



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2020-2021
Trabajo de Fin de Grado

ANÁLISIS DE LOS REGISTROS DEL
DOLOR POSTOPERATORIO EN
PACIENTES INTERVENIDOS DE
CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

David Ramos González

Tutora: María López Vallecillo

Cotutora: Irene Carbajo de Diego

AGRADECIMIENTOS

A todos los que han hecho posible que este TFG haya salido adelante.

A mi chica Ana Clara por haberme apoyado en esta etapa y creer en mí.

A mi madre por su ánimo y motivación durante todo este tiempo.

A mis compañeros de tarde de quirófano que me han facilitado el camino.

RESUMEN:

Introducción: los registros de enfermería son una parte esencial dentro de los cuidados que desarrollan las enfermeras. Con ellos se puede ofrecer una mejor atención y asistencia sanitaria a los pacientes asegurando una continuidad en los cuidados.

Objetivo: valorar los registros de la enfermera sobre el abordaje y manejo del dolor en pacientes intervenidos de cirugía durante las primeras 48 horas postquirúrgicas.

Material y métodos: estudio descriptivo, observacional trasversal, llevado a cabo entre el 1 de enero y el 29 de febrero de 2020 y entre el 1 de octubre y el 30 de noviembre de 2020, en la Unidad de Cirugía General y Digestiva del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Se seleccionaron las historias clínicas de los pacientes intervenidos de forma programada o urgente, entre 18 y 65 años y que permanecieron hospitalizados tras la cirugía.

Resultados: se incluyeron 154 pacientes en los que el número más alto de registros en la escala numérica fue del 70,5 % en la mañana del periodo 1 a las 48 horas ($p < 0,05$) y en el evolutivo de enfermería del 76,3 % en la noche del periodo 1 a las 24 horas. Se encontró significación estadística entre los registros del evolutivo de enfermería y el turno en que llegaba el paciente a la Unidad, de mañana ($p < 0,01$) y de tarde ($p < 0,05$).

Conclusiones: los registros del dolor postoperatorio no se cumplimentan de forma precisa en la historia clínica del paciente, ya que en ocasiones se reflejan en una baja proporción o se encuentran ausentes.

Palabras clave: dolor; dolor postoperatorio; registros de enfermería; historia clínica; Covid-19

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. OBJETIVOS	7
3.1 General.....	7
3.2 Específicos.....	7
4. MATERIAL Y MÉTODOS	8
4.1 Diseño.....	8
4.2 Muestra de estudio	8
4.3 Recogida de datos.....	8
4.4 Variables del estudio	9
4.5 Consideraciones éticas.....	9
4.6 Análisis estadístico	9
5. RESULTADOS	10
5.1 Registro del dolor en la escala numérica.....	10
5.2 Registro del abordaje y manejo del dolor en el evolutivo de enfermería.....	12
5.3 Cumplimentación del registro del dolor entre el periodo 1 y el periodo 2.....	13
6. DISCUSIÓN	17
7. CONCLUSIONES	21
8. BIBLIOGRAFÍA	22
9. ANEXOS	26

1. INTRODUCCIÓN

Tras la reciente actualización de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) se define este como una “experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”. Con esta definición se incluyen una serie matices como que el dolor se encuentra influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales y que no siempre va a proceder de la actividad de las neuronas sensoriales. El concepto de dolor se aprende a través de las experiencias vividas, debiendo respetarse las manifestaciones de experiencias dolorosas de las personas. Puede tener diferentes efectos sobre el bienestar social y psicológico, aunque suele cumplir una función adaptativa. Además, aunque habitualmente se expresa de forma verbal, la incapacidad de comunicarse no implica que no se experimente dolor (1).

El dolor es un problema de Salud Pública que afecta a la población a nivel mundial, percibido como una disminución en la calidad de vida. Dependiendo de su duración puede clasificarse en agudo o crónico. El de tipo agudo es una respuesta fisiológica del organismo que actúa como sistema de alarma. Su duración es inferior a tres meses y puede indicar la aparición de una enfermedad. Representa uno de los principales motivos de asistencia a los servicios de urgencias, bien sea por acontecimientos traumáticos, musculoesqueléticos, abdominales, urológicos, etc. Su prevalencia alcanza aproximadamente el 70 % teniendo en cuenta diversos estudios de países como Italia, EEUU y Canadá (2,3).

El dolor crónico es aquel que se mantiene más de tres meses desde su aparición. Constituye una enfermedad en sí mismo. A nivel mundial supone la causa principal de sufrimiento y discapacidad, teniendo un impacto considerable en la calidad de vida de las personas (2). Su prevalencia en Europa se sitúa en el 19 % afectando a 75 millones de personas y en España a 9 millones (4,5). Este tipo de dolor afecta a entre un tercio y la mitad de la población en el Reino Unido, cifras que se muestran al alza respecto a estudios anteriores debido en parte al

envejecimiento de la población (6). En el caso de EEUU, en 2016 los datos señalaban que afectaba al 20,4 % de los adultos (7).

Otro tipo de dolor es el postoperatorio, que es el que aparece como consecuencia de una intervención quirúrgica. Es un dolor agudo de tipo nociceptivo, aunque en caso de no tratarse de forma correcta puede acabar cronificándose. Está influido por el tipo de paciente, la intervención quirúrgica, el tipo de anestesia, las complicaciones que puedan derivarse y por los cuidados que se administren tras la cirugía. Su prevalencia en España arroja cifras que oscilan entre el 16 % y el 69 % (8).

En el dolor agudo postoperatorio se diferencia un comienzo definido y una finalización, ya que su duración está limitada. Puede durar desde horas hasta días generando situaciones de ansiedad (9). Más del 80% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente sufren algún tipo de dolor y de ellos, la mitad es a causa de un abordaje inadecuado. En su percepción influyen la edad, el sexo, el tipo de intervención quirúrgica, etc (10). En un estudio realizado en un hospital de Argentina, las cifras son inferiores ya que el 70,21 % de sus pacientes manifestó dolor tras la cirugía (11). Se observa que ese dolor es más intenso los dos primeros días tras la intervención quirúrgica y que los pacientes intervenidos de urgencia suelen presentar con mayor frecuencia una intensidad de dolor más elevada que los que acceden a la cirugía de forma programada (12).

Estudios recientes confirman que el 50 % de los pacientes intervenidos, sufren dolor de moderado a severo 48 horas después del alta que puede persistir de tres a cuatro meses entre el 20 % y el 30 % de los casos (13).

El dolor crónico postoperatorio es aquel que permanece cuando han transcurrido tres meses desde la cirugía. Suele aparecer con cierta frecuencia y es un efecto secundario grave de la intervención quirúrgica que, además, se asocia con otros problemas de salud. La prevención de su aparición favorece una mejor recuperación en el paciente. Su prevalencia oscila entre el 10 % y el 50 % de los casos (14). Los estudios que incluyen a niños revelan que la prevalencia del dolor crónico postoperatorio en este grupo de población es del 20 % (15).

En 2012 el número de operaciones quirúrgicas a nivel mundial fue de 312,9 millones, lo que implica una tasa media de 4469 operaciones por cada 100.000 habitantes aproximadamente. Este volumen de intervenciones aumentó frente a las realizadas en 2004 y su evolución continúa en ascenso (16).

En 2019 (último año de actualización de las estadísticas por el Ministerio de Sanidad) se llevaron a cabo en España 3.729.400 intervenciones quirúrgicas, de las cuales el 52,8 % correspondieron a operaciones que requirieron hospitalización. Encabezando la lista se encuentran Cataluña con 815.800 cirugías, la Comunidad de Madrid con 544.600, Andalucía con 503.900, la Comunidad Valenciana con 408.800, el País Vasco con 237.400 y Castilla y León con 209.900 (17).

2. JUSTIFICACIÓN

Aunque se van incrementando los conocimientos sobre el dolor, su tratamiento sigue resultando inadecuado. Si se controla de forma correcta, la recuperación física y psicológica es más rápida, se disminuye el tiempo de hospitalización y se mejora la calidad de vida, de lo contrario pueden aparecer complicaciones en el postoperatorio (10). Además, su control es importante para poder valorar los cambios que se producen tras su abordaje y manejo (12).

De la misma forma que ocurre con los pacientes que permanecen hospitalizados, el tratamiento del dolor postoperatorio sigue sin realizarse correctamente en los pacientes intervenidos de cirugía general en régimen ambulatorio. Según muestran los resultados de un estudio italiano, donde el 29 % de las intervenciones son ambulatorias, el dolor que experimentó la mayoría de los pacientes era evitable. Si la analgesia no es adecuada, el dolor puede alargarse de días a meses influyendo en la calidad de vida del paciente (13).

El papel que desempeñan las enfermeras es fundamental en la valoración y manejo del dolor, ya que es un elemento básico de los cuidados de enfermería. Además, una buena educación sanitaria con el paciente es esencial para un

correcto abordaje. Cuando se realiza de forma adecuada se consigue aumentar sus conocimientos sobre la patología, modificando sus comportamientos y actitudes. Esto se traduce en una movilización precoz, periodos más cortos de hospitalización, un aumento en la satisfacción del paciente y en la reducción de costes hospitalarios (10).

A menudo actúan como mediadoras entre el paciente y otros profesionales sanitarios, siendo las responsables de evaluar el dolor e inquietudes del paciente. Para lograr estos objetivos la documentación de enfermería debe contener información válida y de calidad, cumpliendo con las normas establecidas. Teniendo en cuenta estos aspectos se consigue una continuidad de la atención y unos resultados más favorables en el paciente (18).

Es importante una buena educación por parte de la enfermera para hacer un correcto abordaje del dolor. La educación que se proporciona al paciente no reduce el dolor postoperatorio, pero puede influir en su grado de alivio mejorando el concepto que tenía previamente en lo referente al consumo de analgésicos y opioides. La información es importante para que se produzca un cambio en el comportamiento del paciente. El aumento de sus conocimientos mejora la adherencia al tratamiento reduciendo los prejuicios del uso de analgésicos. Su evaluación y manejo tendrán mejores resultados si se basan en la evidencia científica y se administran atendiendo a cada paciente de forma individual y al dolor que presenta en cada momento (10,19).

Para que esa educación tenga el efecto esperado en los pacientes, los conocimientos tienen que estar actualizados. De esta forma se gestiona el dolor de forma correcta y las complicaciones se verán reducidas. Existen estudios que revelan que en algunos países las enfermeras no poseen los conocimientos ni las actitudes adecuadas para evaluar y manejar el dolor no solo en unidades de hospitalización, sino tampoco en unidades de críticos. En Ghana, más del 60 % de las enfermeras no habían recibido formación sobre el manejo del dolor por lo que solo el 20,9 % tenía unos conocimientos adecuados (20).

En Estados Unidos se utilizan programas de educación para manejar el dolor, que incluyen la evaluación de este, farmacología e intervenciones. Con ellos se ha mejorado la capacidad de las enfermeras para tratar pacientes que permanecían hospitalizados y en régimen ambulatorio. Estos programas pueden aumentar habilidades como el pensamiento crítico, el liderazgo, la atención al paciente y la promoción de la salud, proporcionando un correcto manejo del dolor postoperatorio que se centra en la persona y en sus necesidades (21).

En ocasiones las enfermeras se encuentran con barreras que dificultan el abordaje idóneo del dolor. En el caso de pacientes de edad avanzada, estas limitaciones pueden estar relacionadas con los profesionales sanitarios. En ocasiones no se prescriben analgésicos adecuados debido a la posible aparición de efectos secundarios. Otras veces se hace visible una falta de comunicación con el equipo del dolor para discutir la terapia que se administrará en cada momento. El problema también puede generarse por los propios pacientes debido a la dificultad que tienen a la hora de completar la escala de calificación del dolor (19).

Otra parte fundamental que desempeñan las enfermeras es la relacionada con los registros, ya que forman parte de los cuidados de Enfermería. Con ellos se ofrece una mejor asistencia al paciente, además de facilitar que otros profesionales puedan acceder a su documentación. Mediante los registros se puede valorar la evolución de los pacientes, contribuyendo a la continuidad de los cuidados y tratamientos. Poco a poco se han ido implementando estos registros, ya que para poder llevarlos a cabo se ha de contar con infraestructura, mantenimiento y formación de los profesionales para poder realizarlos de forma correcta. Es necesario definir los sistemas de lenguaje estandarizados o taxonomías, que es lo que garantizará que el proceso de enfermería sea visible y se realice de forma estructurada. Hay acciones educativas que tienen como objetivo mejorar estos registros de enfermería en lo relativo a la calidad y continuidad (22).

En hospitales públicos como los de Tigray en Etiopía, más de la mitad del personal de enfermería no registra los cuidados que proporciona a los pacientes.

Esta insuficiencia en los registros se debe a la falta de tiempo para realizarlos y a la poca familiarización con ellos. Se hace necesario por parte de las instituciones una formación sobre los registros para mejorar el conocimiento que se tiene del paciente. Además, han de proporcionarse los medios para llevarlos a cabo como pueden ser instalaciones, equipos y un aumento en el número de enfermeras (23).

Aunque se dispone de investigaciones al respecto, de analgésicos y de escalas para evaluar el dolor, los pacientes siguen sufriendo dolor de moderado a severo y no solo postoperatorio, sino también los que son dados de alta en urgencias y los pacientes oncológicos. Mediante la evaluación, registro y gestión del dolor, se pretende conseguir un aumento en la calidad de la atención. Muchos pacientes no expresan el dolor debido a que lo consideran inevitable tras una intervención quirúrgica. En muchas ocasiones se registra el dolor, pero en ausencia de una escala y no la intensidad de este, lo que dificulta que el resto de miembros del equipo pueda realizar las intervenciones correctamente. La falta de formación en el manejo del dolor puede provocar esa ausencia en los registros. Se observan deficiencias debidas a la falta de formación, lo que demuestra que deben actualizarse los conocimientos referentes a los avances en los medicamentos y a las mejoras en las técnicas de evaluación y registro del dolor (24,25).

Del mismo modo que ocurre con el dolor por patologías médicas u oncológicas, el dolor postoperatorio se registra, aunque cabe mejorar aspectos como sus características o la reevaluación posterior (26). En ocasiones lo que se registra es la administración farmacológica y no la intensidad del dolor o el grado de alivio, siendo estas últimas funciones propias de enfermería para manejar el dolor. Esta falta de adherencia en el registro se hace evidente en otros estudios (27).

Por todo lo anteriormente expuesto se ha planteado valorar los registros de la enfermera sobre el abordaje y manejo del dolor en pacientes intervenidos de cirugía durante las primeras 48 horas postquirúrgicas.

3. OBJETIVOS

3.1 General

- Valorar los registros de la enfermera sobre el abordaje y manejo del dolor en pacientes intervenidos de cirugía durante las primeras 48 horas postquirúrgicas.

3.2 Específicos

- Analizar la cumplimentación de los datos sobre el registro de la evaluación del dolor recogidos en la escala numérica.
- Describir los datos del cumplimiento de los registros sobre el abordaje y manejo del dolor incluidos en el evolutivo de enfermería.
- Identificar si existen diferencias entre la cumplimentación del registro del dolor entre el periodo 1 previo a la pandemia y periodo 2 durante la pandemia.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño

Estudio descriptivo, observacional transversal, llevado a cabo entre el 1 de enero y el 29 de febrero de 2020 y entre el 1 de octubre y el 30 de noviembre de 2020 en la Unidad de Cirugía General y Digestiva del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

4.2 Muestra de estudio

La selección muestral se ha llevado a cabo entre las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cirugía General y Digestiva en dos periodos:

Periodo 1: entre el 1 de enero y el 29 de febrero del año 2020, con 356 pacientes hospitalizados.

Periodo 2: entre el 1 de octubre y el 30 de noviembre del año 2020, con 331 pacientes hospitalizados.

De los 687 pacientes se seleccionaron 154 historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión.

4.3 Recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo a través de la historia clínica electrónica de los pacientes ingresados en el periodo 1 y 2 del estudio que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: pacientes intervenidos de cirugía general y digestiva de forma programada o urgente, entre 18 y 65 años, que permanecieron hospitalizados tras la cirugía.

4.4 Variables del estudio

- **Sociodemográficas:** edad y sexo.
- **Clínicas:** fecha de la intervención quirúrgica, si es programada o urgente, diagnóstico, tipo de intervención, tipo de anestesia, turno de ingreso en la Unidad después de la cirugía (mañana-tarde-noche), registro del dolor en la escala numérica y en el evolutivo de enfermería en las primeras 24 y 48 horas, localización del dolor y días de estancia hospitalaria.

4.5 Consideraciones éticas

El estudio cuenta con el informe favorable del Comité Ético de Investigación del Área de Salud Valladolid Este (código de identificación PI 20-2066 TFG) (ANEXO I). También cuenta con la aprobación del Decanato de Enfermería de la Universidad de Valladolid (ANEXO II). Los datos se trataron de forma anónima, respetando la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos, así como el Código Deontológico para la profesión de Enfermería dictado por el Consejo Internacional de Enfermeras y de acuerdo a los principios éticos de la Declaración de Helsinki en su última enmienda.

4.6 Análisis estadístico

La información recopilada se analizó con el programa estadístico IBM, Armonk, NY, EEUU versión 23. Las variables cuantitativas que siguieron una distribución normal se expresaron como media \pm desviación estándar (DE) y las cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y relativas. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para estudiar la asociación entre variables cualitativas. Se utilizó la prueba de la t de Student o la prueba de Mann-Whitney para estudiar las diferencias entre medias para 2 grupos, según las condiciones de aplicación, y ANOVA o Krustal-Wallis, para más de 2 grupos. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

La muestra incluyó a 154 pacientes de los cuales el 61 % (n=94) eran hombres y el 39 % (n=60) mujeres. La edad media fue de 46,93 años \pm 13,15 años, con una media de 4,48 días de ingreso \pm 7,83 días.

De las 154 intervenciones quirúrgicas, el 55,8 % (n=86) fueron programadas, el 31,2 % (n=48) se realizaron de urgencias y en el 13 % (n=20) de los casos no se registró el carácter de la cirugía.

Dentro de las intervenciones quirúrgicas que se realizaron, las más frecuentes fueron la apendicectomía laparoscópica o abierta en el 20,12 % (n=31) de los casos, seguida de la hernioplastia con sus variantes unilateral, bilateral, umbilical, inguinal o ventral en el 14,93 % (n=23) de las cirugías y la colecistectomía laparoscópica o abierta en el 12,3 % (n=19) de las intervenciones. En menor porcentaje también se realizaron cirugías de neoplasia de colon, sigma, recto, vías biliares, páncreas, gástrica, drenaje de abscesos, fístulas, etc.

El tipo de anestesia que predominó fue la de tipo general en el 72,7 % (n=112) de las cirugías, seguida de la intradural con un 25,3 % (n=39) y epidural, local y sedación con un 0,6 % (n=1) respectivamente cada una.

Se comprobó que la distribución de pacientes que llegaban a la Unidad tras la cirugía fue mayor en el turno de mañana con un 55,8 % (n=86), seguido de tarde con el 30,5 % (n=47) y de noche un 13,6 % (n=21).

5.1 Registro del dolor en la escala numérica

Se analizó la cumplimentación de los datos sobre el registro de la evaluación del dolor recogidos en la escala numérica. En las primeras 24 y 48 horas cuando más se registró el dolor fue en el turno de mañana, seguido de tarde y noche (ver tabla 1).

Tabla 1 Registros del dolor postoperatorio en la escala numérica

	24 HORAS			48 HORAS		
	MAÑANA	TARDE	NOCHE	MAÑANA	TARDE	NOCHE
REGISTRADO	52,4 % (n=77)	15,2 % (n=22)	3,4 % (n=5)	59,6 % (n=68)	7,8 % (n=6)	1,3 % (n=1)
NO REGISTRADO	47,6 % (n=70)	84,8 % (n=123)	96,6 % (n=141)	40,4 % (n=46)	92,2 % (n=71)	98,8 % (n=79)

En el 26,7 % (n=40) de los casos no se registró la escala numérica durante las primeras 48 horas en que el paciente permaneció hospitalizado en la planta. La comparación de esa ausencia en los registros de la escala numérica con el sexo de los pacientes reflejó que el 31,5 % (n=29) eran hombres y el 19 % (n=11) mujeres, sin obtenerse diferencias significativamente estadísticas.

Se compararon los datos del turno en que el paciente llegaba a la Unidad con los registros incluidos en la escala numérica en ese mismo turno y se observó que fueron mayores en el turno de mañana, seguido de tarde y noche, sin obtenerse significación estadística (ver tabla 2).

Tabla 2 Comparación de los registros de la escala numérica con el turno de llegada del paciente a la Unidad

	TURNO DE LLEGADA A LA UNIDAD		
	24 HORAS		
	MAÑANA	TARDE	NOCHE
REGISTRO ESCALA NUMÉRICA	45,7 % (n=37)	25,5 % (n=12)	14,3 % (n=3)
P valor	= 0,189	= 0,53	= 0,51

5.2 Registro del abordaje y manejo del dolor en el evolutivo de enfermería

Se tuvieron en cuenta los datos del cumplimiento de los registros sobre el abordaje y manejo del dolor incluidos en el evolutivo de enfermería. En las primeras 24 y 48 horas, el turno en que más se registró el dolor postoperatorio fue el de noche, seguido de tarde y mañana. Los registros fueron más elevados en las primeras 24 horas tras la llegada del paciente a la planta de hospitalización, cifras que disminuyeron durante las 24 horas siguientes (ver tabla 3).

Tabla 3 Registros del dolor postoperatorio en el evolutivo de enfermería

	24 HORAS			48 HORAS		
	MAÑANA	TARDE	NOCHE	MAÑANA	TARDE	NOCHE
REGISTRADO	42,1 % (n=64)	65,3 % (n=94)	75,3 % (n=110)	34,5 % (n=39)	53,9 % (n=41)	58,2 % (n=46)
NO REGISTRADO	57,9 % (n=88)	34,7 % (n=50)	24,7 % (n=36)	65,5 % (n=74)	46,1 % (n=35)	41,8 % (n=33)

En las primeras 24 horas hubo una ausencia de registros en el 9,7 % (n=15) de los casos. Esta cifra aumentó hasta el 34,8 % (n=40) de los pacientes a las 48 horas. En todos los turnos de trabajo no hubo ningún registro sobre el dolor postoperatorio en el 7,8 % (n=12) de los pacientes.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo del paciente y el registro en el evolutivo del dolor a las 24 y 48 horas y en todos los turnos de trabajo (ver tabla 4).

Tabla 4 Comparación de la ausencia de registros en el evolutivo de enfermería con el sexo del paciente

	EVOLUTIVO DE ENFERMERÍA		
	24 HORAS	48 HORAS	NUNCA
HOMBRE	9,6 % (n=9)	29,7 % (n=19)	7,4 % (n=7)
MUJER	10 % (n=6)	41,2 % (n=21)	8,3 % (n=5)
P valor	= 0,931	= 0,199	= 1

Se comparó el turno en que el paciente llegó a la Unidad con los registros del evolutivo de enfermería estando presentes en mayor proporción en el turno de noche, seguido de tarde con una significación estadística de $p < 0,05$ y mañana con una significación estadística de $p < 0,01$ (ver tabla 5).

Tabla 5 Comparación de los registros del evolutivo de enfermería con el turno de llegada del paciente a la Unidad

	TURNO DE LLEGADA A LA UNIDAD		
	24 HORAS		
	MAÑANA	TARDE	NOCHE
REGISTRO EVOLUTIVO DE ENFERMERÍA	44,7 % (n=38)	66 % (n=31)	71,4 % (n=15)
P valor	< 0,01	< 0,05	= 0,087

Se observó una ausencia de registros durante las primeras 24 horas en el turno de mañana en el 14 % (n=12) de los pacientes, seguido de tarde en el 4,3 % (n=2) y de noche en el 4,8 % (n=1), sin presentar significación estadística.

Respecto al registro de la localización del dolor en el evolutivo de enfermería, este se llevó a cabo en el 5,2 % (n=8) de los casos.

5.3 Cumplimentación del registro del dolor entre el periodo 1 y el periodo 2

En el periodo 1, el número de intervenciones representó un 53,2 % (n=82) frente a un 46,8 % (n=72) en el periodo 2.

Las cirugías programadas descendieron de un 67,1 % (n=55) en el periodo 1 hasta el 43,1 % (n=31) en el periodo 2. Las que se realizaron de urgencias también disminuyeron en número pasando del 32,9 % (n=27) en el periodo 1 al 29,2 % (n=21) en el periodo 2. En el periodo 2 hubo un 27,8 % (n=20) de casos en que no se registró si la cirugía era programada o de urgencia.

En el periodo 1 hubo más pacientes que llegaron a la Unidad en turno de mañana y tarde, mientras que en el periodo 2 lo hicieron más en el turno de noche (ver tabla 6).

Tabla 6 Turno en que llegaron los pacientes a la Unidad, por periodos

TURNO DE LLEGADA A LA UNIDAD					
24 HORAS					
PERIODO 1			PERIODO 2		
MAÑANA	TARDE	NOCHE	MAÑANA	TARDE	NOCHE
59,8 % (n=49)	32,9 % (n=27)	7,3 % (n=6)	51,4 % (n=37)	27,8 % (n=20)	20,8 % (n=15)

Se compararon los registros de la evaluación del dolor en la escala numérica con los 2 periodos de estudio (ver tabla 7).

Tabla 7 Registros del dolor postoperatorio en la escala numérica, por periodos

		ESCALA NUMÉRICA					
		24 HORAS			48 HORAS		
		MAÑANA	TARDE	NOCHE	MAÑANA	TARDE	NOCHE
PERIODO 1	REGISTRADO	60,8 % (n=48)	13,9 % (n=11)	3,9 % (n=3)	70,5 % (n=43)	2,6 % (n=1)	2,6 % (n=1)
	NO REGISTRADO	39,2 % (n=31)	86,1 % (n=68)	96,1 % (n=73)	29,5 % (n=18)	97,4 % (n=37)	97,4 % (n=38)
PERIODO 2	REGISTRADO	42,6 % (n=29)	16,7 % (n=11)	2,9 % (n=2)	47,2 % (n=25)	12,8 % (n=5)	0 % (n=0)
	NO REGISTRADO	57,4 % (n=39)	83,3 % (n=55)	97,1 % (n=68)	52,8 % (n=28)	87,2 % (n=34)	100 % (n=41)
P valor		< 0,05	= 0,647	= 1	< 0,05	= 0,200	= 0,487

En el periodo 1, los registros fueron superiores en los turnos de mañana a las 24 y 48 horas con una significación estadística de $p < 0,05$ en ambos casos. Dentro de estos, aumentaron los registros en el turno de mañana a las 48 horas. También fueron superiores los registros en turno de noche a las 24 y 48 horas, aunque estos no presentaron significación estadística. En el periodo 2 hubo un aumento de los registros en los turnos de tarde a las 24 y 48 horas sin presencia de significación estadística. Por otra parte, hubo una ausencia en los registros

del dolor en la escala numérica en todos los turnos en el 17,5 % (n=14) de los pacientes en el periodo 1 y en el 37,1 % (n=26) en el periodo 2, teniendo una significación estadística en este último de $p < 0,01$.

En el evolutivo de enfermería, el turno de noche fue en el que se realizaron mayor número de registros sobre el manejo del dolor en ambos periodos, aunque no existe una significación estadística (ver tabla 8).

Tabla 8 Comparación de los registros del abordaje y manejo del dolor postoperatorio en el evolutivo de enfermería, por periodos

		EVOLUTIVO DE ENFERMERÍA					
		24 HORAS			48 HORAS		
		MAÑANA	TARDE	NOCHE	MAÑANA	TARDE	NOCHE
PERIODO 1	REGISTRADO	39,5 % (n=32)	64,6 % (n=51)	76,3 % (n=58)	28,3 % (n=17)	54,1 % (n=20)	57,9 % (n=22)
	NO REGISTRADO	60,5 % (n=49)	35,4 % (n=28)	23,7 % (n=18)	71,7 % (n=43)	45,9 % (n=17)	42,1 % (n=16)
PERIODO 2	REGISTRADO	45,1 % (n=32)	66,2 % (n=43)	74,3 % (n=52)	41,5 % (n=22)	53,8 % (n=21)	58,5 % (n=24)
	NO REGISTRADO	54,9 % (n=39)	33,8 % (n=22)	25,7 % (n=18)	58,5 % (n=31)	46,2 % (n=18)	41,5 % (n=17)
P valor		= 0,086	= 0,108	= 0,739	< 0,05	< 0,01	= 0,381

En el periodo 1 hubo más registros en el turno de noche durante las primeras 24 horas. En las 24 horas siguientes los registros fueron mayores en el turno de tarde mostrando una significación estadística de $p < 0,01$. En el periodo 2 a las 24 horas se registró más en el turno de tarde y mañana, mientras que a las 48 horas los registros fueron superiores en el turno de noche y mañana. En este último turno de mañana hay una significación estadística de $p < 0,05$. A las 24 horas hubo un 11 % (n=9) de pacientes en los que no se reflejó ningún registro sobre el abordaje y manejo del dolor en el evolutivo de enfermería durante el periodo 1 y un 8,3 % (n=6) en el periodo 2 sin significación estadística. En las 24 horas siguientes hubo un 41,7 % (n=25) de pacientes a los que tampoco se realizó ningún registro del dolor en el periodo 1 frente a un 27,3 % (n=15) del periodo 2 sin presentar diferencias estadísticamente significativas. En todos los

turnos de trabajo, el 8,5 % (n=7) de los pacientes presentó ausencia de registros en el periodo 1 y el 6,9 % (n=5) en el periodo 2, sin significación estadística.

6. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran las diferencias que existen a la hora de reflejar los registros del dolor postoperatorio en la historia clínica digital y la escasa valoración o ausencia de cumplimentación en algunos casos.

Después de analizar los registros de la escala numérica y el evolutivo de enfermería, se ha observado que no siempre se recoge la situación del paciente en ambos apartados. Quizás pueda parecer una duplicidad de la información, pero la necesidad de dejar constancia en los dos registros radica en que mientras con la escala numérica se valora la existencia o no de dolor, en el evolutivo de enfermería se va a ver reflejado el abordaje, manejo y reevaluación que se realiza del mismo. Tal vez convendría llevar a cabo estrategias para concienciar acerca de la importancia a la hora de dejar recogidos los datos del paciente referente a su estado de salud. En algunos hospitales en los que incluyen programas de educación para formar a su personal y mejorar la calidad de los registros, los resultados han demostrado ser efectivos (22). Si no se dispone de herramientas para realizar esos registros tanto a nivel de recursos humanos, educación e infraestructura, la atención proporcionada al paciente puede ser menos efectiva, como ocurre en países de ingresos bajos donde las consecuencias del dolor postoperatorio son más evidentes (21,28).

La forma en que se muestran los registros no se distribuye regularmente, ya que mientras en la escala numérica los registros son mayores en los turnos de mañana, en el evolutivo de enfermería lo son en los turnos de noche. Un estudio de Corea en unidades quirúrgicas y de medicina interna, mostró que los registros fueron superiores en los turnos de noche con un 96,3 % y en fines de semana en el 85,7 % de los casos, respecto a los turnos de mañana, tarde y durante la semana. Esta circunstancia se vio favorecida debido a la disminución en la carga de trabajo en estos turnos por una menor cantidad de ingresos programados, altas, pruebas y procedimientos quirúrgicos que se realizan a los pacientes (29).

El mayor porcentaje registrado en la escala numérica es del 47,2 %. Esta cifra es inferior a las aportadas por otros estudios. En uno de ellos los registros en los

pacientes hospitalizados fueron del 70,1 %, aunque en este caso la herramienta utilizada para valorar el dolor fue la escala EVA, la cual comparte similitudes con la escala numérica (26). Otro de ellos, realizado en un hospital de Indonesia, muestra cifras superiores ya que el registro del dolor se realizó en el 99,2 % de los pacientes en la valoración inicial (30).

Los registros de la escala numérica fueron menores en hombres mientras que el registro del dolor en el evolutivo de enfermería fue menor en las mujeres. Un estudio de Sepúlveda et al. (31) indicaba que el dolor que presentaban las mujeres se consideraba en ocasiones puntual y no se les incluía en el plan de cuidados, pudiendo estar relacionado este hecho con la ausencia de registros en el presente estudio.

Los resultados muestran que aun registrando el dolor postoperatorio mediante la cumplimentación de la escala numérica y del evolutivo de enfermería, en ocasiones puede resultar insuficiente. Hubo pacientes a los que no se realizó ningún registro del dolor en las 48 horas siguientes a su llegada a la planta de hospitalización. Esta situación también se repite en otros países ya que un estudio de Etiopía mostró que el número de registros de enfermería fue del 47,8 %, por lo tanto, más de la mitad de las enfermeras no registraron los cuidados que proporcionaron a sus pacientes (23). Esa ausencia en los registros no implica que no se realice la valoración del dolor postoperatorio, sino que no se recogen de forma escrita en la historia clínica las verbalizaciones del paciente en lo referente a su estado de salud. En un estudio realizado en Brasil se identificó algo similar, ya que el registro del dolor era insuficiente debido a que se realizó en el 39,2 % de las ocasiones. En más del 60 % de los pacientes no se recogió por escrito la atención prestada, porque tal vez lo vieron como obligaciones burocráticas y no como una parte dentro de las funciones de la enfermera (32).

Sorprende que la localización del dolor apenas se registró en el evolutivo de enfermería. Estos datos difieren bastante si se comparan con otros estudios. En uno de ellos la ubicación del dolor se registró en casi todos los casos, aunque también hay que tener en cuenta que en ese mismo estudio solo el 6 % de los registros incluían el dolor (24). En otro estudio, la localización del dolor se realizó

en los registros del 53,3 % de los pacientes (26). Según Mutshatshi et al. (28) el problema por el que en ocasiones no se registran las intervenciones de enfermería llevadas a cabo en los pacientes es por el tiempo que conlleva su cumplimentación.

El 31 de diciembre de 2019 se notificó por primera vez un brote por SARS-CoV-2 en Wuhan (China). Al poco tiempo se propagó a varios países y fue el 30 de enero de 2020 cuando la OMS declaró esta enfermedad una emergencia de salud pública internacional. El 11 de marzo de 2020 ya se consideraba una pandemia y la velocidad con la que se propagaba el virus hizo que los sistemas sanitarios de numerosos países se desbordaran. Los sistemas de salud en los que se habían reducido las inversiones en salud pública dejaban al descubierto la falta de recursos para hacer frente a la pandemia, revelando la importancia de invertir en ciencia y salud (33).

Esto ha influido en gran medida en la carga de trabajo de las enfermeras, ya que los pacientes con SARS-CoV-2 requieren unas medidas especiales como por ejemplo la utilización de EPIs y técnicas especiales para evitar la contaminación y que el virus no se propague (31,34). Esta carga de trabajo ha provocado que las enfermeras se hayan tenido que desplazar desde otras Unidades a servicios Covid, como en el caso de cuidados intensivos donde la ratio enfermera/paciente ideal es cercano a 1:1 (35). Esta movilidad interna de las enfermeras debido al aumento en la carga de trabajo puede estar detrás de la disminución de los registros del dolor postoperatorio en la escala numérica, ya que en nuestro estudio el mayor registro del dolor fue del 70,5 % de los pacientes en el periodo 1 frente al 47,2 % del periodo 2. Por otra parte, los resultados contrastan con los datos recogidos en el evolutivo de enfermería, debido a que los registros aumentaron durante el periodo 2. Este aumento puede deberse al menor número de pacientes que permanecieron hospitalizados durante este periodo, o podría estar relacionado con la disminución de las cirugías (36).

Con la pandemia se ha visto reducido el volumen de intervenciones quirúrgicas de cirugía general y digestiva que se han realizado en el hospital tanto a nivel programado como de urgencias. Esto no es un hecho aislado, sino que esta

circunstancia se ha repetido en otros hospitales como revela la bibliografía reciente (36). Esta disminución de las cirugías puede estar relacionada con el hecho de que el periodo 2 de este estudio coincidió con la segunda ola de Covid-19. Debido a esto se originó una falta de camas UCI y la necesidad de utilizar respiradores en pacientes con esta patología, que en ocasiones ha provocado que quirófanos y salas de recuperación se hayan habilitado para atender a este tipo de pacientes (31).

Limitaciones del estudio: una de las limitaciones está relacionada con la muestra, que es de conveniencia y no aleatoria. También, que solo se tuvieron en cuenta las intervenciones de cirugía general y digestiva de un solo hospital, por lo que los datos no se compararon con el resto de especialidades quirúrgicas ni con otros centros hospitalarios, pudiendo disminuir la fortaleza de los resultados. Por otra parte, la bibliografía existente es escasa en cuanto a registros de enfermería relacionados con el Covid-19, ya que se trata de una enfermedad de reciente aparición y sobre la cual se está empezando a investigar.

Futuras líneas de investigación: este estudio puede servir como inicio para futuras investigaciones relativas al abordaje y manejo del dolor incluido en el evolutivo de enfermería, que sería interesante desarrollar para comprobar cómo se gestiona el dolor postoperatorio. Se abre el camino para una posible comparación de los datos transcurrido un periodo de tiempo, para valorar si la información que se proporcione a la vista de este estudio ha sido eficaz y con ello se ha logrado mejorar la cumplimentación de los registros referentes al dolor postoperatorio.

7. CONCLUSIONES

Los registros del dolor postoperatorio no se cumplimentaron de forma precisa en la historia clínica del paciente, ya que en ocasiones se reflejaron en una baja proporción o se encontraban ausentes.

Los datos recogidos en la escala numérica fueron mayores en el turno de mañana, coincidiendo con el turno en que el paciente llegó a la Unidad.

Dentro del evolutivo de enfermería se han evidenciado áreas de mejora en cuanto al registro de la localización del dolor.

Durante la segunda ola de la pandemia de Covid-19 disminuyó el volumen de registros de la escala numérica en la historia clínica del paciente, ya que durante el periodo 2 fueron inferiores tanto a las 24 como 48 horas de hospitalización del paciente.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Raja S N, Carr D B, Cohen M, Finnerup N B, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain [Internet]. 2020 [citado 20 de octubre de 2020];161(9):1976-1982. doi: 10.1097 / j.pain.0000000000001939
2. Fernández Esplá A, García Helguera E. Tipos de dolor. Manual de medicina del dolor. Fundamentos, evaluación y tratamiento [Internet]. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2016 [citado 20 de octubre de 2020] Pág 63-69. Recuperado a partir de: <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/clasificacion-dolor>
3. Mura P, Serra E, Marinangeli F, Patti S, Musu M, Piras I, et al. Prospective study on prevalence, intensity, type, and therapy of acute pain in a second-level urban emergency department. J Pain Res [Internet]. 2017 [citado 20 de octubre de 2020];10:2781-2788. doi: 10.2147/JPR.S137992
4. Día mundial contra el dolor. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León [Internet]. 2020 [citado 19 de noviembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/dias-mundiales-relacionados-salud/dia-mundial-dolor-1604d7>
5. Bautista Sánchez S G, Jiménez Santiago A. Epidemiology of Chronic Pain. Archivos en Medicina Familiar [Internet]. 2014 [citado 22 de noviembre de 2020];16 (4) 69-72. Recuperado a partir de :<https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2014/amf144c.pdf>
6. Fayaz A, Croft P, Langford R M, Donaldson L J, Jones G T. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. BMJ Open [Internet]. 2016 [citado 22 de noviembre de 2020];6(6):e010364. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010364
7. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, Nahin R, Mackey S, DeBar L, et al. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults - United States, 2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2018 [citado 22 de noviembre de 2020];67(36):1001-1006. doi: 10.15585/mmwr.mm6736a2
8. ¿Qué es el dolor postoperatorio?. Dolor.com [Internet]. 2017 [citado 10 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.dolor.com/es-es/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/dolor-postoperatorio>
9. San José García R. POSTOPERATIVE PAIN: A NURSE POINT OF VIEW [trabajo fin de grado]. [Cantabria]: Universidad de Cantabria; 2016 [citado 10 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8959/San%20Jose%20Garcia%20OR..pdf?sequence=4>
10. Reaza Alarcón A, Rodríguez Martín B. Effectiveness of nursing educational interventions in managing post-surgical pain. Systematic review. Invest. Educ. Enferm. [Internet]. 2019 [citado de 10 de diciembre 2020];37(2):e10. doi: 10.17533/udea.iee.v37n2e10

11. Stonski E, Weissbrod D, Vicens J, Giunta D H, Liarte D, Agejas R J, et al. Prevalence of pain among patients admitted to a clinical hospital. *Rev Med Chil* [Internet]. 2019 [citado 14 de enero de 2021];147(8):997-1004. Spanish. doi: 10.4067/S0034-98872019000800997
12. Sierżantowicz R, Lewko J, Bitiucka D, Lewko K, Misiak B, Ładny J R. Evaluation of Pain Management after Surgery: An Observational Study. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2020 [citado 14 de enero de 2021];56(2):65. doi: 10.3390/medicina56020065
13. Campagna S, Antonielli D'Oulx M D, Paradiso R, Perretta L, Re Viglietti S, Berchiolla P, et al. Postoperative Pain, an Unmet Problem in Day or Overnight Italian Surgery Patients: A Prospective Study. *Pain Res Manag* [Internet]. 2016 [citado 14 de enero de 2021].8 p. doi: 10.1155/2016/6104383
14. Wylde V, Dennis J, Beswick A D, Bruce J, Eccleston C, Howells N, et al. Systematic review of management of chronic pain after surgery. *Br J Surg* [Internet]. 2017 [citado 2 de febrero de 2021];104(10):1293-1306. doi: 10.1002/bjs.10601
15. Rabbitts J A, Fisher E, Rosenbloom B N, Palermo T M. Prevalence and Predictors of Chronic Postsurgical Pain in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain* [Internet]. 2017 [citado 6 de abril de 2021];18(6):605-614. doi: 10.1016/j.jpain.2017.03.007.
16. G Weiser T, B Haynes A, Molina G, R Lipsitz S, M Esquivel M, Uribe-Leitz T, et al. Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2016 [citado 6 de abril de 2021];94(3):201-209. doi: 10.2471/BLT.15.159293
17. Intervenciones quirúrgicas realizadas en hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) [Internet].Ministerio de Sanidad. 2020 [citado 5 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla26.htm>
18. Lula A, Lalungo C, de Waure C, Raponi M, Burgazzoli M, Zega M, et al. Quality of Care: Ecological Study for the Evaluation of Completeness and Accuracy in Nursing Assessment. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 6 de abril de 2021];17(9):3259. doi: 10.3390/ijerph17093259
19. Medrzycka-Dabrowka W, Dąbrowski S, Gutysz-Wojnicka A, Gawroska-Krzemińska A, Ozga D. Barriers perceived by nurses in the optimal treatment of postoperative pain. *Open Medicine* [Internet]. 2017 [citado 6 de abril de 2021];12(1): 239-246. doi: 10.1515/med-2017-0037
20. Mahama Adams S D, Varaei S, Jalalinia F. Nurses' Knowledge and Attitude towards Postoperative Pain Management in Ghana. *Pain Res Manag* [Internet]. 2020 [citado 12 de abril de 2021]. 7 p. doi: 10.1155/2020/4893707
21. Chatchumni M, Eriksson H, Mazaheri M. A Scoping Review of Pain Management Education Programs (PMEPs): Do They Prepare Nurses to Deal with Patients' Postoperative Pain? *Pain Res Manag* [Internet]. 2020 [citado 12 de abril de 2021].7p. doi: 10.1155/2020/4062493
22. Da Costa Linch G F, Antunes Lima A A, Nogueira de Souza E, Nauderer T M, Aparecida Paz A, da Costa C. An educational intervention impact on the quality of nursing records. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado 12 de abril de 2021];25: e2938. doi: 10.1590 / 1518-8345.1986.2938

23. Tasew H, Mariye T, Teklay G. Nursing documentation practice and associated factors among nurses in public hospitals, Tigray, Ethiopia. *BMC Res Notes* [Internet]. 2019 [citado 5 de abril de 2021];12: 612. doi: 10.1186/s13104-019-4661-x
24. Rafati F, Soltaninejad M, Aflatoonian M R, Mashayekhi F. POSTOPERATIVE PAIN: MANAGEMENT AND DOCUMENTATION BY IRANIAN NURSES. *Mater Sociomed* [Internet]. 2016 [citado 5 de abril de 2021];28(1):36-40. doi: 10.5455/msm.2016.28.36-40
25. Chatchumni M, Namvongprom A, Eriksson H, Mazaheri M. Thai Nurses' experiences of post-operative pain assessment and its' influence on pain management decisions. *BMC Nurs* [Internet]. 2016 [citado 22 de abril de 2021];15:12. doi: 10.1186/s12912-016-0136-8
26. Sepúlveda Sánchez J M, Canca Sánchez JC, Rivas Ruiz F, Martín García M, Pérez González M J, Timonet Andreu E M. Pain management nursing in hospitalized patients with non-oncological diseases. *Elsevier* [Internet]. 2015 [citado 22 de abril de 2021];26(2):137-141. doi: 10.1016 / j.enfcli.2015.09.002
27. Muñoz-Alvaredo L, López Vallecillo M, Jiménez Pérez J M, Martín-Gil B, Muñoz Moreno M F, Fernández-Castro M. Prevalence, pain management and registration in Internal Medicine units. *Enferm Clin* [Internet]. 2020 [citado 22 de abril de 2021];30(4):275-281. doi: 10.1016/j.enfcli.2018.11.004
28. Mutshatshi T E, Mothiba T M, Mamogobo P M, Mbombi M O. Record-keeping: Challenges experienced by nurses in selected public hospitals. *Curationis* [Internet]. 2018 [citado 3 de mayo de 2021];41(1):e1-e6. doi: 10.4102/curationis.v41i1.1931
29. Ahn M, Choi M, Kim Y. Factors Associated with the Timeliness of Electronic Nursing Documentation. *Healthc Inform Res.* [Internet]. 2016 [citado 3 de mayo de 2021];22(4):270-276. doi: 10.4258/hir.2016.22.4.270
30. Asmirajanti M, Hamid AYS, Hariyati R T S. Nursing care activities based on documentation. *BMC Nurs.* [Internet]. 2019 [citado 3 de mayo de 2021];18(1):32. doi: 10.1186/s12912-019-0352-0
31. Lucchini A, Iozzo P, Bambi S. Nursing workload in the COVID-19 era. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2020 [citado 29 de abril de 2021];61:102929. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102929
32. De Lima Ferreira L, Barreto Tavares Chiavone F , dos Santos Bezerril M, Yasmin Andrade Alves K, Tuani Candido de Oliveira Salvador P , Euzébia Pereira Santos V . Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2020 [citado 3 de mayo de 2021];73(2): e20180542. doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0542
33. Luján Cuestas M, Laura Minassian M. COVID-19: Impact of a pandemic. *Rev Argent Microbiol* [Internet]. 2020 [citado 5 de abril de 2021];52(3):167-168. doi: 10.1016/j.ram.2020.09.003
34. De Oliveira Souza D. Health of nursing professionals: workload during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Med Trab* [Internet]. 2021 [citado 3 de mayo de 2021];18(4):464-471. doi: 10.47626/1679-4435-2020-600

35. Bruyneel A, Gallani M C, Tack J, d'Hondt A, Canipel S, Franck S, et al. Impact of COVID-19 on nursing time in intensive care units in Belgium. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2021 [citado 29 de abril de 2021];62:102967. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102967
36. Diaz A, Sarac B A, Schoenbrunner A R, Janis J E, Pawlik T M. Elective surgery in the time of COVID-19. *Am J Surg* [Internet]. 2020 [citado 3 de mayo de 2021];219(6):900-902. doi: 10.1016/j.amjsurg.2020.04.014