



Uleam
UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

Licenciatura en Enfermería
Facultad de Enfermería



Tema:

“ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES POSOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA”

Autora:

Cañarte Chinga Jean Carlos

Tutora:

Lcda González Kadashinskaia Galina Orlandovna. Mg.

Carrera de enfermería

Manta, agosto 2019



CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Enfermería de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, certifico:

Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación, cumpliendo el total de 60 horas, bajo la modalidad de proyecto de titulación, cuyo tema del proyecto es “**ATENCION DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES POSOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA**”, el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo a los lineamientos internos de la modalidad en mención y en apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico, por tal motivo **CERTIFICO**, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría del tema desarrollado, corresponde al joven **Cañarte Chinga Jean Carlos**, estudiante de la carrera de Enfermería, período académico 2019-2020(1), quien se encuentra apto para la sustentación de su trabajo de titulación.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, Agosto de 2019

Lo certifico

Licda. GALINA GONZALEZ. Mg
Docente Tutor(a)



Certificación del Tribunal de Revisión y Sustentación

Título: “**Rol de enfermería en el preoperatorio de cirugía cardíaca.**”

Trabajo Final de Titulación

Sometido a consideración del Tribunal de Seguimiento y Evaluación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

Licenciada en Enfermería

Aprobada por:

Presidente del tribunal

Profesor Miembro

Profesor Miembro

Lcda. Alexandra Fernández Barcia

Lo certifica

Secretaria Facultad Enfermería



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

La responsabilidad del contenido, los conceptos desarrollados, los análisis realizados y las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo final de titulación me corresponde de manera exclusiva, y el patrimonio del mismo a la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí.

Manta, agosto del 2019

Cañarte Chinga Jean Carlos

CI. 1312861253

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a mi Dios por permitirme llegar hasta este momento de la vida y poder disfrutar de todos estos años de estudio, asimilando conocimientos necesarios para ponerlo en la práctica a lo largo de mi futura carrera profesional.

De manera especial agradezco a la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí y a cada uno de los docentes de la Facultad de Enfermería al brindarme el conocimiento necesario, durante este camino educativo para lograr esta meta tan esperada.

Presento mi agradecimiento hacia aquellas personas e instituciones que aportaron con su colaboración y/o sugerencias para la culminación exitosa de esta investigación. Al personal de Cardiocentro Angio manabi, por brindarme información necesaria para poder llevar a cabo esta investigación.

A mis padres, hermanos, a mi esposa, mi futuro hijo y de manera muy especial a mi madre que estuvo pendiente brindándome su apoyo moral y económico, para así alcanzar esta meta propuesta.

Hago extensivo mi agradecimiento a la Lcda Galina Gonzales; gracias por brindarme sus conocimientos y sugerencias, la cual supo guiarme en el presente proyecto de investigación.

INDICE

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	II
Certificación del Tribunal de Revisión y Sustentación.....	III
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	IV
AGRADECIMIENTO	10
ÍNDICE DE TABLA Y GRÁFICOS.....	13
RESUMEN.....	14
ABSTRACT	15
INTRODUCCIÓN.	16
CAPÍTULO I.....	22
1.1.1 Antecedentes teóricos conceptuales.	22
1.1.2. Historia del tratamiento del dolor.....	24
1.1.2.1. Definición del dolor postoperatorio	24
1.1.2.1. Tipos de dolor	25
1.1.2.1.1. Fisiológicamente el dolor se va a clasificar en:.....	25
1.1.2.1.2. Según la localización del dolor se clasifica como:	25
1.1.3. Prevalencia e incidencia	26
1.2 Factores que influyen en el dolor postoperatorio.....	27
1.2.1. Repercusiones del dolor postoperatorio.....	29
1.3. Escala Visual Analógica (EVA) o Escala Visual Numérica (EVN).	29
1.4. Recomendaciones para el manejo del dolor	30
1.4.1 Tratamiento farmacológico del dolor.....	30
1.4.2 Tratamiento no farmacológico del dolor.....	31
1.5. Dolor en pacientes postoperados en cirugía cardíaca	32
1.6. Teoría de los Síntomas Desagradables	32
1.6.1 Sintomatología según sus dimensiones.....	33
CAPITULO II.....	35
MARCO METODOLOGICO.....	35
2.1 MATERIALES Y MÉTODOS	35
2.1.1 Tipo de investigación.....	35
2.1.2 Diseño de la investigación	36
2.1.3 Población	36
2.1.4 Muestra	37
2.1.5. Recolección de datos	38
2.1.6. Instrumentos	39
2.1.7. Procedimiento para la investigación	39

CAPITULO III.....	53
3.4 Antecedentes.....	53
3.5. Fundamentación:.....	54
Recursos materiales.....	55
3.6 Desarrollo de la propuesta	55
3.7. Conocimiento sobre los Principales Factores de Riesgos relacionados al dolor:.....	56
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES.	60
BIBLIOGRAFIA.	61

ÍNDICE DE TABLA Y GRÁFICOS

N°	Contenido	Pág.
Tabla y gráfico N° 1	Tipo de dolor	43
Tabla y gráfico N° 2	Valor Sensorial del dolor.	44
Tabla y gráfico N° 3	Valor Sensorial del dolor de presión constrictiva	45
Tabla y gráfico N° 4	Valor de intensidad afectiva	46
Tabla y gráfico N° 5	Grado de instrucción del personal de enfermería	47
Tabla y gráfico N° 6	Identificación del dolor por parte del personal de enfermería	48
Tabla y gráfico N° 7	Identificación de los principales signos vitales para la valoración del dolor.	49
Tabla y gráfico N° 8	¿Conoce alguna escala para medir el dolor?	50
Tabla y gráfico N° 9	Acciones de enfermería para el manejo del dolor	51

RESUMEN

El insuficiente nivel de conocimiento por parte de los profesionales de la enfermería en relación al dolor, conlleva a un manejo inadecuado del mismo, expresado por la subestimación del mismo y la implementación de una terapéutica que no se ajusta a las necesidades del paciente. Con el objetivo de diseñar un manual de valoración y manejo del dolor en el posoperatorio inmediato de pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, se realizó un estudio de tipo descriptivo y corte transversal, prospectivo en el período de Mayo a Julio en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca a los cuales se les aplicó el Cuestionario Español del dolor AD HOC y se exploró el nivel de conocimiento del personal de enfermería en el manejo del dolor, evidenciándose que la totalidad de los pacientes refirió dolor de moderada intensidad y que las características fueron: dolor de valor sensorial caliente, en forma de espasmo y de acuerdo a la percepción de los pacientes, de carácter temible. En relación al personal de enfermería tenemos que la mayoría tenían conocimientos sobre escalas de valoración del dolor, que tomaban en consideración los signos físicos para la valoración del dolor, y que identificaban la presencia de dolor mediante la observación de las facie del paciente, la mayor parte se limitaba a la administración de analgésicos como acción predominante. Por lo que se percibe la necesidad de la elaboración de manuales para el manejo del dolor y la implementación de los mismos mediante programas de capacitación continua al personal de enfermería

Palabras Claves: Dolor post quirúrgico, cuidado de enfermería, nivel de conocimiento del personal de enfermería

ABSTRACT

The insufficient level of knowledge on the part of the nursing professionals in relation to pain, implies an affected management of it, expressed by its underestimation and the implementation of a therapy that does not fit the needs of the patient. In order to design a manual for the assessment and management of pain in the immediate postoperative period of patients undergoing cardiac surgery, a descriptive and cross-sectional study was conducted, prospective in the period from May to July in patients undergoing cardiac surgery. which the Spanish AD HOC Pain Questionnaire was applied to them and the level of knowledge of the nursing staff in pain management was explored, showing that all the patients referred pain of moderate intensity and the characteristics were: pain of sensory value hot, in the form of spasm and according to the perception of the patients, of fearsome character. In relation to the nursing staff we have that most of the knowledge, knowledge about pain assessment scales, which they took in the determination of the physical signs for the assessment of pain, and that identified the presence of pain by observing the face of the patient, the majority was limited to the administration of analgesics as a predominant action. Therefore, the need for the development of manuals for pain management and their implementation through continuous training programs for nurses is perceived.

Keywords: Post-surgical pain, nursing care, level of knowledge of nursing staff

INTRODUCCIÓN.

El dolor agudo constituye un mecanismo biológico de alarma que aparece como resultado de la activación de los mecanismos nociceptivos debido a daño somático o visceral, cuya función es alertar el organismo frente a estos estímulos nocivos para generar una conducta relacionada con la evitación que tiene como fin, garantizar la supervivencia (Soler, 2000)

El comité de Taxonomía de la IASP (International Association for the Study of Pain) definió al dolor “como una desagradable y compleja constelación de experiencias sensoriales y emocionales, relacionadas con respuestas autónomas producidas por daño a estructuras somáticas o viscerales (Ready & Thomas, 2002)

En la actualidad el dolor se considera como la integración de tres componentes: el sensitivo, relacionado con el impulso desencadenado desde los receptores del dolor. El componente cognitivo influenciado por el aprendizaje cultural respecto al dolor y con las conductas que se adoptan en relación a este, en el que se integran diversos factores como: el entorno social y el cultural. Además de un tercer componente que es el emotivo-afectivo, el cual hace referencia a las emociones frente al dolor y la manera en que estas pueden influir en la interpretación del mismo. (Brennan & Cousins, 2005) (Bonica & Loeser, 2004)

La percepción final del dolor es consecuencia de la integración de estos tres componentes y depende de las particularidades de cada persona, del tipo de dolor. Así se considera el dolor como la más compleja experiencia humana y la causa más común de estrés psíquico y fisiológico (Brennan & Cousins, 2005)

Moreno-Monsiváis y otros (2017), afirman que el 90 % de los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente, presentan dolor posoperatorio (DP), y que el 60 % sufre dolor de moderado a intenso en sus primeras horas posquirúrgicas (pag.5). Numerosas encuestas realizadas evidencian que entre el 30-50% de los pacientes ingresados padecen dolor de moderado a severo tras una intervención quirúrgica. (Velázquez González, Valdés Llerena, & Pérez Guirola, Analgesia posoperatoria en cirugía torácica electiva, 2010, pág. 50).

(García & Irigoyen Aristorena, 2011, págs. 2-14) Considera que el dolor no solo procede de la incisión quirúrgica, sino que pasadas las primeras horas del postoperatorio inmediato, las

fuentes de dolor pueden proceder, además de los drenajes torácicos, de la parte posterior de la espalda y los hombros en relación con la postura y dureza de la mesa quirúrgica, de las zonas de inserción de catéteres vasculares y del lecho quirúrgico del injerto venoso, en caso de bypass coronario.

El dolor agudo provoca alteraciones fisiopatológicas a nivel de los diferentes órganos y sistemas capaces de alterar el curso de cualquier padecimiento, convirtiéndose en una enfermedad en sí mismo, sino recibe un tratamiento adecuado. Por otra parte el dolor conlleva a la incomodidad del paciente, insatisfacción con la atención médica, y estancias hospitalarias prolongadas. (Pérez Castañeda, Fisiopatología del dolor agudo: alteraciones cardiovasculares, respiratorias y de otros sistemas y órganos, 2012)

Desde el punto de vista psicológico el dolor genera tensión emocional, ansiedad, temor, depresión, interferencia con el descanso nocturno, limitación de la movilidad e incluso desarrollo del dolor crónico, influyendo negativamente en la calidad de vida (Moreno-Monsiváis y otros, 2017)

Numerosos autores afirman que la elevada incidencia de DP se debe al manejo inadecuado del dolor. Esto se debe en gran medida a un deficiente uso de analgésicos como los opiáceos, por desconocimiento de sus características farmacológicas y por temor a la depresión respiratoria que estos pueden causar; además del empleo de pautas de tratamiento insuficientes como la analgesia “a demanda”, y vías de administración inadecuadas. (Muñoz Blanco F. , Salmerón, Santiago, & Marcote, 2001)

Por otra parte, factores como la inexperiencia del personal de salud, la mala actitud hacia el dolor o las barreras ambientales de tipo organizacional entre las que podemos citar el déficit de recursos materiales y humanos, que conlleva a la sobrecarga de pacientes asignados, contribuyen al manejo inadecuado del dolor (Usichenko T, 2013).

El dolor posoperatorio (DP) es un tipo especial de dolor agudo, de gran repercusión en el área de la salud, pues afecta tanto a los pacientes quirúrgicos que lo padecen, como a la familia que “sufre” junto al paciente. Cabe recalcar que la incidencia de DP suele ser del 100 %. De ahí la importancia de la comprensión en cuanto al hecho, que el abordaje adecuado



del DP es parte de nuestra responsabilidad como personal de la salud (Finkel & Schlegel, 2003)

A pesar de los avances en el conocimiento de los cambios fisiopatológicos que acontecen durante el dolor y la repercusión negativa que estos ejercen en el organismo, los pacientes que sufren este síntoma asociado a causas clínicas o traumáticas continúan sin recibir una adecuada analgesia. (Velázquez González, Valdés Llerena, & Pérez Guirola, 2010, págs. 48-59)

Diferentes autores coinciden, al afirmar que las peculiaridades del paciente crítico tales como: la disminución del nivel de conciencia, la severidad de la enfermedad, el tipo de cirugía, y la ventilación mecánica; son factores que dificultan la evaluación y medición del dolor agudo en la unidad de cuidados intensivos (UCI). (L. Roediger, 2014)

Señalan además que la subjetividad y variabilidad individual constituyen inconvenientes que influyen en la optimización del tratamiento así como del establecimiento de protocolos analgésicos eficaces. (L. Roediger, 2014)

De acuerdo a lo planteado por Moreno-Monsiváis y otros, (2017), la existencia de protocolos a nivel nacional e internacional para el manejo adecuado del dolor, no garantiza el control, cuando la valoración y el manejo no responden a las necesidades específicas de los pacientes (pag.5).

Cabe recalcar el rol que desempeñan las enfermeras como elemento clave para el proceso de evaluación del dolor, ya que juegan un papel importante en el proceso de toma de decisiones para el uso de analgesia adicional, y pueden influir en las normas de control del dolor. (Richards & Hubbert, 2007)

La subestimación del dolor, de parte del profesional de la enfermería conduce en la mayoría de los casos a la prolongación del tiempo de reparación de la causa que lo origina y al empeoramiento de las condiciones hemodinámicas del paciente (Velázquez González, Valdés Llerena & Pérez Guirola, 2010). Por todo lo anterior nos planteamos lo siguiente:

Situación problemática

El insuficiente nivel de conocimiento por parte de los profesionales de la enfermería en relación al dolor, conlleva a un manejo inadecuado del mismo, expresado en numerosas ocasiones por la subestimación del dolor en el paciente intervenido de cirugía cardíaca y la implementación de una terapéutica que no se ajusta a las necesidades ni a las condiciones del paciente.

Por otra parte se percibe la escasez en la literatura científica de estudios que evalúen las competencias del profesional de la enfermería en relación al manejo del dolor, lo cual representó una de las motivaciones para el desarrollo de la presente investigación. Es por ello que nos hemos planteado el siguiente problema:

Problema científico

¿Cómo fortalecer el manejo y control oportuno del dolor en el post operatorio inmediato de cirugía cardíaca por parte del personal de enfermería?

Objeto de estudio

Las competencias del profesional de enfermería que labora en las Unidades de Cuidados Críticos (UCC), en relación a la evaluación, manejo y control del dolor posoperatorio inmediato del paciente intervenido de cirugía cardíaca

Objetivo general

Diseñar un manual de valoración y manejo del dolor en el posoperatorio inmediato de pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, con el fin de mejorar las competencias en el profesional de enfermería, garantizando la calidad del cuidado.

Campo de acción

Fomentar en los profesionales de enfermería que laboran en unidades de cuidados críticos, una cultura en la valoración y manejo del dolor en pacientes en etapa posoperatoria inmediata de cirugía cardíaca.

Preguntas científicas

- 1.- ¿Cuáles son los fundamentos teóricos metodológicos que respaldan la importancia de una adecuada valoración y manejo del dolor posoperatorio en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca por parte del profesional de la enfermería?
- 2.- ¿Cuál es el estado actual en relación al manejo y control del dolor posoperatorio en la etapa inmediata de la cirugía cardíaca?
- 3.- ¿Qué contenidos teórico-prácticos y de carácter instrumental deben conformar el diseño de la propuesta?

Tareas científicas

- 1.- Realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva que permita respaldar teórica y metodológicamente el manejo y control del dolor posoperatorio
- 2.- Describir el estado del arte en relación a la temática referida
- 3.- Determinar en base al cumplimiento de las acciones anteriores, los contenidos teóricos-prácticos e instrumentales que deben conformar el diseño de la propuesta

Resultados Esperados

Es importante destacar que este trabajo se deriva de uno de los objetivos del trabajo de tesis doctoral titulado: **Modelo de valoración continua y sistemática de enfermería en el posoperatorio inmediato de cirugía cardíaca**, el cual constituye una de las tareas del proyecto: **Estudio de las enfermedades crónicas degenerativas e infectocontagiosas**

de la población adscrito al programa de **Promoción de salud, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación del ser humano** que tributa a la línea de investigación **N°1 Salud, Cultura Física y Servicios Sociales** correspondiente al **dominio N°6 Salud y bienestar humano**

La presente investigación permitirá, describir las características del paciente intervenido de cirugía cardíaca en relación a la intensidad del dolor que experimentan los mismos en la etapa inmediata del posoperatorio. Por otra parte la información resultante, contribuirá a la obtención de elementos importantes para la valoración integral y multidimensional del paciente por parte del profesional de la salud, proporcionando de esta forma herramientas indispensables para el manejo adecuado del dolor posoperatorio.

Por otra parte, este estudio contribuirá a elevar el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud que laboran en las unidades de cuidados críticos y de recuperación pos anestésica, proporcionándole un material bibliográfico que le servirá de guía para brindar un cuidado integral, continuo y sistemático al paciente acorde a las peculiaridades y necesidades del mismo.

Los resultados de este estudio serán socializados en congresos, jornadas científicas y publicaciones en revistas científicas indexadas a nivel regional fundamentalmente, por lo que pretende servir de referencia de carácter científico para futuras investigaciones relacionadas con el tema objeto de estudio.

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

1.1 Marco teórico referencial

1.1.1 Antecedentes teóricos conceptuales.

Luego de realizar la revisión de antecedentes se encontraron estudios relacionados con el tema de la presente investigación. Entre ellos tenemos:

Ortega-López, Aguirre-González, Pérez-Vega y otros (2018) desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la efectividad de un programa educativo para el personal de enfermería sobre manejo de dolor en pacientes con problemas crónicos degenerativos y quirúrgicos. El método usado fue el diseño pre-experimental con pretest-postest.

La población de estudio estuvo integrada por personal de enfermería (42) de dos instituciones de salud de segundo nivel de atención, del sector público. Se utilizó el cuestionario Conocimiento y Actitudes Respecto al Dolor. La media de respuestas correctas del conocimiento pretest fue de 50.9 ($DE = 9.65$), valor mínimo de 28.1 y máximo 78.1; y en el postest la media fue de 70.4 ($DE = 10.9$) valor mínimo de 40.6 y máximo 90.6. Posterior a la intervención educativa, se encontró mayor conocimiento en el personal de enfermería ($t(41) = -12.98$; $p < 0.001$).

El estudio de intervención educativa del personal de enfermería fue efectivo para mejorar el conocimiento sobre el manejo del dolor en los pacientes, ya que los primeros brindaron una mejor atención y cuidados, posteriores a la intervención educativa, no obstante, este fue insuficiente para la mayoría del personal participante (Ortega López y otros, 2018)

Por otra parte (Moscoso & Bernal, 2015, págs. 10-15) en su estudio titulado "Cuidado y manejo del dolor en el paciente en pos operatorio de revascularización miocárdica, concluyó que la presencia del dolor disminuía la actividad física, la tos efectiva y el sueño, generando niveles altos de ansiedad, cansancio y preocupación en el paciente.

Otro estudio desarrollado por (Coelho, 2015, págs. 15-24) reportó que el 54,5% de los pacientes manifestaron dolor de moderada intensidad durante el segundo y tercer día posoperatorio y que el 63,6% de los pacientes experimentaron una disminución del mismo entre el quinto y sexto día. Evidenció además que la intensidad del dolor aumentaba al toser y/o durante la respiración profunda y que la presencia de dolor generó alteraciones en el desempeño funcional del paciente.

Castanera et al; en un estudio desarrollado en España en el 2013 reporta que el 40.8% de los pacientes que fueron sometidos a bypass, experimentaron dolor de nivel medio, según la escala de valoración del dolor (EVA); a diferencia del grupo de pacientes que fueron intervenidos por otras patologías cardíacas. Estos autores concluyeron que el dolor constituye una variable importante a tener en cuenta en el pos operatorio de cirugía cardíaca, el mantenimiento del control adecuado del dolor favorece el confort del paciente así como ayuda a prevenir posibles complicaciones respiratorias tales como: atelectasias, e infecciones. (Castanera, 2013, págs. 10-54)

Y por último cabe citar un estudio realizado por Quinde, P.; en Estados Unidos, en el que se reportó que una de las principales complicaciones asociadas al manejo inadecuado de analgesia es el desarrollo de dolor crónico, aproximadamente entre el 10 a 50% de los casos se produce debido a una cirugía torácica. Estas experiencias dolorosas generan en el paciente complicaciones tales como: retardo en la deambulación precoz, complicaciones cardiovasculares y pulmonares. La recuperación de la salud es lenta, y genera aumento de morbilidad y mortalidad. (Quinde, 2017, págs. 1-24)



1.1.2. Historia del tratamiento del dolor

La historia del dolor es la historia del hombre, y a lo largo de ella se ha creado, olvidado y nuevamente generado métodos para suprimir el dolor. (Torres LM, 1997)

Se pueden distinguir tres períodos históricos:

1. Período empírico, mágico y pretécnico, que comprende el conocimiento, la interpretación y el tratamiento del dolor como tal, hasta la medicina griega; abarcando también la prehistoria.
2. Período técnico y del conocimiento de la naturaleza con la adaptación de la medicina del dolor a la sociedad existente.
3. Período científico, tras la II Guerra Mundial, en el que el médico, que ha sido capaz de curar algunas enfermedades infecciosas, intenta llegar al conocimiento fisiológico y bioquímico del dolor, para conseguir de esta forma su tratamiento de una manera científica.

La forma de interpretar y tratar el dolor desde el período empírico hasta la actualidad ha presentado una gran variabilidad en función de las creencias, los conocimientos y el desarrollo científico de las diversas civilizaciones en todos estos siglos, existiendo una gran diversidad de vestigios arqueológicos y piezas históricas que sugieren en algunos casos, y demuestran en otros, la forma de abordar este problema. (Torres LM, 1997)

1.1.2.1. Definición del dolor postoperatorio

El dolor postoperatorio es un tipo de dolor agudo causado por un traumatismo quirúrgico que desencadena una reacción inflamatoria y una descarga neuronal aferente, aunque puede llegar a cronificarse. En este tipo de dolor intervienen diversos mecanismos fisiológicos nociceptivos sobre los que influyen factores psicológicos, de conducta y emocionales. (Mosteiro Díaz, 2010)



Aunque el dolor postoperatorio es aquel que aparece como consecuencia del acto quirúrgico, el ámbito de actuación en el cual nos movemos es algo más amplio, y hemos de referirnos al dolor en el perioperatorio, entendiendo éste como aquel dolor presente en un paciente quirúrgico a causa de la enfermedad previa, del procedimiento quirúrgico, o de una combinación de ambos. (Landa García I, 2005)

1.1.2.1. Tipos de dolor

Existen diversas clasificaciones, las más frecuentemente utilizadas son las siguientes:

Dolor Agudo: es aquel que dura poco tiempo menos de dos semanas se asocia a respuestas autonómicas psicológicas y conductuales provocadas por estímulos nocivos. Constituye en su fisiopatología la conducción, transducción, trasmisión, modulación periférica, medular y procesamiento central. El dolor agudo puede hacerse persistente por falta de terapéutica eficaz y transformarse en dolor crónico. (Cano JM, 2007)

Dolor Crónico: es aquel que persiste más allá de la evolución natural del proceso del dolor agudo o del tiempo que razonablemente se espera la resolución de la injuria. Arbitrariamente se asigna una persistencia de tres meses o aquel que reaparece con remisiones o recidivas. (MJ., 2005)

1.1.2.1.1. Fisiológicamente el dolor se va a clasificar en:

Dolor Nociceptivo: producido por una estimulación de las vías nociceptivas transmitido a través de las vías ascendentes hacia los centros supra espinales y sea percibido como una sensación dolorosa.

Dolor Neuropático: producido por una lesión directa sobre el sistema nervioso, de tal manera que el dolor se manifiesta ante estímulos mínimos o sin ellos y suele ser un dolor continuo. (Cano JM, 2007)

1.1.2.1.2. Según la localización del dolor se clasifica como:

Dolor Somático: producido por la activación de los nociceptores de la piel, hueso y partes blandas.

Dolor Visceral: ocasionado por la activación de nociceptores por infiltración,



compresión, distensión, tracción o isquemia de vísceras pélvicas, abdominales o torácicas. (Cano JM, 2007)

El dolor postoperatorio es considerado como el máximo representante del dolor agudo, definiéndose éste como el dolor que se genera ante estímulos originados por lesiones, enfermedades o una función anormal de vísceras o músculos. Tiene dos características importantes: su duración debe ser breve (menos de seis meses) y tiene que ceder al cesar la causa que lo origina. (MJ., 2005)

Este dolor agudo a su vez se puede clasificar en:

- Dolor superficial, cutáneo o periférico.
- Dolor somático, profundo o central.
- Dolor visceral.

El dolor agudo postoperatorio generalmente responde a las características del dolor nociceptivo somático, pero frecuentemente presenta también elementos del dolor neuropático, sobre todo en enfermos vasculares y neuroquirúrgicos. (JM., 2010.)

1.1.3. Prevalencia e incidencia

La incidencia, intensidad y duración del dolor que experimenta el paciente después de una intervención quirúrgica, no son bien conocidas, porque no se han realizado los necesarios trabajos de investigación, adecuadamente diseñados que correlacionen las variables intensidad/tiempo del dolor, después de cada intervención quirúrgica. Por otra parte, la incidencia, intensidad y duración del dolor postoperatorio varían considerablemente de uno a otro paciente, de una a otra intervención quirúrgica, de uno a otro hospital e incluso de un país a otro (Martínez-Vázquez de Castro J, 2000).



Conviene destacar las cuatro causas principales existentes que explican la elevada incidencia de dolor postoperatorio (Landa García I, 2005):

- La ausencia de conocimientos o conceptos erróneos sobre el tratamiento del dolor por parte del personal sanitario.
- La ausencia de evaluación o valoración inadecuada de la intensidad del dolor y de la eficacia de los tratamientos utilizados.
- La ausencia de información/educación del paciente sobre las consecuencias del dolor no tratado de forma adecuada, y sobre las posibilidades de analgesia en el período postoperatorio.
- La ausencia de estructuras organizativas que gestionen el proceso del dolor a lo largo de todo el período perioperatorio, en las que participen todos los estamentos implicados en la asistencia al paciente, y que se adapten a las características del centro sanitario donde se apliquen.

1.2 Factores que influyen en el dolor postoperatorio

El dolor postoperatorio se plantea como una problemática no dependiente de un solo factor, en este caso el propio acto quirúrgico, sino ligada a una serie de factores que en conjunto explicarían la variabilidad en la magnitud del dolor experimentado por cada paciente (Martínez-Vázquez de Castro J, 2000).

Estos factores se pueden agrupar en tres grandes grupos:

Dependientes del paciente: no se puede afirmar que no existen diferencias en la percepción del dolor debidas a la edad, y que los neonatos y los ancianos poseen la misma percepción dolorosa que el resto de la población; sin embargo, a diferencia de otras etapas de la vida, lo que varía es la respuesta frente a los fármacos.

En ambas edades está alterado el aclaramiento plasmático. Por otra parte, tanto los neonatos como los ancianos presentan una sensibilidad aumentada frente a los efectos farmacológicos de los opiáceos, lo que propicia que los



ancianos presenten un mayor y más prolongado alivio del dolor que el resto de la población frente al mismo tratamiento analgésico. (Company E, 2000)

La relación entre el sexo y el dolor es controvertida. Así, mientras algunos autores no han encontrado relación entre el sexo y el alivio del dolor experimentado por los pacientes tras intervenciones quirúrgicas, otros apuntan que las mujeres presentan más dolor postoperatorio (Soler, 2000).

Otros factores dependientes del paciente son los factores socioculturales y étnicos, pero existen pocos estudios que recojan que la etnia, la condición socioeconómica, el nivel cultural o las creencias religiosas sean factores a tener en cuenta a la hora de valorar la respuesta del paciente a la estimulación nociceptiva (Company E, 2000).

Por otro lado, al estado emocional del paciente tras la intervención quirúrgica puede ejercer una gran influencia en la valoración del dolor postoperatorio. Este estado emocional va a depender de varios factores como son: factores predisponentes (tipo de personalidad, historia familiar) sobre los que no se puede actuar; factores ocasionales (estrés del ingreso, incertidumbre, ansiedad) donde probablemente con una buena atención e información se podría actuar con éxito; vivencias u otras experiencias dolorosas previas (Soler, 2000).

Otros factores predictivos de la severidad del dolor postoperatorio relacionados con el paciente son: presencia de dolor intenso en el postoperatorio por la enfermedad que motiva la intervención, dolor preoperatorio superior a seis meses, dolor intenso en intervenciones previas, alta expectativa de sufrir dolor en la intervención, presencia de dolor crónico (Mosteiro Díaz, 2010).

- Dependientes del tipo de intervención quirúrgica: el tipo de cirugía es el factor condicionante de mayor importancia de la intensidad y dolor postoperatorio. La influencia directa del acto quirúrgico sobre el dolor postoperatorio viene determinada por los siguientes factores.



- Dependientes de la técnica anestésica: la técnica anestésica, tanto pre como intra o postoperatoria va a influir en la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio.

1.2.1. Repercusiones del dolor postoperatorio

La identificación y el control del dolor requieren una atención muy especial por parte del personal encargado del cuidado de los pacientes operados, dadas las importantes repercusiones en la morbilidad y la mortalidad que tiene la correcta recuperación del paciente tras la intervención quirúrgica (Mosteiro Díaz, 2010).

Valoración del dolor

Para identificar el dolor se pueden aplicar varias estrategias: intentar que el paciente lo comunique, asumir que el enfermo percibe dolor cuando se realizan maniobras que potencialmente pueden causarlo, usar una escala validada de indicadores del comportamiento, valorar la impresión del familiar sobre la posibilidad de dolor de su allegado y valorar la respuesta (Bermejo A, 2001)

Siendo el dolor una experiencia subjetiva, la mejor valoración del dolor es la referida por el propio paciente. Para facilitar la cuantificación del dolor en los pacientes críticos conscientes y orientados se han diseñado diversas escalas, siendo las más utilizadas en muchos estudios las que utilizan un símil numérico o de longitud (EVN, EVA) presentado de forma horizontal o vertical, en el que el paciente y el enfermero o enfermera puede identificar la intensidad del dolor que padece.

1.3. Escala Visual Analógica (EVA) o Escala Visual Numérica (EVN).

Es la más utilizada en pacientes posquirúrgicos por su eficacia. Se compone de una línea continua de 100 mm con los extremos marcados por 2 líneas verticales que delimitan la experiencia dolorosa entre no dolor (puntuación 0) y máximo dolor imaginable (puntuación 10). El paciente marcará aquél punto de la línea que mejor



refleje su dolor; la parte posterior se encuentra graduada para que los profesionales que lo valoran obtengan así un valor numérico de la intensidad del dolor del paciente. (Català Puigbò E, 209)

La misma línea puede servirnos para evaluar la mejoría alcanzada con el tratamiento administrado, hablamos entonces de EVA de mejora, donde en el extremo izquierdo correspondería a la no mejora y en el derecho la mejora completa. Es importante hacer comprender al paciente qué información queremos obtener y utilizar instrumentos del tamaño suficiente, especialmente en enfermos con dificultades sensoriales. (Navarro-García M, 2011)

1.4. Recomendaciones para el manejo del dolor

Según la OMS La OMS realizó en 1996 una serie de recomendaciones que siguen vigentes como normas básicas en el manejo del dolor, estas recomendaciones se sintetizan a continuación. (P. D. , 2005)

- Medición del dolor ayudándose de escalas de valoración.
- Vía de administración oral que resulta más simple y cómoda. • Administración de medicamentos con un horario pautado y sin esperar a que desaparezcan los efectos de la dosis anterior.
- Uso adecuado de la escalera analgésica: habitualmente se inicia la administración de medicamentos en el primer escalón pero, si se considera que el dolor es intenso, puede iniciarse en el segundo o tercer escalón. El salto al escalón siguiente lo determina el fallo en el alivio del dolor del escalón anterior. También puede ocurrir que sea necesario no demorarse en el segundo escalón, cuando resulta ineficaz, y saltar al tercero inmediatamente.
- Administración de fármacos según el sujeto: individualizar la prescripción.

1.4.1 Tratamiento farmacológico del dolor

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó unos protocolos con el título “Alivio del dolor oncológico”, uno de sus componentes centrales era la



“Escala Analgésica OMS”, con sus 3 peldaños. En 1993, se distribuyeron 250.000 ejemplares de estos protocolos en más de 22 idiomas, con lo que se convirtió en la segunda publicación más traducida de la OMS (P. V.-s. , 1986)

La Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud también denominada “Escalera del dolor de la OMS”, “Escalera terapéutica del dolor de la OMS” o simplemente “Escalera analgésica”, es una expresión original (en inglés “WHO's Pain Ladder” & “WHO's Pain Relief Ladder”) acuñada en el año 1984 en Ginebra y publicada en 1986 por la OMS para describir un método o protocolo de tratamiento y control del dolor en el cáncer. No debe confundirse con las escalas de dolor que se utilizan para conocer el grado y evolución del dolor como es la escala EVN. (P. V.-s. , 1986)

La OMS recomienda la administración de diferentes tipos de fármacos para aliviar el dolor, dependiendo de la severidad de éste y además se utiliza como base del manejo del dolor actual. Para tratar los dolores leves se aconseja utilizar una combinación de analgésicos simples, en general disponibles sin prescripción médica (primer escalón: A). Para los dolores leves a moderados, se aconseja una combinación de analgésicos simples y un opioide suave, como la codeína (segundo escalón: B). Para el dolor moderado a severo se recomienda el uso de opioides fuertes, tales como la morfina y se subraya que éstos son absolutamente necesarios (tercer escalón). (P. V.-s. , 1986)

1.4.2 Tratamiento no farmacológico del dolor

El tratamiento no farmacológico del dolor simplemente es la instauración de métodos o técnicas que puedan disminuir o mitigar el dolor del paciente de una manera no farmacológica (tradicional). Numerosos estudios que se irán enumerando tratan de la utilización de la hipnosis para el control del dolor como método no farmacológico. (Ardigo S, 2016)

Los métodos utilizados han sido según los últimos estudios el Yoga o la risoterapia, terapias de cuerpo y mente en las que se asume que si la mente está despejada y



en buen estado de salud, ésta contribuye al beneficio físico del paciente. También podemos incluir en este apartado la utilización de placebos para el tratamiento del dolor como describen algunos estudios sobre las cualidades de los medicamentos placebo entre lo que destacan los fármacos de homeopatía mejorando o completando un tratamiento farmacológico. (Shang A, 2005)

Otra técnica de control del dolor más tangible y aplicable sería la crioterapia que consiste en aplicar frío a las zonas donde nos interesa reducir la respuesta nociceptiva de dolor en respuesta a un estímulo. También la neuromodulación en forma de Estimulación Eléctrica Neuromuscular (EENM) y la Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea (ENST) se han destacado como posibles complementos al tratamiento farmacológico el tratamiento postoperatorio del dolor y debilidad muscular. (Chughtai M, 2015)

Todas estas técnicas se consideran terapias complementarias al tratamiento del dolor.

1.5. Dolor en pacientes postoperados en cirugía cardíaca

Los niveles de dolor experimentados por los pacientes sometidos a cirugía cardíaca son a menudo altos y además sub-tratados. Los efectos del sub-tratamiento pueden ser severos y prolongados. La incidencia de dolor crónico después de cirugía cardíaca varía entre 21% y 55%. El dolor postoperatorio continúa representando un aspecto negativo de los cuidados postoperatorios. Los resultados de los estudios revelan la necesidad de diseñar protocolos analgésicos más adecuados a las necesidades de los pacientes. (Gallego JI, 2004)

1.6. Teoría de los Síntomas Desagradables

El dolor es uno de los principales síntomas referidos por los pacientes sometidos a cirugía cardíaca en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y el principal agente estresante, de ahí que uno de los objetivos prioritarios de los cuidados de enfermería sea su valoración y manejo efectivo^{1,2}. Es definido por la International Association for the Study of Pain (IASP)³ y la Sociedad Española del Dolor (SED)⁴



como «una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma.

La Teoría de los Síntomas Desagradables propuesta por Elizabeth Lenz y colaboradores (1995, 1997) es "una teoría que emerge de manera espontánea de la práctica de enfermería de manera inductiva de lo particular a lo general, a partir de reflexiones del mundo real". Se basa en la premisa de que hay similitudes a través de los diferentes síntomas experimentados por un tipo de poblaciones clínicas en diversas situaciones.

Esta teoría está basada en la premisa de que existen puntos en común en las diferentes manifestaciones experimentadas por los pacientes. Su marco teórico tiene utilidad para la práctica y la investigación pues, proporciona un esquema de organización y fomenta el pensamiento integrador entre muchos aspectos de la experiencia de los síntomas. El contenido teórico considera el síntoma como una experiencia individual subjetiva, sin embargo, no lo considera de manera aislada, por el contrario, toma en cuenta el contexto familiar y social, junto con los factores situacionales que pueden influir en los síntomas. Desde esta perspectiva se enriquece la mirada integradora de la enfermería.

El propósito de esta teoría es "mejorar la comprensión de la experiencia de la gran variedad de síntomas en diversos contextos y proporcionar información útil para el diseño de medios eficaces para prevenir, mitigar o controlar los síntomas desagradables y sus efectos negativos", entre ellos el dolor.

1.6.1 Sintomatología según sus dimensiones

La dimensión intensidad o gravedad: se refiere a la severidad, fuerza o cantidad del síntoma que experimenta, siendo fácilmente cuantificable. En Cuidados Paliativos se recomienda la utilización de las diferentes escalas para cuantificar en especial el dolor. Esta es una medida validada para objetivar la magnitud del dolor. La teoría plantea la necesidad de cuantificar no sólo el dolor sino todos los síntomas



presentados. Por otro lado, existe evidencia utilizada en cuidados paliativos oncológicos sobre la evaluación de los síntomas, de que no sólo puede ser considerado lo que el paciente describe, sino también a través de la observación de la enfermera/o, familiar o cuidador.

1.6.1.1 La dimensión angustia

La Dimensión calidad del síntoma: se refiere a la naturaleza de los síntomas o a la manera en que se manifiesta o experimenta, es decir, lo que se siente al tener el síntoma. Con lo anterior la teoría reconoce que cada síntoma tiene aspectos y características únicas. Existen descriptores específicos que pueden caracterizar a cada síntoma como por ejemplo: en el dolor se consulta el tipo de dolor, si es somático, visceral o neuropático, intensidad, frecuencia, duración, qué factores lo intensifican o lo atenúan. Este aspecto de la teoría es muy relevante pues permite caracterizar el síntoma, reconocerlo y tratarlo adecuadamente. Lo importante es reconocer que cada paciente tiene una capacidad propia para describir lo que él o ella está experimentando, por lo tanto se debe tener en cuenta la interpretación que debe hacerse de la descripción para categorizar el síntoma adecuadamente. En cuidados de enfermería paliativa debería orientarse a establecer que no sólo el dolor puede ser caracterizado sino también los otros síntomas que experimentan frecuentemente los pacientes oncológicos con enfermedad avanzada. Los cuidados de enfermería, en este aspecto, deberían considerar el consultar por ejemplo: cómo le duele; cómo se siente con las náuseas, cuánto le limita este síntoma el alimentarse; o la fatiga: si puede realizar las cosas habituales o debe limitarse sólo a cosas menores, cuánto depende de cuidadores para realizar las cosas habituales.



CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO.

2.1 MATERIALES Y MÉTODOS

2.1.1 Tipo de investigación

De acuerdo al estudio abordado en referencia a "Manejo del dolor en pacientes posoperados de cirugía cardíaca" y en función de sus objetivos, se realizó un estudio **no experimental**, definido de esta forma por su dimension temporal o el número de momentos o puntos en el tiempo en los cuáles se recolectan los datos. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

La investigación está enmarcada en un **enfoque cuantitativo**, este, refleja una filosofía determinista basada en el paradigma o escuela del pensamiento positivista, cuyo propósito es examinar la causa, y cómo diferentes causas interactúan y/o influyen en los resultados; desarrollado bajo el **método científico deductivo**, donde la mayor parte de las ideas o conceptos se reducen a variables, y las relaciones entre ellas son sometidos a test. El conocimiento resultante está basado en la observación, medición e interpretación cuidadosa de la realidad objetiva. (Sousa Valmi, Driessnack, & Mendes, 2007).

El presente estudio se centra en evaluar y analizar el nivel de conocimientos en cuanto al manejo del dolor en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca en la etapa posoperatoria inmediata, de los profesionales de la enfermería que laboran en las unidades de cuidados críticos del Centro de Especialidades ICCMA-Cardiocentro Manta- Angio-Manabí, Ecuador; en la etapa comprendida entre: post operatorio inmediato y mediato



2.1.2 Diseño de la investigación

Se realizó un estudio de **corte transversal**, ya que los datos son recolectados en solo momento único, en un tiempo único, cuyo propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Fellows & R Liu, 2015)

Según el conocimiento que se tiene del objeto de estudio, se clasifica en estudio de **tipo descriptivo**, ya que se refiere a la investigación que provee un retrato preciso de las características de un individuo en particular, de una situación, o de un grupo, conocida también como investigación estadística. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

En nuestro caso se describieron las características de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca así como la intensidad del dolor al despertar de la anestesia y tras la extubación.

Teniendo en cuenta el tiempo en que se recolectarán los datos, corresponde a un estudio **prospectivo**. El estudio prospectivo, o estudio de corte, los factores y variables potenciales identificadas en el presente son relacionadas con resultados posibles en el futuro (Balestrini, 2006). (Balestrini Acuña, 2006)

2.1.3 Población

(Tamayo y Tamayo, 2006)), define a la población como la totalidad de un fenómeno de estudio, incluye la totalidad de las unidades de análisis o entidades de población que integran dicho fenómeno y que debe cuantificarse para un determinado estudio integrando un conjunto "N" de entidades que participan de una determinada característica, y se le denomina población por constituir la totalidad del fenómeno adscrito a un estudio o investigación



La población estuvo constituida por 71 pacientes intervenidos de cirugía cardíaca en el período comprendido entre Mayo a agosto del 2019 en el Centro de Especialidades ICCMA-Cardiocentro Manta- Angio-Manabí, Ecuador.

2.1.4 Muestra

Una muestra es un conjunto de unidades, una porción del total, que representa la conducta del universo en su conjunto (Tamayo y Tamayo, 2010). Se realizará la determinación de la muestra (n) con la aplicación de la fórmula propuesta por Torres, Paz y Salazar (2002), que se estructura en la siguiente fórmula:

$$n = (N \times Z^2 \times p \times q) / (d^2 \times (N - 1) + (Z^2 \times p \times q))$$

$$n = (76 \times 1.96^2 \times 50 \times 50\%) / (3^2 \times (76 - 1) + (1.96^2 \times 50 \times 50))$$

$$n = 71$$

Cuyos miembros se definen como:

N: tamaño de la población;

Z= nivel de confianza de 95% ($\alpha=0,05$) =1,96;

p: probabilidad de éxito o proporción esperada = 0,50; q: probabilidad de fracaso 0,50;

d: Error máximo admisible en términos de proporción=0,03.

Identificando un valor muestra fraccionado de individuos, para una probabilidad de éxito del 95%, finalmente y por razones obvias se asume una de muestra de pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

Parametro	Valor
N	76
Z	1,96
P	50%
Q	50%
D	3%



Se realizó un muestreo aleatorio de tipo probabilístico obteniéndose una muestra de 71 pacientes.

Los criterios de inclusión fueron:

- Adultos, mayores de 18 años ingresados en la unidad de cuidados intensivos que fueron intervenidos de cirugía cardíaca
- Pacientes conscientes con capacidad de interactuar con personal de salud
- Aceptar por escrito participar en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes bajo los efectos de la sedación y
- aquellos que negaron su consentimiento para participar en el estudio.

En el caso de los profesionales de enfermería, se procederá con aquellos que den su consentimiento para participar en el estudio, y que se encuentren laborando en el centro. Serán excluidos del estudio aquellos que no den su consentimiento voluntario para participar en el estudio, y los que se encuentren de vacaciones o de licencia, además de estudiantes e internos de enfermería.

$$n = (N \times Z^2 \times p \times q) / (d^2 \times (N - 1) + (Z^2 \times p \times q))$$

$$n = \frac{(34 \times 1.96^2 \times 50 \times 50)}{(3^2 \times (34 - 1) + (1.96^2 \times 50 \times 50))}$$

$$n = 21$$

2.1.5. Recolección de datos

La recolección de los datos de los pacientes, en este estudio se obtendrán a partir de la historia clínica (Anexo. 2), que registra los datos generales referidos a su identificación (nombre, edad cronológica, procedencia) diagnóstico preoperatorio,



datos referentes a la presencia de antecedentes patológicos personales (comorbilidades), como son: arritmias, HTA, HTP, EPOC, DM, IC o sus equivalentes, antecedentes de AIA o IAM <de 6 meses, dislipidemia, nefropatías, hepatopatías, coagulopatía, FEVI<40 %, asma, tabaco, alcohol, Ictus, anemia, alergia.

Así como datos relacionados con la etapa posoperatoria, entre ellos la presencia e intensidad del dolor en dos momentos: al despertar de la anestesia y tras la extubación.

2.1.6. Instrumentos

Entre los instrumentos utilizados para la realización de la investigación tenemos: la historia Clínica, la Hoja de Anestesia y Reanimación, Cuestionario Español de Dolor elaborado “ad hoc” de 6 ítems en el que se incluye la escala EVA (anexo 5), y la Encuesta de conocimiento del dolor por enfermería

Para los datos de los pacientes se elaborará una hoja de registro de la información, diseñada previamente. Se realizaron además dos matrices de datos, una para los datos de los pacientes y otra para los profesionales de enfermería.

2.1.7. Procedimiento para la investigación

Todo paciente que resulte candidato para la cirugía cardíaca y que cumpla con los criterios de inclusión, se le procederá a realizar la revisión de la historia clínica de la evaluación preoperatoria, los datos se asentarán en la hoja de registro de la información diseñada previamente.

Una vez concluido el acto quirúrgico y el paciente sea trasladado a la unidad de cuidados coronarios intensivos posquirúrgicos (UCIC), se procederá a la revisión diaria de los registros de la UCIC que aportan datos relacionados con los cambios significativos que experimenta el paciente posoperado de cirugía cardíaca.

Se realizará además una entrevista semiestructurada al paciente donde se le aplicará el Cuestionario Español de Dolor elaborado “ad hoc” de 6 ítems en el que se incluye la escala EVA, al despertar de la anestesia y tras la extubación.



En el caso del personal de enfermería se le aplicará el cuestionario autoadministrado (Encuesta de conocimiento del dolor por enfermería) en el lugar de trabajo. Tanto para la muestra de pacientes, como de profesionales de enfermería los datos fueron transferidos a la matriz de datos para su procesamiento y análisis

Los datos obtenidos fueron procesados con el programa SPSS versión 22. El análisis descriptivo de los indicadores se realizaron mediante frecuencias absolutas y relativas. Los datos fueron presentados en tablas y gráficos.

2.3 Resultados

Encuesta a pacientes.

TABLA 1 INTENSIDAD DEL DOLOR

	AL DESPERTAR DE LA ANESTESIA		TRAS LA EXTUBACIÓN	
	FRECUENCIA	PORCENTAGE	FRECUENCIA	PORCENTAGE
LEVE	9	12,70%	27	38%
MODERADO	60	84,50%	38	53,50%
INTENSO	2	2,80%	4	5,60%
MUY INTENSO	0	0%	2	2,80%
TOTAL	71	100%	71	100%

Fuente: Datos de la historia clínica

Estos resultados pueden estar asociados con el manejo analgésico, los casos que requirieron ventilación mecánica superior a las 24 horas se les administró infusión de fentanyl, y de midazolam respectivamente. Los pacientes que se extubaron durante las primeras 12 horas fueron tratados con tramadol en infusión intravenosa exclusivamente, además de la ausencia de medidas no farmacológicas.

En relación a la presencia del dolor posoperatorio podemos concluir que los resultados de nuestra investigación son consistentes con los reportados por la literatura internacional. Moreno-Monsivais y otros (2017), afirman que el 90 % de los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente, presentan dolor



posoperatorio, y que el 60 % sufre dolor de moderado a intenso en sus primeras horas posquirúrgicas (pag.5).

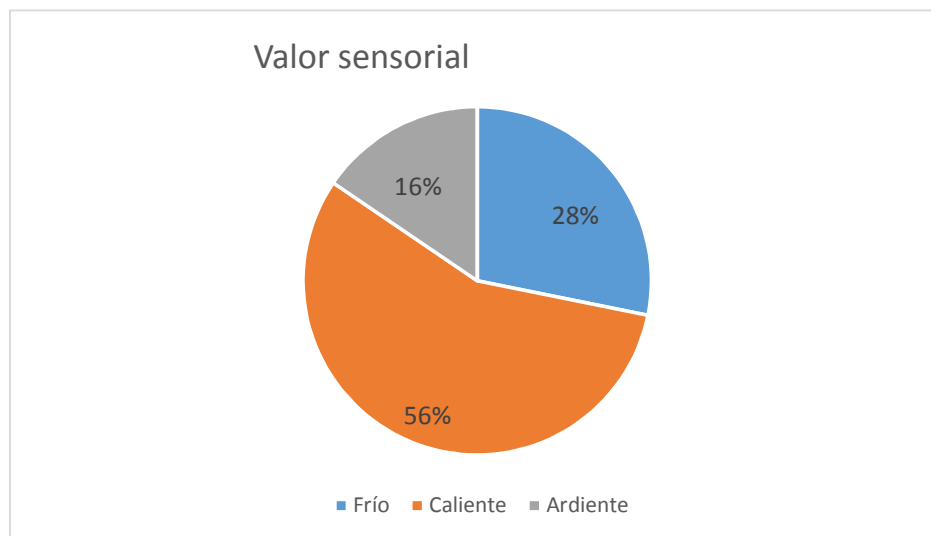
Numerosas encuestas realizadas evidencian que entre el 30-50% de los pacientes ingresados padecen dolor de moderado a severo tras una intervención quirúrgica. (Velázquez González, Valdés Llerena, & Pérez Guirola, 2010, pág. 50).

Tabla 2. Valor Sensorial del dolor.

VALOR SENSORIAL	Frecuencia	Porcentaje
Frío	20	28%
Caliente	40	56%
Ardiente	11	16%
Total	71	100%

Fuente: historia clínica del paciente

Gráfico.2 Valor sensorial del dolor.



Fuente: historia clínica del paciente

Análisis y Discusión De Resultados 2.

El grafico 2 nos muestra que el 56% de los pacientes refieren sentir una sensación caliente, al referirse a la intensidad sensorial térmica del dolor, seguido del 28% de



los pacientes los cuales comunicaron sentir frío y una minoría representada por el 11% refirieron una sensación ardiente.

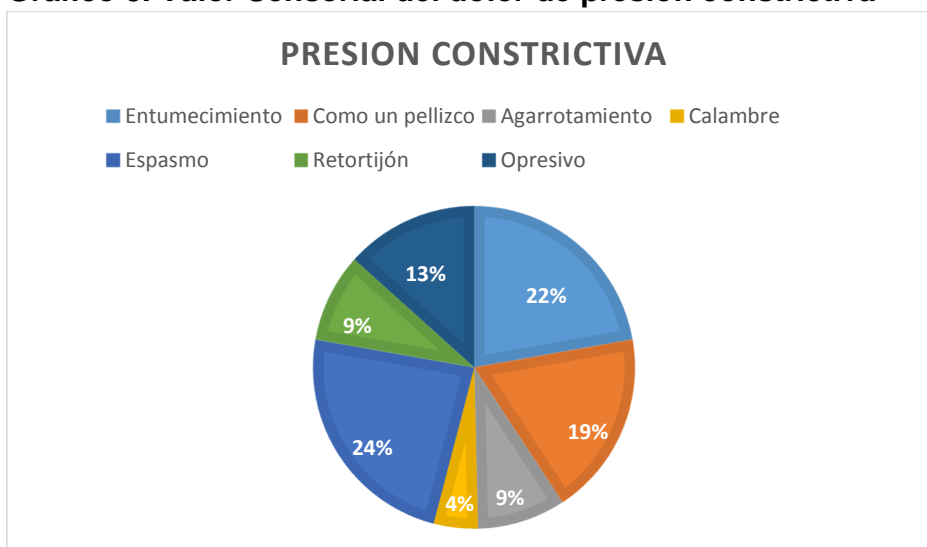
La percepción final del dolor es consecuencia de la integración de estos tres componentes (Familiar, Ambiental, Social), y depende de las particularidades de cada persona, del tipo de dolor. Así se considera el dolor como la más compleja experiencia humana y la causa más común de estrés psíquico y fisiológico (Brennan & Cousins, 2005)

Tabla3. Valor Sensorial del dolor de presión constrictiva

Presión constrictiva	Frecuencia	Porcentaje
Entumecimiento	30	22%
Como un pellizco	25	19%
Agarrotamiento	12	9%
Calambre	6	4%
Espasmo	32	24%
Retortijón	12	9%
Opresivo	18	13%

Fuente: Datos de historia clínica del paciente

Gráfico 3. Valor Sensorial del dolor de presión constrictiva



Fuente: historia clínica del paciente



Análisis y Discusión 3

En el grafico No 3. Los pacientes comunicaron sentir una presión de corta intensidad tipo espasmo con un 24%, seguido del entumecimiento con un 22% y en menor grado fue el tipo calambre con un 4%.

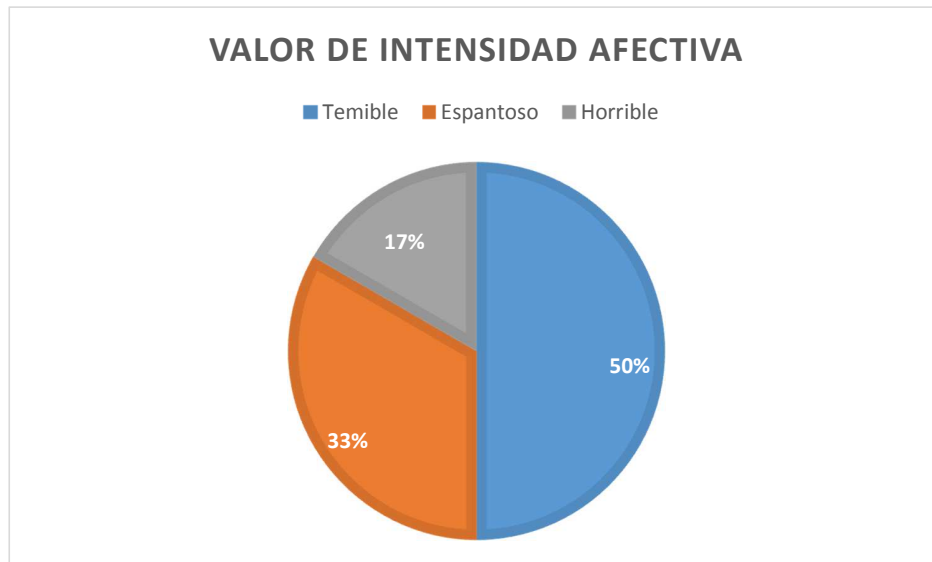
Según los autores consultados, estos afirman que uno de los factores de la sensibilidad del dolor va a depender de la naturaleza y duración de la intervención quirúrgica, probablemente por el manejo intraoperatorio prolongado, que produce hiperactividad del sistema nervioso autónomo con diferentes respuestas esporádicas.

Tabla4. VALOR DE INTENSIDAD AFECTIVA

Temor	frecuencia	Porcentaje
Temible	45	50
Espantoso	30	33
Horrible	15	17

Fuente: historia clínica del paciente

Grafico 4. VALOR DE INTENSIDAD AFECTIVA



Fuente: historia clínica del paciente



Análisis y discusión 4.

Dentro de nuestro gráfico de valor de intensidad afectiva, en su mayoría los pacientes manifestaron sentirse temibles, posterior a la cirugía en la recuperación inmediata representando el 50%, en cuanto un 33% se sentían espantoso, y en ultiman instancia referían sentirse horrible con un 17%.

El estado emocional del paciente tras la intervención quirúrgica puede ejercer una gran influencia en la valoración del dolor postoperatorio. Este estado emocional va a depender de varios factores como son: factores predisponentes (tipo de personalidad, historia familiar) sobre los que no se puede actuar; factores ocasionales (estrés del ingreso, incertidumbre, ansiedad) donde probablemente con una buena atención e información se podría actuar con éxito; vivencias u otras experiencias dolorosas previas.

Análisis de encuesta a Licenciados(as)

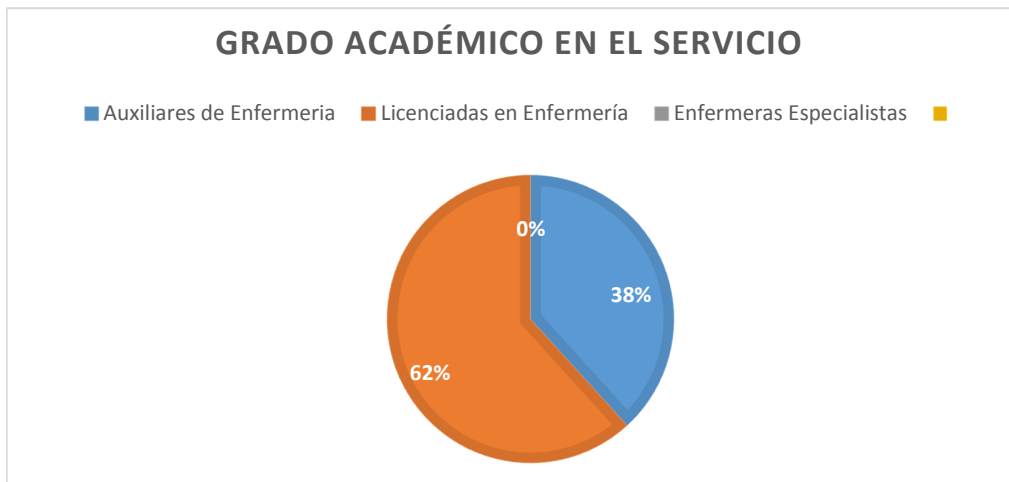
Tabla 1. Grado de instrucción del personal de enfermería

Grado Académico en el Servicio	frecuencia	Porcentaje
Auxiliares de Enfermería	13	38%
Licenciadas en Enfermería	21	62%
Enfermeras Especialistas	0	0%
Total	34	100%

Fuentes: Encuesta en Cardiocentro Angiomanabi



Grafico1. Grado de instrucción del personal de enfermería



Fuentes: Encuesta en Cardiocentro Angiomanabi

Analisis1.-

El grafico No.1 de nuestro estudio se pudo identificar que dentro del personal que conforman el grupo de salud y atención de cuidado directo de cardiocentro Angio Manabí, está constituido en un 62% de profesionales capacitados con una licenciatura, en un 38 % de personal auxiliar de enfermería; pero en cuanto al personal especializado se encuentra en un déficit representando un 0%.

Los profesionales de enfermería deben realizar la valoración de manera holística y enfocada a cada una de las necesidades de los pacientes, ya que dentro de estas podemos encontrar problemas tanto reales como potenciales o de riesgo.

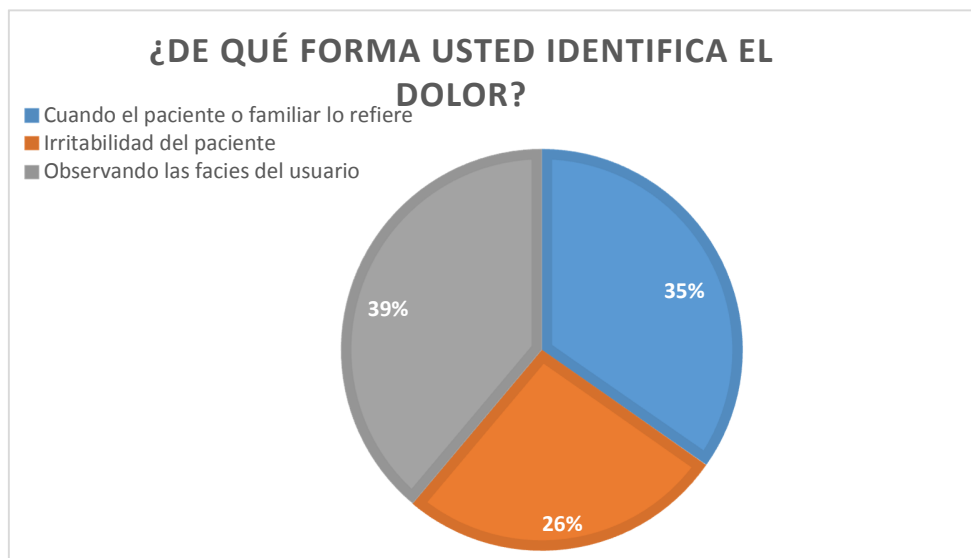


Tabla 2. Identificación del dolor por parte del personal de enfermería

¿De qué forma usted identifica el dolor?	frecuencia	porcentaje
Cuando el paciente o familiar lo refiere	25	35%
Irritabilidad del paciente	19	26%
Observando las facies del usuario	28	39%
total	72	100%

Fuentes: Encuesta en Cardiocentro Angiomanabi

Grafico2. Identificación del dolor por parte del personal de enfermería



Fuentes: Encuesta en Cardiocentro Angiomanabi



Análisis y Discusión 2.

Dentro de nuestra encuesta al personal capacitado de cardiocentro, se denoto que en un 39% el personal identifica el dolor observando las facies del paciente, fortaleciendo la teoría de que el dolor es reconocido como un quito signo vital esencial para el evaluación del paciente, acompañado de un 35% cuando el paciente o el familiar refiere alguna molestia en base al dolor.

En la reacción de un paciente al dolor, influye la percepción de la sensación dolorosa y el sistema motivacional afectivo además se hacen presentes alteraciones del comportamiento (llanto, expresión facial y respuestas motoras simples) (Saunders, 2000, págs. 331-334)

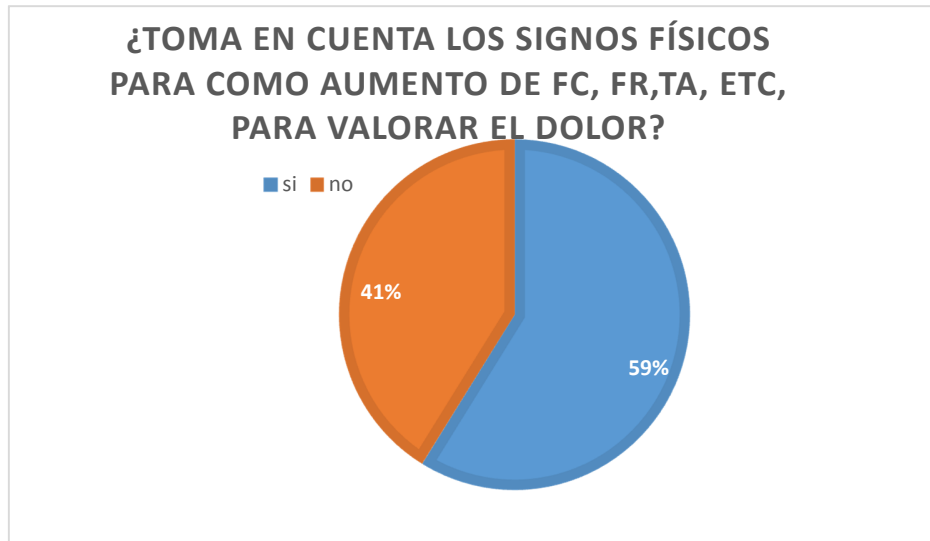
Tabla 3. Identificación de los principales signos vitales para la valoración del dolor.

¿Toma en cuenta los signos físicos para como aumento de FC, FR,TA, ETC, para valorar el dolor?	frecuencia	porcentaje
Si	20	59%
No	14	41%
total	34	100%

Fuente: Historia clínica del Paciente.



Grafico 3 Identificación de los principales signos vitales para la valoración del dolor.



Fuentes: Encuesta en Cardiocentro Angiomanabi

Análisis y discusión. 3.

En el estudio realizado al personal de enfermería, se identificó que el personal de salud toma en cuenta los signos vitales de los pacientes para identificar alteraciones fisiológicas, provocadas por el dolor este punto está representado en un 59%, las licenciadas en Enfermería toman muy en cuenta la alteración de signos vitales, para identificar el dolor.

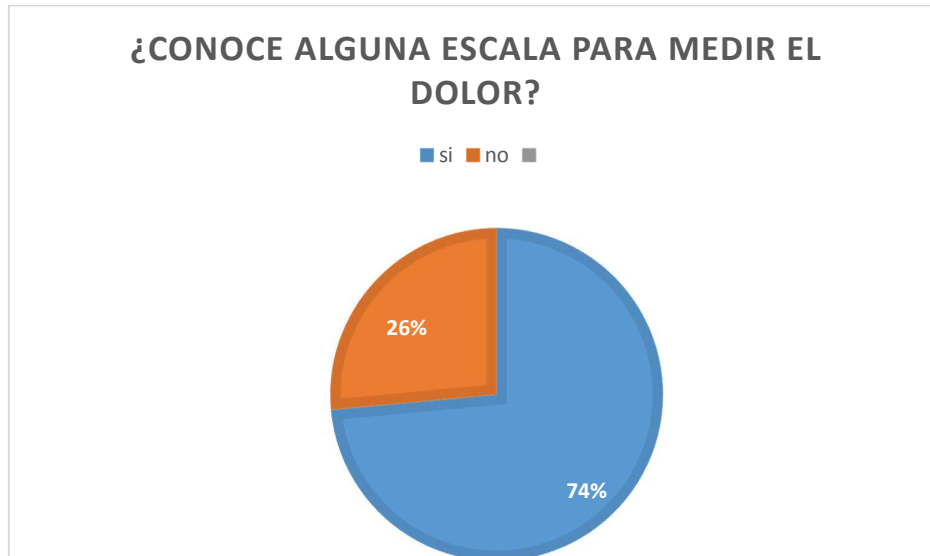
Tabla 4. Identificación de escalas para medir el dolor

¿Conoce alguna escala para medir el dolor?	frecuencia	porcentaje
si	25	74%
no	9	26%
total	34	100%

Fuentes: Encuesta en Cardiocentro Angiomanabi



Gráfico 4. Identificación de escalas para medir el dolor



Fuentes: Encuesta en Cardiocentro Angiomanabi

Análisis y discusión 4.

En cuanto al conocimiento de una escala para medir la intensidad del dolor, en su mayor parte se identificó que si conocen alguna tabla para medir el dolor, con un 74%, lo cual es esencial para llevar un control óptimo del paciente; y representando una cantidad del 26% no conocen alguna escala para graficar he identificar el dolor.

El dolor es un síntoma complejo que no puede ser evaluado de forma sencilla. Vale la pena dedicar tiempo y conocer las herramientas que pueden realizarla. Solo así podremos ayudar a eliminar el dolor en nuestros pacientes. (C.H. Friessem, 1999-2006, págs. 1-25)



Tabla 5. Uso de escalas para medir el dolor

En caso de que su respuesta haya sido si ¿usted usa la escala?	frecuencia	porcentaje
si	26	76%
no	8	24%
total	34	100%

Fuentes: Encuesta en Cardiocentro Angiomanabi

Tabla5. Uso de escalas para medir el dolor



Fuentes: Encuesta en Cardiocentro Angiomanabi

Análisis y Discusión 5.

El manejo correcto de tablas de valoración del dolor ayuda al correcto control del paciente post operado, en nuestra encuesta se encuentra representado por un 76% el uso debido de escalas del dolor, por tanto se cumple el protocolo de la identificación del dolor en pacientes post operados de cirugía cardiaca.



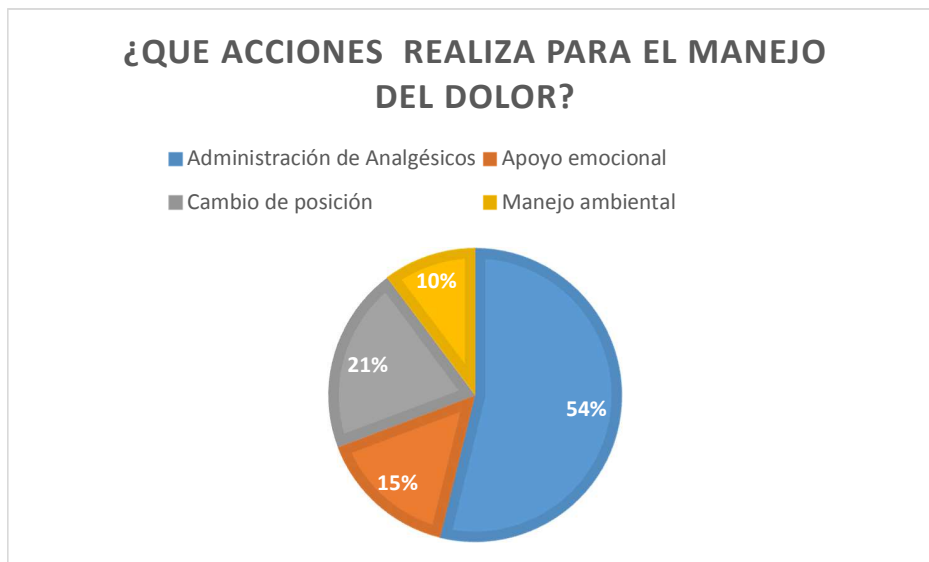
Esta dificultad para evaluar el dolor hace que se recurra a instrumentos que, con el mínimo esfuerzo para el paciente, sean fácilmente comprensibles y que demuestren fiabilidad y validez; por ello, junto con la información que proporciona la historia clínica, se ha recurrido tradicionalmente a escalas: analógica, verbal, numérica, gráfica. (HERRERO, 2018, págs. 228-236)

Tabla 6. Acciones de enfermería para el manejo del dolor

¿Qué acciones realiza para el manejo del dolor?	Frecuencia	Porcentaje
Administración de Analgésicos	21	54%
Apoyo emocional	6	15%
Cambio de posición	8	21%
Manejo ambiental	4	10%
Total	39	100%

Fuentes: Encuesta en Cardiocentro Angiomanabi

Gráfico 6. Acciones de enfermería para el manejo del dolor



Fuentes: Encuesta en Cardiocentro Angiomanabi



Análisis y discusión 6

El gráfico No.6 nos indica que 21 licenciadas, que representa el 54% de nuestra entrevista, administran medicación analgésica para el manejo del dolor de los pacientes, mientras tanto el 21% de ellas realizan cambios posicionales, y en última instancia con un 10% clarifican un manejo ambiental para reducir el dolor en los pacientes.

Otros estudios aseguran que, las enfermeras utilizan pocas intervenciones de enfermería además de la analgesia, asociada a la carga excesiva de trabajo que no permite innovar en los cuidados, provocando la priorización de los mismos y por lo tanto limitando al personal a seguir y cumplir casi únicamente las indicaciones médicas. (Avendaño, 2017)



CAPITULO III

3.1 Tema

Manual de atención de enfermería para el manejo del dolor en pacientes post operatorio de una cirugía de cardiaca.

3.2. Beneficiarios del programa

El manual de atención está enfocado al personal de enfermería, para el correcto manejo y control del dolor en pacientes post operados de cirugía cardiaca.

3.3. Lugar de desarrollo y aplicación de la propuesta

La propuesta se plantea en Cardiocentro Manta Angio Manabí, lo cual le servirá de mucha ayuda para identificar y lograr el control exhaustivo y eficaz del dolor en el post operatorio de una intervención cardiaca.

3.4. Tiempo

Tiempo de inicio: Cuando sea aprobada por la institución de salud.

Tiempo de fin: Sistematizada.

Equipo técnico responsable

El equipo está formado por la Lic. Galina Gonzales de la facultad de enfermería de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, y el investigador.

3.4 Antecedentes

Mediante las encuestas aplicadas en el proceso de la investigación se comprueba que existe un alto índice del personal que usa alguna escala para la identificación del dolor; pero dentro de la misma se haya un porcentaje notable del personal que no usa la misma; por lo cual este manual estará indicado para el correcto uso y manejo de la escala del dolor; para de esa manera evitar posibles complicaciones, y mejorar la estadía en el postoperatorio del paciente intervenido.



3.5. Fundamentación:

Dentro de la etapa de la investigación se puede considerar el dolor como un quinto signo vital en todas las etapas de la vida; que puede mejorar o empeorar de acuerdo a los factores que este conlleve; se puede indicar que la propuesta se enfoca directamente en mejorar el control por parte de enfermería evaluando y aliviando el dolor en el paciente.

El propósito de la propuesta que se está generando es llevar un control exhaustivo en el paciente para de esa manera obtener un cuidado eficaz; enfocado al confort y contrarrestar todas las complicaciones que puedan provocar dolor.

Objetivo General:

Orientar al personal de enfermería que asisten a pacientes post operados; en el manejo y control del dolor.

Objetivos Específicos:

- Presentar una guía con información detallada dirigida al personal de enfermería sobre el manejo de los dolores y la prevención de factores de riesgo desencadenantes de complicaciones.
- Demostrar la importancia del cumplimiento y del uso de formularios para el registro de intensidad del dolor.

Recursos humanos

- Profesionales de enfermería de Cardiocentro Manta Angio Manabí.
- Profesional de la salud y atención sanitaria en general.
- Pacientes post operados de una cirugía cardiaca.



Recursos materiales

- Rotafolios
- Computadora
- Hojas bond
- Bolígrafos

Recursos financieros

- Recursos propios del personal de enfermería quien aplica la intervención.

Responsable

Jean Carlos Cañarte Chinga.

3.6 Desarrollo de la propuesta

Esta propuesta o guía de orientación está conformada por una serie de elementos claves que llevan a ser de la misma una herramienta de gran utilidad para el adecuado manejo del dolor, el cual es un indicador de buena práctica clínica y de calidad asistencial; es esencial dentro de los cuidados peroperatorios junto con la movilización y la nutrición de forma precoz.

Actualmente ha habido un gran avance en el desarrollo de nuevos fármacos y técnicas analgésicas para el control del dolor postoperatorio, además de la creación de unidades específicas que facilitan la coordinación eficiente de las diferentes actividades médicas, quirúrgicas y de enfermería. Aun así, en muchos países el dolor postoperatorio sigue siendo un problema y una importante necesidad global de atención sanitaria.

El dolor después de la cirugía es, a menudo, mal manejado incluso en las naciones desarrolladas, persistiendo una alta prevalencia, lo que conlleva una disminución de la calidad de vida, un aumento de la morbilidad perioperatoria, de la estancia hospitalaria y, por tanto, de los costes.

Por todos los aspectos mencionados que a continuación se procede a presentar un manual como guía muy útil en la atención de enfermería para el manejo del dolor en pacientes post operatorio de una cirugía de cardiaca:



3.7. Conocimiento sobre los Principales Factores de Riesgos relacionados al dolor:

Edad y sexo. La evidencia sugiere que el dolor en paciente femenina y jóvenes es más intenso inicialmente pero tiene una resolución más rápida, mientras que se presenta lo contrario en hombres y pacientes de edad avanzada. ·

Previa exposición a opioides. El manejo de paciente en tratamiento con opioides crónicos o tolerancia presenta un reto para el profesional de salud; se debe valorar el tratamiento previo, la dosis efectiva con la cual alcanza alivio sintomático, realizar titulación con frecuencia y tener cuidado con las equivalencias a otros medicamentos. Es imprescindible realizar tamizaje de factores de riesgo para abuso de opioides. ·

Expectativas y percepción del dolor. La comunicación entre médico y paciente debe ser efectiva, el paciente con frecuencia tiene expectativas poco realistas que ameritan educación oportuna.

Trastornos psiquiátricos. Trastornos del estado de ánimo como depresión y ansiedad son los más asociados a tener una peor experiencia de dolor agudo. (Ghoneim & O'Hara, 2016) Estos trastornos se asocian con catastrofización, hipervigilancia e inflexibilidad por parte del paciente a su enfermedad. ·

Comorbilidades. Obesidad, apnea obstructiva de sueño, asma, diabetes, trastorno de estrés post – traumático son las más asociadas.



Actividad	Tema	Fecha	Hora	MATERIALES Y RECURSOS
Aplicación de Pres Test	<ul style="list-style-type: none">• Valorar el nivel de conocimiento de las y los licenciados (a)	17- 06- 2019	14:00 pm	Hojas Lápiz carpeta
Capacitación	<ul style="list-style-type: none">• Identificación del dolor• Manejo de escala del dolor	17-06- 2019	14:30 pm	Laminas Rotafolios Marcadores Cartulina
Video	<ul style="list-style-type: none">• Escala Visual Analógica	24-06- 2019	14:00 pm	Proyector video
Capacitación	<ul style="list-style-type: none">• Cuestionario del dolor español	24-06- 2019	14:30 pm	Rotafolios Laminas marcadores
Capacitación	<ul style="list-style-type: none">• Valor de intensidad sensorial• Valor de intensidad afectiva	7-06- 2019	14:00 am	Rotafolios Cartulina Marcadores



	<ul style="list-style-type: none">• Valor de intensidad evaluativa• Valor intensidad actual			Laminas
Post Test	<ul style="list-style-type: none">• Comprobar el nivel de conocimiento captado en los licenciados	7-06-2019	14:30 pm	Hojas Lápiz carpeta



CONCLUSIONES

- El estudio de intervención educativa del personal de enfermería fue efectivo para mejorar el conocimiento sobre el manejo del dolor en los pacientes, ya que los primeros brindaron una mejor atención y cuidados, posteriores a la intervención educativa, no obstante, este fue insuficiente para la mayoría del personal participante.
- Se concluyó que el dolor constituye una variable importante a tener en cuenta en el pos operatorio de cirugía cardíaca, el mantenimiento del control adecuado del dolor favorece el confort del paciente así como ayuda a prevenir posibles complicaciones
- Los contenidos dentro de manual deberán estar encaminados a la educación y la enseñanza del personal de enfermería en relación a aspectos con el manejo del dolor, autocuidado para adaptarlo al proceso del perio operatorio reduciendo y mejorando su estadía en cuanto el dolor



RECOMENDACIONES.

- Concientizar al personal de enfermería sobre la importancia del manejo del dolor post cirugía cardiaca, llevando un tratamiento acorde a las necesidades del paciente.
- Que los profesionales lleven un seguimiento riguroso en las historias clínicas sobre la intensidad del dolor que percibe el paciente.
- Capacitar al personal de enfermería sobre acciones independientes a realizar para el manejo del dolor con métodos no farmacológicos, para mejorar la calidad de atención de los usuarios.



BIBLIOGRAFIA.

- Aguirre, M., Ortega, H., & Arcos, R. (2015). Estadística del manejo quirúrgico, posquirúrgico y mortalidad pos cirugía cardíaca: a propósito del primer año de funcionamiento de la unidad de cuidados posoperatorios de cirugía cardíaca. *Revista Ecuatoriana de Cardiología*, 1(1), 1.
- Alconero Camareo, A., Carrera López, M., Muñoz García, C., Novo Robledo, I., & Saiz Fernández, G. (2005). Análisis de las arritmias en el posoperatorio inmediato de cirugía cardiovascular. *Revista de Enfermería Intensiva*, 16(3), 110-118.
- Ardigo S, H. F. (2016). Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: a randomized controlled study. *BioMed Central*, 15-18.
- Balestrini Acuña, M. (2006). *Cómo se elabora el proyecto de investigación* (7ma ed., Vol. XXV). Caracas: BL Consultores Asociados.
- Barrios Gutierrez, J. M. (2017.). *Análisis de estancia posoperatoria prolongada en cuidados intensivos despues de cirugía cardíaca. Desarrollo y validación de un modelo predictivo propio*. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España: [Tesis Doctoral]Universidad Complutense de Madrid.
- Barros Arevalo, W. A. (2004). Shock Cardiogénico. En M. Urina, J. Lemus, C. García del Río, J. Lemus Lanziano, C. García del Río, & M. Urina Triana (Edits.), *Cuidado Crítico Cardiovascular* (págs. 129-140). Colombia: Sociedad Colombiana de Cardiología.
- Bergadá García, J., Riera Sagrera, M., Soriano Zaragoza, G., Zarzar Flores, J., & Albertos Salvador, J. (2002). Reanimación tras cirugía cardíaca extracorpórea. Análisis de resultados. *Medicina Intensiva*, 26(4), 1.
- Bermejo A, G. F. (2001). Analgesia postoperatoria en la sala de reanimación postanestésica: incidencia de complicaciones. . *V Reunión de la Sociedad del Dolor. Granada*, 2-68.
- Bonica, J., & Loeser, J. (2004). *History of Pain Concepts and Therapies*. En: Loeser JD Bonicas *management of pain*. (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Brennan, F., & Cousins, M. (2005). El alivio del dolor como un derecho humano. *Rev Esp Dolor*, 12, 17-23.



- C, M. (2013). Complicaciones del dolor. *SCIELO*, 1-162.
- Caballero Galvez, S., García Camacho, C., & Siannes Blanco, A. (2011). Seguridad clínica en hospitalización de cirugía cardíaca. *Enfermería Global*(22), 3.
- Cano JM, D. J. (2007). Valoración del dolor como quinta constante vital. . *Med Clin (Barc)*. , 128 (4): 155-9.
- Cárdenas, C. Y. (2015). *Cuidado y manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica*. BOGOTÀ: CUIDEN.
- Castanera, A. e. (2013). Percepción del dolor en pacientes postoperados de cirugía cardíaca. *ENFERM CARDIO*, 10-22.
- Català Puigbò E, M. G. (209). Dolor agudo postoperatorio. La necesidad de su correcto tratamiento. . 86(2):61–2.
- Chughtai M, E. R. (2015). onpharmacologic Pain Management and Muscle Strengthening following. . *J Knee Surg*, 194–200. .
- Chuquiure- Valenzuela, E. (2008). Evaluación del riesgo hemorrágico en cirugía cardíaca. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 31(1), 121-126.
- Coelho, L. C. (2015). Evaluación del dolor en reposo y durante actividades. *SCIELO*, 6-24.
- Company E, F. S. (2000). El dolor postoperatorio en la actualidad: un problema de calidad asistencial. *Farm Hosp*. . 24 (3): 123-135.
- de la Parte Pérez, L., & Pérez Rivero, M. (1996). Valor del Ketalar en el taponamiento cardíaco. *Revista Cubana de Cirugía*, 35(1).
- de Oliveira, R., de Sena, Z., Frota, L., & de Oliveira, J. (2010). Quality of life of women submitted to myocardial revascularization surgery in a public hospital. *Revista brasileira promocion de salud*, 23(3), 237.
- Echazarreta, D. F. (2012). Shock Cardiogénico. *Insuficiencia Cardíaca*, 7(1).
- Enríquez, F., & Jiménez, A. (2010). Taquiarritmias posoperatorias en la cirugía cardíaca pediátrica. *Revista de Cirugía Cardiovascular*, 17(3), 283-286.
- Etayo, E., González, F., Florián, M., & Chacón, A. (2014). Cirugía cardíaca en ancianos. Epidemiología, calidad de vida y funcionalidad posoperatoria. *Acta Médica Colombiana*, 39(2), 118-123.
- Fellows, & R Liu, A. (2015). *Research Methods for Construction* (4th ed.). (Wiley-Blackwell, Ed.) Wiley-Blackwell.



- Fernández del Campo, R., Martínez - Lozano, F., Aldamiz Echevarría, G., Martínez Núñez, J., Vives Bonato, G., & González Prendes, C. (2002). Complicaciones más frecuentes en el posoperatorio de cirugía cardíaca. *Medicina Intensiva*, 26(4), 145-234.
- Finkel, D. M., & Schlegel, H. R. (2003). El dolor posoperatorio. Conceptos básicos y fundamentos para un tratamiento adecuado. *Revista del Hospital general de Agudos J.M. Ramos Mejía*, VIII(1).
- Fitch, J., & Barash, P. (1994). The postoperative cardiothoracic patient. *Baillieres Clin Anesth*, 8(4), 817-840.
- Gallego JI, R. d. (2004). Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción del paciente. *Rev Soc Esp Dolor*, 56-84.
- García, M. N. (2015). Evaluación del dolor postoperatorio agudo tras cirugía cardíaca. *elsevier*, 12-16.
- García, M. N., & Irigoyen Aristorena, M. (2011). Evaluación del dolor postoperatorio agudo tras cirugía cardíaca. *ELSIVER*, 2-14.
- Godinho, A., Alves, A., Pereira, A., & Santos Pereira, T. (2012). Cirugía de revascularización miocárdica con circulación extracorpórea versus sin circulación extracorpórea: un Metanálisis. *Arq Bras Cardiol*, 98(1), 91.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). En H. S. Roberto, *Metodología de la investigación* (6ta ed., pág. 154). México, D.F, Mexico: Mc Graw Hill Education.
- Horvath, K., Acker, M., Chang, H., Bagiella, E., Smith, P., Iribarne, A., & et al. (2013). Blood transfusion and infection after cardiac surgery. *Ann Thorac Surg*, 95, 151-228.
- Jiménez Casillas, A., Hernández Garay, M., Villareal Rubio, C., Reyes de Alba, S., Alvarez Rosales, H., & Molina Méndez, J. (2009). Riesgo de sangrado en cirugía cardíaca con circulación extracorpórea. Valor de 4 escalas. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 7(2), 81-88.
- JM., M. (2010.). *Manual de dolor agudo postoperatorio.*, 52-63.
- Koerich, C., de Melo Lanzoni, G. M., Schlindwein Meirelles, B. H., Baggio, M. A., Callegaro Higashi, G. D., & Lorenzini Erdmann, A. (2017). Epidemiological profile of the population who underwent myocardial revascularization and access to the unified health system. *Cogitare Enferm.*, 22(3), 1-6.



- L. Roediger, L. L. (2014). New approaches and old controversies to postoperative pain control following cardiac surgery. *EL SEYVVER*, 19-22.
- Lanas, F., Del Solar, J., Maldonado, M., Guerrero, M., & Espinoza, F. (2003). Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en una población de empleados chilenos. *Rev.med. Chile*, 131(2).
- Landa García I, L. G. (2005). Dolor postoperatorio en España: Primer documento de consenso. *Madrid: Asociación Española de Cirujanos*, 20-50.
- Lorence, D. (2015). The visual analog scale in the. *REDALYC*, 2-18.
- Luisa Fernanda Moscoso Loaiza, C. Y. (2015). Cuidado y manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica. *Av. enferm*, 209-221.
- Martín Peñacoba, R., Baena Diez, J., & Altés Boronal, A. (2005). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Rev española Cardiol*, 58(4), 367-373.
- Martínez-Vázquez de Castro J, T. L. (2000). Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev Soc Esp Dolor*, 7: 465-476.
- Michelle Nacur Lorentz, T., & Brandao Vianna, B. (2011). Arritmias cardíacas y anestesia. *Revista Brasileira de Anestesiología*, 61(6), 440-448.
- MJ., C. (2005). El alivio del dolor como un derecho humano. *Revista Soc Esp Dolor*, 17-23.
- Moreno-Monsivais, M. G., Fonseca-Niño, E. E., & Interrial-Guzmán, M. G. (2017). Factores asociados con la intensidad del dolor en pacientes mexicanos hospitalizados en período posoperatorio. *Rev Soc EspDolor*, 24(1), 4-10.
- Morlans Hernández, K., Sainz Cabrera, H., González Prendes-Álvarez, C., & Morlans Paz, J. (2011). Complicaciones trans y posoperatorias inmediatas en la cirugía de revascularización coronaria. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 10(1), 1.
- Moscoso, L., & Bernal, C. (2015). Cuidado y manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de. *SCIELO*, 10-15.
- Mosteiro Díaz, M. (2010). Dolor y cuidados enfermeros. *DAE*, 12-65.
- Muñoz Blanco, F., Salmerón, F., Santiago, J., & Marcote, C. (2001). Complicaciones del dolor posoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor*, 8, 194-211.



- Muñoz Blanco, F., Salmerón, J., Santiago, J., & Marcote, C. (2001). Complicaciones del dolor posoperatorio. *Revista de la Soc Esp Dolor*, 8, 194-211.
- Navarro-García M, M.-F. B.-A.-O.-G.-O. (2011). Trastornos del ánimo. *Rev Española Cardiol.*, 64(11):1005–10. .
- Ortega López, R. M., Aguirre González, M. E., Pérez Vega, M. E., Aguilera Pérez, P., Sánchez Castellanos, M. D., & Arteaga Torres, J. (2018). Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería. *Ciencia UAT*, 12(2), 29-39.
- P., D. (2005). Dolor Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Dolor iatrogénico Oncología. . ;28(3):139–43. .
- P., V.-s. (1986). La Escalera Analgésica de la OMS: ¿es apropiada para el dolor articular? De los AINE a los opioides. *Int Assoc Study Pain.*, (18):4. .
- Palacios Ramos, X., Castro, J. A., Meza Jiménez , R., Jaramillo, J. C., & Quintero Ossa, A. (2007). *Revista Colombiana de Anestesiología*, 35(4), 289-292.
- Paladino, M. A., & Sabrina, S. A. (2003). El paciente hipertenso y la anestesia. *Anestesia Analgesia y Reanimación*, 18(1).
- Pérez Castañeda, T. (2012). Fisiopatología del dolor agudo: alteraciones cardiovasculares, respiratorias y de otros sistemas y órganos. *Revista Cubana de Anestesia y Reanimación*, 11(1), 19-26.
- Pérez Castañeda, T. (2012). Fisiopatología del dolor agudo: alteraciones cardiovasculares, respiratorias y de otros sistemas y órganos. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 11(1), 19-26.
- Pérez Rodríguez, A., Hidalgo Menéndez, P., Fuentes Herrera, L., Ceballos Alvarez, A., Rodríguez Hernández, R., & González Alfonso, O. (2012). Evaluación del registro de datos durante la parada cardíaca posoperatoria en cirugía cardiovascular. *CorSalud*, 4(1), 49-58.
- Perez Vela, J., Jiménez Rivera, J., Alcalá Lorente, M., González de Marco, B., Torrado , H., García Laborda, C., . . . Martín Benítez, J. (2018). Síndrome de bajo gasto cardíaco en el posoperatorio de cirugía cardíaca. Perfil, diferencias en evolución clínica y pronóstico. Estudio ESBAGA. *Med. Intensiva*, 42(3), 159-167.
- Pérez Vela, J., Martín Benítez, J., Carrasco González, M., De la Cal López, M., Hinojosa Pérez, R., Sagredo Meneses, V., & del Nogal Saez, F. (2012). Guías de práctica clínica para el manejo del síndrome de BGC en el posoperatorio de cirugía cardíaca. *Revista de Medicina Intensiva*, 36(4), 1-44.



- Polo López, L., Centella Hernández, T., López Menéndez, J., Bustamante Munguira, J., Silva Guisasola, J., & Hornero Sos, F. (2016). Cirugía Cardiovascular en España en el año 2015. Registro de intervenciones de la Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. *CirCardiov.*, 23(6), 292.
- Ponte, K., da Silva, L., Borges, M., Aragao, A., Arruda, L., & de Galiza, F. (2013). Caracterizao de pessoas em cirugías cardíacas: estudio descriptivo. *Rev.pesqui.cuid.fundam*, 5(2), 3677.
- Pozas Abril, J., Toraño Olivera, J., & Latorre-Marco, I. (2014). Valoración del dolor durante el posoperatorio inmediato de cirugía cardíaca mediante la Behavioral pain Scale. *Enfermería Intensiva*, 25(1), 24-29.
- Quinde, P. (2017). Dolor postoperatorio: factores de riesgo y abordaje. *SCIELO*, 1-24.
- Ready, L., & Thomas, E. (2002). *Management of acute pain. A practical guide. IASP Publication*. Seattle.
- Richards, J., & Hubbert, A. (2007). Experiences of expert nurses incaring for patients with posoperative pain. *Pain Manag Nurs (Internet)*, 8(1), 17-24.
- Rincón Salas, J., Novoa Lagos, E., Sánchez, E., & Hortal Iglesias, J. (2013). Manejo de las complicaciones posoperatorias de la cirugía cardíaca en cuidados intensivos. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 27(3), 172-178.
- Rodríguez, R., Torrens, A., García, P., Ribera, A., Permanyer, G., Moradi, M., . . . Murtra, M. (2002). Cirugía cardíaca en el anciano. *Rev. Esp. Cardiol*, 55(11), 1-5.
- Rodríguez-Hernández, A., García Torres, M., Bucio Reta, E., & Baranda Tovar, F. M. (2018). Análisis de mortalidad y estancia hospitalaria en cirugía cardíaca en Mexico2015:datos del Instituto Nacional de Cardiología. *Arch Cardiol Mex.*, 88(5), 397-402.
- Rovira, C., Solsona, M., Tomasa, T., Pérez-Moltó, H., & Ruyra, X. (2002). Primer Año de Cirugía Cardíaca en el Hospital Universitario Germans Trias I Pujol de Badalona. *Med. Intensiva*, 26(4), 156.
- Serrano Valdés, X. (2006). Hemotransfusión como factor de riesgo en cirugía cardíaca. *Archivos de Cardiología de Mexico*, 76(2), 86-91.
- Shang A, H.-M. K. (2005). are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebocontrolled trials of homoeopathy and allopathy. *.Lancet*, 366-726.



- Soler, E. (2000). El dolor posoperatorio en la actualidad: un problema de calidad asistencial. *Farm Hosp*, 24(3), 123-135.
- Sousa Valmi, D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 502-507.
- Tamayo y Tamayo, m. (2006). *El proceso de la investigación científica* (4ta ed.). Mexico, D.F.: LIMUSA. S:A:.
- Texeira Silva, L., Ferreira da Mata, L. R., Ferreira Silva, A., Campos Daniel, J., Leite Andrade, A., & Mendoza Santos, E. (2017). Cuidados de enfermería en las complicaciones en el post-operatorio de cirugía de revascularización del miocardio. *Rev baiana enferm*, 31(3), 2.
- Torres LM, E. J.-S. (1997). *Medicina del dolor*, 6-50.
- Vargas-Trujillo, C. (2015). Anestesia en el paciente con hipertensión sistémica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 38(1), 71-80.
- Velázquez González, K., Valdés Llerena, R., & Pérez Guirola, Y. (2010). Analgesia posoperatoria en cirugía torácica electiva. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 9(2), 48-59.
- Velázquez González, K., Valdés Llerena, R., & Pérez Guirola, Y. (2010). Analgesia posoperatoria en cirugía torácica electiva. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 9(2), 48-59.
- Velázquez González, K., Valdés Llerena, R., & Pérez Guirola, Y. (2019). Analgesia posoperatoria en cirugía torácica electiva. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 9(2), 48-59.
- Vieira Braga, D., & Gomes Brandao, M. (2018). Evaluación diagnóstica del riesgo de hemorragia en cirugía cardíaca con circulación extracorpórea. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 2523-3092.
- XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. SEMICYUC. (2002). Reanimación tras cirugía cardíaca extracorpórea. Analisis de resultados. *Medicina Intensiva*, 26(4), 1.

ANEXOS

Anexos 1

Entrevista al personal de enfermería.

Estimado usuario:

Como nos encontramos realizando un estudio investigativo, para el proyecto de testificación “ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERATORIOS DE REVASCULARIZACIÓN MIOCARDICA” en el cual tomaremos una pequeña muestra de pensamientos críticos que permitan desarrollar el proyecto que estoy ejecutando, su cooperación con el llenado del siguiente instrumento (Diferencial Semántico), para lo que debe responder cada una de las preguntas con la mayor veracidad posible. Ante todo, le aseguramos la confidencialidad de la información brindada y le agradecemos de antemano, pues su cooperación, es de inestimable valor para el cumplimiento del objetivo propuesto en la investigación

1. Grado Académico en el Servicio.

- Enfermeras Generales.
- Licenciadas en Enfermería.
- Enfermeras Especialistas.

2. ¿De qué forma usted identifica el dolor?

- Cuando el paciente o familiar lo refiere.
- Irritabilidad del paciente.
- Observando las facies del usuario.

3. ¿Qué acciones realiza para el manejo del dolor?

- Administración de Analgésicos
- Apoyo emocional
- Cambio de posición



- Manejo ambiental

4. ¿Toma en cuenta los signos físicos como aumento de FC, FR, TA, ETC, para valorar el dolor?

- Si
- No

5. ¿Conoce alguna escala para medir el dolor?

- Si
- No

6. En caso de que su respuesta haya sido si ¿usted usa la escala?

- Si
- No

7. ¿Conoce usted la escala analgésica?

- Si
- No

ANEXOS 2

Nombre Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO DE DOLOR ESPAÑOL – CDE –

Población diana: Población general con dolor agudo y crónico. Se trata de un cuestionario **autoadministrado**. El cuestionario presenta varias dimensiones tal y como se presenta en la tabla siguiente:

CLASES	Sensorial	Afectiva	Evaluativa
SUBCLASES	Temporal 1 Térmica Presión constrictiva Presión puntiforme / incisiva Presión de tracción gravativa Espacial Viveza.	Temor Autonómica / vegetativa Castigo Tensión / cansancio Cólera / disgusto Pena / ansiedad	Temporal 2 Intensida d

El cuestionario obtiene tres resultados: Valor de intensidad total, valor de intensidad actual y Escala visual analógica.

El valor de intensidad total se obtiene de la suma de los valores de cada clase: valor de intensidad de dolor sensorial, afectiva y evaluativa. El valor de cada clase se valora marcando los descriptores que se encuentran dentro de sus subclases, donde el paciente debe marcar uno o ningún descriptor. Si marca uno puntúa 1 y si no marca ninguno puntúa 0. El valor de intensidad sensorial se obtiene sumando y estará, por tanto, entre 0 y 7. El valor de intensidad afectivo oscila entre 0 y 6. El valor de intensidad evaluativo será 0 o 1. De la suma de estas tres dimensiones se obtiene la puntuación del valor de intensidad total, que se

comprenderá entre 0 y 14.

El valor de intensidad actual se obtiene de una escala tipo Likert de 0 a 5

El valor de la Escala Visual Analógica se puntúa de 0 a 10.

RESULTADOS		
Valor de intensidad sensorial	0/7	
Valor de intensidad afectiva	0/6	
Valor de intensidad evaluativa	0/1	
Valor de intensidad total	0/14	
Valor de intensidad actual	0/5	
Escala Visual Analógica	0/10	



Cuestionario de Dolor Español – CDE –

VALOR DE INTENSIDAD SENSORIAL	VALOR DE INTENSIDAD AFECTIVA
Temporal 1	Temor
<input type="checkbox"/> Como pulsaciones <input type="checkbox"/> Como una sacudida <input type="checkbox"/> Como un latigazo	<input type="checkbox"/> Temible <input type="checkbox"/> Espantoso <input type="checkbox"/> Horrible
Térmica	Autonómica / Vegetativa
<input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Que maree <input type="checkbox"/> Sofocante
Presión constrictiva	Castigo





<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Que atormenta
<input type="checkbox"/> Como un pellizco	<input type="checkbox"/> Mortificante
<input type="checkbox"/> Agarrotamiento	<input type="checkbox"/> Violento
<input type="checkbox"/> Calambre	
<input type="checkbox"/> Espasmo	
<input type="checkbox"/> Retortijón	
<input type="checkbox"/> Opresivo	
Presión puntiforme / incisiva	Tensión / Cansancio
<input type="checkbox"/> Pinchazo	<input type="checkbox"/> Extenuante
<input type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/> Agotador
<input type="checkbox"/> Penetrante	<input type="checkbox"/> Incapacitante
<input type="checkbox"/> Agudo	
Presión de tracción gravativa	Cólera / Disgusto
<input type="checkbox"/> Pesado	<input type="checkbox"/> Incómodo
<input type="checkbox"/> Tirante	<input type="checkbox"/> Que irrita
<input type="checkbox"/> Como un desgarro	<input type="checkbox"/> Que consume
<input type="checkbox"/> Tenso	
Espacial	Pena / Ansiedad
<input type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/> Deprimente
<input type="checkbox"/> Difuso	<input type="checkbox"/> Agobiante
<input type="checkbox"/> Que se irradia	<input type="checkbox"/> Que angustia
<input type="checkbox"/> Fijo	<input type="checkbox"/> Que obsesiona
<input type="checkbox"/> Interno	<input type="checkbox"/> Desesperante
<input type="checkbox"/> Profundo	
Viveza	VALOR DE INTENSIDAD EVALUATIVA
<input type="checkbox"/> Adormecido	Temporal 2
<input type="checkbox"/> Picor	<input type="checkbox"/> Momentáneo
<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Intermitente
<input type="checkbox"/> Como agujetas	<input type="checkbox"/> Creciente



- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Escozor
<input type="checkbox"/> Como una corriente | <input type="checkbox"/> Constante
<input type="checkbox"/> Persistente |
|---|--|

VALOR	INTENSIDAD
ACTUAL	

- | |
|---|
| Intensidad |
| <input type="checkbox"/> Sin dolor
<input type="checkbox"/> Leve
<input type="checkbox"/> Molesto
<input type="checkbox"/> Intenso
<input type="checkbox"/> Fuerte
<input type="checkbox"/> Insoportable |

Escala visual analógica

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sin dolor

Dolor insoportable



ANEXO. 4

MANUAL EDUCATIVO PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES POST OPERADOS DE CIRUGIA CARDIACA CARDIOCENTRO ANGIOMANABI MANTA.

“MODELO EDUCATIVO EDUCATIVO PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES POST OPERADOS DE CIRUGIA CARDIACA”



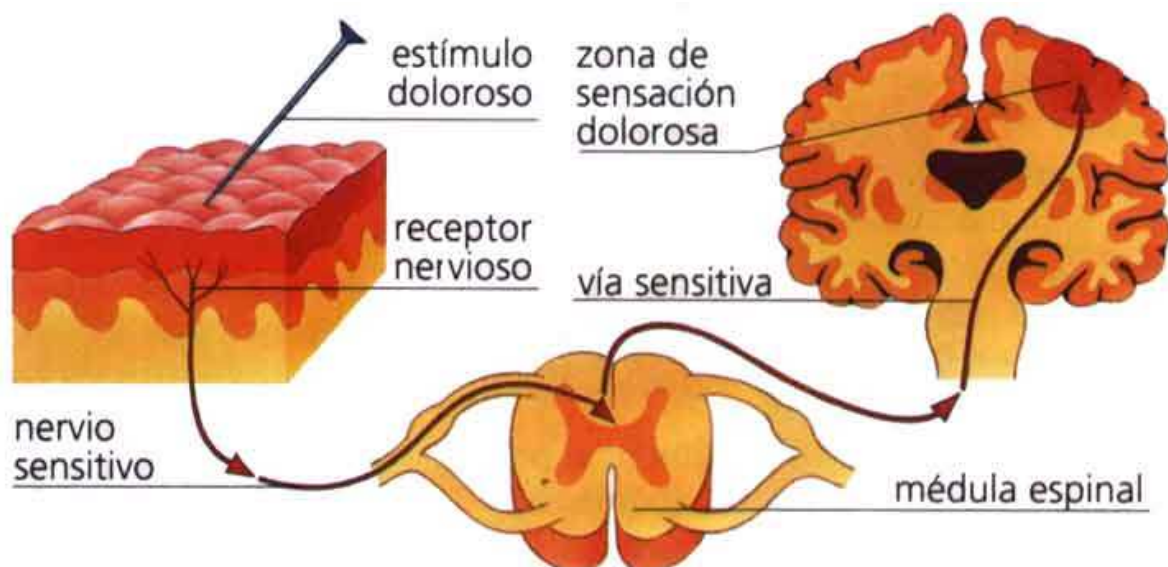
MANEJO DEL DOLOR

Dolor.

El dolor, según la International Association for the Study of Pain (IASP) es “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma”. Por lo que se deduce de dicha definición, la percepción de la sensación dolorosa es un proceso desagradable, subjetivo y complicado en el que participan mecanismos sensoriales y emocionales complejos y que, generalmente, va asociado a una lesión tisular o que puede también expresarse en ausencia de ésta, pero simulando que existiera

Mecanismo del dolor

El dolor es un proceso de alarma del propio organismo, según la International Association for the Study of Pain (IASP)(1) es una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial. Se considera dolor a la activación sensorial del sistema nociceptivo(26), considerada la señal de alarma iniciada por los sistemas protectores del organismo, generalmente en respuesta al daño tisular somático o visceral. Los nociceptores son receptores celulares, estructuras u órganos sensoriales que captan el dolor, u otras sensaciones molestas, y lo transmiten a las neuronas sensitivas de los nervios periféricos. Son estructuras morfológicamente únicas, terminaciones libres de fibras nerviosas localizadas en tejido cutáneo, en articulaciones, músculos y paredes de las vísceras que captan los estímulos dolorosos y transformados en impulsos(27).



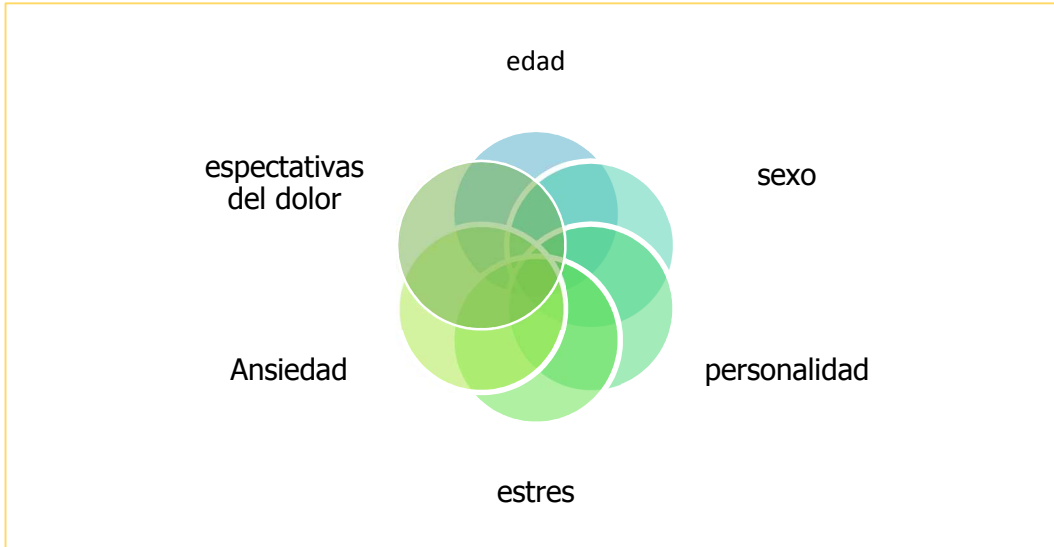


Dependientes del tipo de intervención quirúrgica

Localización de la intervención	Dolor postoperatorio más intenso en cirugía torácica, abdominal, renal y de columna vertebral, huesos largos y articulaciones mayores.
Naturaleza y duración de la intervención	Probablemente por el manejo intraoperatorio largo, que produce hiperactividad del sistema nervioso autónomo con respuestas de distensión gastrointestinal, retención urinaria, vasoespasmo,...
Grado y extensión de la lesión	Incisiones en zonas de tensión o pliegues obligan a la inmovilización forzada (tumefacción, inflamación). Cirugía laparoscópica presenta una disminución del dolor frente a la laparotomía.
Trastornos traumáticos quirúrgicos adyacentes	Tracciones, valvas, posiciones extremas provocan algias y aplastamientos.
Complicaciones relacionadas con la intervención	Roturas costales, neumotórax, sustancias irritantes propias del paciente o necesarias para la técnica quirúrgica.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DOLOR POSTOPERATORIO

El dolor postoperatorio se plantea como una problemática no dependiente de un solo factor, en este caso el propio acto quirúrgico, sino ligada a una serie de factores que en conjunto explicarían la variabilidad en la magnitud del dolor experimentado por cada paciente.



¿Cuáles son los tipos de dolor?

según criterios de:	Tipos	
temporalidad	Agudo	Crónico
neurofisiológico	Nociceptivo	Neuropático
psicológico	Físico	Psicógeno
localización	Referido	Proyectado





VALORACIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO

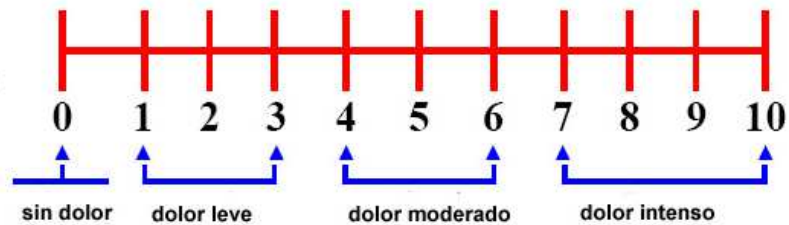
La evaluación del dolor es la primera etapa del proceso de atención de enfermería al paciente que lo sufre. Para medir el dolor es importante utilizar instrumentos fiables, objetivos y que faciliten la evaluación del dolor en todos los tipos de pacientes. Para ello se disponen de escalas y cuestionarios de evaluación del dolor.

Estas escalas de medición nos permiten hacer una valoración inicial y comprobar el efecto de los tratamientos administrados. Dentro de estas escalas subjetivas podemos distinguir escalas de autoevaluación unidimensionales y multidimensionales.

Escalas unidimensionales	Escalas multidimensionales
Verbales	Escala Keele Escala Melzack Escala Andersen
Númericas	Cuestionario de McGill (MPQ) Test de Lattinen
Visuales analógicas (EVA)	Escala Huskisson
Gráficas	Grises o de Luester
Expresión facial	Caras Wong-Baker

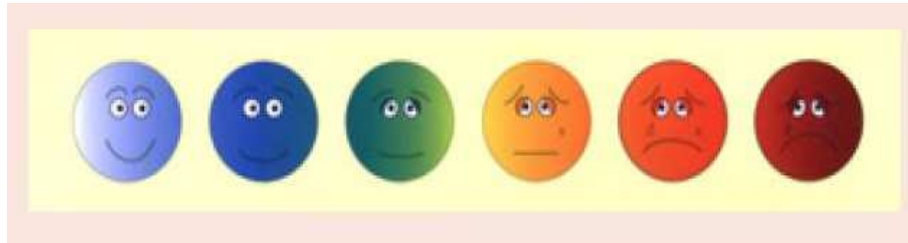
Escala verbal





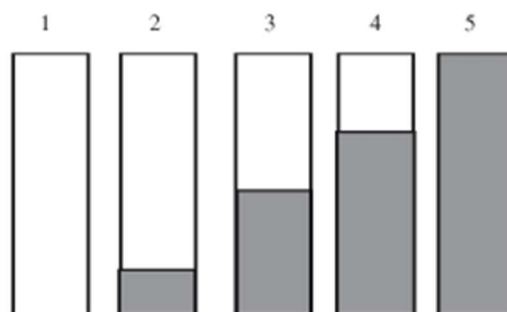
La escala numérica verbal

Consiste en interrogar al paciente acerca de su dolor diciéndole que si 0 es “no dolor” y 10 el “máximo dolor imaginable”, nos dé un número con el que relacione su intensidad.



La escala analógica visual

Consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud dispuesta entre dos puntos donde figuran las expresiones “no dolor” y “máximo dolor imaginable” que corresponden a las puntuaciones de 0 y 10 respectivamente; el paciente marcará aquel punto de la línea que mejor refleje el dolor que padece.



Escala grafica.

Consiste en el llenado de barras verticales dependiendo del dolor percibido del paciente.



Tratamiento del dolor

Medición del dolor ayudándose de escalas de valoración.

Vía de administración oral que resulta más simple y cómoda.

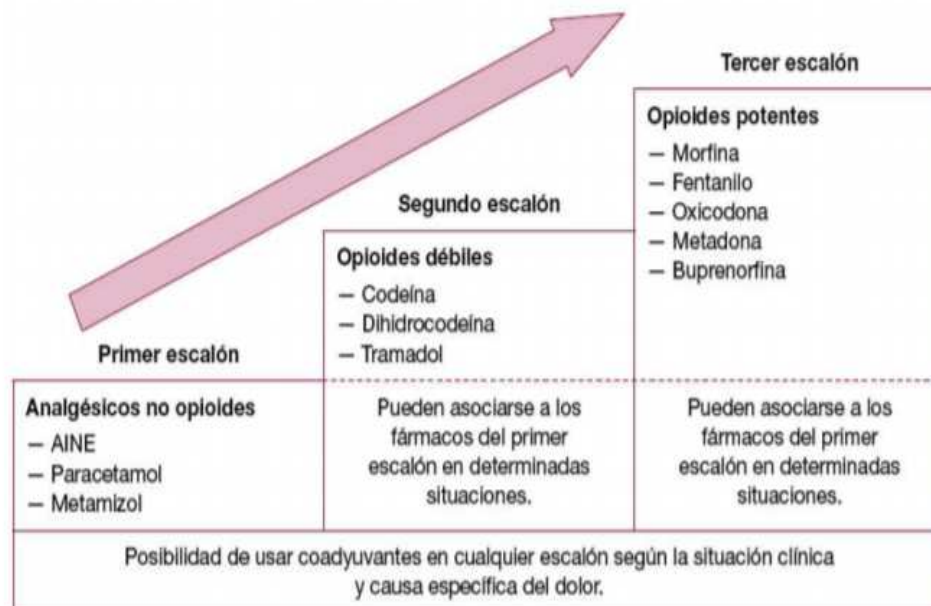
Administración de medicamentos con un horario pautado y sin esperar a que desaparezcan los efectos de la dosis anterior.

Uso adecuado de la escalera analgésica: habitualmente se inicia la administración de medicamentos en el primer escalón pero, si se considera que el dolor es intenso, puede iniciarse en el segundo o tercer escalón. El salto al escalón siguiente lo determina el fallo en el alivio del dolor del escalón anterior. También puede ocurrir que sea necesario no demorarse en el segundo escalón, cuando resulta ineficaz, y saltar al tercero inmediatamente.

Administración de fármacos según el sujeto: individualizar la prescripción.

Tratamiento farmacológico del dolor, analgesia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó unos protocolos con el título "Alivio del dolor oncológico", uno de sus componentes centrales era la "Escala Analgésica OMS", con sus 3 peldaños.





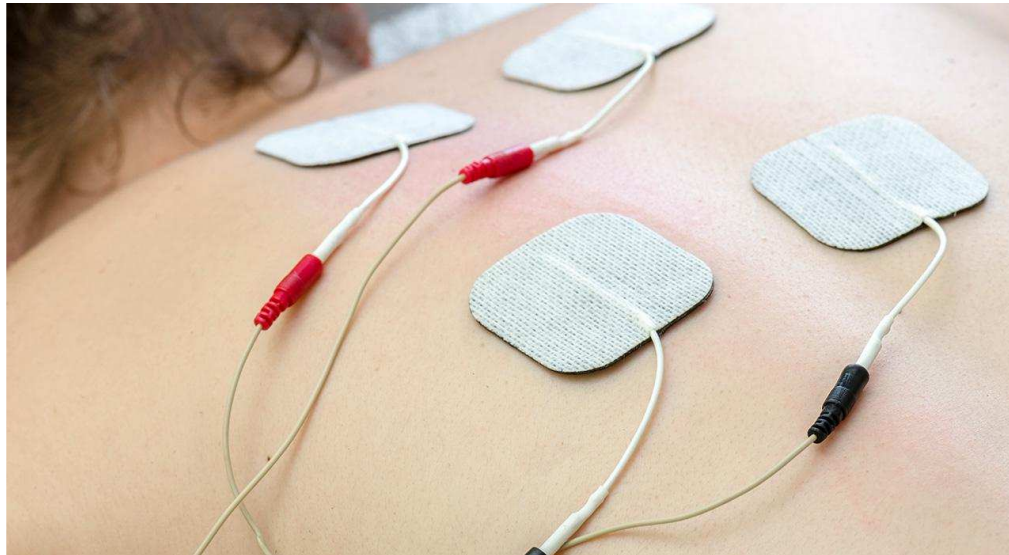
IMPORTANTE

Se debe tomar especial atención a los siguientes detalles, no mezclar los opioides débiles y potentes: No debe combinarse la administración de opioides débiles del segundo escalón con los opioides potentes del tercer escalón como tratamiento de base. La eficacia e ineficacia del intercambio de fármacos: ante el fallo en el alivio del dolor y el intercambio de fármacos es necesario, pero no siempre resulta eficaz. Es la llamada rotación de fármacos

Tratamiento no farmacológico del dolor.

El tratamiento no farmacológico del dolor simplemente es la instauración de métodos o técnicas que puedan disminuir o mitigar el dolor del paciente de una manera no farmacológica

Estimulación eléctrica transcutánea





Manejo inadecuado del dolor

Son muchas las causas que conducen a un tratamiento inadecuado del dolor:

- Medicación insuficiente. Esto es debido fundamentalmente a una infravaloración del dolor, a la ausencia de una correcta evaluación de éste y al miedo a los opiáceos.
- Formación inadecuada de los profesionales. Está relacionado con el desconocimiento de la fisiopatología del dolor y de la farmacocinética y farmacodinamia de los analgésicos.
- Comunicación inadecuada entre los profesionales y los pacientes.
- Ausencia de tratamientos individualizados.
- Retraso en el inicio de la analgesia. Por regla general nunca nos adelantamos al dolor, sino que esperamos a que el paciente presente un grado de dolor elevado para administrar analgésicos.
- Métodos inadecuados en la administración del fármaco. La elección de una vía de administración inadecuada da lugar a que el enfermo permanezca durante un período de tiempo más prolongado con el dolor, por el retraso de la absorción.





Papel de la enfermera quirúrgica.

La American Society of Critical Care Nurse (ASCCN) define a la enfermera quirúrgica como: “la especialidad enfermera que lidia específicamente con respuestas humanas a problemas que comprometen la vida”.

Dependen de un conocimiento especializado, aptitudes y experiencia para proporcionar cuidados a pacientes y facilitar y crear un ambiente que sea curativo, humano y cariñoso, reúne los conocimientos y las habilidades apropiados para evaluar y responder con efectividad a las complejas necesidades de los pacientes críticos y a los retos de las nuevas tecnologías incluyen los siguientes aspectos:

- Prestar atención integral al individuo resolviendo, individualmente o integrados en un equipo multidisciplinar, situaciones críticas de salud, teniendo en cuenta la relación coste- efectividad.
- Cuidar pacientes que, por su situación crítica, requieren utilización de técnicas diagnósticas i/o terapéuticas complejas.
- Diagnosticar, tratar y evaluar, de forma efectiva y rápida, respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales o potenciales que amenazan la vida de la persona.
- Establecer una relación efectiva con el enfermo y la familia para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones complejas en que se encuentran.

CONCLUSION

La elaboración de este manual tiene como propósito facilitar el manejo del dolor en pacientes post operados de cirugía cardíaca, y reforzar el conocimiento de las y los licenciados de enfermería haciendo énfasis en el cuidado directo para así reducir el índice de pacientes afectados por el precario manejo control del dolor.

RECOMENDACIONES

A las instituciones de salud que tomen en cuenta este manual y con sus aportaciones y conocimientos mejorarla, estandarizarla y de esta manera lograr una mejora en la atención al paciente intervenido de cirugía cardíaca.

Anexo 5

Cronograma de Actividades 2019

ACTIVIDADES	MAYO		JUNIO			JULIO				AGOSTO			
	S3	S4	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Revisión bibliográfica	x	X											
Elaboración de la introducción			X										
Objetivos			x										
Elaboración del marco teórico de la propuesta				X	x	x	x	x	x				
Asignación de epígrafes y modificaciones en el marco teórico de la propuesta.										x	x	x	x
Entrega dl proyecto de tesis													x



MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN

Nombre del proyecto: “ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES POSOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA”

Nombre de investigador principal: JEAN CARLOS CAÑARTE CHINGA

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

1. INTRODUCCION:

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo general proponer un modelo de valoración continua y sistemática de enfermería al paciente intervenido de cirugía cardíaca en la etapa inmediata. El estudio se realizará a cargo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí” y respaldado por el Comité de Ética de Investigación de la mencionada institución académica.

2. JUSTIFICACION Y OBJETIVO DEL ESTUDIO

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un problema de salud en el Ecuador, ya que se encuentran entre las primeras causas de muerte de la población adulta. En el año (2014) se reportaron un total de 4430 muertes por enfermedades isquémicas del corazón, mientras que por insuficiencia cardíaca, los fallecimientos llegaron a 1316.

Del total de muertes por enfermedades del corazón, que suman casi 12000, donde el 51,68% de las víctimas son hombres, mientras que el 48,32% restante son mujeres, según datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC).

En la actualidad, las cifras de pacientes de edad avanzada, tributarios de cirugía cardíaca han aumentado con respecto a épocas anteriores, debido a que la edad va dejando de ser una contraindicación absoluta para la realización de este tipo de cirugía. La cirugía cardíaca constituye un procedimiento de alta complejidad; con una elevada morbimortalidad asociada a enfermedades como: (hipertensión, diabetes mellitus, edad, obesidad, dislipidemia, etc.), por otra parte, están las complicaciones que pueden surgir tanto en el



acto quirúrgico como en la etapa posoperatoria entre ellas tenemos el sangrado, problemas respiratorios, hipotensión, lesión renal entre otras. El estudio de estos pacientes en la etapa del posoperatorio inmediato, permitirá obtener información objetiva en cuanto a la naturaleza de los cambios fisiológicos y psicológicos que experimenta el sujeto, así como, la posterior evaluación de los resultados, proporcionando de esa manera, las herramientas necesarias para trazar estrategias de intervención.

3. DESCRIPCION DE LA METODOLOGIA DE INVESTIGACION

Los sujetos participantes en el estudio deberán ser adultos mayores de 18 años que cumplan con los siguientes criterios de inclusión: pacientes adultos (mayores de 18 años en adelante) con indicación de cirugía cardíaca, que brinden su consentimiento para participar en el estudio y que estén en pleno uso de sus facultades mentales para interactuar con el personal médico y paramédico.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el investigador. Los datos obtenidos se asentarán en una base de datos diseñada para el estudio, los cuáles serán sometidos a procesos de análisis e interpretación de los mismos, con el fin de arribar a conclusiones que serán la base de la propuesta de dicha investigación.

El presente estudio es prospectivo, o sea, la selección de los sujetos de la investigación se realizará en la medida que se vayan diagnosticando los pacientes con criterio de cirugía cardíaca y que cumplan con los criterios de inclusión. El paciente será estudiado en la etapa inmediata del posoperatorio de cirugía cardíaca.

4. PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLO

Los pacientes previamente estudiados con indicación de cirugía cardíaca, se entrevistarán y se les solicitará su consentimiento para participar en el estudio. De resultar afirmativa su intención, se les realizará la recogida de los datos mediante el uso del formato establecido por el Ministerio de Salud Pública. T



Toda vez que el paciente sometido a la cirugía cardíaca, ingrese en la sala de cuidados intensivos posoperatorios, se hará uso de las diferentes herramientas de recolección de datos, así como la aplicación de diferentes tests, la información se asentará en una matriz previamente diseñada, para su posterior análisis e interpretación de los resultados.

5. INFORMACION SOBRE EL PRODUCTO A INVESTIGARSE

La información obtenida en base a la recogida, análisis e interpretación de los resultados, servirán como base científica para elaborar el modelo de valoración continua y sistemática de enfermería en el paciente posoperado de cirugía cardíaca en la etapa posoperatoria inmediata.

6. TRATAMIENTO

Las intervenciones del profesional de enfermería se realizarán en base a la identificación de los problemas reales y potenciales del paciente en la etapa posoperatoria inmediata de cirugía cardíaca, así como de las orientaciones emanadas del resto del equipo de salud, tomando como referencia los resultados de las pruebas de laboratorio, así como de otros estudios diagnósticos.

7. CONFIDENCIALIDAD

El investigador mantendrá la confidencialidad de la información incluida en el estudio, incluso en casos de publicación. Los datos serán conservados por un período de 5 años, en los archivos de la Clínica de Especialidades ICCMA-Cardiocentro Manta- Angiomanabí.

8. PARTICIPACION VOLUNTARIA

Las personas invitadas a participar pueden elegir, libre y voluntariamente, participar o no en la investigación, las mismas pueden abandonar el estudio en cualquier momento, especificando que lo único que deben hacer es informar de esta decisión al profesional de salud involucrado en el estudio, en este caso al profesional de enfermería.



El retiro del estudio no le ocasionará ninguna penalidad ni la pérdida de ninguno de los beneficios a los cuales la persona que otorga el consentimiento, o su representado, cuando corresponda, sea acreedora y que, en caso de retirarse del estudio, no sufrirá ningún perjuicio en relación con la atención médica o su participación en investigaciones futuras. No obstante, es importante que informe cualquier problema que pueda ocurrir durante su participación en el estudio.

El investigador o la institución patrocinadora del estudio pueden cancelar la participación de un sujeto en investigación en cualquier momento, con o sin su consentimiento o el de su representante legal, cuando corresponda, si necesita medicación adicional, si no cumple el plan del estudio, si experimenta un trastorno relacionado con el estudio.

En el caso de que el sujeto decida cancelar su participación, seguirá con los procedimientos de terminación del estudio u otro procedimiento que se considere necesario por parte del equipo de salud, para su propia seguridad.

9. COSTO Y COMPENSACIÓN:

Su participación en la presente investigación no tendrá ningún costo para usted en cuanto a los gastos ocasionados por las consultas o los análisis incluidos en el estudio; tampoco incluye algún pago por su participación.

10. NUEVOS DESCUBRIMIENTOS

El patrocinador tiene la obligación de informar cualquier evento o dato relevante relacionado con el sujeto participante en la investigación, en este caso el paciente, aunque ésta ocasione que el sujeto en investigación decida retirarse del estudio.

11. RESPONSABILIDADES DEL INVESTIGADOR

Todos los datos que se recojan, serán estrictamente anónimos y de carácter privados. Además, los datos entregados serán absolutamente confidenciales y sólo se usarán para los fines científicos de la investigación.

El responsable de esto, en calidad de custodio de los datos, será el Investigador Responsable del proyecto, quien tomará todas las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos.

En caso de que el sujeto participante en el estudio decida cancelar su colaboración en el mismo, el Investigador Responsable deberá garantizar todas las medidas que sean necesarias para garantizar la salud e integridad física y psíquica de quienes participen del estudio.

12. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN:

No limita la publicación de los resultados en revistas indexadas de difusión internacional como un aporte a la ciencia y a la humanidad. Se publicará de acuerdo a las normas internacionales de revistas biomédicas, respetando la copropiedad intelectual de los investigadores.

13. PREGUNTAS Y CONTACTOS RELATIVOS A LA INVESTIGACIÓN

El sujeto en investigación puede formular libremente preguntas acerca de este formulario de consentimiento informado o del estudio clínico, ahora o en cualquier momento durante el mismo. Si el sujeto que otorga el consentimiento o su representado, en el caso que corresponda, desea formular preguntas acerca de la investigación, puede comunicarse con el Investigador Responsable

Lic. Galina O. González Kadashinskaia al número telefónico 0986475436 (Investigador principal)



PARTE II. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he leído este formulario de consentimiento informado y que su contenido me ha sido explicado. Mis preguntas han sido respondidas. Consiento voluntariamente participar en este estudio.

No estoy participando en otro proyecto de investigación en este momento, ni lo he hecho en los seis meses previos, a la firma de este consentimiento informado.

Al firmar este formulario de consentimiento informado, no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

_____ / ____ / ____

Firma del sujeto de investigación

Fecha

Cédula de ciudadanía

Nombre del sujeto de investigación

_____ / ____ / ____

Firma de la persona que explicó el contenido del consentimiento

Fecha

Nombre de la persona que explicó el consentimiento

Si el participante es analfabeto

Se me ha leído y explicado la información respecto al estudio en el que me proponen participar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Declaro que se me ha leído este formulario de consentimiento informado y que su contenido me ha sido explicado. Mis preguntas han sido respondidas. Consiento voluntariamente a participar en este estudio.

No estoy participando en otro proyecto de investigación en este momento, ni lo he hecho en los seis meses previos a la firma de este consentimiento informado.

Al firmar este formulario de consentimiento informado, no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

_____ / ____ / ____

Firma del sujeto de investigación

Fecha

Cédula de ciudadanía

Nombre del sujeto de investigación

_____ / ____ / ____

Firma de la persona que explicó el consentimiento

Fecha



Nombre de la persona que explicó el consentimiento

Huella dactilar de participante

_____ / ____ / ____

Firma del Testigo

Fecha

Cédula de ciudadanía

Investigador

He dado lectura y he aclarado las dudas generadas por el participante del documento de consentimiento informado. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libre y voluntariamente.

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado

_____ / ____ / ____

Firma del Investigador

Fecha

Cédula de ciudadanía 1312861253



Manta, 20 de octubre de 2017.

Por medio de la presente yo: Dr. Miguel Machuca Mera Director Médico de la Clínica ICCMA/Cardiocentro Manta/AngioManabí, autorizo a la Lic. Galina Orlandina González Kadeshinicola docente de la carrera de Enfermería de la Universidad Laica "Eloy Alfaro de Manabí" a permanecer en las áreas de cuidados intensivos coronarios, así como el uso de la documentación pertinente y de la base de datos para el desarrollo del Proyecto de Investigación para optar por el Título de Doctora en Ciencias de la Salud:

Estrategias de intervención de enfermería en el postoperatorio inmediato de cirugía cardiovascular.

Atentamente

ANGIOMANABÍ CIA. LTDA
Dr. Miguel Machuca Mera
Calle 16 y Av. 37
Tel: 05 2823889
MANTÁ - ECUADOR

Dr. Miguel Machuca Mera

1305444521

Reg. Méd. 1815

Director Médico ICCMA/Cardiocentro Manta/AngioManabí

ANGIOMANABÍ

Calle 16 y Av. 37

Tel: 05 2823889

MANTÁ - ECUADOR