UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR POST CESÁREA.

MARÍA JOSÉ LUX CASASOLA

CHIQUIMULA, GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR POST CESÁREA.

Estudio descriptivo transversal sobre la caracterización clínica del dolor a través de la escala visual analógica (EVA), que presentan las pacientes post cesárea en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula, Carlos Manuel Arana Osorio, en el período comprendido entre Febrero a Agosto, 2017.

MARÍA JOSÉ LUX CASASOLA

CHIQUIMULA, GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE

MÉDICO Y CIRUJANO

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR POST CESÁREA

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por:

MARÍA JOSÉ LUX CASASOLA

Al conferírsele el título de

MÉDICA Y CIRUJANA

En el grado académico de:

LICENCIADA

CHIQUIMULA, GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

RECTOR
Dr. CARLOS GUILLERMO ALVARADO CEREZO

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Representante de Profesores:	M.Sc. José Leonidas Ortega Alvarado
Representante de Profesores:	Lic. Zoot. Mario Roberto Suchini Ramírez
Representante de Graduados:	Lic. Zoot. Oscar Augusto Guevara Paz
Representante de Estudiantes:	P.C. Diana Laura Guzmán Moscoso
Representante de Estudiantes:	M.E.P. José Roberto Martínez Lemus
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Coordinador de Carrera:	Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Presidente y Revisor:	Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal y Revisor:	MA. Rory René Vides Alonzo
Vocal y Revisor:	M. Sc. Christian Edwin Sosa Sancé

Chiquimula, Septiembre del 2017

Señores Miembros del Consejo Directivo
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala
Chiquimula, Ciudad

Respetables Señores:

En cumplimiento de lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento ante ustedes el trabajo de graduación titulado "**CARACTERIZACIÓN CLINICA DEL DOLOR POST CESÁREA"** realizado en el Hospital Nacional de Chiquimula, "Carlos Manuel Arana Osorio".

Como requisito para optar al título profesional de Médico y Cirujano en el grado académico de Licenciado.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

f) _____

María José Lux Casasola.

200110232

Chiquimula, Septiembre del 2017

M. Sc. Nery Waldemar Gáldamez Cabrera

DIRECTOR

Centro Universitario de Oriente

Universidad de San Carlos de Guatemala

Señor Director:

En la atención a la designación efectuada por la comisión de trabajos de graduación para asesor de la Bachiller en Ciencias y Letras: María José Lux Casasola carné 200110232 en el trabajo de graduación titulado **"CARACTERIZACION CLINICA DEL DOLOR POST CESAREA"** me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar a las sustentantes sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado plantea, caracterizar el dolor a través de la Escala Visual Analógica en pacientes post cesárea, del servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula "Carlos Manuel Arana Osorio" de junio y julio del 2017, por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por el método científico y las normas pertinentes; razón por la cual recomiendo su aprobación para su discusión en el comité de trabajos de graduación de medicina.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

f) _____

Katherine Heredia Carranza.

Médico y Cirujano

MSc. Anestesiologia.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

Chiquimula, 07 de septiembre de 2017.
Ref. MYCTG-64-2017.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante **MARÍA JOSÉ LUX CASASOLA,** identificada con el número de carné 200110232, ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **"CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR A TRAVÉS DE LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA EN PACIENTES POST CESÁREA"**, realizado en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula, el cual fue asesorado por Dra. Katherine Heredia Carranza, Médica y Cirujana, colegiado 17,141 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado Trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana, en el grado Académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"

MSc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Encargado Unidad de Investigación y Trabajos de Graduación
- Carrera de Médico y Cirujano- CUNORI-

"40 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

Cc/-Archivo-
Mdo/

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

Chiquimula, 07 de septiembre de 2017.
Ref. MYCTG-63-2017.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante **MARÍA JOSÉ LUX CASASOLA,** identificada con el número de carné 200110232, ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **"CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR A TRAVÉS DE LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA EN PACIENTES POST CESÁREA"**, realizado en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula, el cual fue asesorado por Dra. Katherine Heredia Carranza, Médica y Cirujana, colegiado 17,141 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado Trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana, en el grado Académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés
-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente

"40 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

Cc/-Archivo-
Mdo/

CUNORI
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

D-TG-MyC-088/2017

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE: Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó la estudiante **MARÍA JOSÉ LUX CASASOLA** titulado **"CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR POST CESÁREA"**, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Trabajo de Graduación** a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **MÉDICA y CIRUJANA.**

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el once de septiembre de dos mil diecisiete.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario de Oriente
Chiquimula
Dirección

MSc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
DIRECTOR
CUNORI - USAC

c.c. Archivo

NWGC/ars

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A MIS SOBRINAS.

A MI FAMILIA

A MIS AMIGOS

A MIS CATEDRÁTICOS

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE

AL COORDINADOR DE LA CARRERA Y CATEDRÁTICO

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés.

A LOS REVISORES

M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio

M.Sc. Rory René Vides Alonzo

M.Sc. Christian Sosa Sancé

A MIS CATEDRÁTICOS

A MI ASESORA

M.Sc. Katherine Heredia Carranza

AL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA

A MIS AMIGOS

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: por ser el creador de la vida y quien me ha dado la fe para seguir adelante.

Todo lo puedo en Cristo que me fortalece.

A MIS PADRES: Guillermo Baltazar Lux y Blanca Casasola de Lux, por ser el motor de mi vida, por nunca perder la fe en mí; infinitas gracias.

A MIS HERMANOS: por ser ejemplo y regalo que Dios me brindó.

A MIS SOBRINAS: Por ser la alegría de la familia y brindarme momentos inolvidables a su lado, las quiero.

A MI FAMILIA EN GENERAL: por su apoyo y su cariño, son parte de este triunfo.

A MI ASESORA: por su paciencia y apoyo incondicional, por ser ejemplo como profesional.

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE: por abrir sus puertas a mi formación como profesional.

A MIS CATEDRÁTICOS: por compartir su sabiduría.

A MIS AMIGOS: por ser parte de esta aventura y darme su apoyo.

ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERIZATION OF PAIN POST CESÁREA

Dr. Edvin D. Mazariegos[2y3], Dr. Carlos Arriola[3], Dra. Katherine Heredia[4], María José Lux Casasola[1],

Universidad San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca el Zapotillo Zona 5, Chiquimula tel. 78730300 ext. 1027.

Summary

Introduction: Pain is defined as an unpleasant sensory and emotional experience associated with a present tissue injury. The pain process begins when the mechanoreceptors, thermoreceptors and polymodal receptors are activated and sensitized, which through the nociceptive stimulus becomes an electrical impulse.

Materials and Methods: In this study, the clinical characteristics of pain through the Visual Analogue Scale (VAS) were determined in 110 post-operated patients in the maternity ward of the National Hospital of Chiquimula during the months of June and July 2017.

***Results and discussion*:** The main clinical features were age, predominant burning pain, intensity of pain without analgesia were severe, did not report irradiation of pain and did not present pain relief.

According to the Visual Analogue Scale (EVA), the predominant degree of pain in the patients without analgesia was 51% (56), and 73% (80) of analgesia was observed in post - cesarean patients with mild pain.

Key words: pain, visual analogue scale.

[2 Y 3] Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edvin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es

[3] Revisor de Tesis
[4]Asesora de tesis
[1] Investigadora

RESUMEN

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR POST CESÁREA

Dr. Edvin D. Mazariegos[2y3], Dr. Carlos Arriola[3], Dra. Katherine Heredia[4], María José Lux Casasola[1],

Universidad San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca el Zapotillo Zona 5, Chiquimula tel. 78730300 ext. 1027.

Resumen

Introducción: El dolor es definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular presente. El proceso del dolor inicia cuando se activan y sensibilizan los mecanorreceptores, termorreceptores y receptores polimodales, que a través del estímulo nociceptivo se transforma en un impulso eléctrico.

Métodos y métodos: En este estudio se determinó las características clínicas del dolor a través de la Escala Visual Analógica (EVA) en 110 pacientes post operadas en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de junio y julio de 2017.

Resultados y discusión: Las principales características clínicas encontradas fueron la edad, el carácter del dolor predominante urente, la intensidad de dolor sin analgesia fue severo, no refirieron irradiación del dolor y no presentaban alivio del dolor.

Según la Escala Visual Analógica (EVA) el grado de dolor predominante en las pacientes sin analgesia fue moderado 51%(56), y luego de administrar analgesia se observó 73%(80), las pacientes post – cesárea presentaron dolor leve.

Palabras clave: dolor, escala visual analógica.

[2 Y 3] Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edvin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es

[3] Revisor de Tesis
[4] Asesora de tesis
[1] Investigadora

ÍNDICE

Contenido	Página
RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	ii
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
A. ANTECEDENTES	1
1.Definición de dolor y sus características	1
a. Dolor	1
b. Tipos de dolor	1
c. Según su duración	1
d. Según su patogenia	2
e. Según la localización	2
f. Según el curso	2
g. Según la intensidad	2
h. Según la farmacología	3
B. HALLAZGOS Y ESTUDIOS REALIZADOS	6
C. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	8
II.DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	9
a) Delimitación teórica	9
b) Delimitación geográfica	9
c) Delimitación institucional	9
d) Delimitación temporal	9
III. OBJETIVOS	10
A. General	10
B. Específicos	10
IV. JUSTIFICACIÓN	11

V. MARCO TEÓRICO 12

CAPITULO I 12

1.1. DOLOR 12

1.2 TIPOS DE DOLOR CLASICAMENTE 13

1.3 DOLOR POST OPERATORIO 14

CAPITULO II 21

2.1. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) 21

Escalera del dolor OMS 22

VI. DISEÑO METODOLÓGICO 24

a) TIPO DE ESTUDIO 24

b) ÁREA DE ESTUDIO 24

c) UNIVERSO Y MUESTRA 24

d) SUJETO U OBJETO DE ESTUDIO 24

e) CRITERIOS DE INCLUSIÓN 25

f) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 25

g) VARIABLES ESTUDIADAS 25

h) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 26

i) TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 27

j) PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS 28

k) PLAN DE ANÁLISIS 29

l) PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN 29

m) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 30

n) RECURSOS 31

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS 33

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS 41

IX. CONCLUSIONES 43

X. RECOMENDACIONES 44

XI. PROPUESTA 45

XII. BIBLIOGRAFÍA 46

XIII. ANEXOS 49

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Pág.

Gráfica 1. Distribución según grupo etario de pacientes post cesárea atendidas en el servicio de maternidad 34

Gráfica 2. Distribución de las pacientes que han presentado dolor las últimas 24 horas post cesárea, atendidos en el servicio de maternidad 35

Gráfica 3. Distribución de las características del dolor de las pacientes post cesárea, atendidas en el servicio de maternidad 36

Gráfica 4. Distribución de las pacientes según el nivel del dolor según Escala Visual Analógica (EVA) y post medicación, en el servicio de maternidad 37

Gráfica 5. Distribución de las pacientes según la intensidad por ALICIA (sin analgesia, atendidas en el servicio de maternidad 38

Gráfica 6. Distribución de las pacientes post cesárea según la irradiación del dolor por ALICIA sin analgesia atendidos en el servicio de maternidad 39

Gráfica 7. Distribución de las pacientes según escala de EVA del dolor en función de la; atendidos en el servicio de maternidad 40

RESUMEN

El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial que describen en términos de dicha lesión. En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión. La EVA es confiable y válida para muchas poblaciones de pacientes.

Se realizó un estudio descriptivo transversal en 110 pacientes post cesárea en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de junio y julio de 2017, 42% corresponde a la edad de 19 – 23 años, 36% de las pacientes presentaron dolor de carácter urente, de intensidad severa en un 50% sin analgesia y 81% no refirieron irradiación del dolor; el 95% sin analgesia refirió tener dolor, además 60 pacientes que refirieron dolor severo presentaron alteración en signos vitales y examen físico.

Se recomienda implementar el uso de la Escala Visual Analógica (EVA) en pacientes post cesárea en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula para mejor evaluación y tratamiento del dolor.

Palabras clave: dolor, escala visual analógica.

INTRODUCCIÓN

El dolor es definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular presente.

El dolor postoperatorio se define como representante máximo del dolor agudo, resultante de estimulación nociceptiva de la agresión directa o indirecta por un acto quirúrgico. En referencia existen diferencias del dolor postoperatorio con respecto a otros tipos de dolor, que depende de la nocicepción, de la respuesta estresante, factores psicológicos y evolución natural.

Para efectos de medición del dolor, se presenta la escala visual analógica (EVA), el cual es un instrumento utilizado para medir de manera subjetiva la intensidad del dolor a través de una línea de 10 cm de longitud, en el que el paciente señala si el dolor es mínimo o máximo.

Con lo anteriormente mencionado se llevó a cabo una investigación en la cual se caracterizó clínicamente el dolor en pacientes post cesárea en el servicio de maternidad del hospital Nacional de Chiquimula, con 211 pacientes.

Concretándose que en el 99% de los casos presentan dolor, el 36% con dolor urente y en 50% con intensidad severa; cabe destacar que según la Escala Visual Analógica el grado de dolor predominante sin analgesia fue moderado con 51%.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. ANTECEDENTES

1. Definición de dolor y sus características

a. Dolor

Es una experiencia sensorial y emocional no placentera; asociado a un daño tisular, el cual es real o potencial, o bien descrito en términos de dicho daño según la Asociación Internacional para el estudio del dolor.

La sociedad española del dolor lo considera una enfermedad, recalcando la importancia del dolor para aquel que lo padece y considerado por gran parte de la comunidad médica más que como un síntoma como una patología per se.

b. Tipos de dolor

La clasificación del dolor se hace atendiendo a su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronóstico de control del dolor y, finalmente, según la farmacología.

c. Según su duración

Agudo: Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Ejemplos lo constituyen la perforación de víscera hueca, el dolor neuropático y el dolor musculo esquelético en relación a fracturas patológicas.

Crónico: Ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico. Es el dolor típico del paciente con cáncer.

d. Según su patogenia

Neuropático: Está producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia.

Nociceptivo: Este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en somático y visceral.

- Somático: áreas superficiales muy inervadas con una localización precisa del dolor.
- Visceral: órganos inervados difusamente con pobre localización del dolor

Psicógeno: Interviene el ambiente psicosocial que rodea al individuo. Es típica la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia.

e. Según la localización

Somático: Se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculo esquelético, vasos, etc.). Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas. El tratamiento debe incluir un antiinflamatorio no esteroideo (AINE).

f. Según el curso

Continuo: Persistente a lo largo del día y no desaparece.

Irruptivo: Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable. El dolor incidental es un subtipo del dolor irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente.

g. Según la intensidad

Leve: Puede realizar actividades habituales.

Moderado: Interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.

Severo: Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores.

h. Según la farmacología

Responde bien a los opiáceos: dolores viscerales y somáticos. Parcialmente sensible a los opiáceos: dolor óseo (además son útiles los AINE) y el dolor por compresión de nervios periféricos (es conveniente asociar un esteroide). Escasamente sensible a opiáceos: dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos (responde a antidepresivos o anticonvulsivantes) (Clarett y Pavlotsky 2012).

2. Dolor post operatorio

La definición de dolor postoperatorio resulta complicada debido a la gran cantidad de factores que participan en su producción. Se podría considerar como un dolor de carácter agudo secundario a una agresión directa o indirecta que se produce durante el acto quirúrgico, de modo que se incluiría no sólo el dolor debido a la técnica quirúrgica, sino también, el originado por la técnica anestésica, las posturas inadecuadas, contracturas musculares, distensión vesical o intestinal, etc.

a. Dolor postoperatorio en la paciente obstétrica

El dolor por cesárea, la incisión quirúrgica es la responsable de liberación de sustancias nociceptivas que estimulan a los nociceptores periféricos, activando a las fibras aferentes de tipo C y A-delta. Del mismo modo, las contracciones uterinas post-cesárea son las responsables de la activación de los mecanoreceptores, liberando de sustancias responsables de la inmunidad celular y del proceso inflamatorio; esta liberación de sustancias, activa a los mecanismos de sensibilización periférica y central.

3. Escala visual analógica (EVA)

En la Escala Visual Analógica (EVA), la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la

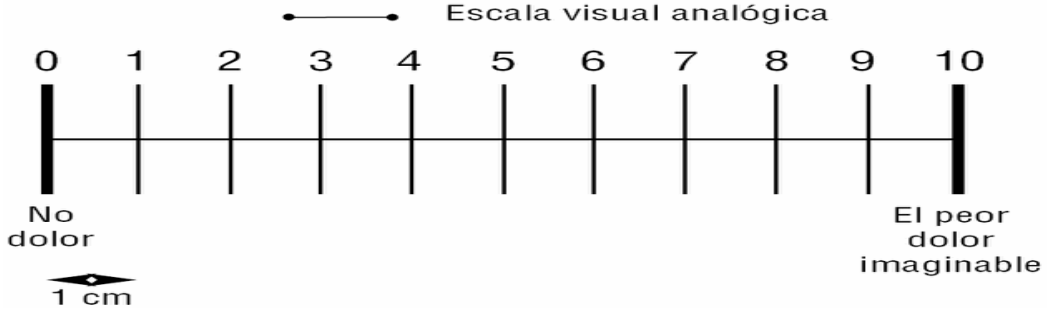
presencia de estas marcas disminuye su precisión. La Escala Visual Analógica (EVA), es confiable y válida para muchas poblaciones de pacientes.

Para algunos autores tiene ventajas con respecto a otras escalas por su facilidad de interpretación. Es una herramienta válida, fácilmente comprensible, correlaciona bien con la escala numérica verbal, ya que muchos pacientes no son capaces de expresar verbalmente.

Los resultados de las mediciones deben considerarse con un error de ±2mm. Por otro lado tiene algunas desventajas: se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene limitaciones en el paciente anciano, con alteraciones visuales y en el paciente sedado.

Para algunos autores, la forma en la que se presenta al paciente, ya sea horizontal o vertical, no afecta el resultado. Para otros, una escala vertical presenta menores dificultades de interpretación para los adultos mayores, porque les recuerda a un termómetro (Clarett y Pavlotsky 2012).

Figura 1: Escala visual analógica del dolor (EVA)



Fuente: Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), sugiere implementar una Escalera Analgésica; este instrumento es una estrategia farmacológica con fundamento en la intensidad del dolor; adaptada por la Federación Mundial de Sociedades y Asociaciones de Anestesiólogos en 1997, la cual divide en grados el tratamiento farmacológico según el dolor evaluado a través de la escala de EVA.

Según la evaluación del dolor postoperatorio a través de la escala de EVA; de 1 a 4 le corresponde la categoría de «dolor leve», de 5 a 7 una de «dolor moderado», y de 8 a 10 una de «dolor severo».

El moderado (EVA 5 a 7), puede ser tratado con analgésicos opioides con efecto techo (ya sea en bolo o en infusión continua), solos o en combinación, con analgésicos no opioides y/o fármacos adyuvantes.

En la paciente obstétrica, la percepción del dolor es el resultado de una experiencia única y multifactorial, la cual es influenciada por ansiedad, experiencias previas, aspectos culturales.

En el dolor post cesárea, la incisión quirúrgica es la responsable de liberación de sustancias nociceptivas que estimulan a los nociceptores periféricos, activando a las fibras aferentes de tipo C y A-delta.

El manejo inadecuado del dolor en post cesárea, puede afectar de forma significativa el bienestar de la madre y el neonato; esto es debido a que en presencia de dolor; se retrasa la deambulación, el tiempo de inicio de la ingesta y la ventilación presenta un patrón restrictivo que condiciona a la acumulación de secreciones.

Estas alteraciones, en conjunto, favorecen el desarrollo de complicaciones como lo son el íleo, atelectasias, neumonía, tromboembolismos; así mismo, la liberación de catecolaminas inhibe la secreción de oxitocina, con lo cual la producción de leche materna disminuye o se suspende (Puebla 2005).

B. HALLAZGOS Y ESTUDIOS REALIZADOS

En el Hospital Universitario La Paz Madrid, en el año 2006, en el servicio de medicina preventiva, servicio de anestesiología se realizó un estudio: Programa de mejora de la calidad de la analgesia postoperatoria, para conocer la situación inicial de la atención y tratamiento del dolor postoperatorio en los pacientes intervenidos en los servicios de Cirugía General y Cirugía Vascular, en el cual el 94,7% de los pacientes intervenidos afirmaron haber tenido dolor las últimas 24 horas, sólo 8 pacientes manifestaron no haber sentido dolor al estar controlado el mismo por el tratamiento analgésico postoperatorio, no difiriendo sus características del resto de pacientes (Valentín 2006).

En el departamento de anestesiología, reanimación y tratamiento del dolor del hospital de Sabadell, Barcelona 2007; se distribuyeron 100 cuestionarios a pacientes mayores de 18 años tributarios de intervención quirúrgica programada, con preguntas referidas al dolor postoperatorio (Fernadez-Galinski et al 2007).

El 79% (IC 95%: 68-87) había sido operado anteriormente, aproximadamente un 39% de ellos (IC 95%: 27-51) recordaba haber sentido dolor después de la intervención quirúrgica y el 46 % lo catalogaba como moderado - intenso.

El 76% (IC 95%: 65-85) de los pacientes consideraba normal sentir dolor en el postoperatorio (Fernadez-Galinski et al 2007).

Un estudio realizado en la Universidad Miguel Hernández de Elche, departamento de patología y cirugía, España 2013, con título; estudio comparativo del abordaje en la colecistectomía laparoscópica mediante colocación de 3 trócares en la línea media frente al abordaje francés clásico y evaluación del dolor postoperatorio mediante escala analógico-visual (EVA) y correlación con variables analíticas. En el cual se realizó un estudio prospectivo aleatorizado de 100 pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica de forma electiva por colelitiasis sintomática durante el periodo comprendido entre marzo del 2010 y enero del 2011, dividiéndolos en 2 grupos: grupo

1: pacientes a los que se realizó la colecistectomía laparoscópica mediante el abordaje francés clásico. grupo 2: pacientes a los que se realizó la colecistectomía laparoscópica mediante el abordaje con 3 trócares en línea media, además a las 24 hrs se evaluó el dolor que presentaba en ese preciso instante en función de una escala analógico-visual, obteniendo resultados de una mediana de dolor postoperatorio cuantificado mediante escala analógico-visual de 4 en el grupo 1 y 2,5 en el grupo 2, también que el dolor postoperatorio cuantificado mediante escala analógico-visual, tras el abordaje con 3 trócares en línea media es significativamente menor que tras el abordaje francés clásico (Sosa 2013).

En el Centro Universitario de Oriente, en el año 2014, se realizó un estudio prospectivo analítico sobre el beneficio de la infiltración con Acetónido de Triamcinolona en enfermedades músculo esqueléticas en 3 meses de tratamiento medidas a través de la escala visual analógica del dolor (EVA) en la consulta externa de traumatología del Hospital Regional de Zacapa, en el cual se obtuvieron los siguientes resultados de los 196 pacientes con enfermedades músculo esqueléticas que asistieron a la consulta externa de traumatología del Hospital Regional de Zacapa, se evidenció que al medir la escala visual analógica de dolor (EVA) presentaron en mayor número, EVA 2-3 dolor muy leve 26% (51), luego EVA6-7 dolor fuerte (37%) EVA 10 El peor dolor posible (31%), luego EVA 8-9 dolor muy fuerte 13% (26), EVA 4 dolor leve 10% (20), EVA 59% (18) y EVA 0-1 dolor ausente 7% (Sandoval 2014).

C. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El dolor es la manifestación más grande que se da en cualquier tipo de paciente, las mujeres post cesáreas siempre manifiestan algún tipo de dolor. En la práctica cotidiana se observa que cuando un paciente tiene dolor, le consultan al médico responsable de la sala, y este sin evaluar el dolor dicta una orden para administrar determinado medicamento; esta situación científicamente no es correcta, porque de acuerdo al tipo del dolor y a la intensidad del dolor que padezca la paciente, así debería utilizarse los medicamentos.

En el Hospital Nacional se cuentan con medicamentos como Dipirona, Diclofenaco, Dexketoprofeno, donde al paciente que tiene dolor, el médico de la sala da la orden, e inmediatamente sin evaluación previa se administra analgesia, no se sabe porque es el dolor, si es por gases, si es que la cama estaba mal, o si es un dolor por estar post operada, ante estas situaciones que se viven cotidianamente en el hospital, se plantea la necesidad de caracterizar el dolor con fines de dar un manejo adecuado.

Debido a lo anterior se considera importante generar información que nos indique **¿Cuáles son las características clínicas del dolor a través de la escala de EVA, de las pacientes post cesárea atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula, Carlos Manuel Arana Osorio, en el período de febrero a junio de 2017?**

II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

a) Delimitación teórica

El presente trabajo tiene fundamento clínico, el cual pretende determinar las características clínicas de las pacientes con dolor post cesárea atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula.

b) Delimitación geográfica

Departamento de Chiquimula ubicado en el oriente de Guatemala, conocida como la "La Perla de Oriente", limita al norte con el departamento de Zacapa; al sur con la República de El Salvador y departamento de Jutiapa; al este con la República de Honduras; y al oeste con los departamentos de Jalapa y Zacapa.

En este departamento la religión de mayor predominio es la católica, encontrándose uno de los lugares de peregrinación más descollantes de Mesoamérica; "Esquípulas".

c) Delimitación institucional

El Hospital Nacional de Chiquimula "Carlos Manuel Arana Osorio", se inauguró en junio de 1974, pero no fue hasta mayo de 1976 después del terremoto que se empezaron a usar sus nuevas instalaciones.

Cuenta con servicios de emergencia, consulta externa, cuidados intensivos pediátricos y de adultos, ginecoobstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía general y traumatología.

En el Hospital Nacional de Chiquimula se atendieron en el servicio de maternidad pacientes post cesárea, un total de 1,000 pacientes, en los meses de Julio 2016 a Enero 2017.

d) Delimitación temporal

El estudio se realizó durante los meses de febrero a julio de 2017.

III. OBJETIVOS

A. General

- Caracterizar clínicamente el dolor que presentan las pacientes post operadas en el servicio de maternidad del hospital nacional de Chiquimula.

B. Específicos

1. Identificar las diferentes características del dolor
2. Determinar el grado de dolor según la Escala Visual Analógica.
3. Describir los signos vitales y examen físico de la paciente en el momento de presentar el dolor.

IV. JUSTIFICACIÓN

El dolor es la manifestación más grande en cualquier tipo de paciente. Cuando una paciente post operada solicita ayuda o atención es la mayor parte de las veces por dolor.

Un proceso quirúrgico, el que sea, por idiosincrasia del guatemalteco ya causa dolor, temor y ansiedad y esto hace que la paciente post operada solicite atención inmediata para aliviar. En la práctica cotidiana esta situación es menospreciada por el personal sanitario, y cuando una paciente se queja que tiene dolor el médico tratante ordena que se le administra algún medicamento, sin siquiera evaluar a la paciente, tomando una decisión a la ligera.

Los estudiantes, futuros médicos, copian de sus profesores o de los médicos tratantes la misma conducta y cuando son internos y enfermería notifica que una paciente tiene dolor, estos sin evaluar ordenan algún medicamento para aliviar el malestar, conducta que puede ser errónea y que puede traer consecuencias como prolongar la estadía de la paciente en el servicio o llevar a una complicación en la paciente o bien gastos innecesarios para un sistema de salud en carestía.

Es por esta razón que se hace necesario caracterizar el dolor, usando la escala de EVA para conocer la magnitud de este, pero el estudio no solo pretende conocer la magnitud, sino también conocer las características de dicho dolor y así poder usar la conducta adecuada.

V. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1.1. DOLOR

El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial que describen en términos de dicha lesión

“Puntillo define el dolor como una experiencia subjetiva que varía de una persona a otra y tiene diferentes dimensiones: sensorial, emocional, cognitiva, psicológica y de comportamiento o conductual” (Sandoval 2014).

El dolor es una sensación subjetiva y, por tanto, las sensaciones referidas por el paciente son la base para tomar decisiones. Existen diferentes factores que pueden modificar la percepción dolorosa del paciente, como la edad, su situación cognitiva, estado emotivo y las experiencias dolorosas previas. Estos factores hacen que un paciente presente un gran dolor aunque no presente causas que en teoría las justifique. Esto puede inducir al médico o enfermero o kinesiólogo a subestimar el dolor, generando discrepancias entre lo que valora el personal que atiende al paciente y lo que valora el propio paciente (Clarett y Pavlotsky 2012).

El dolor es consustancial al ser humano y ajeno a su debilidad corporal ante las fuerzas negativas que le rodean y le oprimen. Desde la más remota antigüedad, desde la aparición del ser humano sobre la Tierra, éste se ha esforzado en su defensa contra tan insoslayable enemigo. «En el duelo contra el dolor --dice Bersot-- se ponen en juego todos los recursos del género humano». Este mismo autor añade: « ¡No, el dolor no nos impulsa a obrar, nos impide hacerlo! En el combate que hay que librar con él absorbe fuerzas que servirán para obras admirables» .

También Albert Schweitzer dijo en cierta ocasión: «El dolor es para la humanidad más terrible que la misma muerte» (Soler et al. 2000).

1.2 TIPOS DE DOLOR CLASICAMENTE

1.2.1. Dolor agudo

El dolor puede dividirse en agudo y crónico según su etiología, mecanismos fisiopatológicos, sintomatología, función biológica y estrategia diagnóstica y terapéutica. De hecho, mientras el dolor agudo constituye el síntoma de una enfermedad, el dolor crónico constituye con frecuencia la propia enfermedad.

La distinción entre dolor agudo y dolor crónico no es solamente importante debido a los distintos cursos temporales de estas dos formas de dolor, sino también por el hecho de que existen diferencias fundamentales en los mecanismos fisiológicos y especialmente fisiopatológicos que median la cronicidad de las sensaciones dolorosas.

El dolor agudo constituye un mecanismo biológico de alarma de primera línea; se considera como la consecuencia sensorial inmediata de la activación del sistema nociceptivo, una señal de alarma disparada por los sistemas protectores del organismo. El dolor agudo se debe generalmente al daño tisular somático o visceral y se desarrolla con un curso temporal que sigue de cerca el proceso de reparación y cicatrización de la lesión causal. Si no hay complicaciones, el dolor agudo desaparece con la lesión que lo originó. Sin embargo, su tratamiento inadecuado puede conllevar, en ocasiones, la persistencia de tal situación y la aparición de dolor crónico (Muriel y Llorca 1995).

Es un dolor súbito, que remite a medida que se produce su curación, es decir, tiene un final predecible. Constituye una señal biológica de alarma, que avisa al paciente del daño corporal y apenas tiene repercusiones psicológicas.

Su evaluación se puede hacer de una manera simple, cuando se trata como un síntoma de una enfermedad, en el que en la práctica clínica basta con saber su ubicación e intensidad (Clarett y Pavlotsky 2012).

1.2.3. Dolor crónico

Al contrario que el dolor agudo, se mantiene aunque haya desaparecido la enfermedad que lo provocó; aunque otras veces también se produce por causas incurables; no obstante, en todos los casos, el mantenimiento del dolor y el sufrimiento que lo acompaña, se convierten en una enfermedad destructiva. En estos casos, la evaluación del dolor se complica por síntomas mentales como son la fatiga, depresión, ansiedad y angustia. El dolor crónico tiene un impacto importante en la salud física y emocional, en la función cognitiva, en la vida social y familiar, y en la capacidad de trabajar, llegando a ser la causa más frecuente de incapacidad. Su evaluación resulta más difícil y se han desarrollado diversos instrumentos para medir los diferentes tipos de enfermedades con dolor crónico, como son: los cuestionarios Western Ontario y Mac Máster para la osteoartritis, o el cáncer (Clarett y Pavlotsky 2012).

En comparación con el dolor agudo, el dolor crónico no causa alteraciones notables de las respuestas simpáticas y neuroendocrinas, por lo general es un síntoma de una enfermedad persistente cuya evolución, continua o en brotes, conlleva la presencia de dolor aun en ausencia de lesión periférica, pudiendo deberse también a alteraciones psicopatológicas o factores ambientales. El dolor crónico no posee función biológica alguna e impone con frecuencia alteraciones físicas, emocionales y sociales que dificultan profundamente la vida del enfermo (Muriel y Llorca, 1995).

1.3 DOLOR POST OPERATORIO

El dolor postoperatorio es considerado como el máximo representante del dolor agudo, apareciendo como consecuencia de la estimulación nociceptiva resultante de la agresión directa o indirecta producida por un acto quirúrgico. Entendiendo como agresión indirecta aquella no debida propiamente a la aplicación de la técnica quirúrgica, pero que a consecuencia de la misma(distensión vesical o intestinal, espasmos musculares, lesiones nerviosas secundarias a tracciones indebidas, etc.), o de la técnica anestésica utilizada, o a la patología basal del paciente, aparece durante el período postoperatorio (Muriel y Llorca 1995).

El dolor postoperatorio es en la actualidad uno de los problemas asistenciales más comunes en los hospitales, a pesar de los medios terapéuticos de que se dispone para su tratamiento. Al componente de sufrimiento que comporta se le añade una morbilidad propia, consecuencia de las repercusiones y complicaciones que produce en los distintos sistemas del organismo. Entre los factores que condicionan su intensidad, algunos de ellos, como la edad o el sexo, no aparecen como determinantes, al contrario de lo que ocurre con otros como el tipo de intervención, el procedimiento de acceso quirúrgico, el procedimiento anestésico o la duración de la intervención.

Los estudios publicados en los últimos años registran cifras de prevalencia que permanecen prácticamente inalterables desde 1952, en que Papper publicó el primer trabajo sobre analgesia insuficiente en el postoperatorio. Estos estudios revelan dolor de moderado a insoportable entre el 11% en un hospital con unidad de dolor agudo postoperatorio y el 70% de la población intervenida durante las primeras veinticuatro a cuarenta y ocho horas, predominando las prevalencias superiores al 30%.

Actitudes erróneas, fuertemente arraigadas entre los profesionales sanitarios, como las pautas «a demanda», reticencia al empleo de opiáceos, infravaloración del dolor que sufren los pacientes, etc., van a ser las principales causas del inadecuado control del dolor postoperatorio. El establecimiento de protocolos de actuación que incluyan alternativas terapéuticas adecuadas para cada situación, en los que deberá participar el farmacéutico de hospital, junto con el empleo de una escala de evaluación del dolor y la participación activa del paciente en su tratamiento, permitirán controlar el dolor (Soler et al. 2000).

1.4 PACIENTE POST CESÁREA

Cesárea. Extracción de un feto, vivo o muerto, a través de una incisión en abdomen (laparotomía) y en pared anterior del útero (histerotomía), después de las 20 semanas de gestación. Puede ser de emergencia o electiva. Puede ser segmentaria o corporal.

Cesárea electiva: Indicación determinada durante el control prenatal o la hospitalización y da tiempo para programar la cirugía en las mejores condiciones para la madre y el feto.

Cesárea de emergencia: Se decide de manera imprevista por la presencia de una patología de aparición súbita que obliga la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones (Casique et al. 2017).

1.5 REPERCUSIONES Y COMPLICACIONES PROVOCADAS POR EL DOLOR POSTOPERATORIO

1.5.1 Complicaciones respiratorias

Aparecen fundamentalmente tras intervenciones de cirugía torácica o abdominal alta, alcanzando cifras del 20 al 60 por ciento de los pacientes intervenidos y con una contribución a la mortalidad postoperatoria que algunos autores han cifrado en el 25 %.

Básicamente se produce una disminución de la capacidad residual funcional (CRF) por aumento del tono de los músculos abdominales respiratorios, así como por disminución de la función diafragmática. Existe una inhibición voluntaria de la tos, inmovilidad antiálgica de la caja torácica, disminución de la actividad mucociliar, tendencia al colapso alveolar y disminución, por tanto, de la compliance pulmonar. Todo esto conduce a una alteración de la ventilación/perfusión (V/Q) y a un aumento del shunt intraplmonar que contribuye a la aparición de hipoxemia.

El cuadro conformará una concatenación de sucesos:

Dolor →Espasmo muscular →Compliance → Hipoxemia

Esta alteración se denomina síndrome restrictivo pulmonar postoperatorio, demostrándose en la espirometría una disminución de los volúmenes pulmonares (CRF, CVF, FEV1, etc.).

En los pacientes con patología respiratoria basal, cuadros respiratorios agudos concomitantes o incluso en pacientes previamente sanos, se producirán frecuentemente complicaciones o agravamiento. Entre los cuadros sobreañadidos más frecuentes están la aparición de neumonías, la formación de atelectasias y la presencia de insuficiencia respiratoria aguda (Soler et al. 2000).

1.5.2 Complicaciones cardiocirculatorias

Son el resultado de la secreción catecolaminérgica secundaria a la hiperactividad simpática ocasionada por el dolor y consisten en un aumento de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial media, del índice cardíaco y del consumo de oxígeno miocárdico.

Estas alteraciones van a tener una repercusión importante en aquellos pacientes que presenten una cardiopatía como patología basal, pudiendo ocasionar en los mismos, cuadros de descompensación e inestabilidad hemodinámica y aparición de insuficiencia cardíaca, insuficiencia coronaria e infarto agudo de miocardio o hipertensión arterial severa.

Asimismo, debido a la presencia de vaso espasmo, a la inmovilidad adoptada por el paciente a consecuencia del dolor, al aumento de estasis venoso y al aumento de la agregabilidad plaquetaria, está aumentada la incidencia de fenómenos tromboembólicos en forma de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar (Soler et al. 2000).

1.5.3 Complicaciones digestivas

Debido a los reflejos segmentarios y por la hiperactividad simpática se produce íleo paralítico, siendo frecuentes la presencia de náuseas y vómitos. La presencia de dolor postoperatorio no controlado se relaciona con una mayor incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios.

Asimismo, existe también un aumento de las secreciones intestinales. Estas alteraciones no ocurren únicamente en la cirugía abdominal, sino que están presentes en los distintos grupos de cirugía debido al trauma general y a la situación de estrés. (Soler et al. 2000).

1.5.4. Complicaciones metabólicas

El dolor postoperatorio contribuye a incrementar la respuesta endocrina frente a la agresión quirúrgica al inducir un estado de hiperactividad simpática e hipotalámica. Ello se traduce en un aumento de la secreción de catecolaminas, hormona adrenocorticotropa (ACTH), hormona del crecimiento (GH), hormona antidiurética, vasopresina, prolactina, betaendorfinas, cortisol, glucagón, aldosterona. Por el contrario, la secreción de insulina estará inhibida, lo que provoca, junto a la alteración de los hidratos de carbono, un estado de hipercatabolismo proteico y un incremento de la lipólisis.

Como consecuencia de estas alteraciones existirán intolerancia a la glucosa con hiperglucemia y glucosuria, aumento de los cuerpos cetónicos, aumento del ácido láctico, aumento del metabolismo y consumo de oxígeno, balance negativo del nitrógeo, retención de sodio y agua, así como pérdida de potasio.

1.5.5. Complicaciones inmunológicas

Existe un deterioro de la inmunidad, con presencia de leucocitosis, neutrofilia, linfopenia, disminución de la quimiotaxis, disminución de la opsonificación, aumento de la capacidad fagocitaria, disminución de la función de los linfocitos B y T, disminución de la secreción de inmunoglobulinas (sobre todo la IgG y la IgM), aumento de la interleucina-1, disminución de los niveles de C3 y C4 y disminución de la liberación de histamina, entre otros (Soler et al. 2000).

1.5.6. Complicaciones urológicas

Al igual que en el sistema digestivo, por aumento del tono simpático habrá una inhibición de la motilidad del tracto urinario con hipomovilidad ureteral y vesical que conduce hacia la retención urinaria.

1.5.7. Complicaciones musculo esqueléticas

Se produce atrofia muscular por la inmovilidad con limitación funcional posterior en el caso de la cirugía de grandes articulaciones y en personas de edad avanzada, con retraso en la recuperación funcional (Soler et al. 2000).

1.5.8. Complicaciones psicológicas

La respuesta cortical al dolor define una serie de reacciones de tipo psicológico como la angustia, el miedo o la aprensión, que con toda probabilidad tienden a facilitar el influjo nociceptivo exacerbando de este modo el dolor. Estas reacciones pueden desencadenar situaciones de agresividad y de agitación en ciertos pacientes, preferentemente los más jóvenes y de postración o desorientación temporoespacial en los de mayor edad, lo cual puede dificultar su recuperación y prolongar su estancia hospitalaria.

En un trabajo recientemente publicado, encuentran que existe relación entre niveles altos de dolor y delirio postoperatorio.

Todo lo anterior ilustra la morbilidad inducida por el dolor y que añade mayor gravedad si cabe a la propia sensación dolorosa que experimenta el paciente.

Por lo que se afirma que el dolor postoperatorio no es sólo un síntoma derivado de una agresión quirúrgica, sino que además es un factor de riesgo de otras complicaciones mórbidas y que, unido a otros factores como edad avanzada, patología respiratoria, cardiovascular, etc., puede desembocar incluso en situaciones que lleguen a comprometer la vida del paciente (Soler et al. 2000).

CAPÍTULO II

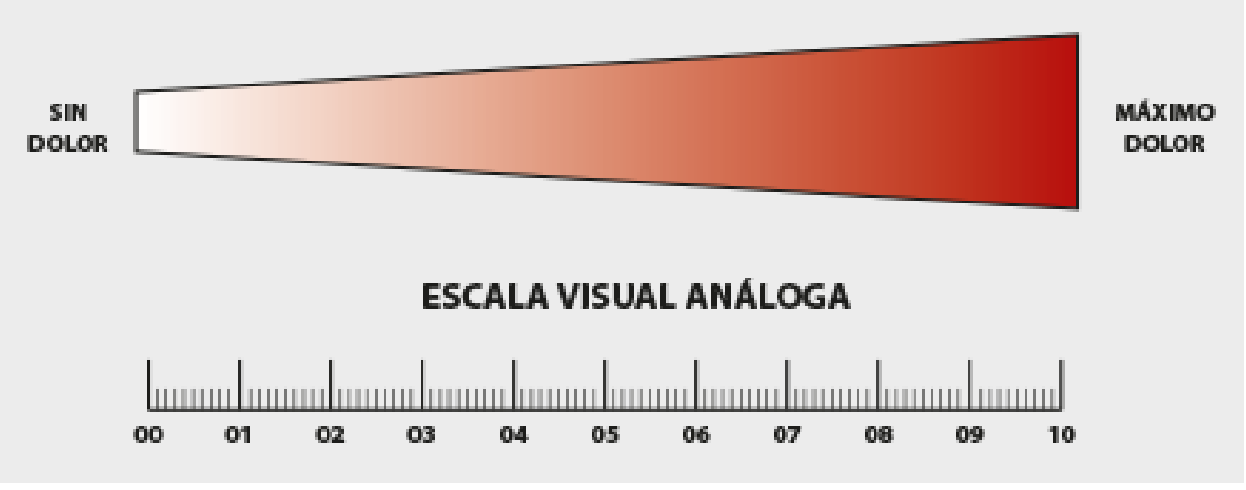
2.1. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

2.1.1. CONCEPTOS

En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión. La EVA es confiable y válida para muchas poblaciones de pacientes. Aunque la escala no ha sido específicamente testeada para pacientes en terapia intensiva, ésta es frecuentemente utilizada.

Para algunos autores tiene ventajas con respecto a otras. Es una herramienta válida, fácilmente comprensible, correlaciona bien con la escala numérica verbal. Los resultados de las mediciones deben considerarse con un error de ±2mm. Por otro lado tiene algunas desventajas: se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene limitaciones en el paciente anciano, con alteraciones visuales y en el paciente sedado. Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso (Alonso Aperador y Ardizone 2012).

Figura 2: Escala visual Analógica, forma gráfica y descriptores:



Fuente: FEDELAT; Federacion Latinoamericana de Asociaciones de Estudio para el Dolor 2017.

Graduación del dolor

No dolor	0
Dolor l leve-moderado	1-3
Dolor moderado-grave	4-6
Dolor my intenso	>6
OBJETIVO	≤ 3

Fuente Clarett y Pavlotsky 2012.

Escalera del dolor OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS), sugiere implementar una Escalera Analgésica; este instrumento es una estrategia farmacológica con fundamento en la intensidad del dolor; adaptada por la Federación Mundial de Sociedades y Asociaciones de Anestesiólogos en 1997, la cual divide en grados el tratamiento farmacológico según el dolor evaluado a través de la escala de EVA.

Según la evaluación del dolor postoperatorio a través de la escala de EVA; de 1 a 4 le corresponde la categoría de «dolor leve», de 5 a 7 una de «dolor moderado», y de 8 a 10 una de «dolor severo».

El moderado (EVA 5 a 7), puede ser tratado con analgésicos opioides con efecto techo (ya sea en bolo o en infusión continua), solos o en combinación, con analgésicos no opioides y/o fármacos adyuvantes.

En la paciente obstétrica, la percepción del dolor es el resultado de una experiencia única y multifactorial, la cual es influenciada por ansiedad, experiencias previas, aspectos culturales.

En el dolor post cesárea, la incisión quirúrgica es la responsable de liberación de sustancias nociceptivas que estimulan a los nociceptores periféricos, activando a las fibras aferentes de tipo C y A-delta.

El manejo inadecuado del dolor en post cesárea, puede afectar de forma significativa el bienestar de la madre y el neonato; esto es debido a que en presencia de dolor; se retrasa la deambulación, el tiempo de inicio de la ingesta y la ventilación presenta un patrón restrictivo que condiciona a la acumulación de secreciones.

Estas alteraciones, en conjunto, favorecen el desarrollo de complicaciones como lo son el íleo, atelectasias, neumonía, tromboembolismos; así mismo, la liberación de catecolaminas inhibe la secreción de oxitocina, con lo cual la producción de leche materna disminuye o se suspende (Covarrubias-Gómez, et al 2014).

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

a) TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo transversal.

b) ÁREA DE ESTUDIO

Servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula.

c) UNIVERSO Y MUESTRA

El universo está compuesto por 1,000 pacientes post cesárea atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula, durante el mes junio a julio de 2017.

El tamaño de la muestra se determinó según la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot \sigma^2}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot \sigma^2}$$

n = 211

N: Tamaño de la muestra

Z: Nivel de confianza

e: Error de estimación máximo aceptado

n: tamaño de la muestra

σ: teta

d) SUJETO U OBJETO DE ESTUDIO

Pacientes post cesárea ingresadas en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula.

e) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes 24 horas post cesárea del servicio de maternidad

f) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes mayor a 24 horas post cesárea del servicio de maternidad.
- Pacientes que ingresaron al servicio de maternidad del Hospital nacional de Chiquimula, pero con diagnóstico diferente a post cesárea.
- Pacientes post cesárea que se le haya administrado analgesia previo a ingresar al servicio de maternidad.
- Pacientes con diagnóstico de pre eclampsia y eclampsia.
- Pacientes con alteración del estado de conciencia.
- Pacientes con alguna patología de base.

g) VARIABLES ESTUDIADAS

- Dolor post cesárea.
- Escala Visual Analógica (EVA)

h) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición de variable	Indicador	Tipo de variable	Escala
Variable Dolor postoperatorio	Se define como un dolor agudo que aparece como consecuencia del acto quirúrgico.	Examen físico	Cuantitativa	Nominal
Variable dependiente Escala de EVA	Es una escala que permite medir la intensidad del dolor. No dolor: 0 Dolor leve a moderado:1-3. Dolor moderado a grave 4-6 Dolor intenso >6. Se muestra y explica la escala de EVA al paciente, e indica el nivel de dolor percibido en ese momento.	Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en el que se identifica un mínimo dolor y un máximo dolor. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”.	Mixta	Razón

FUENTE: Elaboración propia.

i) TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó una encuesta en la cual se recogió datos generales de la paciente, antecedentes ginecoobtétricos, luego se hizo la pregunta sobre la característica del dolor que presenta y se evaluó dicho dolor a través de la Escala Visual Analógica; luego se procedió a evaluar físicamente a la paciente.

La boleta de recolección de datos fue dividida en 3 secciones:

1. **Datos generales**
    - Edad:
    - Antecedentes ginecoobstétricos.

2. **Evaluación del dolor a través de EVA**

    La valoración es:
    - Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
    - Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 6.
    - Dolor severo si la valoración es igual o superior a >6.

3. **Examen físico**

    Presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno.

    Estado general:
    Cabeza, ojos, Orofaringe, Corazón, Tórax, Abdomen, Genitourinario, musculosquelético, Neurológico.

j) PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se solicitó la aprobación del tema de investigación por parte del Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación de Medicina (OCTGM).

- Luego de aprobado el tema de investigación se solicitó la autorización al Comité de Bioética del Hospital Nacional de Chiquimula para la realización de la misma.

- Se solicitó la aprobación del protocolo, por medio de carta extendida al OCTGM.

- Se inició el trabajo de campo notificando al personal del departamento de estadística, del servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula.

- Al llevar a cabo el trabajo de campo se realizó una encuesta a las pacientes post cesárea que refieran dolor, a las cuales se les interrogó sobre sus datos generales, antecedentes ginecoobstétricos, se evaluó el dolor a través de la escala visual analógica y se les realizó examen físico, de las pacientes ingresados en el servicio de maternidad del hospital nacional de Chiquimula con diagnóstico de post cesárea, para lo cual se obtuvo dicha información de la boleta de recolección de datos.

- Se procedió a ingresar la información en una base de datos, en donde se analizó la información para la posterior elaboración de tablas y gráficas en el programa Microsoft Excel 2010.

k) PLAN DE ANÁLISIS

Para el procesamiento de la información obtenida se procedió de la siguiente manera:

- **Primero:** Se obtuvo la información de las pacientes aplicando la boleta de recolección de datos, de forma individual, dicha boleta contiene nueve ítems, en los cuales se obtuvo los datos generales del paciente, la evaluación del dolor a través de la escala de valoración del dolor, y se realizó examen físico del paciente.
- **Segundo:** Se ordenaron las boletas de recolección de datos, según el número correlativo.
- **Tercero:** Se tabuló la información recopilada para formar una base de datos, para posterior análisis.
- **Cuarto:** Se analizaron los resultados para ser representados con gráficos mediante el programa Microsoft Excel 2010 cumpliendo así con los objetivos descritos.

l) PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Se redactó una solicitud al Comité de Bioética e investigación del Hospital Nacional de Chiquimula para realizar la investigación en el servicio de maternidad con pacientes post cesárea.

- El investigador se presentó con atuendo médico que identifica a los estudiantes de la carrera del sexto año de Medicina.

- Se solicitó un consentimiento informado a las pacientes para su participación en el estudio, a través de un documento adscrito.

m) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades Año 2017	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio			julio				Agosto				Septiembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planteamiento del problema																															
Solicitud de aprobación del problema																															
Aprobación del problema																															
Elaboración del protocolo de investigación																															
Entrega del protocolo																															
Solicitud de aprobación del protocolo																															
Trabajo de campo																															
Elaboración del informe final																															
Revisión del informe final																															
Aprobación del informe final																															

Fuente: Elaboración propia

n) RECURSOS

1) Humanos

- Estudiante investigador
- Asesora
- Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación de Medicina (OCTGM)

2) Físicos

- 1 computadora portátil marca HP
- 1 memoria USB
- 1 impresora
- Cartuchos de tinta negra
- Cartuchos de tinta color
- pulsioximetro
- Internet residencial.
- 1 esfigmomanómetro
- 1 estetoscopio
- 1 termómetro
-

3) Financieros

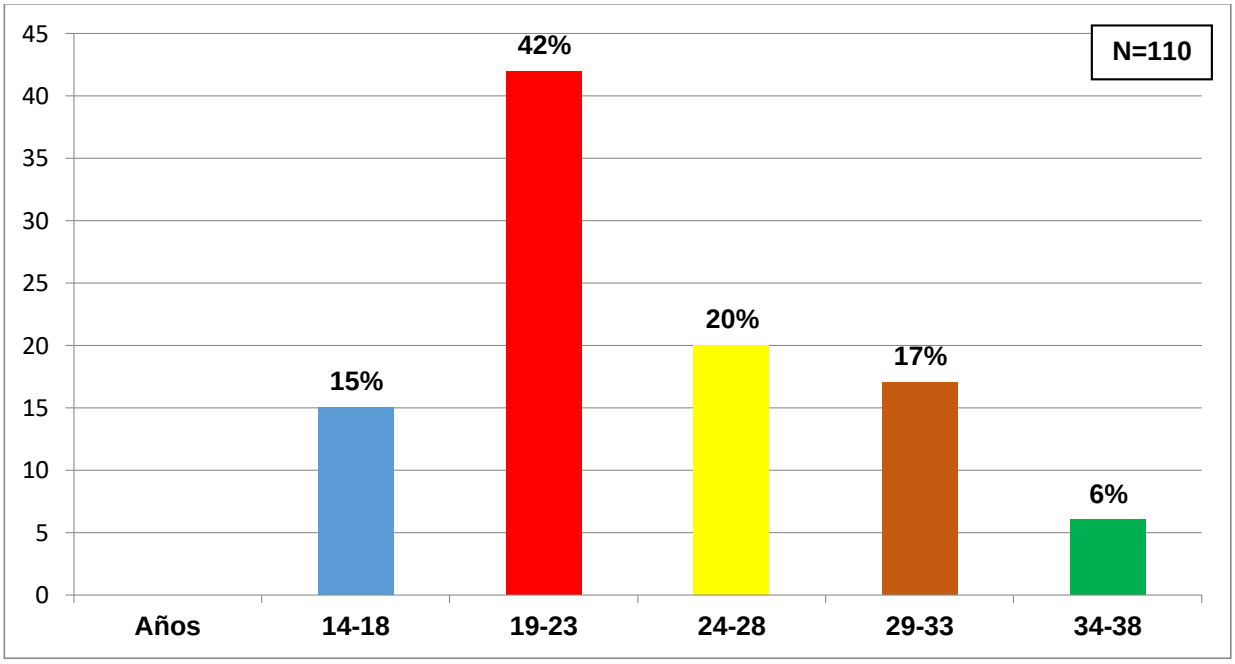
- Fotocopias de boletas de recolección de datos
- Transporte
- Útiles de oficina
- Impresiones

Recurso	Inversión en Quetzales.
Fotocopias de boleta de recolección de datos	500.00
Equipo de Oficina	300.00
Servicio de Internet	325.00
Impresiones	1,000.00
Movilizaciones	1,500.00
TOTAL	**3,625.00**

FUENTE: Elaboración propia.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

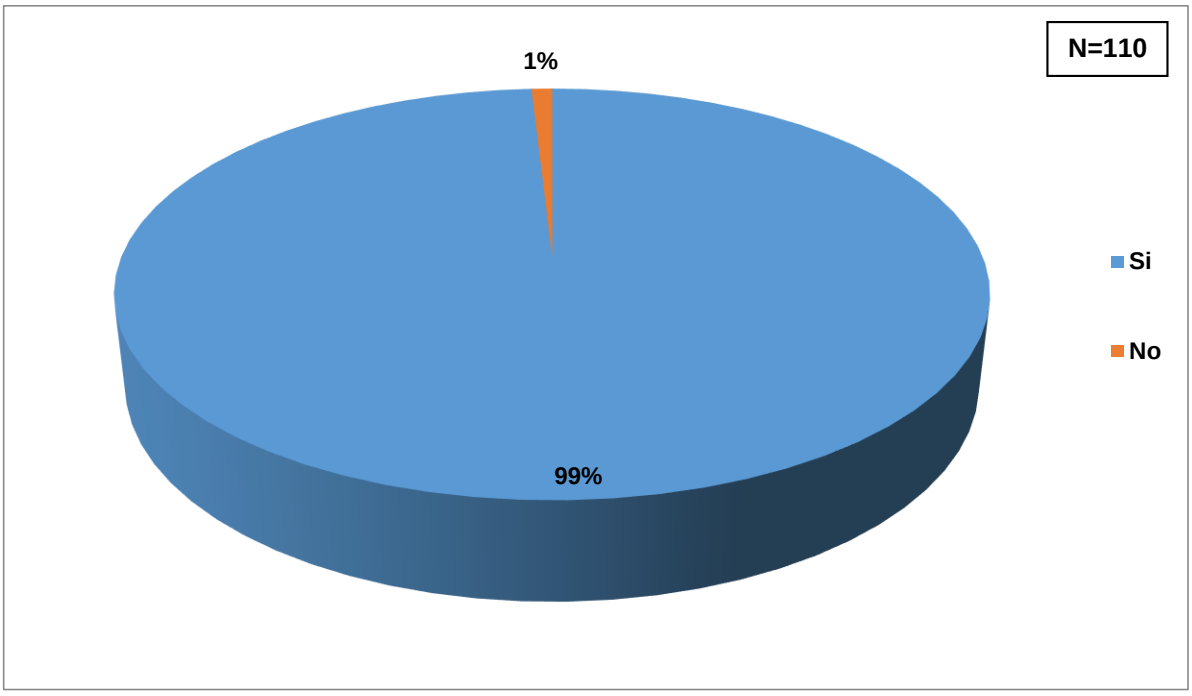
GRÁFICA 1. Distribución según grupo etario de pacientes post cesárea atendidas en el servicio de maternidad, del Hospital Nacional de Chiquimula "Carlos Manuel Arana Osorio" durante el período de febrero a julio de 2017.



FUENTE: Boleta de recolección de datos 2017.

De las 110 pacientes que participaron en el estudio se agrupó en rangos de 5 años a partir de la edad mínima y máxima que se incluyó en el estudio, siendo así el 15% (16) al rango de 14-18 años, 42% (46) de 19-23 años, 20% (22) de 24-28 años, 17% (19) de 29-33 años, 6% (7) de 34-38 años. La mayor parte de la población se encontró por debajo de los 23 años de edad con un 57% (62).

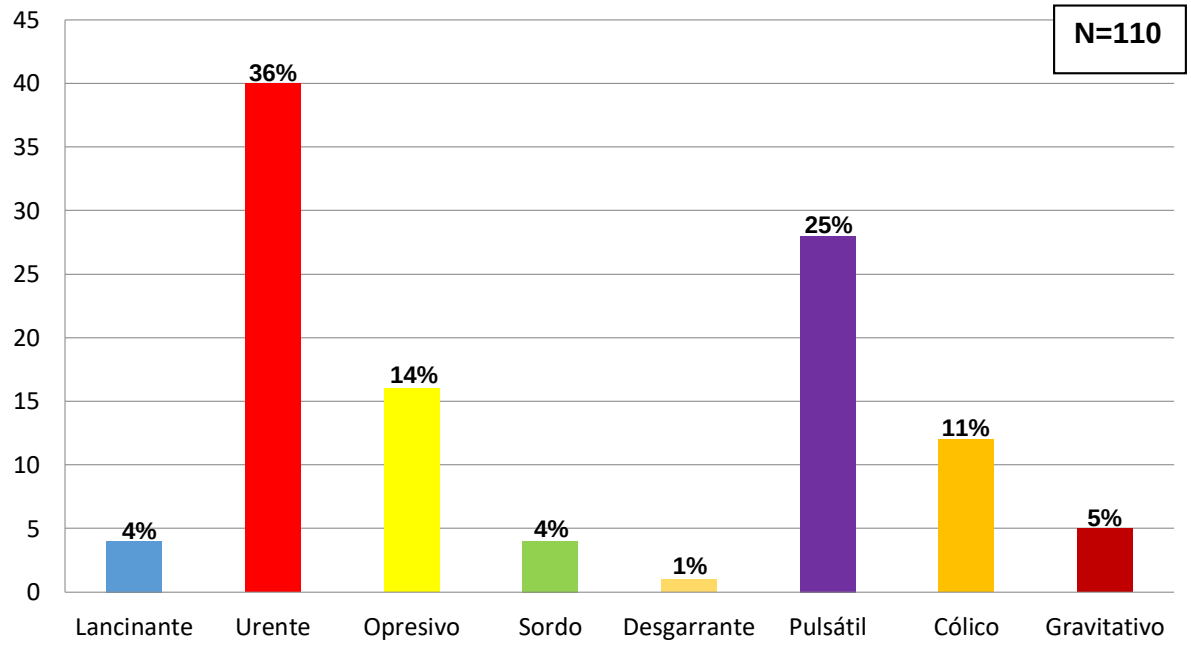
GRÁFICA 2. Distribución de las pacientes que han presentado dolor las últimas 24 horas post cesárea, atendidos en el servicio de maternidad, del Hospital Nacional de Chiquimula "Carlos Manuel Arana Osorio" durante el período de febrero a julio de 2017.



FUENTE: Boleta de recolección de datos 2017.

En esta gráfica se observa que de las 110 pacientes que participaron en el estudio, 99% (109) de los pacientes presentaron dolor post cesárea, siendo el resto 1% (1) correspondientes a las pacientes que no presentaron dolor post cesárea.

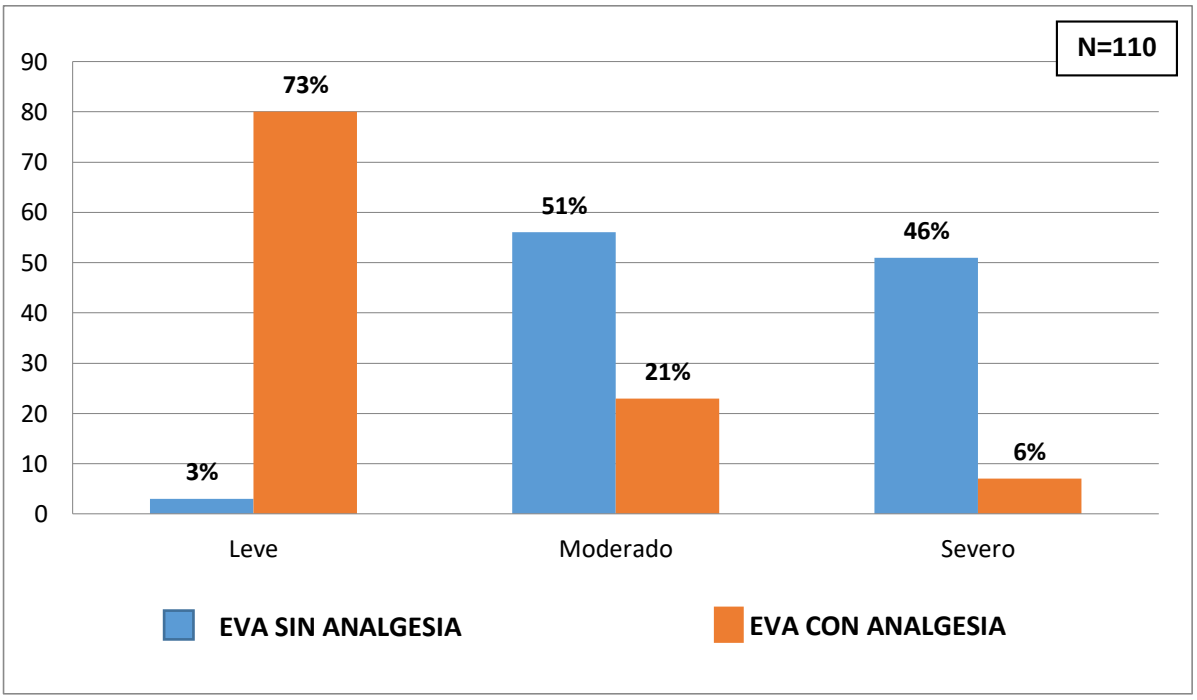
GRÁFICA 3. Distribución de las características del dolor de las pacientes post cesárea atendidas en el servicio de maternidad, del Hospital Nacional de Chiquimula "Carlos Manuel Arana Osorio" durante el período de febrero a julio de 2017.



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

De los 110 pacientes estudiados, el 4% (4) presentaron dolor tipo lancinante, un 36%(40) con dolor tipo urente, un 14% (16) con dolor tipo opresivo, un 4% (4) con dolor tipo sordo y un 1% (2) de las pacientes refirió dolor tipo desgarrante, 25% (28) de las pacientes refirió dolor tipo pulsátil, un 12% (11) de la pacientes refirió dolor tipo cólico y un 5% (5) de la pacientes post cesárea refirió dolor tipo gravitativo; el carácter del dolor que más refirieron las pacientes post cesárea son de tipo urente y pulsátil haciendo un total de 61% (67) del total de las pacientes encuestadas.

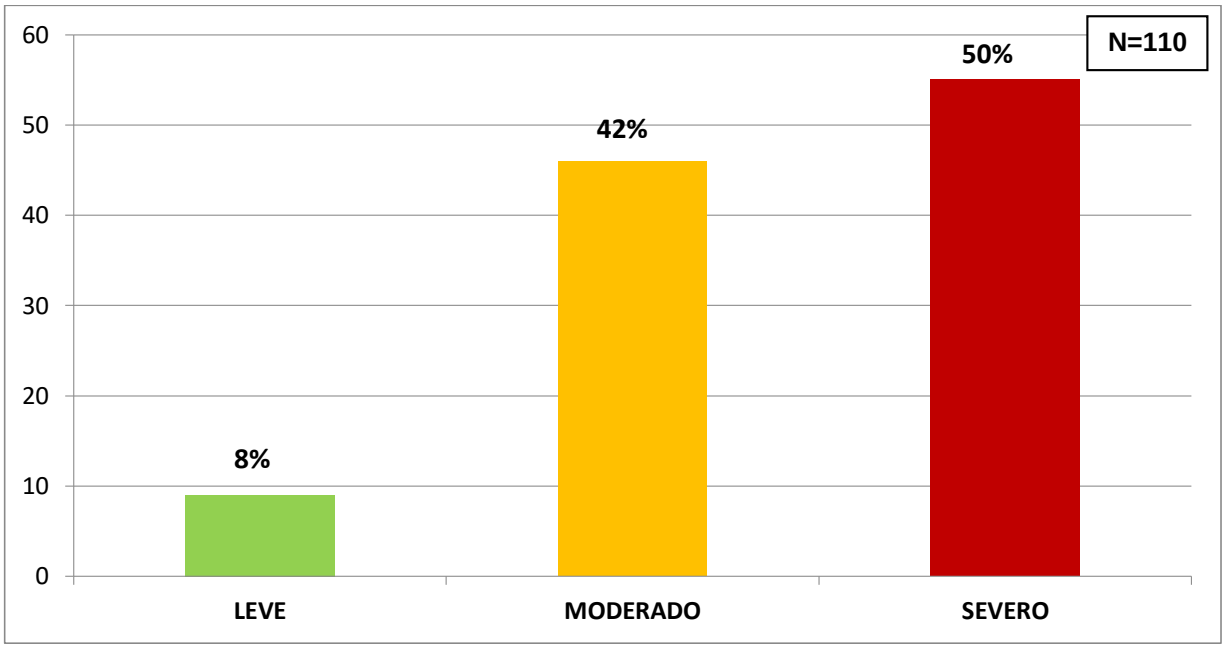
GRÁFICA 4. Distribución de las pacientes según el nivel del dolor según Escala Visual Analógica (EVA) y post medicación, en el servicio de maternidad, del Hospital Nacional de Chiquimula "Carlos Manuel Arana Osorio" durante el período de febrero a julio de 2017.



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

De las 110 pacientes encuestadas sobre la intensidad del dolor según la escala de EVA un 3% (3) refirió dolor de intensidad leve sin analgesia y un 73% (80) 1 hora después de administrar analgesia, un 51% (56) refirió dolor de intensidad moderada sin analgesia y un 21% (23) refirió intensidad moderada post analgesia, un 46% (51) refirió dolor severo sin analgesia y 6% (7) refirió dolor severo post analgesia.

GRÁFICA 5. Distribución de las pacientes según la intensidad por ALICIA[1] (sin analgesia, atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula "Carlos Manuel Arana Osorio" durante el0020período de febrero a julio de 2017.

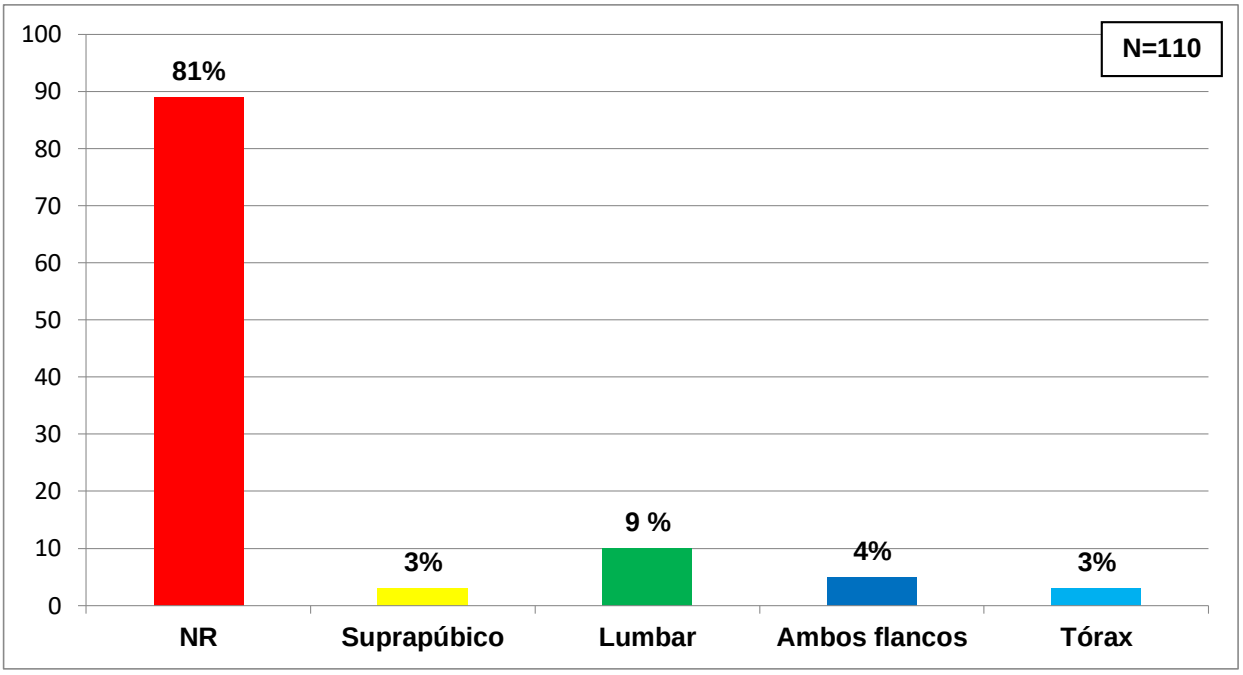


FUENTE: Boleta de recolección de datos.

De las 110 pacientes encuestadas, según la intensidad del dolor, el 50% (55) refirió dolor severo, un 42% (46) refirió dolor moderado y solo un 8% (9) refirió dolor de intensidad leve.

[1] ALICIA: Para evaluación del dolor, con significado según sus siglas Aparición, Localización, Intensidad, Características, Irradiación, Alivio que se utiliza en este estudio para evaluar la irradiación del dolor sin analgesia en pacientes post cesárea.

GRÁFICA 6. Distribución de las pacientes post cesárea según la irradiación del dolor por ALICIA[2] sin analgesia atendidos en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula "Carlos Manuel Arana Osorio" durante el período de febrero a julio de 2017.

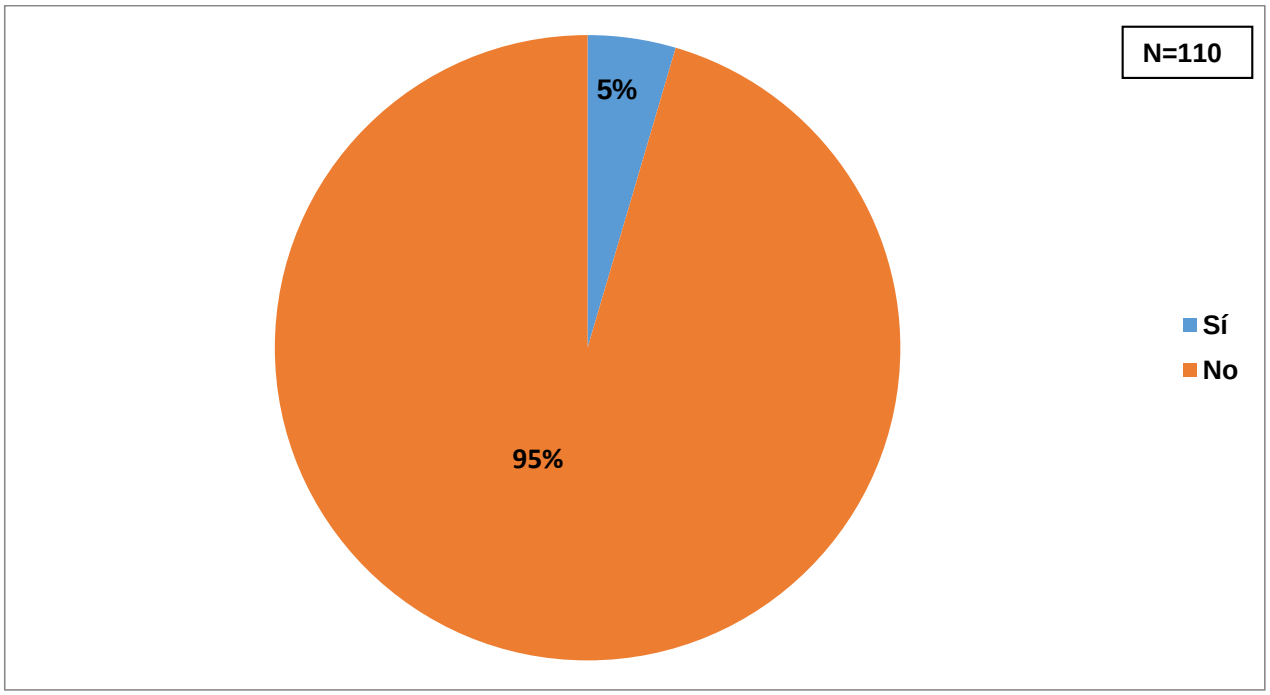


FUENTE: Boleta de recolección de datos.

De las 110 pacientes post cesárea, según la irradiación del dolor el 81% (89) no refirieron (NR) irradiación del dolor, un 9% (10) refirieron irradiación del dolor a la región lumbar, un 4% (5) refirieron irradiación del dolor en ambos flancos y el 3% (3) refirió irradiación del dolor supra púbico e irradiación tórax haciendo 6% (6).

[2] ALICIA: Para evaluación del dolor, con significado según sus siglas Aparición, Localización, Intensidad, Características, Irradiación, Alivio que se utiliza en este estudio para evaluar la irradiación del dolor sin analgesia en pacientes post cesárea.

GRÁFICA 7. Distribución de las pacientes post cesárea según el alivio del dolor por ALICIA[3] sin analgesia atendidos en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula "Carlos Manuel Arana Osorio" durante el período de febrero a julio de 2017.

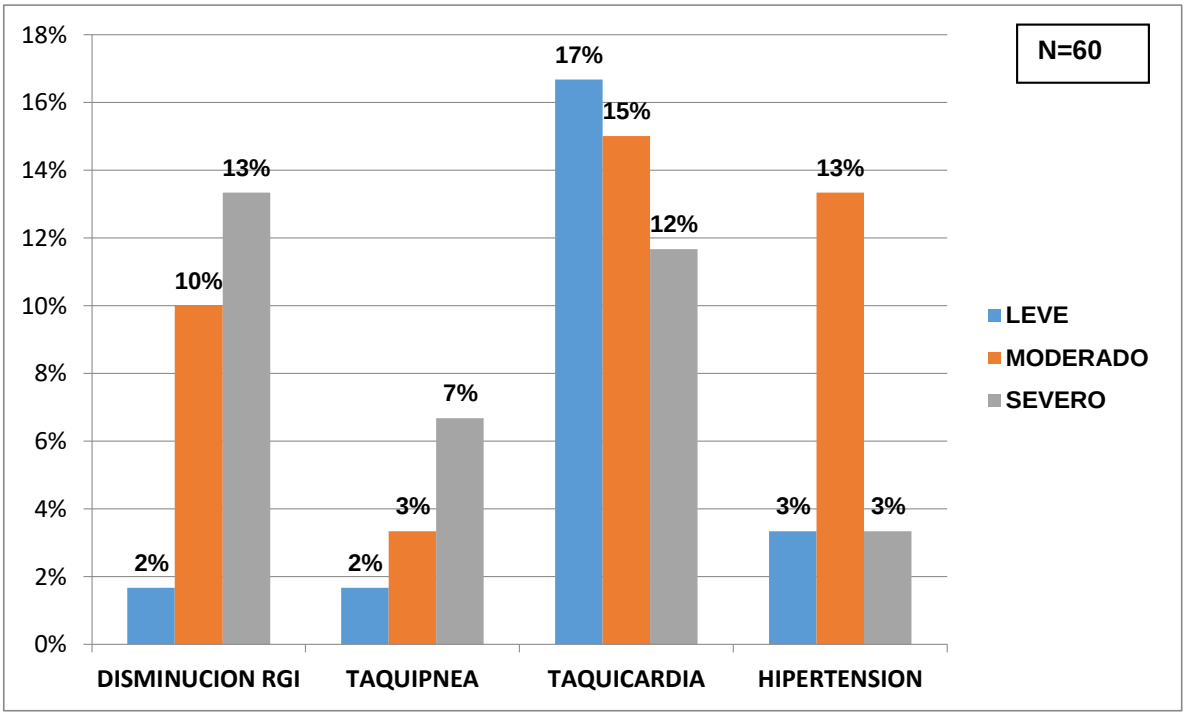


FUENTE: Boleta de recolección de datos.

De las 110 pacientes post cesárea encuestadas, un 95% (105) refirieron no presentar alivio del dolor y solo un 5% (5) refirió alivio del dolor.

[3] ALICIA: Para evaluación del dolor, con significado según sus siglas Aparición, Localización, Intensidad, Características, Irradiación, Alivio que se utiliza en este estudio para evaluar el Alivio del dolor sin analgesia en pacientes post cesárea.

GRÁFICA 8. Distribución de las pacientes según escala de EVA del dolor en función de la hemodinámica y examen físico; atendidos en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula "Carlos Manuel Arana Osorio" durante el período de febrero a julio de 2017.



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

De 60 pacientes con dolor severo el 13% (8) presentaron disminución RGI. De las pacientes que refirieron dolor leve, el 17% (10) presentaron taquicardia; mientras que de las paciente con dolor moderado, el 13% (8) presentaron hipertensión, al relacionar la intensidad del dolor y alteraciones al examen físico y de hemodinámia.

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó un estudio para medición del dolor a través de la Escala Visual Analógica (EVA), en 110 pacientes post cesárea, en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula durante los meses de junio y julio de 2017. De la población estudiada, 57% (62) se encontró por debajo de los 23 años de edad; un 42% (46) en las edades entre el 19 y 23 años, la importancia radica en que las personas que pertenecen a este rango de edad consultan más al servicio de maternidad del hospital antes mencionado, ya que son personas jóvenes y culturalmente no están regidas por las creencias y tradiciones que las obligan a no presentarse a control en el hospital.

De las 110 pacientes que participaron en el estudio, 99% (109) de las mismas presentaron dolor post cesárea, el resto 1% (1) no presentaron dolor, esto debido a que al momento de la encuesta no se encontraban bajo efectos de anestesia.

De las pacientes estudiadas, un 61% (67) refirieron que el carácter del dolor que presentaban al momento de la encuesta es de tipo urente y pulsátil; tomado en cuenta que el dolor está relacionado con el daño real de tejidos el cual es secundario a la activación de terminaciones nerviosas que conllevan a características del dolor post operatorio.

De las 110 pacientes encuestadas; de las pacientes estudiadas, un 46% (51) refirió dolor severo sin analgesia y 6% (7) refirió dolor severo 1 hora post analgesia; lo que no indica que al evaluar adecuadamente el dolor post cesárea y en conjunto con la correcta administración de analgesia, se obtiene una recuperación favorable en las pacientes; además existe evidencia en la que el alivio inadecuado del dolor post cesárea, puede resultar negativamente en consecuencias fisiológicas y psicológicas, y que pueden aumentar el tiempo de recuperación y ambulación de las pacientes.

Del 100 % de pacientes post cesárea que recibieron analgesia, un 95% (105) refirieron presentar alivio del dolor y un 5% (5) refirió no alivio del dolor, por lo que demuestra que al administrar oportunamente analgesia utilizando la escala analgésica del dolor recomendada por la Organización Mundial de la Salud la cual está relacionada con la Escala Visual Analógica, evitando con ello la estancia en cama y complicaciones fisiológicas y psicológicas que esto conlleva, tomado en cuenta que empleo de una adecuada y oportuna analgesia tiene impacto en la recuperación de las pacientes post cesárea.

De las pacientes estudiadas el 54.5% (60) presentaron dolor severo, quienes al examen físico el 13 % (8) presentaron con mayor frecuencia disminución de RGI; con relación de las pacientes que refirieron dolor moderado un 13% (8) se detectó hipertensión y las pacientes que refirieron dolor leve el 17% (10) presentaron taquicardia, estas pacientes no referían ninguna patología previamente diagnosticada, que fuera la causa de dichas alteraciones al examen físico; por el contrario el dolor post cesárea es causante de aumento de la actividad de sistema autónomo y esto reflejarse en un incremento del frecuencia cardiaca, resistencia vascular periférica y aumento de la presión arterial por lo que el dolor que referían al momento de la evaluación clínica fue la causa de dichos resultados.

.

IX. CONCLUSIONES

1. De las 110 pacientes post cesárea evaluadas las principales características encontradas fueron: la edad de 19 – 23 años con 42% de casos; el carácter del dolor predominante con 36% fue urente, seguido del pulsátil con 25%; la intensidad de dolor sin analgesia fue severo en el 50% de casos, un 81% no refirieron irradiación del dolor y el 95% no presentaron alivio del dolor.

2. Se determinó que las pacientes manifestaron dolor en un 99% (109) en 24 horas post cesárea, el 36% (40) refirieron dolor de carácter urente, con intensidad severa en el 50% de casos (55), sin irradiación del dolor el 81% (89).

3. Según la Escala Visual Analógica (EVA) el grado de dolor predominante en las pacientes en estudio sin analgesia fue moderado con 51% (56), con analgesia se observó que el 73% (80) las pacientes post cesárea presentaron dolor leve.

4. De 110 pacientes, 60 pacientes con dolor severo al examen físico el 13% (8) presentaron disminución ruidos gastrointestinales, de los pacientes que refirieron dolor leve el 17% (10) presentaron taquicardia, de las pacientes con dolor moderado el 13% (8) presentaron hipertensión en la mayoría de los casos.

X. RECOMENDACIONES

1. Socializar los resultados de este estudio con las autoridades del Hospital Nacional de Chiquimula para que se tenga el conocimiento de la evaluación y administración de analgesia en las pacientes post cesárea.

2. Implementar el uso de la Escala Visual Analógica (EVA) y escalera analgésica durante la evaluación clínica en pacientes post cesárea en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula, por parte de los médicos de servicio y estudiantes de médico y cirujano.

3. Fortalecer el servicio de maternidad, con la instalación visual de la escala analgésica y EVA, con las instrucciones y mecánica de utilización por parte de los médicos del servicio.

XI. PROPUESTA

Tomando en cuenta los resultados obtenidos, y en base a las recomendaciones, se propone:

a) Definición:

Implementar la Escala Visual Analógica para evaluación del dolor en pacientes post cesárea, para dar la adecuada analgesia.

b) Objetivos:

1. Concientizar sobre la importancia de hacer una adecuada evaluación del dolor en las pacientes post cesárea.
2. Utilizar la analgesia apropiada para la favorable recuperación de la paciente post cesárea.
3. Disminuir las complicaciones secundarias al dolor post cesárea.

c) Planteamiento de la propuesta:

1. Se hará entrega de resultados de evaluación del dolor a través de la Escala Visual Analógica. Presentando los resultados de dicha investigación a las autoridades del Hospital Nacional de Escala Visual Analógica con método para evaluación del dolor.

2. Se elaborará una manta vinílica con EVA y la escala analgésica con sus respectivas instrucciones.

3. Se colocará la manta vinílica en el servicio de maternidad, para que sea de fácil acceso a los médicos y las pacientes.

XII. BIBLIOGRAFÍA

Alonso Aperador, L; Ardizone, I. 2012-2013. La escala visual analógica. Clínica Odontológica Integrada de Adultos (en línea). España, Universitas Complutensis. p. 46. Consultado 2 may. 2014. Disponible en: http://jaimedelrio.es/wp-content/uploads/2013/05/La-EscalaVisual- Anal%C3%B3gica.pdf

Clarett, M; Pavlotsky, V. 2012. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva (en linea). Argentina, SATI. p. 3-39. Consultada 7 may. 2017. Disponible en: http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf

Covarrubias-Gómez, A; Silva-Jiménez, A; Nuche-Cabrera, E; Téllez-Isaías, M. 2006. El manejo del dolor postoperatorio en obstetricia ¿es seguro? (en línea). Revista Mexicana de Anestesiología 29(4):231-239. Consultado 17 feb. 2017. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cma064g.pdf

FEDELAT (Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor). 2017. Escala Visual Análoga (EVA) (en línea). Bolivia. Consultado 20 feb. 2017. Disponible en http://www.fedelat.com/info/5-herramientas-de-evaluacin-del-dolor.html

Fernández-Galinski, DL; Gordo, F; López-Galera, S; Pulido, C; Real, J. 2007. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio (en línea). Revista de la Sociedad Española del Dolor 1: 3-8. Consultado 21 jun. 2017. Disponible en http://revista.sedolor.es/pdf/2007_01_02.pdf

Muriel, C; Llorca Diez, G. [1995]. Conceptos generales en dolor (en línea). España, Fundación Grunenthal. 14 p. Consultado 19 abr. 2017. Disponible en http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%201.pdf

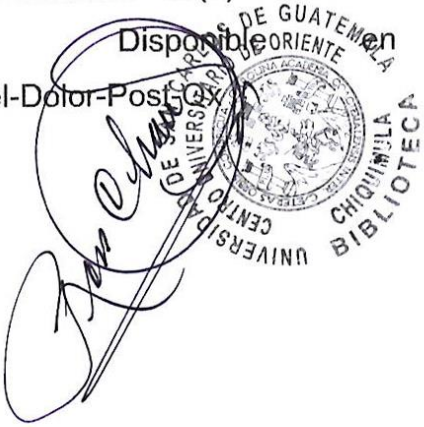
Puebla Díaz, F. 2005. Dolor: tipos de dolor y escala terapéutica del O.M.S. (en línea). Revista Oncología 28(3): 33-37. Consultado 23 jun. 2017. Disponible en http://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/06.pdf

Sandoval y Sandoval, MD. 2014. Beneficio de la infiltración con acetónido de triamcinolona en enfermedades músculo esqueléticas: estudio Analítico - prospectivo del beneficio de la infiltración con acetónido de triamcinolona en enfermedades músculo esqueléticas en 3 meses de tratamiento medidas a través de la escala visual analógica del dolor (EVA) en la consulta externa de traumatología del Hospital Regional de Zacapa en el período de mayo a julio del 2014(en línea). Tesis Lic. Chiquimula, Guatemala, USAC-CUNORI. 66 p. Consultado 18 may. 2017. Disponible en http://cunori.edu.gt/descargas/BENEFICIO_DE_LA_INFILTRACIN_CON_ACETNIDO_DE_TRIAMCINOLONA_EN_ENFERMEDADES_MSCULO_ESQUELTICAS.pdf

Sosa Sanchez, LP. 2013. Estudio comparativo del abordaje en la colecistectomía laparoscópica mediante colocación de 3 trócares en la línea media frente al abordaje francés clásico: evaluación del dolor postoperatorio mediante escala analógico-visual y correlación con variables analíticas (en línea). Tesis Dr. Elche, Alicante, España, Universidad Miguel Hernández de Elche. 192 p. Consultado 25 abr. 2017. Disponible en http://dspace.umh.es/bitstream/11000/1554/11/Tesis%20Dra.%20Liliana%20Sosa%20Sanchez.pdf

Soler Company, E; Faus Soler, MT; Montaner Abasolo, MC. 2000. El dolor postoperatorio en la actualidad: un problema de calidad asistencial (en línea). Revista Farmacia Hospitalaria 24(3):123-135. Consultado 21 mar. 2017. Disponible en http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-seccion-articulo-especial-15672-pg-2

Valentín López, B; García Caballero, J; Muñoz, JM; Aparicio Grande, P; Díez Sebastián; Criado Jiménez, A. 2006. Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calidad (en línea). Revista Española de Anestesiología y Reanimación 53(7): 408-418. Consultado 20 may. 2017. Disponible en https://es.scribd.com/document/128779383/Atencion-Del-Dolor-Post-Qx



XIII. ANEXOS

ANEXO 1

Universidad de San Carlos de Guatemala

Centro Universitario de Nor- Oriente

Carrera de Médico y Cirujano

Unidad Académica de Tesis

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente No_____

Chiquimula_____de_____ 2017.

Documento de consentimiento para realización de encuesta para evaluar clínicamente el dolor en pacientes post cesárea a través de la **Escala visual analógica (EVA)** en el servicio de maternidad del Hospital Nacional de Chiquimula, Julio del 2017.

Yo _____

Con DPI_____

Residente en:_____

Conociendo lo expuesto por el médico quien realizará la encuesta, que consiste en 9 preguntas sobre el dolor post cesárea, utilizando la Escala vidual Analógica, características del dolor y examen físico; enterado en qué consiste la encuesta y la Escala Visual Analógica, autorizo que se realice dicha encuesta.

Firma o huella del paciente

ANEXO 2

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA

CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE

CARRERA DE MEDICO Y CIRUJANO

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN TITULADO "CARATERIZACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR"

AUTORA: MARÍA JOSÉ LUX

SUPERVISADO POR:

DRA. CATHERINE HEREDIA.

1. Entrevista a la paciente: Datos generales.

Edad:

Gestas: Partos:

Abortos: Cesáreas:

Datos obtenidos de la papeleta del paciente:

Hora de la intervención: _____

Tiempo transcurrido desde la intervención: _____

Procedimiento quirúrgico realizado: _____

2. ¿Ha sentido dolor en las últimas 24 horas (post cesaría)?

a) Sí b) No

si su respuesta es sí, responda los siguiente ítems:

3. Describa las características del dolor:

ALICIA del dolor.

Aparición	
Localización	
Irradiación	
Carácter	
Intensidad	
Alivio	

4. Describa el carácter del dolor al momento de la entrevista:

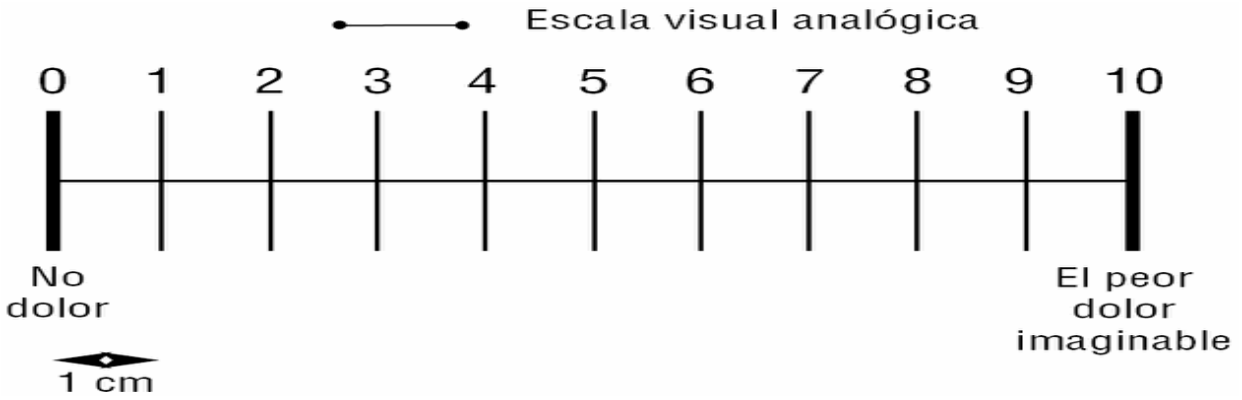
Carácter del dolor :	**Se asemeja a:**	
Lancinante	Lanza clavada	
Urente o quemante	Quemar	
Opresivo	Apretar	
Transfixiante	Atraviesa de lado a lado	
Sordo	De escasa intensidad, molesto y prolongado	
Exquisito	Instantáneo y agudo	
Fulgurante	Llamarada o golpe de electricidad.	
Desgarrante	Sensación del algo que se rompe.	
Terebrante	Como un taladro	
Pulsátil	Sensación de latido	
Cólico	Retortijón	
Gravitativo	Sensación de peso.	

5. ¿En algún momento de su estancia ha necesitado algún medicamento para el dolor?

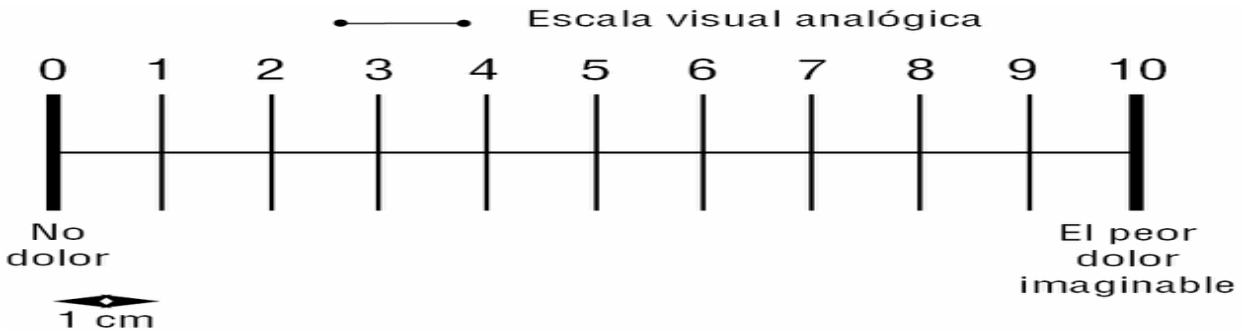
a) Sí b) No

6. Según la escala visual analógica, indique ¿cuánto dolor tiene EN ESTE MOMENTO?

La EVA más conocida consiste en una línea de 10 cm. con un extremo marcado con "no dolor" y otro extremo que indica "el peor dolor imaginable".



7. Según la escala visual analógica, ¿cuál ha sido el MÍNIMO nivel de dolor que ha experimentado tras recibir la medicación para el dolor?



8**.** ¿Hubo algún momento en que la medicación que recibió para el dolor no fue suficiente y tuvo que solicitar otra dosis u otra medicación?

a) Sí b) No

9. Examen físico (signos vitales al momento de la evaluación por EVA).

	Valor	Referencia	Diagnóstico
PA:			
FC:			
FR:			
T°:			
SpO2:			
Estado general:			
Cabeza:			
Ojos:			
Orofaringe:			
Corazón:			
Tórax:			
Abdomen:			
Genitourinario:			
Musculosqueletico:			
Neurológico:			