

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**“EFICACIA DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO ABDOMINAL VS
BLOQUEO DEL CUADRADO LUMBAR PARA EL DOLOR AGUDO
POSTOPERATORIO EN PACIENTES POST-HISTERECTOMIZADAS EN EL
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN ABRIL-SEPTIEMBRE DEL 2024”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN:

ANESTESIOLOGÍA

AUTOR:

M.C Noemy Villalobos Vargas

ASESOR:

M.C. Diaz Osorio, Alejandra

ORCID: 0009-0000-2516-7841

Cajamarca – Perú

2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: Noemy Villalobos Vargas
DNI. 48281074
Escuela Profesional/Unidad UNC: Unidad de Segunda Especialización – Residentado Médico
2. Asesor: MC. Alejandra Diaz Osorio
Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
3. Grado Académico o título Profesional: Segunda Especialidad – **Anestesiología**
4. Tipo de Investigación: Trabajo Académico
5. Título de Proyecto de Investigación: **"EFICACIA DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO ABDOMINAL VS BLOQUEO DEL CUADRADO LUMBAR PARA EL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN PACIENTES POST – HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN ABRIL – SEPTIEMBRE DEL 2024"**
6. Fecha de Evaluación: 05/05/2025
7. Software Antiplagio: TURNITIN
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 17%
9. Código Documento: oid: 3117:454314431
10. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 09 de mayo del 2025



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Mg. MC. Wilder A. Guevara Ortiz
DIRECTOR

GENERALIDADES

1. TÍTULO DEL PROYECTO

Eficacia del bloqueo del plano transversal abdominal vs bloqueo del cuadrado lumbar para el dolor agudo postoperatorio en pacientes post-histerectomizadas en el Hospital General de Jaén – 2024.

2. NOMBRES Y APELLIDOS DEL TUTOR

M.C. Noemy Villalobos Vargas

3. AÑO DE ESTUDIO

Primer año de Anestesiología

4. NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASESOR

MC. Alejandra Díaz Osorio, Médico anestesióloga del Hospital General de Jaén

ORCID: 0009-0000-2516-7841

5. AREA Y LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Cirugía, estudio de comparación de eficacia de dos diferentes tipos de bloqueos en el manejo de dolor en pacientes post-histerectomizadas

6. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Experimental de tipo ensayo clínico prospectivo, analítico, longitudinal

7. RÉGIMEN DE LA INVESTIGACIÓN:

Libre.

8. DEPARTAMENTO Y SECCIÓN A LA QUE PERTENECE EL PROYECTO:

Departamento Académico de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca en el área de Ciencia Clínica.

9. LOCALIDAD E INSTITUCIÓN DONDE SE DESARROLLARÁ EL PROYECTO:

Ciudad de Jaén en el Hospital General de Jaén

10. DURACIÓN TOTAL DEL PROYECTO:

Fecha de inicio: Julio 2024

Fecha de término: Diciembre 2024

11. ETAPAS (CRONOGRAMA)

ETAPAS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO
I. PREPARACIÓN DEL PROYECTO	ENERO 2024	MARZO 2024
II. RECOLECCIÓN DE DATOS	JULIO 2024	DICIEMBRE 2024
III. PRECESAMIENTO DE DATOS	NOVIEMBRE 2024	
IV. ANÁLISIS DE DATOS	NOVIEMBRE 2024	
V. ELABORACIÓN DE INFORME	DICIEMBRE 2024	

12. RECURSOS DISPONIBLES

Recursos Humanos:

Médico residente de la Facultad de Medicina, además del asesor, los cuales desarrollaran el presente proyecto de investigación.

Recursos Materiales:

- Cuestionario
- Lápices, lapiceros
- Papel bond
- Laptop Toshiba

Servicios:

- Fotocopiado
- Redes de internet
- Pasajes

13. PRESUPUESTO

DESCRIPCION	CANTIDAD	PRESUPUESTO UNITARIO S/.	IMPORTE S/.
BIENES			
Papel Bond A4	0.5 millar	50.00	25.00
Lapiceros	12 unidades	2.00	24.00
USB	1 unidad	50.00	50.00
SERVICIOS			
Impresiones	110 paginas	0.40	44.00
Fotocopias	250 unidades	0.20	50.00
Pasajes	15 pasajes	3.00	45.00
TOTAL			238.00

14. FINANCIAMIENTO

El proyecto será autofinanciado por el residente

CAPITULO I: PLAN DE INVESTIGACIÓN

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

En la actualidad se realizan aproximadamente 313 millones de cirugías al año y en un porcentaje alto de las intervenciones quirúrgicas los pacientes sufren dolor postoperatorio (1). Según la International Association for the Study of Pain (IASP) el dolor es definido como, “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño orgánico, real o potencial” (2). Por otro lado, el dolor postoperatorio es aquel que está presente en el paciente quirúrgico debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y sus complicaciones o una combinación de ambos (3). Además el dolor agudo postoperatorio hace referencia al dolor que aparece en el paciente tras una intervención quirúrgica, debido a una enfermedad previa o la combinación de la enfermedad y el procedimiento realizado (4).

Por consiguiente, manejar el dolor adecuadamente se expresará en indicadores de buena práctica clínica y de calidad asistencial; (nivel de evidencia 1a) (5). Asimismo, dado el gran impacto negativo del dolor postoperatorio en el paciente es fundamental promover una curación y rehabilitación efectiva, puesto que el dolor postoperatorio incrementa la morbilidad, la mortalidad y prolonga la estancia hospitalaria; la cual conlleva a numerosos retrasos en el alta hospitalaria. Además, es considerado un problema de salud y un tema de gran relevancia a nivel mundial (1).

Hoy en día la prevalencia en los hospitales de dolor agudo postoperatorio sigue manteniéndose alta, a pesar de los resultados publicados en diferentes investigaciones respecto al avance en los conocimientos sobre la fisiopatología del dolor agudo y crónico, la incorporación de nuevos fármacos y técnicas analgésicas, entre un 30-80 % de los pacientes experimentan dolor moderado-intenso tras las 24 horas de una intervención quirúrgica y su prevalencia ha permanecido alta durante las últimas cuatro décadas. Esto implica que estos

avances no solo no han logrado obtener mejoras en el control del dolor post operatorio, sino que sigue tratándose de forma inadecuada en la mayoría de hospitales (6).

En cuanto al dolor por histerectomía (HTA) se espera que se perciba de moderado a severo; no obstante, la intensidad del dolor y la recuperación dependerán de varios factores sustanciales: la técnica quirúrgica: si es convencional o laparoscópica. En ambas, el dolor que se presenta es de tipo visceral y de tipo somático. Por otra parte, se realiza una valoración adecuada, para la determinación de la técnica anestésica y la analgesia postoperatoria (7).

La histerectomía constituye la segunda causa mundial más frecuente de los procedimientos quirúrgicos mayores que se realizan en la mujer en edad fértil. Se informan más de 600 000 casos cada año en Norteamérica (1). Por tal motivo cada día los ginecólogos se interesan en buscar técnicas de menor invasión y los anestesiólogos buscan reducir la intensidad del dolor post operatorio (4).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿El bloqueo del plano transversal abdominal mejora la eficacia analgésica en pacientes post-histerectomizadas comparado con el bloqueo del cuadrado lumbar en el Hospital General de Jaén durante el periodo Abril - Septiembre del 2024?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El control analgésico insuficiente después de una operación no solo aumenta el riesgo de desarrollar las complicaciones agudas como atelectasias, bronconeumonía, tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, íleo paralítico, etc. El tratamiento del dolor postoperatorio tiene dos objetivos principales conseguir un mayor confort del paciente y evitar la morbilidad ligada al dolor. Las consecuencias fisiopatológicas asociadas al estrés provocado por el dolor postoperatorio pueden ser perjudiciales para el paciente, ya que aumenta de forma considerable la morbilidad postoperatoria, prolongando la estancia hospitalaria e incrementando por ello los costes

económicos (4). En la era de las cirugías aceleradas, la técnica anestésica debe modificarse para satisfacer las necesidades quirúrgicas y el alta temprana. Las cirugías mínimamente invasivas, la movilización temprana y la preferencia por los anestésicos de acción corta junto con los analgésicos multimodales disminuyen la estancia hospitalaria en el posoperatorio y aumentan la satisfacción (8). Por lo tanto el manejo óptimo del dolor posoperatorio se asocia con una menor morbilidad y tiempos de recuperación más rápidos, así como con una mejor calidad de vida (9).

En hospitales generales, y aún más en instituciones ginecoobstétricas, la histerectomía total abdominal por vía abdominal (HTA) es una de las cirugías ginecológicas que se realizan con mayor frecuencia. El adecuado control del dolor post operatorio en pacientes a las cuales se les realizó este procedimiento, constituye una de las piedras angulares para conseguir una rápida recuperación posquirúrgica, lo que en términos clínicos implica una disminución de la morbilidad y, en términos de gestión, una disminución de la estancia intrahospitalaria y, por lo tanto, una reducción sustancial de los costos en salud (10). Por tal motivo el presente proyecto de investigación tiene el objetivo de determinar la eficacia del Bloqueo del TAP y Cuadrado lumbar para el dolor agudo postoperatorio en pacientes post-histerectomizadas ya que es una adecuada alternativa para el alivio del dolor agudo y es una técnica con muchos beneficios para la recuperación pronta de las pacientes.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivos generales:

Determinar la eficacia del bloqueo del plano transversal abdominal versus el bloqueo del cuadrado lumbar para el dolor agudo postoperatorio en pacientes post-histerectomizadas en el Hospital General de Jaén durante el periodo Abril-Septiembre del 2024.

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir a la población de estudio de acuerdo a sus características sociodemográficas de las pacientes de ambos grupos
- Establecer la intensidad del dolor agudo postoperatorio según en ambos grupos según la percepción de las pacientes post-histerectomizadas en las cuales se le aplicó el bloqueo del plano transversal abdominal y del cuadrado lumbar, mediante la escala visual analógica (EVA) a los 120min, 6 horas y 24 horas del dolor postoperatorio
- Comparar la eficacia del bloqueo del transversal abdominal versus el cuadrado lumbar para el dolor agudo post operatorio utilizando la escala visual analógica (EVA) a las 120min, 6h y 24h, en post hysterectomizadas
- Identificar posibles complicaciones en ambos grupos de estudio, como manejo del dolor agudo post operatorio en pacientes post hysterectomizadas.
- Comparar la duración de su estancia en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) en ambos grupos

CAPITULO II

MARCO TEORICO- CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES:

Caparlar et al. (11), realizaron un estudio prospectivo y aleatorizado, para Comparar el bloqueo del plano transverso posterior del abdomen (pTAPB) con el bloqueo del cuadrado lumbar posterior (pQLB) y determinar la eficacia analgésica posoperatoria en pacientes sometidos a cirugía de hernia inguinal unilateral bajo anestesia general (AG). Un total de 90 pacientes adultos fueron aleatorizados en 3 grupos: grupo pTAPB (n = 30), grupo pQLB (n = 30) y grupo Control (n = 30). Los pacientes de los grupos pQLB y pTAPB recibieron bloqueo unilateral con 20 ml de bupivacaína al 0,25% tras la inducción de la AG. La analgesia del grupo de control de pacientes (PCA) de tramadol intravenoso (IV) y el paracetamol se usaron en el período posoperatorio como parte del régimen analgésico multimodal en ambos grupos. Las puntuaciones medias de la EVA fueron significativamente más bajas en el grupo pQLB que en el grupo pTAPB y el grupo Control en todos los puntos temporales ($pQLB < pTAPB < Control$; $P < 0,001$). No se requirió analgésico de rescate en el grupo QLB. El consumo de analgésicos de rescate, el número de demanda de bolos en PCA y la dosis total de PCA fueron más altos en el grupo Control y más bajos en el grupo pQLB ($Control > pTAPB > pQLB$; $P < 0,001$). El pQLB como pTAPB proporcionaron un alivio efectivo del dolor después de la cirugía de hernia inguinal unilateral. pQLB fue superior a pTAPB debido a puntuaciones más bajas de dolor y consumo de analgésicos.

Fargaly et al. (12), desarrollaron un ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia analgésica del bloqueo bilateral del plano del transverso del abdomen (TAPB) y el bloqueo del cuadrado lumbar (QLB) dirigidos por ecografía. Se registraron 50 pacientes con edades entre 18 y 60 años listados para operación electiva de abdomen por vía laparoscópica. Los casos se asignaron al azar en dos grupos similares: grupos TAPB y QLB. El primer resultado fue el aumento del consumo de morfina en el primer día después de la operación. El segundo

resultado involucró la puntuación VAS, las primeras necesidades analgésicas y cualquier complicación posoperatoria. La mediana del consumo acumulado de morfina en el primer día fue significativamente mayor en el grupo TAPB que en el grupo QLB (6 mg frente a 3 mg valor de $p \leq 0,0001$). El grupo QLB mostró un aumento en la mediana del tiempo a la primera solicitud de analgésico en comparación con el grupo TAPB (17 horas vs. 8 horas, $p \leq 0,001$). Además, en el primer día, la puntuación media de EVA en reposo fue menor en el grupo QLB.

López Ruiz et al. (13), realizaron una revisión sistemática y metaanálisis para determinar la eficacia del bloqueo del plano del transverso del abdomen en la reducción del dolor y la necesidad de opiáceos en la histerectomía laparoscópica y asistida por robot. Se incluyeron siete estudios con 518 pacientes. El dolor posoperatorio temprano mostró una diferencia en la diferencia de medias (DM): - 1,17 (intervalo de confianza [IC] del 95 %: - 1,87–0,46) en las puntuaciones de la escala de dolor ($I^2 = 68\%$), que fue estadísticamente significativa a favor de usando bloqueo TAP, pero sin relevancia clínica; dolor postoperatorio tardío: DM 0,001 (IC 95%: - 0,43-0,44; $I^2 = 69\%$); requerimiento de opioides: DM 0,36 (IC 95%: - 0,94-1,68; $I^2 = 80\%$); e incidencia de náuseas y vómitos con una diferencia del 95%IC = -0,11 (-0,215-0,006) a favor de TAP. Con una fuerza de evidencia moderada, debido a la alta heterogeneidad y el desequilibrio en las características basales entre los estudios, los resultados indican que el bloqueo TAP no debe considerarse como una técnica analgésica clínicamente relevante para mejorar el dolor posoperatorio en la histerectomía laparoscópica o robótica, a pesar de la significación estadística en puntuaciones de la escala de dolor postoperatorio temprano.

Naaz et al. (14), desarrollaron un estudio para comparar la efectividad del bloqueo del cuadrado lumbar (QL) con el bloqueo del plano transverso del abdomen (TAP) más establecido junto con un grupo de control en términos de duración de la analgesia como resultado primario en la histerectomía abdominal total (TAH). 88 pacientes fueron considerados elegibles; de estos, 81 pacientes fueron asignados al azar en tres grupos y 76 de ellos fueron incluidos en el

análisis. Se administraron bloqueos QL (grupo Q) y TAP (grupo T) guiados por ecografía en ambos lados con 20 ml de bupivacaina al 0,25% después de la cirugía con anestesia general, y el grupo C no recibió ninguna intervención. Hubo una diferencia significativa en la duración de la analgesia entre los grupos ($P=0,00$). Fue significativamente más largo en el grupo Q (media $\pm$ 8,05 horas; IC del 95 %, 7,28, 8,81) en comparación con el grupo T (media $\pm$ 5,59 horas; IC del 95 %, 4,63, 6,45) y el grupo C (media $\pm$ 1,19 horas; 95 % IC, 1,04, 1,34). La puntuación de calificación verbal ($P=0,001$) y el consumo acumulado de analgésicos ($P=0,00$) fueron los menores en el grupo Q. No hubo complicaciones en ninguno de los grupos. Sin embargo, el nivel de satisfacción de los pacientes que recibieron bloqueos QL no difirió significativamente del de aquellos que recibieron bloqueo TAP.

Wang et al. (15), realizaron un metaanálisis para evaluar los efectos del bloqueo del plano del transverso del abdomen (TAPB) y el bloqueo del cuadrado lumbar (QLB) en la analgesia posoperatoria. Se incluyeron a 777 pacientes en el grupo TAPB y 783 casos en el grupo QLB. Los ECA que compararon TAPB y QLB en la analgesia posoperatoria se incluyeron en este metaanálisis. Se analizaron los indicadores que incluyen el consumo total de analgesia posoperatoria, el tiempo operatorio, la duración de la anestesia, la puntuación de la escala analógica visual (EVA) a las 24 horas posoperatorias, la duración de la analgesia posoperatoria, el número de pacientes que requirieron analgesia posoperatoria y las reacciones adversas. Los hallazgos mostraron que el consumo de morfina (mg) (DMP = 3,893, IC 95%: 2,053 a 5,733, $P < 0,001$), el consumo de fentanilo (μ g) (DMP = 23,815, IC 95%: 15,521 a 32,109, $P < 0,001$), la puntuación VAS a las 24 horas del postoperatorio (DMP = 0,459, IC del 95 %: de 0,118 a 0,801, $P = 0,008$), el número de pacientes que requirieron analgesia después de la operación (DMP = 3,893, IC del 95 %: de 2,053 a 5,733, $P < 0,001$) , y la incidencia de mareos (DMP = 2,691, IC del 95 %: 1,653 a 4,382, $P < 0,001$) en el grupo TAPB fue mayor que en el grupo QLB.

Alansary et al (16), desarrollaron un estudio para comparar el efecto del QLB bilateral guiado por ultrasonido versus el bloqueo TAP bilateral guiado por

ultrasonido en la analgesia intraoperatoria y posoperatoria en pacientes sometidas a histerectomía abdominal total (HTA) bajo anestesia general, comparar el nivel sensorial entre los grupos QLB y TAP, y comparar la incidencia de dolor postoperatorio, náuseas y vómitos. Sesenta pacientes adultas de la Sociedad Estadounidense de Anestesiólogos (ASA) Clase I y II del Estado Físico, programadas para TAH, fueron aleatorizadas en dos grupos iguales (grupo TAP y grupo QLB). El grupo QLB mostró puntuaciones de puntuación analógica visual (VAS) significativamente mejores desde las 6 h hasta las 24 h después de la operación. El tiempo de la primera solicitud de petidina fue significativamente mayor en el grupo QLB ($398,3 \pm 23,7$ min) que en el grupo TAP ($80,3 \pm 20,7$ min), ($p < 0,0001$ y su consumo total fue significativamente menor ($p = 0,007$) en el grupo QLB ($68,33 \pm 66,28$) que en el grupo TAP ($120,0 \pm 76,11$). Además, el nivel sensorial fue mayor en el grupo QLB ($8,3 \pm 0,63$ segmentos) que en el grupo TAP ($6,2 \pm 0,79$ segmentos), ($p < 0,001$). Además, solo 2 pacientes (6,67 %) del grupo QLB experimentaron náuseas y/o vómitos frente a 9 (30 %) del grupo TAP con un valor significativo. QLB fue más eficaz para proporcionar analgesia del dolor visceral y somático después de la histerectomía abdominal total (TAH) en comparación con el bloqueo TAP, QLB resultó en un bloqueo sensorial más amplio en comparación con el bloqueo TAP con menos incidencia de náuseas y/o vómitos posoperatorios.

Karaman et al (17), ejecutaron un ensayo clínico aleatorizado para evaluar los efectos del bloqueo del plano del transversal del abdomen sobre el consumo de analgésicos y anestésicos durante la histerectomía abdominal total. Incluyeron a 66 mujeres que fueron intervenidas de una histerectomía abdominal total posteriormente se aleatorizaron en dos grupos para recibir anestesia general sola (grupo de control) o con bloqueo del plano del transversal del abdomen usando 20 ml de bupivacaína al 0,25% (grupo del plano del transversal del abdomen). Se registró el consumo intraoperatorio de remifentanilo y sevoflurano. También evaluamos el dolor posoperatorio, las náuseas, la calidad de las puntuaciones de recuperación y el requerimiento de analgésicos de rescate durante las 24 horas posoperatorias. Se encontró que el consumo total de remifentanilo y sevoflurano es significativamente menor en el grupo del plano transversal del abdomen; respectivamente media (DE) 0,130 (0,25) vs 0,094

(0,02) $\text{mcg.kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$; $p < 0,01$ y 0,295 (0,05) vs 0,243 (0,06) ml.min^{-1} ; $p < 0,01$. En el período posoperatorio, las puntuaciones de dolor se redujeron significativamente en el grupo del plano del transverso del abdomen poco después de la cirugía; mediana (rango) 6 (2-10) vs. 3 (0-5); $p < 0,001$, a las 2 h (5 [3-9] frente a 2,5 [0-6]; $p < 0,001$), a las 6 h (4 [2-7] frente a 3 [0-6], $p < 0,001$), a las 12 h (3,5 [1-6] vs. 2 [1-5]; $p = 0,003$). Los pacientes del grupo del plano del transverso del abdomen tenían puntuaciones QoR-40 significativamente más altas, 190,5 (175-197) frente a 176,5 (141-187); $p < 0,001$).

2.2 BASES TEÓRICAS:

HISTERECTOMÍA

La histerectomía es la intervención quirúrgica ginecológica más común y existen variaciones técnicas evidentes en cuanto al procedimiento en diferentes sistemas de salud alrededor del mundo. Aunque existe una tendencia a la disminución del número de histerectomías en los países occidentales debido a la extensión del enfoque médico conservador, sigue siendo un procedimiento con un impacto particularmente importante, tanto en la economía como en la calidad de vida de un amplio segmento de la población femenina (18). La histerectomía se puede realizar por indicaciones benignas o malignas. Además, se puede realizar como una cirugía de emergencia o electiva (19).

Los tipos de histerectomía incluyen: (20,21)

- Histerectomía total. Consiste en la extirpación del útero completo, incluido el fundus (parte del útero localizada por encima de las aberturas de las trompas de Falopio) y el cuello uterino, pero no los ovarios. Este es el tipo más común de histerectomía.
- Histerectomía con ooforectomía bilateral. Consiste en la extirpación de un ovario o de ambos y en ocasiones las trompas de Falopio, junto con el útero.
- Histerectomía radical. Consiste en la extirpación del útero, el cuello uterino, el tramo superior de la vagina, la mayor parte del tejido que rodea al cuello uterino en la cavidad pélvica, y puede incluir la extracción de los nódulos linfáticos de la pelvis. Este procedimiento se realiza en ciertos tipos de cáncer.
- Histerectomía supracervical (histerectomía parcial o subtotal). Extracción del cuerpo del útero sin afectar el cuello uterino

DOLOR Y RESPUESTA INMUNE AL ESTRÉS QUIRÚRGICO

La lesión quirúrgica provoca dolor somático y visceral. Es uno de los principales contribuyentes de la respuesta al estrés quirúrgico, la inflamación sistémica y la

respuesta endocrina. Los estímulos nociceptivos se transmiten a través de las vías del dolor al cerebro. La comunicación continua entre el sistema nervioso central, el endocrino y el sistema inmunitario genera un ciclo de retroalimentación positiva (22). La cirugía abdominal induce un dolor intenso que contribuye a la morbilidad y mortalidad perioperatorias. El tratamiento adecuado del dolor antes, durante y después de la cirugía sigue siendo el pilar de la profilaxis del dolor crónico. Sin embargo, el énfasis está en las técnicas regionales (23).

DOLOR POST OPERATORIO

Según la ASA, el dolor postoperatorio es el que está presente en el paciente debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y a sus complicaciones o a una combinación de ambos, y se caracteriza fundamentalmente por ser un dolor agudo, limitado en el tiempo, predecible y evitable. Su mal control afecta negativamente a la calidad de vida, a la recuperación funcional y aumenta el riesgo de complicaciones postquirúrgicas, y se asocia a un aumento de la morbilidad y de los costos, aumentando el riesgo de desarrollar dolor crónico persistente (5). Es aceptable que el dolor agudo postoperatorio se ubique en la EVA en un rango de cero a tres; siendo dolor leve (tres a uno) y cero (no dolor) lo anterior para considerar como efectivo el tratamiento tanto en reposo como en actividad. El considerar el tipo de cirugía, abordaje quirúrgico, patrón de práctica clínica de cada unidad, así como los factores de riesgo para presentar dolor que se asocian al paciente para elegir la analgesia postoperatoria; aumentara la probabilidad de una analgesia exitosa (24).

ANESTESIA REGIONAL

Hay varias opciones para la analgesia después de la cirugía abdominal laparoscópica. No está claro, sin embargo, si la anestesia regional es un componente beneficioso de la analgesia multimodal para todas las cirugías abdominales laparoscópicas. Las técnicas regionales periféricas pueden diferir para las cirugías abdominales superiores e inferiores, lo que presenta un desafío

al revisar sus beneficios clínicos y, en particular, al comparar estos bloqueos con la analgesia epidural (25).

BLOQUEOS INTERFASCIALES DE LA REGIÓN ABDOMINAL

En la actualidad los bloqueos interfasciales (BIF) se emplean en un alto número de procedimientos anestésicos tanto en cirugía mayor ambulatoria (CMA) como en cirugía electiva. Su amplia difusión y estandarización en estos últimos años ha venido de la mano de la implantación de las técnicas regionales guiadas por ultrasonidos. La eficacia y seguridad de las técnicas ecoguiadas ha permitido aplicar los BIF en la práctica clínica habitual de intervenciones quirúrgicas como son cirugías de la pared abdominal (hernia inguinal, hernia umbilical, eventraciones, cirugías laparoscópicas, etc.), cirugía de la pared torácica (cirugía de mama) y en cirugía de cadera (prótesis cadera, fracturas de proximales de fémur, etc.). Los BIF son el resultado de inyectar un anestésico local con o sin coadyuvantes en el espacio comprendido entre dos fascias (espacio por el que transcurren paquetes vasculonerviosos) (15,26,27). El objetivo es distribuir el volumen de anestésico local en ese espacio y bloquear la transmisión nerviosa correspondiente. En la actualidad, los BIF más empleados son:

- Bloqueos de pared abdominal: bloqueo ilioinguinal e iliohipogástrico, bloqueo del plano transversal del abdomen (TAP block), bloqueo semilunar, bloqueo cuadrado lumbar y bloqueo de la vaina de los rectos.
- Bloqueos de la pared torácica: bloqueos interpectores (PEC I y PEC II), bloqueo de la rama anterior de los nervios intercostales (BCRA) y el bloqueo de las ramas de los nervios intercostales en la línea media axilar (BRILMA).
- Bloqueo interfascial para cirugía de cadera: PENG block (28)

BLOQUEO DE LOS NERVIOS DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN Y DEL CUADRADO LUMBAR

Los bloqueos de pared abdominal han logrado una mayor relevancia y actualmente son una alternativa real frente a técnicas neuroaxiales y también han llegado a ser un complemento en la analgesia postoperatoria (28).

El bloqueo del plano transverso del abdomen (TAP) guiado por ecografía implica la inyección de LA entre los músculos transverso del abdomen (TA) y oblicuo interno (IO). El bloqueo TAP también se puede orientar utilizando puntos de referencia anatómicos al nivel del triángulo Petit. Este plano interfascial contiene los nervios intercostal, subcostal, iliohipogástrico e ilioinguinal. Estos nervios dan sensibilidad a la pared abdominal anterior y lateral, así como al peritoneo parietal, proporcionando solo analgesia somática y no visceral (29). El bloque TAP puede ser para el manejo de la analgesia postoperatoria en cirugías abdominales abiertas y laparoscópicas, así como para procedimientos quirúrgicos con pacientes hospitalizados y ambulatorios (30). Los bloqueos unilaterales del lado izquierdo o derecho se usan para procedimientos quirúrgicos unilaterales, como colecistectomía, apendicectomía, nefrectomía o trasplantes renales, mientras que los bloqueos TAP bilaterales se usan para incisiones abdominales transversas y en la línea media, como reparación de hernia umbilical o ventral, partos por cesárea, histerectomía y prostatectomía. Los bloqueos TAP son parte del manejo multimodal del dolor para cirugías abdominales, lo que agrega beneficio analgésico a los pacientes, reduciendo los requerimientos de opioides postoperatorios (31).

Los bloques TAP generalmente se colocan intraoperatoriamente, ya sea antes de la incisión quirúrgica o al final del procedimiento antes de salir de la anestesia. La eficacia del bloqueo TAP depende de la extensión de LA a través del plano interfascial. Los bloqueos del plano tisular más nuevos, como el bloqueo del cuadrado lumbar, proporcionan analgesia visceral además de la analgesia somática (32).

Por otro lado, el bloqueo del cuadrado lumbar guiado por ecografía es un bloqueo del plano fascial descrito recientemente en el que se inyecta un anestésico local

adyacente al músculo cuadrado lumbar con el objetivo de anestesiarse los nervios toracolumbar. El objetivo de este artículo es revisar la anatomía relevante, los posibles mecanismos, abordajes y técnicas y resumir la evidencia clínica del bloqueo del cuadrado lumbar (33).

El punto de referencia ecográfico crucial para la ejecución del bloqueo es el músculo cuadrado lumbar (QLM), y la clave de la analgesia se encuentra en la fascia toracolumbar (TLF). TLF es una estructura tubular de tejido conectivo compleja formada por aponeurosis de unión y capas de fascia que, envolviendo los músculos de la espalda, conecta la pared abdominal anterolateral con la región paravertebral lumbar. El TLF está en su lado medial unido a las vértebras torácicas y lumbares, continuando cranealmente con la endotorácica y caudalmente con la fascia ilíaca, asegurando potencialmente la difusión de los anestésicos en dirección craneocaudal. El verdadero mecanismo de analgesia proporcionado por QLB aún no se ha aclarado por completo. Se cree que la dispersión de los anestésicos locales a lo largo del TLF y la fascia endotorácica hacia el espacio paravertebral es responsable en parte de la analgesia (34).

El bloqueo se puede realizar en el postoperatorio, en la mesa de operaciones, inmediatamente después de despertar al paciente de la anestesia general, en la sala de recuperación o en la unidad de cuidados intensivos (34).

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3. HIPÓTESIS

El bloqueo del plano Transverso del Abdomen presenta mayor eficacia analgésica en pacientes post-histerectomizadas comparado con el bloqueo del cuadrado lumbar en el Hospital General de Jaén durante el período Abril-Septiembre del 2024

4. VARIABLES DEL ESTUDIO

- Variables Independiente: Dolor post operatorio, Bloqueo Plano Transverso Abdominal (TAP) y Bloqueo del Cuadrado Lumbar (CL)
- Covariables: Edad, procedencia, ASA, Analgesia endovenosa, complicaciones, estancia en URPA.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIONES OPERACIONALES	TIPO	ESCALA	INDICADORES	ÍNDICES
Dolor post operatorio	Sensación subjetiva del dolor cuantificada mediante la Escala visual análoga del dolor (EVA), según el nivel de dolor luego del postoperatorio inmediato. Será aplicada a los 120 min, 6 horas y 24 horas	Cualitativa	Ordinal	Escala visual análoga del dolor (EVA)	Leve: (1-2) Moderado: (3- 6) Severo: (7- 10)

BLOQUEO TAP(Bloqueo transversal abdominal)	Analgesia aplicada a nivel de la región entre los músculos oblicuo interno y transversal del abdomen y/o el músculo cuadrado lumbar	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	- Bilateral - Unilateral
BLOQUEO CL (cuadrado lumbar)					
COVARIABLES					
Edad	Tiempo de vida	Cuantitativa	Discreta	Historia Clínica	Años
Procedencia	Ámbito geográfico	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica	Rural Urbano
ASA	Se determinará mediante el riesgo anestésico para el estado de la paciente	Cualitativa	Ordinal	Historia Clínica	Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV Tipo V Tipo VI
Analgesia endovenosa	Administración de solución analgésica a en las primeras 24 horas. Tramadol y/o Metamizol	Cualitativa	Nominal	Kardex de enfermería	
Complicaciones	Efecto no deseado al realizar la técnica como proceso infeccioso, hematoma; descrito y demostrado con exámenes de laboratorio y visión directa con el ecógrafo, en sitio de aplicación de la analgesia.	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica	Si No
				Historia Clínica	-No complicaciones -Infección -Hematoma

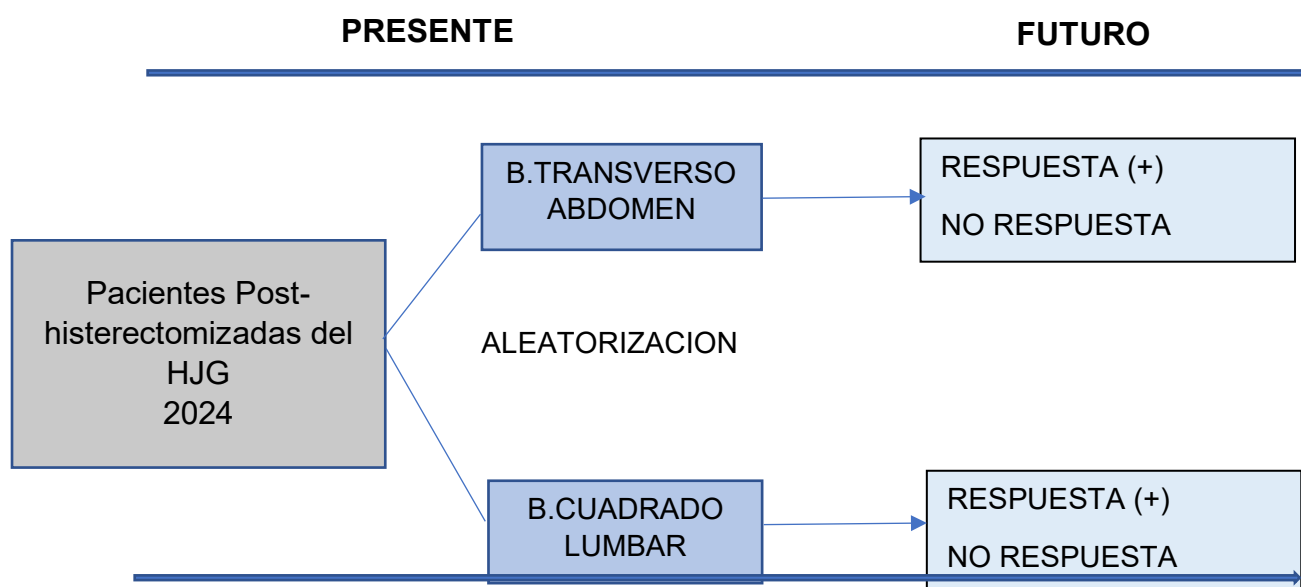
Estancia en URPA	Días que el paciente permanece hospitalizado en la Unidad de Recuperación Posanestésica	Cuantitativa	Intervalo		1-2 días 2-3 días > 3 días
------------------	---	--------------	-----------	--	----------------------------------

CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

MATERIAL

Diseño del estudio

Se trata de un diseño experimental tipo ensayo clínico aleatorizado



POBLACIÓN

- Pacientes intervenidas de histerectomía abdominal total en el Hospital General de Jaén durante el periodo Abril - Septiembre 2024 y que cumplan con los criterios selectivos.

TÉCNICAS DE MUESTREO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- **Criterios de selección**

Criterios de inclusión

Cohorte experimental:

- Pacientes mayores de 18 años intervenidas de histerectomía abdominal total abierta.
- Pacientes que reciban bloqueo del plano transversal abdominal (TAP).
- ASA I, II y III.
- Que acepten participar y firmen un consentimiento informado.

Cohorte control:

- Pacientes mayores de 18 años intervenidas de histerectomía abdominal total abierta.
- Pacientes que reciban bloqueo del cuadrado lumbar (CL).
- Paciente con ASA I, II y III.
- Que acepten participar en el estudio y firmen un consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN AMBOS GRUPOS

- Paciente que no acepten participar del estudio y que no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes intervenidas de histerectomía abdominal total laparoscópica.
- Pacientes con antecedente de enfermedades inmunológicas y/o patologías del sistema endocrino.
- Pacientes con infecciones preoperatorias, transfusión sanguínea o quimioterapia.

Muestra

Unidad de Análisis: Cada una de las pacientes Intervenidoas de histerectomía abdominal total del Hospital General de Jaén, durante el periodo Abril - Septiembre 2024

Tamaño muestral: Para conseguir la muestra se empleará un muestreo de tipo probabilístico, de forma aleatoria simple para proporciones.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

En el que: N = Total de la población 200

- $Z_{\alpha} 2 = 1.962$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (P=0.5)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.5)
- d = precisión (en este caso deseamos un 5%).

$$n = 99.40 = 100$$

Por lo tanto, la muestra estará conformada por 100 pacientes intervenidas de histerectomía abdominal total abierta, de las cuales, en 50 se aplicará analgesia mediante la técnica de bloqueo del plano transversal abdominal y en 50 pacientes bloqueo del cuadrado lumbar.

FUENTES E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Proceso de captación de información

- Se solicitará autorización al director del Hospital General de Jaén para la realización de la presente investigación.
- Posteriormente se coordinará con el servicio de anestesiología para solicitar acceso a los pacientes que cumplan con los criterios selectivos, a quienes se le informará la finalidad del estudio. Los pacientes que deseen participar, se les solicitará la firma de un consentimiento informado previamente diseñado (ANEXO 1).
- Posteriormente se hará una distribución aleatoria en dos grupos: el grupo I representado por los pacientes que se le realizará el bloqueo TAP (n =50); y el grupo II (n = 50) constituido por los pacientes que se les realizará el bloqueo del cuadrado lumbar.
- Las técnicas que se empleará para los bloqueos TAP y cuadrado lumbar será eco guiado para lo cual se empleará el ecógrafo de marca Midray
- El protocolo a seguir para la analgesia será el siguiente: Bupivacaina al 0.5% con Lidocaína al 2% SE siendo las dosis utilizadas de acuerdo al peso del paciente.
- Respecto a la eficacia de ambas técnicas; se pedirá al paciente que indique cuanto dolor percibe en la zona operatoria, a partir de la cuantificación del dolor según la Escala Visual Análoga del Dolor (EVA) con valoraciones de 0 a 10, que será cuantificado a los 120 min, 06 horas y 24 horas de post operado; estos datos se registrarán en la ficha preparada para la recolección de los datos. El dolor se considerará leve con EVA de 1 a 2, moderado con EVA de 3 a 6 y severo con EVA de 7 a 10. El bloqueo del plano transversal abdominal se considerará eficaz con el nivel de dolor ausente o leve según la estratificación por EVA. Asimismo, se evaluarán los dermatomas. La información será registrada en la ficha de recolección de datos (anexo 2).

TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Se utilizará el programa estadístico SPSS versión 26.

Estadística descriptiva:

Se obtendrán datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas; así mismo se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.

Estadística analítica:

Se utilizará la prueba de Chi cuadrado y t student, se determinará la significancia estadística si el valor de $p < 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

- El presente proyecto cumplirá los principios éticos para la comunidad médica en relación con la investigación en humanos. Asimismo, el antes de su ejecución, debe de haber sido evaluado y aceptado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional de Cajamarca y por el Comité de Ética del Hospital General de Jaén. Los pacientes firmaran un consentimiento informado donde se expone el objetivo del estudio, así como los probables efectos no deseados por la anestesia regional aplicada mediante bloqueo del plano transverso abdominal (TAP) y bloqueo del cuadrado lumbar (CL), el protocolo de evaluación y las pautas para minimizar riesgos con la finalidad mantener la integridad de cada paciente. Es preciso mencionar que el proyecto por ser un diseño experimental de tipo ensayo clínico se presentará al Instituto Nacional de Salud (INS) para su evaluación y autorización respectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Abella-Palacios P, Arias-Amézquita F, Barsella AR, Hernández-Porras BC, Narazaki DK, Salomón-Molina PA, et al. Control inadecuado del dolor agudo postoperatorio: prevalencia, prevención y consecuencias. Revisión de la situación en Latinoamérica. Rev Mex Anesthesiol. septiembre de 2021;44(3):190-9.
2. International Association for the Study of Pain | IASP [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/>
3. T1.6_ANESTESIA.pdf [Internet]. [citado 24 de febrero de 2023]. Disponible en: http://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Curso_Anestesia_Locorregional/T1.6_ANESTESIA.pdf
4. T1.8_Texto.pdf [Internet]. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Curso_Dolor/T1.8_Texto.pdf
5. Pérez-Guerrero AC, Aragón M del C, Torres L. Dolor postopeatorio: ¿hacia dónde vamos? Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2017 [citado 24 de febrero de 2023]; Disponible en: http://gestoreditorial.resed.es/DOI/PDF/ArticuloDOI_3566.pdf
6. Ribera Leclerc HJ, Montes Pérez A, Monerris Tabasco MM, Pérez Herrero MA, del Río Fernández S, López Pais P, et al. El problema no resuelto del dolor postoperatorio: análisis crítico y propuestas de mejora. Rev Soc Esp Dolor. agosto de 2021;28(4):232-8.
7. Analgesia en histerectomía. Rev Mex Anesthesiol. septiembre de 2021;42(3):200-200.
8. Sivaji P, Agrawal S, Kumar A, Bahadur A. Evaluation of lignocaine, dexmedetomidine, lignocaine-dexmedetomidine infusion on pain and quality of recovery for robotic abdominal hysterectomy: a prospective randomized controlled trial. Braz J Anesthesiol. 27 de noviembre de 2021;72(5):593-8.
9. Paul RW, Szukics PF, Brutico J, Tjoumakaris FP, Freedman KB. Postoperative Multimodal Pain Management and Opioid Consumption in Arthroscopy Clinical Trials: A Systematic Review. Arthrosc Sports Med Rehabil. 17 de diciembre de 2021;4(2):e721-46.
10. Ramírez-Palacios CD, Jesús LESD, González-Azuara DA, Pérez-Gómez M. Evaluación del dolor en pacientes postoperadas de histerectomía total abdominal.
11. Caparlar CO, Altinsoy S, Akelma FK, Ozhan MO, Ergil J. Posterior quadratus lumborum block versus posterior transversus abdominis plane block for unilateral inguinal hernia surgery. Niger J Clin Pract. septiembre de 2022;25(9):1457-65.

12. Fargaly OS, Boules ML, Hamed MA, Aleem Abbas MA, Shawky MA. Lateral Quadratus Lumborum Block versus Transversus Abdominis Plane Block in Laparoscopic Surgery: A Randomized Controlled Study. *Anesthesiol Res Pract.* 28 de marzo de 2022;2022:e9201795.
13. López-Ruiz C, Orjuela JC, Rojas-Gualdrón DF, Jimenez-Arango M, Ríos JF de los, Vásquez-Trespacios EM, et al. Efficacy of Transversus Abdominis Plane Block in the Reduction of Pain and Opioid Requirement in Laparoscopic and Robot-assisted Hysterectomy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet.* enero de 2022;44(1):55-66.
14. Naaz S, Kumar R, Ozair E, Sahay N, Asghar A, Jha S, et al. Ultrasound Guided Quadratus Lumborum Block Versus Transversus Abdominis Plane Block for Post-operative Analgesia in Patients Undergoing Total Abdominal Hysterectomy. *Turk J Anaesthesiol Reanim.* octubre de 2021;49(5):357-64.
15. Wang Y, Wang X, Zhang K. Effects of transversus abdominis plane block versus quadratus lumborum block on postoperative analgesia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Anesthesiol.* 4 de mayo de 2020;20(1):103.
16. Alansary AM, Kamaly AM, Abdel Hamid HS, Aboelanean YM, Ezzat AW. Ultrasound-guided quadratus lumborum block versus transversus abdominis plane block in patients undergoing total abdominal hysterectomy. *Ain-Shams J Anesthesiol.* 4 de marzo de 2022;14(1):22.
17. Karaman T, Ozsoy AZ, Karaman S, Dogru S, Tapar H, Sahin A, et al. The effects of transversus abdominis plane block on analgesic and anesthetic consumption during total abdominal hysterectomy: a randomized controlled study. *Braz J Anesthesiol.* 3 de febrero de 2018;68(3):285-91.
18. Popa A, Copaescu C, Horhoianu V. Laparoscopic total hysterectomy still not routinely chosen Operative description and available instruments. *J Med Life.* 2019;12(3):301-7.
19. Chale GJ, Salim RM, Leshabari KM. Clinical indications for total abdominal hysterectomy among women seen in Dar es Salaam regional referral hospitals, Tanzania: a prospective, observational hospital-based study. *Pan Afr Med J.* 6 de enero de 2021;38:10.
20. default - Stanford Medicine Children's Health [Internet]. [citado 24 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=hysterectomy-92-P09291>
21. Villegas-Echeverri JD, López-Isanoa JD, Piedrahita-Gutiérrez DL, Bastidas-Guarín C, Cuello-Salcedo AM, López-Jaramillo JD, et al. Diez pasos para una histerectomía total por laparoscopia segura y reproducible. *Cir Cir.* octubre de 2021;89(5):624-31.

22. Novak-Janković V, Marković-Božić J. REGIONAL ANAESTHESIA IN THORACIC AND ABDOMINAL SURGERY. *Acta Clin Croat.* junio de 2019;58(Supl 1):96-100.
23. Froeba G, Seyfried TF. Ultrasound-guided regional anesthesia: are we safe? *Minerva Anesthesiol.* marzo de 2022;88(3):110-1.
24. Soler Company E, Faus Soler MT, Montaner Abasolo MC. El dolor postoperatorio en la actualidad: un problema de calidad asistencial. *Farm Hosp.* 1 de mayo de 2000;24(3):123-35.
25. Jones JH, Aldwinckle R. Interfascial Plane Blocks and Laparoscopic Abdominal Surgery: A Narrative Review. *Local Reg Anesth.* 2020;13:159-69.
26. Fanelli A, Balzani E, Memtsoudis S, Abdallah FW, Mariano ER. Regional anesthesia techniques and postoperative delirium: systematic review and meta-analysis. *Minerva Anesthesiol.* junio de 2022;88(6):499-507.
27. admin. Bloqueos de la Pared Abdominal [Internet]. *Revista Chilena de Anestesia.* 2017 [citado 24 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/bloqueos-de-la-pared-abdominal/>
28. Mavarez AC, Ahmed AA. Transabdominal Plane Block. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 24 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560527/>
29. Li T, Li J, Yuan L, Wu J, Jiang C, Daniels J, et al. Effect of Regional vs General Anesthesia on Incidence of Postoperative Delirium in Older Patients Undergoing Hip Fracture Surgery: The RAGA Randomized Trial. *JAMA.* 4 de enero de 2022;327(1):50-8.
30. Tsai HC, Yoshida T, Chuang TY, Yang SF, Chang CC, Yao HY, et al. Transversus Abdominis Plane Block: An Updated Review of Anatomy and Techniques. *BioMed Res Int.* 2017;2017:8284363.
31. Tran DQ, Bravo D, Leurcharusmee P, Neal JM. Transversus Abdominis Plane Block: Reply. *Anesthesiology.* junio de 2020;132(6):1599.
32. Elsharkawy H, El-Boghdadly K, Barrington M. Quadratus Lumborum Block: Anatomical Concepts, Mechanisms, and Techniques. *Anesthesiology.* 1 de febrero de 2019;130(2):322-35.
33. Akerman M, Pejčić N, Veličković I. A Review of the Quadratus Lumborum Block and ERAS. *Front Med.* 26 de febrero de 2018;5:44.
34. Dam M, Moriggl B, Hansen CK, Hoermann R, Bendtsen TF, Børglum J. The Pathway of Injectate Spread With the Transmuscular Quadratus Lumborum Block: A cadaver Study. *Anesth Analg.* julio de 2017;125(1):303-12.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: "EFICACIA DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO ABDOMINAL VS BLOQUEO DEL CUADRADO LUMBAR PARA EL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN PACIENTES POST-HISTERECTOMIZADAS"

Investigadora: Dra.

Se le invita a participar del estudio, sin embargo, antes debe conocer y comprender las siguientes secciones. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Cuando termine y comprenda la investigación, y si está dentro de sus deseos participar se le pedirá que firme este consentimiento.

Objetivo de la investigación: Determinar la eficacia del bloqueo del plano transversal abdominal versus el bloqueo del cuadrado lumbar para el dolor agudo postoperatorio en pacientes post-histerectomizadas en el Hospital General de Jaén - 2023

Beneficios de la investigación Usted no pagará nada por participar en esta investigación y, tampoco, recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Riesgos asociados con el estudio para la presente investigación no se le extraerán muestras ni se realizará procedimientos que afecten su salud física. Los procedimientos por realizar serán bloqueo del plano transversal abdominal y cuadrado lumbar. Ambas son técnicas seguras y analizadas en diferentes estudios. Pueden generar los siguientes eventos adversos: Náuseas y vómitos postoperatorios, hipotensión, prurito y retención urinaria principalmente. Aclaraciones Su decisión de participar en la investigación es completamente voluntaria, y no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Confidencialidad: La información recolectada se mantendrá en confidencialidad y discreción, además se emplearán códigos para el reconocimiento del instrumento. Además de publicarse el trabajo de investigación, no se divulgará información que permita determinar la identidad de una persona.

Consentimiento

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado(a) y entiendo que los datos obtenidos en la investigación pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante: _____

Firma del investigador: _____

Fecha: _____

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EFICACIA DEL BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO ABDOMINAL VS
BLOQUEO DEL CUADRADO LUMBAR PARA EL DOLOR AGUDO
POSTOPERATORIO EN PACIENTES POST-HISTERECTOMIZADAS

Fecha: ____/____/____ N°HC: _____

- I. Características generales Edad: ____ años
Procedencia: Urbano () Rural ()
IMC: ____ Delgadez () Normal () Sobrepeso () Obesidad ()

Clasificación ASA: I () II () III ()

Diagnóstico quirúrgico: _____

Tiempo quirúrgico: _____ min

Estancia en URPA _____

Analgesia endovenosa SI () NO ()

- II. Técnica analgésica
() Paciente que recibieron bloqueo del plano transverso abdominal
() Paciente que recibieron bloqueo del cuadrado lumbar

Eficacia

Nivel del dolor:

Escala Visual Análoga del dolor EVA

Ausencia de dolor (0 puntos)

Dolor leve (1-3 puntos)

Dolor moderado (4-6 puntos)

Dolor severo (7-10 puntos)

Escala EVA a los 120 minutos post-procedimiento (M1):

- ☐ Leve
- ☐ Moderado
- ☐ Severo



Escala EVA a las 6 horas post-procedimiento (M1):

- ☐ Leve
- ☐ Moderado
- ☐ Severo



Escala EVA a las 24 horas post-procedimiento (M1):

- ☐ Leve
- ☐ Moderado
- ☐ Severo

