



RESUMEN

Antecedentes: El dolor agudo post-operatorio afecta a los pacientes y necesita un tratamiento rápido y óptimo. En este estudio se analiza la frecuencia, características clínicas, y factores relacionados con el dolor post-cesárea a 166 mujeres en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso y se identifican los analgésicos utilizados.

Objetivo: Describir características clínicas y tratamiento del dolor en mujeres atendidas por cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

Método: Se realizó un estudio descriptivo transversal, utilizando encuestas de opción múltiple y la Escala Visual Análoga, aplicada durante la estadía hospitalaria.

Resultados: El 100% de las mujeres presentaron dolor post-quirúrgico: moderado en 49,4% y severo en 43,37%, tipo punzante en 73,49%, y localizado en hipogastrio (70,74%). El 25,3% de los casos presentaron cefalea. La incisión quirúrgica fue media infra-umbilical en 77.11%. La anestesia raquídea se utilizó en 86,75%. El manejo del dolor en el 100% de casos fue con paracetamol + tramadol.



Los grupos etareos: 15-19, 30-34, 35-39 años presentaron dolor severo en porcentajes de: 52,38%, 68,75%, 61,54% respectivamente y los grupos: 20-24, 25-29, y 40-44 años presentaron dolor moderado en un 54,93%, 70% y 50% respectivamente.

CONCLUSIONES: El 100% de las mujeres presentaron dolor post-cesárea el cual fue tratado con paracetamol+tramadol. El 72,89% manifestó temor al procedimiento desconocido. El tipo de dolor que experimentaron la mayoría de mujeres fue de moderada intensidad 49,4%, y severo en 43,73%. El tipo de incisión practicada mayoritariamente fue la media infraumbilical en un 77,11%.

PALABRAS CLAVES: Dolor, cesárea, cefalea, hipogastrio, infra-umbilical.



SUMMARY

Background: The postoperative acute pain affects the patients and needs a fast and optimal treatment. In this study the frequency is analyzed, clinical characteristics, and factors related with the pain post-caesarean to 166 women at Gynecology and Obstetric Department of the Vicente Corral Moscoso Hospital and the used analgesics are identify.

Objective: To describe clinical characteristics and pain treatment in post-Caesarean women attended in the Hospital Vicente Corral Moscoso.

Method: A descriptive cross sectional study was carried out, using multiple-choice questionnaires and The Visual Analogous Scale, applied during the hospital stay.

Results: 100 % of the women presented post-surgical pain: Moderated in 49.4 % and severe in 43.37 %, sharp type in the 73.49 %, and located in hypogastrium (70.74 %). 25.3 % of the cases presented headache. The surgical incision was middle infra-umbilical in 77, 11%. The spinal anesthesia was used in 86.75 %. Paracetamol + tramadol were used in the pain handling in 100 % of cases.



The age groups: 15-19, 30-34, 35-39 years presented severe pain in percentages of: 52.38 %, 68.75 %, 61.54 % respectively and the age groups: 20-24, 25-29, and 40-44 years presented moderated pain in 54.93 %, 70 % and 50 % respectively.

CONCLUSIONS: 100 % of the women presented post-caesarean pain which was treated with paracetamol + tramadol. The 72.89 % manifested fear to the unknown procedure. The kind of pain that the majority of women experienced was of moderated intensity 49.4 %, and severe pain in 43.73 %. The kind of incision majority practiced was infra-umbilical in 77.11 %.

KEY WORDS: Pain, Caesarea, headache, hypogastrium, infra-umbilical.



INDICE DE CONTENIDOS

CAPITULO I	1
<i>INTRODUCCION</i>	1
CAPITULO II	3
<i>FUNDAMENTO TEORICO</i>	3
2.1. <i>CONCEPTO DEL DOLOR:</i>	3
2.2. <i>SEMIOLOGIA DEL DOLOR</i>	4
2.3. <i>DOLOR POST-OPERATORIO:</i>	5
2.4. <i>CESAREA:</i>	18
CAPITULO III	26
<i>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION</i>	26
3.1 <i>OBJETIVO GENERAL:</i>	26
3.2 <i>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</i>	26
CAPITULO IV	27
<i>DISEÑO METODOLOGICO</i>	27



4.1 TIPO DE ESTUDIO	27
4.2 AREA DE ESTUDIO.....	27
4.3 VARIABLES:	27
4.4 POBLACION Y MUESTRA:	28
4.5 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS.....	29
4.6 PLAN DE TABULACION	29
4.7 CONSIDERACIONES ETICAS	29
CAPITULO V	30
<i>RESULTADOS</i>	30
CAPITULO VI	43
<i>DISCUSION</i>	43
CAPITULO VII	45
<i>CONCLUSIONES</i>	45
CAPITULO VIII	47
<i>RECOMENDACIONES</i>	47



<i>BIBLIOGRAFIA</i>	48
---------------------------	-----------

CAPITULO X.....	50
------------------------	-----------

<i>ANEXOS</i>	50
---------------------	-----------



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DEL
DOLOR EN MUJERES POST CESÁREA ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. ABRIL -
JUNIO 2008”.**

Tesis previa a la obtención del título de médico

Autores: Fernanda Palacios Bucheli.
Verónica Pérez Paredes.

Director: Dr. Bernardo Vega Crespo

Asesor: Dra. Lorena Mosquera

Cuenca - Ecuador.
Julio- 2008.



RESPONSABILIDAD

Las autoras se responsabilizan de las ideas expuestas en el presente trabajo.



AGRADECIMIENTO

Agradecemos la colaboración de nuestro tutor Dr. Bernardo Vega y nuestra asesora de tesis Dra. Lorena Mosquera por su invalorable guía, ayuda y paciencia en la elaboración de esta tesis.

Nuestro agradecimiento y reconocimiento por su colaboración a las pacientes del departamento de Gineco-Obstetricia de las cuáles obtuvimos la información necesaria para poder realizar esta investigación.



DEDICATORIA

A nuestras familias por la comprensión y apoyo incondicional durante nuestra carrera universitaria.



CAPITULO I

INTRODUCCION

El dolor post-operatorio es un tipo de dolor agudo que requiere un tratamiento rápido y óptimo para evitar el sufrimiento del que lo padece.

En el año 2003 en el Hospital Universitario San Vicente de Paul Medellín se realizó un estudio análisis descriptivo, prospectivo y de corte sobre el Manejo del dolor post-quirúrgico, del cual obtuvieron como conclusión que el manejo del dolor post-operatorio se realiza usando un esquema preestablecido, sin embargo no se atiende todos los aspectos importantes sobre el mismo como individualizar los esquemas dependiendo del tipo de intervención y las características del paciente. Hubo predominio de la monoterapia sobre la terapia combinada, usando Dipirona en la mayoría de casos y sin recurrir a analgésicos como opiáceos. La alta frecuencia con que se presentó el dolor permite concluir que aún faltan muchos aspectos por mejorar cuando se hace el tratamiento de pacientes con dolor post-quirúrgico. En este análisis el



dolor ginecológico fue tercero en prevalencia, y más de la mitad de las pacientes presentaron dolor post-cesárea. (1)

En el Hospital Vicente Corral Moscoso se han realizado pocos estudios sobre el manejo de dolor post-operatorio, y no se ha establecido un esquema terapéutico específico para tratar este tipo de dolor.

La cesárea es una intervención quirúrgica que se realiza con frecuencia en este hospital, por ejemplo en el año 2005, se atendieron 4658 nacimientos, de los cuales 1072 fueron cesáreas. Debido a la gran magnitud de cesáreas realizadas, la correcta evaluación y manejo del dolor post-cesárea debe ser una prioridad para el personal médico.

Con esta investigación obtendremos información acerca del tipo, intensidad, localización del dolor post-cesárea, el tipo de medicación recibida, identificar los factores que influyen en el dolor, y opinión de los pacientes sobre la efectividad de los analgésicos en el dolor post-operatorio.

La finalidad del estudio es dar a conocer la frecuencia, características clínicas y factores relacionados con la presentación del dolor post-operatorio en las pacientes



atendidas por cesárea en el hospital para que el post-operatorio sea dentro lo posible lo mas satisfactorio posible.

Nuestro deseo es que esta investigación proporcione a los profesionales de la salud y a los estudiantes una nueva visión sobre el concepto real del dolor post-operatorio, con el fin de mejorar el tratamiento y disminuir el sufrimiento real de la mujer que lo padece.



CAPITULO II

FUNDAMENTO TEORICO

2.1. CONCEPTO DEL DOLOR:

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, IASP, lo ha definido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial, o descrita en términos de ese daño”. (2)

La experiencia del dolor tiene elementos biológicos, psicológicos y sociales, que se combinan en el “modelo biopsicosocial”. (11)

La manera en que las personas experimentan el dolor depende de factores como la sociedad, familia, educación, cultura, motivaciones, experiencias previas, aspectos biológicos y tal vez genéticos, y del estado anímico de la persona en el momento que sufre una lesión o enfermedad. (11)



El dolor es una experiencia subjetiva y objetiva, algo que no puede medirse independientemente de la persona que lo experimenta. (2)

El dolor sólo es percibido por el paciente, lo comunica al médico con su lenguaje mediante descripciones verbales.

La evaluación del paciente tiene como fin diagnosticar el problema doloroso, definir si el dolor es agudo o crónico, y sus complicaciones con el objetivo de desarrollar la adecuada estrategia terapéutica, además identificar los aspectos psicológicos, sociales, culturales y familiares en los que está inmerso el paciente. (6)

2.2. SEMIOLOGIA DEL DOLOR

La acertada aplicación de la semiología del dolor nos ayuda a hacer un correcto diagnóstico con el fin de elegir la mejor técnica terapéutica.

2.2. 1 Características del dolor:

- **Localización y distribución:** El señalamiento del dolor necesario para su comprensión. El paciente lo puede señalar en su cuerpo, describirlo o pintarlo en



un dibujo. El dolor puede estar confinado a un sitio o irradiarse a otras partes corporales, se debe localizar el sitio y la distribución del dolor en presencia del mismo. Si el dolor permanece localizado en el sitio de origen, no existe irradiación, asociado a hiperestesia e hiperlagesia cutánea, podemos estar frente a una bursitis, tendinitis, artritis, etc. El dolor puede localizarse en la distribución segmentaria periférica o dermatoma, a lo largo del trayecto de un nervio periférico. También el dolor puede ser referido a una región alejada de estructuras viscerales o somáticas profundas. Si el dolor no tiene ninguna distribución metamérica se puede estar en presencia de un dolor con componentes del sistema nerviosos simpático, como también de un dolor de tipo psicológico. (6)

- **Cualidad:** sirve para distinguir un dolor superficial (cortante, quemante) de un dolor profundo (sordo, difuso, poco localizado).
- **Intensidad:** Se han desarrollado pruebas multidimensionales y escalas unidimensionales que ayudan al paciente en la medición de su dolor. Las escalas más utilizadas son la numérica, la descriptiva



verbal, la de las caras y la visual análoga, esta ultima utilizaremos en nuestra investigación. La Escala visual análoga – EVA – está es quizás la más utilizada. (6)

- **Duración y periodicidad:** Es importante determinar la duración y otras características temporales que ayudan a descubrir a causa del dolor. Se debe preguntar si es continuo, intermitente, pulsátil, o si aparece por crisis. Si es breve y rápido, como un destello en el tic doloroso; en pulsos rítmicos como en la migraña o en el dolor la pulpa dental; si es prolongado con fases menos rítmicas como en el cólico intestinal; si aumenta gradualmente para quedarse luego en una meseta antes de desvanecerse. Si hay relación con los días de la semana, las condiciones del tiempo, el lugar, las emociones, las preocupaciones, ayuda a sugerir el mecanismo del dolor y su diagnóstico. (6)

2.3. DOLOR POST-OPERATORIO:

Es un dolor agudo consecuencia de una intervención quirúrgica, que en algunas ocasiones puede llegar a ser



crónico. El dolor post-operatorio afecta tanto al paciente, como a la familia y al personal médico que lo trata. (7)

Dolor agudo según Bonica es una compleja constelación de experiencias sensoriales, perceptivas y emocionales asociadas a repercusiones vegetativas, psicológicas, emocionales y conductuales. Se produce por estímulos nociceptivos y factores psicológicos. (2)

El dolor agudo es aquel que se presenta con un tiempo de duración límite de 3 meses, tiempo necesario para que los tejidos sanen, aunque otros autores manifiestan que debe ser menor a 6 meses. (2)

La mayoría de las especies cuentan con este tipo de dolor para alarmar al organismo sobre estímulos nocivos internos o externos, el cual responde con la aparición de respuestas autónomas, psicológicas, y posturas de defensa. Si la gravedad de la lesión es mayor o la enfermedad, el dolor se suele intensificar, o puede estar presente luego de la lesión. (5)



El dolor post-operatorio agudo es predecible y finaliza con la curación de la patología quirúrgica que la ha generado, según la Asociación Americana de Anestesiología. (7)

La fisiopatología comprende procesos de percepción, transducción, transmisión, modulación periférica y medular y de procesamiento central: al originarse un daño tisular que activa a los nociceptores, se producen cascadas de liberación de neuromediadores algógenos y proinflamatorios, el disparo del mecanismo homeostático endógenos antinociceptivos y la conducción de la información por la vías neuronales hacia los centros nerviosos superiores. (7)

2.3.1 Clasificación del dolor post-operatorio:

1. Dolor superficial
2. Dolor visceral
3. Dolor osteoarticular
4. Dolor vascular visceral o somático
5. Dolor neurógeno o central. (7)



Hay maneras de evitar el dolor severo después de una operación:

Aprender a controlar el dolor puede ayudarnos a tener menos molestias mientras sanamos, y a sanar más rápidamente. Al sentir menos dolor, podemos empezar a movernos y recuperar la fuerza más rápidamente.

También podemos mejorar los resultados de la operación, ya que las personas que sienten menos dolor parecen recuperarse mejor después de una cirugía.

Tanto los tratamientos en los que se usan medicinas como los que no las usan ayudan a prevenir y controlar el dolor eficazmente. Es importante conocer los métodos más comunes para controlar el dolor para decidir cuál es el mejor en cada caso. La cooperación del paciente es muy importante, ya que es la única persona que sabe cuánto dolor siente acompañado de sufrimiento.

Entre los métodos que existen actualmente podemos distinguir en:

- Antes de la operación**

- a) Con analgésicos

- b) Sin medicinas: entender el tipo de operación que se va a hacer, porqué se tiene que hacer y cómo se va a



realizar. Aprender a hacer ejercicios especiales que ayudarán a relajarse.

•Durante la operación

Con anestesia general, anestesia regional (raquídea o peridural), y analgésicos vía venosa.

•Después de la operación

- a) Analgesia controlada por el paciente, en bolos o a horario continuo (vía venosa o vía oral), analgesia epidural.
- b) Sin medicinas: masajes, compresas calientes o frías, ejercicios de relajamiento, musicoterapia, y otros métodos que ayuden a distraerle del dolor.

2.3.2 Variables que influyen en el dolor post-operatorio:

En su mayoría dependen del paciente, del tipo de intervención quirúrgica, la técnica anestésica, etc.

1. **Edad:** todas las personas sin importar su edad tienen igual percepción dolorosa, sin embargo la intensidad experimentada y la respuesta al tratamiento es diferente, unos por su sistema enzimático inmaduro y otros por su disminución de la actividad enzimática.



Se tiende a pensar que el dolor es más frecuente a medida que se aumenta en edad y que los jóvenes son más “aguantadores”. Los estudios de Bruce y colaboradores demostraron que la prevalencia del dolor, principalmente el agudo, disminuye con el aumento de edad. Por encima de los 70 años esta prevalencia es del 35%, en cambio en menores de 60 años es del 55%. (8)

2. Factores psicógenos: son factores que influyen en el dolor y sobre los que no se puede intervenir como la historia familiar, el tipo de personalidad, nivel intelectual. El estrés, miedo a lo desconocido se puede disminuir al dar información adecuada al paciente y el uso de ansiolíticos. La paciente puede estar ansiosa y angustiada si ha tenido cesáreas previas en las que ha sufrido dolor. Aquella persona que no ha tenido intervenciones previas puede tener miedo a lo desconocido. Todas estas situaciones aumentan el estrés en el paciente y dificultan el control del dolor post-operatorio. Las mujeres que recibieron información sobre el proceso doloroso post-cesárea refirieron estar muy satisfechas en relación con el control del dolor en mayor proporción que aquellas que no la recibieron (41% VS 20%, $p=0.01$).



El hecho de que dicha información fuese proporcionada por diferentes profesionales de la salud (enfermeras, médicos) no se asoció a menores niveles de satisfacción.(9)

3. **Factores étnicos y socioculturales:** La manera de enseñanza por parte de los padres a afrontar el dolor y expresar el dolor es muy importante, ya que de esa forma aprendemos a evaluar la relevancia del dolor, el autocontrol sobre el mismo.
4. **Experiencia previa:** Las personas interpretan cada experiencia nueva del dolor en base al número y variedad de dolores que han experimentado.
5. **Localización de la intervención quirúrgica:** Las cirugías realizadas en abdomen alto son más dolorosas (40-75%), y la duración del dolor moderado-severo es mayor que las realizadas en abdomen bajo (20-55%). (10)
6. **Naturaleza y duración de la intervención:** La duración favorece una mayor hiperactividad del sistema nervioso autónomo.



7. Tipo y extensión de la incisión: La incisión en la línea media abdominal es más dolorosa que la subcostal. Incisiones en zonas de tensión o en los pliegues anatómicos suponen una movilización forzada y trastornos en la zona de cicatrización, producen zonas tumefactas o excesivamente inflamadas.

8. Traumatismos quirúrgicos.

9. Complicaciones relacionadas con la intervención.

10. Especialidad quirúrgica: La intensidad del dolor es mayor en cirugía ortopédica y traumatológica, luego de la general, ginecológica, obstétrica y urología.

11. Técnica anestésica: Los tipos de anestesia son:

***General**, donde el paciente no debe ser capaz de sentir ni recordar el procedimiento quirúrgico. (11) El analgésico hay que administrar en el caso de anestesia general antes que el paciente despierte. (7)



***Regional**, con una anestesia y analgesia de regiones específicas del organismo sin que por ello se pierda la conciencia. Es una anestesia más propia de procedimientos quirúrgicos ambulatorios, donde el paciente regresa a su domicilio en unas horas. (11) La anestesia regional tiende a retrasar la aparición del dolor y a disminuir su intensidad. (7)

- **Anestesia raquídea o subaracnoidea**: es la inyección de anestésicos locales en el espacio subaracnoideo. Se utiliza en procedimientos en miembros inferiores, cadera, periné y parte inferior del abdomen. Su uso es popular en cirugía obstétrica debido a su facilidad de administración, se requieren dosis bajas del fármaco que reduce la transmisión del anestésico local al feto. En la cesárea se usa siempre que se mantenga normal la presión arterial y para esto se requiere de una buena pre hidratación, el desplazamiento uterino a la izquierda y el uso de efedrina previene la hipotensión intensa.

Contraindicaciones absolutas: septicemia, hipovolemia, coagulopatía, infección cutánea en el sitio de inyección, anticoagulación terapéutica, y falta de consentimiento.



Contraindicaciones relativas: neuropatía periférica, fármacos (heparina, aspirina), cirugía previa de la columna lumbar, lumbalgia, cirugía prolongada y un paciente poco colaborador.

Complicaciones: la incidencia de complicaciones es baja y van desde problemas sencillos como dolor con la inyección, cefalea, y retención urinaria hasta graves como meningitis. (7)

- **Anestesia Peridural:** es la inyección de anestésicos locales en el espacio peridural. Las indicaciones son las mismas que para anestesia raquídea, pero tiene indicación específica en el control del dolor del parto y analgesia postoperatoria. Las contraindicaciones comparte con la anestesia raquídea. La cefalea no se presentará siempre y cuando no se perfore la duramadre, y en caso de que exista perforación la cefalea se presentará con mayor intensidad debido a que las agujas que se utilizan son más gruesas que para la raquídea. (7)

***Local**, en este caso solo se anestesia el área quirúrgica y las zonas circundantes. Es una anestesia más propia de procedimientos quirúrgicos ambulatorios y de muy poca envergadura, donde el



paciente regresa a su domicilio tras la intervención ya que durante el acto quirúrgico el paciente está consciente y despierto. (11)

Las características farmacocinéticas de los analgésicos administrados transoperatoriamente van a influir en la instauración de la analgesia postoperatoria. El tipo de analgésico en el post-operatorio, la dosis prescrita y su administración pueden desempeñar un papel importante en la prevalencia del dolor post-operatorio. (7)

Un ensayo clínico controlado realizado en Colombia demuestra que la técnica anestésica influye en el dolor post-cesárea, refiere que la posición en decúbito lateral izquierdo en la administración de la anestesia raquídea se obtiene menor riesgo de presentación de cefalea post punción en pacientes sometidas a cesárea. (16)

12. **Técnicas de administración:** La administración en infusión continua produce menos dolor que las dosis fraccionadas. La analgesia postoperatoria alcanza mayor calidad y efectividad si se inicia durante el intraoperatorio. Las infiltraciones con



anestésicos locales de la zona quirúrgica asociadas a la analgesia intravenosa proporcionan buenos resultados. (7)

2.3.3 Efectos Funcionales del dolor post-operatorio

Algunas consecuencias fisiopatológicas son debidas directa o indirectamente al dolor post-operatorio. Estos efectos pueden ser:

- **Efectos cardiovasculares:** aumento frecuencia cardiaca, volumen sistólico, resistencia vascular periférica, presión arterial media, índice cardiaco y el consumo miocárdico del oxígeno, todo esto producido por liberación de catecolaminas y una hiperactividad simpática. (7)
- **Efectos Respiratorios:** la cirugía abdominal alta y torácica produce una disminución de la capacidad vital, a expensas de la capacidad residual funcional, hay descenso del volumen corriente, del volumen residual, y del volumen espiratorio máximo en el primer segundo que conduce a la hipoxemia. La disminución de la capacidad residual funcional se



debe a un aumento del tono muscular abdominal respiratorio y la disminución de la función diafragmática. (7)

- **Efectos digestivos y urinarios:** por la estimulación nociceptiva, la hiperactividad simpática y la inmovilidad del paciente se produce disminución de la motilidad gastrointestinal, aumento del tono de los esfínteres y secreciones intestinales. El dolor puede causar hipomotilidad de la uretra y la vejiga, provocando dificultad en la micción. (7)
- **Efectos endocrinos:** la reacción hipofisiaria ante el dolor post-operatorio se manifiesta por el incremento de algunas hormonas. (8)
- **Efectos inmunitarios:** el trauma quirúrgico deprime la inmunidad del paciente, que incluye la granulocitosis, una disminución de la quimiotaxis, un aumento de la actividad fagocítica, descenso de los linfocitos T y B, y monocitos, y aumento de las células supresoras. (7)
- **Efectos psicológicos:** el dolor a nivel cortical desencadena reacciones como angustia, miedo y la aprensión, que contribuyen a disminuir el umbral



nociceptivo, incrementando a su vez la percepción del dolor. (7)

Efecto del alivio del dolor post-operatorio sobre respuestas endocrinas y metabólicas a la cirugía.

El alivio del dolor postquirúrgico es necesario para la rehabilitación del paciente, pero el efecto sobre las respuestas de estrés y la disfunción orgánica depende el tipo de acción analgésica.

* **AINE y Coxib:** estos fármacos a pesar de su efecto analgésico, influyen poco sobre las hormonas de estrés catabólicas, sobre la respuesta de las proteínas de fase aguda y sobre la economía de las proteínas. En intervenciones menores o moderadas pueden disminuir la hipertermia reactiva y disminuir el catabolismo. Son un componente importante del tratamiento multimodal para mejorar la analgesia postquirúrgica y reducir la disfunción orgánica y morbilidad.

***Opiodes:** En dosis bajas por vía sistémica mediante dispositivos de analgesia controlada por el paciente o siguiendo una pauta intermitente convencional tienen poco



efecto reductor de estrés en comparación con la transitoria e intensa reducción del estrés intraoperatorio que consigue la anestesia con dosis altas de opiodes. Puede existir efecto reductor de estrés pro parte de las hormonas catabólicas en operaciones menores.

***Bloqueo nervioso con anestésicos locales:** estos anestésicos al bloquear las neuronas aferentes pueden modificar las respuestas hormonales y metabólicas. Para lograr disminución intensa de las respuesta de las hormonas catabólicas y mejorar así la economía proteica es necesario un bloqueo epidural eficaz intraoperatorio y post-operatorio con anestésicos locales por lo menor 24h. Un bloqueo epidural continuo más prolongado reduce aun mas el catabolismo. Las respuestas inflamatorias se mantienen inalteradas en gran medida. Actualmente la analgesia epidural continua con anestésicos locales representa la técnica más eficaz disponible para reducir el catabolismo post-operatorio en la cirugía mayor. (3)

Efecto de la analgesia postoperatoria sobre la disfunción orgánica postquirúrgica

De acuerdo con el escaso efecto que tienen los opioides, AINE en dosis convencionales sobre las respuestas de



estrés estas técnicas por separado incluyen poco sobre la disfunción orgánica postquirúrgica, como el deterioro de la función respiratoria, aumento de la demanda cardiaca, íleo, trastornos del sueño, riesgo de complicaciones trombóticas, etc. La analgesia multimodal sin opiodes disminuye las disfunciones orgánicas relacionadas con los opioides como náuseas vómitos, íleo, sedación trastornos del sueño.

La analgesia epidural continua con anestésicos locales ejerce un efecto favorable intenso sobre la disfunción orgánica postquirúrgica. Mejora la función respiratoria, disminuye la demanda cardiaca, modifica la hipercoagulabilidad postquirúrgica mediante una mejoría de la fibrinólisis y un descenso de la coagulación e íleo paralítico. Todo ello, añadido a la mejoría demostrada del dolor durante la actividad, constituye un elemento importante de la estrategia multimodal para mejorar la rehabilitación. (3)

2.3.4 Valoración del dolor post-operatorio:

Se debe valorar y cuantificar el dolor para poder instaurar el tratamiento analgésico más adecuado y comparar de forma fiable la forma más eficaz de las distintas terapias.



El dolor consta de dos aspectos diferentes: afectivo y sensorial, que lo convierten en una experiencia única, subjetiva, multidimensional, haciendo muy difícil su valoración y cuantificación.

Existen diferentes métodos para medir el dolor. Para una valoración adecuada es preciso que los test sean comprendidos por el enfermo, que tenga un amplio rango de puntuaciones y sensibilidad para el efecto analgésico, que carezca de sesgos, además, deben ser válidos, fiables, exactos y baratos. Se debe valorar los aspectos sensoriales, afectivos y evaluativos del dolor, para ello disponemos de la impresión subjetiva del paciente, la valoración de las características individuales (psicopatológicas, actitud y personalidad), la evaluación de la conducta del paciente, y de su entorno en relación al dolor y las respuestas fisiológicas. (7)

Los métodos más usados para la valoración del dolor postquirúrgico es la escala visual análoga. Esta escala fue desarrollada hace aproximadamente 65 años, para medir fenómenos subjetivos. Consiste en una línea recta horizontal y vertical, generalmente de 10cm de largo. Sus extremos están claramente delimitados por una marca que



exprese sin dolor y en el otro extremo peor dolor experimentado o que haya sentido.

Este método requiere que el paciente marque, en la línea, un punto que refleje la cantidad de dolor que experimenta en ese momento, posteriormente se mide la distancia en milímetros desde el extremo no dolor hasta el punto marcado por el paciente. Las principales ventajas que presenta este método son: su simplicidad, uniformidad, sensibilidad, y confiabilidad para medir la intensidad del dolor. (5)

LA EVA es sensible para la evaluación de los procedimientos farmacológicos y no farmacológicos que alteran la experiencia del dolor agudo de las quemaduras, dolor post-operatorio, dolor crónico no maligno. Las instrucciones que se dan al paciente para que indique la cantidad o el porcentaje de alivio del dolor pueden introducir un sesgo innecesario que reduce la validez de la medida. Por tanto, algunos autores han indicado que se puede obtener una medida más apropiada pidiendo al paciente que indique la cantidad absoluta de dolor en diferentes puntos temporales, como antes y después de la intervención terapéutica. La evidencia indica que la sensibilidad relativa de las medidas en serie del dolor



comparada con una sola medida del alivio del dolor es dependiente de las características intrínsecas de la muestra y no necesariamente de las propiedades psicométricas del instrumento utilizado. Esto subraya la importancia de utilizar múltiples medidas del dolor en los estudios sobre resultados del tratamiento. (2)

Efecto de la analgesia postoperatoria sobre el resultado quirúrgico

Por varios años se ha dado por supuesto que un alivio suficiente del dolor durante la actividad mejora los resultados quirúrgicos, disminuye la morbilidad y la estancia hospitalaria y acorta la convalecencia. Esta suposición se basaba en el hecho de que el alivio óptimo del dolor es una condición necesaria para la recuperación postoperatoria precoz. Sin embargo, en los últimos años se ha llegado a la conclusión de que aparte del tratamiento del dolor perioperatorio, existen otros factores importantes para conseguir una recuperación postoperatoria y una rehabilitación óptima como respuestas de estrés a la cirugía y disfunción orgánica, hipotermia, náuseas, vómitos e íleo, sobrecarga hídrica, hipoxemia y trastornos del sueño, inmovilización, cansancio, cuidados tradicionales



(sonda nasogástrica, drenajes, catéteres, restricciones, etc).

***Analgesia controlada por el paciente:** está demostrado los opiodes son muy utilizados debido a la satisfacción de los pacientes y la disminución del tiempo de asistencia por parte del servicio de enfermería. Un meta análisis de 33 estudios aleatorizados no detectó beneficios en la analgesia controlada por el paciente frente a a la administración intermitente de opiodes en cuanto a los parámetros de morbilidad o estancia hospitalaria. Estos datos negativos se corresponden con la ausencia de un alivio eficaz del dolor durante la actividad con la analgesia controlada por el paciente sometido a cirugía mayor, las respuestas de estrés a la cirugía tampoco se modifican en su mayoría.

***AINE:** AINES y coxibs son muy utilizados para el dolor perioperatorio sobre todo en la analgesia multimodal o equilibrada. Sus efectos sobre la disfunción orgánica son escasos, pero está bien demostrado que los AINE y los coxib consiguen un 20-30% de ahorro de opiodes. Esto tiene importantes consecuencias clínicas ya que disminuyen los efectos secundarios de lo opiodes. Sin embargo en el 20% de los primeros estudios se observo un



efecto positivo del ahorro de opiodes sobre el resultado. Posteriormente se ha publicado numerosos estudios con AINE y Coxib con resultados parecidos pero no se han realizado meta análisis y por tanto no se ha alcanzado un acuerdo sobre los beneficios clínicos del ahorro de opioides.

Es probable que las consecuencias favorables del ahorro de opioides tengan mayor trascendencia clínica en la cirugía menor o moderada en la que la importancia de la disfunción orgánica desencadenada por la lesión es menos destacada que la disfunción orgánica provocada por los opioides. Se necesita más estudios para cuantificar los beneficios clínicos del ahorro de opioides con el uso AINE o COXIB en determinadas intervenciones quirúrgicas.

***Técnicas de analgesia epidural:** El bloqueo nervioso central con anestésicos locales es la técnica más eficaz para aliviar el dolor durante la actividad y para bloquear las respuestas de estrés a la cirugía y la disfunción orgánica. Estas técnicas quirúrgicas pueden conseguir una disminución adicional de la morbilidad postquirúrgica especialmente cuando se mantiene durante el periodo post-operatorio. Un meta análisis de la anestesia epidural o raquídea, predominantemente con un bloqueo mediante



inyección única, demostró una disminución de la morbilidad al compararla con la anestesia general. (2)

2.3.5 Prevalencia del dolor post-operatorio:

La incidencia, intensidad y duración del dolor post quirúrgico experimentada por el paciente, no son bien conocidas, por falta de trabajos de investigación, adecuadamente diseñados que correlacionen las variables intensidad/tiempo del dolor, después de cada intervención quirúrgica y que, de realizarse en condiciones controladas, permitirían la valoración precisa de los múltiples factores que influyen en el dolor post-operatorio.

Soler y cols, estudiaron a 623 pacientes hospitalizados intervenidos por los servicios de cirugía general y aparato digestivo, ginecología y obstetricia, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, ortopedia y urología. Observaron que el servicio con mayor intensidad e incidencia del dolor, tanto al abandonar la unidad de reanimación postanestésica como durante al primer día era el de ginecología. Identificaron como factores determinantes de la intensidad del dolor post-operatorio, el servicio quirúrgico, el procedimiento de acceso quirúrgico, la técnica anestésica y el analgésico administrado.



Aunque no dispongamos de tales estudios epidemiológicos globales, sí que podemos recurrir a la bibliografía relativa a otros aspectos del problema (consumo de analgésicos, cantidad de opioides requeridos, correlación entre la magnitud del dolor y aspectos de la personalidad del individuo, etc.) Se puede deducir una primera consideración fundamental: “la incidencia, intensidad y duración del dolor post-operatorio varían considerablemente de uno a otro paciente, de una a otra intervención quirúrgica, de uno otro hospital e incluso de un país a otro”.

Podemos afirmar que los principales factores que condicionan el grado de dolor post-operatorio son los siguientes:

- Intervención quirúrgica
- El paciente
- La preparación preoperatoria
- Las posibles complicaciones postoperatorias
- El tratamiento anestésico
- La calidad de los cuidados post-operatorios (7)



2.5.1 Concepto:

Cesárea es el nacimiento de un feto a través de una incisión quirúrgica en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerectomía).

Frecuencia: En el Occidente a partir de la década de 1970 la tasa de cesáreas fue en continuo aumento. Para el fin del siglo pasado en los EEUU la tasa global rondaba el 22% (Ventura 2000). En el momento actual cuando se sobrepasa esta cifra la cesárea no siempre resulta beneficiosa ni para la madre ni para el niño y tampoco lo es para los costos y las estadísticas hospitalarias.

El aumento de la frecuencia observado en las últimas décadas se debe, en América Latina, a varios factores donde unos están sustentados en ética y científicamente mientras que otros no tiene justificación:

- a) La disminución de sus riesgos entre los que se pueden citar la eficacia preventiva de los antibióticos, los bancos de sangre segura, la mejor técnica anestésica.



- b) La proscripción de los partos vaginales operatorios en planos pelvianos altos
- c) Las nuevas indicaciones para la cesárea sustentada en mejores resultado perinatales como por ejemplo en la presentación pelviana al término de la gestación
- d) La menor oportunidad del operador para adquirir habilidad en las maniobras por la vía vaginal. (12)

2.5.2 Indicaciones:

Las indicaciones de la cesárea pueden ser absolutas o relativas. Las absolutas pueden ser la desproporción fetopélvica, placenta previa oclusiva, inminencia rotura uterina, presentación pelviana del feto, única forma de terminación del parto.

Las indicaciones relativas son en las cuales se elige la cesárea como la mejor alternativa en circunstancias en que se plantea también alguna otra opción.

Las indicaciones pueden ser maternas, fetales y ovulares.

1. **Maternas:** distocias óseas, dinámicas, partes blandas. Tumores previos, rotura uterina, cesárea anterior, plásticas



vaginales previas, herpes genital activo, preeclampsia, hipertensión crónica grave, nefropatía crónica, tuberculosis pulmonar grave, fracaso de la inducción.

2. **Fetales:** situación transversa, pelviana, macrosomía fetal, sufrimiento fetal agudo, restricción del crecimiento intrauterino, enfermedad hemolítica fetal grave, muerte habitual del feto.

3. **Materno fetales:** desproporción feto pélvica, parto detenido.

4. **Ovulares:** placenta previa, desprendimiento normo placentario, procidencia del cordón. (12)

2.5.3 Tipos de cesárea:

De acuerdo con la localización en el útero y dirección de la incisión existen:

Corporal: la incisión es localizada en la porción contráctil del útero. Puede ser clásica o vertical y la transversal o de Kehrer.

Segmentaria: La incisión se hace en la porción no contráctil o segmento del útero. Existen 2 tipos: la transversal baja o de Kehrer, la más utilizada, y la incisión vertical o de Sellheim.



Tipos de incisión en piel:

Las incisiones más utilizadas son las incisiones verticales (infra umbilical y paramediana) y las incisiones transversales (Pfannenstiel, Maylard, Cherney, Joel-Cohen).

Incisiones verticales

Las desventajas de una incisión vertical son el mayor riesgo de dehiscencia posoperatoria de la herida y el desarrollo de eventración. Estéticamente, la cicatriz es peor que la que dejan otras incisiones.

Mediana infraumbilical: es la que permite la entrada más rápida en el abdomen con menos sangrado, por ser una zona poco vascularizada. En caso de necesidad, esta incisión puede ser extendida hacia arriba y ser utilizada para el parto por cesárea con anestesia local.

Paramediana: según se informa, la incisión paramediana es más fuerte que la cicatriz media, pero no tiene ninguna ventaja estética y no es rápida, por lo que ha caído en desuso.



Son adecuadas para la mayoría de los partos por cesárea. Tienen ventajas estéticas sobre las otras incisiones y un riesgo quirúrgico mínimo de dehiscencia posoperatoria. Comúnmente requiere más disección abdominal, por lo que la pérdida de sangre puede ser mayor. Es difícil de realizar bajo anestesia local.

Operación de Pfannenstiel: esta operación fue descrita en 1900. Se realiza a unos 2,5-3 cm por encima de la sínfisis pubiana; la incisión de la piel, de unos 15 cm de longitud, se hace transversal baja con una ligera curva hacia arriba, siguiendo el pliegue natural de la piel. Una vez atravesada la piel, se continúa la incisión en el tejido subcutáneo hasta la vaina del recto, en la cual se hace una pequeña incisión hacia uno u otro lado de la línea media. Una vez expuesta la aponeurosis, se incide transversalmente con una tijera curva de Mayo. En la técnica estándar, los bordes superior e inferior se pinzan con una pinza dentada (por ej., Kocher) y se elevan. Bajo tensión continua, se separa la vaina del músculo subyacente mediante disección roma y cortante. Una vez liberadas la aponeurosis superior e inferior y, suturados o electrocoagulados los vasos perforantes, se separan los músculos rectos en la línea media mediante disección



digital. Si los músculos están adheridos, es necesario disecar con instrumento cortante y ampliar la entrada inicial con tijeras, exponiendo el contenido intraperitoneal.

Un estudio realizado por Mathai M, sobre incisiones quirúrgicas abdominales para la cesárea refiere que la incisión de Joel-Cohen mostró mejores resultados que la incisión de Pfannenstiel para las mujeres en cuanto a menos fiebre, menos dolor posoperatorio, menos pérdida de sangre, menor duración de la cirugía y estancia hospitalaria más corta.

2.5.4 Pronóstico:

El pronóstico materno y feto neonatal de la operación cesárea ha ido mejorando sustancialmente con el tiempo.

Los adelantos técnicos han determinado en las últimas décadas que la cesárea se haya hecho cada vez más inocua para la madre. La idea de que la cesárea interioriza a la mujer desde el punto de vista obstétrico ha perdido vigencia.

Además la redefinición de algunas de sus indicaciones ha posibilitado una mayor supervivencia perinatal y un menor



traumatismo obstétrico en muchos casos en los que antes se optaba por vía vaginal. (12)

2.5.5 Analgesia Post-cesárea

El tratamiento del dolor post-cesárea no difiere de otro procedimiento de cirugía abdominal abierta. (7) Hay que considerar que el dolor agudo luego de una cirugía y luego de la magnitud que esta tiene presenta una duración que se extiende más de 24 horas y debe partirse con las técnicas más invasivas para las primeras 24 a 48 horas.(13)

Se pueden usar analgesia epidural si ya se cuenta con un catéter implantado para la realización de la cesárea. (7) Este tipo de analgesia requiere una supervisión continua, se usa sólo en dolor severo. Se puede usar la administración en bolos (morfina), infusión (anestésicos locales como bupivacaina, ropivacaina, opioides como fentanil o morfina, solos o combinados).(13) En un estudio realizado en la ciudad de México sobre la analgesia epidural refiere que el manejo del dolor agudo post-cesárea debería de ser analgesia epidural continua programada, con la finalidad de reducir la frecuencia e



intensidad del dolor post-operatorio y con ello favorecer la recuperación puerperal, ya que al utilizar este tratamiento sólo el 15% presentó dolor de moderada intensidad y el 84% presentó dolor leve. (14)

También se puede usar mezclas con la analgesia controlada por el paciente. La punción abdominal para la cirugía de abdomen inferior se hace en T11y T12. La analgesia en general es óptima pero tiene reacciones adversas potenciales. (13)

Actualmente para la analgesia postoperatoria se usa la terapia multimodal. (3) Consiste en combinar fármacos y técnicas analgésicas, con el fin de optimizar la eficacia, disminuyendo las dosis totales y reacciones adversas de cada uno de ellos. (13) Se usan pequeñas dosis de opioides y anestésicos locales vía neuraxial, complementados con paracetamol o AINES, de modo que se permita la deambulación de la paciente lo más pronto posible y usando aquellos fármacos que tengan menor transferencia hacia la leche materna. (7)



Consiste en administrar analgésicos o bloqueos previos a la incisión quirúrgica, estos atenúan la respuesta dolorosa y disminuyen el consumo de opioides en el post-operatorio.

El usar AINES selectivos (coxibs) preoperatorios que no afectan la función plaquetaria, como los no selectivos, y los bloqueos regionales mejoran la analgesia postoperatoria.

Entre los medicamentos usados para la terapia multimodal y analgesia preventiva se encuentran:

Opiodes sistémicos: la administración en bolos endovenosos ha demostrado no ser efectiva. Es recomendable usar infusión continua siempre y cuando exista vigilancia y monitorización las 24 horas. Otra alternativa es la analgesia controlada por el paciente que ha demostrado ser efectiva con una disminución importante de efectos adversos opioides.

AINES: son efectivos al combinarse con opioides para dolor severo o como fármaco único para el dolor leve a moderado del post-operatorio. Los coxibs ofrecen ventajas por sus menores efectos adversos a nivel plaquetario.



Para elegir un determinado AINE para el tratamiento del dolor agudo post-operatorio se debe considerar la necesidad del uso de las vías intravenosa o intramuscular; sus indicaciones principales son el tratamiento del dolor de intensidad leve o moderada, en pacientes en los que no están indicados los opiáceos (ancianos, EPOC, etc.) y asociados a opiáceos en el dolor de gran intensidad, disminuyendo los requerimientos de éstos así como sus efectos indeseables. (15)

Indicaciones de los AINEs vía parenteral en dolor agudo

Al objeto de protocolizar el tratamiento del dolor agudo post-operatorio, lo clasificamos en:

- * Dolor leve: su EVA está comprendido entre 1 y 3 y correspondería a cirugía menor de partes blandas (cataratas, retina, apendicetomía, varicocele, senos, etc.).
- * Dolor moderado: la EVA está comprendida entre 4 y 6 y correspondería a cirugía abdominal baja, cirugía ginecológica, cesárea, traumatología general y ciertas intervenciones de ORL.



* Dolor severo: EVA comprendida entre 7 y 10 comprendiendo a esternotomía, toracotomía, cirugía abdominal alta, urológica mayor y ortopédica de grandes articulaciones.

Normas a seguir para el control del dolor agudo post-operatorio

—Control total del dolor en el post-operatorio inmediato recurriendo si es necesario, a opiáceos mayores.

—Elección correcta del protocolo analgésico en función del tipo de intervención, características del paciente y tipo de anestesia.

—Prevención de los efectos secundarios de los analgésicos que se utilicen.

—Dosificación correcta de los analgésicos en función de su periodo de acción.

—Mantener las pautas analgésicas durante 72 horas, tratando si es necesario el dolor residual mediante la vía oral.

—Revisiones diarias de las dosis ya que con frecuencia hay que modificarlas.

—Dejar indicada la analgesia de rescate.



—Mentalizar y entrenar al personal de enfermería para detectar los posibles efectos indeseables de los analgésicos.

Elección de la analgesia en función de la clasificación del dolor agudo post-operatorio

Dolor leve: de elección los AINEs vía intravenosa en pauta horaria.

Dolor moderado: ocasionalmente serán suficientes los AINEs pero frecuentemente habrá que asociarlos a opiáceos intermedios en pauta horaria o analgesia controlada por el paciente.

Dolor severo: son obligados los opiáceos mayores vía intravenosa o espinal, anestésicos locales espinales o mezclas de ambos vía espinal. La administración será en forma de bolos o mejor mediante analgesia controlada por el paciente.

En este tipo de dolor, los AINEs sólo son útiles si queremos reducir las dosis de opiáceos. (15)



CAPITULO III

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Describir las características clínicas y tratamiento del dolor en mujeres atendidas por cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca año 2008.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

3.2.1 Establecer la frecuencia de casos de dolor post-operatorio en las mujeres atendidas por cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

3.2.2 Identificar la edad, nivel de instrucción, ocupación y factores psicológicos de las del dolor post cesárea.

3.2.3 Evaluar las características del dolor: tipo, localización, intensidad y síntomas acompañantes del dolor.

3.2.4 Identificar los factores relacionados en la presencia del dolor post cesárea.

3.2.5 Identificar el manejo del dolor utilizado en las pacientes atendidas por cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso.



CAPITULO IV

DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo trasversal.

4.2 AREA DE ESTUDIO

El servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso.

4.3 VARIABLES: operacionalización (ver anexo 1)

1. Edad
2. Nivel de instrucción
3. Ocupación
4. Factores Psicológicos
5. Tipo de dolor
6. Localización del dolor
7. Intensidad del dolor
8. Síntomas acompañantes del dolor
9. Tipo de cesárea
10. Duración de la cesárea



11. Cirugías previas
12. Medicación
13. Tipo de anestesia

Variables dependientes: tipo de dolor, intensidad del dolor, localización.

Variables independientes: ocupación, edad, nivel de instrucción, estado psicológico de la paciente, cirugías previas, tipo de anestesia, efecto analgésico, tratamiento, medicación, tipo de cesárea, síntomas acompañantes.

4.4 POBLACION Y MUESTRA:

4.4.1 Universo de estudio

En el año 2005, se atendieron 4658 nacimientos en el Hospital Vicente Corral Moscoso, de los cuales 1072 fueron cesáreas. El universo estudiado fueron las mujeres las mujeres atendidas por cesárea en el hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2008.



4.4.2 Muestra:

Se obtuvo la muestra en estudio se aplicando la siguiente fórmula:

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

n= muestra

p= probabilidad de ocurrencia de un evento, para el caso según los registros tenemos 23%.

q= 100-p. Para la situación actual sería 100-23=77.

E= es el margen de error tolerado, para el estudio se utilizará el error máximo recomendado, es decir el 6%.

O² = es el nivel de confianza. Un sigma de 2 da una confiabilidad del 95%.

$$n = \frac{2^2 * 23 * 77 * 1072}{6^2 * (1072-1) + 2^2 * (23 * 77)} = 166,39.$$

De esta manera se determino que la muestra de pacientes que fueron encuestadas fue de 166.



4.5 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS

4.5.1 Método: Observación: Mediante el examen físico se determinó el tipo de incisión realizada, y la evolución de la herida. De historia clínica de la paciente se obtuvo datos como los medicamentos que se administraron, la evolución de la paciente, complicaciones. La hoja de anestesia de la cual obtuvimos datos como tipo de anestesia, medicación administrada, y duración de la cirugía.

4.5.2 Técnica: Encuesta por medio de la cual obtuvimos datos como tipo, localización, duración, intensidad del dolor, los factores que influyen el dolor post-operatorio como: edad, cirugías previas, nivel cultural, factores psicológicos

4.5.3 Instrumento La Escala Visual Análoga o EVA se utilizó como instrumento de valoración del dolor. Este instrumento permite evaluar la intensidad del dolor y el grado de alivio experimentado, es el instrumento más específico y sensible con el se cuenta para ser utilizado durante el control rutinario del dolor. A las pacientes se les presentó una regla en que uno de los extremos



simbolizan la ausencia de síntoma y el otro la máxima intensidad del mismo.

4.6 PLAN DE TABULACION

Se realizaron tablas simples y compuestas además de gráficos que se realizaron con ayuda del programa Excel. Las medidas estadísticas utilizadas fueron la frecuencia y porcentaje de los resultados de acuerdo a los objetivos planteados.

4.7 CONSIDERACIONES ETICAS

Los datos obtenidos se guardaran con absoluta confidencialidad por parte de las autoras. Se realizaron las encuestas previa autorización de las pacientes mediante el consentimiento informado (Anexo 4).



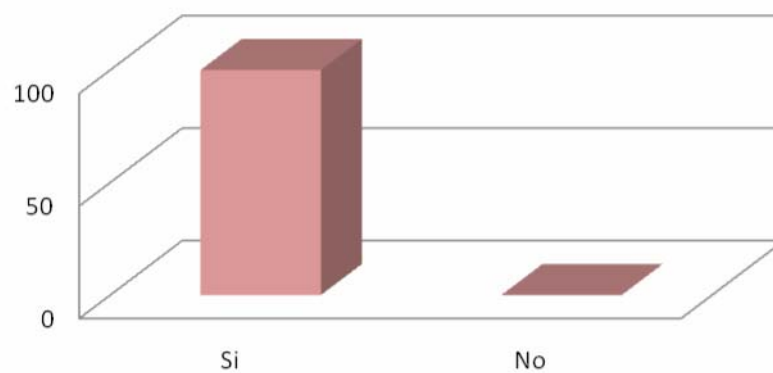
CAPITULO V

RESULTADOS

GRAFICO No. 1

FRECUENCIA DEL DOLOR EN MUJERES SOMETIDAS A
CESAREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.

CUENCA. ABRIL-JUNIO 2008.



Realizado por : F. Palacios B y V. Pérez P

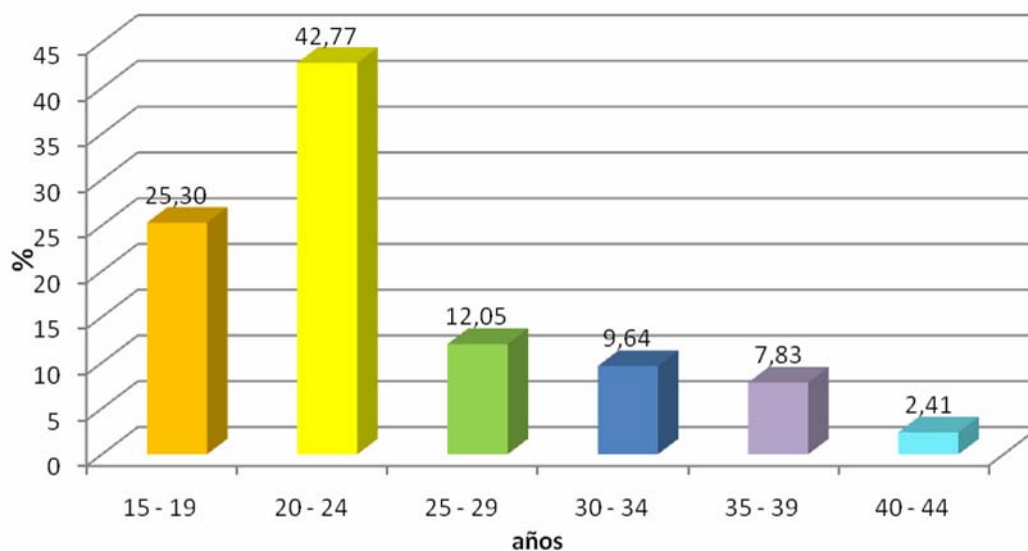
Fuente: Tabla No. 1



El 100% de las mujeres encuestadas refirieron presentar dolor post quirúrgico durante su estadía hospitalaria que es de un promedio de 48 horas.

GRAFICO No. 2

EDAD DE MUJERES POST CESÁREA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA ABRIL-JUNIO 2008.



Realizado por : F. Palacios B y V. Pérez P

Fuente: Tabla No. 2



La edad de la mayoría de las mujeres que fueron intervenidas quirúrgicamente por cesárea comprende entre 20-24 años el 42,77%, seguido de 15-19 años el 25,3%.

Tabla I

Intensidad del dolor post-cesárea de acuerdo a grupos etarios de mujeres atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca Abril-Junio 2008								
Edad años	Leve		Moderado		Severo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
15-19	1	2,38	19	45,24	22	52,38	42	100
20-24	7	9,86	39	54,93	25	35,21	71	100
25-29	0	0	14	70	6	30	20	100
30-34	2	12,5	3	18,75	11	68,75	16	100
35-39	1	7,69	4	30,77	8	61,54	13	100
40-44	1	25	2	50	1	25	4	100
Total	12		81		73		166	

Realizado por : F. Palacios B y

V. Pérez P

Fuente: Encuestas 1

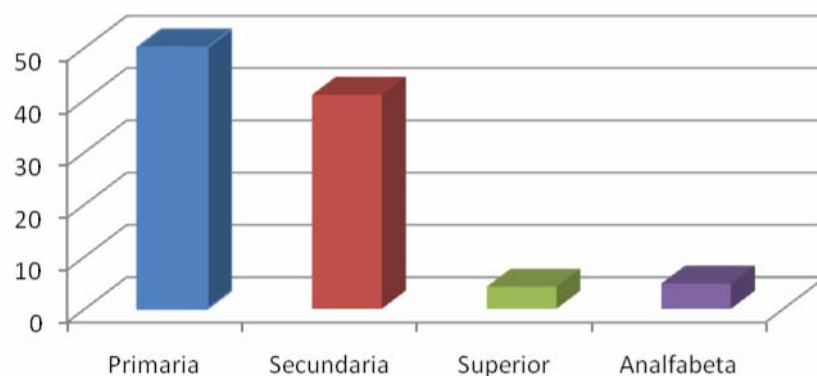
y 2



Los grupos etarios comprendidos entre 15-19 años, 30-34 años, 35-39 años presentaron un dolor severo en porcentajes mayoritarios de 52,38%, 68,75%, 61,54% respectivamente. Los grupos de edad comprendidos entre 20-24 años, 25-29años, y 40-44años presentan en su mayoría dolor de moderada intensidad en 54,93%, 70% y 50% respectivamente.

GRAFICO No. 3

NIVEL DE INSTRUCCION DE LAS MUJERES ATENDIDAS
POR CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO. CUENCA ABRIL-JUNIO 2008.



Realizado por : F. Palacios B y V. Pérez P

Fuente: Tabla No. 3

La mayoría de las mujeres encuestadas tienen instrucción primaria y secundaria, 50% y 40,96% respectivamente.



TABLA No II

INTENSIDAD DEL DOLOR SEGÚN EL NIVEL CULTURAL EN PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA ABRIL-JUNIO 2008.								
Nivel Cultural	Intensidad							
	Leve		Moderada		Severo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Primaria	5	6,02	41	49,40	37	44,58	83	100
Secundaria	6	8,82	34	50	28	41,18	68	100
Superior	0	0	4	57,14	3	42,86	7	100
Analfabeta	1	12,5	2	25	5	62,50	8	100
Total	12		81		73		166	

Fuente: Base de
datos

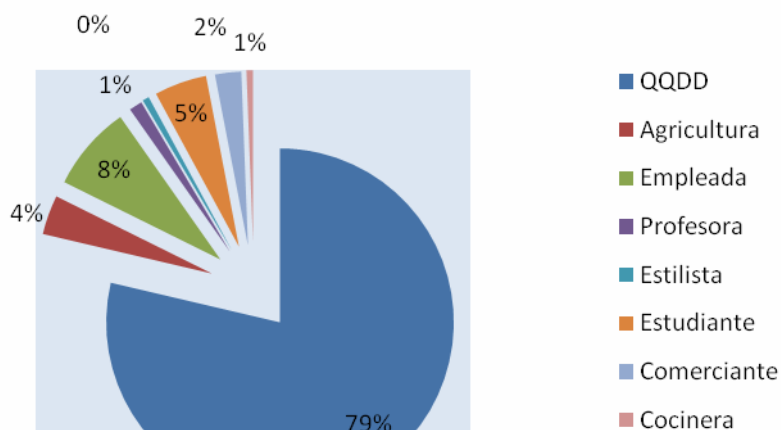
Realizado por: F. Palacios B
y V. Pérez P.



Mujeres con niveles de instrucción primario tienen en un 49,4% dolor moderado, nivel secundario 50% y superior 57,14%, porcentajes mayores a los porcentajes de valor severo. En tanto que las mujeres analfabetas tienen 62,50% de dolor severo.

GRAFICO No. 4

OCUPACION DE MUJERES REALIZADAS CESÁREA ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA ABRIL-JUNIO 2008.



Realizado por : F. Palacios B y V. Pérez P

Fuente: Tabla No. 4



El 77,71% de las mujeres encuestadas se dedican a los quehaceres domésticos, y el porcentaje restante a ocupaciones varias.

TABLA No. III

INTENSIDAD DEL DOLOR POST-CESÁREA DE ACUERDO A LA OCUPACION DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA ABRIL-JUNIO 2008								
Ocupación	Leve		Moderado		Severo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
QQDD	9	7,0	65	50,4	55	42,6	129	100,0
Agricultura	1	16,7	2	33,3	3	50,0	6	100,0
Empleada	1	7,7	8	61,5	4	30,8	13	100,0
Profesora	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	100,0
Estilista	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Estudiante	0	0,0	3	37,5	5	62,5	8	100,0



Comerciante	0	0,0	2	50,0	2	50,0	4	100,0
Cocinera	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Secretaria	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	100,0
Total	11		82		73		166	

Realizado por : F. Palacios

B y V. Pérez P

Fuente:

Encuestas

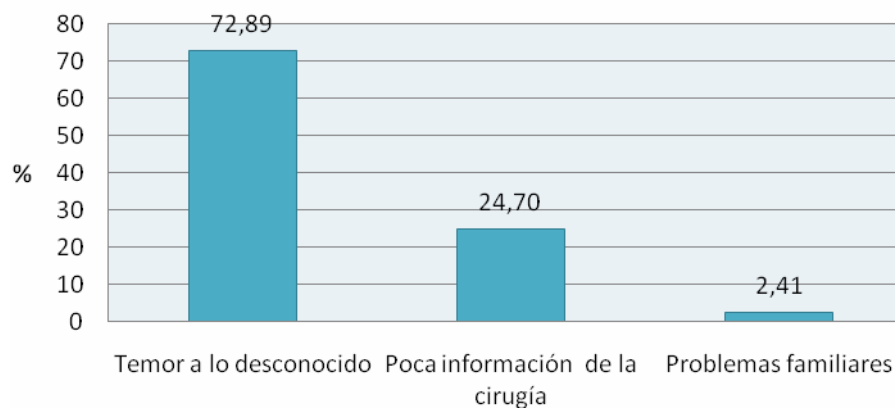
La intensidad del dolor fue mayoritariamente severo en mujeres cuyos trabajos son: agricultura, estilista, estudiante y cocinera. El dolor moderado fue mayor en quehaceres domésticos y empleada. Y con un porcentaje igual del 50% de dolor moderado y severo están profesora, comerciante y secretaria.



GRAFICO No. 5



**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE PACIENTES SOMETIDAS A
CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.
CUENCA ABRIL-JUNIO 2008.**



Realizado por: F. Palacios B y V. Pérez P

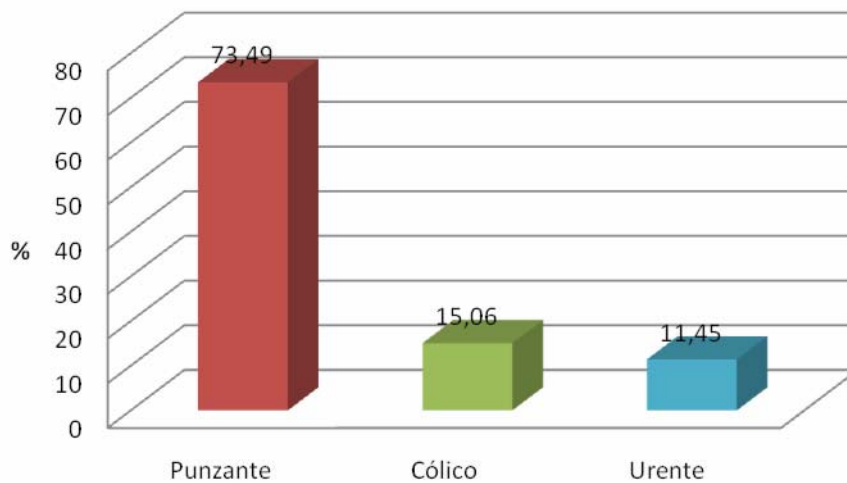
Fuente: Tabla No. 5

Según los datos obtenidos de las encuestas el 72,89% de las mujeres presentaron temor a lo desconocido, el 24,7% tienen poca información sobre la cirugía y 2,41% presentan problemas familiares.

GRAFICO No. 6



**TIPO DE DOLOR PERCIBIDO POR LAS PACIENTES SOMETIDAS A
CESAREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.
CUENCA ABRIL-JUNIO 2008**



Realizado por: F. Palacios B y V. Pérez

P

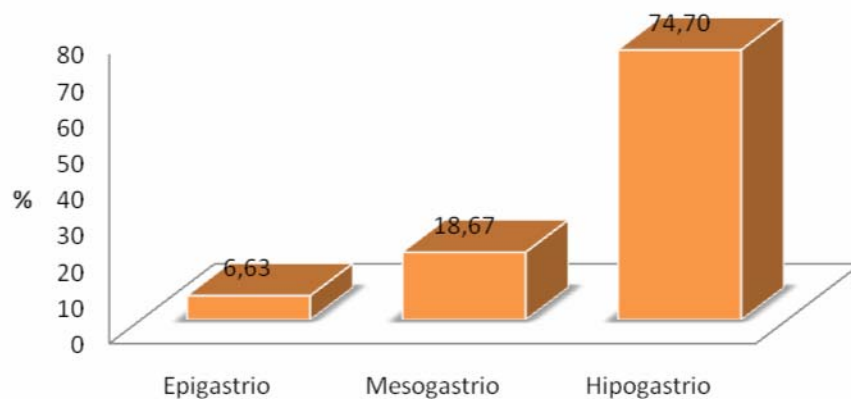
Fuente: Tabla No. 6

El 73.49% presentaron dolor tipo punzante en el zona anatómica de la intervención quirúrgica, el 15.06% presentan dolor cólico, y el 11.45% lo percibe como un tipo de dolor urente.



GRAFICO No. 7

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES SOMETIDAS A
CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA
ABRIL-JUNIO 2008



Realizado por: F. Palacios B y V. Pérez P

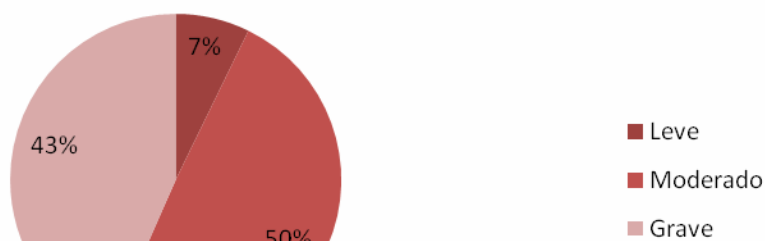
Fuente: Tabla No. 7

El 74.70% de las pacientes localizaron el dolor a nivel del hipogastrio, el 18.67% en el mesogastrio, y el 6.63% en el epigastrio.



GRAFICO No. 8

INTENSIDAD DEL DOLOR EN MUJERES POST CESÁREA ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA ABRIL -
JUNIO 2008.



Realizado por: F. Palacios B y Verónica Pérez P.

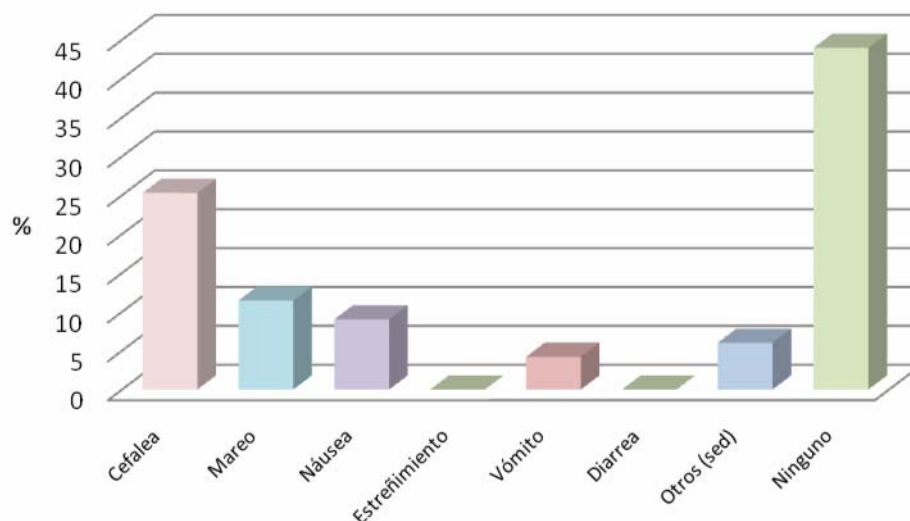
Fuente: Tabla No. 8

Los datos obtenidos por las encuestas demuestran que el 49,4% de presentó dolor moderada intensidad, y el 43,37% un dolor de intensidad severa y el 7,23% presentó dolor de leve intensidad durante el post-operatorio según la EVA.



GRAFICO No. 9

SINTOMAS ACOMPAÑANTES DEL DOLOR POST OPERATORIO DE
LAS MUJERES ATENDIDAS POR CESAREA EN EL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO. CUENCA ABRIL-JUNIO 2008



Realizado por : F. Palacios B y V.

Pérez P

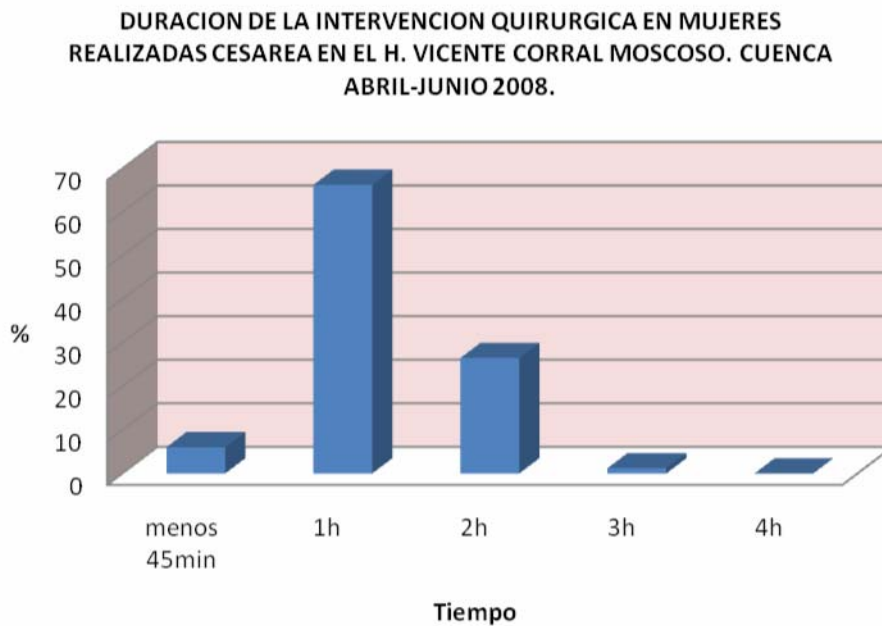
Fuente: Tabla No. 9

Los síntomas que acompañaron al dolor post cesárea en las pacientes fueron: cefalea el 25,3%, mareo 11,45%, náusea 9,04%, vómito 4,22%, y sed 6,02%; por lo contrario



la mayoría de las mujeres expresaron no presentar ningún otro síntoma acompañante al dolor en un porcentaje del 43,98.

GRAFICO No. 10



Realizado por : F. Palacios B y V. Pérez P

Fuente: Tabla No. 10



El tiempo que tomó realizar una cesárea es de aproximadamente de 1 hora en el 66,27% de las pacientes, 2 horas en el 26,51% de las mujeres encuestadas, menos de 45min el 6,02%, y 3 horas en el 1,2% de las pacientes.

TABLA No. IV								
INTENSIDAD DEL DOLOR DE MUJERES POST-CESÁREA DE ACUERDO A LA DURACION DE LA INTERVENCION QUIRURGICA. CUENCA ABRIL-JUNIO 2008								
Tiempo	Leve		Moderado		Severo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
menos 45min	0	0	7	70,00	3	30,0	10	100,00
1h	8	7,3	48	43,64	54	49,1	110	100,00
2h	3	6,82	25	56,82	16	36,4	44	100,00
3h	1	50,0	1	50,00	0	0,0	2	100,00
Total	12		81		73		166	

Realizado por : F. Palacios B y V.

Pérez P

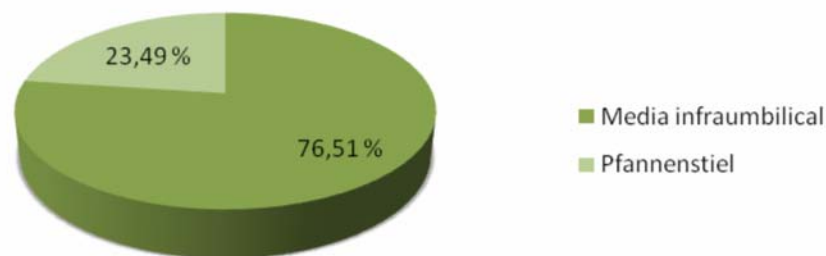
Fuente: Encuestas



La intensidad que experimento la mayoría de las mujeres intervenidas durante 1h fue severo en un 49,1% y en las de 2h de duración fue moderada en el 56,82%.

GRAFICO No. 11

TIPO DE INCISION DE MUJERES REALIZADAS CESÁREA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO. CUENCA ABRIL-JUNIO 2008.



Realizado por : F. Palacios B y V. Pérez P

Fuente: Tabla No. 11

El tipo de incisión quirúrgica para realizar una cesárea en las pacientes encuestadas es la media infraumbilical en el



76,51% de las pacientes, la incisión Pfannenstiel se realizó 23,49%.

TABLA No V

INTENSIDAD DEL DOLOR DE ACUERDO AL TIPO DE INCISION QUIRURGICA EN MUJERES POST-CESÁREA. CUENCA ABRIL-JUNIO 2008								
Tipo de incisión	Leve		Moderado		Severo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Media infraumbilical	10	7,8	63	49,2	55	43,0	128	100,0
Pfannenstiel	2	5,3	18	47,4	18	47,4	38	100,0
Total	12	13,1	81	96,6	73	90,3	166	

Realizado por : F. Palacios

B y V. Pérez P

Fuente: Encuestas

La intensidad del dolor referida por las pacientes con incisión media infraumbilical fue el 49,2% moderada aunque no muy lejano con un 43% el dolor fue severo.

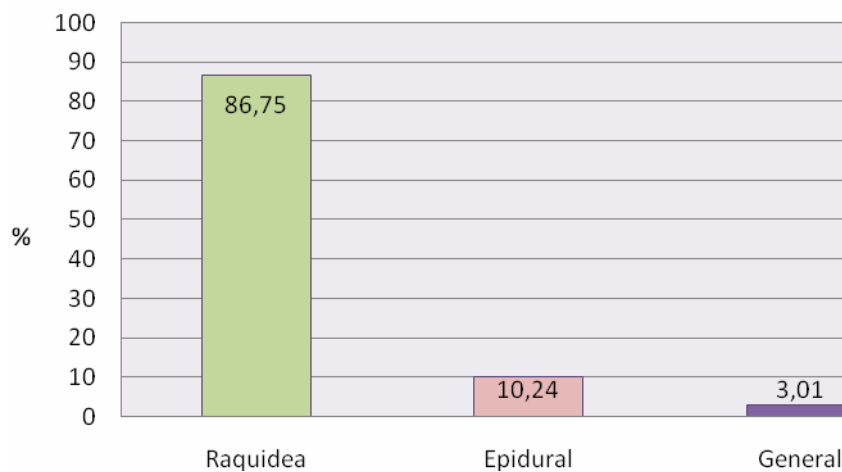


En la incisión Pfannenstiel el porcentaje: 47,4%, fue igual para el dolor moderado y severo.

GRAFICO No. 12



**ANESTESIA UTILIZADA EN MUJERES REALIZADAS CESÁREA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.
CUENCA ABRIL-JUNIO 2008.**



Realizado por : F. Palacios B y V. Pérez P

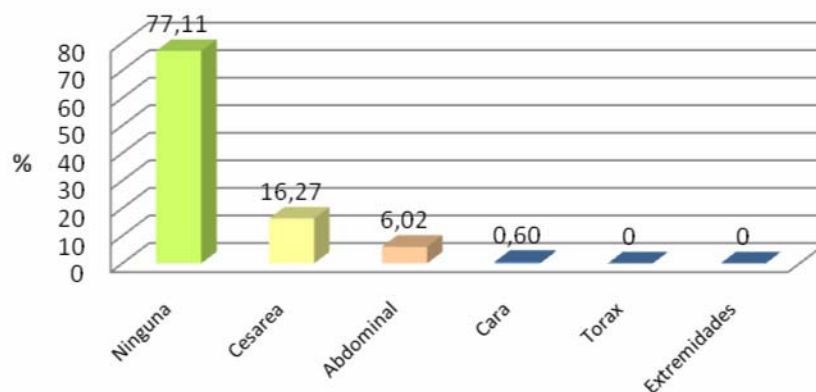
Fuente: Tabla No. 12

La técnica anestésica utilizada de preferencia es la raquídea (86,75%), seguida de la epidural (10,24%) y general (3,01%).



GRAFICO No. 13

CIRUGIAS PREVIAS DE MUJERES REALIZADAS CESAREA EN EL
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA ABRIL-JUNIO
2008



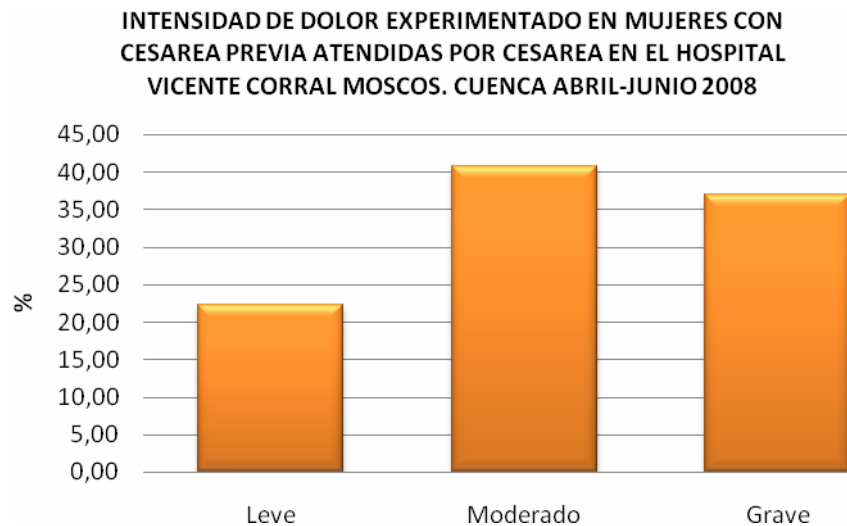
Realizado por: F. Palacios B y V. Pérez

P

Fuente: Tabla No. 13

El 77.11% de las mujeres no fueron intervenidas quirúrgicamente antes de la cesárea. El 16,27% se sometieron a cesárea anteriormente, y el 6,02% habría tendrían una cirugía abdominal previa.

GRAFICO No. 14



Realizado por: F. Palacios B. y V. Pérez P.

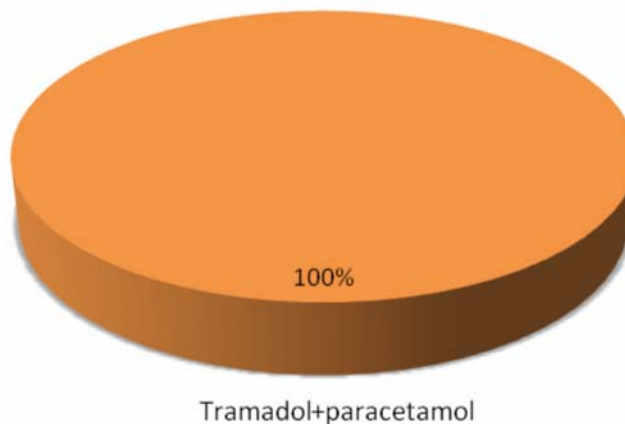
Fuente: Tabla No. 14

La intensidad de dolor que mas predomina es el moderado en un 40,74%, le sigue severo en un 37,04% y el leve en un 22.22% en mujeres que han sido intervenidas anteriormente por cesárea.



GRAFICO No. 15

MEDICACION UTILIZADA PARA EL TRATAMIENTO DEL
DOLOR POST-CESAREA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA ABRIL-
JUNIO 2008



Realizado por: F. Palacios B. y V. Pérez P.

Fuente: Tabla No. 15

El 100% de las mujeres recibió tratamiento con opioides combinado con un AINE. Los AINEs son efectivos al combinarse con opioides para dolor severo o como fármaco único para el dolor leve a moderado del post-operatorio.



CAPITULO VI

DISCUSION

El dolor post-cesárea es un dolor agudo que fue experimentado por todas las mujeres encuestadas fue mayoritariamente de moderada y severa intensidad; sin embargo en estudios realizados en hospitales de Madrid y México el dolor en el primero fue en la gran mayoría de casos moderado y leve, mientras que en el segundo fue dolor leve en el 84% de las pacientes en las cuales se utilizó analgesia epidural continua. Creemos que estas diferencias se deben a los diferentes protocolos usados, siendo la analgesia epidural la más efectiva para el control del dolor. (9)(14)

La edad, y la ocupación no fueron factores importantes para la percepción del dolor, corroborando lo expuesto en otros estudios. El nivel de instrucción tampoco es un factor predominante ya que tanto las mujeres con instrucción primaria y secundaria presentaron en su mayoría dolor moderado seguido muy de cerca por el dolor severo, al igual en el estudio realizado en España donde el 90,6% de mujeres con instrucción universitaria y el 84% sin



instrucción universitaria presentaron dolor y requirieron rescate analgésico para aliviarlo.

La falta de información o temor a lo desconocido ya que no han tenido experiencias quirúrgicas previas aumentan la intensidad del dolor ya que se ha demostrado que mientras más informada está la paciente sin importar que profesional la dé, ayuda a que estas se preparen psicológicamente y de esta manera la intensidad del dolor percibido es menor. Todas estas situaciones generan angustia, aumentan el estrés y dificultan el control del dolor, porque contribuyen a disminuir el umbral nociceptivo. (14)

El 16,27% de las mujeres fueron intervenidas previamente por cesárea y nuevamente la gran mayoría experimentó dolor moderado y severo, al igual que en sus anteriores cesáreas lo que demuestra que la paciente sufre ansiedad y angustia por las experiencia dolorosa previa. (9)

El tipo de incisión realizada en gran porcentaje fue media infraumbilical en el 76,51%, posiblemente porque el acceso al abdomen es más rápido y existe menor sangrado; pero hay que tomar en cuenta que las cirugías realizadas en el abdomen alto son más dolorosas y la intensidad del dolor fue moderado y severo como lo demuestran los resultados,



a pesar de que el tiempo de duración de la intervención quirúrgica fue relativamente corto: 1 hora (66,27%). Cabe resaltar que aunque no es el objetivo de nuestro estudio, las desventajas de este tipo de incisión son el mayor riesgo de dehiscencia de la herida, el desarrollo de eventración y estéticamente la cicatriz es peor que la que dejan otras incisiones.

La percepción dolorosa más común fue la punzante, sin embargo debemos tener en cuenta que es una variable que fue difícil de analizar pues cada paciente interpreta el dolor de diferente manera, y en muchos casos fue difícil para las pacientes encasillar su experiencia en las opciones planteadas en la encuesta.

La técnica anestésica más utilizada fue la raquídea ya que el tiempo para conseguir el efecto analgésico es más corto pero cabe recalcar que la presentación de cefalea es más frecuente.

Existe un único protocolo para el tratamiento del dolor sin individualizar la percepción dolorosa de cada paciente, y sin seguir las recomendaciones actuales sobre el correcto manejo del dolor post-operatorio.



CAPITULO VII

CONCLUSIONES

1. Dolor post-quirúrgico presentaron el 100% de las mujeres atendidas por cesárea en el hospital Vicente Corral Moscoso, siendo una cifra muy elevada si tomamos en cuenta que existen los métodos necesarios para evitar y minimizar la presentación del dolor.
2. Los grupos etarios de mujeres sometidas a cesárea en su mayoría se encuentran entre los 20-24 años de edad con un 42,77%, le sigue el grupo comprendido entre 15-19 años con un 25,3%.
3. La mitad de las mujeres (50%) que se realizaron cesárea tienen instrucción primaria.
4. De todas las mujeres entrevistadas el 77,71% se dedican a los quehaceres domésticos.
5. Un alto porcentaje de las mujeres: 72,89% manifestó que presentó temor a lo desconocido del procedimiento al que iban a ser intervenidas, y no



- recibieron información adecuada por parte del personal de salud que las atendieron.
6. El tipo de dolor que experimentaron la mayoría de mujeres fue tipo punzante con un porcentaje del 73,49%, la localización fue en hipogastrio en 70,74%, la intensidad fue moderada para un 49,4% y severa en un 43,73%.
 7. El síntoma acompañante más frecuente fue cefalea para el 25,3% de las mujeres. En tanto que no presentaron síntomas acompañantes el 43,98%. Debemos recordar que la cefalea es la complicación más frecuente de la anestesia raquídea.
 8. El tiempo de duración de la intervención quirúrgica fue de 1 hora en el 66,27% de las cesáreas.
 9. El tipo de incisión practicada mayoritariamente fue la media infraumbilical en un 77,11%. La intensidad del dolor referida por las pacientes con esta incisión fue en un 49,2% moderada aunque no muy lejano con un 43% el dolor fue severo. En la incisión Pfannenstiel el porcentaje: 47,4%, fue igual para el dolor moderado y severo.
 10. La anestesia que se administró en la gran mayoría de casos fue la raquídea en el 86,75%.
 11. El 71,11% de las mujeres no tuvo cirugía previa. En tanto en lo que se refiere a cesáreas previas las



tuvieron el 16,27% de mujeres y la intensidad moderada predominó en este grupo.

12. El manejo del dolor post-operatorio en el 100% de las mujeres se lo realizó con una combinación de paracetamol+tramadol.



CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

Se debe realizar un mejor manejo del dolor post-cesárea debido a que el 100% de las mujeres lo presentó, siendo moderada y severa intensidad durante su estadía hospitalaria. Con los estudios y avances sobre la fisiopatología del dolor y el descubrimiento de nuevos tratamientos analgésicos no debería existir tal frecuencia e intensidad de percepción dolorosa.

Se debería instaurar nuevos protocolos de manejo para el control del dolor como por ejemplo el uso de analgésicos a través de un catéter epidural.

La valoración del dolor debería realizarse previa a la intervención quirúrgica y durante su estancia hospitalaria puesto que cada individuo es un ser único con experiencias propias y de esa manera la calidad de recuperación post-operatoria sea óptima.



El uso de ansiolíticos deber ser considerado en los protocolos de manejo del dolor para disminuir la angustia y la ansiedad de los pacientes que lo requieran.

El personal médico debe mejorar la información sobre la intervención, complicaciones y experiencias dolorosas que pueden presentarse.

Evaluar el cuadro clínico de cada paciente para elegir adecuadamente el tipo de incisión quirúrgica que se va a realizar en la piel, considerando las ventajas y desventajas de cada una de las incisiones, evitando utilizar en lo posible aquellas que aumenten la percepción del dolor.



CAPITULO IX

BIBLIOGRAFIA

1. Cardona E, Castaño M, Builes A. Manejo del dolor posquirúrgico en el Hospital Universitario San Vicente de Paul de Medellín. Manejo del dolor posquirúrgico Rev. Col. Anest. 31: 111, Julio, 2003. http://www.scare.org.co/rca/archivos/articulos/2003/vol_2/PDF/Manejo%20del%20dolor.pdf
2. Páeile C, Bilbeny N. El Dolor: de lo molecular a lo clínico. Tercera Edición. Santiago de Chile. 2005. Editorial Mediterraneo.
3. Wall et al; Tratado del dolor. Quinta Edición. Editorial Elsevier. España. 2007.
4. Plancarte R, Mayer F. Alivio del dolor: y cuidados paliativos en pacientes con cáncer. , Primera Edición. México 2004, Interamericana Editores.
5. Warfield, C; Frausett H. Diagnostico y tratamiento del dolor. Editorial Masson. Segunda Edición. Barcelona, España. 2004.



6. Alvarez T. IATREIA. Vol 15. No.3. Septiembre.
2002

<http://64.233.167.104/search?q=cache:HyRiuk8vwaQJ:medicina.udea.edu.co/ojs/index.php/iatreia/article/viewPDFInterstitial/294/219+semiologia+del+dolor&hl=es&ct=clnk&cd=11&gl=ec>.

7. Torres, Luis Miguel, Tratamiento del dolor Post-operatorio, Madrid 2003, Edición Ergon S.A.

8. Hernández J; Moreno C. Dolor, el quinto signo vital.
http://www.urosario.edu.co/investigacion/tomo1/fasciculo8/documentos/Dolor_el_quinto_signo_vital.pdf.

9. García I. Manejo del dolor postoperatorio en cirugía obstétrica: Calidad percibida. Nure Investigación. N° 8. Septiembre 2004.

10. Rev Hospital General de Agudos. J.M. Ramos Mejía. Edición electrónica. Vol 3. No 1. Buenos Aires, Argentina. 2003.
<http://www.ramosmejia.org.ar>.

11. Aliaga L, et al. Tratamiento del dolor. Editorial MCR 1995 <http://www.gsk.es/html/area-de-salud/anestesia.html>.

12. Schwarcz R, Fescina R, Diverges C. Obstetricia. Sexta Edición. Editorial El Ateneno. Buenos Aires-Argentina, 2005.



13. Guías Prácticas para el manejo del Dolor Agudo. Laboratorios Merck. Segunda Edición. 2004.
14. Olivas. G, Mata. V. Cesárea: Manejo contemporáneo del dolor agudo postoperatorio. Analgesia epidural continua e intermitente con y sin infusor eslatomérico. Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Vol.70. No.2. 82-89. México, D.F. Febrero. 2002
15. Indicaciones de los AINEs vía parenteral en dolor agudo. Supuestos prácticos. Presentado en : V Reunión de la sociedad del Dolor (Granada 2001) Sociedad.

Española del dolor.
<http://www.sedolor.es/ponencia.php?id=260>
16. Bayter A, Ibáñez F, Meléndez J. Cefalea post-punción en pacientes sometidas a cesárea bajo anestesia subaracnoidea. Eficacia de la posición sentada versus decúbito lateral. Rev. Col. Anest. 35: 121-127. 2007.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v35n2/v35n2a03.pdf>
17. Mathai M, Hofmeyr GJ. Incisiones quirúrgicas abdominales para la cesárea. La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford,



18. Botero J; Júbiz A; Hernao G. Obstetricia y Ginecología. Séptima Edición. Colombia, 2004
19. Cunningham, et al. Williams Obstetricia. 21th Edición. Editorial Panamericana. Argentina 2004.
20. Ortiz, J. Trabajos de Investigación. Editora del Austro. Cuenca. 2008.
21. Pineda, Alvarado y Decanales. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. OMS, Segunda Edición.
22. Polit, Hungle. Investigación Científica: en ciencias de la salud. Quinta Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana Editores. Mexico D.F 1997.

CAPITULO X

ANEXO 1

Variable	Definición de Variable	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que una		Edad en años	Menor a 15



	<p>persona</p> <p>ha</p> <p>vivido a</p> <p>contar</p> <p>desde</p> <p>que se</p> <p>nació</p>			<p>15-19</p> <p>20-24</p> <p>25-29</p> <p>30-34</p> <p>35-39</p> <p>40-44</p> <p>Mayor a</p> <p>44</p>
Nivel de instrucción	<p>Educación</p> <p>impartida en la</p> <p>escuela,</p> <p>colegio</p> <p>y</p> <p>universidad</p>		Años de instrucción.	<p>Primaria</p> <p>Secundaria</p> <p>Superior</p> <p>Analfabeta</p>
Ocupación	<p>Trabajo</p> <p>o tarea</p> <p>a la que</p> <p>se</p> <p>dedica</p> <p>la</p> <p>paciente</p>			<p>QQDD</p> <p>Estudiante</p> <p>e</p> <p>Comerciante</p> <p>Agricultura</p>



	e			Emplead a Otros
Factores Psicológicos	Tipo de conduct a y sentir de los seres vivos.		Manifesta ciones psicológic as Manifesta ciones somáticas	Temor a lo desconoc ido Poca informaci ón de la cirugía Problema s familiares
Tipo de dolor	Caracte rísticas del dolor percibid o por una persona .	Urente Punzant e Cólico		Urente Punzante Cólico



Localización del dolor	Lugar en donde se manifiesta el dolor.			Epigastrio Mesogastrio Hipogastrio
Intensidad del dolor	Grado de sensación dolorosa que experimenta una persona .		EVA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Síntomas acompañantes del dolor.	Sensaciones subjetivas que se	Náusea Vómito Cefalea Mareo Estreñimi		Náusea Vómito Cefalea Mareo Estreñimi



	manifiestan junto con el dolor.	ento Diarrea		ento Diarrea
Tipo de incisión	Técnica quirúrgica elegida para la realización de la incisión.	Vertical Transversal	Lugar de la incisión.	
Duración de la cesárea	Tiempo en que transcurre el acto quirúrgico.		Horas necesarias para la intervención quirúrgica	Menos 45min 1 hora 2 horas 3 horas
Cirugías previas	Intervenciones quirúrgicas	Abdominal Cesárea		Abdominal Cesáreas



	cas pasada s.	s Cara Tórax Extremid ades		Cara Tórax Extremid ades
Medicació n	La administ ración sistemát ica de medica mentos con un fin terapéut ico determi nado.	AINES Opiodes de acción central Opiodes de acción periférica	Preoperat orio Transoper atorio Post- operatorio	
Tipo de Anestesia	Técnica utilizada para conseg uir el		Vía por la que se le administra la anestesia.	Raquídea Epidural General



	efecto anestésico.			
--	-----------------------	--	--	--

ANEXO 2

FORMULARIO No 1

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, Y TRATAMIENTO DEL DOLOR EN MUJERES POST CESÁREA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.



Encuesta para Valoración del Dolor

Cuestionario

No.

Fecha:

1. Datos de

Filiación

Historia clínica:

Edad:

Ocupación:

Fecha de
ingreso

Fecha de alta

Días de
hospitalización

2. Cesárea

Tipo de Incisión Vertical

Transversal

Duración de la
intervención

quirúrgica

menos de 45 minutos

1 hora

2 h

3 h



Medicación transoperatoria	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
	6.	
	7.	
	8.	

Tipo de	
anestesia	
Medicación	Raquídea
utilizada	
analgésica	Epidural
durante la	General
estadía	

Complicaciones de la paciente	
	Dosis de medicación post-operatoria
3. Dolor post- operatorio:	1.
	2.
	3.



4.

Fuente: Ficha clínica de la paciente.

ANEXO 3

Encuesta para Valoración del Dolor

Los datos obtenidos de la siguiente encuesta serán utilizados para la realización de la tesis con el título de “Características clínicas, y tratamiento del dolor en mujeres post cesárea atendidas en el hospital Vicente Corral Moscoso”. La información obtenida será tratada de forma confidencial.

Cuestionario

No.

Fecha:

Datos de



Filiación

Historia clínica:	
Edad:	
Ocupación:	
Fecha de ingreso	
Fecha de alta	
Días de hospitalización	

Nivel Cultural:	Primaria	
	Secundaria	
	Superior	
	Analfabeta	
	Ninguna	

Aspectos Psicológicos:	Temor a lo desconocido	
	Poca información de la cirugía	
	Problemas familiares	



Cirugías

Previas:

Cesárea

Abdominal

Tórax

Cara

Extremidades

**Dolor post-
operatorio:**

Post-

operatorio

Alta

Si presenta dolor

No presenta dolor

Post-

operatorio

Alta

Tipo:

Cólico

Urente

Punzante

Localización:

Epigastrio

Hipogastrio



Mesogastrio

Otros

Intensidad

EVA:

1 a 3

Leve

4 a 6

Moderado

7 a 10

Grave

Síntomas

acompañantes Vómito

Diarrea

Estreñimiento

Cefalea

Mareo

Náusea

Otros

Fuente: directa (entrevista a la paciente)



ANEXO 4

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, de Cédula de
Identidad No..... he sido informada por la
Interna de Medicina.....
que se me realizará una encuesta con el fin de obtener
datos para la realización de la tesis con el título de
Características Clínicas y Manejo del Dolor Post-operatorio
de las Mujeres Post Cesárea atendidas en el Hospital



Vicente Corral Moscoso. Se me ha informado que se harán preguntas sobre el dolor que experimento durante mi estadía en este hospital, motivo por el cual autorizo a la estudiante de medicina a obtener los datos necesarios para la realización de su tesis.

.....

.....

Firma del Paciente
del Familiar

Firma

ANEXO 5

TABLA No.1

Frecuencia del dolor post-cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca Abril-Junio 2008.			
Dolor	post-	F	%
operatorio			



Si	166	100
No	0	0
Total	166	100

Realizado por: F.
Palacios B y V. Pérez
P

Fuente: Encuestas

TABLA No 2

Edad de las mujeres sometidas a cesárea atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca Abril-Junio 2008.		
Edad	F	%
15 – 19	42	25,30
20 – 24	71	42,77
25 – 29	20	12,05
30 - 34	16	9,64
35 - 39	13	9,64
40 - 44	4	0,60
Total	166	100,00

Realizado por : F. Palacios B y V.
Pérez P

Fuente: Encuestas



TABLA No. 3

Nivel de instrucción de las mujeres atendidas por cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca Abril-Junio 2008		
Nivel cultural	F	%
Primaria	83	50
Secundaria	68	40,96
Superior	7	4,22
Analfabeta	8	4,82
Total	166	100

Realizado por : F.
Palacios B y V.
Pérez P
Fuente: Encuestas



TABLA No. 4

Ocupación de las mujeres realizadas cesárea atendidas en el H. Vicente Corral Moscoso. Cuenca Abril-Junio 2008.		
Ocupación	F	%
QQDD	129	77,71
Agricultura	6	3,61
Empleada	13	7,83
Profesora	2	1,20
Estilista	1	0,60
Estudiante	8	4,82
Comerciante	4	2,41
Cocinera	1	0,60
Secretaria	2	1,20
Total	166	100,00

Realizado por : F. Palacios B y V. Pérez P

Fuente: Encuestas



TABLA No 5

Aspectos psicológicos de las pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca Abril-Junio 2008.		
Aspectos psicológicos	f	%
Temor a lo desconocido	121	72,89
Poca información de la cirugía	41	24,70
Problemas familiares	4	2,41
Total	166	100

Realizado por: F.
Palacios B y V. Pérez
P

Fuente: Encuestas



TABLA No 6

Tipo de dolor percibido por las pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca Abril-Junio 2008.		
Tipo de dolor	F	%
Punzante	122	73,49
Cólico	25	15,06
Urente	19	11,45
Total	166	100

Realizado por: F.
Palacios B y V. Pérez
P

Fuente: Encuestas



TABLA No. 7

Localización del dolor en pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca Abril-Junio 2008		
Localización del dolor	f	%
Epigastrio	11	6,63
Mesogastrio	31	18,67
Hipogastrio	124	74,70
Total	166	100

Realizado por: F.
Palacios B y V.
Pérez P

Fuente: Encuestas



TABLA No.8

Intensidad del dolor en mujeres post cesárea atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca Abril-Junio 2008.		
Intensidad	F	%
Leve	12	7,23
Moderado	82	49,40
Grave	72	43,37
Total	166	100,00

Realizado por : F.
Palacios B y V. Pérez
P

Fuente: Encuestas



TABLA No. 9

Síntomas acompañantes del dolor post cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca Abril-Junio 2008.		
Síntomas acompañantes	F	%
Cefalea	42	25,30
Mareo	19	11,45
Náusea	15	9,04
Vómito	7	4,22
Otros (sed)	10	6,02
Ninguno	73	43,98
Total	166	100,00

Realizado por : F.
Palacios B y V. Pérez
P

Fuente: Encuestas



TABLA No.10

Duración de la intervención quirúrgica en mujeres realizadas cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca Abril-Junio 2008.		
Tiempo	F	%
menos 45min	10	6,02
1h	110	66,27
2h	44	26,51
3h	2	1,20
Total	166	100,00

Realizado por : F. Palacios B y V.
Pérez P

Fuente: Encuestas



TABLA No.11

Tipo de incisión realizada en cesárea a mujeres atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca Abril-Junio 2008.		
Incisión	F	%
Media infraumbilical	128	77,11
Pfanniestel	38	22,89
Total	166	100

Realizado por : F. Palacios B y V. Pérez P

Fuente: Encuestas

TABLA No.12

Anestesia utilizada en mujeres a las que se les practicó cesárea atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca Abril-Junio 2008.		
Anestesia	F	%
Raquídea	144	86,75



Epidural	17	10,24
General	5	3,01
Total	166	100,00

Realizado por : F. Palacios B y V.
Pérez P

Fuente: Encuestas

TABLA No13

Cirugías previas en mujeres a las que se les practicó cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca Abril-Junio 2008.

Cirugías previas	F	%
Ninguna	128	77,11
Cesárea	27	16,27
Abdominal	10	6,02
Cara	1	0,60
Total	166	100

Realizado por: F.
Palacios B y V.
Pérez P

Fuente: Encuestas



TABLA No. 14

Intensidad de dolor experimentada en mujeres con cesáreas previas atendidas por cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca Abril- Junio 2008.		
Intensidad	f	%
Leve	6	22,22
Moderado	11	40,74
Grave	10	37,04
Total	27	100,0

Realizado por : F.
Palacios B. y V. Pérez
P.
Fuente: Encuestas

TABLA No. 15

Medicación utilizada para el tratamiento



**del dolor post-cesárea en mujeres en el
Hospital Vicente Corral Moscoso.
Cuenca Abril-Junio 2008.**

Medicación	F	%
Tramadol+paracetamol	166	100
Total	166	100

Realizado por : F. Palacios B y V. Pérez P
Fuente: Encuestas