugía estética para desarrollar programas de atención, información y marketing que se adapten de manera específica a las necesidades y expectativas de este segmento.

Tercero. Con relación a la conclusión específica dos, debido al alto porcentaje de pacientes dados de alta sin malestar, se aconseja documentar y difundir internamente los protocolos de atención y cirugía para replicar este nivel de éxito, utilizándolo como un indicador clave de la calidad y eficacia de los procedimientos postoperatorios.

Cuarto. Con relación a la conclusión específica tres, se recomienda a la clínica evaluar de forma más detallada los protocolos de manejo del dolor y la inflamación; analgésicos y antiinflamatorios, en pacientes que reportan malestar moderado o elevado al alta, buscando ajustar las cantidades o la vía de administración de estos medicamentos para mitigar el dolor de forma más efectiva, dado que su consumo ya fue significativamente mayor en estos grupos.

REFERENCIAS

1. Centeno M, Morelos G, Mara Z, Castañeda H, Cortes R, Hernández H. Dolor Posquirúrgico, Tiempo Quirúrgico y Manejo Farmacológico en Pacientes Adultos Intervenidos de Cirugía General. *Ciencia Latina Internacional* [Internet]. 2024 [citado 05 de marzo 2025]; 8(1): 4177 - 4189. Disponible de: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9765>
2. Díaz R. La escalera analgésica de la OMS y los fármacos del dolor [Internet]. 2025 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://1aria.com/entrada/la-escalera-analgésica-de-la-oms-y-los-fármacos-del-dolor>
3. Figueroa L, Sánchez D, Sáenz J, Díaz D, Polanco C, Carrascal O. Actualización en alternativas para control del dolor posoperatorio en cirugía plástica. *Rev Chil Anest* [Internet]. 2023 [citado 1 de abril de 2025];52(4):365-8. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv52n04-06/>
4. Trevino N, Molina N. Antibióticos: mecanismos de acción y resistencia bacteriana [Material complementario en Internet]. La Plata: SEDICI, Repositorio Institucional de la UNLP; 2022 [consultado 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/136280>
5. Mayo Clinic. Analgésicos después de la cirugía [Internet]. 2025 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/consumer-health/in-depth/pain-medications/art-20046452>
6. Moreno L, Muedra V. Farmacología básica del dolor (analgésicos) [Internet]. 2022 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: https://aula.campuspanamericana.com/Cursos/Curso01417/Temario/Master_Aborda_je_Dolor/M1T5Texto.pdf
7. López S, López A, Zaballos M, Argente P, Bustos F, Carrero C, et al. Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria [Internet]. 2ª ed. Madrid: ASECMA; 2012 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.asecma.org/Documentos/Blog/Guia_DAP.pdf
8. Marin D, Castaño J, Carmona H, Villada V, Duque C, Velez J, Buitrago D, Rodriguez M, Montilla C, Sanchez D. Terapia con pregabalina versus bloqueos intervencionistas en dolor neuropático: Un estudio de cohorte. *Rev Peru Investig Salud* [Internet]. 2023 [citado 05 de marzo 2025]; 7(4): 1 - 8. Disponible de: <https://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/1830/1828>

9. Cervantes L. Analgesia multimodal y nivel de satisfacción en manejo de dolor agudo posoperatorio Hospital San José del Callao 2022-2023 [tesis de titulación en Internet]. Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2024 [citado 06 de julio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/13003/cervantes_ll.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Huayanay M, Moreno A, Dayang J, Gilmalca N, Arenas A, Segura P. Manejo del Dolor Postoperatorio de Cesarea: Estudio Observacional en el Instituto nacional Materno Perinatal. Rev Peru Investing Matern Perinat [Internet]. 2021 [citado 05 de marzo 2025]; 11(3): 21 - 26. Disponible de: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/299>
11. Valencia L. Determinar el nivel del manejo enfermero del dolor en pacientes postquirúrgicos por cirugía abdominal en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú, 2021 [tesis de titulación en Internet]. Perú: Universidad (institución que corresponda, si la conoces); 2021 [citado 06 de julio de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/a75f27c9-99cf-440f-9ad6-0872bc1580c2>
12. **Pérez L.** Analgesia postoperatoria personalizada en el manejo del dolor en pacientes quirúrgicos, hospital público de Chachapoyas [Tesis de Maestría]. Chachapoyas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2023. [Consultado el 20 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14077/3327>
13. Achar F, Fortis O, Cruz V, Yañez A, Aguilera Z. Eficacia de distintas combinaciones farmacológicas en bloqueo interescalénico eco-guiado para artroscopia de hombro. Acta Med GA [Internet]. 2025 [citado 05 de marzo 2025]; 23 (1): 18-23. Disponible de: <https://ciencialatina.org/index.php/cien>
14. Garcia V, Chacha U, Zaruma H. Intervención de enfermería en pacientes postquirúrgico de cirugías otorrinolaringológicas ambulatorias. RECIAMUC [Internet]. 2024 [citado 05 de marzo 2025]; 8(2): 303 - 326. Disponible de: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1390>
15. Vázquez C, Rodríguez R. Manejo laparoscópico y farmacológico del dolor de miembro pélvico en pacientes con endometriosis profunda: resultados de una serie de casos. Rev Mex Cir Endoscop [Internet]. 2023 [citado 05 de marzo 2025]; 24(1-4): 16-

20. Disponible de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=114304>
16. Aguilar G, Bermeo J, Aguirre P. Frecuencia del Dolor y Uso de Analgesicos en Pacientes Postquirurgicos en el Area de Cirugia del Hospital Vicente Corral Moscoso [tesis de titulacion en Internet]. Ecuador: Ucuena; 2022 [citado 05 de marzo 2025]. 64p. Disponible de: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/items/790a6ea6-c369-4802-90a5-b77309a6b8ba>
17. Abella P, Arias F, Barsella A, Hernández B, Narazaki D, Salomón P. Control inadecuado del dolor agudo postoperatorio: prevalencia, prevención y consecuencias. Revisión de la situación en Latinoamérica. Rev Mex Anesthesiol. [Internet]. 2021;44(3):190-9. [Consultado el 20 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/99666>
18. Mayo Clinic. Dolor crónico: decidir sobre medicamentos [Internet]. 2024 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/chronic-pain-medication-decisions/art-20360371>
19. Lobato F. Manejo del dolor postoperatorio en cirugía cardíaca [tesis de titulacion en Internet]. España: Universidad de Valladolid; 2025 [citado 05 de marzo 2025]. 39p. Disponible de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/54172/TFG-H2462.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Eurofarma. Analgésicos y antipiréticos: Cómo funcionan y cuándo usarlos [Internet]. 2023 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.eurofarma.com.uy/articulos/analgesicos-y-antipireticos>
21. Condemaita Q, Barona Y, Pilliza P, Sanchez C, Fonseca Ch. Percepción de pacientes hospitalizados en cuanto al manejo del dolor postoperatorio. Redilat [Internet]. 2023 [citado 05 de marzo 2025]; 5(3): 1135. Disponible de: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/1137>
22. Treviño N, Molina NB. Antibióticos: mecanismos de acción y resistencia bacteriana [Internet]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Ciencias Médicas; 2022 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/136280>
23. Werth J. Aminoglucósidos: usos y consideraciones clínicas. Manual MSD versión para público [Internet]. 2024 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/infecciones/antibi%C3%B3ticos/aminogluc%C3%B3sid>

24. MedlinePlus. Analgésicos: MedlinePlus en español [Internet]. 2024 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/painrelievers.htm>
25. Mayo Clinic. Dolor crónico: decidir sobre medicamentos [Internet]. 2024 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/chronic-pain-medication-decisions/art-20360371>
26. Fajardo Z, Caicedo M. Riesgo de la prescripción de opioides para el manejo del dolor. Rev Colomb Enferm [Internet]. 2021 [citado 05 de marzo 2025]; 20(3): 1 - 18. Disponible de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9809561>
27. Iaria. La escalera analgésica de la OMS y los fármacos del dolor [Internet]. 2024 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://1aria.com/entrada/la-escalera-analgésica-de-la-oms-y-los-fármacos-del-dolor>
28. Lorenzo R, Pérez N. La Ética y la Cirugía Plástica [Internet]. Acta Méd del Centro. 2025 [citado 1 de abril de 2025]; 19:e2052. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amdc/v19/2709-7927-amdc-19-e2146.pdf>
29. Pérez C, Gómez A. Analgesia postoperatoria en cirugía abdominal [Internet]. 2023 [citado 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9308503.pdf>
30. Hernández A. Analgesia postoperatoria libre de opioides: ¿En cuáles pacientes? Rev Chil Anest [Internet]. 2024 [citado 1 de abril de 2025]; 53(2): 35-42. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv53n2-10/>
31. González JM, Pérez-Cuadrado E, Sanz L, Pérez-Fernández T, Parrilla P. Nuevas tendencias en el tratamiento del cáncer de esófago. Cir Esp [Internet]. 2009 [citado 1 de abril de 2025];85(6):353-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-nuevas-tendencias-el-tratamiento-del-S0009739X09002978>
32. Carrillo JF, Carrillo LC, Ramírez-Amador V, Sánchez GI, Ochoa-Carrillo FJ, Onate-Ocaña LF. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Cir Cir [Internet]. 2017 [citado 1 de abril de 2025];85(3):201-7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462017000300132&script=sci_arttext
33. Romero-Ruiz MM, Herrero-Climent M, Torres-Lagares D, Gutiérrez-Pérez JL. Protocolo de control del dolor y la inflamación postquirúrgica: Una aproximación racional. RCOE [Internet]. 2006 [citado 1 de abril de 2025];11(2):215-25. Disponible

en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2006000200005&script=sci_arttext

34. Biblioteca Virtual en Salud. DeCS/MeSH Descriptores en Ciencias de la Salud [Internet]. São Paulo: Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud; [citado el 1 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/>
35. Martínez AC. Vista de dolor posquirúrgico, tiempo quirúrgico y manejo del dolor [Internet]. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2024 [citado el 1 de agosto de 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9765
36. Ríos M. Evaluación costo-efectividad de dos esquemas terapéuticos paracetamol/metamizol y paracetamol/tramadol para el manejo del dolor agudo postoperatorio en paciente del servicio de traumatología en la Clínica San Juan de Dios 2021 [Internet]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2023 [citado el 1 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12920/13092>
37. Caballero L. Analgesia postoperatoria personalizada en el manejo del dolor postoperatorio con técnicas de bloqueo [Internet]. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023 [citado el 1 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/5767>
38. García L. Evaluación del uso racional de analgésicos en pacientes post quirúrgicos del área de cirugía del Hospital General Docente de Riobamba [Internet]. Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2021 [citado el 1 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/15416>

ANEXOS:

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema general ¿Cuáles serán los tratamientos farmacológicos empleados para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025?	Objetivo general Determinar los tratamientos farmacológicos empleados para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025.	Hipótesis general No es aplicable para el presente estudio por ser una investigación de alcance descriptivo cuya finalidad es la recogida de información para la caracterización o descripción del fenómeno analizado.	Variable 1: Tratamiento farmacológico Dimensiones: Tratamiento con analgésicos y antipiréticos opiáceos. Tratamiento con analgésicos opiáceos. Tratamiento con coadyuvante	Tipo de investigación: Cuantitativa, básica, descriptiva, transversal, no experimental. Método y diseño de la investigación Método deductivo, diseño no experimental Población y muestra 300 pacientes atendidos por cirugías estéticas. Muestra censal.
Problemas específicos: 1. ¿Cuáles son los analgésicos y antipiréticos no opiáceos empleados para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025?	Objetivos específicos: 1. Identificar los analgésicos y antipiréticos no opiáceos empleados para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025.			
2. ¿Cuáles son los analgésicos opiáceos empleados para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025?	2. Detectar los analgésicos opiáceos empleados para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025.			
3. ¿Cuáles son los coadyuvantes empleados para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025?	3. Hallar los coadyuvantes empleados para el manejo del dolor por cirugía estética en pacientes en una clínica particular de Lima Metropolitana, 2025.			

Anexo 2. Matriz de Operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala (Valores)
Variable 1: Tratamiento Farmacológico	El tratamiento farmacológico consiste en la aplicación de compuestos químicos o biológicos con el fin de prevenir, aliviar, tratar o curar diversas enfermedades o afecciones. Su fundamento radica en la administración de fármacos que generan efectos específicos en el organismo, actuando en diferentes niveles fisiológicos y bioquímicos.	Tratamiento con cualquier sustancia, distinta a los alimentos, que se emplean para diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.	Tratamiento con analgésicos y antipiréticos no opiáceos	- Paracetamol - Antiinflamatorios no esteroideos	Razón	<ul style="list-style-type: none"> - Forma farmacéutica - Concentración - Dosis - Vía de administración - Frecuencia - Reacciones adversas - Tipo de familia - Duración del tratamiento - Número de unidades
			Tratamiento con analgésicos opiáceos	- Naturales - Sintéticos - Semi sintéticos.		
			Tratamiento con coadyuvante	- Antibióticos - Anticoagulantes		

Anexo 4. Validez del instrumento 1



Certificado de validez de instrumento

“TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA MANEJO DEL DOLOR POR CIRUGÍA ESTÉTICA EN PACIENTES EN UNA CLÍNICA PARTICULAR DE LIMA METROPOLITANA, 2025”

N.º	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ⁴	Relevancia ²	Claridad ³	Sugerencias
	Variable 1: Tratamiento Farmacológico				
	DIMENSIÓN 1: Tratamiento con analgésicos no opiáceos	Si No	Si No	Si No	
1	Paracetamol	X	X	X	
2	Antiinflamatorios no esteroideos	X	X	X	
	DIMENSIÓN 2: Tratamiento con analgésicos opiáceos	Si No	Si No	Si No	
3	Naturales	X	X	X	
4	Sintéticos	X	X	X	
5	Semi sintéticos	X	X	X	
	DIMENSIÓN 3: Tratamiento con coadyuvante	Si No	Si No	Si No	
6	Antibióticos	X	X	X	
7	Anticoagulants	X	X	X	

Observaciones: Ninguna

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X)

Aplicable después de corregir ()

No aplicable ()

Apellidos y Nombres del juez validador: Mg/Dr. Jacinto Hervias Pedro

DNI: 09651297

Especialidad del validador: Magister en investigación y docencia superior

PEDRO JACINTO HERVIAS
C.Q.F.P. 171197
DNI: 09651297

Firma del experto Informante

Anexo 5. Validez del instrumento 2



Certificado de validez de instrumento

“TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA MANEJO DEL DOLOR POR CIRUGÍA ESTÉTICA EN PACIENTES EN UNA CLÍNICA PARTICULAR DE LIMA METROPOLITANA, 2025”

N.º	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹	Relevancia ²	Claridad ³	Sugerencias
	Variable 1: Tratamiento Farmacológico				
	DIMENSION 1: Tratamiento con analgésicos no opiáceos	Si No	Si No	Si No	
1	Paracetamol	X	X	X	
2	Antiflamatorios no esteroideos	X	X	X	
	DIMENSIÓN 2: Tratamiento con analgésicos opiáceos	Si No	Si No	Si No	
3	Naturales	X	X	X	
4	Sintéticos	X	X	X	
5	Semi sintéticos	X	X	X	
	DIMENSIÓN 3: Tratamiento con coadyuvante	Si No	Si No	Si No	
6	Antibióticos	X	X	X	
7	Anticoagulants	X	X	X	

Observaciones: Ninguna

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Apellidos y Nombres del juez validador: Mg/Dr. Oscar Bernuy Flores López

DNI: 41196881

Especialidad del validador: Magister en investigación y docencia superior



Mg. Oscar Bernuy Flores López
QUIMICO FARMACEUTICO
C.O.F.P. 18190
DNI: 41196881

Firma del experto Informante

Anexo 6. Validez del instrumento 3



Certificado de validez de instrumento

“TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA MANEJO DEL DOLOR POR CIRUGÍA ESTÉTICA EN PACIENTES EN UNA CLÍNICA PARTICULAR DE LIMA METROPOLITANA, 2025”

<u>N°</u>	DIMENSIONES / Ítems	Pertinencia ¹	Relevancia ²	Claridad ³	Sugerencias
	Variable 1: Tratamiento Farmacológico				
	DIMENSIÓN 1: Tratamiento con analgésicos no opiáceos	Si No	Si No	Si No	
1	Paracetamol	X	X	X	
2	Antiflamatorios no esteroideos	X	X	X	
	DIMENSIÓN 2: Tratamiento con analgésicos opiáceos	Si No	Si No	Si No	
3	Naturales	X	X	X	
4	Sintéticos	X	X	X	
5	Semi sintéticos	X	X	X	
	DIMENSIÓN 3: Tratamiento con coadyuvante	Si No	Si No	Si No	
6	Antibióticos	X	X	X	
7	Anticoagulants	X	X	X	

Observaciones: Ninguna

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Apellidos y Nombres del juez validador: Mg/Dr. Héctor Vilchez Cáceda

DNI: 07534021

Especialidad del validador: Metodología de la Investigación - Microbiología

Mg. HÉCTOR VILCHEZ CÁCEDA
C.Q.F.P. 08970
DNI: 07534021

Firma del experto Informante

Anexo 7. Aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 14 de agosto del 2025.

Autor Responsable:
KELLY DOMINICA SERNA DAZA

Exp. Nº: 2029-2025

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: "TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA EL MANEJO DEL DOLOR POR CIRUGIA ESTETICA EN PACIENTES EN UNA CLÍNICA PARTICULAR DE LIMA METROPOLITANA, 2025" Versión Nro. 1, con fecha 14/08/2025.

El cual tiene como Autor(es) a:

KELLY DOMINICA SERNA DAZA
JENNIFER ROXANA CORNEJO DOROTEO

La **APROBACIÓN** comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La **vigencia** de la aprobación es **24 meses** a partir de la emisión de este documento.
- Toda **enmienda** deberá presentarse al CIEIC-UPNW; el proyecto no podrá ejecutarse sin su aprobación previa.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza** la **aceptación** por parte de las **instituciones** donde pretende ejecutar el trabajo de investigación.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 8. Formato de consentimiento informado

CLINICA DE LA FAMILIA

Lima, 15 de enero del 2025

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica
Universidad Norbert Wiener
Av. Arequipa N°440
Lima.

Presente. –

ASUNTO: Autorización para realizar estudio de investigación en nuestra Institución **CLINICA DE LA FAMILIA – La Molina**

Quien suscribe, Margarita Arrascue Sovero, Director Médico de MD PEDIATRAS S.A.C., RUC 20511328072, propietaria del establecimiento de salud no público denominado MD PEDIATRAS (CLINICA DE LA FAMILIA), ubicado en Jr. las Caobas 152 el Remanso – La Molina, se autoriza a Kelly Dominica Serna Daza y a Jennifer Roxana Cornejo Doroteo, ambas Bachilleres de la EP de Farmacia y Bioquímica, a realizar su estudio de investigación **“TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA MANEJO DEL DOLOR POR CIRUGÍA ESTÉTICA EN PACIENTES EN UNA CLÍNICA PARTICULAR DE LIMA METROPOLITANA, 2025”** para la obtención del título profesional de Químico Farmacéutico.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atte.
Margarita Arrascue Sovero



Dra. Margarita María
Arrascue Sovero
DIRECTOR MÉDICO
CMP: 12379 RNE 4714
Clínica de la Familia

Anexo 9. Reporte de similitud de *Turnitin*

 Página 2 de 80 - Descripción general de integridad Identificador de la entrega: tmi:pid::14912:542315864

32% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Fuentes principales

- 28%  Fuentes de Internet
- 9%  Publicaciones
- 23%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
1180 caracteres sospechosos en N.º de páginas
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

28%		Fuentes de Internet
9%		Publicaciones
23%		Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwliener.edu.pe	9%
2	Internet	revistas.unheval.edu.pe	1%
3	Internet	www.medigraphic.com	<1%
4	Trabajos entregados	uwliener on 2023-05-20	<1%
5	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
6	Internet	pesquisa.bvsalud.org	<1%
7	Internet	renati.sunedu.gob.pe	<1%
8	Trabajos entregados	CONSORCI MAR PARC DE SALUT DE BARCELONA on 2025-03-07	<1%
9	Internet	dspace.espoch.edu.ec	<1%
10	Trabajos entregados	uwliener on 2024-11-12	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Europea de Madrid on 2025-07-07	<1%

12	Trabajos entregados	Universidad Católica de Santa María on 2025-02-21	<1%
13	Internet	hdl.handle.net	<1%
14	Internet	investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe	<1%
15	Internet	repositorio.upla.edu.pe	<1%
16	Internet	repositorio.uss.edu.pe	<1%
17	Internet	dspace.ucuenca.edu.ec	<1%
18	Internet	repositorio.upch.edu.pe	<1%
19	Internet	uvadoc.uva.es	<1%
20	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2024-12-06	<1%
21	Internet	reclamuc.com	<1%
22	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-10-13	<1%
23	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
24	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-01-11	<1%
25	Internet	ciencialatina.org	<1%

26	Internet	manglar.uninorte.edu.co	<1%
27	Trabajos entregados	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2024-06-27	<1%
28	Internet	repositorio.usmp.edu.pe	<1%
29	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-09-05	<1%
30	Internet	ldoc.pub	<1%
31	Internet	repositorio.uroosevelt.edu.pe	<1%
32	Trabajos entregados	Universidad Católica San Antonio de Murcia on 2024-05-02	<1%
33	Trabajos entregados	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2024-06-19	<1%
34	Publicación	R. González Cortés, A. Bustinza Arriortua, M. Pons Ódena, M.A. García Teresa et al...	<1%
35	Trabajos entregados	uwienner on 2024-09-09	<1%
36	Trabajos entregados	uwienner on 2023-02-26	<1%
37	Internet	repositorio.unc.edu.pe	<1%
38	Internet	repositorio.upt.edu.pe	<1%
39	Internet	www.joralres.com	<1%



40	Internet	odontosantiago.sld.cu	<1%
41	Internet	repositorio.ucsm.edu.pe	<1%
42	Internet	www.msmanuals.com	<1%
43	Trabajos entregados	Universidad Católica de Santa María on 2025-10-27	<1%
44	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-12-12	<1%
45	Internet	doaj.org	<1%
46	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-07-07	<1%
47	Internet	onlinelibrary.wiley.com	<1%
48	Internet	repositorio.uladech.edu.pe	<1%
49	Trabajos entregados	Universidad Europea de Madrid on 2024-05-10	<1%
50	Internet	repositorio.uia.ac.cr:8080	<1%
51	Trabajos entregados	Corporación Universitaria Remington on 2015-08-06	<1%
52	Internet	Huayanay Bernabe, Marleny Elizabeth, Moreno Gonzales, Alvaro Renato et al. "M..."	<1%
53	Internet	prezi.com	<1%



54	Trabajos entregados	uwlener on 2023-02-19	<1%
55	Internet	www.cochrane.org	<1%
56	Trabajos entregados	Infile on 2025-03-19	<1%
57	Trabajos entregados	Universidad Continental on 2025-12-02	<1%
58	Internet	dokumen.pub	<1%
59	Internet	oceanica.com.mx	<1%
60	Internet	www.researchgate.net	<1%
61	Trabajos entregados	Universidad Católica San Antonio de Murcia on 2025-05-04	<1%
62	Internet	dialnet.unirioja.es	<1%
63	Internet	livrosdeamor.com.br	<1%
64	Trabajos entregados	uwlener on 2023-01-18	<1%
65	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-10-25	<1%
66	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-06-14	<1%
67	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-07-04	<1%

Anexo 10. Evidencias *fotográficas*



Recolección de datos de las historias clínicas, lado izquierdo Br. Kelly Serna y al lado derecho Br. Jenifer Cornejo. En la segunda fotografía del lado derecho nos encontramos con la Q.F. María Pumasupa quien nos apoyó con la investigación en la clínica.



En esta fotografía se muestra el exterior del establecimiento donde realizamos el estudio.