



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ANESTESIOLOGÍA**

Morfina intratecal y disminución del dolor postoperatorio en cesareadas. Hospital II-2 MINSA. Sullana - Piura, 2024

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Segunda Especialidad en Anestesiología

AUTORA:

Reto Mendives, Ruby Kelly Tatiana (orcid.org/0000-0002-0212-5646)

ASESORA:

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

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO - PERU

2024

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
CÁRATULA	
ÍNDICE DE CONTENIDOS	ii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	12
3.1. Tipo y diseño de investigación	12
3.2. Variables y operacionalización	12
3.3. Población, muestra y muestreo	13
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	14
3.5. Procedimientos	14
3.6. Método de análisis de datos	15
3.7. Aspectos éticos	15
IV. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	16
4.1. Recursos y Presupuesto	17
4.2. Financiamiento	17
4.3. Cronograma de ejecución	17
REFERENCIAS	
ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, las estadísticas que describen la realidad de los países de primer mundo señalan que el parto por cesárea alcanza alrededor del 15% del total de los nacimientos, a partir de lo cual el manejo dado por parte de los médicos anestesiólogos crece y varía continuamente.¹ Dentro de los avances, en dichas naciones de primer mundo, se han desarrollado técnicas seguras y con mejores e indubitables resultados para el manejo de paciente obstétrico y el tratamiento post cirugía del dolor no es la exclusión, esto debido a que hay argumentos que demuestra que el dolor agudo postoperatorio, si no es abordado tiende a cronificar.²

Además, para recuperar las funciones y comenzar a caminar se tomará más tiempo de lo previsto, incrementando el riesgo de otros problemas como la depresión posterior a la cesárea; en cambio el manejo óptimo garantiza una excelente relación entre madre y neonato y permite hacer la lactancia de forma precoz; la evidencia demuestra que, en toda paciente sometida a cesárea, el efecto adverso más relevante y en cifras más elevadas es el dolor.³

Estadísticamente se observa que en países como Colombia, se alcanzan tasas de cesárea, que exceden el 45% durante la última década, así mismo en Brasil, a nivel privado, el porcentaje de cesáreas puede alcanzar hasta un 90%.⁴

Chile también presenta porcentajes muy altos, siendo en la parte pública un 40% y en el sector privado hasta un 76%.⁵ Y es que al observar dichas cifras, la mayor preocupación es disminuir el dolor en la fémina después de realizada la cesárea cuyo manejo es crucial, pues parte importante de mantener la vida del neonato y la madre, es optimización del bienestar y minimización de dolor de ambos.⁶

Las cifras porcentuales en Perú son elevadas, del 40 % de nacimientos ocurren por cesárea, lo que conlleva que el tratar el dolor en la puérpera, se convierte en un reto importante, ya que aunque actualmente hay un mejor desarrollo de los tratamientos e incluso hay la inclusión de la analgesia multimodal, ésta resulta insuficiente en algunos casos, dependiendo de qué tan cruenta es la cirugía (cesárea vertical de urgencia) o el umbral del dolor de la puérpera;⁷ aunado a esto se encuentra el

limitado acceso a fármaco y la casi inexistente cantidad de investigaciones de suficiente calidad académica, que realzan la necesidad del uso de fármacos como la morfina intratecal.⁶

Todos los datos evidenciados en las distintas regiones del mundo permiten comprender el alto porcentaje de incidencia de la cesaría, más aún en los países tercermundistas,⁸ así como el deficiente manejo del dolor; esto debido a que hay investigaciones que demuestran que el dolor intenso post operatorio, si no se trata tiende a cronificar, además para recuperar las funciones y comenzar a caminar se tomará más tiempo de lo previsto, así entre otras muy variables, limitantes y traumáticas condiciones.⁹

No se puede negar entonces que es de gran interés la investigación del manejo eficiente del dolor en aquellas féminas que han sido sometidas a una cirugía por cesárea a partir de tratamientos que proyectan resultados favorables, como es el caso del uso de morfina intratecal.¹⁰

De lo que antes se menciona se puede plantear el problema general que es: **¿En qué medida la morfina intratecal sumada al anestésico local disminuye más el dolor postoperatorio comparado con el uso de anestésico local solo, en pacientes cesareadas atendidas en un Hospital II-2 MINSA de la provincia de Sullana - Piura, 2024?**

En la búsqueda de referencias del presente trabajo se identificó una carencia importante de antecedentes evocados a la investigación del fenómeno y variables incluidos en la presente investigación sobre la analgesia después de una cirugía por cesárea con anestesia de técnica neuroaxial.

Además, la cesárea es la cirugía que se ve con más frecuencia entre las programaciones diarias en un Hospital II-2 de la provincia de Sullana, en la observación clínica dada en centro quirúrgico se identifica que el ingreso de féminas en trabajo de parto para cesaría oscila entre 10 a 15 casos cada 24 horas, cifra alarmante debido a que esta sobredemanda impide la supervisión adecuada del limitado personal asistencial existente para el uso de analgesia multimodal.

Y dado que no existe un protocolo que incluya el uso de morfina intratecal al colocar anestesia raquídea, y se subestima el dolor postoperatorio, que si no es tratado a tiempo puede llegar a convertirse en un dolor crónico y pasar a ser un problema permanente, se hace esta investigación como evidencia para que se incluya este tratamiento ya que a diferencia de otros fármacos, la morfina nos garantiza una analgesia de 12 hasta 24 horas, permitiendo una mejor y rápida recuperación de la paciente y un mayor tiempo de apego entre madre e hijo y la disminución de la estancia hospitalaria.

Es por ello que se tuvo a bien realizar el siguiente estudio ya que es ahí a donde apunta el aporte teórico, a crear un aporte de validez científica que podrá ser empleados como base en próximos trabajos de investigación. Al mismo tiempo el presente estudio, justifica un aporte social, pues brinda una contribución importante, al permitir mejorar las condiciones post operatorias en las pacientes cesareadas, lo que generará consecuentemente mejoras y prontitud en la recuperación y funcionalidad alcanzada tras la cirugía.

Por otro lado, el **objetivo general**, es: Determinar si la morfina intratecal sumada al anestésico local disminuye más el dolor postoperatorio comparado con el uso de anestésico local solo, en pacientes cesareadas en un Hospital II-2 de la provincia de Sullana, 2024. Y como **objetivos específicos**: Evaluar el dolor post operatorio en post cesareadas tratadas con morfina intratecal más anestésico local. Evaluar el dolor post operatorio en pacientes tratadas con anestésico local solo. Comparar el control del dolor en ambos tratamientos.

Finalmente, las **hipótesis** son:

H₁. La morfina intratecal sumada al anestésico local disminuye más el dolor postoperatorio comparado con el uso de anestésico local solo, en pacientes cesareadas atendidas en un Hospital II-2 MINSA de la provincia de Sullana - Piura, 2024.

H₀. La morfina intratecal sumada al anestésico local no disminuye más el dolor postoperatorio comparado con el uso de anestésico local solo, en pacientes

cesareadas atendidas en un Hospital II-2 MINSA de la provincia de Sullana - Piura,
2024.

II. MARCO TEÓRICO

Osorio F. et al. (Colombia, 2020). En su investigación de tipo observacional analítica, comparan la analgesia postoperatoria en cuatro momentos: al realizar la incisión, a las 3, a las 6 y a las 12 horas posterior a la cirugía, todo esto después de aplicar mezclas de fentanilo, morfina y bupivacaína (BMF); fentanilo, hidromorfona y bupivacaína (BHF); y bupivacaína e hidromorfona (BH), en el espacio subaracnoideo, en 71 pacientes. Se evaluaron los diferentes efectos secundarios y la analgesia según la escala Visual Análoga de Dolor (EVA) a las 3, a las 6 y a las 12 horas posteriores. Resultando que el EVA en estos periodos tuvo una disminución significativa con el uso de hidromorfona ($p < 0.05$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la incidencia de prurito ($p = 0,64$) e hipotensión ($p = 0,10$), ninguna tuvo depresión respiratoria, ni hubo diferencia en la duración del bloqueo motor. Concluyen que la calidad de analgesia en las mezclas BHF y BH, según la satisfacción materna, fue mayor en un 76,6% ($p < 0.05$).¹¹

Alegre P. (Bolivia, 2020), en su ensayo clínico, doble ciego y prospectivo, compara la analgesia post cirugía al utilizar en la vía intratecal la dexmedetomidina y morfina, más anestésico local, en mujeres post cesareadas. Agrupa de la siguiente manera: Grupo D2 (dexmedetomidina 2 μ g, fentanilo (FNT) 10 μ g y bupivacaína 9 mg); grupo D3 (aplica la misma dosis de FNT y bupivacaína, pero aumentó dexmedetomidina a 3 ug); grupo M (emplea la misma cantidad de FNT y bupivacaína, pero cambia a morfina 100 ug). Se incluyen a 99 pacientes. Los resultados obtenidos evidencian una duración mayor de la analgesia en el grupo D2 ($p < 0.05$). Concluyendo que la dexmedetomidina a dosis de 2 μ g tiene menos cambios en la hemodinamia del paciente, con prolongación del efecto analgésico en un 36% por encima de los demás grupos ($p < 0.05$).¹²

García J. et al. (España, 2018). En su ensayo clínico correlacional cuasi experimental de campo, determinan la mejor analgesia postoperatoria, entre 2 fármacos: clonidina y morfina, ambos en anestesia neuroaxial (raquídea), en 60 pacientes sometidas a parto por cesárea. Aplican el estadístico de Friedman

($p=0,02$). Encuentran que el tiempo transcurrido desde la colocación de la primera dosis de morfina hasta la solicitud de dosis de mantenimiento es de $14,5 \pm 2,1$ horas; mientras que para la clonidina el tiempo desde la primera dosis y el mantenimiento fue $8,18 \pm 2,91$ horas ($p=0.02$); así mismo al usar la morfina se obtuvo mayor calidad de analgesia, notificado por un EVA de 1 punto, puntaje menor a comparación de clonidina con EVA de 6 puntos ($p= 0,01$). Concluyen que utilizar la morfina a dosis de 100 ug más bupivacaína hiperbárica con la técnica neuroaxial de tipo subaracnoidea, aumenta la analgesia postoperatoria a 24,7% más que la clonidina a dosis de 75 ug ($p>0.05$).¹³

Jiménez M. (México, 2018). En su estudio experimental, busca conocer en mujeres post cesareadas la mejor y más efectiva dosis de morfina con los menores efectos secundarios. Toma como muestra a 100 mujeres post cesareadas y forma dos grupos, cada uno con 50 pacientes, denominados según su ASA (sociedad americana de anestesiología) en I y II. A cada grupo se le administra anestesia raquídea con morfina a dosis de 80 μ g y 40 μ g, más 9 mg de bupivacaína hiperbárica al 0.5%. Al evaluar el EVA a las 24 horas de la operación, se observa que la analgesia fue efectiva y el síntoma predominante fue el prurito ($p<0.05$). Concluye que la morfina intratecal es la elección de oro para tratar el dolor en más del 90% de los pacientes y para evitar efectos secundarios la dosis es de 100 ug ($P< 0.05$).

14

Ortiz I. (Venezuela, 2018), realiza un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo y no experimental, sobre la administración de analgesia preventiva en pacientes post cesareadas, con una muestra de 47 féminas. Se utilizó Metamizol en un 53,2% y bupivacaína con FNT por vía subaracnoidea en un 87,3%; en aquellos pacientes en los que se utiliza Metamizol se obtuvo que un 74,5% tuvo dolor, siendo según la EVA: 34% moderado y 40,5% severo. Concluyendo que en el 74,5% de pacientes no fue efectivo el tratar solamente con fármacos el dolor postoperatorio ($p>0,05$).¹⁵

Carvalho N. et al. (Brasil, 2017). En su estudio de tipo transversal, incluyen a 1062 féminas cesareadas. Evalúan la intensidad del dolor post cesárea mediante la Escala del dolor (0-10) y el test de McGill. La repercusión del dolor tuvo un intervalo

de confianza del 95 %. Se presentó dolor en el 92,7% (IC 95%: 90,9 - 94,2) encontrando que la intensidad media, cuando se tuvo el peor dolor, fue de 6,6 ($p>0.05$). Las respuestas más utilizadas fueron "dolorida" (91,6%), "dolorida a la palpación" (70,0%) y "palpitante" (56,1%). Concluyen que sí existe dolor postoperatorio de gran intensidad en las mujeres post cesareadas y que es importante evaluar el dolor para curarlo y sobre todo prevenirlo. ¹⁶

Rodriguez D. (Perú, 2019). En su estudio de tipo observacional, cohorte comparativo prospectivo. Determinó la efectividad analgésica al utilizar morfina epidural a dosis de 2 mg y 3 mg en cesárea. Los resultados obtenidos señalan que, durante las seis primeras horas el 94,7% de pacientes a quienes se les suministró morfina, no tuvieron dolor ($p<0.05$) pero sí presentan reacciones adversas propios de los opioides. Concluyendo que con el uso de morfina epidural el dolor disminuyó en el 94.7% de los pacientes, pero que pese a alcanzar la efectividad analgésica, la presencia de efectos secundarios precisa la necesidad de nuevos estudios. ¹⁷

Guarda M. (Perú, 2017). En su estudio analítico de cohorte histórico, de tipo observacional, describió en 60 pacientes post cesareadas la variación del dolor con morfina intratecal y el abordaje típico en un hospital. Los resultados señalaron que utilizar morfina intratecal para tratar el dolor generado después de la cirugía por cesárea proporciona un manejo idóneo y además extiende el tiempo de analgesia incluso con bajas dosis ($p=0.08$). Llegando a la conclusión de que la morfina tiene muy buen efecto analgésico, debido a que sus efectos superan los alcanzados por el abordaje habitual hasta en un 97,3%. ¹⁸

Bolívar A. (Perú, 2017). En su investigación descriptiva, comparativa y retrospectiva. Comparó la analgesia postoperatoria de dos anestésicos locales (levobupivacaína y bupivacaína) asociadas a morfina en mujeres post operadas de cirugía por cesárea. Los resultados indican que, fue igual la analgesia otorgada, con una disminución del dolor casi idéntica en ambos grupos ($p>0.05$); la calidad del alivio del dolor, según la percepción de la puérpera, fue mayor en el grupo de la levobupivacaína ($p=0.08$). Concluyó que al usar bupivacaina/morfina y levobupivacaína/morfina ambos presentan tasas que demuestran un buen control y

manejo del dolor postoperatorio en pacientes cesareadas, pues ambos alcanzan niveles de calidad de analgesia de hasta 80% en las pacientes ($p > 0.05$).¹⁹

La International Association for the Study of Pain (IASP), conceptualiza el dolor como aquella situación física y mental no agradable, relacionada a una experiencia antigua y que puede ser un daño físico real o no. Por ello existe siempre y cuando un paciente lo sienta.²⁰ Señala también que el dolor está relacionado al daño físico o tisular pero que no es producido netamente por éste, esto permite considerar dentro de dolor a aquellas situaciones en que no hay un daño físico o tisular y sin embargo hay dolor, como es el caso de las lesiones de tipo neurológicas, en el que se refiere dolor, pero no hay daño o lesión de forma periférica.²¹

Existen tres tipos de receptores en la percepción del dolor, dentro de los cuales tenemos: receptor sensitivo (responden a la presión ejercida en la piel); receptor térmico (responden a cambios de temperatura) y receptores polimodales (responden a todos los estímulos).²²

Se enumeran una serie de cambios fisiopatológicos importantes al momento de producirse el dolor, lo cual comienza con un estímulo en la periferia, luego se activa y sensibiliza la zona estimulada, produciendo un proceso denominado: transducción, que consiste en el cambio de un estímulo nociceptivo a un impulso eléctrico.²³ Es en este momento en que la fibra nerviosa que fue estimulada envía diversos impulsos también de tipo nervioso a lo que se le llama: potencial de acción, este llega hasta la segunda neurona la que se encuentra ubicada en la asta dorsal de la médula espinal, este último proceso se denomina transmisión.²⁴

Por otro lado, el dolor tiene un proceso neural para poder ser transmitido, el cual está conformado por: la traducción que es aquel proceso en el que se convierte la señal eléctrica a través del estímulo nociceptivo, así mismo, se denomina transmisión cuando los estímulos nociceptivos van desde la asta dorsal de la médula espinal hasta el tálamo y la corteza cerebral, participan activamente neurotransmisores como: glutamato, sustancia P y péptido de calcitonina y por último cuando la señal dada en la nocicepción es cambiada en los centros superiores se llama: modulación.²⁵

Los opioides tanto endógenos como exógenos generan disminución del ingreso de calcio a la célula, incremento de la salida del potasio y a su vez inhibición de la adenilato-ciclasa.²⁶ La activación del sistema neural descendente disminuye el dolor mediante la liberación de encefalinas, dinorfinas y betaendorfinas.^{27, 28}

El dolor presentado tras la cirugía está regido por: el tipo de intervención quirúrgica, que tan cruenta ha sido la cirugía realizada, las complicaciones y sobre todo el motivo de la cirugía programada, o la combinación de todos estos factores; cuya característica es que se presenta de forma aguda, en un tiempo que puede medirse, limitarse y cuantificarse.²⁹ El tratar de forma inadecuada el dolor agudo luego de haber realizado una operación conlleva a que este se cronifique, afectando la calidad de vida del paciente, incrementando además costos en su recuperación.^{30,}

31

Al momento de realizar anestesia neuroaxial, se inyectan anestésicos locales en el espacio raquídeo o peridural para que pueda llevarse a cabo la intervención quirúrgica.³⁰ Pero estos tienen un tiempo de vida media corto, haciendo deficiente la analgesia después de la cirugía, presentándose en la unidad de recuperación post anestésica (URPA), el dolor.^{32, 33}

Otra alternativa para combatir este dolor postoperatorio es utilizar los anestésicos locales en infiltración local de herida operatoria, sin embargo, son deficientes, sobre todo en aquellos pacientes que ya han recibido anteriormente algún tipo de analgesia multimodal.³⁴

Está demostrado que asegurar una buena analgesia después de la cirugía resulta más beneficioso en el paciente, ya que asegura una recuperación temprana, reduciendo el tiempo hospitalario y generando más confort en el paciente.^{35, 36} Así mismo en las puérperas ayuda a desarrollar un apego entre la madre y el neonato, disminuyendo los factores endocrinos y el estrés que pueden interferir.³⁷

La morfina utilizada en el espacio raquídeo es la mejor opción y al mismo tiempo la de mayor uso para la analgesia en las pacientes después de una cirugía de cesárea. Dando un confort por 24 horas.³⁸ Pero puede causar síntomas secundarios

indeseables como: náuseas, vómito, sudación, picazón y dificultad para respirar, por lo que debe ser monitorizada.^{39, 40}

Estos efectos secundarios se presentan sobre todo cuando se utilizan grandes dosis, por lo cual las guías de práctica clínica sugieren no utilizar más de 300 microgramos (ug), dejando claro que la dosis ideal en pacientes obstétricas debe ser 150 a 200 ug, logrando así minimizar la frecuencia de efectos secundarios.⁴¹ En los últimos años hay evidencia en estudios que podría darse una excelente analgesia con dosis mínimas que no excedan los 100 ug.^{42, 43}

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación.

Tipo de estudio: Aplicado.⁴⁴

Diseño de investigación: No experimental, descriptivo, cohorte prospectiva.⁴⁴
(Ver Anexo 01)

3.2 Variables, operacionalización.

Variables Independiente: tratamiento anestésico

- A. Anestésico local más morfina.
- B. Anestésico local.

Variables Dependientes: Disminución del dolor postoperatorio mediante la Escala visual análoga del dolor (EVA).

- A. Eficaz: EVA de 0 – 3. ⁴⁴
- B. Ineficaz: EVA mayor de 3. ⁴⁴

Variables Intervinientes:

- A. Edad de la madre.
- B. Edad gestacional.
- C. Multiparidad.
- D. Tiempo operatorio.

Operacionalización de variables (Ver Anexo 02)

3.3. Población, muestra y muestreo.

Población: Serán post cesareadas, quienes hayan sido intervenidas quirúrgicamente en el HAS II-2.

- **Criterios de inclusión:**

- ✓ Pacientes programadas para cesárea durante los meses de julio-diciembre 2024.
- ✓ Pacientes mayores de edad.
- ✓ Pacientes con adecuado control durante el embarazo.

- **Criterios de exclusión:**

- ✓ Pacientes programadas para parto natural.
- ✓ Pacientes que presentan preeclampsia y eclampsia.
- ✓ Pacientes con enfermedades de transmisión sexual.
- ✓ Pacientes con trastornos psiquiátricos.
- ✓ Pacientes con trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas.
- ✓ Pacientes con alergias a los opioides.

Muestra: Se aplica la fórmula para estudios de cohorte comparativa, obteniendo un tamaño de muestra de 242 pacientes en total, 141 con anestésico local más morfina y 141 con anestésico local solo. ⁴⁵ (Ver Anexo 03)

Muestreo: probabilístico, aleatorio simple. ⁴⁵

Unidad de análisis: Cada paciente programada para cesárea.

Unidad de Muestreo: La ficha clínica de cada paciente post operada de cesárea.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Técnica: entrevista. ⁴⁴

Instrumento:

a.- Se aplica una ficha de recolección de datos en donde se registrará la información relacionada con las variables.⁴⁴

b.- Se aplica la Escala Visual Analógica (EVA) para evaluar la disminución del dolor en las pacientes, Al ser un instrumento de respuesta psicométrica, está formado por una línea de diez centímetros horizontal, al inicio y al final de esta línea se hallan las expresiones topes del dolor. En el derecho la mayor intensidad y el izquierdo la ausencia o menor intensidad. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. Se interpretará como leve hasta 3 cm, Moderada de 4-7cm y severa si supera los 7 cm.³⁸ (Ver anexo 04)

Validación y confiabilidad:

Para determinar la validez de la ficha de recolección de datos, se aplicará la técnica de expertos³⁷ a fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos, se ha considerado el apoyo de tres médicos anesthesiologists.

La escala visual análoga, fue validada en el Perú, por Cayao y Changa (2017), sometieron el cuestionario a consideración y opinión de cinco especialistas, expertos de la universidad peruana Cayetano Heredia. Todos estuvieron de acuerdo en la aplicabilidad de la prueba. Así mismo, para determinar la Confiabilidad del instrumento, Cayao y Changa (2017) emplearon el programa SPSS Estatistic 21 y la técnica de fiabilidad alfa de Cronbach, logrando un coeficiente de 0,983, lo que indicaría una confiabilidad aceptable para la aplicación del instrumento.³⁷

3.5. Procedimientos.

Los procedimientos incorporan los siguientes pasos:

- ✓ Esperar la aprobación del proyecto por el Comité de ética en Investigación de la UCV, aprobado por el Jurado evaluador de UCV.
- ✓ Permisos y autorización para el desarrollo de la investigación en el mencionado nosocomio.
- ✓ A la par es necesario solicitar las historias clínicas, ya que este será netamente con fines investigativos; a la vez los datos personales van a permanecer separados de los datos clínicos para poder conservar el anonimato. La investigadora se compromete a no propagar la información personal de cada paciente.
- ✓ Demarcar el tiempo en que se aplicará el tratamiento: Planificando para su aplicación a diferentes días y horas de la semana a partir de las programaciones de cesáreas.
- ✓ Demarcar el tiempo de en que se recolectarán los datos informativos: Planificando que serán realizados en distintos días y horas para poder obtener resultados más confiables.
- ✓ Aplicación del EVA a cada paciente.

3.6. Método de análisis de datos.

La información se tratará mediante una base de datos sin nombre y codificada con el programa MS Excel.

Los datos recopilados serán organizados, tabulados para su posterior descripción.

En la presente investigación, los datos cuantitativos serán analizados considerando el número de pacientes, la desviación estándar, la media, el máximo, el mínimo, la mediana, el cuartil inferior y superior.

El análisis inferencial se realizará a través de la prueba estadística chi cuadrado, con un nivel de confiabilidad al 95% y una significancia estadística del 0.05. ⁴⁵

3.7. Aspectos éticos.

La investigación médica tiene como finalidad contribuir a tener nuevas y mejores estrategias para un adecuado diagnóstico, por ello se tendrá en cuenta esto en el presente estudio; se mantendrá confidencialidad en todo momento y una de las estrategias para lograrlo será el derecho a la privacidad de cada paciente. Se accederá a las historias con el fin investigativo, se tendrá en cuenta que la información personal de identificación del paciente se mantenga separada de los datos clínicos. Para cumplir con esto, se usa la Declaración de Helsinki para cumplir con la ética de la misma. Se toman en cuenta los numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23 y el Decreto Supremo 017 – 2006 y 006 – 2007 – SA de la Ley General de Salud.⁴⁴

IV. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

4.1. Recursos y Presupuesto

Rubros	Especificaciones	Cantidad	Precio por unidad S/	Total S/
RECURSOS HUMANOS	Asesor (horas)	10	300	3000
	Estadístico (horas)	5	200	1000
	Total:	15	500	4000
MATERIALES	Lapiceros	50	2	100
	Hojas bond (500 unidades)	5	20	100
	USBs	2	50	100
	Grapas	5	10	50
	Clics	5	10	50
	Folders	10	2	20
	Cuaderno	1	30	30
	Total:	78	124	250
SERVICIOS	Internet	1	200	200
	Teléfono	1	100	100
	Refrigerio	10	10	100
	Pasajes	15	20	300

	Alimentación	20	10	200
	Impresiones	100	01	100
	Total	147	341	1000

El consolidado de los datos es:

Rubros	Costos S/
Recursos humanos	4000
Materiales y útiles de oficina	250
Servicios	1000
TOTAL FINAL	5250

4.2. Financiamiento.

ENTIDAD FINANCIADORA	MONTO	PORCENTAJE
UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO (financiamiento con asesor)	S/ 500,00	10%

El estudio será autofinanciado por la persona responsable de la investigación, excepto el asesor que es financiado por la universidad. En total será S/ 5250.00 incluido IGV.

4.3. Cronograma de ejecución.

Actividad	Año 2023 – 2024					
	Jul- Ag	Set – Oct	Nov - Dic	Ene- Feb	Mar - Abr	May

Elaboración del proyecto.	Búsqueda de información	+	+				
	Diseño de estudio	+	+				
	Aprobación			+			
Realización del proyecto.	Coordinación de acciones			+			
	Selección de las historias			+			
	Recolección de datos			+	+	+	+
	Procesamiento de la información						+
	Análisis						+
Elaboración del informe de investigación	Discusión y conclusiones						+
	Informe final						+
	Sustentación						+

REFERENCIAS

1. Esteban M. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tesis Doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, Departamento de Antropologia; 2007. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/8421>
2. Maldona M. Salud Mental Perinatal. Segunda ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2017. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: [9789275332498_spa.pdf \(paho.org\)](9789275332498_spa.pdf)
3. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2019 Abril; 4(1) 2017 [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
4. Ramos G, Ferrer L, Mojica V, González M. Manejo de la analgesia del parto poscesárea: estrategias farmacológicas. Colomb. J. Anestesia. [Internet]. 1 de octubre de 2017; 45(4):327–334. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.revcolanest.com.co/index.php/rca/article/view/561>
5. Domke P., Contreras V., Contreras F., Carbonell P. Manejo del dolor agudo postoperatorio en operación cesárea. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2018; 83(6): 635-642. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000600635&lng=es
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Desarrollo y Población. Montevideo: CEPAL, Departamento de Investigación; 2017. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: [S1700849_es.pdf \(cepal.org\)](S1700849_es.pdf)
7. García L. Multiparidad como factor de riesgo para enfermedad trofoblástica gestacional en el Hospital Belén de Trujillo. Tesis de Grado. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Escuela profesional de medicina; 2016. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/2207/1/RE_MED.HUMA.L

[UIS.GARCIA_MULTIPARIDAD.COMO.FACTOR.DE.RIESGO.PARA.ENFERMEDAD_DATOS.pdf](#)

8. Sinchitullo A., Roldán L., Arango P. Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2020 Jul; 20(3): 444-451. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000300444&lng=es

9. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2017 Abril; 15(2). [citado 27 de noviembre de 2022] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/714843/retrieve>

10. Librero J., Peiró S., Belda A., Calabuig J. Section rate in low-risk women: a useful indicator to compare hospitals attending deliveries with different risks. Rev Esp Salud Publica. [Internet]. 2014 Jun; 88(3):315-26. Español. doi: 10.4321/S1135-57272014000300002. PMID: 25028300. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25028300/>

11. Osorio C., Ortiz G., Valencia J., Arango F. Comparison among subarachnoid opioid mix for cesarean section – An observational study. Colomb. J. Anesthesiol. [Internet]. 2020 Sep. 4;49(1). [citado 27 de noviembre de 2022]. Available from: <https://www.revcolanest.com.co/index.php/rca/article/view/940>

12. Alegre P. Efecto de la dexmedetomidina y morfina intratecal como coadyuvantes en anestesia obstétrica. Rev Cient Cien Med [Internet]. 31 de diciembre de 2020; 23(2):184-91. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://rccm-umss.com/index.php/revistacientificacienciamedica/article/view/12>

13. García J., Lizcano C., Torres M., Álvarez L., Martínez L., Vallejo E. Efectividad analgésica de clonidina vs. Morfina como coadyuvante de la anestesia espinal con bupivacaína hiperbárica en pacientes sometidas a cesárea. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2018 Ago; 25(4): 207-213. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-

[80462018000400207&lng=es.%20%20https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3619/2017](https://doi.org/10.20986/resed.2018.3619/2017)

14. Jiménez M. Administración intratecal en dosis mínima de morfina para el manejo del dolor postquirúrgico en cesárea. *Anest. Méx.* [Internet]. 2018 Dic; 30(3): 38-46. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712018000300038&lng=es

15. Ortiz, I. Analgesia preventiva en pacientes sometidas a cesárea en el hospital universitario Dr. Ángel Larralde. Tesis de Grado. Naguanagua: Universidad de Carabobo, Escuela profesional de medicina; 2018. [citado 27 de noviembre de 2022] Disponible en <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/7713/iortiz.pdf?sequence=3>

16. Carvalho N., Costa B., Fortunato C., Cavalcante T., Silva B., Varanda L. Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea. *Enf Global* [Internet]. 1 de octubre de 2017;16(4):354-83. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/267721>

17. Rodriguez D. Eficacia de la morfina epidural para analgesia en cesárea Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Tesis de Grado. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2019. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/5041>

18. Guarda M. Tratamiento con morfina epidural en comparación con el tratamiento convencional en el manejo del dolor postoperatorio en cesareadas Hospital Carlos Alcántara Butterfield. Tesis de maestría. Lambayeque: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2017. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3732?show=full>

19. Bolívar A. Estudio comparativo de la analgesia posoperatoria de la levobupivacaína asociadas a la morfina en pacientes cesareadas. Tesis de segunda especialidad. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina

Humana; 2017. Report No.: 20.500.12727/2225. Perú. [citado 27 de noviembre de 2022] Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2225>

20. Pérez, J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev. SCielo [Internet]. 2020 Ago; 27(4): 33-45. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003

21. Zegarra Piérola Jaime Wilfredo. Bases fisiopatológicas del dolor. Acta méd. peruana [Internet]. 2007 Mayo; 24(2): 35-38. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000200007&lng=es

22. Flores G. Efectividad Analgesica de la Morfina como coadyuvante en Anestesia Espinal en pacientes sometidas a cesárea electiva en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega. Tesis de Maestría. Abancay: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Medicina Humana; 2019. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/8886>

23. Mugabure B., Echaniz E., Marín M.. Fisiología y farmacología clínica de los opioides epidurales e intratecales. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2005 Feb; 12(1): 33-45. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000100006&lng=es

24. Cárdenas P. Eficacia del fentanilo en anestesia raquídea para el dolor agudo postoperatorio. Rev. Méd. Panacea [Internet]. 2019 May; 8(3):116-120. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1127870>

25. Pérez A., Aragón M., Torres L. Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos?. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2017 Feb; 24(1):1-3. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462017000100001

26. Ramos-Alaniz A, Guajardo-Rosas J, Chejne-Gómez F, et al. Mecanismos para prevenir dolor agudo a crónico. Rev Mex Anest [Internet]. 2018 Jul; 41(1):44-47. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80192>
27. Tenorio S. Estudio comparativo entre dosis de morfina intratecal para analgesia después de la cesárea. Rev. Bras. de Anest [Internet]. 2013 Dic; 63(6). [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rba/a/r4tGwFK34VYDDXkTDXgYMtL/?lang=es>
28. Moriyama K, Ohashi Y, Motoyasu A, Ando T, Moriyama K, et al. (2016) Intrathecal Administration of Morphine Decreases Persistent Pain after Cesarean Section: A Prospective Observational Study. PLOS ONE [Internet]. 2016 Set; 11(5). [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155114>
29. Ulco S. Eficacia de bupivacaína hipobárica a dosis de 1.5 mg combinada con fentanilo en raquianestesia para legrados uterinos. Tesis Doctoral. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Escuela de Posgrado; 2018. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en <https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/2967/BC-TES-TMP-1786.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal. Primera ed. Lima: ARTPRINT; 2015. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/481_DGSP240.pdf
31. Rodríguez D, Silva L., Rubio R, Rendón M. Igual efectividad analgésica postcesárea con morfina intratecal a dosis de 50 y 100 µg. Acta méd. Grupo Ángeles [Internet]. 2018 Dic; 16(4): 298-303. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000400298

32. Herrera P, Garzón J. Opiáceos intratecales y depresión respiratoria: ¿un mito en obstetricia?. Rev. Col. de Anest. [Internet]. 2015 Dic; 43 (1): 101-103. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1951/195133064013.pdf>
33. Carvalho F, Tenório S. Comparative study between doses of intrathecal morphine for analgesia after caesarean. Braz J. Anesthesiol. [Internet]. 2013 Dic; 63(6):492-499. doi: 10.1016. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24565347/>
34. Gonzales Y, Velasquez K, Tamargo T. Eficacia analgésica y seguridad de dosis única de morfina intratecal. Rev cuba anestesiología reanim [Internet]. 2016 Dic; 15(3): 174-186. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182016000300001&lng=es
35. Ballester A, Fuentes Z, López S, Puerto T, Rodríguez O. Herramienta de evaluación del paciente con dolor postoperatorio. Rev cuba anestesiología reanim [Internet]. 2018 Ago; 17(2): 1-11. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182018000200004&lng=es
36. Fonseca Y, Díaz D, Quinatana Y, Fernández E, Álvarez D, Bustinzuriaga M. Evaluación antropométrica en gestantes atendidas en el Policlínico Turcios Lima, Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2021 Ago; 25(4): e 5079. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000400009&lng=es
37. Chestnut D, Wong C, Tsen L. Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice. Sexta ed. Washington: ELSEVIER; 2019. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www-elsevier-com.translate.goog/books/chestnuts-obstetric-anesthesia-principles-and-practice/chestnut/978-0-323-56688-9? x tr sl=en& x tr tl=es& x tr hl=es& x tr pto=sc>
38. Guevara-Ríos E, Gonzales-Medina C. Factores de riesgo de preeclampsia, una actualización desde la medicina basada en evidencias. Investigación Materno

Perinatal [Internet]. 15 de julio de 2019;8(1):30-5. [citado 27 de noviembre de 2022]
Disponible en:

<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/140>

39. Lattari A. Manual MSD. [Online].; 2021 [cited 2022 septiembre 18. Available from:

<https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/edad-gestacional>.

40. Ayala-Peralta F, Guevara-Ríos E, Rodríguez-Herrera MA, Ayala-Palomino R, Quiñones-Vásquez LA, Luna-Figueroa A, Carranza-Asmat C, Ochante-Rementería J. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. Investigación Materno Perinatal [Internet]. 3 de diciembre de 2016;5(2):9-15. [citado 27 de noviembre de 2022]
Disponible en:

<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/60>

41. Cabrera E. Factores obstétricos implicados en la aparición de infección de sitio quirúrgico en mujeres sometidas a cesárea. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2019 Ago; 8(3):17-20. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en:

<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/factores-obstetricos-implicados-aparicio>

42. Asociación Médica Mundial. Wma.net. [Online].; 2021 [cited 2022 Noviembre 15. Available from: <https://www.wma.net/es>

43. Porras-Hernández Juan Domingo. Enseñanza y aprendizaje de la cirugía. Investigación educ. médica [Internet]. 2016 Dic; 5(20): 261-267. [citado 22 de noviembre de 2022]. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572016000400261&lng=es

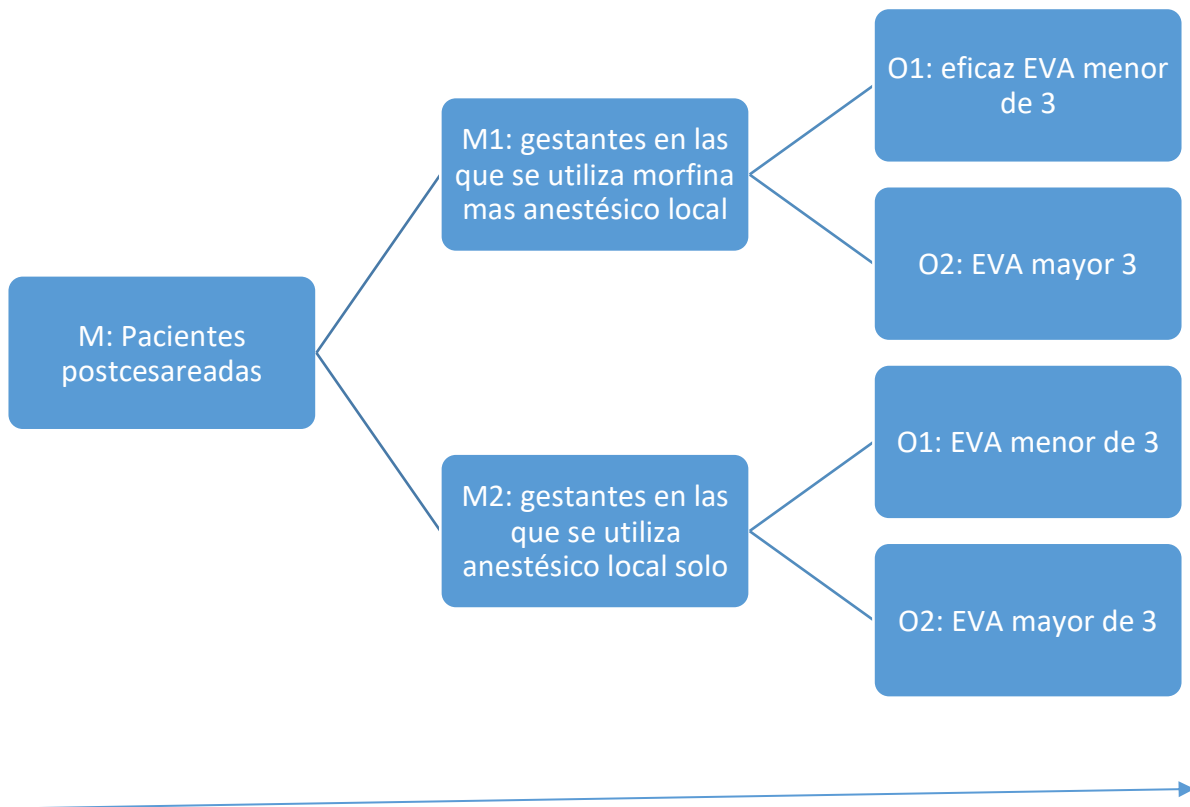
44. Vásquez I. Tipos de estudio y métodos de investigación. Primera ed. Murcia: Universidad de Murcia; 2016. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en:

<https://nodo.ugto.mx/wp-content/uploads/2016/05/Tipos-de-estudio-y-m%C3%A9todos-de-investigaci%C3%B3n.pdf>

45. García-García José Antonio, Reding-Bernal Arturo, López-Alvarenga Juan Carlos. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. Investigación educ. médica [Internet]. 2013 Dic; 2(8): 217-224. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000400007&lng=es

ANEXOS

Anexo 01: DIAGRAMA DE VARIABLES



Anexo 02: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA
Independiente : Tratamiento Anestésico	Fármacos que cumplen con la función de quitar el dolor y dar relajación en el paciente, mediante el bloqueo reversible de la conducción nerviosa al cerrar los canales de sodio, impidiendo que se dé la percepción del dolor, dando lugar a la pérdida de sensibilidad; pero que es capaz de revertirse completamente sin dejar secuelas una vez finalizado su tiempo de acción. ²⁶	Grupo A: morfina + anestésico local. Grupo B: anestésico local.	Grupo 01: anestésico local + morfina. Grupo 02: anestésico local.	Nominal Cualitativa
Dependiente: Dolor post operatorio	Malestar en el enfermo debido a la patología, a la intervención quirúrgica y a sus complicaciones o a una combinación de ambos, caracterizado básicamente por ser de inicio agudo, tener un límite de tiempo, poder predecirse y evitarse. ³⁵	Se evaluará EVA: Leve: menor de 3. ³⁷ Moderado: de 4 a 7. ³⁷ Severo: mayor de 7. ³⁷	A: Eficaz: EVA menor 3. B: Ineficaz EVA mayor de 3.	Cualitativa nominal

Variables intervinientes:	Se denomina así a las que afectan a la variable dependiente pero no tienen la capacidad de medirse, suelen deducirse y tienen un carácter poco completo. ³²	Edad de la madre: Es el periodo medido en años, del tiempo de vida de una persona que se encuentra en estado de gestación, siendo este el factor pronóstico aislado más importante del éxito de la tasa gestacional y la tasa de gestación evolutiva. ^{17, 32}	-Gestante adolescente: menor de 19 años ³³ -Gestante en edad adecuada: de 19 a 34 años. ³³ -Gestante añosa: mayor igual de 35 años. ³³	Cuantitativa discreta
		Edad gestacional: Es definida como el número de semanas que tiene una mujer embarazada, contabilizados desde su último período menstrual hasta el día en que nace el producto (alumbramiento). ^{27, 40,}	-Pretérmino: menor de 37 semanas. ^{27, 40} -A término: entre 37 y 40 semanas. ^{27, 40} -Post término: mayor de 40 semanas. ^{27, 40}	Cuantitativa discreta
		Multiparidad : Es la situación en la que la gestante ha tenido más de 2 partos previo a su gestación actual. ²⁸	Si No	Cualitativa nominal

		<p>Tiempo operatorio:</p> <p>Es el tiempo transcurrido desde que la gestante ingresa al quirófano hasta que sale de este.^{29,}</p>	<p>- Menos de 45 minutos. ^{29, 30, 43, 44, 45}</p> <p>-Más de 45 minutos. ^{29, 30, 43, 44, 45}</p>	<p>Cuantitativa discreta</p>
--	--	--	--	------------------------------

Anexo 03: FÓRMULA DE LA MUESTRA DESARROLLADA

El tamaño muestral se obtuvo utilizando la ecuación siguiente:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 (P_1 Q_1 + P_2 Q_2)}{(P_1 - P_2)^2}$$

Donde $RR = \frac{P_2}{P_1}$ o también:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 ((1/P_1 Q_1) + (1/P_2 Q_2))}{(1n(1-e))^2}$$

Donde:

$$Z_{\alpha/2} + Z_{\beta} = (Z_{\alpha/2} = 1.96), (Z_{\beta} = 1.28).$$

$$P_1 = 0.3$$

$$P_2 = 0.5$$

$$Q_1 = (1 - 0.3)$$

$$Q_2 = (1 - 0.5)$$

$$e = 0.05.$$

Tras desarrollar la ecuación se distingue que la muestra de la población será de sujetos.

$$n = \frac{(1.96 + 1.28)^2 (0.3 * 0.7 + 0.5 * 0.5)}{(0.3 - 0.5)^2}$$

$$n = \frac{(3.24)^2 (0.21 + 0.25)}{(0.3 - 0.5)^2}$$

$$n = \frac{10.4976 * 0.46}{(-0.2)^2}$$

$$n = 121$$

Anexo 04 : DOCUMENTO DE RECOPIACIÓN DE DATOS

Fecha.....

N.º

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de la Historia Clínica: _____

1.2. Edad de la madre: _____

1.3. Edad gestacional: _____

1.4. Multiparidad: Si () No ()

1.5. Tiempo operatorio: _____

II. DATOS ESPECÍFICOS:

Estrategia Terapéutica: Morfina () Sin morfina ()

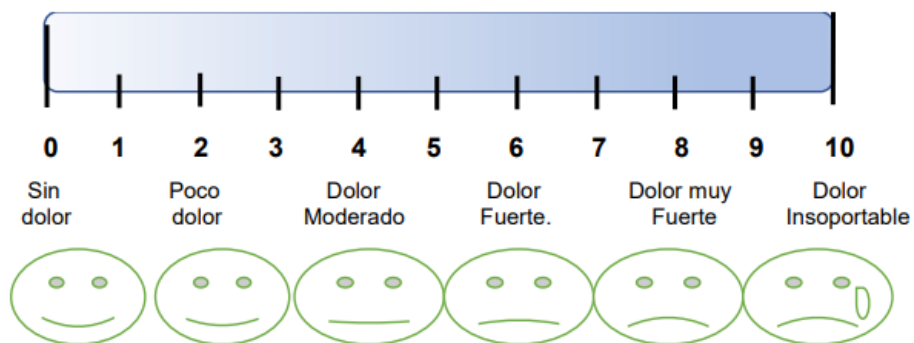
Intensidad del dolor (Puntaje EVA):

A las 6 horas:

A las 12 horas:

A las 24 horas.....

ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR



Anexo 05

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN.

La finalidad de este documento es proporcionar a los participantes de este estudio para explicar de forma clara la esencia y finalidad del estudio, además del rol que se va a cumplir al ser participante. Si usted autoriza o accede a la participación en este estudio, se le pedirá dar una respuesta a diversas preguntas formuladas en una encuesta, entrevista o según lo que se requiera para completar este estudio. El tiempo estimado será de 25 minutos.

Yo ----- con uso de todas mis facultades mentales, confiero mi consentimiento para la participación en el proyecto de interés del investigador: “Morfina intratecal y disminución del dolor post operatorio en paciente cesareadas atendidas en un Hospital de la provincia de Sullana”.

Declaro que se me brindó toda la información de manera clara sobre el proyecto y al mismo tiempo se me explicó que no hay ningún riesgo personal o social.

Doy la razón que cualquier información emitida en este estudio es de carácter confidencial y sólo podrán ser utilizados con mi consentimiento.

Tengo entendido que el investigador me otorgará una copia de esta ficha y que estoy autorizada para pedir información de los resultados de esta investigación una vez concluida. Para pedir información estoy autorizada a contactar con el número 935127123. Dejo constancia que mi participación es voluntaria.

Firma

Dra. Ruby Kelly Reto Mendives

Anexo 06: DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR

Yo Reto Mendives, Ruby Kelly Tatiana, egresado de la Facultad de ciencias de la salud, escuela profesional de medicina de la Universidad César Vallejo sede Trujillo, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan al trabajo de investigación/trabajo académico/proyecto de investigación/informe de tesis titulada: "Morfina intratecal y disminución del dolor postoperatorio en cesareadas. Hospital II-2 MINSA. Sullana - Piura, 2024" es de mi autoría, por lo tanto, declaro que el proyecto de investigación:

1. No ha sido plagiado ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicado ni presentado anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

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.

Lugar y fecha,

Apellidos y Nombres del Autor	
DNI:	Firma
ORCID:	
Apellidos y Nombres del Autor	
DNI:	Firma
ORCID:	

Anexo 07: DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR

Yo,, docente de la Facultad de ciencias de la salud, escuela profesional de medicina de la Universidad César Vallejo sede Trujillo, asesora del proyecto de investigación titulado: “Morfina intratecal y disminución del dolor postoperatorio en cesareadas. Hospital II-2 MINSA. Sullana - Piura, 2024” del autor Reto Mendives, Ruby Kelly Tatiana, constato que la investigación tiene un índice de similitud de% verificable en el reporte de originalidad del programa 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 trabajo de tesis 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.

Lugar y fecha,

Apellidos y Nombres del Asesor:	
DNI	Firma
ORCID	



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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:

“Morfina intratecal y disminución del dolor postoperatorio en cesareadas. Hospital II-2 MINSA. Sullana - Piura, 2024” de la autor(a) RETO MENDIVES RUBY KELLY TATIANA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 13.00% verificable en el reporte de originalidad del programa 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 19 de julio 2024

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