

# Yarlaque Alberca Deissy Karina Manayay Pomacha...

## TURNITIN TESIS MANAYAY-YARLAQUE.docx

 My Files

 My Files

 Universidad Señor de Sipan

---

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::26396:437244897

Fecha de entrega

7 mar 2025, 11:21 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

7 mar 2025, 11:26 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

TURNITIN TESIS MANAYAY-YARLAQUE.docx

Tamaño de archivo

70.5 KB

20 Páginas

6,814 Palabras

37,081 Caracteres

# 13% Similitud general

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

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

## Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 7%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

- 13% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 7% 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	hdl.handle.net	4%
2	Internet	repositorio.uss.edu.pe	2%
3	Trabajos entregados	Universidad Señor de Sipan on 2021-10-24	2%
4	Internet	repositorio.upao.edu.pe	<1%
5	Internet	www.researchgate.net	<1%
6	Internet	www.coursehero.com	<1%
7	Internet	formacionesunivep.com	<1%
8	Internet	pdffox.com	<1%
9	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
10	Internet	repositorio.unp.edu.pe	<1%
11	Internet	cdigital.uv.mx	<1%

12	Internet	issuu.com	<1%
13	Internet	patents.google.com	<1%
14	Internet	repositorio.uladech.edu.pe	<1%
15	Internet	ciencialatina.org	<1%
16	Internet	codice.unimayab.edu.mx	<1%
17	Internet	pesquisa.bvsalud.org	<1%
18	Internet	repositorio.unac.edu.pe	<1%
19	Internet	repositorio.unicoc.edu.co:8080	<1%
20	Internet	repositorio.uroosevelt.edu.pe	<1%
21	Internet	www.fundaciondelcorazon.com	<1%
22	Trabajos entregados	University of Sheffield on 2019-08-30	<1%
23	Internet	dspace.unitru.edu.pe	<1%
24	Internet	encolombia.com	<1%
25	Internet	es.slideshare.net	<1%

26	Internet	ri.uaemex.mx	<1%
27	Internet	worldwidescience.org	<1%
28	Internet	dspace.udla.edu.ec	<1%
29	Internet	es.scribd.com	<1%
30	Internet	idoc.pub	<1%
31	Internet	renati.sunedu.gob.pe	<1%
32	Internet	www.ensayostube.com	<1%

## I. INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como: “La experiencia emocional y sensitiva más desagradable relacionada a una lesión existente de un tejido”, existiendo 2 tipos: agudo (si se percibe después de la cirugía hasta los 7 días) y crónico (si tiene una duración mayor de 3 meses). Se origina partir del daño en estructuras superficiales y profundas, viscerales o somáticas. Identificarlo permite optar por el tratamiento más adecuado, mejorando la calidad de vida del paciente, su recuperación (1-4).

De 250 pacientes se reportó que el 80% intervenidos quirúrgicamente manifestaron dolor agudo postcirugía y el 86% indicó presentar dolor moderado, extremo o severo, los resultados sugieren que menos del 50% de pacientes intervenidos quirúrgicamente han informado el alivio del dolor postquirúrgico (5,6). El dolor postcirugía incrementa la morbilidad, la mortalidad es una de las causas principales de demora en el alta hospitalaria. Siendo motivo frecuente de readmisión hospitalaria, retrasos en la recuperación generando un mayor gasto para los pacientes y también para el sistema de salud (7).

En España 2017, mencionó que en los nosocomios más del 50% de los posts operados presentaron dolor moderado a grave en las primeras horas de intervención y un 2,7% persistió con dolor al alta. Se evaluaron factores demográficos que pueden influir en su intensidad, así como los grados de la intensidad del dolor en relación al sexo del paciente, debido a que se presentó con más intensidad en el género femenino. El dolor se percibe de manera diferente entre los sexos por factores anatómicos, hormonales, fisiológicos, neurológicos, psicológicos, y socioculturales (8,9).

Existe relación del dolor con el tipo de cirugía, se indica que las cirugías abdominales y traumatológicas, sobre todo la colecistectomía, son las que tienen mayor impacto en el dolor postoperatorio 10,11. Se documenta que las comorbilidades como la hipertensión arterial, es un factor relacionado a un mayor de dolor postoperatorio. Se encontró en diferentes bibliografías que la ansiedad y el estrés de los pacientes intervenidos quirúrgicamente están muy asociadas a que exista en mayor escala el dolor postoperatorio (12,13).

En el Hospital Sergio Bernales de Lima, 131 pacientes intervenidos quirúrgicamente en zona abdominal, el 71,55% presentaron dolor severo, y el 18,47% de pacientes sintieron dolor leve. Donde el nivel de dolor luego de una intervención quirúrgica se relaciona con

aspectos como el género, grado de ansiedad antes de intervención quirúrgica, tipo de cirugía y presencia de morbilidad asociada (14).

Entre los trabajos encontrados relacionado al tema tenemos Qing L. et al. (15) concluyeron que ansiedad preoperatoria y el consumo de morfina oral estuvieron asociados positivamente con la intensidad y la severidad del dolor postoperatorio. López J. et al. (16) en su trabajo realizado en Valencia-España demuestran que el 50% de intervenidos evidenció dolor moderado a alto. Moreno M. et al (17) indican que, en la ciudad de México de los 231 pacientes del estudio, el 69.6% presento dolor severo, sin tener relación con la edad, encontrándose diferencia de la intensidad del dolor asociado al sexo femenino.

Quinde P. (12) concluyo que el dolor postoperatorio es un reto para los sanitarios médicos, debido a los múltiples factores que la producen y la reacción del paciente a los métodos de analgesia, en cuanto la falta de manejo del dolor se debe mayormente al déficit de una valoración integral y así poder identificar los factores de riesgo. Chinchilla P. et al (18) en Bogotá-Colombia evidencia quede los 109 casos el 27.9% presento dolor postoperatorio crónico. Concluyendo que el dolor crónico relacionado a la herniorrafía inguinal se presenta de manera frecuente. Bonilla P. et al (19) en su artículo científico en Loja-Ecuador determinaron en una población de 50 pacientes el del dolor post cirugía fue moderado, agudo y leve ausentándose a los tres meses, además otros de los factores fue el de tiempo corto de intervención quirúrgicamente y anestesia raquídea.

Soto L. (20) de 100 pacientes seleccionados en el 44% presento dolor postoperatorio, el 93% refirió dolor moderado a severo. El 47.95% se le indico antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y paracetamol un 39.79% y solo con paracetamol 7.14%. El 95% presento factores de riesgo para DCPO. Abella P. et al (3) identifica la prevalencia del dolor postoperatorio indicando la ausencia de políticas y protocolos para el tratamiento y evaluación del dolor postcirugía, se realiza un inadecuado control existiendo una prevalencia de dolor agudo postoperatorio de un 40%. García P. et al (21) indica que la frecuencia que presenta el dolor moderado, severo o insoportable es del 66.3%. Donde el 86.4% se trataron con AINES, y el 13% con opioides. Se presenta una incidencia de dolor postoperatorio semejante a otros estudios reportados (30-70%), evidenciándose la necesidad de mejorar el manejo actual.

Cabeza M. (22) determinó que la eficacia del manejo del dolor postquirúrgico tiene que ver con un abordaje preventivo y multimodal, ayuda a disminuir el periodo hospitalario, costos y la morbimortalidad. Concluyendo que la administración de ibuprofeno intravenoso mejorar en gran medida el control del dolor postoperatorio y permite bajar

2 las necesidades del uso de opioides postoperatorio. Gómez C. et al (23) en su investigación realizada en la ciudad de Guanajuato-México concluyeron que de 180 pacientes adultos que tenían un ASA I y II para cirugía electiva, el 67.7% indicaron tener dolor, el 65.5% fue tratado con AINES y el 32.2% solicitaron medicamento de rescate. Solo el 31.6% manifestaron dolor severo. La prevalencia del dolor es de 48.7%, indicando el manejo del dolor postoperatorio aún sigue siendo problema por resolver.

Imán A. (24) en su estudio realizado en la ciudad de Trujillo, concluye que la administración de medicamentos previos a la cirugía, la edad y las comorbilidades son componentes de riesgo que se relacionaron a mayor intensidad de dolor ( $p < 0.05$ ), donde el 55% presentó ansiedad previa a la cirugía. Lo encontrado indica que los factores de riesgo asociados a los pacientes necesitarán mayor de analgesia para mitigar el dolor. Benites G. (25) determinó que de los 136 pacientes de su estudio realizado en la ciudad de Sullana el 97.8% presentó dolor postoperatorio, el 75% refirió dolor con intensidad moderada o intensa; y la combinación más usada para tratarlo fue opioide más AINEs; siendo el ketorolaco fue el AINE con mayor uso. En el 62.9% de pacientes se usó la vía endovenosa, indicando la importancia de la creación y ejecución de Guía de manejo postoperatorio.

Tenemos como base teórica que según la IASP acerca del dolor indica que está relacionado con un daño tisular o que es originado por este. Es una de las experiencias emocionales y sensoriales de tipo desagradable generada por un daño tisular de forma potencial o real, puede manifestarse de una manera lenta o súbita con diferentes niveles de intensidad, acompañada por una agrupación de sensaciones y emociones que comprenden el sufrimiento, ansiedad, desesperación y depresión (26-29).

El dolor está compuesto por dos componentes sensorial y nociceptiva, donde la parte nociceptiva es la experiencia dolorosa transmitida por los impulsos nerviosos lesivos de las vías nociceptivas hasta que llega a la corteza cerebral, el componente sensorial es la experiencia subjetiva y que conlleva al sufrimiento o dolor y está determinada por aspectos psicológicos que influyen en las distintas sensaciones del dolor (30,31).

El dolor postquirúrgico es un dolor agudo de reciente inicio se da a una respuesta de tipo nociceptivo generada por la intervención quirúrgica, se manifiesta debido a un daño tisular, una determinada patología o la actividad anormal de una víscera o músculo (26). Presenta una característica principal que su máxima intensidad se manifiesta en las primeras 24 horas y va descendiendo paulatinamente. El grado de dolor depende del lugar donde se ha realizado la cirugía, el tiempo de intervención y el tipo de anestesia que se ha suministrado (32).

El dolor clínico se clasifica por categorías crónicas y agudas, se diferencian según su localización, etiología, mecanismos fisiopatológicos, función biológica. El dolor crónico se genera luego del daño inicial y se da de forma constante, haciendo que pierda su función biológica, conllevando a ser una enfermedad en sí misma, a diferencia del dolor agudo que es tomado como un síntoma de enfermedad y su función es alertar que pueda existir problemas clínicos o complicaciones, con un tiempo limitado (33,34).

El dolor postquirúrgico tiene cuatro fases, se clasifica en el daño tisular generado por cirugía desencadena la liberación de químicos mediadores, sensibilización periférica activa los nociceptores periféricos, provocando hiperalgesia primaria en la zona agredida, sensibilización a nivel central incrementando los reflejos segmentarios espinales y de actividad simpática causando hiperalgesia de tipo secundaria; la cual es la fuente que establece el dolor postoperatorio crónico, la fase de la cicatrización es el dolor adaptativo inflamatorio que apoya a la reparación tisular y favorece la cicatrización. En esta fase se genera el cese de la estimulación y se recupera la sensibilización (35).

Existen diferentes factores que influyen en el dolor postcirugía los cuales se deben de tomar en cuenta al momento de establecer el tratamiento: Factores quirúrgicos, se toma en cuenta la zona donde se realizó la intervención. Las áreas con mayor dolor son la abdominal alta, región torácica, huesos largos y columna vertebral. Las que transmiten menos dolor son cara, cabeza y cuello (12). Además, se cuenta con el tipo, lugar y longitud de la incisión; donde en zonas de roce y tensión como los pliegues suelen ser dolorosas. Más profunda y mayor sea la incisión más será el dolor que padezca el paciente (17).

Dentro de los factores quirúrgicos están los traumatismos, posición en la mesa quirúrgica en ocasiones genera dolores en zonas no intervenidas, se debe tener en cuenta las complicaciones derivadas de la cirugía; como la colocación de drenajes, infección o irritación del punto de inserción (36). El tiempo que dura la cirugía es un determinante como factor para la intensidad de dolor. Una intervención quirúrgica más prolongada puede tener como consecuencia un mayor dolor, así habilidad del especialista quirúrgico causará un menor daño tisular y tendrá menor probabilidad de causar daño de las raíces nerviosas (37).

Factores asociados con el paciente; el sexo que teóricamente se relaciona con mayor dolor en mujeres. Aunque no existen diferencias en la percepción del dolor en ambos sexos. Además, se toma en cuenta las alteraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, los cambios del SNC y la edad generan un procesamiento al dolor y su respuesta al analgésico es diferente (38,39).

Factores socioculturales y étnicos: no depende exclusivamente de la presencia o no del dolor sino también la manera de percibirlo, interiorizar y aceptarlo, el carácter psicológico del paciente, el dolor se puede manifestar más en personas con mayor miedo, nerviosismo y ansiedad, la información y la valoración preoperatoria es importante (19,40). A más información tenga el paciente sobre el procedimiento quirúrgico al que será sometido, existe mayor probabilidad que el paciente se sienta seguro y como consecuencia se sentirá menos ansioso y temeroso (16).

Factores anestésicos; como la serenidad del paciente, control del dolor postquirúrgico es más sencillo cuando el paciente ha mantenido funciones vitales constantes y anestesia profunda estables durante el procedimiento quirúrgico (25). La analgesia preventiva, donde se administra analgesia antes o durante el procedimiento quirúrgico, tiene como resultado disminuir la respuesta celular a la agresión y por tanto el dolor postoperatorio que causa (19,27).

1 Ante esta realidad nos planteamos en siguiente problema: ¿Cuáles son los factores asociados al dolor postquirúrgico en pacientes hospitalizados en el Hospital Referencial de Ferreñafe, 2022?, teniendo como justificación al anterior problema La Declaración de Montreal donde indica “Calmar el dolor es un derecho fundamental, así como el acceso a la terapia” los integrantes de la IASP indicaron que el manejo del dolor no es adecuado en gran parte del mundo, debido al insuficiente acceso al tratamiento del dolor agudo, así como desconocer la gravedad del dolor crónico, carencia de profesionales de la salud con entrenamiento en mecanismos de dolor, no contar con especialidades en medicina del dolor (41)

30 La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimo que aproximadamente 5.000 millones de personas actualmente tienen un acceso inadecuado o no cuentan con analgésicos/opiáceos para el tratamiento del dolor moderado-intenso. Determino que es una falta de ética muy grave el personal sanitario que evite a un ser humano el acceso a la posibilidad del alivio del dolor (42)

13 El dolor que presenta todo paciente después de una intervención quirúrgica continúa siendo infravalorado y asumido como un proceso inevitable y esperado aun cuando su trayectoria exactamente no sea conocida. En Estados Unidos en estudio realizado en el 2020 se reportó que el 80% de los pacientes presentaron dolor postoperatorio, donde solo el 50% recibió un adecuado manejo del dolor, siendo una de las principales causas del manejo inadecuado de analgesia el dolor crónico (12)

32 En el Hospital Referencial de Ferreñafe no existen trabajos de investigación acerca de factores asociados al dolor postquirúrgico en la población de dicho nosocomio, es por

3 eso su importancia ya que con ello se logrará identificar los factores de riesgo y por lo tanto facilitará que los profesionales de la salud del servicio involucrado brinden una atención adecuada al paciente de acuerdo a la intensidad del dolor y sus comorbilidades, con ello tenga un tratamiento adecuado para superar dolor postquirúrgico.

1 Por lo expuesto, se realizó el presente trabajo de investigación para identificar los factores asociados al dolor postquirúrgico en pacientes hospitalizados en el hospital referencial de Ferreñafe, con el fin de proporcionar información veraz, actualizada y sobre todo fidedigna para que así sea utilizada para la toma de decisión en el manejo del dolor postoperatorio, sumando esfuerzos en la búsqueda del bienestar del paciente.

24 Se propuso la siguiente hipótesis afirmativa, H1: La edad, tipo de cirugía, sexo, comorbilidad y tipo de analgesia están asociados con el dolor postquirúrgico en pacientes hospitalizados en el Hospital Referencial de Ferreñafe y la hipótesis nula H0:

3 La edad, tipo de cirugía, sexo, comorbilidad y tipo de analgesia no están asociados con el dolor postquirúrgico en pacientes hospitalizados en el Hospital Referencial de Ferreñafe. Donde nuestro objetivo general fue “Determinar los factores asociados al

3 dolor postquirúrgico en pacientes hospitalizados en el hospital referencial de Ferreñafe.

1 2022” y los objetivos específicos: 1. Identificar la intensidad del dolor postquirúrgico en pacientes hospitalizados en el Hospital Referencial de Ferreñafe, 2. Determinar la asociación entre el tipo de cirugía y el dolor postquirúrgico en pacientes hospitalizados en el Hospital Referencial de Ferreñafe, 3. Determinar la asociación de las características sociodemográficas y el dolor postquirúrgico en pacientes hospitalizados en el Hospital Referencial de Ferreñafe, 4. Determinar la asociación entre la presencia de comorbilidad y el dolor postquirúrgico en pacientes hospitalizados en el Hospital Referencial de Ferreñafe, 5. Determinar la relación entre el tipo de analgesia y el dolor postquirúrgico en pacientes hospitalizados en el Hospital Referencial de Ferreñafe.

## 2 II. MATERIAL Y MÉTODO

### 2.1. Tipo y Diseño de Investigación.

El tipo de investigación fue básica porque estuvo orientado a obtener conocimientos acerca del dolor postquirúrgico y su relación con algunos factores.

18 Diseño de estudio observacional, no se realizó manipulación de variables, de corte transversal por que la recolección de datos se ejecutó en un solo momento y analítico debido a que se evaluó 7 variables.

Se demostró la asociación entre el dolor postquirúrgico y los diferentes factores por lo cual fue un estudio de correlación.

## 2.2. Población y muestra.

La población estuvo constituida por todos los pacientes postquirúrgicos hospitalizados en el Hospital Referencial de Ferreñafe, durante los meses comprendidos entre marzo a mayo del año 2022.

El tamaño de muestra fue constituido por el 100% de la población que cumplió los criterios de inclusión y exclusión, para garantizar que fuera representativa llegando a un total en los meses muestreados de 148 pacientes.

### Criterios de inclusión:

Se incluyó a todos los pacientes postquirúrgicos con el 100% de sus facultades mentales, sin ningún problema de comunicación y que aprobaron participar en el estudio.

### Criterio de exclusión:

Se excluyó aquellos pacientes menores de edad (< 18 años).

## 2.3. Variables, Operacionalización.

**Variable dependiente:** Dolor postquirúrgico

**Variable independiente:** Factores asociados como la edad, tipo de cirugía, sexo, presencia de comorbilidad, tipo de analgesia usada en el postoperatorio, premedicación ansiolítica en el preoperatorio.

**2** Operacionalización

10

Variable de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Instrumento	Valores finales	Tipo de variable	Escala de medición	
VARIABLE DEPENDIENTE	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento y la fecha actual, en años.	Registrado en la encuesta aplicada a los pacientes postquirúrgicos	Años biológicos	Años biológicos	1	Inventario abreviado del dolor	>35años < 35años	Numérica	Razón
	Tipo de cirugía	Cirugía realizada según la patología a tratar y el momento realizado	Registrado en la HC de pacientes postquirúrgicos	Colecistectomía Apendicectomía Hernioplastia Quistectomía Cesárea Legrado Otra cirugía abdominal	Programada Emergencia	2	Ficha de recolección de datos		Categórica	nominal
	Sexo	La OMS, lo define como características biológicas y fisiológicas de hombre y mujer	Registrado en la HC de pacientes postquirúrgicos	Tipo de sexo	Hombre Mujer	1	Inventario abreviado del dolor		Categórica	nominal
	Comorbilidad	Presencia de una o más enfermedades que se manifiestan	Registrado en la encuesta aplicada a los pacientes postquirúrgicos	Enfermedades crónicas	Hipertensión Obesidad EPOC Asma	1	Ficha de recolección de datos		Categórica	nominal

1

		con una enfermedad principal aguda o crónica que es el objeto principal de la atención			Diabetes mellitus II Otros					
	Tipo de analgesia	Analgésicos usados en el tratamiento de dolor	Registrado en la HC de pacientes postquirúrgicos	Analgesia única o doble	Opioide AINEs Ambos	1	Ficha de recolección de datos		Categórica	nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE	Dolor postquirúrgico	Dolor agudo que da una respuesta de tipo nociceptivo generada por intervenciones quirúrgicas, debido a que el organismo se siente agredido	Registrado en el inventario producto de la entrevista a las 6 horas postcirugía	Categorías numéricas del dolor	Leve Moderado Severo	4	Inventario abreviado del dolor	Leve (1,2,3) Moderado (4,5,6) Severo (7,8,9,10)	Categórica	Ordinal

11

## 2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

Para recolectar los datos referentes a edad, sexo se empleó la técnica de encuesta directa al paciente; revisión de historia clínica y se registró en el inventario abreviado del dolor. En lo que respecta a las variables tipo de cirugía, analgesia y comorbilidades se usó los datos que se encuentran establecidos en las historias clínicas usando para este fin el instrumento de ficha de recolección de datos.

Para evaluar la variable dolor postquirúrgico, empleamos el cuestionario cuyo nombre es Inventario Abreviado del Dolor en idioma español desarrollado por la Sociedad Americana del Dolor (SAD); cuyos puntos de corte están validados por Steven et al (43). Estas herramientas de recolección de datos se aplicaron a pacientes postquirúrgicos después de las 8 horas postcirugía.

## 2.5. Procedimiento de análisis de datos.

Los datos obtenidos con las herramientas de recolección (encuesta, ficha y escalas de valoración), fueron reunidos, clasificados y organizados usando el programa Microsoft Excel. Para la obtención de los análisis estadísticos respectivos se utilizó en software estadístico IBM SPSS Statistics 25, se empleó una técnica estadística descriptiva para resumir los datos en tablas de frecuencia y gráficos. Para determinar si existe asociación estadística significativa entre la variable dependiente y las variables independientes se empleó la prueba Chi Cuadrado, también se obtuvo el odds ratio (OR) de las variables asociadas para cuantificar la relación entre estas y evaluar su relevancia clínica.

## 2.6. Criterios éticos.

Para la realización de este trabajo de investigación, se utilizó la ficha de recolección de datos, la cual contenía información de la historia clínica, así mismos datos sobre la evolución y evaluación del paciente, debido a lo antes mencionado, se solicitó el "Consentimiento Informado" a cada uno de los pacientes que tuvieron a bien integrar el estudio. Esta investigación se basó en los aspectos éticos los cuales tienen estrecha relación con la privacidad de la información dada mediante las historias clínicas, sustentado en el código de ética y deontología detallado en el Artículo 95°, de igual manera se toman los artículos 42° y 48° que se encuentran relacionados al proyecto de investigación (44).

Este trabajo se rige mediante los principios seis, nueve, once y trece de la Declaración de Helsinki en cuanto a la investigación en medicina, donde nos dice que el fin principal de la investigación médica es mejorar los métodos, tratamientos y procedimientos de esa forma sean efectivas, con acceso y de calidad, donde el médico debe proteger la

vida, la salud, dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, intimidad, a la confidencialidad de la información personal de las personas que participen en la investigación

**-Consentimiento Informado:** Todos los participantes del proyecto firmaran el consentimiento informado de forma voluntaria, recibiendo toda la información acerca de los métodos, objetivos y si existe algún conflicto de interés de los investigadores; así mismo será informado que en cualquier etapa puede retirar su consentimiento, sin que por ellos acarree represarías, aquella que se niega hacerlo no será incluida en el estudio (45).

2 Así mismo nos basamos en del Informe de Belmont, siguiendo los siguientes principios:

15 **- Respeto a las personas:** Todos los individuos que formaron parte del proyecto de investigación fueron tratados como agentes autónomos. Esto incluye que formaron parte de la investigación de manera voluntaria y sobre todo tuvieron toda la información posible para decidir si eran parte o no de la investigación, para esto utilizamos el consentimiento informado, donde el individuo aceptó participar y con todo el derecho de declinar su participación cuando así lo desee.

21 **- Beneficencia:** Con la ejecución de este proyecto no causó ningún daño a quienes voluntariamente aceptaron participar. En este caso se obtuvo un beneficio al concluir la investigación, la cual será de proporcionar evidencia en cuanto a los factores de riesgo que están asociados al dolor postoperatorio, y de esta manera poderlos corregir para brindar una adecuada analgesia que ayudará a disminuir este tipo de dolor.

22 **- Justicia:** Para efectos del proyecto de investigación toda la información obtenida, será brindada al Hospital Referencial de Ferreñafe para que esta pueda ser utilizada en todos los pacientes que se les realice algún tipo de intervención quirúrgica, sin distinción de alguna (46).

## 2 2.7. Criterios de rigor científico.

25 **- Validez:** Para la aplicación de este criterio de rigor científico se aplicó el juicio de expertos para validar los instrumentos utilizados en el estudio; los cuales fueron utilizados para la recolección y procesamiento de la información brindada.

2 **- Credibilidad:** Toda la información que se obtuvo a través de la encuesta y las historias clínicas, fue plasmado sin alteración de su contenido en el trabajo de investigación; así mismo los instrumentos utilizados fueron guardados para cualquier verificación de los pacientes incluidos en la investigación.

### III. RESULTADOS

#### 3.1. Resultados en Tablas

Al realizar las entrevistas a los pacientes postquirúrgicos pasado 8 horas de su cirugía y la recolección de información en las fichas se obtuvieron diferentes datos que a continuación se ordenaron en tablas.

Se obtuvo que según la edad de los pacientes postquirúrgicos presentó una media de 41,16 años y una mediana de 38 años. Las edades se encuentran entre los 18 y 70 años, siendo la edad más frecuente de 37 años y según los ciclos de vida la mayoría de pacientes se encuentra dentro del rango de adulto (30-60 años de edad). Ver anexo 6. Podemos observar de los 148 pacientes se realizaron en los meses de estudio, 78 cirugías (53%) se practicaron a pacientes mujeres, mientras que 70 (47%) cirugías se realizaron a pacientes hombres. Ver anexo 7

**Tabla 1.** Frecuencia según tipo de cirugía en pacientes postquirúrgicos hospitalizados en el Hospital Referencial de Ferreñafe,2022

TIPO DE CIRUGÍA	FRECUENCIA	%
Colecistectomía	56	37,8
Apendicectomía	42	28,4
Hernioplastia Umbilical	17	11,5
Hernioplastia Inguinal	14	9,5
Eventroplastía	6	4,1
Hernioplastia Epigástrica	4	2,7
Laparotomía Exploratoria	3	2,0
Hernioplastia Supraumbilical	3	2,0
Herniorrafia	3	2,0
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

En la tabla 1, según el tipo de cirugía encontramos que se realizaron 56 colecistectomías que representó el 37,8% del total de cirugías, seguido de 42 apendicectomía (28,4%), hernioplastia umbilical 11,5% (17 cirugías), hernioplastia inguinal 9,5% (14 cirugías), eventroplastía 4,1% (6 cirugías), hernioplastia epigástrica 2,7% (4 cirugías) y con el menor número de cirugías (3 cirugías) que representa el 2% cada una, encontramos a laparotomía exploratoria, hernia supraumbilical y herniorrafia.

**Tabla 2.** Frecuencia según comorbilidad que presenta los pacientes postquirúrgicos hospitalizados en el Hospital Referencial de Ferreñafe,2022

COMORBILIDAD	FRECUENCIA	%
Diabetes mellitus	3	2,0
Hipertensión arterial	6	4,1
Obesidad	19	12,8
Ninguna	120	81,1
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

Al analizar la tabla 2, muestra datos de las comorbilidades que presentan los pacientes postquirúrgicos, observamos que 120 (81,1%) pacientes negaron alguna comorbilidad, 19 pacientes (12,8%) diagnosticados con obesidad, 6 (4,1%) con hipertensión arterial y 3 (2%) pacientes con diabetes mellitus.

**Tabla 3.** Frecuencia según tipo de analgesia utilizado en los pacientes postquirúrgicos hospitalizados en el Hospital Referencial de Ferreñafe,2022

ANALGESIA	FRECUENCIA	%
AINES	63	42,6
Opioide	16	10,8
AINEs + opioide	69	46,6
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

En los pacientes postquirúrgicos se usaron fármacos para aliviar el dolor, lo cual se muestra en la tabla 3. Al observar la tabla apreciamos que en 63 (42,6%) pacientes se utilizó AINES (ketoprofeno y/o metamizol), en 16 (10,8%) pacientes opioides (tramadol) y en 69 (46,6%) pacientes se usó analgesia combinada de AINEs más opiáceos (tramadol + ketoprofeno y/o metamizol).

**Tabla 4.** Frecuencia según nivel de dolor postquirúrgico en los pacientes postquirúrgicos hospitalizados en el Hospital Referencial de Ferreñafe,2022

DOLOR POSTQUIRÚRGICO	FRECUENCIA	%
Leve	47	31,8
Moderado	60	40,5
Severo	41	27,7
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

De los 148 pacientes postquirúrgicos entrevistados se encontró que 47 de ellos presentaron dolor leve al momento de la entrevista, 60 pacientes con dolor moderado y 41 de los pacientes indicaron sentir dolor severo, todo esto analizado con la escala de EVA. Ver tabla 4. Evidenciándose que el mayor porcentaje (40,5%) de pacientes postquirúrgicos presentaron dolor moderado al ser entrevistados, seguido de los pacientes que presentaron dolor leve (31,8%) y solo el 27,7% del total de entrevistados manifestaron sentir un dolor severo.

3

**Tabla 5.** Análisis factores asociados y dolor postquirúrgico en los pacientes postquirúrgicos hospitalizados en el Hospital Referencial de Ferreñafe,2022

		DOLOR POSTQUIRÚRGICO		TOTAL	OR IC 95%	Valor p
		Moderado -Severo	Leve			
EDAD	> 38	59	17	76	<b>2,479</b> (1,213-5,065)	<b>0,012</b>
	< 38	42	30	72		
	<b>TOTAL</b>	101	47	148		
SEXO	Mujer	64	14	78	<b>4,077</b> (1,936-8,586)	<b>0,000</b>
	Hombre	37	33	70		
	<b>TOTAL</b>	101	47	148		
TIPO DE CIRUGIA	Emergencia	33	12	45	<b>1,415</b> (0,651-3,077)	<b>0,379</b>
	Electiva	68	35	103		
	<b>TOTAL</b>	101	47	148		
COMORBILIDAD	Con comorbilidad	21	7	28	<b>1,588</b> (0,588-3,824)	<b>0,394</b>
	Sin comorbilidad	80	40	120		
	<b>TOTAL</b>	101	47	148		
TIPO ANALGESIA	AINEs u OPIODE	74	5	79	<b>23,022</b> (8,247-64,26)	<b>0,000</b>
	AINEs + OPIODE	27	42	69		
	<b>TOTAL</b>	101	47	148		

Al realizar el análisis para determinar la asociación que representa la edad del paciente con respecto al dolor postquirúrgico obtuvimos que 47 pacientes presentaron dolor leve de los cuales 30 (63,8%) pacientes fueron menores de 38 años y el 36,2% (17 pacientes) fueron mayores de 38 años. Al analizar la data de los 101 pacientes que manifestaron dolor moderado-severo encontramos que el 41,6% (42 pacientes) fueron menores de 38 años y aquellos pacientes mayores de 38 años representaron el 58,4% (59 casos). En el análisis estadístico se obtuvo un OR 2,479 que indica un riesgo significativo y en lo que respecta al chi cuadrado valor p 0,012 que confirma lo obtenido con el OR. A

1 diferencia de lo reportado por Moreno y cols. donde no se encontró asociación entre la intensidad del dolor y la edad (17).

En la tabla 5, observamos en cuanto a la presencia de dolor postquirúrgico y el sexo. En aquellos pacientes que presentaron dolor leve se obtuvo una relación 3 a 1 aproximadamente es decir por cada 3 pacientes hombres existía 1 del sexo mujer con dolor leve, diferente tendencia ocurrió en los pacientes con dolor moderado a severo. El OR obtenido fue 4,077 y un valor p para chi cuadrado de 0,000 lo que demuestra que existe una diferencia estadística significativa en lo que respecta al riesgo por pertenecer a un determinado sexo y presentar un nivel de dolor en pacientes posquirúrgicos. Guarda relación nuestros resultados con los obtenidos por Vásquez, donde presenta su asociación un  $p=0,001$  y un  $OR=12,02$  14.

2 Para determinar el riesgo que conlleva en el paciente intervenido que presente alguna comorbilidad con respecto al dolor postquirúrgico, se ordenó los datos en pacientes con comorbilidad y sin comorbilidad ante lo cual obtuvimos que 47 pacientes presentaron dolor leve, de los cuales con comorbilidad fueron 7 (14,9%) pacientes y el 85,1% (40 pacientes) sin comorbilidad. De los 101 pacientes que manifestaron dolor moderado-severo encontramos que el 20,8% (21 pacientes) presentan alguna comorbilidad y aquellos pacientes sin comorbilidad representaron el 79,2% (80 casos). Al realizar el análisis estadístico se obtuvo un OR 1,588 que indica que no hay riesgo significativo y en lo que respecta al chi cuadrado valor p 0,394 que confirma lo obtenido con el OR. A diferencia de lo obtenido por Imán en su trabajo de investigación, donde determina que las comorbilidades son factores asociados a mayor intensidad de dolor postoperatorio con un  $p<0.05$ . 24

2 En la tabla 5, se puede apreciar que los pacientes que presentaron dolor leve el 10,6% (5 pacientes) fueron tratados con un solo tipo de analgesia (AINEs u opioide) y el 89,4% (42 pacientes) recibieron AINEs más opioide para tratar el dolor. En lo que respecta a los pacientes con dolor moderado a severo, el 73,3% (74 pacientes) fueron tratados con AINEs u opioide y el 26,7% (27 pacientes) recibieron AINEs más opioide. Estos datos fueron analizados estadísticamente obteniéndose un OR de 23,022 y un valor p para chi cuadrado de 0,000, lo cual indica que existe riesgo significativo entre la variable tipo de analgesia y el dolor postquirúrgico.

En la asociación tipo de cirugía según programación y dolor postquirúrgico para lo cual se ordenó los datos en cirugías de emergencia y electivas. De los 47 pacientes con dolor leve, el 25,5% (12 casos) fueron intervenidos por emergencia y 35 (74,5%) fueron electivas. En cuanto a los 101 pacientes con dolor moderado-severo, 33 (32,7%) fueron operados de emergencia y 68 (67,3%) ingresaron para cirugías electivas. Por tanto, al analizar estadísticamente estos datos, obtuvimos un OR de 1,415 y un valor p para chi cuadrado de 0,379, que nos demuestra que no existe riesgo para este tipo de cirugía con el dolor que siente el paciente. No se encontró otros estudios para poder comparar nuestros resultados.

**Tabla 6.** Análisis tipo de cirugía y dolor postquirúrgico en los pacientes postquirúrgicos hospitalizados en el Hospital Referencial de Ferreñafe, 2022

		DOLOR POSTQUIRÚRGICO		TOTAL	Valor p
		Moderado -Severo	Leve		
Apendicectomía	N°	33	9	42	
	%	32.7%	19.1%	28.4%	
	Residuo corregido	1.7	-1.7		
Laparotomía Exploratoria	N°	0	3	3	
	%	0.0%	6.4%	2.0%	
	Residuo corregido	-2.6	2.6		
Colecistectomía	N°	44	12	56	
	%	43.6%	25.5%	37.8%	
	Residuo corregido	2.1	-2.1		
Eventroplastia	N°	6	0	6	
	%	5.9%	0.0%	4.1%	
	Residuo corregido	1.7	-1.7		
Hernioplastia Epigástrica	N°	1	3	4	39,139
	%	1.0%	6.4%	2.7%	
	Residuo corregido	-1.9	1.9		
Hernioplastia Inguinal	N°	7	7	14	
	%	6.9%	14.9%	9.5%	
	Residuo corregido	-1.5	1.5		
Hernioplastia Supraumbilical	N°	3	0	3	
	%	3.0%	0.0%	2.0%	
	Residuo corregido	1.2	-1.2		
Hernioplastia umbilical	N°	4	13	17	
	%	4.0%	27.7%	11.5%	
	Residuo corregido	-4.2	4.2		
Herniorrafía	N°	3	0	3	
	%	3.0%	0.0%	2.0%	
	Residuo corregido	1.2	-1.2		
<b>TOTAL</b>		101	47	148	
		100%	100%	100%	

Al analizar la relación de tipo de cirugía y dolor postquirúrgico como observamos en la tabla 6, de los 101 pacientes con dolor moderado a severo, el 43,6% (44 pacientes) fueron de colecistectomía, 32,7% (33 pacientes) de apendicectomía, 6,9% (7 pacientes) de hernioplastia inguinal, 5,9% (6 pacientes) eventroplastía, 4% (4 pacientes) hernioplastia umbilical, 3% (3 paciente) hernioplastia supraumbilical y herniorrafía respectivamente. En cuanto a los 47 pacientes con dolor leve, 13 pacientes (27.7%) el tipo de cirugía fue hernioplastia umbilical, 12 pacientes (25.5%) colecistectomía. Es preciso indicar que al realizar el análisis estadístico se obtuvo un valor p para chi cuadrado de 39,139 lo que demuestra que no existe diferencia significativa al analizar los 9 tipos de cirugías realizadas en el Hospital Referencial de Ferreñafe, por tanto, se halló el riesgo corregido de cada variable obteniendo un valor de 2,1 en lo que respecta a colecistectomía, lo cual demuestra que este tipo de cirugía guarda relación con el mayor dolor presentado en los pacientes.

### 3.2. Discusión de resultados

La presente investigación se encargó de analizar la asociación del dolor posquirúrgico y los factores asociados como la edad, tipo de cirugía, sexo, comorbilidad, tipo de analgesia en el Hospital Referencial de Ferreñafe. La muestra estuvo constituida por 148 pacientes, donde el promedio de edad más frecuente fue de 37 años, en concordancia con Vásquez en el 2017 reportó en su estudio que la edad media de los pacientes evaluados fue de 35,96 años (14), por el contrario, Gallegos 2019, en su estudio la edad media fue  $55,73 \pm 16,18$  años (40).

El procedimiento quirúrgico más realizado fue colecistectomía con un 37,8%, seguido de apendicetomía con 28,4%, por el contrario, Vásquez 2017 encontró que el 66.15% (86 pacientes) fue intervenido con apendicectomía siendo la cirugía más requerida (14), en cuanto al sexo en la presente investigación el 53% representa a mujeres y 47% hombres, coincidiendo con Moreno 2017 (17), en su investigación predominó el sexo femenino con 67,5 % del mismo modo Vásquez 2017, halló en mayor proporción con 53.85% al sexo femenino. (14).

Respecto a la frecuencia de comorbilidades tenemos que el 81,1% no presenta comorbilidad alguna, el 12,8% obesidad, el 4,1 % hipertensión arterial y 2,0% diabetes mellitus tipo 2, al respecto Imán (24) también reportó 15 pacientes con obesidad, representando la comorbilidad más frecuente en esta investigación, seguido de hipertensión arterial, diabetes mellitus y asma. Se encontró que el mayor porcentaje de analgesia brindada a los pacientes posquirúrgicos, fue la combinada entre AINEs más

opioide, la cual se administró a 69 pacientes (46,6%), seguida de AINEs a 63 pacientes (42.6%) (Tabla N°05). Debido a la distinta etiología del dolor, no se puede decretar cuál sería el tratamiento más adecuado para un determinado paciente; motivo por el cual se debe abordar de forma multidisciplinaria (47).

En cuanto al tipo de dolor postquirúrgico el trabajo de investigación concluyó que, dolor moderado presenta una mayor prevalencia entre los 148 pacientes, donde 60 pacientes (40,5%) manifestaron dolor moderado postquirúrgico, seguido del dolor leve con 47 pacientes (31,8%) y 41 pacientes (27,7%) indicaron dolor severo postquirúrgico (Tabla N°06). A diferencia de lo encontrado por Vargas y cols. de 102 pacientes el 10.94% no manifestó dolor postoperatorio, el dolor leve representó el 65,68%, 16,66% dolor moderado y 6,86% dolor severo (48), así mismo Vásquez K., reporto predominio de dolor severo (71,54%) frente al dolor leve (18,46%) en pacientes postquirúrgicos (14). Es importante resaltar que valorar correctamente el nivel de dolor otorga la facilidad de elegir un tratamiento apropiado y efectivo, de lo contrario se puede realizar un mal manejo del dolor y por ende afectar en la calidad de vida, recuperación y aumentar los riesgos a complicaciones posquirúrgicas (4).

En cuanto a la relación del riesgo de la edad y la intensidad del dolor postquirúrgico, se determinó que, de los 148 pacientes del estudio, 101 presentaron dolor moderado a severo, donde el 41,6% tenía menos de 38 años y 58,4% más de 38 años. En cuanto a los 47 pacientes restantes manifestaron dolor leve, tenemos que el 36,2% eran menores de 38 años y el 63.8% mayores de 38 años; concluyendo que a mayor edad el dolor postquirúrgico se presenta con mayor intensidad (Tabla N°07). A diferencia del estudio realizado por Moreno y cols. determinaron que no se encontró asociación entre la intensidad del dolor y la edad (17). Del mismo modo en el estudio realizado en Guatemala, por Gutiérrez M. determina que la edad es un factor importante relacionado al dolor postoperatorio, donde a mayor edad disminuye el dolor y el consumo de analgésicos (49).

Al analizar la relación de riesgo que existe entre el sexo y la intensidad del dolor, se encontró que 101 pacientes presentaron dolor moderado a severo; de los cuales 64 fueron mujeres y 37 hombres, en cuanto a los 47 que manifestaron dolor leve, 33 fueron hombres y 14 mujeres. Por lo tanto, podemos concluir que nuestro estudio indica que existe una relación significativa entre el sexo y dolor postquirúrgico, siendo género femenino quien presente mayor dolor post cirugía (Tabla N°08). Del mismo modo, Vásquez en el 2017 encontró que el dolor postoperatorio de moderado a severo fue más frecuente en el género femenino en relación al género masculino (14). Un resultado

1 similar presento Quinde P (12), en su trabajo de revisión bibliográfica reportó que el dolor en género femenino y jóvenes es más severo en un primer momento, pero se resuelve más rápidamente; ocurre lo contrario en hombres y pacientes de edad avanzada. En otro estudio realizado por Gutiérrez al evaluar factores asociados al dolor concluye que la mujer presenta con mayor frecuencia dolor y un umbral más bajo de dolor que los hombres, refiriendo más dolor musculoesquelético, neuropático y una muy buena respuesta a los opioides (9).

1 La relación de riesgo que representa la asociación del dolor postquirúrgico y el tipo de cirugía según programación de forma electiva o de emergencia, no existe riesgo. Nuestros datos encontrados son que de 47 pacientes que presentaron dolor leve, el 74,47% fueron intervenidos de manera electiva y el 25,53% ingreso por emergencia; del mismo modo los 101 pacientes con dolor moderado a severo, el 67,33% ingreso de manera electiva y 32,67% fue operados de emergencia (Tabla N°09), coincidiendo con lo reportado por Rivas y Ceacero (50) en la asociación entre intensidad del dolor y el carácter de la cirugía donde manifiesta que, cirugía urgente y electiva, no presentaron diferencias significativas con un valor chi cuadrado ( $p=0,815$ ). Al analizar la asociación según los 9 tipos de cirugías que se evaluaron en el presente estudio se encontró que la colecistectomía estuvo más relacionada con el dolor moderado a severo que presentaron los pacientes.

27 Al relacionar el dolor postquirúrgico con las comorbilidades de los pacientes sometidos al estudio, encontramos que de los 28 pacientes que presentan comorbilidades, 7 de ellos indicaron dolor leve y 21 dolor moderado a severo; en cuanto a aquellos que no presentaban comorbilidad 120 pacientes, 80 manifestó dolor moderado a severo y 21 dolor leve, no encontrándose en la investigación un riesgo significativo (Tabla N°10). Por otro lado, Imán encontró que existe relación entre las comorbilidades y el dolor severo, siendo este 26,11 veces mayor en comparación en quienes no presentaron ningún tipo de comorbilidad, destacando que aquellos pacientes que indicaron tener alguna comorbilidad necesitaron mayor cantidad de analgesia (24). En cuanto en la investigación realizada por Quinde en el 2017 demostró que las comorbilidades como apnea obstructiva del sueño, diabetes mellitus, asma y en mayor proporción la obesidad son factores de riesgo a una mayor intensidad de dolor (12).

5 En cuanto a la relación de riesgo entre el dolor postquirúrgico y el tipo de analgesia administrados a los pacientes, se concluye que existe asociación. Donde de 79 pacientes que se les administró AINEs (ketoprofeno y/o metamizol) u opioides (tramadol), 74 manifestaron dolor moderado a severo y 5 dolor leve; en cuanto de los

69 pacientes que se les indico AINEs más opiáceos (tramadol + ketoprofeno y/o metamizol), 42 presentaron dolor leve y 27 dolor moderado a severo. No se encontró investigaciones relacionadas con el tema.

## IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1. Conclusiones

- Se encontró que el dolor postquirúrgico se encuentra asociado a determinados factores de riesgo como: edad, sexo, tipo de analgesia y tipo de cirugía
- La intensidad de dolor postquirúrgico con mayor porcentaje en el presente estudio fue moderada.
- Existe asociación entre el dolor posquirúrgico y tipo de cirugía siendo la colecistectomía asociada a una mayor intensidad de dolor.
- La edad está asociada al dolor posquirúrgico (a mayor edad manifiestan una mayor intensidad de dolor), y en cuanto al sexo y dolor posquirúrgico (la mujer represento un mayor porcentaje de dolor severo)
- La presencia de comorbilidad no está asociado al dolor postquirúrgico, no existe riesgo significativo.
- Se encontró asociación entre el tipo de analgesia administrados a los pacientes postoperados en relación a presentar una mayor intensidad de dolor postquirúrgico.

### 4.2. Recomendaciones

- El área de asuntos académicos del Hospital Referencial de Ferreñafe debe ejecutar a mediano plazo, un trabajo de investigación más amplio para así poder determinar la analgesia adecuada para cada tipo de paciente, en relación a los factores asociados de cada uno.
- El área de cirugía de Hospital Referencial de Ferreñafe en corto plazo debe establecer protocolos clínicos en cuanto al manejo del dolor postquirúrgico, y de esa forma el abordaje se brinde mediante un equipo multidisciplinario.
- El área de capacitaciones del Hospital Referencial de Ferreñafe en conjunto con la Gerencia Regional de salud debe brindar capacitaciones a los profesionales de la salud para estar mejor preparados, así como sensibilizados acerca del dolor postquirúrgico y la implicancia que presenta en el paciente.