

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Dolor agudo tras cirugía laparoscópica. Rol de Enfermería

Autora: Dña. Emanuella Agatha Silva Felicio

Directora: Dra. D^a. Eloina Valero Merlos

Murcia, a 13 de mayo de 2019.

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Dolor agudo tras cirugía laparoscópica. Rol de
Enfermería

Autora: Dña. Emanuella Agatha Silva Felicio

Directora: Dra. D^a. Eloína Valero Merlos

Murcia, a 13 de mayo de 2019.



**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

| ALUMNO | | CURSO ACADÉMICO: | |
|--|---------------------------------|--------------------------|--|
| Apellidos: Silva Felicio | | Nombre: Emanuella Agatha | |
| DNI: X7795514-D | Titulación: Grado en Enfermería | | |
| Título del trabajo: Dolor agudo tras cirugía laparoscópica. Rol de Enfermería. | | | |

El Prof/a. Dra. Dña. Eloina Valero Merlos como Directora(s)/Tutora(s)⁽¹⁾ del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia a 13 de mayo de 2019

Fdo.: _____

⁽¹⁾ Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a Dios por ayudarme a llegar hasta aquí.

A mis padres, por confiar y creer en mí desde el primer momento y por darme la oportunidad de alcanzar uno de mis objetivos en la vida. Me faltan palabras para expresar lo agradecida que estoy.

A Fernando, por ofrecerme su apoyo y ayuda incondicional, por estar siempre que lo he necesitado. Por acompañarme en mi crecimiento a lo largo de estos años.

A mi Directora, Dña. Eloina Valero, por guiarme y orientarme en la realización de este trabajo durante estos últimos meses. Por sus correcciones, por su dedicación y por los ánimos recibidos.

A todas y cada una de las enfermeras que se han cruzado en mi camino, por enseñarme y transmitirme sus conocimientos durante mis prácticas, por contribuir a mi formación desinteresadamente.

Y, por último, a mis compañeros que me han acompañado en este largo viaje, por todo lo vivido cada día en estos años de carrera.

Listado de abreviaturas

AINE. Antiinflamatorio No Esteroideo.

AMC. Alergia Medicamentosa Conocida.

CO2. Dióxido de carbono.

DM. Diabetes Mellitus.

DxE. Diagnóstico de Enfermería.

DxEp. Diagnóstico de Enfermería principal.

EVA. Escala Visual Analógica.

FC. Frecuencia cardíaca.

FR. Frecuencia respiratoria.

HTA. Hipertensión arterial.

I.M. Intramuscular.

I.V. Intravenosa.

IASP. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.

IMC. Índice de masa corporal.

Kg. Kilogramos.

Lpm. Latidos por minuto.

NIC. *Nursing Intervention Classification* (Clasificación de Intervenciones de Enfermería).

NOC. *Nursing Outcomes Classification* (Clasificación de Resultado de Enfermería).

OMS. Organización Mundial de la Salud.

PC. Problema de colaboración.

RC. Riesgo de complicación.

RCp. Riesgo de complicación principal.

Rpm. Respiraciones por minuto.

SpO₂. Saturación de oxígeno.

T^a. Temperatura.

TA. Tensión arterial.

ÍNDICE

| | |
|---|-------|
| RESUMEN | XXIII |
| ABSTRACT | XV |
| 1. INTRODUCCIÓN | 27 |
| 2. OBJETIVOS | 29 |
| 2.1. Objetivo General..... | 29 |
| 2.2. Objetivos Específicos..... | 29 |
| 3. MARCO TEÓRICO | 31 |
| 3.1. Cirugía laparoscópica | 31 |
| 3.1.1. <i>Definición</i> | 31 |
| 3.1.2. <i>Complicaciones derivadas de la técnica quirúrgica</i> | 33 |
| 3.2. Dolor postoperatorio | 35 |
| 3.2.1. <i>Definición</i> | 35 |
| 3.2.2. <i>Prevalencia e incidencia</i> | 36 |
| 3.2.3. <i>Factores determinantes del dolor</i> | 36 |
| 3.2.4. <i>Complicaciones derivadas</i> | 37 |
| 3.2.5. <i>Importancia del dolor postoperatorio</i> | 38 |
| 3.2.6. <i>Valoración y medición del dolor</i> | 39 |
| 3.2.7 <i>Tratamiento del dolor postoperatorio</i> | 42 |
| 3.3. Rol de Enfermería en el control del dolor, tras cirugía laparoscópica | 45 |
| 4. METODOLOGÍA | 47 |
| 4.1. Diseño del estudio | 47 |
| 4.2. Sujeto del estudio | 47 |
| 4.3. Ámbito y Periodo del estudio | 47 |

| | |
|---|----|
| 4.4. Procedimiento de Recogida de Información | 48 |
| 4.4.1. Fuente de información..... | 48 |
| 4.4.2. Procedimiento de información..... | 48 |
| 4.4.3. Procesamiento de los datos..... | 50 |
| 5. RESULTADOS | 51 |
| 5.1 Descripción del caso | 51 |
| 5.2. Valoración del caso | 52 |
| 5.3. Diagnósticos enfermeros | 54 |
| 5.3.1. Priorización del Diagnóstico de Enfermería Principal, mediante una red de razonamiento crítico basado en el Modelo AREA..... | 57 |
| 5.3.2 Justificación del DxE Principal..... | 57 |
| 5.4. Problema de colaboración/riesgos de complicación | 59 |
| 5.4.1. Priorización del Riesgo de Complicación Principal, mediante una red de razonamiento clínico basado en el modelo AREA..... | 60 |
| 5.4.2. Justificación del Riesgo de Complicación principal (RCp)..... | 60 |
| 5.5. Planificación | 61 |
| 5.5.1. Planificación del diagnóstico de enfermería principal (DxEp)..... | 61 |
| 5.5.1.1. Resultados/objetivos (NOC)..... | 61 |
| 5.5.2. Intervenciones (NIC)..... | 63 |
| 5.5.3. Planificación del riesgo de complicación principal (RCp)..... | 66 |
| 5.5.3.1 Resultados/objetivos (NOC)..... | 66 |
| 5.5.4. Intervenciones (NIC)..... | 68 |
| 5.6. Ejecución | 70 |
| 5.6.1. Desarrollo de las intervenciones..... | 70 |
| 5.6.2. Cronograma de intervenciones..... | 74 |
| 5.7. Evaluación | 75 |
| 5.7.1. Evaluación del resultado del DxEp..... | 75 |

| | |
|--|-----------|
| 5.7.2. Evaluación del resultado del RCp..... | 77 |
| 6. DISCUSIÓN..... | 81 |
| 6.1. Limitaciones..... | 83 |
| 7. CONCLUSIONES..... | 85 |
| 8. BIBLIOGRAFÍA..... | 87 |

FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Cirugía laparoscópica..... | 32 |
| Figura 2. Escala Visual Análoga (EVA)..... | 40 |
| Figura 3. Escala Verbal Numérica..... | 40 |
| Figura 4. Escala Verbal Simple..... | 41 |
| Figura 5. Escala de expresión facial (Wong-Baker)..... | 41 |
| Figura 6. Escalera analgésica de la OMS..... | 44 |
| Figura 7. Red de razonamiento clínico de los DxE..... | 57 |
| Figura 8. Red de razonamiento clínico de los RC..... | 60 |

TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Selección de documentos tras lectura crítica..... | 50 |
|--|----|

CUADROS

| | |
|--|----|
| Cuadro 1. NOC principal del DxEp..... | 62 |
| Cuadro 2. Indicadores del NOC del DxEp..... | 63 |
| Cuadro 3. NOC principal del RCp..... | 66 |
| Cuadro 4. Indicadores del NOC del RCp..... | 67 |
| Cuadro 5. Puntuación del NOC principal del DxEp..... | 75 |
| Cuadro 6. Indicadores del NOC del DxEp..... | 76 |
| Cuadro 7. Puntuación del NOC principal del RCp..... | 77 |
| Cuadro 8. Indicadores del NOC del RCp..... | 78 |

RESUMEN

Introducción y Objetivos: el dolor postoperatorio está presente en más de la mitad de los pacientes que son sometidos a alguna intervención quirúrgica, con una intensidad de moderada a intensa. Se trata de un dolor de carácter agudo, de corta duración, y predecible, por lo tanto, evitable. El control inadecuado del dolor postoperatorio ocasiona una serie de complicaciones, empeorando la calidad de vida del paciente. El objetivo general de este trabajo es conocer el rol de Enfermería ante el dolor agudo en un paciente operado por laparoscopia.

Metodología: constituye una investigación cualitativa, tipo estudio de casos. Para la realización de este estudio, se ha empleado la valoración basada en los 11 patrones funcionales de Gordon, con la posterior elección del diagnóstico enfermero y riesgo de complicación principal mediante el uso de una red de razonamiento crítico. Más tarde, se establecieron los resultados (NOC) e intervenciones (NIC) que conformarían el Plan de Cuidados. El estudio se ha realizado en un hospital universitario de Murcia, durante los meses de septiembre a noviembre de 2018. Resultados: mujer de 42 años que tras ser operada de colecistectomía laparoscópica es trasladada a Reanimación para recibir los cuidados postoperatorios. Discusión: el adecuado control del dolor agudo, presente en pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente, es de vital importancia, pues evita un conjunto de complicaciones que agravan el estado del paciente. Conclusiones: en síntesis, destacamos la gran variedad de complicaciones que ocasiona el dolor postoperatorio y la importancia del papel de Enfermería para lograr un buen control del mismo.

Descriptores: dolor postoperatorio, Enfermería, cirugía general, laparoscopia.

ABSTRACT

Introduction and Objectives: postoperative pain is present in more than a half of patients who undergo a surgical operation, from moderate to severe intensity. It is an acute pain of short duration, predictable and avoidable. Inadequate control of pain causes a lot of complications, getting worse the patient's quality of life. The general objective of this essay is know the role of Nursing in the presence of acute pain in a patient operated by laparoscopy. Methodology: it is a qualitative research, case study type. For the realization of this study, the assessment based on the 11 functional patterns of Gordon has been used, with the subsequent choice of the nurse diagnosis and risk of main complication, using a critical reasoning network. Later, the results (NOC) and interventions (NIC) that would shape the care plan were established. The study was carried out at a university hospital in Murcia, from September to November 2018. Results: a 42-year-old woman who after was operated by laparoscopic cholecystectomy, is moved to Reanimation to receive postoperative care. Discussion: the appropriate control of acute pain present in patients who have been undergone a surgical operation is of vital importance, since it avoids several complications that aggravate the patient's condition. Conclusions: in summary, we highlight the variety of complications caused by postoperative pain and the importance of nursing's role to achieve a good control of it.

Keywords: postoperative pain, Nursing, general surgery, laparoscopy.

1. INTRODUCCIÓN

Hoy día, la cirugía laparoscópica se realiza en el tratamiento de muchas enfermedades abdominales. Tal y como afirma Usón, Pérez, Usón, Sánchez y Sánchez (2013), cada vez se practica esta técnica con más frecuencia, sustituyendo así, la cirugía abierta. En la actualidad, más del 60% de la totalidad de las intervenciones quirúrgicas pueden realizarse mediante esta cirugía de mínima invasión.

Es indudable que la cirugía laparoscópica constituye el avance más extraordinario que ha sufrido el servicio de cirugía en los hospitales en los últimos 25 años. La gran mayoría de los cirujanos coinciden en que el desarrollo de nuevas tecnologías en la cirugía laparoscópica es el progreso de la cirugía endoscópica (Moreno et al., 2014).

A pesar de tratarse de una técnica mínimamente invasiva, no está libre de complicaciones y riesgos, y presenta una incidencia entre el 0,05% hasta el 8%. Esto nos indica que va variando dependiendo de la técnica quirúrgica. La complicación más frecuente que a veces requiere reintervención, es el dolor agudo abdominal (Roque et al., 2011). No obstante, tal y como indica Esteve-Pérez, Sansaloni-Perelló, Verd-Rodríguez, Ribera-Leclerc, y Mora-Fernández (2017) el uso de esta técnica influye en el dolor postoperatorio, puesto que, se ha observado que, en la cirugía abdominal, presenta una reducción media de un 34,8% del dolor en reposo, de un 33,9% del dolor en movimiento y un descenso de un 37% en la administración de opioides, frente a la laparotomía.

Según López-Torres et al. (2018) el dolor postoperatorio, acompañado por náuseas y vómitos, se presenta en más de la mitad de las personas operadas con una intensidad de moderada a grave, siendo más frecuente en mujeres. La presencia de dolor postoperatorio afecta de manera negativa al tiempo y a la calidad de la recuperación de los pacientes. Las náuseas y el dolor postoperatorio poseen una alta incidencia (20-51%) en la cirugía laparoscópica.

El dolor agudo es esperado después de una intervención quirúrgica, no obstante, sino se toman las medidas adecuadas para aliviarlo, se producen

efectos nocivos para el paciente y un aumento de la morbimortalidad (Carla et al., 2017).

Entre los factores que contribuyen a la alta prevalencia del dolor postoperatorio encontramos la falta de utilización de técnicas de valoración del dolor, el uso incorrecto de los protocolos por parte del personal, la aplicación de tratamiento farmacológico de manera exclusiva, la falta de criterio por parte de Enfermería, debido a que en muchas ocasiones, se centran en la administración con apego en las indicaciones del médico, sin valorar con anterioridad si el paciente necesita un cambios en el tratamiento para que el analgésico se ajuste a las necesidades del paciente (Baca, 2018).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- Conocer el rol de Enfermería ante el dolor agudo en un paciente operado por laparoscopia.

2.2. Objetivos Específicos

- Relacionar la técnica de laparoscopia con el dolor postoperatorio.
- Incidir en las consecuencias del dolor postoperatorio mal controlado.
- Conocer las herramientas para valorar y medir el dolor, y así, aplicar un adecuado tratamiento.
- Elaborar un proceso enfermero en base a la taxonomía NANDA-NIC-NOC y complicaciones potenciales de Linda Carpenito en un paciente con dolor agudo tras cirugía laparoscópica.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Cirugía laparoscópica

3.1.1. Inicio de esta cirugía y su definición

La palabra laparoscopia surge de la combinación “*lápara*”, que hacía referencia a los flancos del abdomen hasta evolucionar a abdomen y del término latino “*Scopus*” y a su vez del griego, “*Skopos*” que significa mirar u observar. Podemos definir entonces la palabra laparoscopia como ver dentro del abdomen (García, Gutiérrez y Cueto, 2016).

La primera visualización de una cavidad del interior del cuerpo fue realizada por el médico y cirujano árabe, Albukassim (936-1013 d.C.), quien utilizó el reflejo de la luz por medio de espejos para examinar el cuello uterino (Pérez, 2014).

Siglos más tarde, un médico militar alemán, Philipp Bozzini, inventó un instrumento que permitía la realización de una exploración visual de una abertura corporal, como la boca, la nariz, los oídos, la vagina o el recto. Estaba formado por una cámara de doble luz, en la que la fuente de luz era una vela, y por un espejo, en el que reflejaba el rayo luminoso (Pérez, 2014; Ricci, Lema, Solá, Pardo y Guiloff, 2008). Este invento, llamado Lichtleiter, no llegó a utilizarse con ningún paciente, pero es evidente, que sirvió como precursor para la cirugía laparoscópica que hoy en día conocemos.

Más tarde, un urólogo francés llamado Antonin Jean Désormeaux, en 1863, añadió una serie de mejoras al invento de Bozzini. Entre ellas, cambió la vela por una lámpara, y lo llamó por primera vez “endoscopio”. Utilizó este instrumento para tratar un abanico de enfermedades a través de la uretra, por lo que se le considera el padre de la cirugía endoscópica (García et al., 2016).

La cirugía laparoscópica se trata de una técnica quirúrgica, en la cual, se realiza unas pequeñas incisiones en la cavidad abdominal para poder introducir unos dispositivos específicos, los trócares, que posibilita el acceso a los órganos sin la necesidad de abrir el abdomen por completo, así como la entrada y salida de los instrumentos necesarios para la operación (Galloso y

Frías, 2010). Esta cirugía es capaz de obtener visión de la cavidad pélvica y abdominal mediante el empleo de una fibra óptica que transmite la luz desde una fuente de luz apropiada, una cámara conectada a la óptica que capta las imágenes del interior del abdomen, y un monitor en el que se plasman las imágenes captadas, permitiendo al cirujano de esta manera, observar mientras que realiza la operación (Galoso, Lantigua y Carballo, 2012). El objetivo de la utilización de dicha técnica es el diagnóstico o tratamiento de enfermedades con la mínima invasión (Pérez, 2014). La visualización del interior del abdomen es posible gracias a la insuflación del abdomen con dióxido de carbono. Es el gas de elección por considerarse un gas inerte, barato, menos comburente que el aire y se disuelve con facilidad en la sangre, tal y como afirma Portela, García, Delgadillo, Contreras y Arellano (2018).



Figura 1: Cirugía laparoscópica. Fuente: Extraído de Vilchis et al. (2014).

Este tipo de cirugía, se practica por primera vez en España en el año 1989, en Barcelona. Consistió en una colecistectomía que duró 4 horas, debido a que también se realizó una litotricia antes de la extracción de la vesícula biliar. El hecho más sorprendente de la operación fue la rápida recuperación que tuvo el paciente (Targarona, 2003).

Según Díaz et al (2012), se practica cada día desde finales de los años ochenta. Presenta ventajas frente a la cirugía abierta convencional, como menor morbilidad, menor tiempo de hospitalización, menor dolor

postoperatorio, rápida recuperación pudiendo volver con mayor rapidez a las actividades habituales y/o trabajo, al igual que mejor resultado estético.

Una de las cirugías laparoscópicas más comunes es la colecistectomía. Consiste en la extracción de la vesícula biliar cuando presenta cálculos en su interior, debido a que pueden desplazarse hacia la vía biliar y causar daños mayores. Este tipo de operación proporciona una menor manipulación de los tejidos y menor tamaño de las heridas quirúrgicas y, por consiguiente, respecto a la cirugía convencional, inducen a una respuesta metabólica y neuroendocrina moderada a la lesión quirúrgica. Por otro lado, en el periodo posterior al procedimiento quirúrgico, se refleja dolor con intensidad máxima durante las primeras 24 horas, que con la administración de analgésicos desciende gradualmente (Flores y Chávez, 2010).

A pesar de considerarse que la cirugía laparoscópica reduce el nivel del dolor del paciente postoperatorio frente a la cirugía abierta, esta complicación es muy común. Enciso (2013), comenta que, pasado un tiempo tras la cirugía, el CO₂ insuflado en el abdomen suele acumularse en los espacios subdiafragmáticos, produciendo así una irritación en el nervio frénico, provocando dolor en los hombros y en la espalda. Una vez finalice la absorción por parte del organismo del CO₂, el dolor desaparecerá.

3.1.2. Complicaciones derivadas de la técnica quirúrgica

La cirugía por laparoscopia, como toda intervención invasiva, posee una serie de complicaciones, la mayoría de ellas están asociadas al momento de entrada en la pared abdominal. Supúlveda (2011) expone que las complicaciones son las siguientes:

- Lesiones vasculares: la introducción de la aguja de insuflación y de los trócares en la cavidad abdominal presenta riesgo de perforación de vasos de gran calibre como la arteria aorta, la vena cava inferior y los vasos ilíacos, así como también los vasos sanguíneos de la pared abdominal. Un cambio en el estado hemodinámico del paciente o la

presencia de hematoma retroperitoneal son indicios de perforación de un vaso.

- Lesiones intestinales: la incorrecta introducción de uno de los trócares puede perforar el intestino, provocando así, la salida de contenido intestinal, que se expresa con el olor fecaloide.
- Derivadas del neumoperitoneo: para una mejor visualización del interior del abdomen se realiza una insuflación con CO₂. Esto provoca un aumento de la presión intraabdominal que afecta el funcionamiento normal de aparatos y sistemas. Se produce una reducción del retorno venoso debido al aumento de la resistencia vascular periférica, un incremento de la presión vascular pulmonar y sistémica, y una acentuación de los niveles de dióxido de carbono.
- Hernias incisionales: cuanto mayor sea el diámetro del trócar, más probabilidades hay de que aparezca una hernia.

De la misma manera, autores como Olivé (2013) demuestra que también son complicaciones de la cirugía laparoscópica durante el periodo postoperatorio, las siguientes:

- Dolor: una de las causas es el neumoperitoneo, que provoca distensión peritoneal, produciéndose así una reacción inflamatoria de la zona debido a la lesión, ya que los capilares del peritoneo se estiran. El dióxido de carbono acumulado en la cavidad abdominal también produce dolor, debido a que se transforma posteriormente en ácido carbónico, irritando así el peritoneo visceral y diafragmático.
- Náuseas y vómitos: es muy habitual la presencia de ambos, junto con el dolor. Está relacionado con la inhalación del óxido nitroso, que se utiliza como gas anestésico, así como también la administración de analgésicos opiáceos.
- Estridor laríngeo: se produce con frecuencia en el periodo postoperatorio, tras la extubación. Entre sus causas destacamos una intubación difícil que da lugar a un trauma en el tejido, intubación con

duración mayor a una hora y, por último, cambios de posición del paciente posterior a la intubación.

- Hipotermia: también es muy habitual. Esto ocurre por varios motivos. En primer lugar, la anestesia general a la que el paciente es sometido da lugar a una reducción de la producción de calor del organismo. Por otro lado, la temperatura del quirófano es muy baja, se administran soluciones por vía intravenosa a temperatura ambiente, por último, el efecto directo del dióxido de carbono en la cavidad abdominal también contribuye a la disminución de la temperatura corporal.

3.2. Dolor postoperatorio

3.2.1. Definición

Autores como Machado et al. (2013) exponen que la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como: *“una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial en un tejido”*. Se trata de un suceso subjetivo, en el cual cada persona lo experimenta de una manera diferente, pero a la vez, es común a todos los seres humanos.

Carla et al. (2017) afirma que el dolor postoperatorio se trata de un dolor agudo que se manifiesta debido a la lesión producida en los tejidos y en las estructuras somáticas profundas o viscerales durante el procedimiento quirúrgico.

Según Rosa, Navarrete y Díaz (2014) el estímulo dañino que se produce con la lesión tisular desencadena el mecanismo del dolor mediante la activación de los nociceptores, que son terminaciones nerviosas libres. Estos receptores sensitivos específicos, se encuentran en densidades distintas en cada persona repartidos por todo el cuerpo, en la piel, articulaciones, músculos y vísceras. La variación de densidad es lo que determina la diversidad sensorial.

El dolor, principalmente el dolor agudo, está relacionado con el miedo y la ansiedad, los cuales al mismo tiempo influyen en el dolor, a pesar de ser estados emocionales diferentes. El miedo se origina frente a un estímulo que es considerado como una amenaza y crea una respuesta defensiva activa, donde lleva a la persona a adoptar una conducta de evitación, en la que se manifiesta una limitación de los movimientos. Por otro lado, la ansiedad se genera desde la antelación, en un estado de vigilancia, creando una respuesta defensiva pasiva (González, 2014).

3.2.2. Prevalencia e incidencia

A pesar de la amplia variedad de analgésicos que disponemos en la actualidad, el dolor postoperatorio sigue siendo una de las complicaciones de la cirugía. Según la evidencia científica, la prevalencia del dolor postoperatorio con intensidad de moderada a severa se encuentra entre el 26,0% al 33,0% y en el dolor severo se calcula que entre el 8,0% y 13,0% (Machado et al., 2013).

Por otro lado, autores como Esteve-Pérez et al. (2017) aseguran que de un 30 a un 75% de las personas que se someten a una operación padecen dolor de moderado a intenso en algún momento del periodo postoperatorio. En cuanto a la incidencia del dolor agudo postoperatorio, los pacientes que poseen menos de 60 años, padecen de dolor crónico preoperatorio, al igual que el sexo femenino, se relaciona con una alta incidencia.

Alrededor del 60% de los pacientes refieren que el dolor interviene en sus actividades del día a día, en el trabajo y en su estado de ánimo, del mismo modo que en el sueño y en el descanso (Moreno-Monsiváis, Fonseca-Niño e Interrial-Guzmán, 2017).

3.2.3. Factores determinantes del dolor

La relación entre la edad y el sexo con la intensidad del dolor es muy difícil de determinar. Según Esteve et al. (2011), comenta que las mujeres presentan una mayor intensidad del dolor con respecto a los hombres, debido a que poseen el umbral doloroso más bajo, por lo que consumirán más

analgésicos para aliviarlo. Por otro lado, en relación a la edad, un estudio demostró que el dolor aumenta con la edad, siendo el grupo de adulto intermedio el más afectado, tal y como indica Bolibar, Cadena y Puigbó, 2005 (como se cita en Rodríguez-Díaz, Galván-López, Pacheco-Lombeida, y Parcon-Bitanga, 2019).

La intensidad del dolor también dependerá de la localización de la intervención quirúrgica. La cirugía torácica, abdominal, renal y de columna vertebral, huesos largos y articulaciones, presentan mayor dolor (López, 2012).

Otros factores que influyen en el dolor postoperatorio son el miedo y la ansiedad, puesto que se ha demostrado que afectan en las respuestas del paciente ante la operación y en las necesidades de analgesia. Cada vez es más evidente que las emociones juegan un papel fundamental en el dolor postoperatorio (Puig, Gich, Baños, Robleda y Sillero-Sillero, 2014).

3.2.4. Complicaciones derivadas

Ramírez et al. (2018), indica que el control no apropiado del dolor postoperatorio afecta a la función pulmonar, como podría ser el descenso del volumen tidal, aumento de la frecuencia respiratoria, disminución de la capacidad vital o reducción del volumen de reserva residual funcional, dando lugar a un deterioro respiratorio. Igualmente, ocurre cambios a nivel cardiovascular provocando un aumento de la frecuencia cardiaca y de la tensión arterial, un incremento de la contractilidad miocárdica, produciéndose así, una mayor demanda de oxígeno a nivel de las células miocárdicas. Asimismo, Alba et al. (2013) coincide con Ramírez et al. (2018) en lo anteriormente expuesto, pero además añade, que pueden aparecer complicaciones en el tracto gastrointestinal y urinario, alteraciones metabólicas, neurológicas, psicológicas, así como inconvenientes en el propio desarrollo del dolor crónico.

Carla et al. (2017), afirman que el manejo incorrecto del dolor puede desembocar en complicaciones como la neumonía, trombosis venosa profunda, infección, dolor crónico o depresión.

Las náuseas y los vómitos van unidos con el dolor, un 20-30% aproximadamente de los pacientes que se someten a cirugía los presenta. Esto es debido a que el consumo de analgésicos para aliviar el dolor desencadena un mecanismo de defensa frente a las toxinas. En el aparato digestivo se detectan dichas toxinas, produciéndose así el reflejo nauseoso, que si no es tratado dará lugar al vómito (Gómez-Arnau et al., 2011).

Se consideran factores de riesgo para las náuseas y vómitos las siguientes condiciones: sexo femenino, personas que no fuman y aquellas que padecen cinetosis o han presentado náuseas y vómitos postoperatorio con anterioridad. En relación a la anestesia, también son factores de riesgo el uso de anestésicos volátiles y de óxido nitroso, así como el empleo de opioides (Gómez-Arnau et al., 2011).

3.2.5. Importancia del dolor postoperatorio

El control del dolor es importante debido a que evita muchas complicaciones. Por tanto, en ausencia de dolor, el paciente tiene una recuperación más rápida. Según Aguilar, Montes, Benito, Caba y Margarit (2018), cuando los pacientes no presentan dolor, son capaces de moverse con mayor facilidad, respirar y toser con normalidad, evitando así las complicaciones pulmonares, respiratorias y tromboembólicas mencionadas anteriormente.

Según la Sociedad Americana del Dolor (2004), (Como se cita en Otero, 2010) se considera al dolor como una quinta constante vital, por lo que debe ser tan valorado y analizado como las demás constantes vitales, como son la frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura.

En numerosas ocasiones se tiende a normalizar el dolor del paciente que ha pasado por una cirugía. El pensamiento de que el dolor es normal, es un grave error, puesto que da lugar a un inadecuado control del dolor postoperatorio, provocando una reducción de la calidad de vida, incremento de la morbilidad y del tiempo de hospitalización, aumentando, además, los costes. (Pérez, Aragón y Torres, 2017).

3.2.6. Valoración y medición del dolor

Para poder tratar adecuadamente el dolor postoperatorio, y elegir al mismo tiempo la mejor estrategia terapéutica, debemos conocer características como la intensidad. Esta es un fenómeno subjetivo y en cada persona se manifiesta de manera diferente, por lo que no debemos generalizar. Según Bragard y Decruynaere (2010) siempre que sea viable, se recomienda la autoevaluación del dolor por parte del paciente, pues demuestra mayor validez. Esto es debido a que, es la persona quién conoce bien su dolor y sabe cuánto le duele. Medir el dolor de una persona se resume en lograr su posición en la escala del dolor, consiguiendo así que exprese cómo se siente. Existen varias escalas que intentan valorar de manera subjetiva la intensidad del dolor, así como detectarlo:

Escala Visual Analógica (EVA). Se trata de una línea horizontal o vertical de unos 10 centímetros de longitud, en la que cada extremo representa una intensidad diferente. El extremo de la izquierda simboliza ausencia del dolor, y el de la derecha el máximo nivel de dolor. Debemos indicarle al paciente que señale en la escala que punto representa mejor su dolor, así como el significado de los extremos. Se considera un sistema de referencia para la evaluación del dolor, y al mismo tiempo valora tanto el dolor agudo como el crónico. A pesar de ser muy sencilla y rápida de utilizar, presenta algunas limitaciones, debido a que, para poder emplearla, se necesita unos niveles adecuados de agudeza visual, función motora y habilidad cognitiva para conseguir transmitir la subjetividad del dolor a la escala. Siendo así, no fiable en pacientes sedados o ancianos (Díez et al., 2011). Tampoco se aconseja su comparación entre pacientes diferentes, porque, debido a su carácter subjetivo, la misma localización en la escala no significa el mismo nivel de dolor en dos personas distintas.

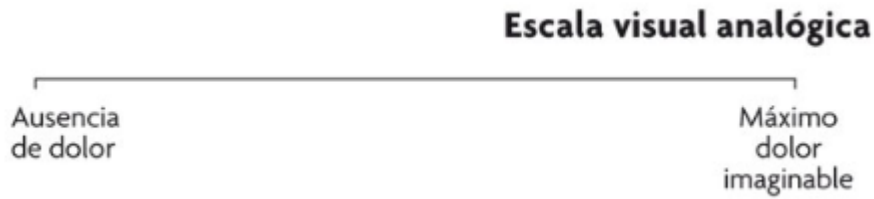


Figura 2: Escala Visual Analógica (EVA). Fuente: Extraído de Rubio (2011).

Escala Verbal Numérica. Esta escala evalúa el dolor del 0 al 10 o del 0 al 100, siendo 0 ausencia de dolor y 10 o 100 dolor máximo. El paciente debe interpretar el dolor que presenta en un valor numérico entre los dos extremos. Se puede utilizar de manera oral o escrita.

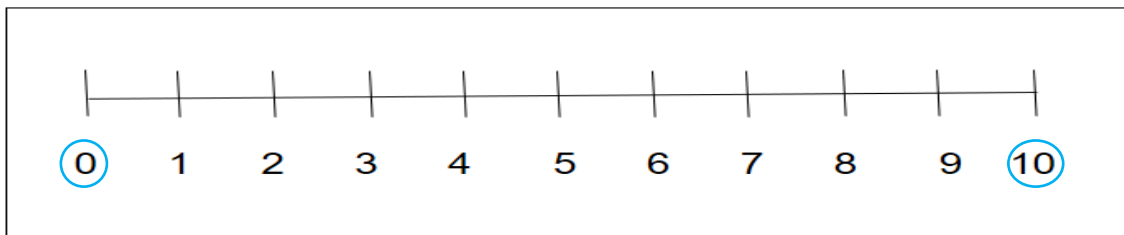


Figura 3: Escala Verbal Numérica. Fuente: Elaboración propia.

Escala verbal simple. Está formada por una serie de adjetivos que representan diferentes niveles del dolor, eligiendo así el paciente el adjetivo que mejor describa su dolor. Nos encontramos con 6 grados de dolor: ausencia de dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor intenso, dolor muy intenso y dolor insoportable (Camacho, 2013).

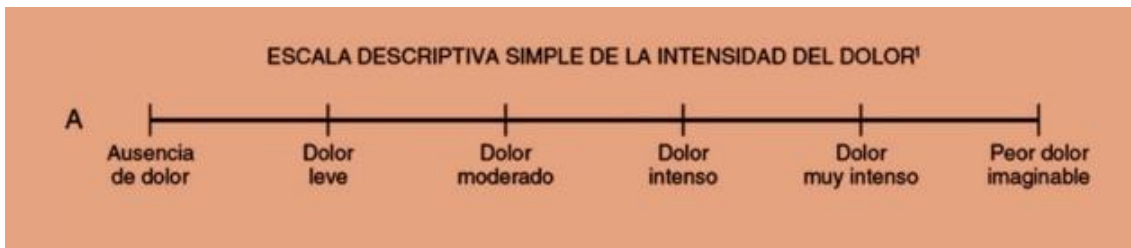


Figura 4: Escala verbal simple. Extraído de: Gestión Enfermera (2007).

Escala de expresión facial (Wong-Baker). Está compuesta por una serie de caras con distintas expresiones que representan desde la alegría hasta la tristeza, llegando al llanto. A cada cara se le atribuye un número del 0 al 5, siendo el 0 igual a no dolor y el 5 máximo dolor imaginable (Romero, 2014).

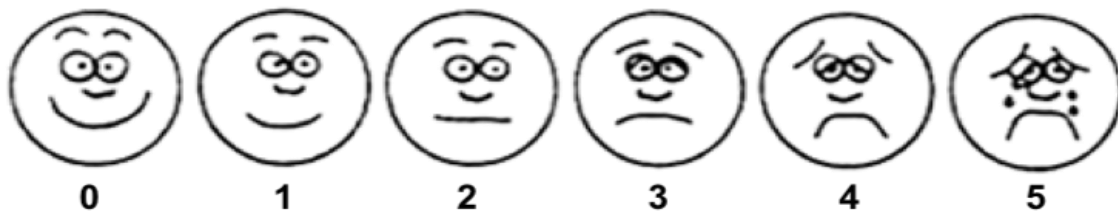


Figura 5: Escala de expresión facial (Wong-Baker). Fuente: Extraído de Romero (2014).

A la hora de elegir una escala u otra para llevar a cabo la medición del dolor, se aprecia cierta inclinación hacia el empleo de la Escala Visual Análoga (EVA). Esto ocurre debido a su validez, su fácil utilización y que resulta sencilla de comprender por parte de los pacientes. Sin embargo, debemos tener en cuenta las limitaciones que presenta, dado que, en pacientes geriátricos, enfermedad neurológica, y en los niños podría no ser útil (Camacho, Pesado y Rumbo, 2016).

Por otro lado, también se puede llevar a cabo una valoración objetiva para medir el dolor. En este caso, el profesional adquiere información a través de la observación y análisis del comportamiento y actitud que adopta el paciente frente la percepción del dolor. Su comportamiento nos comunica de manera voluntaria o involuntaria la presencia o ausencia de dolor. En el periodo postoperatorio, la aparición de ceño fruncido o muecas nos indica la existencia de dolor. Más tarde, también podría aparecer tensión muscular y sonido característicos del dolor (Clarett, 2012).

Autores como Camacho (2013) destacan que en el dolor agudo también se puede percibir alteraciones a nivel emocional y vegetativo, que a su vez guardan relación con alteraciones bioquímicas y niveles aumentados de ciertas hormonas como “la hormona adenocorticotropa (ACTH), hormona antidiurética (ADH), aldosterona, cortisol, glucagón, catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) y glucosa”.

La relación entre la valoración objetiva y subjetiva no es muy estrecha, así lo manifiestan en un estudio, en el cual se comprobó que solo coincidían en un 10-16%. Teniendo en cuenta dicho resultado, se consideró a la valoración mediante la observación de los comportamientos, poco segura (Otero, 2010).

3.2.7. Tratamiento del dolor postoperatorio

El tratamiento del dolor constituye un derecho universal de todos los seres humanos y aparece reflejado en la Carta de Derechos Humanos de las Naciones Unidas desde el año 2000. El manejo idóneo del dolor nos indica una buena praxis y calidad asistencial, es de gran importancia en los cuidados del paciente, pues condiciona mucho su recuperación (Pérez, Aragón y Torres, 2017).

Los objetivos del adecuado tratamiento del dolor son reducir el malestar del paciente en la medida de lo posible, propiciar la recuperación postoperatoria, evitar las complicaciones perjudiciales para el paciente relacionadas con el dolor, favorecer la movilización precoz para una mejor recuperación funcional, eliminar o disminuir los efectos secundarios

relacionados al tratamiento del dolor, y, por último, prevenir la cronificación del dolor (Vergés, Puigbo, Cortada, Rizo y García, 2009).

No hay un analgésico ejemplar, pero se puede conseguir una analgesia óptima a través de la combinación de fármacos o técnicas que actúen en diferentes niveles (Rosa, Navarrete y Díaz, 2014).

Según Covarrubias (2013), la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso de la “escalera de analgesia”. Se trata de una estrategia farmacológica que se basa en la intensidad del dolor. Es importante el previo empleo de la escala EVA para conocer la intensidad de dolor del paciente. Consideramos que una puntuación de 1 a 4 corresponde con el “dolor leve”, de 5 a 7 representa “dolor moderado” y de 8 a 10 “dolor severo”. De acuerdo a la escalera analgésica, se aplicaría lo siguiente:

Primer escalón (dolor leve, EVA de 1 a 4): el empleo de analgésicos no opioides puede ser suficiente para tratarlo adecuadamente.

Segundo escalón (dolor moderado, EVA de 5 a 7): se administran analgésicos opioides débiles, solos o combinados con analgésicos no opioides, junto con fármacos adyuvantes en el caso de que sea necesario.

Tercer escalón (dolor severo, EVA de 8 a 10): se emplean analgésicos opioides potentes solos o combinando con no opioides, junto con la administración de fármacos adyuvantes.



Figura 6: Escalera analgésica de la OMS. Fuente: Extraído de Tratamiento sobre el dolor para pacientes y profesionales de la salud (2016).

Se ha demostrado que la analgesia ideal para el tratamiento del dolor moderado o grave es aquella que mezcla a varios agentes. El uso del paracetamol, junto con otros analgésicos y AINES en el periodo perioperatorio acelera el tiempo de recuperación de los pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica (López-Torres et al, 2018). Un estudio demostró, que también resulta efectiva la administración continua de analgesia con catéter en cirugía mayor abdominal, cardiorácica y ortopédica, ya sea mediante una infusión continua intravenosa con bomba, analgesia peridural, bloqueo paravertebral, bloqueo intercostal o bloqueo femoral, dependiendo de las características de la operación (Recasens et al., 2018).

Autores como Ortega y Neira (2018) consideran que siempre y cuando sea factible, se debería utilizar métodos locorreionales, como la infiltración de la herida quirúrgica, de las incisiones de la cirugía laparoscópica y artroscopia, así como el bloqueo de los nervios periféricos. Con estas técnicas conseguimos un mejor control del dolor postoperatorio.

En cuanto al tratamiento no farmacológico, un estudio comprobó que la distracción del dolor es muy efectiva, debido a que lo reducía en pacientes

postquirúrgicos. Se observó una disminución relevante en la intensidad del dolor en aquellos pacientes en los que se hizo uso de la Realidad Virtual. Sin embargo, no se apreció cambios significativos en los niveles de ansiedad. La técnica consistió en distraer a los pacientes con un entorno interactivo en 3D, en el que se apreciaban objetos no reales que desafiaban las leyes de la física. Presentaba imágenes en movimiento con sonidos variados que captaban la atención del paciente (Cabas, Cárdenas, Gutiérrez, Ruiz y Torres, 2015).

Otra técnica no farmacológica eficaz es la aplicación de frío local en la zona de la herida quirúrgica por encima del apósito, combinado con la musicoterapia. Un estudio demostró que reduce la intensidad del dolor evaluada a través de EVA, disminuyendo así también el consumo de medicamentos. El frío local provoca un adormecimiento de las terminaciones nerviosas que presentan una estimulación excesiva, logrando también una constricción de los vasos sanguíneos, entumeciendo la zona. Por otra parte, la música presenta efectos fisiológicos que actúan sobre el patrón respiratorio, la tensión arterial, las presiones del estómago y los niveles de hormonas, y efectos psicológicos, que facilitan el control del dolor y de la ansiedad (Rodríguez-Díaz, Galván-López, Pacheco-Lombeida, y Parcon-Bitanga, 2019).

3.3. Rol de Enfermería en el control del dolor, tras cirugía laparoscópica

La eliminación del dolor es un desafío que precisa la colaboración de todo el equipo multidisciplinario presente en los cuidados del paciente. El control del dolor se consigue cuando los profesionales dominan cuáles son las mejores técnicas y estrategias para eliminarlo, por lo que, Enfermería juega un papel muy importante. Deberá conocer y llevar a cabo la monitorización y control del dolor, así como el manejo de la medicación. (Moreno, Muñoz e Interrial, 2014).

La valoración del dolor por parte de Enfermería es imprescindible, puesto que, favorece la instauración de un cuidado más humanizado y centrado en las necesidades de cada paciente. La humanización de los

cuidados debe estar presente en los distintos niveles de atención a la salud (Bottega y Fontana, 2010).

Según Montealegre (2014), comenta que es función propia de Enfermería la valoración del dolor, así como también lo es analizar cómo influye en su vida personal, familiar y social. También se encarga de medir su intensidad y administrar analgésicos de acuerdo a las condiciones de cada paciente.

Enfermería debe ser capaz de evaluar y medir de forma correcta el dolor postoperatorio, así como poseer conocimientos para la elección de la mejor escala entre las disponibles para la valoración del dolor, la que mejor se adapte a las circunstancias del paciente (Baca, 2018).

El personal de Enfermería es el que está de manera constante con el paciente desde que ingresa, hasta que se va de alta. Debido a esto, juega un papel fundamental en los cuidados del paciente postoperatorio, puesto que no se va a encargar solo de su recuperación oportuna y espontánea de sus funciones fisiológicas, sino de todas las esferas que están presentes en el ser humano, por lo que no debe centrarse solamente en la administración de un tratamiento farmacológico de forma estandarizada (Baca, 2018).

También es función de Enfermería entablar una relación con el paciente, en la que sienta la suficiente confianza para exponer sus sentimientos y temores, mostrando a la vez, atención y respeto. De esta forma, será capaz de reconocer las necesidades del paciente y proporcionar una atención de calidad y directa (Fortacín et al., 2015).

Para favorecer el regreso a la normalidad de las funciones fisiológicas, Enfermería deberá promover la movilización activa del paciente, es decir, deberá prestar su ayuda para que el paciente sea capaz de iniciar la deambulacion, así como su movilización al sillón, y del sillón a la cama. Del mismo modo, deberá fomentar la dieta normal según la tolerancia del paciente (Calvo et al., 2014).

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Consiste en una investigación cualitativa, tipo Estudio de Caso. Según Taylor y Bogdan (1987), la investigación cualitativa es aquella en la cual se producen datos descriptivos referidos a las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable.

El Estudio de Caso se caracteriza por el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso en singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes (Echevarria, De Souza, Morales y Fortea, 2013). Se trata de un diseño que conlleva un análisis sistemático y en profundidad de un caso que nos interesa por sus características particulares (Valles, 2000).

4.2. Sujeto del estudio.

Mujer de 42 años que se somete a colecistectomía laparoscópica, bajo anestesia general, tras ser diagnosticada de colelitiasis. La operación evoluciona de manera favorable, sin presentar ninguna complicación. Al finalizar la intervención, es trasladada a la sala de Reanimación para recibir los cuidados postoperatorios. La paciente ingresa consciente y orientada.

4.3. Ámbito y Periodo del estudio.

El estudio se realizó en el Servicio de Cirugía General y Digestivo de un hospital que pertenece al Área VII de la Región de Murcia, en el periodo de prácticas pertenecientes al Practicum V del 4º curso del Grado en Enfermería comprendido entre el 17 de septiembre y el 11 de noviembre de 2018.

En cuanto a la revisión bibliográfica, se llevó a cabo en dos fases. En primer lugar, la recogida de la información y búsqueda de la evidencia científica para la elaboración del proceso de Enfermería se realizó entre el 24 de septiembre y el 5 de noviembre de 2018.

Por otra parte, la redacción del informe final, junto con su respectiva búsqueda bibliográfica se realizó en el periodo comprendido entre los meses de enero y abril de 2019.

4.4. Procedimiento de recogida de información

4.4.1. Fuente de información.

Como fuente de información hemos utilizado los siguientes instrumentos:

- Valoración de Enfermería.
- Historia clínica.
- Examen físico del paciente.
- Observación directa.
- Registro de evolución médica y enfermera.
- Revisión bibliográfica.

La revisión bibliográfica se ha realizado utilizando las siguientes bases de datos: SciELO, PubMed, Science Direct, Dialnet y EBSCO. También se han empleado buscadores como Google Académico y BUSCAM. Los descriptores empleados para la búsqueda fueron: dolor postoperatorio, Enfermería, cirugía general, laparoscopia.

También se han utilizado otros documentos como libros especializados, revistas, manuales, guías de práctica clínica y protocolos.

4.4.2. Procedimiento de información.

La recogida de datos se llevó a cabo con previa autorización de la paciente y del responsable del servicio. Durante todo el proceso se ha garantizado la confidencialidad de los datos no figurando ninguna reseña de identificación del paciente. La observación y la valoración de Enfermería se llevaron a cabo en un momento acordado con el paciente y sin que interfiriera en la rutina clínica de la unidad.

La recogida de información se realizó en tres fases:

- En primer lugar, se accedió a la historia clínica de la paciente. Tras una lectura exhaustiva, se extrajeron datos de interés como los antecedentes personales (alergias, operaciones previas, enfermedades crónicas, tratamientos crónicos, etc.), el motivo de ingreso, exploraciones y exámenes, el diagnóstico médico y el registro de las actividades e intervenciones.
- En segundo lugar, se efectuó una valoración enfermera a la paciente, en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (2003), mediante una entrevista personalizada y empleando los indicadores empíricos y las exploraciones pertinentes para valorar cada uno de los patrones. Gracias a dicha valoración enfermera se logró la identificación de los principales diagnósticos de enfermería para así poder realizar un plan de cuidados individualizado.
- En tercer lugar, se procedió a la revisión de la evidencia científica en las bases de datos y documentos mencionados con anterioridad. Para ello, se estableció una estrategia de búsqueda: se fijaron límites según criterios de fecha, limitando de esta manera la búsqueda de información a partir del año 2010 hasta la actualidad. Sin embargo, también se tuvieron en cuenta algunos documentos de referencia publicados en años anteriores.

Tabla 1: Selección de documentos tras lectura crítica.

| FUENTE | NÚMERO DE DOCUMENTOS |
|--|-----------------------------|
| SCIELO | 23 |
| DIALNET | 5 |
| SCIENCE DIRECT | 10 |
| PUBMED, EBSCO, Y OTRAS BASES DE DATOS | 17 |
| GOOGLE ACADÉMICO Y OTROS (BUSCAM) | 28 |

Fuente: Elaboración propia.

4.4.3. Procesamiento de los datos.

Los datos han sido analizados y organizados en base a la metodología enfermera. Tras la valoración enfermera de la paciente en base a los 11 patrones funcionales de Gordon (2003), se efectuó la selección de diagnóstico enfermero y el riesgo de complicación principal mediante la realización de una red de razonamiento crítico de priorización diagnóstica mediante el modelo área (Pesut y Herman, 1999). Una vez que se obtuvo el diagnóstico enfermero y el riesgo de complicación principal se procedió al establecimiento de los criterios de resultado (NOC) (Johnson, Maas, Moorhead y Swanson, 2014), así como también las intervenciones (NIC) (Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2014). Tras la ejecución de las intervenciones de Enfermería establecidas, se procedió a la evaluación en base a los criterios de resultado establecidos en el diseño del plan de cuidados, con la finalidad de conocer el grado de efectividad de las intervenciones realizadas.

Respecto al procesamiento de los datos obtenidos a través de la revisión de la evidencia científica, se realizó un análisis crítico exhaustivo, clasificando los documentos seleccionados según los criterios de interés y objetivos del trabajo.

5. RESULTADOS

5.1 Descripción del caso.

Mujer de 42 años que se somete a extirpación de la vesícula biliar mediante la técnica de laparoscopia, es decir, colecistectomía laparoscópica, debido a cálculos biliares que le provocaban dolor. Para ello es sometida a una anestesia general. La operación evoluciona de manera favorable, sin complicaciones. Su estado postquirúrgico es de consciente y orientada. Refiere tener mucho dolor en el abdomen, por ello, le da miedo moverse o cambiar de postura en la cama por si el dolor intensifica. También expresa que le da miedo toser o estornudar. Refiere tener náuseas. Refiere no haber orinado aún, debido a la anestesia, pero antes de ser operada no tenía ningún problema para hacerlo, así como para defecar. Presenta 4 heridas quirúrgicas en el abdomen, en el lugar de inserción de los trócares. No presenta dificultad para conciliar el sueño. Refiere tener una muy buena relación con su marido e hijos, se considera una madre muy cercana y siente el apoyo de sus hijos tras operarse, lo que hace que se encuentre tranquila. Refiere ser creyente, pero no practicante.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas (No AMC). No diabetes mellitus (DM). No hipertensión arterial (HTA).

Antecedentes quirúrgicos: Sin antecedentes.

Hábitos tóxicos: No fumadora. No bebe.

Medicación anestésica: 1 ml de Atropina, 3 ml de Fentanilo, 5 ml de Midazolam, 2 ml de Lidocaína y 15 ml de Propofol.

Exploración física: T: 36 °C. FC: 79 lpm. FR: 18 rpm. TA: 129/70 Peso 73 kg. Altura 175 cms. Saturación de Oxígeno 98%.

5.2. Valoración del caso.

Para realizar la valoración enfermera me he basado en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (1996):

PATRÓN I: PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD

- ❖ Motivo del ingreso: Quirófano programado (colecistectomía laparoscópica).
- ❖ No alergias medicamentosas conocidas (NO AMC).
- ❖ Medicación anestésica: 1 ml de Atropina, 3 ml de Fentanilo, 5 ml de Midazolam, 2 ml de Lidocaína y 15 ml de Propofol.
- ❖ Hábitos tóxicos: No fumadora. No bebe.
- ❖ Se encuentra consciente y orientada.

PATRÓN II: NUTRICIONAL- METABÓLICO

- ❖ Temperatura: 36 °C.
- ❖ Altura: 1,75 m.
- ❖ Peso: 73 kilos.
- ❖ IMC: 23,84 (Normopeso).

PATRÓN III: ELIMINACIÓN

- ❖ Defecación inalterada.
- ❖ No refiere tener dificultades para orinar, pero no ha orinado aún desde la operación.
- ❖ Presenta heridas quirúrgicas.

PATRÓN IV: ACTIVIDAD-EJERCICIO

- ❖ No camina debido a que acaba de ser intervenida quirúrgicamente, pero no presenta ninguna alteración.

- ❖ FC: 79 lpm.
- ❖ TA: 129/70 mmHg.
- ❖ FR: 18 rpm.
- ❖ SpO₂: 98%

PATRÓN V. SUEÑO-DESCANSO

- ❖ No presenta dificultad para conciliar el sueño.

PATRÓN VI: COGNITIVO-PERCEPTUAL

- ❖ Se encuentra consciente y orientada.
- ❖ Presenta dolor.

PATRÓN VII: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

- ❖ Refiere tener miedo a moverse en la cama por si su dolor se intensifica, y a toser o estornudar debido a la operación.

PATRÓN VIII: ROL-RELACIONES

- ❖ Mantiene muy buena relación con su marido e hijos.

PATRÓN IX: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

- ❖ Tiene dos hijos.

PATRÓN X. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS.

- ❖ Expresa estar tranquila.

PATRÓN XI. VALORES-CREENCIAS.

- ❖ Refiere creer en Dios, pero no es practicante.

5.3. Diagnósticos enfermeros.

Para seleccionar los Diagnósticos de Enfermería (DxE), se ha utilizado el Manual de Diagnósticos de Enfermería NANDA-I 2015-2017 (NANDA Internacional, 2015).

PATRÓN I: PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD

(00004) Riesgo de infección r/c procedimiento quirúrgico.

- **Dominio 11.** Seguridad/protección.
- **Clase 1.** Infección.
- **Definición:** Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.

(00155) Riesgo de caídas r/c período de recuperación postoperatoria.

- **Dominio 11.** Seguridad/protección.
- **Clase 2:** Lesión física.
- **Definición:** Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud

PATRÓN II: NUTRICIONAL- METABÓLICO

(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c procedimiento quirúrgico m/p lesión tisular.

- **Dominio 11.** Seguridad/protección.
- **Clase 2.** Lesión física.
- **Definición:** Lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema tegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento.

(00134) Náuseas r/c régimen terapéutico m/p sensación de náuseas.

- **Dominio 12:** Confort.
- **Clase 1:** Confort físico.
- **Definición:** Fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos.

(00254) Riesgo de hipotermia perioperatoria r/c temperatura ambiental baja.

- **Dominio 11:** Seguridad/Protección
- **Clase 6:** Termorregulación.
- **Definición:** Vulnerable a un descenso accidental de la temperatura corporal central por debajo de 36 °C que puede ocurrir desde una hora antes hasta 24 horas después de la cirugía y que puede comprometer la salud

PATRÓN IV: ACTIVIDAD/EJERCICIO

(00091) Deterioro de la movilidad en la cama.

- **Dominio 4:** Actividad/Reposo
- **Clase 2:** Actividad/Ejercicio
- **Definición:** Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama.

PATRÓN VI: COGNITIVO/PERCEPTIVO.

(00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos (p. ej., absceso, amputación, quemadura, corte, levantar objetos pesados, procesos quirúrgicos, traumatismos, sobreentrenamiento) m/p autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas (p. ej., escala de caras Wong-Baker, escala visual analógica, escala de puntuación numérica).

- **Dominio 12:** Confort
- **Clase 1:** Confort físico.
- **Definición:** Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.

PATRÓN VII: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

(00148) Temor m/p sentimiento de temor r/c respuesta innata a estímulos.

- **Dominio 9:** Afrontamiento/Tolerancia al Estrés
- **Clase 2:** Respuestas de afrontamiento.
- **Definición:** Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

5.3.1. Priorización del Diagnóstico de Enfermería Principal, mediante una red de razonamiento crítico basado en el Modelo AREA.

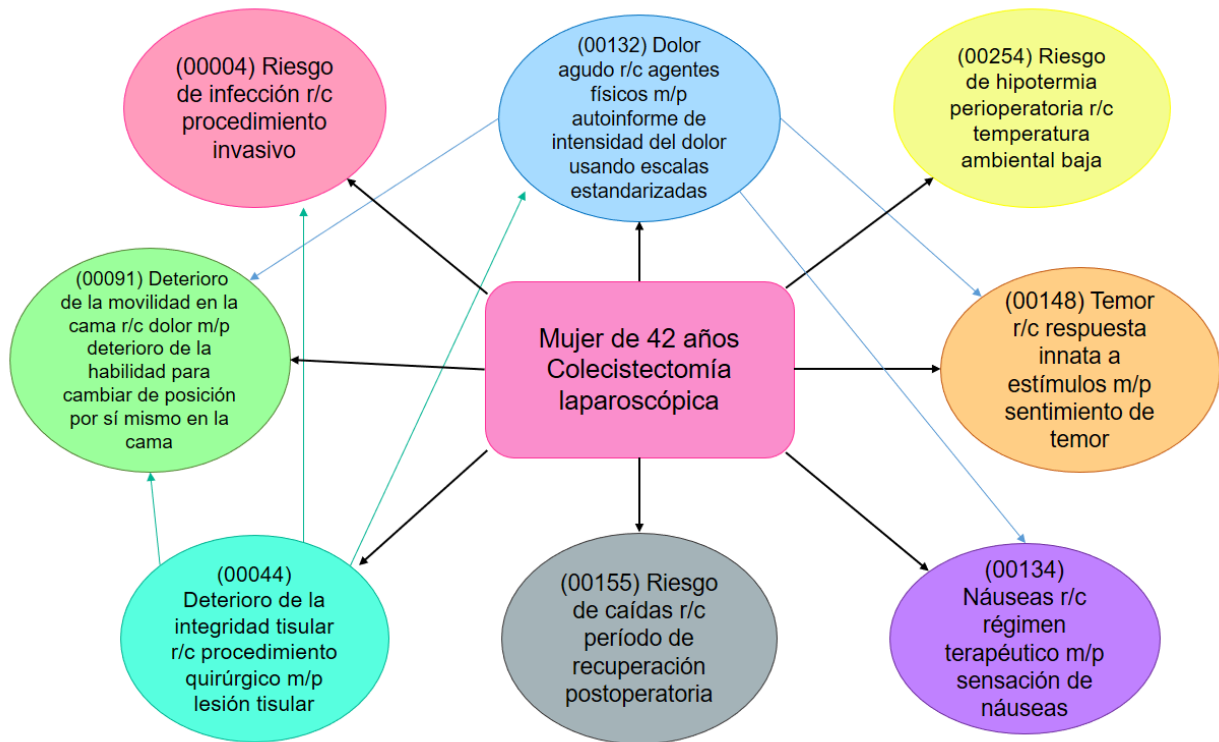


Figura 7: Red de razonamiento clínico de los DxE. Fuente: Elaboración propia basada en el modelo AREA de Pesut & Herman (1999).

5.3.2 Justificación del DxE Principal.

El diagnóstico principal de este caso es el dolor agudo. A pesar de que el deterioro de la integridad tisular también guarde relación con tres de los diagnósticos, es más importante tratar y prevenir el dolor de nuestra paciente. Además, su deterioro de la integridad tisular no puede ser tratado con la misma eficacia que el dolor, ya que se irá curando y cicatrizando poco a poco, con el paso del tiempo.

- **Justificación de la relación entre dolor agudo y deterioro de la movilidad en la cama.**

El dolor agudo es la primera manifestación clínica que aparece después del acto quirúrgico, se produce debido a la manipulación, lesión o traumatismo de los tejidos propios de la operación. Se tiende a infravalorar y a normalizar el dolor de los pacientes, y como consecuencia, se produce un control ineficaz del dolor. Según Alba (2015), el correcto manejo del dolor, nos proporciona mejor descanso del paciente, mayor movilidad, rehabilitación y alimentación precoz, entre otras. Por lo tanto, si nuestro paciente cursa dolor agudo, reducirá su movilidad en la cama, por miedo a que el dolor aumente. Los pacientes que sufren dolor tienden a evitar cualquier tipo de movimiento que pueda incrementarlo, adoptando la mayoría de las veces posturas de inmovilidad. Es importante no infravalorar su dolor y elegir el analgésico adecuado, ya que cada individuo presenta un dolor único, con intensidad diferente, que se relaciona con múltiples factores, como puede ser el tipo de cirugía, la medicación anestésica, el sexo, la respuesta a los analgésicos, etc.

- **Justificación de la relación entre dolor agudo y temor.**

La mayoría de las personas que son sometidas a alguna intervención quirúrgica sienten una gran preocupación por el dolor que pueden llegar a experimentar después de ser operado. Según Carapia, Mejía, Nacif y Hernández. (2011), todos los pacientes presentan ansiedad leve postoperatoria. Entre las causas de este fenómeno se encuentra en gran proporción el miedo al dolor, junto con las circunstancias que rodean la intervención.

Según Vanegas, Taleno, de los Milagros, García y del Socorro (2017), una buena preparación preoperatoria con el objetivo de reducir la ansiedad y el miedo son determinantes en el control del dolor postoperatorio.

- **Justificación de la relación entre dolor y náuseas.**

Un estudio realizado en Colombia, comprobó que la mitad de los pacientes no tenían controlado el dolor a las 4 horas de ser operado. Según Alba (2015), la aparición de náuseas se asocia de manera estadísticamente significativa con este hecho. Es importante tratar el dolor de nuestra paciente, para conseguir también la reducción de náuseas, o incluso del vómito.

5.4. Problema de colaboración/riesgos de complicación.

El problema de colaboración de este caso es la intervención quirúrgica que se le realiza a la paciente, colecistectomía por laparoscopia, por lo que para realizar y trabajar los problemas de colaboración y riesgos de complicación me he basado en el Manual de Diagnósticos Enfermeros de Carpenito (2013). También he realizado una búsqueda de información en artículos evidenciados científicamente. De acuerdo con la búsqueda realizada, según Anrique (2018), uno de los riesgos de complicación de la colecistectomía laparoscópica es el biliperitoneo, que se trata de un derrame de bilis en la cavidad peritoneal. Ocurre como consecuencia de un desplazamiento o mala colocación del clip del conducto cístico, perforación o necrosis del conducto cístico por excesiva disección.

- **PC: Colecistectomía.**
 - RC de peritonitis.
- **PC: Cirugía general**
 - RC de evisceración/dehiscencia.
 - RC de hemorragia.
 - RC de neumonía.
 - RC de retención urinaria.

5.4.1. Priorización del Riesgo de Complicación Principal, mediante una red de razonamiento clínico basado en el modelo AREA.

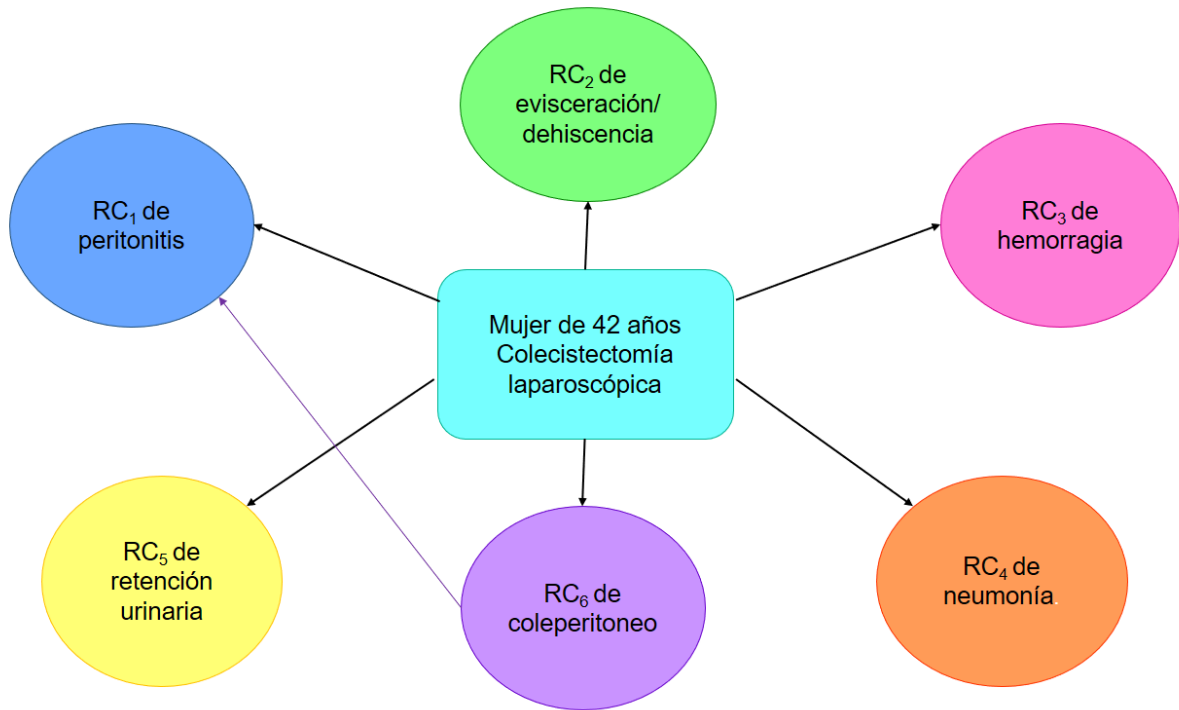


Figura 8: Red de razonamiento clínico de los RC. Fuente: Elaboración propia basada en el modelo AREA de Pesut & Herman (1999).

5.4.2. Justificación del Riesgo de Complicación principal (RCp).

Según Oliu et al. (2016), la principal complicación de la colecistectomía laparoscópica es el coleperitoneo. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en un hospital de Cuba a pacientes que se sometieron a la extracción de la vesícula biliar debido al acúmulo de cálculos. Se obtuvo que el coleperitoneo por lesión iatrogénica de la vía biliar es la complicación más frecuente, debido a que, entre las complicaciones postquirúrgicas, el coleperitoneo representa un 40,6%, y entre las causas de reintervención, posee un porcentaje del 61,9%.

Según Oliu et al. (2016), la segunda complicación más frecuente es la hemorragia interna, con una frecuencia del 15,6 % entre todas las complicaciones posibles, debido al deslizamiento del clip de la arteria cística.

A pesar de que la complicación más frecuente sea el coleperitoneo, el riesgo de complicación principal de este caso es la hemorragia interna, debido a que el tiempo en el que se desarrolla el plan de cuidados, no nos permite la detección precoz de la fuga de bilis, pero sí de la hemorragia interna.

5.5. Planificación.

5.5.1. Planificación del diagnóstico de enfermería principal (DxEp).

5.5.1.1. Resultados/objetivos (NOC).

En base a la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) se obtienen los siguientes resultados relacionados con el diagnóstico principal:

(2102) Nivel del dolor.

- **Dominio:** 5. Salud percibida.
- **Clase:** V. Sintomatología.
- **Definición:** Intensidad del dolor referido o manifestado.

(2008) Estado de comodidad.

- **Dominio:** 5. Salud percibida.
- **Clase:** U. Salud y calidad de vida.
- **Definición:** Tranquilidad y seguridad global física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental de un individuo.

(3016) Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor.

- **Dominio:** 5. Salud percibida.
- **Clase:** EE. Satisfacción de los cuidados.
- **Definición:** Grado de percepción positiva de los cuidados de enfermería para aliviar el dolor.

Justificación del NOC principal:

El NOC principal en este caso sería nivel del dolor. Una gran proporción de los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica sufren dolor en un grado distinto, dependiendo de muchas variables. Según Rivera, Villegas y Mejía. (2018), el control inadecuado del dolor aumenta de manera considerable el riesgo de que se produzcan complicaciones postoperatorias. Por esto, es muy importante conocer el nivel del dolor que padece nuestra paciente para poder llevar a cabo las medidas adecuadas.

Cuadro 1: NOC principal del DxEp.

| NOC | PI | PD | T |
|------------------------|-----------|-----------|----------|
| (2102) Nivel del dolor | 2 | 5 | 6 H |

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2014).

Cuadro 2: Indicadores del NOC del DxEp.

| INDICADORES | PI | PD | T |
|--|-----------|-----------|----------|
| (210201) Dolor referido | 2 | 5 | 6 H |
| (210204) Duración de los episodios de dolor | 2 | 5 | 6 H |
| (210206) Expresiones faciales de dolor | 2 | 5 | 6 H |
| (210227) Náuseas | 3 | 5 | 6 H |
| Escala Likert: 1.Grave, 2.Sustancial, 3.Moderado, 4.Leve, 5.Ninguno | | | |

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2014).

5.5.2. Intervenciones (NIC).

Las intervenciones han sido planificadas en base a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (2013).

(1400) Manejo del dolor.

- **Campo:** 1. Fisiológico: Básico
- **Clase:** E. Fomento de la comodidad física
- **Definición:** Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento.
- Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.

(2210) Administración de analgésicos.

- **Campo:** 2. Fisiológico: Complejo.
- **Clase:** H. Control de fármacos.
- **Definición:** Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

Actividades:

- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o AINE) según el tipo y la intensidad del dolor.
- Elegir la vía i.v., en vez de i.m., para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible.

- Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay signos y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).
- Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

(2314) Administración de medicación: intravenosa.

- **Campo:** 2. Fisiológico: Complejo.
- **Clase:** H. Control de fármacos.
- **Definición:** Preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa.

Actividades:

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.
- Comprobar las fechas de caducidad de los fármacos y de las soluciones.
- Preparar correctamente el equipo para la administración de la medicación.
- Preparar la concentración adecuada de medicación i.v. a partir de una ampolla o vial.
- Mantener la esterilidad del sistema i.v permeable.
- Rellenar la etiqueta de la medicación y colocar en el recipiente del líquido i.v.
- Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas del centro.

5.5.3. Planificación del riesgo de complicación principal (RCp).

5.5.3.1 Resultados/objetivos (NOC).

(0413) Severidad de la pérdida de sangre.

- **DOMINIO:** 2. Salud fisiológica.
- **CLASE:** E. Cardiopulmonar.
- **DEFINICIÓN:** Gravedad de los signos y síntomas de hemorragia interna o externa.

JUSTIFICACIÓN DEL NOC DEL RCp:

Según Aldana et al. (2018), el sangrado constituye una complicación mayor de la colecistectomía laparoscópica. Con el conocimiento de este hecho, podemos encaminar nuestras intervenciones a la prevención de la hemorragia. La hemorragia interna no es visible, pero si no se diagnostica con rapidez, puede ser potencialmente mortal, por eso debemos estar muy atentos a los síntomas que pueden indicarnos que estamos ante un sangrado.

Cuadro 3: NOC principal del RCp.

| NOC | PI | PD | T |
|--|-----------|-----------|----------|
| (0413) Severidad de la pérdida de sangre. | 5 | 5 | 6 H |

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2014).

Cuadro 4: Indicadores del NOC del RCp.

| INDICADORES | PI | PD | T |
|--|-----------|-----------|----------|
| (41306) Distensión abdominal. | 5 | 5 | 6 H |
| (41309) Disminución de la presión arterial sistólica. | 5 | 5 | 6 H |
| (41310) Disminución de la presión arterial diastólica. | 5 | 5 | 6 H |
| (41313) Palidez de piel y mucosas. | 5 | 5 | 6 H |
| (41315) Disminución de la cognición | 5 | 5 | 6 H |
| (41316) Disminución de la hemoglobina (Hgb). | 5 | 5 | 6 H |
| (41317) Disminución del hematocrito (Hct). | 5 | 5 | 6 H |
| Escala Likert: 1. Grave, 2. Sustancial, 3. Moderado, 4. Leve, 5. Ninguno. | | | |

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2014).

5.5.4. Intervenciones (NIC).

(6680) Monitorización de los signos vitales.

- **Campo:** 4. Seguridad
- **Clase:** V. Control de riesgos
- **Definición:** Recogida y análisis de datos sobre el paciente sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

Actividades:

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
- Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, según corresponda.
- Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.

(4010) Prevención de hemorragias.

- **Campo:** 2. Fisiológico: Complejo.
- **Clase:** N. Control de la perfusión tisular
- **Definición:** Disminución de los estímulos que pueden inducir hemorragias en pacientes con riesgo de sufrirlas.

Actividades:

- Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias.
- Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para ver si hay presencia de sangre franca u oculta).
- Realizar estudios de coagulación, incluidos el tiempo de protrombina

(TP), tiempo de tromboplastina parcial (TTP), fibrinógeno, productos de degradación/escisión de la fibrina y recuento de plaquetas, según corresponda.

- Controlar los signos vitales ortostáticos, incluida la presión arterial.

(4238) Flebotomía: muestra de sangre venosa.

- **Campo:** 2. Fisiológico: Complejo.
- **Clase:** N. Control de la perfusión tisular
- **Definición:** Extracción de una muestra sanguínea venosa de una vena sin canalizar.

Actividades:

- Minimizar la ansiedad del paciente explicando el procedimiento y las razones de la extracción, según corresponda.
- Seleccionar la vena, teniendo en cuenta la cantidad de sangre necesaria, el estado mental, comodidad, edad, disponibilidad y condición de los vasos sanguíneos, así como la presencia de fístulas o derivaciones arteriovenosas.
- Seleccionar el tipo y el tamaño de aguja adecuados.
- Seleccionar el tubo de muestra sanguínea adecuado.
- Estimular la dilatación del vaso mediante el uso de un torniquete, gravedad, aplicación de calor, masajear la vena o apretando el puño y luego relajándolo.
- Limpiar la zona con una solución adecuada.
- Mantener una técnica aséptica estricta.
- Extraer la muestra de sangre.
- Extraer la aguja de la vena y aplicar presión inmediatamente en el sitio con una gasa seca
- Etiquetar la muestra con el nombre del paciente, fecha y hora de la extracción, y demás información, según corresponda.
- Enviar la muestra etiquetada al laboratorio correspondiente.
- Colocar todos los objetos afilados (aguja) en un contenedor.

5.6. Ejecución.

5.6.1. Desarrollo de las intervenciones.

Procedemos a la descripción detallada de la ejecución desarrollando las intervenciones elegidas para dicho plan de cuidados:

Nuestra paciente llegó a la sala de reanimación sobre las 10 de la mañana, justo después de ser intervenida quirúrgicamente. Comenzamos con la **(6680) Monitorización de los signos vitales**. Esta intervención fue realizada siguiendo las indicaciones de Giménez y Carrasco. (2008). Para ello, reunimos los materiales necesarios: aparato de medición automática no invasivo, manguito, pulsioxímetro y termómetro. Le informamos a la paciente de que la íbamos a monitorizar y comenzamos. Colocamos el manguito desinflado en su brazo izquierdo, a la altura de la arteria braquial, y pulsamos el botón de inicio para que tomase su presión arterial. Obtenemos un resultado de 129/73 mmHg, estando dentro de la normalidad. Luego le colocamos el pulsioxímetro en un dedo para medir su saturación de oxígeno, obteniendo un resultado de 98 %. Para finalizar, le introducimos el termómetro en su oído, para medir su temperatura corporal, obteniendo un resultado de 36° C.

La siguiente intervención a realizar es el **(1400) Manejo del dolor**. Para poder realizar esta intervención realizamos una valoración exhaustiva del dolor, así como una documentación periódica del mismo y del tratamiento empleado. Observamos sus expresiones corporales referidas al dolor. A las 10:30 de la mañana, le preguntamos a nuestra paciente en que parte del cuerpo sentía dolor, así como su intensidad, mediante la escala EVA, obteniendo una puntuación de 8, que representa dolor intenso. Según Pérez, Aragón, y Torres. (2017), es recomendable el uso de escalas para la medición del dolor para poder adaptar el tratamiento a las condiciones del paciente. Después de realizarle la valoración, le explicamos que su dolor era debido a la manipulación propia de la intervención. Por último, determinamos la frecuencia de la valoración del dolor, siendo de cada media hora, con el objetivo de conocer la eficacia de las medidas implantadas.

Debido a que nuestra paciente presenta dolor intenso, procedemos a la siguiente intervención: **(2210) Administración de analgésicos**. A las 11 horas, comprobamos la pauta de su tratamiento escrito por el médico, qué fármaco, qué dosis y en qué frecuencia tenemos que administrarlo. Luego, comenzamos con la preparación de la medicación, comprobando antes su fecha de caducidad. La preparación de la medicación la realizamos justo antes de su administración, ya que según Furtado, de Moura, de Barros y de Andrade (2014), si se prepara con mucha antelación, dependiendo del fármaco, se pueden producir cambios en la composición química, como la inactivación o contaminación, provocando así reacciones indeseables para la paciente y disminución de la eficacia del fármaco, no consiguiendo así nuestro objetivo. Una vez preparada la medicación analgésica, procedemos a explicar a nuestra paciente y a su familia qué le vamos a administrar y que sirve para eliminar el dolor que experimenta. También le preguntamos si presenta alergia a algún medicamento, y nos comunica que no. La vía elegida para la medicación es la vía intravenosa, ya que le vamos a administrar medicación con frecuencia, así como también es la más rápida en hacer efecto. Colgamos el suero con la medicación en su palo de gotero y conectamos el sistema a su vía periférica, asegurándonos de que le entra bien la medicación. Por último, pasados unos minutos, documentamos en su historia su respuesta al analgésico, siendo buena.

Una vez que le ha terminado de entrar la analgesia, pasados unos minutos, pasamos a la siguiente intervención: **(2314) Administración de medicación: intravenosa**, le administramos un antiemético para aliviar sus náuseas. Para ello seguimos la “regla de los cinco correctos”, tal y como recomienda Sánchez, y Grajales (2009), para evitar riesgos innecesarios a la paciente. Comenzamos con la preparación para la administración, y para ello, leo su tratamiento pautado por el médico y reviso la fecha de caducidad del fármaco. Reúno los materiales necesarios: guantes, ampolla del medicamento, perforador, jeringa, suero fisiológico de 100 ml para diluir el fármaco y sistema para infundir. Antes de administrar la medicación, la etiqueto y le pregunto si tiene alergia a algún medicamento, siendo negativo. Luego le explico qué fármaco le vamos a administrar y que sirve para reducir las náuseas. Más tarde

limpio con un antiséptico la zona de inserción, y administro la medicación. Observo la respuesta de la paciente al fármaco y lo registro.

A las 12 horas comenzamos con la **(4010) Prevención de hemorragias**. Debido a que nuestra paciente tiene riesgo de pérdida de sangre postoperatoria, la vigilamos de cerca por si se produce una hemorragia interna. Para ello le realizamos a la vez otra intervención, **(4238) Flebotomía: muestra de sangre venosa**, para poder analizar su sangre y determinar su composición, ya que, según Rodríguez, Milian y Morales (2017), unos niveles bajos de hemoglobina, pueden ser causados por la presencia de pérdida de sangre. Para ello sigo las instrucciones de Giménez y Carrasco. (2008). Reunimos los materiales necesarios: guantes, gasas, alcohol, compresor, aguja intravenosa, jeringa de 5 ml, tubos para la muestra, algodón y esparadrapo. Una vez hecho esto, nos dirigimos a nuestra paciente y le explicamos la intervención que le íbamos a realizar. Después de lavarnos las manos, nos colocamos los guantes, y procedemos a la elección del brazo. Tras colocar el compresor por encima de la flexura del codo, elegimos la vena adecuada para nuestra extracción. Le pedimos a nuestra paciente que mantuviera el puño cerrado, y aplicamos alcohol con la ayuda de una gasa en la zona elegida. Una vez secada la zona, punzamos con el bisel hacia arriba y extrajimos la sangre. Retiramos primero el compresor y después la aguja y colocamos un algodón con un trozo de esparadrapo en la zona de punción, y desechamos la aguja en el contenedor apropiado. Para terminar, etiquetamos el tubo con los datos de la paciente y enviamos la muestra al laboratorio. Los resultados fueron positivos.

A las 13:00, realizamos otra vez la **(6680) Monitorización de los signos vitales**, tal y como se describe anteriormente, obteniendo 125/68 mmHg de tensión arterial, 36,2 °C de temperatura y 99% de saturación; lo que nos indica que no padece de hemorragia, ya que no presenta hipotensión arterial.

A las 13:30, procedemos a realizar nuevamente el **(1400) Manejo del dolor**, tal y como se describe anteriormente, obteniendo una puntuación de 2 en la escala EVA. Esta puntuación nos indica que la analgesia ha hecho su efecto, y nuestra paciente no presenta apenas dolor.

Más tarde, a las 15:00, volvemos a realizar la **(6680) Monitorización de los signos vitales**, para seguir descartando la presencia de hemorragia postoperatoria, así como para conocer el estado de los signos vitales de nuestra paciente. Obtenemos 128/67 mmHg, 36,1°C de temperatura y 99% de saturación. Su presión arterial nos indica que no hay presencia de hemorragia interna.

Por último, a las 15:30, volvemos a realizar el **(1400) Manejo del dolor**, tal y como se ha descrito anteriormente, obteniendo una puntuación de 5 en la escala EVA, lo que indica que nuestra paciente vuelve a sentir dolor. Así que, a las 16:00, realizamos otra vez la **(2210) Administración de analgésicos**, de la misma manera que se ha descrito anteriormente.

5.6.2. Cronograma de intervenciones.

| NIC/ INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES | MAÑANA | | | | | | | | | | | | |
|--|--------|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|
| | 10 | 10:30 | 11 | 11:30 | 12 | 12:30 | 13 | 13:30 | 14 | 14:30 | 15 | 15:30 | 16 |
| (6680) Monitorización de los signos vitales | X | | | | | | X | | | | X | | |
| (1400) Manejo del dolor | | X | | | | | | X | | | | X | |
| (2210) Administración de analgésicos | | | X | | | | | | | | | | X |
| (4010) Prevención de hemorragias | | | | | X | | | | | | | | |
| (4238) Flebotomía: muestra de sangre venosa | | | | | X | | | | | | | | |
| (2314) Administración de medicación: intravenosa (iv). | | | X | | | | | | | | | | |

5.7. Evaluación.

5.7.1. Evaluación del resultado del DxEp.

- **Diagnóstico enfermero principal (DxEp):**

(00132) Dolor agudo r/c agentes físicos m/p autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas.

- **Dominio 12.** Confort.
- **Clase 1.** Confort físico.
- **Definición:** Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.

- **NOC del diagnóstico enfermero principal:**

(2102) Nivel del dolor.

- **Dominio:** 5. Salud percibida.
- **Clase:** V. Sintomatología.
- **Definición:** Intensidad del dolor referido o manifestado.

Cuadro 5: Puntuación del NOC principal del DxEp.

| NOC | PI | PD | PA | T |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|----------|
| (2102) Nivel del dolor | 2 | 5 | 5 | 6 H |

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2014).

Cuadro 6: Indicadores del NOC del DxEp.

| INDICADORES | PI | PD | PA | T |
|--|-----------|-----------|-----------|----------|
| (210201) Dolor referido | 2 | 5 | 5 | 6 H |
| (210204) Duración de los episodios de dolor | 2 | 5 | 5 | 6 H |
| (210206) Expresiones faciales de dolor | 2 | 5 | 5 | 6 H |
| (210227) Náuseas | 3 | 5 | 5 | 6 H |
| Escala Likert: 1.Grave, 2.Sustancial, 3.Moderado, 4.Leve, 5.Ninguno | | | | |

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2014).

Tras analizar el estado inicial de mi paciente, comparándolo con su estado final, una vez terminado mi plan de cuidados y ejecutado todas las intervenciones, podría decir que ha evolucionado de manera favorable. Esto se plasma en la consecución de la puntuación diana propuesta al inicio, antes de la realización del plan de cuidados. Logrando nuestro propósito, podemos decir que hemos obtenido un “resultado conseguido”.

5.7.2. Evaluación del resultado del RCp.

Riesgo de complicación principal (RCp):

(0413) Severidad de la pérdida de sangre.

- **DOMINIO:** 2. Salud fisiológica.
- **CLASE:** E. Cardiopulmonar.
- **DEFINICIÓN:** Gravedad de los signos y síntomas de hemorragia interna o externa.

Cuadro 7: Puntuación del NOC principal del RCp.

| NOC | PI | PD | PA | T |
|--|-----------|-----------|-----------|----------|
| (0413) Severidad de la pérdida de sangre. | 5 | 5 | 5 | 6 H |

Fuente: Elaboración propia basada en NOC. (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2014).

Cuadro 8: Indicadores del NOC del RCp.

| INDICADORES | PI | PD | PA | T |
|--|-----------|-----------|-----------|----------|
| (41306) Distensión abdominal. | 5 | 5 | 5 | 6 H |
| (41309) Disminución de la presión arterial sistólica. | 5 | 5 | 5 | 6 H |
| (41310) Disminución de la presión arterial diastólica. | 5 | 5 | 5 | 6 H |
| (41313) Palidez de piel y mucosas. | 5 | 5 | 5 | 6 H |
| (41315) Disminución de la cognición | 5 | 5 | 5 | 6 H |
| (41316) Disminución de la hemoglobina (Hgb). | 5 | 5 | 5 | 6 H |
| (41317) Disminución del hematocrito (Hct). | 5 | 5 | 5 | 6 H |
| Escala Likert: 1. Grave, 2. Sustancial, 3. Moderado, 4. Leve, 5. Ninguno. | | | | |

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2014).

Tras observar la evolución de esta paciente, podemos confirmar que hemos conseguido nuestro objetivo, ya que hemos mantenido la puntuación de 5, no sufriendo así ninguna complicación de las posibles después de operarse. Al conseguir lo que se había propuesto al inicio del plan de cuidados, podemos decir que hemos obtenido un “resultado conseguido”.

6. DISCUSIÓN

Tras revisar la literatura científica disponible, podemos afirmar que el dolor postoperatorio sigue estando muy presente entre los pacientes intervenidos quirúrgicamente, a pesar de disponer de un abanico de opciones de tratamiento para evitarlo. En los hospitales se tiende a la normalización del dolor postoperatorio por parte de los profesionales. El personal, en enumeradas ocasiones, cae en el error de creer que el dolor postoperatorio va ligado sin excepciones a la operación, se piensa que es una consecuencia inevitable del acto quirúrgico (Cabas et al., 2015). Autores como Moreno, Interrial, Garza, y Hernández (2012), coinciden en lo dicho anteriormente, puesto que afirman que el personal sanitario considera que el dolor es debido al trauma ocasionado durante la operación y que tendrá una duración limitada, por lo que el paciente debe procurar soportarlo.

Entre los factores determinantes de la intensidad del dolor encontramos varios. Algunos autores coinciden en que la ansiedad preoperatoria es directamente proporcional al dolor que va a sentir el paciente que la padece en el periodo postoperatorio. Un estudio demostró que la inestabilidad emocional preoperatoria en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica influyó en su dolor postoperatorio temprano. Por lo tanto, la actitud y expectativa preoperatoria que presenta el paciente va a determinar de cierta forma su satisfacción con la analgesia postoperatoria (Hariharan, 2016).

Otro factor que influye en el dolor postoperatorio podría ser el sexo, aunque hay controversia. Un estudio demostró que los hombres toleraban intensidades dolorosas mayores que las mujeres y en ambos sexos, dicha tolerancia disminuía con la edad, es decir, a menor edad se presenta mayor dolor. Una vez comprobado esto, podemos afirmar que las mujeres presentan un umbral del dolor más bajo, siendo más susceptibles a sentirlo (Cabedo, Valero, Alcón y Gomar, 2017; Moreno-Monsiváis, Fonseca-Niño e Interrial-Guzmán, 2017). Es coincidente con nuestro sujeto de estudio, puesto que se trata de una mujer de 42 años y presenta dolor postoperatorio intenso.

En cuanto a la valoración del dolor postoperatorio, además del empleo de escalas, es importante la comunicación con el paciente y su familia para

lograr un mejor control del dolor. La mayoría de pacientes que han sido sometidos a una intervención quirúrgica tienden a aceptar que el dolor que sufren es inevitable. Esto es debido a que no se discute con enfermo el dolor esperado por la operación quirúrgica, ni las opciones de tratamiento disponibles, el tipo y vía de administración de los fármacos, así como tampoco se tiene en cuenta el alivio esperado por el paciente. En otros términos, el paciente no posee la información suficiente que le permita decidir y solicitar el tratamiento que pueda aliviarlo (Sada, Delgado y Castellanos, 2011). Esto sucede con nuestra paciente, puesto que, ante su situación de dolor, no se le ofrece la opción de considerar o preguntar, cuál se supone que es el tratamiento adecuado para su caso. No recibe información sobre las opciones de las que dispone, por lo tanto, se le arrebató el derecho a la elección libre e informada y el poder de decisión sobre su tratamiento.

El dolor postoperatorio afecta a varias dimensiones del ser humano, debido a esto, es de gran interés su control adecuado. A nivel fisiológico, se produce un aumento de la morbilidad, un incremento del periodo de recuperación, y de la estancia en el hospital. También afecta psicológicamente al paciente, puesto que la presencia del dolor aumenta la posibilidad de padecer depresión, así como ansiedad. En este caso, nuestra paciente manifiesta miedo al aumento del dolor, no obstante, no presenta ansiedad. El nivel económico también se ve perjudicado, pues dichas complicaciones requieren mayores gastos por parte del sistema sanitario (Erazo et al., 2015). Autores como Calvache et al. (2015) coinciden con lo expuesto anteriormente, puesto que aseguran que el manejo insuficiente del dolor conlleva complicaciones para el paciente, tiempo adicional en el hospital, reingreso al hospital para el manejo del mismo, sufrimiento innecesario, peor calidad de vida, e incluso desarrollo del dolor crónico. La ausencia de movilización origina una serie de complicaciones como es el incremento de resistencia del organismo frente a la insulina, una disminución de la fuerza muscular, una peor función respiratoria en la que se reduce la oxigenación de los tejidos, pudiendo aumentar incluso el riesgo de sufrir tromboembolismo (Carrillo-Esper, Espinoza de los Monteros-Estrada, y Pérez-Calatayud, 2013). Esto se manifiesta en este caso clínico, el dolor postoperatorio que presenta nuestra paciente compromete

su movilización precoz, pues refiere tener miedo a moverse por si su dolor se intensifica con los cambios de postura y movimiento, provocando así una reducción del movimiento en la cama.

Sintetizando, los hospitales deben disponer de un equipo profesional multidisciplinario que sea capaz de contemplar al ser humano en todas sus dimensiones, abarcando los aspectos físicos, afectivo-emocionales, socioeconómicos, culturales, etc., teniendo en cuenta también las diferencias existentes entre cada persona (Molina, Figueroa y Uribe, 2013).

Según Alcántara y González (2016) para poder alcanzar un excelente control del dolor, se recomienda el empleo más amplio de las técnicas multimodales, con la combinación de medidas farmacológicas, no farmacológicas y técnicas de anestesia regional periférica.

El inadecuado control del dolor también es debido a la subutilización de analgésicos y opioides, contradiciendo así, los esquemas terapéuticos que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS). El conocimiento insuficiente por parte del personal provoca que los opioides no sean empleados en dosis adecuadas, debido al miedo a ocasionar depresión respiratoria y adicción. Asimismo, contribuyen a la ausencia de protocolos para el tratamiento del dolor postoperatorio, la falta de medicamentos y el uso incorrecto de la prescripción de rescate (Moreno, Interrial, Garza, y Hernández, 2012).

6.1. Limitaciones.

La principal limitación encontrada a lo largo del desarrollo de este estudio ha sido la falta de tiempo para realizar el seguimiento completo de la paciente, para observar su evolución durante un periodo más prolongado, pues dicho estudio fue realizado en una Unidad de Reanimación, donde una vez la paciente se encontraba estable, fue trasladada a la planta de cirugía.

7. CONCLUSIONES

Tras la finalización de este trabajo y el análisis exhaustivo de los resultados obtenidos, podemos exponer las siguientes conclusiones:

1. El rol de Enfermería es significativo, puesto que se encarga de la valoración del dolor y la administración de medicación para su control adecuado, tratando además al paciente, desde una perspectiva holística.
2. La cirugía laparoscópica, aunque se trate de una intervención mínimamente invasiva, no está exenta de la aparición del dolor postoperatorio. Por ello, debemos estar alerta de las posibles consecuencias que se deriven de ella.
3. El inadecuado control del dolor postoperatorio presenta complicaciones a nivel fisiológico, psicológico y económico. Esto provoca un aumento de la morbimortalidad, disminución de la calidad de vida de los pacientes, un incremento de la estancia hospitalaria y de los costes.
4. Es necesario que el paciente pueda comunicar la intensidad del dolor que siente posterior a su operación, a través de escalas validadas. Los profesionales deben estar atentos a esa intensidad, para aplicar el tratamiento farmacológico más adecuado en cada caso.
5. La realización del proceso enfermero en base la taxonomía NANDA y empleando las clasificaciones NOC y NIC, se logró la identificación del diagnóstico enfermero principal (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas, asociado al riesgo de complicación principal hemorragia interna. Gracias a la planificación anticipada de unos objetivos NOC y unas intervenciones NIC, se consiguen unos cuidados enfermeros de calidad, obteniendo así una evolución favorable de la paciente.

8. REFERENCIAS

- Aguilar, J. L., Montes, A., Benito, C., Caba, F., & Margarit, C. (2018). Manejo farmacológico del dolor agudo postoperatorio en España. Datos de la encuesta nacional de la Sociedad Española del Dolor (SED). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(2), 70-85.
- Alba, J. E. M. (2015). Evaluación del manejo del dolor postquirúrgico en pacientes adultos de una clínica de tercer nivel de Pereira Colombia. *Revista Investigaciones Andina (En línea)*, 14(25), 547-559.
- Alba, J. M., Duque, M. M., Calderón, V., González, A., Cardona, F., Ruiz, R., & Montoya, J. (2013). Control del dolor postquirúrgico en pacientes de un hospital de tercer nivel. *Revista Med*, 21(1), 46-53.
- Alcántara, A., y González, A. (2016). Nueva Guía de la Asociación Americana del Dolor sobre dolor postoperatorio. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 23(3), 164-165.
- Aldana, G. E., Martínez, L. E., Hosman, M. A., Ardila, D. A., Mariño, I. F., Sagra, M. R., y Montoya, L. M. (2018). Factores predictores perioperatorios de complicaciones de la colecistectomía por laparoscopia. *Revista Colombiana de Cirugía*, 33(2), 162-172.
- Anrique, L. I. (2018). Colecistectomía laparoscópica. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 23(2).
- Baca, S. D. (2018). Intervención de la enfermera en el manejo del dolor en pacientes posoperados del servicio de cirugía del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco ESSALUD 2015-2017.
- Bottega, F. H., & Fontana, R. T. (2010). A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto & contexto enfermagem*, 19(2), 283-290.
- Bragard, D., & Decruynaere, C. (2010). Evaluación del dolor: aspectos metodológicos y uso clínico. *EMC-Kinesiterapia-Medicina Física*, 31(4), 1-11.
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., y Wagner, C. (2014). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Barcelona, España: Elsevier.

- Cabas, K., Cárdenas, G., Gutiérrez, J., Ruiz, F., y Torres, G. (2015). Uso clínico de la realidad virtual para la distracción y reducción del dolor post-operatorio en pacientes adultos. *Revista Tesis Psicológica*, 10(2), 38-50.
- Cabedo, N., Valero, R., Alcón, A., & Gomar, C. (2017). Estudio de la prevalencia y la caracterización del dolor postoperatorio inmediato en la Unidad de Recuperación Postanestésica. *Revista Española de Anestesiología Y Reanimación*, 64(7), 375-383.
- Calvache, J. A., Guzmán, É. L., Buitrago, L. M. G., Torres, C. G., Torres, M., Buitrago, G., y Duarte, H. G. (2015). Manual de práctica clínica basado en la evidencia: manejo de complicaciones posquirúrgicas. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 43(1), 51-60.
- Calvo, J. M., del Valle, E., Ramírez, J. M., Loinaz, C., Martín, C., Nogueiras, C., Rodríguez, A., Rodríguez, E., Hernández, J. J., y Ruiz, P. (2014). Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA). *Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud*.
- Camacho Barreiro, L. (2013). Valoración Enfermera del Dolor Agudo como Quinta Constante: Correlación entre la Escala Visual Analógica, Verbal Numérica y Verbal Simple.
- Camacho Barreiro, L., Pesado Cartelle, J., & Rumbo-Prieto, J. M. (2016). Opinión de enfermería y concordancia entre las escalas visual analógica, verbal simple y numérica, en la valoración del dolor agudo como 5ª constante vital. *Ene*, 10(1), 0-0.
- Carapia, A., Mejía, G. E., Nacif, L., y Hernández, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(4), 260-263.
- Carla, A., Duarte, F., Renz, C., de Fátima, C., Sonogo, J., Matte C.C. y Fernandes E.M. (2017). Análise da intensidade, aspectos sensoriais e afetivos da dor de pacientes em pós-operatório imediato. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2).
- Carpenito, L. (2013). Handbook of nursing diagnosis. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health.

- Carrillo-Esper, R., Espinoza de los Monteros-Estrada, I., y Pérez-Calatayud, A. (2013). Una nueva propuesta de la medicina perioperatoria. El protocolo ERAS. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 36(S1), 296-301.
- Clarett, M. (2012). Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. Clínica y Maternidad Suizo Argentina Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento.
- Covarrubias, A. (2013). El manejo del dolor agudo postoperatorio: una década de experiencias. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 36(S1), 179-182.
- Díaz, S., Correa, M. J., Giraldo, L. M., Ríos, D. C., Solórzano, F., Wolff, J. D., Londoño, R., Martínez, J.D., Matallana, R y Vanegas, L. F. (2012). Experiencia en colecistectomía por laparoscopia en la Clínica Universitaria CES. *Rev Colomb Cir*, 27(4), 275-80.
- Díez, F., Marcos, J. M., Baticón, P. M., Montes, A., Bermejo, J. C., y Merino, M. (2011). Concordancia entre la escala verbal numérica y la escala visual analógica en el seguimiento del dolor agudo postoperatorio. *Revista española de Anestesiología y Reanimación*, 58(5), 279-282.
- Echevarría, P., De Souza, A., Morales, I., y Fortea, M. (2013) Estudio de Caso en mi trabajo de Fin de Grado de Enfermería: Aspectos metodológicos y ejemplos prácticos. MC Graw Hill.
- Enciso, J. (2013). Anestesia en la cirugía laparoscópica abdominal. In *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(1), 63-70.
- Erazo, M. A., Pérez, L., Colmenares, C. C., Álvarez, H., Suárez, I., y Mendivelso, F. (2015). Prevalencia y caracterización del dolor en pacientes hospitalizados. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 22(6), 241-248.
- Esteve, N., Ribera, H., Mora, C., Romero, O., Garrido, P., & Verd, M. (2011). Atención del dolor agudo postoperatorio: evaluación de resultados en las salas de hospitalización quirúrgicas. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 58(6), 353-361.

- Esteve-Pérez, N., Sansaloni-Perelló, C., Verd-Rodríguez, M., Ribera-Leclerc, H., y Mora-Fernández, C. (2017). Nuevos enfoques en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24(3), 132-139.
- Flores, S. A. D., & Chávez, R. H. C. (2010). Dolor postoperatorio en colecistectomía laparoscópica. Ropivacaína vs placebo. Ensayo clínico. *Cirujano General*, 32(2), 96-99.
- Fortacín, C. B., Fortuño, M. D. M. L., Puig, C. E., Casas, G. I., Prunera, N. M., & Morillo, D. V. (2015). Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enfermería Global*, 14(3), 29-51.
- Furtado, D. D., de Moura, O. F., Lima, V., de Andrade, G. O. (2014). Preparo e administração de medicamentos: erros cometidos pela equipe de enfermagem. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo* v, 5(2), 45-50.
- Galoso Cueto, G. L., Lantigua Godoy, A., & Carballo Casas, S. (2012). Instrumental básico y especializado en la colecistectomía video laparoscópica. *Revista Médica Electrónica*, 34(1), 81-94.
- Galoso, G. L., y Frías, R. A. (2010). Consideraciones sobre la evolución histórica de la cirugía laparoscópica: colecistectomía. *Revista Médica Electrónica*, 32, 0-0.
- García, A., Gutiérrez, L., y Cueto, J. (2016). Evolución histórica de la cirugía laparoscópica. *Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica*, 17(2), 93-106.
- Giménez, M., Carrasco J.J. (2008). Procedimientos básicos y cuidados de Enfermería. Manual de prácticas. Murcia: DM.
- Gómez-Arnau, J. I., Aguilar, J. L., Bovaira, P., Bustos, F., Andrés, J. D., De la Pinta, J. C., ...& Planas, A. (2011). Recomendaciones de prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios y/o asociados a las infusiones de opioides. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18(1), 24-42.
- González, A. M. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 610-617.
- Gordon (2003) Manual de diagnósticos enfermeros. Madrid. 10o Ed: Elsevier.

- Hariharan, S. (2016). Do patient psychological factors influence postoperative pain? *Pain Management*, 6(6), 511-513.
- López, V. (2012). *Dolor postoperatorio en la URPA y plantas de hospitalización del centro general del HUCA*. Universidad de Oviedo, España.
- López-Torres J., Piedracoba, D., Alcántara M. J., Simó T. y Argente P. (2018). Factores perioperatorios que contribuyen a la aparición de dolor o náuseas y vómitos postoperatorios en cirugía laparoscópica ambulatoria. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*.
- Machado, J. E., Machado, M. E., Calderón, V., González, A., Cardona, F., Ruíz, R., y Montoya, J. (2013). ¿Estamos controlando el dolor posquirúrgico? *Revista Colombiana de Anestesiología*, 41(2), 132-138.
- Molina, J. M., Figueroa, J. y Uribe, A. F. (2013). El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 55-62.
- Montealegre Gómez, D. C. (2014). Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. *Revista Cuidarte*, 5(1), 679-688.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., y Swanson, E. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. London: Elsevier Health Sciences Spain.
- Moreno, C., Tenías, J. M., Morales, S., Balague, C., Díaz, H., Enriquez, P., Manuel, J. C., Martínez, S., Olsina, J., Socas, M., Toledano, M., Vidal, O., Noguera, J. F., Salvador J. L., Feliu, X. y Targarona E. M. (2014). 25 años de cirugía laparoscópica en España. *Cirugía Española*, 92(4), 232-239.
- Moreno-Monsiváis, M. G., Fonseca-Niño, E. E., e Interrial-Guzmán, M. G. (2017). Factores asociados con la intensidad del dolor en pacientes mexicanos hospitalizados en periodo postoperatorio. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24(1), 4-10.
- Moreno, M. G., Interrial, M. G., Garza, M. E., y Hernández, E. A. (2012). Intensidad y manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Revista Cuidarte*, 3(1), 355-362.

- Moreno, M. G., Muñoz, M. R., e Interrial, M. G. (2014). Satisfacción con el manejo de dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados. *Aquichan*, 14(4), 460-472.
- NANDA Internacional (2015). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017*. Barcelona, España: Elsevier.
- Oliu, H., de la Cruz, N. A., Piña, L. R., Domínguez, E. J., García, R., y Ibrahim, L. (2016). Caracterización de pacientes con litiasis vesicular operados por mínimo acceso. *MediSan*, 20(09), 3018-3025. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=118302479&lang=es&site=eds-live>
- Olivé, J. B. (2013). Complicaciones relacionadas con la anestesia, en cirugía laparoscópica. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 12(1), 57-69.
- Ortega, J. L., y Neira, F. (2018). El tratamiento del dolor postoperatorio. ¿Un problema sin resolver?. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(2), 63-65.
- Otero, D. P. (2010). El dolor como quinta constante vital: Valoración de Enfermería. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 2(1), 176-186.
- Pérez, A. C., Aragón, M. C., y Torres, L. M. (2017). Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24(1), 1-3.
- Pérez, C.J. (2014). Historia de la cirugía laparoscópica: particularidades de su introducción y desarrollo en Cuba. *Universitas Médica*, 55(2), 200-2010.
- Pesut D, y Herman J. (1999). *Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking*. Albany, Nueva York: Delmar publishers.
- Portela, J. M., García, L. A., Delgadillo, C., Contreras, C. E. y Arellano, J. (2018). Embolismo de dióxido de carbono durante cirugía laparoscópica. Reporte de caso. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 41(1), 54-58. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=128583260&lang=es&site=eds-live>
- Puig, T., Gich, I., Baños, J. E, Robleda, G., Sillero-Sillero, A. (2014). Influencia del estado emocional prequirúrgico en el dolor postoperatorio tras cirugía ortopédica y traumatológica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(5), 785-91.

- Ramírez, C. D., Sánchez, L. E., González, D. A., Pérez, M., Martínez, M. L., Prado, J., Contreras, N. A. (2018). Evaluación del dolor en pacientes postoperadas de histerectomía total abdominal. *Médica Sur*, 21(4), 156-160.
- Recasens, A., Hidalgo, A., Faulí, A., Dürsteler, C., Arguis, M. J., & Gomar, C. (2018). Complications of continuous catheter analgesia for postoperative pain management in a tertiary care hospital. Incidence of technical complications and alternative analgesia methods used. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*, 66(2), 84-92.
- Ricci, P., Lema, R., Solá, V., Pardo, J., y Guiloff, E. (2008). Desarrollo de la cirugía laparoscópica: pasado, presente y futuro: desde Hipócrates hasta la introducción de la robótica en laparoscopia ginecológica. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(1), 63-75.
- Rivera, A. P., Villegas, R. M. y Mejía, G. E. (2018). Buprenorfina transdérmica en dolor postoperatorio. Ensayo clínico controlado. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 41(2), 83-87.
- Rodríguez-Díaz, J. L., Galván-López, G. P., Pacheco-Lombeida, M. X., y Parcon-Bitanga, M. (2019). Evaluación del dolor postquirúrgico y el uso de terapias complementarias por enfermería. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(1), 53-63.
- Rodríguez, R. C., Milian, C. L., y Morales, N. L. (2017). Propuesta de una escala predictiva en la hemorragia digestiva alta no varicosa. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 42(5).
- Romero, E. (2014). *Abordaje enfermero del dolor*. Universidad de Valladolid, España.
- Roque, R., Martínez, M. A., Torres, R., López, A. B., Pereira, J. G., y Barreras, J. (2011). Reintervenciones por complicaciones después de realizada colecistectomía laparoscópica. *Revista Cubana de Cirugía*, 50(3), 302-311.
- Rosa S. Gestión Enfermera. [Consultado 14 de marzo de 2019]. Recuperado de: <http://gestionenenfermeria-silvia.blogspot.com/2017/08/escalas-para-valorar-el-dolor.html>

- Rosa, J., Navarrete, V. y Díaz, M. (2014). Aspectos básicos del dolor postoperatorio y la analgesia multimodal preventiva. *Revista mexicana de Anestesiología*, 37(1), 18-26.
- Rubio, E. (2011). ¿Es posible medir la intensidad del dolor? *Métode* [Consultado 18 de abril de 2019]. Recuperado de: <https://metode.es/revistas-metode/monograficos/es-posible-medir-la-intensidad-del-dolor.html>
- Sada, T., Delgado, E., y Castellanos, A. (2011). Prevalencia del dolor postoperatorio en cirugía electiva de pacientes del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18(2), 91-97.
- Sánchez, P. A. C., y Grajales, R. A. Z. (2009). Calidad en la administración de medicamentos intravenosos y su efecto en la seguridad del paciente. *Enfermería Universitaria*, 6(2), 23-30.
- Supúlveda, J. (2011). Complicaciones laparoscópicas asociadas a la técnica de entrada. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(1), 88-93. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=78948855&lang=es&site=eds-live>
- Targarona, E. M. (2003). Cirugía endoscópica. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=gVqSrGvQaB0C&printsec=frontcover&dq=cirugia+endoscopica&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwil4bSRIsbhAhXT8OAKHbNhDxUQ6AEIKDAA#v=snippet&q=cirugia%20laparoscopica%20en%20espa%C3%B1a&f=false>
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Tratamiento sobre el dolor para pacientes y profesionales de la salud (2016). Tratamientos farmacológicos. Escala analgésica de la OMS. [Consultado 21 de marzo de 2019]. Recuperado de: <https://www.dolor.com/tratamiento-farmacologico-escala-analgésica-oms.html>

- Usón J., Pérez, E. M., Usón, J. M., Sánchez, J., y Sánchez, F. M. (2013). Modelo de formación piramidal para la enseñanza de cirugía laparoscópica. *Cirugía y Cirujanos*, 81(5), 420-430.
- Valles MS. (2000). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis.
- Vanegas, K. G., Taleno, O., de los Milagros, M., García, C., y del Socorro, H. (2017). *Comparar la eficiencia de la dexametasona en dosis de 4 mg frente a dosis de 8 mg, como coadyuvante en la prevención de náuseas, vómitos y dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía electiva en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua).
- Vilchis-González, A. H., Ávila-Vilchis, J. C., Estrada-Flores, R. G., Martínez-Méndez, R., Portillo-Rodríguez, O., & Romero-Huertas, M. (2014). Robots modulares para cirugía mínimamente invasiva. *Revista mexicana de ingeniería biomédica*, 35(1), 63-79.
- Vergés, M. T. S., Puigbo, E. C., Cortada, M. G., Rizo, M. R., & García, M. V. M. (2009). Nuevas tendencias en el tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía general y digestiva. *Cirugía española*, 86(2), 63-71.