



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ANESTESIOLOGÍA**

Influencia de la analgesia preventiva en colecistectomía laparoscópica
en un Hospital II-2 San Juan de Lurigancho, Lima-2023

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Segunda Especialidad en Anestesiología

AUTORA:

Mueras Saavedra, Gladys Yolanda (orcid.org/0000-0002-3228-519X)

ASESORA:

Dra. Llaque Sanchez, Maria Rocio del Pilar (orcid.org/0000-0002-6764-4068)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades No Transmisibles

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2023

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
CARÁTULA	
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	ii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	7
3.1. Tipo y diseño de investigación	7
3.2. Variables y operacionalización	7
3.3. Población, muestra y muestreo	8
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	8
3.5. Procedimientos	9
3.6. Método de análisis de datos	9
3.7. Aspectos éticos	10
IV. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	10
4.1. Recursos y Presupuesto	11
4.2. Financiamiento	11
4.3. Cronograma de ejecución	12
REFERENCIAS	
ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento quirúrgico comúnmente utilizado para extirpar la vesícula biliar. Aunque se considera una técnica menos invasiva en comparación con la colecistectomía abierta, los pacientes aún pueden experimentar dolor postoperatorio significativo y ansiedad preoperatoria, lo que puede afectar negativamente su recuperación y bienestar general.¹

En el área hospitalaria, así como establecimientos privados que brindan servicios, surge una problemática de salud la cual guarda relación entre sí y es el enfrentar el dolor postquirúrgico (DPO), dicho dolor debe ser controlado por los profesionales responsables del paciente quienes están en la obligación de evaluar al paciente según su sintomatología, edad y comorbilidades, así como aplicar o implementar protocolos de manera oportuna para prevenir y/o controlar el dolor postquirúrgico.¹

Según la OMS, anualmente se producen 7 millones de complicaciones graves, 1 millón de decesos en el intra y postquirúrgico inmediato. En países industrializados se producen en un 3% y 6% complicaciones graves en pacientes hospitalizados, en los países desarrollados oscilan entre 5% y 10% las tasas de defunción con respecto a las intervenciones quirúrgicas mayores, estando relacionado, el dolor, en el incremento de la morbilidad en cirugía de abdomen y tórax hasta en un 76%.¹

El control del DPO es esencial para garantizar una recuperación óptima y mejorar los resultados quirúrgicos en los pacientes sometidos a

colecistectomía laparoscópica. Por lo que el 2020 IASP, actualizó la definición del dolor como: “Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”, al ser un fenómeno subjetivo, donde se toman en cuenta los aspectos cognitivos o emocionales del dolor, se plantean diversas escalas para su evaluación.²

La analgesia preventiva, fue descrito por primera vez en 1988. se ha propuesto como una estrategia prometedora para reducir el dolor postoperatorio al prevenir o mitigar la sensibilización central y periférica del sistema nervioso. Consiste en la administración de analgésicos antes del inicio de la cirugía con el fin de proporcionar un alivio temprano del dolor y evitar la amplificación de este.³

En el Perú, el tratamiento de la enfermedad litiásica vesicular ha sufrido muchos cambios y la colecistectomía laparoscópica es una de las operaciones que se realiza de manera frecuente, con el fin de tener un abordaje menos invasivo, de menor tiempo operatorio dependiendo de la experticia del cirujano, teniendo de esta manera menos complicaciones quirúrgicas, así como un mejor manejo en pre y postoperatorio del paciente.⁴

Por lo que, para abordar el dolor postoperatorio en la colecistectomía laparoscópica, es importante evaluar la eficacia de la analgesia

preventiva. Sabemos que la colecistectomía laparoscópica, que es un procedimiento de moderada a baja complejidad que generalmente se asocia con una baja morbilidad, siendo inferior al 2,2%. Las complicaciones son poco frecuentes, oscilando entre el 0,1% y el 0,6%, y el dolor experimentado por los pacientes es de intensidad leve a moderada, lo que facilita su consideración como un procedimiento ambulatorio.⁴

Aunque el dolor postoperatorio es una respuesta adaptativa predecible, multifactorial y de corta duración, a menudo es más intenso de lo esperado y se exacerba con los movimientos. Dada la complejidad del dolor asociado a la colecistectomía laparoscópica, se han llevado a cabo numerosas investigaciones para optimizar su manejo.⁵

Por lo general, el máximo nivel de dolor se registra aproximadamente 20 minutos después del ingreso en la unidad de recuperación posanestésica (URPA), disminuyendo progresivamente a los 60 minutos y desapareciendo en un 75,6% de los casos en un plazo de 24 horas. Sin embargo, debido a la deambulacion y los movimientos inspiratorios, un porcentaje considerable de pacientes todavía experimenta dolor intenso, lo cual afecta negativamente su satisfacción.⁵

Al no tener muchas unidades de dolor agudo, donde se puedan aplicar o instituir protocolos para el manejo del DPO, en Italia se realizaron encuestas en hospitales donde se evidenciaron que un 47% de hospitales presentaron inconvenientes en manejo del dolor, por lo que vieron

necesario promover cambios dentro de los servicios de recuperación donde estuvieran implicados anestesiólogos, cirujanos y enfermeras.⁵

Por lo tanto, se toma en consideración el adecuado manejo del DPO en las unidades de recuperación y hospitalización, por lo que se toma en cuenta el uso de la analgesia preventiva (AP) en pacientes que hayan sido intervenidos por colecistectomía laparoscópica (COLELAP). Esta AP, permite disminuir la respuesta inflamatoria sensitiva periférica y central, por lo que existen diversos tipos de fármacos que se pueden utilizar para interrumpir el ciclo de inflamación, dolor e hiperalgesia, como son el uso de neuromoduladores, opioides y AINES, mostrado como una estrategia eficaz para la reducción del dolor postoperatorio en colecistectomía laparoscópica sin embargo se requieren más estudios para ampliar la información.⁶

Por todo lo expuesto se formuló la siguiente pregunta de investigación

¿Influye la analgesia preventiva en el dolor postquirúrgico en colecistectomía laparoscópica en un Hospital II-2 San Juan de Lurigancho, Lima-2023?

La presente investigación, procura detallar la influencia de la AP en el control del DPO en pacientes que intervenidos por colecistectomía laparoscópica (COLELAP) para poder ofrecer al paciente una adecuado la evaluación preanestésica, un manejo oportuno en el intraoperatorio y

un control óptimo y acertado en el manejo del DPO, así como la disminución de las complicaciones quirúrgicas.

A nivel teórico, este estudio tiene como finalidad compartir la información relacionada a las variables para cubrir las carencias de investigaciones sobre la influencia que podría existir entre la AP y el DPO.

A nivel social, esta investigación pretende dar a conocer la problemática de este estudio para poder establecer protocolos y/o planes estratégicos de analgesia para reducir el DPO.

En este estudio se propone como objetivo general: Describir los efectos de la analgesia preventiva en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en un Hospital II-2 San Juan de Lurigancho, Lima-2023, así como objetivos específicos se plantean Valorar el dolor postoperatorio, según la escala visual análoga, en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica, valorar el uso de la analgesia preventiva en la disminución del dolor posquirúrgico, describir el uso de la analgesia preventiva en pacientes según el sexo, describir el uso de la analgesia preventiva en pacientes según la edad.

En cuanto a la hipótesis, H1 La analgesia preventiva si influye en el dolor postoperatorio. H0: La analgesia preventiva no influye en el dolor postoperatorio.

II. MARCO TEÓRICO

Con relación al problema planteado, existen estudios internacionales y nacionales que abordan esta realidad problemática planteada, así tenemos:

Román J. et al (México,2021), estudiaron el control del dolor postoperatorio analizando dos grupos, los que fueron tratados con analgesia preventiva (grupo 1) y analgesia postoperatoria (grupo 2), mediante la asociación de paracetamol con ketorolaco respectivamente. Se evaluaron distintos parámetros como la presión arterial, frecuencia cardiaca, EVA, y los efectos secundarios más frecuentes. Se concluyó que existe un mejor control del dolor en aquellos pacientes que fueron tratados con analgesia preventiva, encontrando una diferencia estadísticamente significativa $p \leq 0.05$ a diferencia del grupo 2 y menor incidencia de náuseas en un 2.9% de los casos. ⁷

Ariza N et al (Chile, 2021), hicieron un ensayo clínico aleatorizado donde compararon la utilidad de la metadona intraoperatoria y su eficacia sobre el dolor postoperatorio, dicho estudio fue realizado a 86 pacientes sometidos a COLELAP electiva los cuales recibieron metadona o morfina. Concluyendo que después del alta de la unidad postanestésica (URPA) se notificó que los pacientes que recibieron metadona presentaron menos dolor en el post operatorio inmediato y a las 12 a 24 horas.⁸

Henríquez J et al (República Dominicana, 2020), realizaron un estudio observacional descriptivo transversal, donde evaluaron 617 pacientes sometidos a COLELAP, donde el 3,1% presentaron complicaciones PO, representando el 17% de incidencia en omoalgia en el género femenino entre 26-30 años.⁹

Holguín D et al (México, 2019), estudiaron 71 pacientes, entre hombres y mujeres, donde 38 pacientes fueron sometidos a cirugía laparoscópica ambulatoria (CLA) y 33 cirugía laparoscópica habitual (CLH) para evaluar el grado de satisfacción, eficacia y seguridad de la CLA a diferencia de la CLH, donde el 89.5% de las CLA manifestaron alto grado de satisfacción. Por lo tanto, se concluye que, la CLA y CLH son igual de efectivas y seguras.¹⁰

Celina T et al (México 2019), hicieron un estudio donde se describe a la analgesia preventiva como la administración de un fármaco analgésico con el propósito de disminuir el DPO, de la tal manera se pueda reducir la ansiedad y dar analgesia a los pacientes que sean sometidos a COLELAP, por lo que en dicho estudio se evaluó a 60 pacientes divididos en dos grupos donde uno recibía placebo y el otro pregabalina 1 mg/kg diario por 3 días previas a la cirugía. Se emplearon distintas escalas como ENA a los 60 minutos, 2, 6, 12 y 24 horas postoperatorias de todos los pacientes que pasaban a unidad de recuperación, así como los recates analgésicos con AINES u opioides, también se empleó la utilización de la escala de Hamilton-Hunt (EHH) para medir el nivel de ansiedad

preoperatorio. Concluyendo de esta manera que el uso de pregabalina preventiva era eficaz en la disminución del DPO y ansiedad.¹¹

López J. et al (España, 2019), realizaron un estudio de cohorte prospectivo de 297 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica (CL), donde se incluyó el tiempo operatorio, fármacos, presión de neumoperitoneo y complicaciones postoperatorias. Dicho estudio concluye que uno de cada 4 pacientes presenta náuseas y vómitos postoperatorios y el 50% de los pacientes presentaron dolor moderado de acuerdo con el EVA.¹²

Subirana H et al (España, 2018), realizaron un estudio en 62 pacientes de edad promedio entre 20 a 69 años con un IMC medio 27.5 para evaluar la educación en cuanto al DPO en dos grupos de estudio utilizando la escala de EVA durante 24 horas, encontrándose diferencias significativas.¹³

Morena Let al (Brasil,2018), evaluaron dos cuestionarios, escala de Hamilton y EVA, el 53% presento ansiedad preoperatoria asociado al sexo, la ocupación, el miedo a la intervención, exposición anestésica y el tiempo de internación antes de la cirugía. Se concluyó que los predictores para niveles de ansiedad moderado y grave están asociados al sexo, la ocupación, y pronóstico de la intervención, así como el tiempo de espera.¹⁴

Medina A (Venezuela, 2017), hicieron un estudio donde se evaluaron los requerimientos de opiáceos en el intraoperatorio y el uso de analgésicos para el DPO. Se estudiaron 100 pacientes sanos pos COLELAP, se dividieron en dos grupos, los que fueron premedicados con paracetamol IV y otros con ketorolaco 30 mg IV antes de la cirugía.¹⁵

En cuanto al uso de opiáceos en el intraoperatorio, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos evaluados. Hubo necesidad de dosis de rescate con opiáceos y analgésicos a predominio de las 3 y 12 horas postoperatorias.¹⁵

Romero K. et al (Bolivia,2016), evaluaron la eficacia y seguridad de los AINES con OPIOIDES para el control del DPO post COLELAP mediante un estudio analítico. Se establecieron dos grupos entre varones y mujeres, analizando los niveles de EVA, encontrando diferencias significativas en los dos tratamientos (95% de confianza), en la prueba de hipótesis U de Mann-Whitney, siendo el metamizol asociado a tramadol el tratamiento de elección.¹⁶

Así mismo, según la correlación de Pearson, se evaluó el tiempo de la cirugía con respecto al dolor postoperatorio, concluyendo que, a mayor tiempo quirúrgico, mayor sería el dolor en el postoperatorio, por lo que el mejor esquema para el control del dolor durante las primeras seis horas sería el metamizol asociado con tramadol.¹⁶

Cagri T. et al (India, 2016), evaluaron a 60 pacientes que cumplan con los criterios de estudio, si los parámetros clínicos o demográficos influyen en los efectos postoperatorios de pacientes post COLELAP. Donde concluyeron que la edad promedio fue de $40,6 \pm 8,1$ años, el 92% de los pacientes tuvieron menos estancia hospitalaria. Una de las complicaciones más frecuentes fueron el dolor (46,7%) y las náuseas (6,7%) en el post operatorio inmediato, la obesidad y el proceso vesicular agudo estaban asociados con respecto al incremento de la percepción del dolor.¹⁷

Paglilla P. et al (España, 2016), se realizó un estudio de 211 colecistectomías laparoscópicas, donde 180 fueron colecistectomía laparoscópica con drenaje, de los cuales 177 recibieron en las primeras 24 horas un AINE asociado a opioide débil cada 8 horas utilizando como corte un ENA mayor de 6, concluyendo que esta terapia es más efectiva en pacientes que no cursaron con complicaciones operatorias.¹⁸

Meza V. et al (Perú, 2018), realizó un estudio de cohortes donde compararon dos grupos para el control del dolor postoperatorio, los recibieron metamizol más tramadol (grupo 1) y metamizol asociado a codeína (grupo 2). En este estudio se tomó en cuenta la edad de los pacientes, se utilizó la escala EVA para la evaluación del dolor, donde se obtuvo resultados a las 2 horas ($p < 0.05$), 4 horas ($p > 0.05$), 6 horas ($p > 0.05$) y 12 horas ($p > 0.05$). concluyendo que la terapia de elección para

el control del dolor inmediato era metamizol asociado con tramadol, y como terapia de rescate metamizol asociado a codeína.¹⁹

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo: Aplicada.²⁰

Diseño: No experimental. Descriptivo transversal retrospectivo.²¹(Ver anexo 01)

3.2. Variables y operacionalización

Variables

Variable independiente: Analgesia preventiva

Variable dependiente 1: dolor postoperatorio inicial

Variable dependiente 2: dolor postoperatorio al salir de URPA

Operacionalización de variables: Ver tabla 01 (Anexo 02)

3.3. Población, muestra y muestreo

POBLACIÓN: se considera a todos los pacientes entre 18 y 59 años que serán sometidos a colecistectomía laparoscópica del Hospital II-2 San Juan de Lurigancho

Criterios de inclusión:

- Pacientes programados para colecistectomía por cirugía laparoscópica, con historia clínica completa
- Pacientes sin comorbilidades (ASA I)
- Pacientes varones y mujeres de 18 a 59 años Pacientes sin terapia crónica de AINES u opioides

Criterios de exclusión:

- Pacientes con comorbilidades
- Pacientes pediátricos, geriátricos y gestantes
- Pacientes con escala de Glasgow menor de 15
- Pacientes sometidos a técnicas anestésicas neuroaxiales o anestésicos locales
- Pacientes con alergias a AINES
- Pacientes con diagnóstico de fibromialgia

Muestra: Se encontrará formada por 124 pacientes sometidos a COLELAP programada.²² (Ver Anexo 03)

Muestreo: Probabilístico, aleatorio simple.²³

Unidad de Análisis: Pacientes sometidos a COLELAP de un Hospital II-2 San Juan de Lurigancho.

Unidad de Muestreo: 124 pacientes sometidos a COLELAP programada, del servicio de cirugía general.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

TÉCNICA: Se considera la aplicación de una encuesta.²⁵

Instrumento: consta de un instrumento

- Escala de EVA: se evaluará a cada paciente y medirá el nivel de dolor mediante una escala análoga, donde 0 ausencia del dolor-10 dolor severo, esta escala se aplicará momentos previos a la cirugía y posterior a la cirugía a los 60 minutos, 2,6,12 y 24 horas postoperatorias.²⁴

Validación y confiabilidad:

El presente estudio está basado en diversos estudios clínicos que guardan relación con el tema, en dichos estudios se reportaron que aproximadamente el 40% de pacientes a los que se administró ambos fármacos presentaron dolor a las 4 horas posquirúrgicas lo que se toma como una proporción esperada, por lo cual se realizó el cálculo

para la obtención de la muestra, siendo esta de 124 pacientes. Así mismo, al ser el dolor una experiencia individual y subjetiva, será valorado mediante la escala EVA, que es un método fácil, comprensible y fiable.²⁶

3.5. Procedimientos

Se solicitará autorización del director del hospital y jefe del servicio de centro quirúrgico para la revisión de los registros del área de recuperación post anestésica de los pacientes que reúnan los criterios de estudio. Se revisarán las historias clínicas donde verificaremos las hojas de registro de recuperación post anestésica y la información encontrada se recogerá en un formato hecho por el investigador, con un tiempo de cinco a diez minutos por registro del paciente.

3.6. Método de análisis de datos

Se procederá con el análisis de cada una de las variables. Se categorizará, clasificará y codificará los datos recogidos, posteriormente se confeccionará una base de datos en Excel donde se colocará la data ordenada en relación con unidad de análisis, variables, ítems, dimensiones, valores y categorías. Se utilizará el programa SPSS versión 21 para el procesamiento de la información

de la ficha de recolección de datos y para el análisis de variables se empleará el χ^2 y para las variables continuas, la t de Student.²⁷

Se considerará un nivel de confianza del 95%, además, se hará la comparación de promedios de la EVA en las primeras 24 horas post cirugía por grupos.

3.7. Aspectos éticos

El estudio requerirá la aprobación del comité de ética de la Universidad César Vallejo y, así como todas las disposiciones impuestas por dicha universidad, así mismo estará basado en las normas del Ministerio de Salud respecto a la investigación en seres humanos (RM N°233.2020-MINSA), así como las normas de la Ley General de Salud N° 26842 en el art. 15°- d: no será objeto de experimentación con medicamentos o tratamiento sin su consentimiento y el art. 28° en la que describe que la investigación experimental con personas debe ajustarse con los postulados en la Declaración de Helsinki (44 y 24°), además se aplicará las normas según el código de ética y deontología del CMP, donde refiere que todo médico debe ejercer la medicina mediante bases científicas (art.9°). Toda la información obtenida respeta las normas de investigación en humanos considerada en la Ley general de Salud D.D 017-2006-SA y D.S 006-2007-SA.²⁸

Se seleccionarán los registros de recuperación postanestésica de las personas que serán estudiadas según los criterios de inclusión y exclusión relacionados con el propósito de la investigación.

Las personas serán beneficiadas con los resultados del experimento, con equidad y adecuada utilización de recursos.²⁸

IV. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Recursos y Presupuesto

Rubros	Especificaciones	Precio unitario	Total
Recursos humanos	Recursos humanos		
	Asesor estadístico	500.00	500.00
	Asesor	500.00	500.00
	Investigador	200.00	200.00
	Total		1200.00
Materiales	Materiales y útiles de oficina		
	Lapiceros	7.00	21.00

	Hojas	13.00	26.00
	USB	35.00	35.00
	Total:		82.00
Servicios	Servicios		
	Internet	60.00	180.00
	Teléfono	80.00	240.00
	Impresiones	50.00	150.00
	Movilidad	40.00	480.00
	Alimentación	30.00	900.00
	Total:		1950.00

Consolidado de los Datos

RUBROS/PARTIDAS	DENOMINACION	COSTO
	Recursos Humanos	1200.00

	Materiales y útiles de oficina	82.00
	Servicios	1950.00
Total General		3232.00

4.2. Financiamiento

El estudio será financiado por el responsable de la investigación, excepto el asesor que es financiado por la universidad. En total será S/. incluido I.G.V.

ENTIDAD FINANCIADORA	MONTO	PORCENTAJE
UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO (financiamiento con asesor)	s/.500.00	18%

4.3. Cronograma de ejecución

ACTIVIDADES				
	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Elaboración de proyecto	X			
Implementación de proyecto		X	X	
Recolección de datos			X	
Análisis de datos				X
Elaboración del informe				X
Sustentación del informe				x

REFERENCIAS

1. Puebla Díaz F.. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [Internet]. 2005 Mar [citado 2022 Oct 01] ; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es
2. Bonnet F, Marret E..Postoperative pain management and outcome after surgery.Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, 21 (2007), pp. 99-107. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17489222>
3. Enciso Nano, Jorge , Anestesia en la cirugía laparoscópica abdominal. Anales de la Facultad de Medicina[Internet].2013;74(1):63-70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3792644901>
4. Wills VI, Hunt DR. Pain after laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg. 2000;87:273–84. Disponible en: Autores. Título [Internet]. Lugar: Editor; año [revisión; consultado]. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2168.2000.01374.x>
5. López-Maya L y cols. Disminución del dolor postoperatorio en colecistectomía laparoscópica. Rev Mex Anesthesiol.[revista en la Internet].2011 Jul [citado 2011 Octubre-Diciembre 04];(34)4:251-59. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/rma>
6. Rascón-Martínez Dulce María, Rojas-Vera Andrés Felipe. Analgesia preventiva en el dolor postoperatorio. Rev. mex. anestesiología. [revista en

- Internet]. 2019 Sep [citado 2022 Ago 10]; 42(3): 221-223. Disponible en: www.farmacia.unal.edu.co
7. Román-Romero J, Córdova-González I. Analgesia preventiva versus analgesia postoperatoria con paracetamol + ketorolaco en colecistectomía laparoscópica . Rev Mex Anesthesiol. 2021; 44 (1): 8-12. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/97772>
 8. Arriaza N, Papuzinski C, Kirmayr M, Matta M, Aranda F, Stojanova J, Madrid E. Efficacy of methadone for the management of postoperative pain in laparoscopic cholecystectomy: A randomized clinical trial. Medwave [Internet]. 2021 [citado Mar 23];21(2):e8135. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33905405/>
 9. Henríquez Jiménez, A.V., Rodríguez, R.P., Lorenzo, M.E., Castillo, Y.H., Jiménez, Y.M., Orbe, J.O., & Lesma, V.D. (2020). Complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica, Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora. Ciencia y Salud: 2020;4(3): 3-32. Disponible en: [10.22206/CYSA.2020.V4I3.PP115-121](https://doi.org/10.22206/CYSA.2020.V4I3.PP115-121)
 10. Holguín-Ruacho D, Cervantes-Sánchez CR. Calidad y satisfacción del paciente después del manejo laparoscópico ambulatorio de la patología de la vesícula biliar no grave y no complicada. CIR CIR [Internet]. 2019 [citado 2022 Feb 21];87(6):656-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31631177/>
 11. Trujillo-Esteves Celina, Mayoral-Flores Nadia Helena, Soto-Rivera Bernardo, Rosas-Barrientos José Vicente. Analgesia preventiva con pregabalina en pacientes postoperados de colecistectomía laparoscópica. Gac. Méd.

- Méx [revista en la Internet]. 2019 [citado 2023 Mayo 02] ; 155(Suppl 1): 22-26. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/gmm.19005136>.
12. J. López-Torres López -,D. Piedracoba Cadahía, M. J. Alcántara Noalles . Factores perioperatorios que contribuyen a la aparición de dolor o náuseas y vómitos postoperatorios en cirugía laparoscópica ambulatoria. Rev. Española de Anestesiología y Reanimación.2019; 66(4), 189-98. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.redar.2018.11.007>
13. Subirana Magdaleno H, Caro Tarragó A, Olona Casas C, Díaz Padillo A, Franco Chacón M, Vadillo Bargalló J, Saludes Serra J, Jorba Martín R. Evaluación del impacto de la educación preoperatoria en la colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Un ensayo aleatorizado prospectivo, doble ciego. Cir Esp [Internet]. 2017 [citado Feb 2018];96(2):88-95. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29224843/>
14. Melchior Lorena Morena Rosa, Soares Barreto Regiane Aparecida dos Santos, Prado Marinésia Aparecida, Amorim Caetano Karla Antonieta, Queiroz Bezerra Ana Lúcia, de Sousa Thais Vilela. Predictores de ansiedad preoperatoria moderada y grave en pacientes quirúrgicos hospitalizados. Enferm. glob. [Internet]. 2018 [citado 2023 Mayo 02] ; 17(52): 64-96. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.309091>
15. Medina-Vera AJ, Novoa LM. Reducción de las necesidades de anestesia y analgésicos postoperatorios en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica: premedicación con paracetamol intravenoso versus ketorolaco, un ensayo clínico doble ciego y aleatorizado. Rev Esp Anesthesiol

- Reanim. 2016 [citado Feb 2017];64(2):64-70. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27370941/>
16. Romero Ledezma Karla Pamela, Martinez Ara Mauricio Ara. EFICACIA Y SEGURIDAD METAMIZOL - TRAMADOL EN COMPARACIÓN METAMIZOL - KETOROLACO PARA MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. Rev Cient Cienc Méd[Internet].2016[citado 2022 Ago 09] ; 19(1): 39-44. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332016000100008
17. Cagri Tiryaki ZBEKAA. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy: A single center experience. Journal of minimal access surgery. 2016 Jan; 12(47-53). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26917919>
18. Praglilla P. el Al. Manejo del dolor en colecistectomías laparoscópicas. Hosp Aeronáut Cent 2016 [Internet]; 11(2): 111-114. Disponible en: [1f503c_2b992e4576474b04a1f638aa2e798be8.pdf \(wixstatic.com\)](http://1f503c_2b992e4576474b04a1f638aa2e798be8.pdf(wixstatic.com))
19. Meza Mazza, Vania. Efectividad analgésica del metamizol más tramadol versus metamizol más codeína para el manejo del dolor post operatorio en colecistectomía laparoscópica. UPAO [Internet]. Consultado 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/3855>
20. José R. García-González , Paola A. Sánchez-Sánchez. Diseño teórico de la investigación: instrucciones metodológicas para el desarrollo de propuestas y proyectos de investigación científica. Inf. tecnol. [revista en internet]. 2020

- [citado 2022 Oct 11], 31(6)159-170. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642020000600159>
21. Salazar F. Paulina, Manterola D. Carlos, Quiroz S. Guissela, García M. Nayely, Otzen H. Tamara, Mora V. Miriann et al . Estudios de cohortes. 1ª parte. Descripción, metodología y aplicaciones. Rev. cir. [Internet]. 2019 Oct [citado 2023 Mayo 02] ; 71(5): 482-493. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492019005431>.
22. Quispe A , Porta T ,Maita Y, Sedano C.Serie de Redacción Científica: Estudio de Cohortes.Rev. cuerpo méd. HNAAA 13(3) 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.113.751>
23. Otzen Tamara, Manterola Carlos. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int. J. Morphol. [Internet]. 2017 Mar [citado 2022 Oct 18] ; 35(1): 227-232. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>.
24. Pérez Herrero M A, López Álvarez S, Galindo Menéndez S, López García A. Eficacia de una estrategia analgésica preincisional con ibuprofeno, paracetamol y dexametasona en colecistectomía laparoscópica. Estudio observacional prospectivo. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2020 Abr [citado 2023 Mayo 02] ; 27(2): 104-112. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3778/2019>.
25. Hernández Hernández Ana Ivette, López Bascope Alberto Juan, Guzmán Sánchez Joaquín Antonio. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. Acta méd. Grupo Ángeles [revista en la Internet]. 2016 Mar

- [citado 2023 Mayo 02] ; 14(1): 6-11. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032016000100006&lng=es. Epub 24-Ene-2022.
26. Vicente-Herrero, MT; Delgado-Bueno, S; Bandrés-Moyá, F; Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre, MV; Capdevilla-García, L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev. Soc. Esp. Dolor ; 25(4): 228-236, jul.-ago. 2018 disponible en: [DOI: 10.20986/resed.2018.3632/2017](https://doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017)
27. Cuenca Rodríguez D, Tamayo Cuenca R, , Tamayo Pupo J. Aplicación del Programa Microsoft Excel para resolver problemas experimentales de Física. Ciencias Holguín [Internet]. 2010; XVI(3):1-10. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181517930003>
28. Pérez-Rodríguez, Marcela, Berea-Baltierra, Ricardo, Roy-García, Ivonne Analí, Palacios-Cruz, Lino, Rivas-Ruiz Rodolfo. Lista para Aspectos Éticos de Investigaciones en Humanos. Rev. alerg. Méx. [revista en Internet]. 2019 Dic [citado 2023 Mayo 02] ; 66(4): 474-482. Disponible en: <https://doi.org/10.29262/ram.v66i4.706>.
29. J. Vidal Fuentes. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. RESED. 2020;27(4):232-33. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>.

ANEXOS

Anexo N°01: DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

G1 O1 X O2

G1: Población tratada con analgesia preventiva

O1: EVA ingresando a URPA

O2: EVA saliendo de URPA

X: Uso de analgesia preventiva



Anexo N° 02: Matriz de Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
Variable independiente Tratamiento con Analgesia preventiva(AP)	Es un tratamiento antinociceptivo, el cual propone que puede mejorar el manejo del dolor agudo postoperatorio. ³	Uso de neuromoduladores, AINES, COX-2 u opioides	O1: Evaluación antes del tratamiento O2: después del tratamiento	Cualitativa nominal
Variable dependiente: Dolor	Una experiencia sensorial y emocional desagradable, no solamente relacionado a un daño tisular, sino también asociado a un componente cognitivo. ²	Se aplica la escala de EVA para medir la Intensidad del dolor: Leve 0-4 Moderado 5-7 Severo mayor a 7	Eficaz: EVA menor a 4 No eficaz: EVA mayor o igual a 4	Cualitativa nominal Cuantitativa numérica discreta
Variables secundarias				

Edad	Tiempo que ha vivido una persona. ¹³	Pacientes entre 18-59 años	Edad en años	Cualitativa nominal
Sexo	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos. ¹⁴	Femenino Masculino	Paciente femenino Paciente masculino	

Anexo N°03:

FÓRMULA PARA EL TAMAÑO DE LA MUESTRA DESCONOCIDA

$$n = \frac{Z^2 * pq}{E^2}$$

Dónde:

n: sujetos necesarios

Z² : Nivel de confianza

pq: variabilidad del fenómeno estudiado

E²: Índice de precisión

Anexo N°04

Formulario para la Obtención de datos

Nombre:# H.C.....

Dirección:..... Teléfono:.....

1.- Sexo: Masculino. Femenino.

2.- Edad:..3.- Acto Quirúrgico:.....

3.1.- Tiempo de intervención.....

3.2.- Complicaciones intraoperatorias: Si....No...

4.- POSTOPERATORIO (valorado en un total de 48 horas)

Dolor postoperatorio de 0 – 2 H: EVA

Dolor postoperatorio de 2.1 – 4 H: EVA

Dolor postoperatorio de 4.1 – 12 H: EVA

Dolor postoperatorio de 12.1 – 24H: EVA

Dolor postoperatorio de 24.1 – 36 H: EVA

Dolor postoperatorio de 36.1 – 48H: EVA

5.- ANALGESIA POSTOPERATORIA Y SUPLEMENTARIA.

Analgesia postoperatoria de 0 – 2 H : Si, No.....

Analgesia postoperatoria de 2.1 – 4 H : Si, No.....

TOTAL DE DOSIS :..... Analgesia suplementaria: SINO.....

6.- Días de hospitalización:

Anexo N°05



Anexo N°06

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA
INVESTIGACIÓN

Yo, _____ con el pleno uso de mis facultades, confiero mi consentimiento para mi participación en la investigación

“Influencia de la Analgesia Preventiva en Colectomía Laparoscópica en un Hospital II-2 San Juan de Lurigancho, Lima-2023”, elaborado por MC Gladys Yolanda Mueras Saavedra, puesto que se me ha brindado toda la información necesaria que implica esta investigación y que además recibí una explicación clara y detallada que no implica ningún riesgo personal ni social. Dejando constancia que mi participación es voluntaria.

Doy la razón que cualquier información emitida en este estudio es de carácter confidencial y no será utilizada para otros fines sin mi consentimiento.

Fecha:

Firma de participante

Firma del investigador

Firma del familiar y/o cuidador

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, Llaque Sanchez, Maria Rocio del Pilar, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa académico Segunda Especialidad en Anestesiología de la Universidad César Vallejo sede Trujillo, asesor (a) del proyecto de investigación, titulada:


“Influencia de la Analgesia Preventiva en Colectomía Laparoscópica en un Hospital II-2 San Juan de Lurigancho, Lima-2023” de la autora Mueras Saavedra, Gladys Yolanda, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 16.00% verificable en el reporte de originalidad del programa de Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender el artículo de revisión de literatura científica proyecto de investigación cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Trujillo 18 de octubre 2023



Apellidos y Nombres del Asesor: Llaque Sanchez, Maria Rocio del Pilar	
DNI: 17907759	Firma  CMP: 19275
ORCID: 0000-0002-6764-4068	