

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN
PACIENTES POSOPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO
ESSALUD 2016-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRÚRGICOS**

SONIA DANIELA BACA DORADO

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ MORALES PRESIDENTA
- MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES SECRETARIO
- MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA VOCAL

ASESORA: MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 235

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 15/04/2018

Resolución Decanato N° 937-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1. Descripción de la Situación Problemática	3
1.2. Objetivo	5
1.3. Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Marco Conceptual o Referencial o Teórico	12
2.3. Definiciones de Términos	35
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	39
3.1 Recolección de Datos	39
3.3. Procesos realizados en el tema	41
3.3.1. Durante la entrega de turno	41
3.3.2. Durante las reuniones de servicio	41
3.3.3. Elaboración de mejoras en la atención	41
IV. RESULTADOS	42
V. CONCLUSIONES	48
VI. RECOMENDACIONES	49
VII. REFERENCIALES	50
ANEXOS	53

INTRODUCCIÓN

El dolor postoperatorio forma parte del dolor agudo, de gran repercusión en el área de la salud, pues afecta a pacientes e involucra para su manejo al personal médico, enfermería e incluso a los familiares, el dolor postoperatorio al ser mal controlado puede tener consecuencias a nivel cardiovascular, respiratorio, gastrointestinales, genitourinario, hemostáticas, endocrinas metabólicas, osteoarticular, así como puede afectar a nivel psicosocial y a nivel económico del individuo, siendo uno de los retos más importantes que permanecen sin resolverse en el ámbito quirúrgico, lo que motiva un fuerte impacto en los pacientes y en el sistema sanitario en conjunto.

El manejo correcto del dolor es importantes y está estrechamente relacionado al accionar del personal de enfermería, es así que el proceso de atención de enfermería en el cuidado del paciente postquirúrgico es la parte primordial por lo cual se define al proceso de enfermería como un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados, la valoración del dolor se deberá realizar con un método tomando en cuenta con el desarrollo cognitivo, edad, condición física, estado emocional y situación cultural del paciente, con actitud comprensiva y comunicativa así mismo debe de ser frecuente, simple y cuantificada, dando un valor a la intensidad del dolor.

En el presente informe detallo mi experiencia profesional en cuanto al manejo del dolor en paciente postoperatorio, lo cual consta de siguiente esquema: Capítulo I Describe del planteamiento del problema; Capítulo II Marco Teórico; Capítulo III Experiencia Profesional; Capítulo IV Resultados; Capítulo V conclusiones; Capítulo VI Recomendaciones; Capítulo VII Referenciales.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la Situación Problemática

A pesar de reconocer el dolor como un problema de salud pública por su alta prevalencia, en muchos hospitales no se cuenta con protocolos de atención para el manejo del dolor postoperatorio. La existencia de procesos estandarizados de cuidado permite eliminar la variabilidad en el manejo que reciben los pacientes en esta etapa, además, favorece la inclusión de aspectos como la orientación que recibe el paciente en el preoperatorio y postoperatorio respecto al manejo del dolor y la participación que se espera de él.

El dolor postoperatorio es un problema latente e inherente en una intervención quirúrgica; por ello, se debe reconocer que es de especial consideración para enfermería por ser quienes están en constante interacción con el paciente desde su ingreso hasta el último momento de alta en el hospital. Por lo que, la labor de enfermería en esta área es de sumo interés, ya que todas sus acciones van orientadas no solo hacia la recuperación adecuada y espontánea de todas las funciones fisiológicas, sino de cada una de las esferas del paciente como ser humano.

El manejo del dolor debe ser considerado en la atención del paciente, debido a que existe una relación directa entre la educación proporcionada al paciente y el establecimiento de objetivos para aliviar el dolor con la satisfacción con el manejo efectivo del dolor, pese a contar con innovaciones farmacológicas no se puede afirmar tener un control satisfactorio del dolor posoperatorio, debido a que estos pacientes se tratan de forma inadecuada, por lo que experimentan un sufrimiento injustificado, que incrementa notablemente el riesgo de aparición de complicaciones postoperatorias.

Reportes internacionales indican que el dolor postoperatorio se presenta en más del 70% de los pacientes. En pacientes hospitalizados, la prevalencia de dolor se ha estimado en un 61,4%, los pacientes postquirúrgicos tenían más prevalencia de dolor que los no quirúrgicos, aunque la intensidad se mantenía en niveles de dolor moderados. (1) En los pacientes post-operados inmediatos se estima que el 5% tiene dolor leve, 20% tiene dolor moderado y entre el 25% al 40% padecen dolor severo. (2)

En Latinoamérica no se da la importancia debida al dolor post operatorio por lo cual está siendo inadecuadamente tratado se mantiene entre dolor moderado (44.4%) y dolor severo (57.6%) durante las primeras 24 horas, a esto contribuye diversos factores como: la escasa aplicación de métodos de valoración del dolor ,la falta de medicación en las áreas hospitalarias , el uso inadecuado de protocolos el cual causa que el personal cometa errores a tratar de controlar el dolor, además que en el control del dolor se aplique solo tratamiento farmacológico, el médico realiza sus prescripciones y la enfermera se responsabiliza de la administración con apego a la indicación sin antes valorar si el analgésico indicado corresponde a las demandas del paciente. (3)

En la atención de enfermería a pacientes hospitalizados, el dolor, al igual que el resto de las experiencias emocionales (angustia, sufrimiento), es algo que evidencia el propio paciente de forma subjetiva; es decir, que sólo la persona que lo padece sabe lo que es y dónde le duele. De este modo, la medición del dolor se convierte en un proceso arbitrario y es considerado una de las actividades sanitarias más difíciles de evaluar. Es por ello, que la valoración clínica del mismo va encaminada a cuantificar objetivamente lo que subjetivamente el paciente nos refiere sobre ello.

Hay estudios que demuestran la importancia de la intervención de enfermería en el manejo del dolor, como Castillo Bueno y colegas, quienes señalan que se ha demostrado la efectividad de las intervenciones de enfermería en la mejoría del dolor sin sopesar un tipo de tratamiento sobre otro. (4)

En el hospital Adolfo Guevara se presentan debilidades en cuanto al manejo del dolor, debido a los cuidados brindados por varios colegas quienes limitan su actuar al manejo farmacológico, y no un cuidado humanizado.

Por ello, el actuar como profesionales enfermeros en los cuidados que se brindan para el manejo del dolor, no debe estar enfocado solo en administrar un tratamiento farmacológico de manera mecánica sino más bien otorgar al paciente un cuidado integral, donde verdaderamente se demuestre que se le está atendiendo de forma holística y respetando sus derechos como paciente, aplicando estrategias alternativas para el manejo del dolor que sean propias de enfermería.

La medición de la intensidad del dolor y su relación con la satisfacción del paciente, en un ámbito hospitalario es relevante debido a que permite identificar los aspectos que deben ser considerados en el desarrollo de intervenciones dirigidas a incrementar la satisfacción de los usuarios, en un contexto donde la demanda depende en gran medida, de la percepción que se tiene de los servicios de salud que se les proporciona.

1.2. Objetivo

Describir la experiencia profesional e intervención de la enfermera en el manejo del dolor de los pacientes posoperados del servicio de cirugía del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco – EsSalud 2016-2017.

1.3. Justificación

Actualmente el MINSA como ente rector refiere dentro de los lineamientos de políticas de salud de brindar cuidados de calidad a todos los pacientes.

Según la Organización Mundial de la Salud el dolor posoperatorio llega a causar en un 70% complicaciones cardiovasculares, motivo por el cual el accionar de enfermería es de gran importancia en la recuperación del paciente postquirúrgico.

Es de interés realizar este trabajo de investigación porque las intervenciones de enfermería en el manejo del dolor post quirúrgico ayudan a la rápida recuperación de las pacientes además las enfermeras son las primeras en evaluar y valorar el dolor de estas. Esto las convierte en traductoras de la experiencia dolorosa por la que atraviesan las pacientes por lo cual debe ser prioritario que las enfermeras cuenten con conocimientos actualizados para valoración y manejo adecuado de aquellas pacientes que presentan dolor.

Los profesionales de enfermería marcan una etapa crucial para el desarrollo de la profesión, pues con el desarrollo de la tecnología y la ciencia se está dejando de lado un aspecto muy importante que es parte fundamental de enfermería, esto es el compromiso con la humanización del cuidado. Por este motivo, el tema del presente trabajo está íntimamente relacionado al cuidado humanizado, ya que parte de la intervención enfermera al brindar cuidado es combatir el dolor de la mejor manera, demostrando su interés por "el otro", por ello el presente trabajo establecerá una pauta más para fortalecer la esencia de la profesión que es el "cuidado". Y con esto, favorecer la reflexión de los enfermeros, quienes están sujetos al manejo del dolor de los pacientes y difundir la necesidad de implementar nuevas estrategias para el abordaje del dolor y

el empoderamiento de esta área, ya que es parte de la intervención enfermera. Recordando a los enfermeros la importancia de la consideración del dolor ajeno, y con esto la relevancia que tiene el manejo del dolor brindado un cuidado integral a todo tipo de pacientes.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

RUBIN, Alejandro y PARRA de la Cruz. (2011), **“Documentación de enfermería sobre valoración y manejo del dolor en pacientes post-operados hospitalizados”**. México. El objetivo de su investigación fue describir los cuidados de pacientes que manifiestan dolor, en la cual concluye: que de acuerdo con la documentación de enfermería más de la mitad de los pacientes presentan dolor durante las primeras 24 horas postoperatorias. En relación con la documentación de la valoración del dolor, los resultados mejoraron de forma significativa en la post-intervención, excepto en el registro de la intensidad a pesar de haber presentado un aumento en proporción este no fue significativo. Con respecto a la documentación del manejo del dolor también se reportó una mejora de forma significativa en la post-intervención. Al obtener el índice de manejo del dolor en el postoperatorio, aproximadamente tres cuartas partes de los participantes presentaron un manejo adecuado del dolor, de acuerdo con la documentación de enfermería, y este presentó una diferencia significativa con predominio en la post-intervención. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa y se concluye que el programa de capacitación para el personal de enfermería centrado en la intervención educativa para el registro de la valoración y manejo del dolor tuvo un impacto positivo en el nivel de documentación de enfermería sobre la valoración y el manejo del dolor del paciente posoperatorio hospitalizado.

(5)

PÉREZ, Sandra. (2013) **“Proceso estandarizado de atención de enfermería en el manejo del dolor del paciente postoperatorio del centro quirúrgico del Hospital básico Píllaro”**. Ecuador. Quien describen el proceso estandarizado de la atención de enfermería en el manejo del dolor y concluye que la cirugía que más prevalece es las cesáreas con un 20%, seguido de hernio plastias con un 15%. Se observa que el mes que mayor afluencia de pacientes se tiene en febrero con un 31%, seguido de enero y marzo con el 24%, junio con un 19%. El 100% de las enfermeras manifiesta que lo único que realiza es la administración de medicamentos, w insisten en la necesidad de contar con los instrumentos necesarios. Se visualiza un desconocimiento de instrumentos y escalas en el manejo del dolor. En la historia clínica no se registra el cumplimiento de los procedimientos del manejo del dolor, por lo que no existe una consistencia entre lo que responden y lo que se observa. No existe una guía para el manejo adecuado del dolor por parte de la enfermera. (6)

VELÁSQUEZ De Los Ríos, Sandra Milena. (2015) **“Manejo no farmacológico del dolor en pacientes en posoperatorio de revascularización miocárdica en UCI”**. Colombia. Cuyo objetivo fue describir el manejo farmacológico en el dolor, concluye que las técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor en pacientes en posoperatorio de revascularización miocárdica, si son utilizadas por el 63.33% de los profesionales de enfermería pero no siempre con fines analgésicos, las utilizan a pesar que el 60 % de los profesionales de enfermería, refiere no haber tenido educación acerca del dolor y su manejo no farmacológico, estos profesionales realizan la aplicación de las técnicas de acuerdo al conocimiento que han adquirido durante la trayectoria y experiencia profesional. En el manejo del dolor que le dan los profesionales de enfermería a los pacientes en PORVM, se evidencia la utilización de técnicas no farmacológicas como lo son los masajes, las técnicas de calor

y hielo, la musicoterapia, el placebo, la respiración y la relajación, se evidencio además la utilización de técnicas diferentes como el reiki y la información que al final tiene en el paciente un efecto placebo, el cual se entiende como una autentica respuesta fisiológica con producción de endorfinas en el sistema de control descendente en respuesta a los estímulos físicos y psicológicos. La utilización de las técnicas no farmacológicas por parte de los profesionales de enfermería para el manejo del dolor en pacientes en PORVM, no se encuentra estandarizada en las UCI donde se aplicó el cuestionario, de tal suerte que la utilización de las técnicas y las características de aplicación de las mismas, se encuentra condicionada por el conocimiento que los enfermeros tienen de las técnicas, ya que cada uno las maneja y las aplica, según su formación y experiencia, lo que genera una diferencia grande no solo en el proceso de utilización sino también en los resultados obtenidos con la aplicación de las técnicas y obviamente entre la percepción de los pacientes y enfermeros acerca del manejo no farmacológico del dolor en la UCI. (7)

SÁNCHEZ Rodríguez Loreto. (2014), **“Manejo del dolor postoperatorio con técnicas analgésicas”**. España, en su investigación, concluye que el dolor postoperatorio es un diagnóstico común de enfermería que padecen los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, según la literatura está infravalorado e infratratado. Disponemos de diferentes escalas para la valoración del dolor, las más conocidas y utilizadas son: escala verbal simple, escala numérica, escala EVA, escala expresión facial y escala multidimensional Mc Gill. La enfermera debe tener la capacidad para evaluar y de forma correcta el dolor postoperatorio, y saber elegir entre las diferentes escalas disponibles la que mejor se adapte para realizar la valoración de nuestro paciente. Dependiendo del tipo de intervención y los requerimientos analgésicos del paciente disponemos de una extensa gama de fármacos entre los que se encuentran: Opioides menores; y mayores, AINEs y Analgésicos locales

de vida media y de vida larga. Se ha realizado un proceso enfermero a una paciente intervenida de fractura cúbito proximal y fractura luxación cabeza radial de codo derecho se han seleccionado diversos diagnósticos de enfermería y tras aplicar la red de razonamiento clínico se ha seleccionado como diagnostico enfermero principal (00132) Dolor agudo R/C agentes lesivos (físicos y psicológicos) M/P observación de evidencias de dolor, expresa dolor, por si incidencia y repercusión en el resto de diagnósticos y tras realizar la misma red de razonamiento para las complicaciones potenciales se ha seleccionado infección como la complicación principal. (8)

Antecedentes Nacionales

AHUANARI Ramirez Ada Nisi. **“Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima, 2016”**. Perú 2016, concluye que las características de la intervención enfermera en el manejo farmacológico del dolor mostraron que enfatizan en su mayoría en la administración de medicamentos, en menor porcentaje está presente la evaluación de resultados de los medicamentos para el dolor y menos de la mitad realiza la valoración del paciente. Específicamente, las acciones más realizadas son las correspondientes al uso de los 5 correctos (paciente, medicamento, vía, dosis, hora); se efectúa la monitorización de signos vitales postanalgesia; sin hacer énfasis en el examen físico, información al paciente, uso de escalas para la valoración del paciente. Las características de la intervención enfermera en el manejo no farmacológico del dolor indicaron que las estrategias menos usadas fueron “Estimulación cutánea”, “Estrategias cognitivo-conductuales”, “Interés sincero” y “Uso de métodos de distracción”, respectivamente en ese orden. Por otro lado, las más usadas fueron “Proporcionar una

atmósfera adecuada”, “Ayudar a adoptar posiciones antiálgicas” y “Escucha activa”, respectivamente en ese orden. (9)

2.2. Marco Conceptual o Referencial o Teórico

El dolor se ha convertido en el quinto signo vital y es hoy día un tema crítico en la atención del paciente. El dolor es un complejo fenómeno de respuestas neuro funcionales y subjetivas e individuales a un estímulo, en donde influyen factores emocionales, personalidad, aspectos socioculturales, así como la experiencia previa del paciente al dolor. (10)

El dolor postoperatorio fue señalado por la American Association of Anesthesiologist (ASA) en 1995, como la sensación que esta presenta en el paciente quirúrgico debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y sus complicaciones, o una combinación de ambas. (11) Del mismo modo la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor IASP lo define como Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial y descrita en términos de dicho daño. (12)

El dolor postoperatorio es la queja más frecuente de los pacientes que han sufrido una intervención quirúrgica. La mayor parte de los pacientes refiere esa circunstancia desfavorable, en la unidad de recuperación post anestesia. El dolor postoperatorio no es el resultado “obligado” de una intervención, sino de una insuficiente analgesia. (13)

Actualmente la incidencia del dolor postoperatorio sigue siendo elevada, entre el 46 y 53% y se sigue tratando de forma inadecuada debido, entre otras causas, a un deficiente uso de analgésicos como los opiáceos, por desconocimiento de sus características farmacológicas, miedo a efectos tales como la depresión respiratoria y empleo de pautas de tratamiento

insuficientes como la analgesia "a demanda", y /o vías de administración inadecuadas. (8)

El control analgésico postoperatorio es fundamental no solo para un mejor confort del paciente, sino para favorecer la recuperación funcional y el alta hospitalaria de forma más rápida y adecuada. Una analgesia postoperatoria de calidad se basa actualmente en unos principios básicos, como son: seguimiento sistemático y regular del dolor, algoritmos de administración de analgésicos en función de la intensidad del dolor. (14)

2.2.1 Factores que influyen en el dolor postoperatorio

Existen factores que pueden influir en la intensidad, calidad y duración del dolor postoperatorio. Los más importantes son:

- Localización, naturaleza y duración de la cirugía.
- Tipo y magnitud de la incisión y otros traumatismos quirúrgicos.
- Contexto fisiológico y psicológico del paciente.
- Preparación preparatoria, psicológica, fisiológica y farmacológica del paciente.
- Presencia de complicaciones relacionada con la cirugía.
- Tratamiento anestésico antes, durante y después de la cirugía.
- Calidad de la atención postoperatoria, el rol de enfermería es crítico para lograr con éxito el tratamiento del dolor postoperatorio.
- Tratamiento preoperatorio para suprimir los estímulos dolorosos antes de la cirugía. (analgesia preventiva) (8)

El tipo de cirugía es el principal determinante de la intensidad del dolor, especialmente debido al tipo de incisión, naturaleza y duración de la intervención. La cirugía abierta de abdomen superior, tórax y articulaciones mayores, especialmente rodilla y hombro, son las que producen dolor de intensidad elevada. La introducción de técnicas

endoscópicas para muchos de estos procedimientos ha disminuido notablemente el dolor. La cirugía de hemiabdomen inferior, columna, región lumbar, articulaciones de los pies y la cadera, producen un dolor moderado o alto y la cirugía de cabeza y cuello lo producen de leve a moderado. (11)

2.2.2 Fisiopatología del dolor postoperatorio

El estudio de la neurofisiología del dolor ha producido un importante avance en el conocimiento del mecanismo de producción del estímulo doloroso en el periodo perioperatorio, describiendo un sistema dinámico donde tienen cabida múltiples aferencias nociceptivas junto con otros estímulos moduladores descendentes.

La incisión quirúrgica es un desencadenante de profundas respuestas de carácter inflamatorio y del sistema simpático, que condiciona un primer estadio de sensibilización periférica que al mantenerse en el tiempo amplifica la transmisión del estímulo hasta condicionar un segundo estadio de sensibilización central. Como consecuencia conlleva un aumento de la liberación de catecolaminas y del consumo de oxígeno, un aumento de la actividad neuroendocrina que se traduce en una hiperactividad en muchos órganos y sistemas.

Esto se traduce en complicaciones de tipo cardiovasculares, pulmonares, endocrino metabólicas, gastrointestinales, inmunológicas y psicológicas. Existe una relación directa entre procesos con un grado severo de dolor postquirúrgico y el porcentaje de aparición de dolor crónico. (15)

2.2.3 Tipos de dolor

- Dolor cutáneo y dolor somático profundo:

El dolor cutáneo se origina en estructuras superficiales, como la piel y el tejido adiposo subcutáneo. Un corte de un dedo provocado por el filo de una hoja de papel representa un ejemplo de dolor superficial, o cutáneo, localizado.

El dolor somático profundo se origina en estructuras profundas del cuerpo, como el periostio, los músculos, los tendones, las articulaciones y los vasos sanguíneos. Es un dolor más difuso que el cutáneo y puede ser evocado por diversos estímulos, como una presión firme ejercida sobre un hueso, la isquemia muscular o una lesión tisular.

- Dolor visceral:

También denominado esplácnico, se origina en una víscera y es uno de los tipos de dolor que con mayor frecuencia se asocian con enfermedad. Aunque en muchos aspectos es similar al dolor somático, los mecanismos neurológicos subyacentes y la percepción del dolor visceral difieren de los del somático.

- Dolor referido:

El dolor originado en vísceras abdominales o torácicas es difuso y mal localizado y a menudo se percibe en un sitio muy alejado de la región afectada. Puede manifestarse en forma aislada o simultáneamente con el dolor localizado en el sitio del estímulo nociceptivo original.

- Dolor agudo y crónico:

El dolor agudo por lo general se clasifica como un dolor que dura menos de 6 meses. Este límite, un tanto arbitrario, deriva del concepto de que el dolor agudo sería consecuencia de una agresión tisular, como la asociada

con un traumatismo o una intervención quirúrgica; en general, es autolimitado y finaliza con la curación de tejidos dañados.

El dolor no tratado puede conducir a respuestas fisiológicas que alteran la circulación y el metabolismo tisular, y provocar manifestaciones físicas, como taquicardia, que reflejan un aumento de la actividad simpática.

El dolor crónico se ha definido como aquel que persiste durante 6 meses o más.

El dolor crónico es variable y abarca un espectro que comprende un dolor sumamente intenso y continuo, o un dolor relativamente constante, con periodos de intensificación o sin ellos. (9)

2.2.4 Mecanismos del dolor postoperatorio agudo:

La aparición de este tipo de dolor es inmediata en relación con la injuria y su tiempo de duración es relativamente corto, ya que puede durar solo minutos o también meses. La razón de estas diferencias se debe a la evolución normal de la circunstancia de cada paciente y al tratamiento que recibe centrado en su etiología.

- Después de una cirugía los pacientes experimentan dolor ocasionado por daño a diferentes tejidos.
- Los tejidos que se lesionan frecuentemente incluyen la piel, los músculos, los huesos, los tendones, los ligamentos y las vísceras.
- Los síntomas varían según el tipo de tejido lesionado y la extensión de la lesión.
- Las vías sensoriales para el dolor provocado por daño tisular transmiten información desde el tejido dañado al sistema nervioso central (nocicepción).
- El dolor nociceptivo va acompañado de mecanismos de dolor inflamatorio, visceral y neuropático.

- La sensibilización de las estructuras neurales periféricas y centrales amplifica y mantiene el dolor postoperatorio.
- En el caso del dolor postoperatorio, que es un tipo especial de dolor agudo, se trata de un dolor iatrógeno cuyo control inadecuado conduce a reacciones fisiopatológicas y psicológicas anormales causantes de complicaciones no infrecuentes. (16)

2.2.5 Repercusiones del dolor postoperatorio

- **Complicaciones Respiratorias**

El deterioro de la función respiratoria es una de las complicaciones más importantes que acontecen tras la cirugía en el periodo postoperatorio inmediato, con una incidencia que oscila entre el 5 y el 25%.

Cuando la intervención afecta a la región torácica o al hemiabdomen superior su incidencia oscila entre el 6 y el 65%. Se ha estimado que las complicaciones respiratorias son causa del 25% de la mortalidad postoperatoria. Éstas se manifiestan por la presencia de cambios radiológicos como atelectasias, neumonía y derrame, así como de signos físicos evidentes: taquipnea, tos, expectoración, fiebre y/o cianosis. Los principales factores implicados en el desarrollo de complicaciones pulmonares postoperatorias son la edad, tabaquismo, estado nutritivo, patología asociada, tipo de cirugía.

El dolor postoperatorio contribuye al provocar una inhibición voluntaria de la tos y la respiración profunda. La consecuencia de todas estas circunstancias, modificaciones fisiopatológicas y/o complicaciones respiratorias, es una alteración de la relación ventilación/ perfusión con la producción de una derivación intrapulmonar y determinando la aparición de hipoxemia en el periodo postoperatorio.

Para prevenir las complicaciones pulmonares se han utilizado numerosos métodos entre los que destacan la fisioterapia respiratoria y la aplicación de mascarillas con presión positiva en la vía aérea, sin conseguir una disminución en la incidencia de las atelectasias postoperatorias.

- **Complicaciones Cardiocirculatorias**

Éstas se producen como consecuencia de la liberación de catecolaminas por la hiperactividad simpática que comporta la existencia de dolor.

Tiene lugar un aumento de la frecuencia cardiaca y de las resistencias vasculares periféricas con el consiguiente incremento de la presión arterial media, del índice cardiaco y del consumo de oxígeno por parte del miocardio. Los trastornos vasculares periféricos secundarios a la inmovilidad del paciente por el dolor, y el vasoespasmo reactivo, contribuyen al empeoramiento de la circulación periférica, aumentando el riesgo de trombosis venosa profunda y por consiguiente de tromboembolismo. Los pacientes con bloqueos epidurales torácicos presentan menos dolor, menor consumo de oxígeno y menor incidencia de signos electrocardiográficos sugestivos de isquemia miocárdica.

- **Complicaciones Endocrino – Metabólicas**

La agresión quirúrgica provoca una respuesta endocrino-metabólica, siendo el dolor postoperatorio uno de los factores implicados en la producción de dicha respuesta, consecuencia de la activación del sistema simpático y estimulación del eje endocrino hipotálamo-hipofisario-suprarrenal. Esta estimulación se traduce en un aumento de la secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), hormonas de la hipófisis anterior (ACTH, GH, FSH, LH, PRL), de la hipófisis posterior (oxitocina y ADH), péptido natriurético atrial y beta-endorfinas. La estimulación hipotalámica comporta a su vez un aumento de la agregación plaquetaria

y de la coagulación, favoreciendo así la aparición de flebotrombosis y trastornos vasculares locales. Esto se acompaña de un incremento en la liberación periférica de cortisol, aldosterona y glucagón. La insulina, testosterona y tiroxina parecen estar disminuidas en el período postoperatorio.

- **Complicaciones Psicológicas**

La participación psicológica en la percepción del dolor, así como las reacciones de tipo psicológico ante el dolor se muestran evidentes. Es incuestionable el impacto emocional del dolor, pero no se puede diferenciar del que comporta por sí misma la intervención quirúrgica y las circunstancias acompañantes (personalidad de base, ingreso en un hospital, necesidad con que el paciente subjetiva su tratamiento, la importancia del acto quirúrgico y sus características, temor al dolor postoperatorio, etc.). En cuanto a las reacciones de tipo psicológico ante el dolor, éstas se corresponden con emociones tales como la angustia, miedo, depresión y aprensión, siendo resultado de una respuesta cortical al dolor.

La intensidad del dolor aumenta el estrés ocasionado por este cúmulo de circunstancias adversas pudiendo dar lugar a insomnio y trastornos de la conducta manifestándose en actitudes de rechazo frente al entorno (personal facultativo y de enfermería, familiares), incluso desencadenando situaciones de agresividad y agitación en ciertos pacientes, sobre todo en los más jóvenes. (8)

- **Implicaciones Económicas y Sociales**

Otras consecuencias del DAP conciernen a la calidad asistencia y los costes derivados. Desde un punto de vista económico, se asocia con un aumento de la estancia hospitalaria y de los ingresos inesperados. Si el

proceso se complica con la aparición de un síndrome de dolor crónico postoperatorio, los costes generados en el futuro serán muy elevados, especialmente si el paciente es joven por razones obvias de esperanza de vida.

Al mismo tiempo, la presencia de DAP agrava el deterioro funcional, limita la realización de las actividades diarias, la movilización y la capacidad de participar en la rehabilitación postoperatoria, retrasando el retorno a la vida laboral, lo que representa un incremento de los costes indirectos. Finalmente, también supone un aumento de las cargas a la familia y de las consultas realizadas a los médicos de Atención Primaria. (17)

2.2.6 Tratamiento del dolor postoperatorio

Es indudable el beneficio que se obtiene con el tratamiento del dolor postoperatorio. Se afirma que, con la apropiada prevención y el adecuado tratamiento de los síntomas postoperatorios, se podría disminuir en un 9,6% la duración media de la estancia postoperatoria tras la anestesia general.

a. Tratamiento Farmacológico

Las distintas modalidades de tratamiento farmacológico del dolor postoperatorio actualmente disponibles incluyen analgésicos por vía intramuscular, subcutánea, intravenosa, oral, rectal y transdérmica, perfusión continua y administración controlada por el paciente de opioides y/o AINEs, y bolos intermitentes y/o perfusión continua de opioides intratecales. (18)

Aines

- Reducción de la activación y sensibilización de los nociceptores periféricos.
- Atenuación de la respuesta inflamatoria.
- No creación de dependencia ni adicción.
- No producción de depresión respiratoria.
- Menor incidencia de íleo paralítico, náuseas y vómitos que los opioides.
- Menor variabilidad de dosis que los opioides.
- Analgesia preventiva (por disminución de la sensibilización neuronal).
- Tratamiento profiláctico del dolor postoperatorio.

Opiodes

Su utilización de forma parenteral en el dolor moderado a severo consigue un buen efecto analgésico en un corto espacio de tiempo, siendo preferible la vía intravenosa a la intramuscular por su mayor biodisponibilidad.

La vía oral con fármacos de liberación sostenida está demostrando también su utilidad en este campo. (15)

Las distintas modalidades de tratamiento farmacológico del dolor postoperatorio actualmente disponibles incluyen analgésicos por vía intramuscular, subcutánea, intravenosa, oral, rectal y transdérmica, perfusión continua y administración controlada por el paciente de opioides y/o AINEs, y bolos intermitentes y/o perfusión continua de opioides intratecales. (18)

b. Tratamiento No Farmacológico

Las terapias no farmacológicas juegan también un papel importante en el tratamiento del dolor, en particular del dolor crónico, estas son las siguientes:

Fisioterapia

El masaje, la crioterapia (tratamiento con frío) o la termoterapia (tratamiento con calor) son especialmente utilizados para el tratamiento del dolor musculoesquelético.

Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)

La TENS es un procedimiento de estimulación para activar los sistemas de inhibición del dolor endógeno a nivel raquídeo y suprarraquídeo.

En este procedimiento se aplican electrodos a la piel en la región dolorida, en zonas adyacentes directas o también sobre puntos reflexógenos o puntos de acupuntura y se aplica una frecuencia especial que generalmente depende de la naturaleza del dolor.

c. Tratamiento psicológico

El hecho de que la administración de placebo reduzca significativamente el dolor hasta en un 20% demuestra que el componente psíquico tiene un gran efecto sobre la percepción del dolor.

El tratamiento psicológico de los pacientes con dolor está indicado especialmente en el dolor crónico e incluye, por ejemplo, el entrenamiento en relajación, la hipnosis, el tratamiento conductual y la psicoterapia. (9)

2.2.7 Evaluación y Valoración del Dolor

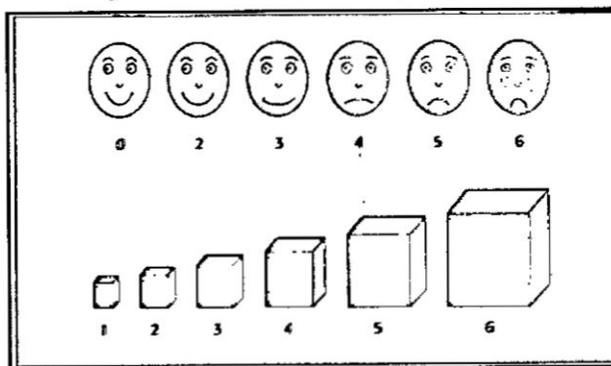
Para la valoración del dolor se utilizan diferentes escalas, las cuales se clasifican en unidimensionales y multidimensionales. Algunas de ellas son:

a. Escalas unidimensionales:

Valoran el dolor de menor a mayor y se le pide al paciente que exprese la intensidad de su dolor mediante un sistema convencional desde el dolor más leve hasta el dolor más intenso posible.

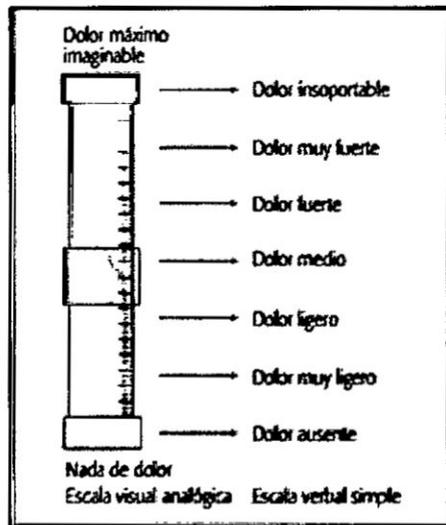
- **Escala de dolor "caras":** Instrumento que consta de seis (13) caras, que van desde bienestar hasta angustia obvia, y se le pide al paciente que señale la cara que ilustra con mayor precisión el dolor que siente.

Figura 1: Escala de expresión facial



- **Escala visual analógica (EVA):** El método subjetivo más empleado por tener una mayor sensibilidad de medición no emplea números ni palabras descriptivas. Consiste en una línea de 10 cm de longitud, en los extremos se señala el nivel de dolor mínimo y máximo y el paciente marca según su dolor con la cual se puede clasificar el dolor en leve moderado y severo.

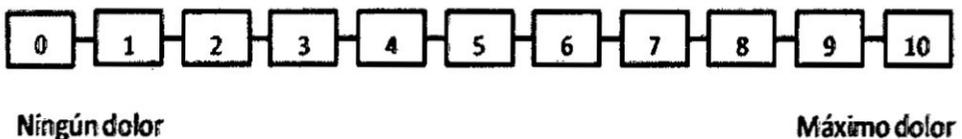
Figura 2: Escalas de dolor



- Escalas numéricas.

Creada en 1978 por Downie, consiste en interrogar al paciente acerca de su dolor diciéndole que evalúe su dolor siendo 0 “no dolor” y 10 el “máximo dolor imaginable” y nos dé un número con el que relacione su intensidad. En dicha escala el paciente debe optar por un número entre el 0 y el 10 que refleje la intensidad de su dolor; todos los números aparecen encasillados, de manera que lo que deberá hacer es marcar una “X” la casilla que contiene el número elegido

Figura 3: Escala numérica del dolor



b. Escalas multidimensionales

Realizan una evaluación cualitativa de la experiencia dolorosa y son:

- **Cuestionario de Mc Gill - Melzack (MPQ, Mc Gill Pain a Questionnaire):** Desarrollado por Melzack y Casey en 1975, y está basado en la teoría de la compuerta formulada por Melzack y Wall en 1965. La versión en español consta de 62 adjetivos, que permiten obtener la valoración sensorial, afectiva del dolor evaluativa y la valoración total del dolor donde se incluye la dimensión de miscelánea asignando valor 1 al de menor intensidad y 2 al termino siguiente y así sucesivamente.

- **Test de Latineen:** Es un test muy usado por su simple lenguaje y su fácil comprensión y realización. Presenta 5 grupos con 4 posibles respuestas, sobre aspectos como la intensidad del dolor, la frecuencia, el consumo de analgésicos la incapacidad que provoca el dolor y las alteraciones en la conciliación del sueño nocturno.

- **Cuestionario de Wisconsin (Wisconsin Brief Pain Questionaire, BPI):** También denominado Brief Pain Inventory o Cuestionario Breve de Dolor (CBD), es un cuestionario auto administrado, que contiene dos dimensiones: la intensidad del dolor y el impacto del dolor en las actividades de la vida del paciente.

- **Escala Multidimensional Del Dolor (Multidimensional Pain Evaluation Scale – MPES)** Es un instrumento de medición del dolor creado por enfermeros y validado en el idioma portuguesas, realizado con el fin de medir y analizar sistemáticamente las experiencias, los juicios y las respuestas al dolor de los pacientes que lo padecen, a través de descriptores del dolor. Favorece la comprensión de la diversidad y la multidimensionalidad del dolor, permite analizar la dimensión sensorial afectiva y cognitiva del dolor e incluye dimensiones como: intensidad, localización y

descripción del dolor, después de haber definido si el dolor es agudo o crónico. (7)

2.2.8 Intervención enfermera en el manejo del dolor postoperatorio

El dolor como diagnóstico enfermero está considerado dentro del marco conceptual de enfermería desarrollado por la Asociación de Diagnósticos de Enfermería de Norteamérica (Manda), y fue aprobado en 1998. Se ubica dentro del patrón cognitivo-perceptual; que describen patrones disfuncionales sensorio-perceptuales y cognitivos. (7)

La enfermera es fundamental en el proceso del dolor agudo post operatorio y su alivio, el personal de enfermería es el primero en identificar la experiencia dolorosa de las pacientes mediante la manifestación verbal, verificación con una valoración adecuada del dolor, comunicar al médico de turno el cual prescribe el tratamiento farmacológico, y la enfermera se encarga de que el manejo del dolor sea correcto o no. La valoración, la identificación temprana de complicaciones y el seguimiento de la evolución del paciente post quirúrgico es una actividad esencialmente de enfermería, de esto depende la importancia del manejo correcto del alivio del dolor y de su relación con el bienestar de las pacientes. (3)

La importancia de la intervención de enfermería radica en que la enfermera, quien, desde los orígenes de su creación como carrera profesional, es la que permanece en constante interacción con el paciente promoviendo su autocuidado y brindándole un cuidado en la salud y enfermedad.

Su papel es relevante, pues asume la responsabilidad directa de prevenir el sufrimiento innecesario del paciente operado, fundando sus

intervenciones en principios éticos y reconociendo que su evaluación como desempeño profesional corresponde principalmente al paciente. (9)

En este contexto, se desarrolla el Proceso de Atención de Enfermería, para otorgar a la persona un cuidado holístico planificado en base a sus problemas y necesidades priorizados, compuesto por cinco pasos que se vinculan entre sí, que son los siguientes:

a) Valoración

Esta es la primera etapa, la cual consiste en la recolección y organización de los datos referidos a la persona, familia y entorno, los cuales son fundamentales para las decisiones y actuaciones de enfermería. (19).

El dolor es un diagnóstico de enfermería y como tal debemos ser capaces de evaluarlo utilizando las herramientas existentes, como las numerosas escalas que tenemos para evaluar el dolor postoperatorio. Un gran reto para enfermería es reconocer y evaluar el dolor de manera eficaz en los pacientes tras una intervención quirúrgica. (8)

Para valorar la intensidad del dolor se utilizará una herramienta sistemática y validada. La Escala Visual Analógica (EVA), en función de las características de las escalas y del paciente (estado cognitivo, emocional y de lenguaje).

◆ Verificar con el paciente:

Localización del dolor.

- Intensidad del dolor.
- Calidad (opresivo, quemazón, punzada, como descargas eléctricas, fijo y continuo).
- Inicio y duración.

- Los efectos que ese dolor tiene sobre el confort y la calidad de la vida del paciente: insomnio, irritabilidad, disminución de la actividad física, alteración de sus relaciones con la familia, etc.

El dolor agudo postoperatorio debe evaluarse con cierta regularidad, en función de la operación y de la intensidad del dolor (20)

b) Diagnóstico

Es un enunciado basado en el juicio que se produce como el resultado de la valoración de enfermería ante problemas de salud reales o potenciales. La enfermera responsable del paciente, luego de haber realizado la valoración, según los parámetros mencionados, lo registrará en la Historia Clínica (Valoración inicial de Enfermería) y asignará la agrupación de cuidados para la valoración y manejo del dolor en función de la valoración realizada.

c) Planeamiento

En esta etapa del proceso se desarrollan las estrategias e intervenciones de enfermería, a fin de prevenir, minimizar o corregir los problemas que se han determinado, y también para promocionar la salud. (9)

El planeamiento que debe desarrollar la enfermera debe basarse en la valoración realizada, y también los datos obtenidos del equipo interdisciplinar, se debe establecer un plan de cuidados compatible con los objetivos, tanto del paciente como de su familia, en lo que concierne al alivio del dolor y teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Los resultados de la valoración.
- Las características basales del dolor.
- Los factores físicos, psicológicos y socioculturales que conforman la experiencia del dolor.

- La etiología.
- Las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más efectivas.
- La intervención para el manejo del dolor.
- Los principales planes de cuidados actuales y futuros. (20)

d) Ejecución

Esta etapa concierne al desarrollo y realización de las intervenciones planificadas a fin de lograr los objetivos propuestos. Un tratamiento eficaz del dolor, además de disminuir los costes, mejora la calidad asistencial, disminuye las complicaciones secundarias y proporciona mayor confort, algo que cada día demanda más el paciente y la sociedad en general. (19)

Manejo farmacológico y no farmacológico del dolor en las intervenciones de enfermería:

La presencia de dolor es más a menudo debido a la aplicación incorrecta de terapias disponibles que no utilizan drogas y técnicas efectivas. Por falta de conocimiento o tiempo, muchos enfermeros y miembros del personal asistencial tienden a considerar los analgésicos como medio principal de alivio del dolor. Sin embargo, existen técnicas y tratamiento, fuera de los fármacos, que se ayudan al alivio del dolor. En este sentido, se han desarrollado las intervenciones enfermeras que se presentan a continuación:

Manejo farmacológico:

Identificar al paciente por su nombre y corroborar el medicamento a usar.

Verificar la vía correspondiente para la administración del medicamento para el alivio del dolor. Si es intravenosa verificar fecha, enrojecimiento de la zona, dolor, hinchazón.

Verificar la dosis y el medicamento a administrar al paciente, para el alivio del dolor.

Administrar el analgésico prescrito por el médico para controlar un determinado tipo de dolor:

- Lo más idóneo es anticiparse a la aparición del dolor, administrando analgésicos prescritos a horas fijas, "de reloj", según la vida media del analgésico en cuestión. Nunca prescribir los calmantes a demanda.
- Evaluar y registrar la respuesta al tratamiento

Los analgésicos poseen efectos secundarios: las enfermeras deben reconocer esos problemas si aparecen y reforzar la información que el médico hubiera ofrecido al paciente, siempre de forma clara y comprensible. (5)

Manejo no farmacológico:

- No juzgar el dolor que el paciente dice tener, puesto que es propio de la persona que lo padece, de modo que la subjetividad no debe menospreciarse, no solo por el daño tisular que hubo por ser un paciente post operado, sino por el hecho de ser una persona.
- Reducir estímulo doloroso siempre que se pueda:
- Evitar movimiento innecesario: Los movimientos pueden modificar la intensidad del dolor (Ej: peritonitis) en los que el paciente tiende a la inmovilidad.
- Hacer que el enfermo adopte las posiciones más adecuadas para evitar el dolor: Los cambios posturales son necesarios en muchas ocasiones para conseguir posturas antiálgicas que mejoran el dolor. Algunas posturas como: Flexión de caderas en procesos inflamatorios (apendicitis), alivia el dolor por la relajación del psoas.

- Ayudar a colocarse cómodamente sin tensiones musculares
- Alterar la percepción del dolor
- Intentar reducir los factores que disminuyen el umbral doloroso (Ansiedad, insomnio, miedo, tristeza, cansancio, depresión, abandono social, introversión, etc.).

La finalidad es:

- Aliviar y cuando se pueda, eliminar el dolor.
- Aumentar los niveles de bienestar físico y psíquico de los pacientes.
- Restablecer las funciones y actividades necesarias para que el individuo recupere su autonomía.
- Motivar al paciente para que realice cambios o modificaciones de hábitos, actitudes y conductas inadaptadas.
- Prevenir complicaciones a posteriori, como los bucles ansiedad-dolor-depresión o la cronificación del dolor.
- Utilizar el entorno en la terapia. Proporcionar una atmósfera adecuada, prestando atención a los detalles: luz, temperatura, olores, música, colores, fotografías, postres, plantas. Estas pequeñas cosas pueden hacer que el paciente enfoque su atención en sensaciones más agradables, obteniendo así un efecto positivo sobre la percepción dolorosa que experimenta.
- Animarle a combatir el aburrimiento, utilizando los métodos de distracción que el paciente prefiera y que se puedan adaptar a sus posibilidades actuales: ver la televisión, leer, pintar, escuchar música, pasear, etc.
- Adoptar medidas complementarias para tratar el dolor si se estima oportuno: imaginación dirigida, etc.
- Establecer una comunicación adecuada con el paciente: demostrar un interés sincero por él y su dolor, escucharle activamente, adoptando una actitud empática, siendo consciente de que los pacientes responden a la conducta verbal y no verbal.

- Con la familia: promover los potenciales de apoyo de la familia implicándoles el cuidado, reconociendo su labor y favoreciendo el acercamiento que, a veces, la hospitalización interrumpe.
- Con el resto del equipo: toda la información que se da al paciente debe estar en concordancia con la que den los demás compañeros, estableciendo objetivos y planes de cuidados consensuados entre todos los miembros del equipo. (5)

e) Evaluación

Es la última etapa del Proceso de Atención de Enfermería, donde se comparan las respuestas de la persona, determinando si se han conseguido los objetivos establecidos. La intensidad del dolor se reevaluará cada vez que aparezca un nuevo episodio de dolor, se realice un nuevo procedimiento que se prevea doloroso, cuando aumente la intensidad, y cuando el dolor no remita con las estrategias que previamente eran eficaces. (19)

◆ Monitorizar la respuesta del paciente a la analgesia y resto de medidas adoptadas.

- Las manifestaciones clínicas: Aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, elevación de la tensión arterial, aumento de la transpiración, irritabilidad, aprensión, ansiedad, el paciente se queja de dolor. (20)

f) Registro

La documentación cumple la tarea de actuar como memoria organizativa de la empresa y sirve para ofrecer a todos los miembros de la organización, la información y conocimiento que precisan para desempeñar sus tareas o darle seguimiento al servicio o atención.

Las notas de enfermería son el registro de las observaciones, cuidados, procedimientos y medicamentos administrados a paciente, dicho de otra forma, es documentar las órdenes médicas y el plan de cuidados de enfermería. (20)

2.2.9 Información, educación y formación sobre el dolor

Su manejo debe orientarse hacia la satisfacción de los usuarios mediante el desarrollo de nuevos tratamientos, además de contemplar las necesidades de los pacientes y de su entorno familiar, así como del personal implicado en su estado de salud.

- **Información**

Al analizar las necesidades de los pacientes y su entorno sobre educación e información en dolor se han constatado varios hechos que conviene destacar:

Los pacientes más ansiosos requieren más información del proceso que se les va a realizar. Los más jóvenes también reclaman información acerca del ambiente perioperatorio en el que se van a desenvolver.

La variabilidad en cuanto a normas, consejos e instrucciones dados a los familiares sobre el DAP hace que la comprensión informativa sea en muchas ocasiones precaria, mermando la eficacia del tratamiento doloroso y haciendo que los pacientes, ante la duda, prescindan de la medicación, agravándose el dolor.

A estas cuestiones, el personal sanitario encargado de la unidad deberá explicar con un lenguaje claro y comprensible que el dolor es una sensación desagradable que afecta desfavorablemente al estado anímico,

al desarrollo de una vida normal, aumenta la probabilidad de complicaciones y que retrasa la recuperación tras la cirugía. Mediante la información transmitiremos al paciente que el dolor puede ser aliviado con una adecuada terapia analgésica a una dosis y frecuencia ajustada a sus necesidades, valorando previamente el grado de este.

- **Educación**

La educación del paciente, acerca del DAP, consecuencias y tratamiento, debe iniciarse desde el primer contacto con la unidad de cirugía, continuarse durante su estancia y tras la alta domiciliaria. Es más efectiva la educación individualizada, según la necesidad de cada paciente, precisa y empleando un lenguaje sencillo y asequible. Para reforzar la información oral es importante que los pacientes reciban información escrita sobre la importancia del tratamiento del dolor, las diferentes formas y sus efectos adversos.

La falta de información por parte del personal sanitario a los pacientes y su entorno contribuye a que un alto porcentaje de personas con dolor no esté recibiendo el tratamiento adecuado. Debemos educar sobre la importancia de manifestar el fenómeno doloroso, para poder establecer un tratamiento e informar de las medidas disponibles para tratarlo. Si el paciente no aprende a manifestar su dolor y alerta de los cambios producidos, como falta de alivio o cambios en sus características con los tratamientos aplicados, no se obtendrá una respuesta favorable, o al menos esta será menor de lo esperada.

- **Formación**

El papel que desempeña la enfermería, en la evaluación y el tratamiento del DAP, es esencial, así como su entrenamiento en la utilización de

técnicas no farmacológicas de control de dolor que, en combinación con los analgésicos, potencian su eficacia. La información y enseñanza que proporciona son actividades inherentes al proceso de cuidados, de ahí que su actuación sea clave en el proceso educativo del paciente.

2.3. Definiciones de Términos

- a. **Intervención enfermera:** acciones que realiza el profesional de enfermería de los servicios de Cirugía aplicando el Proceso de Atención de Enfermería.
- b. **Manejo del dolor:** alivio o disminución de la sensación desagradable asociada al acto quirúrgico, referido por los pacientes sometidos a cirugía abdominal.
- c. **El dolor cutáneo** se origina en estructuras superficiales, como la piel y el tejido adiposo subcutáneo. Un corte de un dedo provocado por el filo de una hoja de papel representa un ejemplo de dolor superficial, o cutáneo, localizado.
- d. **El dolor somático profundo** se origina en estructuras profundas del cuerpo, como el periostio, los músculos, los tendones, las articulaciones y los vasos sanguíneos. Es un dolor más difuso que el cutáneo y puede ser evocado por diversos estímulos, como una presión firme ejercida sobre un hueso, la isquemia muscular o una lesión tisular.
- e. **Dolor visceral:** También denominado esplácnico, se origina en una víscera y es uno de los tipos de dolor que con mayor frecuencia se asocian con enfermedad. Aunque en muchos aspectos es similar al dolor somático, los mecanismos neurológicos subyacentes y la percepción del dolor visceral difieren de los del somático.

- f. **Dolor referido:** El dolor originado en vísceras abdominales o torácicas es difuso y mal localizado y a menudo se percibe en un sitio muy alejado de la región afectada. Puede manifestarse en forma aislada o simultáneamente con el dolor localizado en el sitio del estímulo nociceptivo original.

- g. **Dolor agudo y crónico:** El dolor agudo por lo general se clasifica como un dolor que dura menos de 6 meses.

- h. **Tratamiento farmacológico:** incluyen analgésicos por vía intramuscular, subcutánea, intravenosa, oral, rectal y transdérmica, perfusión continua y administración controlada por el paciente de opioides y/o AINEs, y bolos intermitentes y/o perfusión continua de opioides intratecales. (18)

- i. **AINES:** Analgesia preventiva (por disminución de la sensibilización neuronal).

- j. **Opioides:** Su utilización de forma parenteral en el dolor moderado a severo consigue un buen efecto analgésico en un corto espacio de tiempo, siendo preferible la vía intravenosa a la intramuscular por su mayor biodisponibilidad.

- k. **Tratamiento no farmacológico:** Las terapias no farmacológicas juegan también un papel importante en el tratamiento del dolor, en particular del dolor crónico, estas son las siguientes:
 - l. **Fisioterapia:** El masaje, la crioterapia (tratamiento con frío) o la termoterapia (tratamiento con calor) son especialmente utilizados para el tratamiento del dolor musculoesquelético.

- m. Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS):** La TENS es un procedimiento de estimulación para activar los sistemas de inhibición del dolor endógeno a nivel raquídeo y suprarraquídeo.
- n. Tratamiento psicológico:** El hecho de que la administración de placebo reduzca significativamente el dolor hasta en un 20% demuestra que el componente psíquico tiene un gran efecto sobre la percepción del dolor.
- o. Valoración del dolor:** Para la valoración del dolor se utilizan diferentes escalas, las cuales se clasifican en unidimensionales y multidimensionales. Algunas de ellas son:
- p. Escalas unidimensionales:** Valoran el dolor de menor a mayor y se le pide al paciente que exprese la intensidad de su dolor mediante un sistema convencional desde el dolor más leve hasta el dolor más intenso posible.
- q. Escala de dolor “caras”:** Instrumento que consta de seis (6) caras, que van desde bienestar hasta angustia obvia, y se le pide al paciente que señale la cara que ilustra con mayor precisión el dolor que siente.
- r. Escala visual analógica (EVA):** El método subjetivo más empleado por tener una mayor sensibilidad de medición no emplea números ni palabras descriptivas. Consiste en una línea de 10 cm de longitud, en los extremos se señala el nivel de dolor mínimo y máximo y el paciente marca según su dolor con la cual se puede clasificar el dolor en leve moderado y severo.

s. **Escalas multidimensionales:** Realizan una evaluación cualitativa de la experiencia dolorosa.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

- Se presentó oficio dirigido al director de Hospital Adolfo Guevara para se autorice utilizar las historias clínicas del servicio de Cirugía.
- Se comunicó y coordinó con la jefe de servicio para hacer uso de las historias clínicas
- Se elaboró una ficha de recojo de datos, la misma que se utilizó para plasmar información extraída de las historias clínica de los pacientes

3.2 Experiencia Profesional

Mi experiencia laboral profesional inicia hace 26 años, cuando inicio mi SERUMS en EL CENTRO DE SALUD HUANCARANI- PAUCARTAMBO labore como asistencial llevando los programas de CRED – INMUNIZACIÓN y demás estrategias, como:

- o El programa de TBC y contactos
- o Se realiza seguimiento apacientes con TBC si son consecutivos con su tratamiento.
- o Salida a comunidades se realizaba cada 2 meses a las 5 comunidades.
- o Para la atención integral en la familia (niños menores de 0 a 5 años y adultos).
- o Se realizaba peso y talla para valorar o identificar niños con desnutrición.
- o se realizaba seguimiento y centro de pacientes del programa de TBC y sus contactos.
- o se realizaba charlas educativas.
- o Se realizaba captación de promotores para cada comunidad.
- o Se les daba capacitaciones en primeros auxilios a los promotores.

- o Se les brindaba todo el material educativo y primeros auxilios a los promotores.
- o Realice atención de partos en domicilio.

En el año 1991, inicio mis labores en el HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO ESSALUD-CUSCO e las áreas emergencias oncología, posteriormente ingreso a área quirúrgica, del mismo hospital, actualmente sigo desempeñando mis funciones en el servicio de cirugía, las cuales están conformadas por cirugía general, cirugía especialidad y traumatología.

Mi experiencia en el servicio de cirugía es de 21 años, desempeñando diversas funciones como enfermera asistencia y administrativo dentro del servicio de cirugía del Hospital Adolfo Guevara.

3.2.1. Fase de tratamiento o procesos realizados

Concluido la recolección de datos se procedido al procesamiento de los datos en Excel.

Como profesional de Enfermería en el hospital de Adolfo Guevara Cusco (EsSalud) con experiencia de laboral de más 30 años servicio mi labor como enfermera asistencial en los servicios de cirugías, emergencia i otros servicios se pudo evidenciar que los profesionales de enfermería tienen una labor sobre cargada especialmente los días a programar operaciones los lunes y viernes y a la par tiene que atender a más 38 pacientes, a este se suma las actividades de controlar, vigilar, ejecutar ,coordinar y llenar las historias clínicas por servicio labora como única persona la enfermera y su personal técnico , y atender a los pacientes post operados mediatos y muchos de ellos manifestando dolor y que incluso al administrarlos no cesa el, dolor y como llaman constantemente ellos empiezan a complicarse como el la ingesta de aire y por ende complicaciones en pacientes, a veces uno ha observado que las

enfermeras administran analgésicos a pedido del paciente por el dolor sin medir los efectos adversos.

El dolor ha sido un problema para la enfermera en razón que las indicaciones medica menciona analgésico stat si existe dolor y deja como indicado uno o dos y a veces los pacientes continúan con dolor al llamado del médico para una revaloración del paciente ellos se niegan a evaluar al paciente y otros aspectos de la praxis médica que dificultad el cuidado de calidad de la enfermera.

3.3. Procesos realizados en el tema

3.3.1. Durante la entrega de turno

Durante el reporte de entrega de turno los pacientes se quejan de que no fueron atendidos y que llamaron toda la noche o la tarde y nadie los acudió, así mismo manifiestan que para no sentir dolor retienen la respiración, no se movilizan o se han negado a moverse, a veces en el reporte uno indica cuanto de dolor y se reporta mucho, poco medianamente el dolor, etc.

3.3.2. Durante las reuniones de servicio

En las reuniones de mes se informa sobre los hechos ocurridos durante el servicio, existen compromisos de mejor y acudir al paciente con dolor.

3.3.3. Elaboración de mejoras en la atención

Actualmente se elaboró algunas intervenciones de enfermería para evitar los eventos adversos:

- Elaboración de una ficha de valoración del dolor.
- En la preoperatoria enseñanza de ejercicios de respiración para el control de dolor
- Implementación de timbres de llamado.
- Protocolos de cuidados del dolor.

IV. RESULTADOS

TABLA N° 4.1

**EDAD DE LOS USUARIOS POSOPERADOS DE COLECISTECTOMÍA
EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL ADOLFO
GUEVARA VELASCO 2017**

EDAD	SEXO		N°	%
	FEMENINO	MASCULINO		
18-29	11	10	21	39.6
30-39	13	2	15	28.3
40-49	6	2	8	15.1
50- a mas	7	2	9	17
TOTAL	37	16	53	100%
	69.8%	30.2%	100%	

FUENTE: reporte estadístico HOSPITAL ADOLFO GUEVARA VELASCO.

Como se observa en la tabla N° 4.1 el 39.6% de 53 pacientes posoperados sus edades oscilan entre 28 a 29 años seguido de pacientes cuyas edades oscilan entre 30 y 39 años, asimismo se observa que el mayor porcentaje de paciente post operados son de sexo femenino, teniendo una cifra del 69.2% y un 30.2% de pacientes de sexo masculino.

TABLA N° 4.2

VALORACIÓN DEL DOLOR DE ENFERMERÍA REGISTRADA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS USUARIOS POST OPERADOS DE COLECISTECTOMÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL ADOLFO GUEVARA VELASCO 2017

VALORACIÓN	INTENSIDAD DEL DOLOR								TOTAL	
	LIGERO		MODERADO		SEVERO		MUY SEVERO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%	N°	%
SI	6	11,3	6	11,3	2	3,8	0	0	14	26,4
NO	12	22,7	23	43,4	4	7,5	0	0	39	73,6
TOTAL	18	34	29	54,7	6	11,3	0	0	53	100

FUENTE: Anotaciones de Enfermería.

De los pacientes sometidos a colecistectomía, según las anotaciones de Enfermería el 54.7% de pacientes reporta un dolor moderado, seguido de un 34% de un dolor ligero que sede con analgésicos, y no se presentó manifestaciones de dolor muy severo.

TABLA N° 4.3

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA REGISTRADA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS USUARIOS POSOPERADOS DE COLECISTECTOMÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL ADOLFO GUEVARA VELASCO 2017

DIAGNOSTICO	INTENSIDAD DEL DOLOR								TOTAL	
	LIGERO		MODERADO		SEVERO		MUY SEVERO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%	Nº	%
SI	0	0	9	17	2	3,8	0	0	11	20,7
NO	18	34	20	37,7	4	7,5	0	0	42	79,3
TOTAL	18	34	29	54,7	6	11,3	0	0	53	100

FUENTE: Anotaciones de Enfermería.

Como se observa en la tabla N° 4.3 de los 53 pacientes posoperados con colecistectomía en las historias clínica registra que el paciente manifiesta dolor sin embargo el 79,3% no registro el diagnóstico del dolor considerando los elementos para redactar un diagnóstico de enfermería.

TABLA N° 4.4

PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA REGISTRADA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS USUARIOS POSOPERADOS DE COLECISTECTOMÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL ADOLFO GUEVARA VELASCO

PLANIFICACIÓN	INTENSIDAD DEL DOLOR								TOTAL	
	LIGERO		MODERADO		SEVERO		MUY SEVERO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%	Nº	%
SI	7	13,2	7	13,2	2	3,8	0	0	16	34
NO	11	20,8	22	41,5	4	7,5	0	0	37	76
TOTAL	18	34	29	54,7	6	11,3	0	0	53	100

FUENTE: Anotaciones de Enfermería.

Como se observa en la tabla N° 4.4 de los 53 pacientes posoperados con colecistectomía en las historias clínica registra que el paciente manifiesta dolor sin embargo el 76% no registro la planificación del manejo del dolor es decir que pese a presentar el dolor no registra como iba a aliviar el dolor del paciente post operado.

TABLA N° 4.5

EJECUCIÓN DE ENFERMERÍA REGISTRADA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS USUARIOS POSOPERADOS DE COLECISTECTOMÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL ADOLFO GUEVARA VELASCO 2017

EJECUCIÓN	INTENSIDAD DEL DOLOR								TOTAL	
	LIGERO		MODERADO		SEVERO		MUY SEVERO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%	Nº	%
SI	18	34	29	54,7	6	11,3	0	0	53	100
NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	18	34	29	54,7	6	11,3	0	0	53	100

FUENTE: Anotaciones de Enfermería.

Como se observa en la tabla N° 4.5 de los 53 pacientes posoperados con colecistectomía en las historias clínica registra que el paciente que manifestó dolor el 100% fue atendido solo con la administración de medicamentos que no los registra solo registra "se administró tratamiento".

TABLA N° 4.6

EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA REGISTRADA EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS USUARIOS POSOPERADOS DE COLECISTECTOMÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL ADOLFO GUEVARA VELASCO

EVALUACIÓN	INTENSIDAD DEL DOLOR								TOTAL	
	LIGERO		MODERADO		SEVERO		MUY SEVERO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%	Nº	%
SI	3	5,7	8	20,8	2	3,8	0	0	13	24,5
NO	15	28,3	21	33,9	4	7,5	0	0	40	75,5
TOTAL	18	34	29	54,7	6	11,3	0	0	53	100

FUENTE: Anotaciones de Enfermería.

Como se observa en la tabla N° 4.6 de los 53 pacientes posoperados con colecistectomía en las historias clínica registra que el paciente que manifestó dolor como es que quedo el paciente y el 75,5% no registra la evaluación del dolor al final del tratamiento registra "se deja cómodo".

V. CONCLUSIONES

- a) El dolor constituye un síntoma preponderante, responsable de una buena parte de la pérdida de confortabilidad y de la merma funcional en el paciente, a ello se suman factores relacionados con las características personales de cada individuo, experiencias previas y creencias, tanto las propias como las del núcleo social y cultural al que se pertenece, condicionan la respuesta final, es donde influyen los cuidados de enfermería, manejando el dolor con tratamiento farmacológico y no farmacológico.

- b) El enfermero/a suele ser el profesional más cercano al paciente y a los familiares, su participación en la educación sanitaria es clave en la modificación de hábitos y conductas, en la transmisión, interpretación y facilitación del cumplimiento de las órdenes terapéuticas, además de la adecuada formación, integración y participación, que la enfermería asuma un papel clave en el manejo del dolor.

- c) Según el reporte de enfermería en el servicio de cirugía de los pacientes sometidos a colecistectomía fueron en su mayoría mujeres entre 28 a 29 años, quienes registran que el 73,6% no valoro la intensidad del dolor pese a registrar "paciente presenta dolor". El 76% no registro la planificación del manejo del dolor es decir que pese a presentar el dolor no registra como iba a aliviar el dolor del paciente posoperado. El 100% fue atendido solo con la administración de medicamentos que no los registra solo registra "se administró tratamiento". El 75,5% no registra la evaluación del dolor al final del tratamiento registra "se deja cómodo".

VI. RECOMENDACIONES

- a) Considerar la valoración del dolor como QUINTA CONSTANTE VITAL en todo pacientes post operado.

- b) Elaborar protocolos de valoración y cuidado de enfermería para manejo de dolor en pacientes post operados considerando los parámetros tipo de dolor intensidad, irradiación, localización del dolor y factores desencadenantes.

- c) Estandarizar la valoración del dolor cada 6 a 8 horas, previa valoración de la intensidad y la frecuencia del dolor para ser reevaluado.

- d) Analizar el plan de mejora propuesta por la especialista a fin de obtener mayor resultados favorables para el servicio, el personal y el paciente.

VII. REFERENCIALES

1. Asociación Profesional de las Enfermeras de Ontario (RNAO). Protocolo elaborado por el equipo impulsor implicado en la implantación de la guía de buena práctica clínica RNAO: Valoración y Manejo del dolor. Madrid, España. 2013.
2. Aguilar, Marina. Valoración del dolor postoperatorio en pacientes oncológicos sometidos a cirugías de cabeza-cuello y ginecología que recibieron tratamiento analgésico con ketorolaco o petidina en la Unidad de Cuidados postanestésicos del I.N.E.M. Tesis para optar el título profesional de Especialista en Enfermería Oncológica. UNMSM, Lima-Perú, 2004.
3. Peñaloza Aldaz, Silvana Lorena. "Intervención del profesional de enfermería en relación con el manejo del dolor en las pacientes post quirúrgicas gineco – obstétricas DEL HPDA en el período de diciembre mayo". Ecuador 2014
4. Castillo, MD; COL. "Efectividad de las intervenciones enfermeras en pacientes adultos con dolor crónico": una revisión sistemática. En Joanna Briggs Institute. Original en inglés: Effectiveness of nursing intervention for adult patients experiencing chronic pain: a systematic review. 2010.
5. Rubin, Alejandro y Parra de la Cruz. "Documentación de enfermería sobre valoración y manejo del dolor en pacientes post- operados hospitalizados". México 2011.
6. Pérez, Sandra. "Proceso estandarizado de atención de enfermería en el manejo del dolor del paciente postoperatorio del centro quirúrgico del Hospital básico Pillaro". Ecuador 2013.
7. Velásquez De Los Ríos, Sandra Milena. "Manejo no farmacológico del dolor en pacientes en posoperatorio de revascularización miocárdica en UCI". Colombia 2015.

8. Sánchez Rodríguez Loreto. "Manejo del dolor postoperatorio con técnicas analgésicas". España 2014,
9. Ahuanari Ramirez Ada Nisi. "Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima, 2016". Perú 2016.
10. Hernández Saldívar Myrna Leticia. "Manejo del dolor postoperatorio: Experiencia terapéutica en Unidad de Terapia Quirúrgica Central del Hospital General". México 2008.
11. Risco Colquicocha Adolfo Rommel. "Factores que influyen en la intensidad del dolor postoperatorio en el servicio de cirugía del hospital Belén de Trujillo". Perú 2008.
12. Gaspar Carrillo Sandra P. "Manual de operaciones, Dirección Quirúrgica". España 2012.
13. Armijos Vacasela Miryam. "Factores que influyen en el manejo del post operatorio inmediato y su relación con las complicaciones físicas y psicológicas en los pacientes intervenidos en el centro quirúrgico del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena en el periodo de mayo a septiembre". Ecuador 2014.
14. Moreno Sierra J. y Col. "Manejo del dolor postoperatorio en urología" España 2007.
15. Mugabure bujedo b. Tranque bizueta i. González santos s. Adrián garde r. "Estrategias para el abordaje multimodal del dolor y de la recuperación postoperatoria". España 2007.
16. Finkel, Diana y Schlegel, Horst. El dolor postoperatorio: Conceptos básicos y fundamentos para un tratamiento adecuado. Revista del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina. 2013. Edición electrónica. Volumen III.
17. Lopez Alvarez Servano, Lopez Gutiérrez Ana, zaballo García Matilde. "Recomendaciones sobre el manejo de dolor en cirugía ambulatoria". España 2012.

18. Muñoz Blanco F. Salmerón J. Santiago J. Marcote C. "Complicaciones del dolor postoperatorio" España 2001.
19. Peñaloza Aldaz, Silvana Lorena Carchi, María. Valoración y cuidados de enfermería en el dolor abdominal agudo inespecífico en pacientes adultos del servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín, de mayo-agosto del 2012. Tesis para optar por el grado académico de magíster en Enfermería Quirúrgica. Ambato, Ecuador. 2014.
20. Verona, Elizabeth. Reyes, José Luis. "Cuidados de enfermería en el paciente con dolor", Argentina. 2011.

ANEXOS

**INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN
PACIENTES POSOPERADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA**



Fuente. Elaboración propia, 2017