

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**“INTERVENCION DE LA ENFERMERA EN EL  
AFRONTAMIENTO DEL DOLOR DESDE LA PERSPECTIVA DE  
PACIENTES POSOPERADOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL EN EL  
HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO AZÁNGARO 2019”**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**ANA YASMINI PALZA QUISPE**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:  
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**PUNO – PERÚ**

**2019**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



INTERVENCION DE LA ENFERMERA EN EL AFRONTAMIENTO DEL DOLOR DESDE LA PERSPECTIVA DE PACIENTES POSOPERADOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO  
AZÁNGARO 2019

TESIS  
PRESENTADO POR:  
ANA YASMINI PALZA QUISPE  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:  
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE:

.....  
Dra. DENICES SOLEDAD ABARCA FERNÁNDEZ

PRIMER MIEMBRO:

.....  
Lic. EUGENIA RAMIREZ QUILCA

SEGUNDO MIEMBRO:

.....  
Lic. OLGA APAZA IDME

ASESORA Y DIRECTOR:

.....  
Lic. MARGOT ALEJANDRINA MUÑOZ MENDOZA

Área: Ciencias Médicas y de Salud: Enfermería  
Tema: Intervención de Enfermería  
Fecha de Sustentación: 09/10/2019

## DEDICATORIA

Dedico de manera muy especial a Dios  
Por permitirme la realización de este  
Trabajo, crecer profesionalmente e  
Incrementar más conocimientos en mi  
Vida profesional.

A mi esposo e hijos, por su comprensión  
Y apoyo permanente en los momentos más  
Difíciles al mantener la unidad familiar  
Ahora y siempre.

A mis asesoras, que en todo momento  
Supieron darme valor para continuar  
En la elaboración y ejecución de este  
Trabajo.

A mi Alma Mater, UNA, por abrirme  
Las puertas de sus prestigiosas aulas  
Para desarrollarme en esta noble  
Profesión

## AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Altiplano Puno por brindarme la oportunidad de lograr el grado de título de Segunda especialidad en: Enfermería en Centro Quirúrgico.

A la Facultad de Enfermería y su plana docente del programa de Segunda Especialidad de Centro Quirúrgico por impartir sus sabios conocimientos y la motivación a la investigación.

Al Director del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azangaro, por permitirme el campo clínico para la ejecución de la investigación.

A la Jefa del servicio de Centro Quirúrgico, por permitirme el campo clínico para la ejecución de la investigación.

Con mucha gratitud a mi asesora Lic. Margot Alejandrina Muñoz Mendoza por su apoyo en el presente trabajo.

A los miembros del jurado revisores del presente trabajo por sus sugerencias y aportes para la culminación y fortalecimiento del presente trabajo.

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	3
AGRADECIMIENTO .....	4
ÍNDICE GENERAL .....	5
ÍNDICE DE FIGURAS .....	7
ÍNDICE DE TABLAS .....	8
ÍNDICE DE ANEXOS .....	9
RESUMEN .....	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUCCIÓN .....	12
I. PROBLEMA .....	14
1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA .....	14
1.2. ANTECEDENTES .....	16
1.3. FORMULACIÓN .....	22
II. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO .....	23
III. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL .....	25
3.1. INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA:.....	25
3.2. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES POSOPERADOS.....	26
3.3. FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA REACCIÓN AL DOLOR EN EL PACIENTE POSOPERADO.....	31
3.3.1. Tipo de cirugía:.....	31
3.3.2. Edad:.....	32
3.3.3. Sexo:.....	32
3.3.4. Días del posoperatorio:.....	33
3.3.5. Grado de instrucción: .....	33
3.4. VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR:.....	33
3.4.1. Escala visual analógica del dolor (EVA): .....	33
3.5. INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO .....	34
3.5.1. Valoración: .....	35
3.5.2. Diagnóstico: .....	36
3.5.3. Planeamiento: .....	36
3.5.4. Ejecución.....	37
3.5.5. Evaluación.....	48

3.5.6. Registro .....	49
IV. VARIABLE: .....	50
4.1. Variable.....	50
4.2. Operacionalización de variable:.....	50
V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN. ....	52
5.1. OBJETIVO GENERAL:.....	52
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	52
VI. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:.....	53
6.1. HIPÓTESIS GENERAL:.....	53
VII. MARCO METODOLÓGICO.....	53
7.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	53
7.1.1. Tipo de investigación: .....	53
7.1.2. Diseño de la investigación:.....	53
7.2. ÁMBITO DE ESTUDIO .....	54
7.3. POBLACIÓN: .....	54
7.3.1. Población y Muestra:.....	54
7.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	54
7.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	56
7.6. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS .....	57
VIII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	58
IX. CONCLUSIONES .....	70
X. RECOMENDACIONES.....	72
XI. BIBLIOGRAFÍA:.....	73
ANEXOS .....	77

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Datos generales de los pacientes posoperados - Azángaro 2019 .....	81
Figura 2. Intervención de enfermería en el tratamiento farmacológico - Hospital de Azangaro 2019.....	82
Figura 3. Intervención de enfermería en el tratamiento no farmacológico - Hospital de Azangaro 2019.....	83

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Datos generales en pacientes posoperados del Hospital de Azángaro 2019.....	58
Tabla 2. Intervención de enfermería en el tratamiento farmacológico, desde la perspectiva de pacientes posoperados del Hospital de Azángaro 2019. ....	61
Tabla 3. Intervención de enfermería en el Tratamiento no farmacológico desde la perspectiva de pacientes posoperados del Hospital de Azángaro 2019.....	64
Tabla 4. Intervención de enfermería en el afrontamiento del dolor, desde la perspectiva de pacientes posoperados del Hospital de Azángaro 2019. ....	67

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Instrumento de recolección de datos .....	77
Anexo 2. Tablas anexas .....	79
Anexo 3 Gráficos: .....	81

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo describir la intervención de enfermería en el afrontamiento del dolor desde la perspectiva de pacientes posoperados de cirugía abdominal en el Hospital de Azangaro durante el periodo de junio a agosto del 2019. La investigación es de tipo Descriptivo y transversal. Se utilizó el Instrumento elaborado por Ahuanari, A. que es una escala tipo Likert modificada. El cuestionario consta de: introducción, datos generales y datos específicos, el contenido esta conformado por enunciados divididos en dos secciones correspondientes al manejo farmacológico y al manejo no farmacológico con 14 enunciados cada un dando un total de 28 enunciados. Muestra conformada por 35 pacientes posoperados de cirugía abdominal. En cuanto a los resultados: 80% de pacientes posoperados tienen edad que fluctúa entre 19 y 35 años, 82.95% son de sexo femenino, 62.9% grado de instrucción secundaria seguido de primaria 28.6%; 77.1% de pacientes el tipo de cirugía fue cesárea un 22.9% apendicectomía; 68.6% de pacientes permanecen entre dos o tres días y el 31.4% cuatro días a más. En cuanto al manejo farmacológico 60% de los pacientes indico que la intervención está presente, el 40% que es ausente; En cuanto al manejo no farmacológico 37.1% de los pacientes indico que la intervención está presente y un 62.9% está ausente; La intervención de enfermería percibida por los pacientes posoperados, con relación al afrontamiento del dolor, está presente en el 48.6 y ausente en el 51.4% ;Conclusiones: la mayoría de los pacientes posoperados de cirugía abdominal en el hospital de Azangaro, tienen edades que fluctúan de 19 a 35 años de edad, predomina el sexo femenino, con grado de instrucción secundaria y primaria; el tipo de cirugía predominante es la cesárea seguida de apendicectomía y permanecen entre dos a tres días de hospitalización. Más de la mitad de enfermeras del hospital de Azangaro, al brindar la atención al paciente posoperado de cirugía abdominal se basan principalmente en la aplicación de intervenciones de tipo farmacológico, desde la perspectiva de pacientes es considerada como presente. Más de la mitad de pacientes refieren que el tratamiento no farmacológico está ausente, porque la enfermera no realiza satisfactoriamente acciones no farmacológicas. La intervención de la enfermera en el afrontamiento del dolor desde la perspectiva de pacientes posoperados de cirugía abdominal es considerada como ausente por la mitad más uno de pacientes y presente por la otra mitad menos uno. Palabras clave: Describir la Intervención de enfermería, manejo farmacológico del dolor, manejo no farmacológico.

## ABSTRACT

The present work aims to describe the nursing intervention in coping with pain from the perspective of post-operative abdominal surgery patients in the Azangaro Hospital during the period from June to August 2019. The research is descriptive and transversal. The Instrument elaborated by Ahuanari, A. which is a modified Likert scale was considered. The constant questionnaire of: introduction, general data and specific data, the content is made up of sentences divided into two sections corresponding to pharmacological management and non-pharmacological management with 14 statements each giving a total of 28 sentences. Sample consisting of 35 post-operative abdominal surgery patients. Regarding the results: 80% of post-operative patients have an age that fluctuates between 19 and 35 years, 82.95% are female, 62.9% grade of secondary education followed by primary 28.6%; 77.1% of patients the type of surgery was caesarean section to 22.9% appendectomy; 68.6% of patients remain between two or three days and 31.4% for four more days. Regarding the pharmacological management 60% of the patients that the intervention is present, 40% that is absent; Regarding the non-pharmacological management 37.1% of the patients that the intervention is present and 62.9% is absent; The nursing intervention perceived by postoperative patients, in relation to coping with pain, is present in 48.6 and absent in 51.4%; Conclusions: the majority of post-operative abdominal surgery patients at the Azangaro hospital have ages ranging from 19 to 35 years of age, female sex predominates, with secondary and primary education; The predominant type of surgery is the continuous caesarean section of appendectomy and permanence between two days of hospitalization. More than half of the nurses of the Azangaro hospital, when providing care to the post-operative patient of abdominal surgery, are based mainly on the application of pharmacological treatments, from the perspective of patients it is like the present. More than half of patients that non-pharmacological treatment are absent, because the nurse does not satisfactorily perform non-pharmacological actions. The intervention of the nurse in coping with pain from the perspective of post-operative abdominal surgery patients is like a patient in half plus one of patients and present in the other half minus one. Keywords: Describe the nursing intervention, pharmacological pain management, non-pharmacological management.

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, la enfermera se ha preocupado por cuidar a la persona, familia y comunidad, desde antes de su nacimiento hasta su muerte, brindando una atención de calidad(1), en el siglo XVIII el cuidado se definía como un acto instintivo femenino para la protección de las familias, en las sociedades arcaicas superiores (entre la prehistoria y el mundo clásico) la responsabilidad del cuidado recaía en los sacerdotes y escribas, hombres cultos, fue hasta la aparición de Florence Nightingale quién surge en la época moderna y marca el sentido del cuidado, siendo por muchos años el cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, requiriendo de valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente(2), actualmente el cuidado ha sido proyectado a esferas preventivo promocionales, curativas y recuperativas.

Considerando que los cuidados del paciente a nivel hospitalario es responsabilidad del profesional de enfermería, compartida con otros profesionales, se quiere investigar las actividades que realiza el personal de enfermería en este caso referente al manejo del dolor desde la percepción del paciente, así mismo se requiere conocer la experiencia de estos profesionales; por ello surge el interés de analizar la intervención de enfermería en el afrontamiento del dolor desde la perspectiva de pacientes posoperados de cirugía abdominal en el hospital de la ciudad de Azángaro, donde se han incrementado las intervenciones quirúrgicas en los últimos cinco años.

Observando las diferentes actividades que ejecuta el personal profesional de enfermería, en relación a los cuidados de los pacientes posoperados de cirugía abdominal amerita realizar un análisis de como es, como debería ser, y como serán en adelante los cuidados por enfermería para con estos pacientes, considerando que existen protocolos

estandarizados con el único objetivo de mejorar los cuidados de atención al paciente, para lograr los objetivos propuestos se llevará a cabo un estudio de tipo descriptivo que permitirá identificar y describir los cuidados del paciente posoperados de cirugía abdominal en cuanto a su recuperación oportuna y pronta rehabilitación. Así pues, el dolor es una sensación nociceptiva compleja, es ahí donde también interviene enfermería haciendo que el paciente se sienta más aliviado ante este; evitando así sufrimientos innecesarios, usando los tratamientos adecuados en base a la magnitud del dolor que pueda sentir. La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nocioceptores) y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociceptivos tisulares; la nociocepción puede estar influida por factores y pese a la importancia de este síntoma es frecuentemente infravalorado, solo el 5% de las revistas de enfermería abordan el tema del dolor y su tratamiento, se constata además la no utilización por el personal de enfermería, de escalas para la medición del dolor posoperatorio; la ausencia de trabajos que reflejen el grado de satisfacción del paciente con respecto al tratamiento de su dolor y lo poco que se nos ha enseñado a enfermería sobre la valoración y el manejo del dolor(3).

De esta manera la enfermera desempeña una función importante en los temas del dolor ya que es puente entre el paciente, los familiares y el resto de profesionales de la salud, actúa como observadora e interviene en el control integral del paciente, en la educación de la familia, con el personal sanitario poco familiarizados con el control del dolor, controla y vigila el reajuste terapéutico y las vías de administración, coordina las tareas y se hace responsable diariamente de la atención del paciente en estrecha colaboración con las familias, para mitigar las respuestas de miedo y ansiedad que se puedan presentar en el ámbito del paciente(4).

Este trabajo de investigación se desarrolló en diferentes etapas, para cumplir las exigencias de la obtención del título de segunda especialidad, en una primera etapa se planteó el proyecto de investigación donde con sus características respectivas, los antecedentes y la formulación del problema; luego se planteó la importancia y utilidad del estudio; se revisó el marco teórico y conceptual para poder describir las variables; se señalaron cuáles son las variables de estudio mediante la operacionalización de variables; se planteó los objetivos de la investigación; se formuló las hipótesis de investigación; se determinó el marco metodológico donde se define el tipo y diseño de estudio, ámbito de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos, tratamiento estadístico para el análisis de datos; finalmente se presentan los resultados del trabajo, la discusión, conclusiones, recomendaciones, la bibliografía correspondientes y anexos.

## **I. PROBLEMA**

### **1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA**

Durante muchos años el pensamiento y ejercicio del profesional de enfermería han sido llevado a cabo desde una perspectiva biomédica, esto con la incorporación del proceso científico y el desarrollo de un marco conceptual propio de la profesión, lo que a su vez origino el desarrollo de los planes de atención enfermeros y con ellos la mejora de los cuidados de salud prestados a los pacientes, pese a que la incorporación del proceso metodológico como herramienta de trabajo supone un gran avance y aporta numerosas ventajas para la profesión; se observa en la práctica asistencial que el Proceso de Atención de Enfermería, no es llevado a cabo por las dificultades que encuentran los profesionales en su aplicación; la realización de los cuidados de enfermería en pacientes posoperados supone un gran impacto en el modo y calidad de vida de los pacientes sometidos a estas intervenciones, ya que produce una serie de cambios y alteraciones que afectan todas las

esferas de su vida (física, psicológica y social), por lo que necesitan una atención especializada desde un punto de vista holístico y desde el momento del diagnóstico(5).

En la actualidad el personal de salud no valora de forma habitual la intensidad del dolor, no utiliza técnicas de valoración, tampoco aplica escalas para valorar el dolor, a esto se puede añadir que en la mayor parte de los hospitales el personal de salud especialmente el personal de enfermería, no ha recibido actualización de conocimientos acerca del manejo del dolor posoperatorio por cirugía abdominal, por lo cual le es difícil aplicar las actividades de enfermería y se basa en las indicaciones médicas, esto conlleva a que la estancia hospitalaria se prolongue por más días haciendo que los pacientes pasen más horas en observación hasta aplicar un tratamiento terapéutico de control del dolor y mantener en un nivel de dolor aceptable. Según Castillo y B. Colegas refieren que hay una buena respuesta en el manejo del dolor con respecto a las intervenciones que realiza enfermería(6).

La recuperación oportuna o las complicaciones de un paciente pos operado por apendicitis dependen de los cuidados que se les brinda en toda esta etapa, y cada vez los pacientes son más, por lo que se vienen mejorando ciertos procedimientos que permitan ser aplicados durante el proceso de recuperación del paciente, con participación de la familia (2).

Actualmente en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro el índice de cirugías abdominales han ido en incremento, por lo que hay que prestar mucha atención al dolor posoperatorio que presentan los pacientes, principalmente el personal de enfermería que está encargada de una atención directa los motivos que impulsaron el desarrollo de este trabajo, principalmente fueron las experiencias vividas ante las deficiencias de los cuidados de enfermería en los pacientes con problemas que salen de sala de operaciones y la importancia y necesidad del desarrollo de la profesión dentro de

un marco metodológico basado en evidencia científica, suponiendo la mejora de la atención a los pacientes; y nuestro interés personal en ampliar los conocimientos teóricos respecto al proceso enfermero, así como el aprendizaje de la realización de un plan de cuidados enfermeros basados en este. (3)

## **1.2.ANTECEDENTES**

### **A NIVEL INTERNACIONAL:**

En el 2016, en Monterrey - México, se realizó el estudio titulado. “Factores asociados con la intensidad del dolor en pacientes hospitalizados en periodo posoperatorio”, su objetivo fue determinar la relación entre la intensidad del dolor reportado por pacientes hospitalizados en periodo posoperatorio con algunas características del paciente, así como del personal de enfermería, el tipo de estudio fue descriptivo correlacional. Los resultados muestran que el mayor porcentaje de pacientes posoperados presento una magnitud de dolor severo en las 24 horas, dentro de ellos el mayor porcentaje fue el sexo femenino; encontrándose asociados a la cantidad de pacientes asignados para cada enfermera. Las conclusiones de los autores fueron que no se cumple con un manejo óptimo del dolor. La investigación contribuye con nuestro estudio; debido a que busca determinar la calidad de atención percibida por el usuario(7).

Otro estudio realizado en Ecuador, titulado: “Gestión de Enfermería para el manejo de paciente post quirúrgico en el servicio de Pediatría del Hospital Eugenio Espejo 2015”, cuyo objetivo fue proponer un modelo de protocolo en atención al paciente post quirúrgico en el área de pediatría, cuyo empleo posee implicaciones asistenciales en el proceso de salud enfermedad: El protocolo plantea una serie de recomendaciones ordenadas y consecuentes, con el propósito de orientar en la práctica diaria, ayudando a decidir cada una de las acciones y alternativas que se presenta en cada paciente post quirúrgico garantizado la calidad del cuidado. Resultados: El protocolo estandariza

criterios básicos para el desarrollo de cuidado al paciente, el modelo propuesto fue sometido a la revisión por parte de los profesionales que trabaja en el servicio de pediatría y la evaluación realizada por 10(diez) profesionales de cuidado directo del servicio, el 100% de evaluadores concluyó que el modelo planteado permitirá alcanzar el objetivo de la gestión de enfermería en el cuidado del paciente postquirúrgico(8).

Guanopatin, en el 2017, Ambato Ecuador, realizo el estudio titulado “Importancia de la planeación del cuidado de enfermería en el paciente postquirúrgico en el área de recuperación del Hospital General IESS Ambato”, su objetivo fue implementar una guía sobre cuidados de enfermería en los pacientes postquirúrgicos inmediatos, el tipo de estudio fue descriptivo explicativo. Los resultados encontrados fueron que el 52% de las enfermeras desconoce sobre la importancia de los cuidados en los pacientes postquirúrgicos, un 42% evidencian que la complicación más frecuente es el dolor intenso, además el 79% no valora la escala del dolor en el paciente; un 83% del personal de enfermería afirma que una aplicación adecuada de los cuidados de enfermería ayuda de una manera positiva en la recuperación del paciente postquirúrgico, un 58% refiere que le asigna entre 10 a 12 pacientes que conlleva a una mala atención. Se llegó a la conclusión que el personal de enfermería tiene mucha falencia en cuanto al cuidado del paciente postoperatorio que ingresa a la sala de recuperación. La investigación contribuye profundizando detalles sobre el cuidado de enfermería luego de una intervención quirúrgica abdominal, para mejorar la estadía del paciente posoperatorio en recuperación, controlando adecuadamente el dolor; ya que la enfermera queda a cargo y tiene el compromiso de la rápida recuperación del paciente postquirúrgico(9).

Asuar M; en el 2014, Cartagena España, realizo el estudio titulado “Valoración del dolor en pacientes intervenidos quirúrgicamente de hernioplastía con cirugía ambulatoria en el Hospital Universitario Santa María del Rossell”, su objetivo fue valorar la intensidad

del dolor (EVA) en pacientes intervenidos de cirugía de pared abdominal, en el posoperatorio inmediato y 24h en su vivienda, el tipo de estudio fue observacional, longitudinal y descriptivo. Los resultados que se encontraron fueron que los pacientes luego de ser intervenidos quirúrgicamente, como también al ser dados de alta presentaron un EVA < 1. Se llegó a la conclusión que gracias al cumplimiento del manejo del dolor se tuvo un adecuado control del dolor en mayor porcentaje usándose los antiinflamatorios no esteroideos. La investigación contribuye con este trabajo porque sirve de guía para emplear la escala de EVA y conocer la magnitud del dolor en los pacientes, así realizar comparaciones en las diferentes cirugías en abdomen, sea abierta o convencional (10).

Toro Guajala, Marlene Yesenia. “Aplicación del proceso de atención de enfermería en patologías abdominales prevalentes que ingresaron al área de emergencia del Hospital del IESS de Machala durante el año 2012” Objetivo: “El Proceso de Enfermería PAE es un Método Sistemático de brindar cuidados Humanistas, Eficientes centrados en los logros de los resultados esperados” Resultados: “Una de las manifestaciones que se han manejado en las patologías abdominales, es el dolor agudo, para lo cual se debe manejar diagnósticos de enfermería e intervenciones que permita obtener resultados de mejoramiento del estado de salud del paciente, las patologías abdominales con más prevalencia que se presentaron en el primer semestre del año 2012 en la Emergencia del hospital del IESS fueron: síndrome doloroso abdominal 146 casos, apendicitis con 50 casos, colelitiasis con 37 casos, además se han presentados gastroenteritis 17 casos (11).

**A NIVEL NACIONAL:**

Ciriaco, Suarez; en el 2017, Trujillo, Perú, tuvo como objetivo determinar el grado de satisfacción de pacientes posoperados mediatos de cirugía abdominal con el cuidado de enfermería, el tipo de estudio fue descriptivo, de corte transversal. Los resultados encontrados fueron que el 48% de usuarios pos operados se encontraron complacidos con el cuidado de la enfermera, 74% en cuanto a la dimensión de necesidades fisiológicas se mostraron satisfechos, también el 49.6% con la necesidad de amor y pertenencia se encontraron satisfechos. Se concluye que en el hospital Belén los pos operados de cirugía abdominal se encuentran satisfechos en relación a los cuidados que realiza la enfermera. Esta investigación sirve de guía al presente estudio, para realizar una adecuada valoración en el paciente posoperado, así tendremos una adecuada intervención en base a las necesidades alteradas del paciente, como evitar molestias y sufrimiento innecesario a causa del dolor post-anestésico (12).

Ahuanari A; en el 2016, Lima Perú, realizo el estudio titulado “Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente posoperado de cirugía abdominal, según opinión del paciente”. El objetivo fue determinar la intervención enfermera en el manejo del dolor de los pacientes posoperados de cirugía abdominal en el Hospital Dos de Mayo, según opinión de los pacientes. Tipo de estudio aplicativo, descriptivo y transversal. Los resultados de este estudio que se encontraron en relación al manejo del dolor, fue que los pacientes expresaron que el tratamiento farmacológico se encuentra en mayor proporción a los tratamientos no farmacológicos realizado por los profesionales de enfermería, un 60% indico que las intervenciones fueron ausentes. Se llegó a la conclusión que ese realiza más procedimientos farmacológicos a optar por la valoración de los pacientes y realizar intervenciones no farmacológicas. Esta investigación contribuye con nuestro estudio, ya que buscamos que los profesionales de enfermería conozcan lo importante de

su función con respecto al dolor, para así mejorar la calidad de atención de nuestros pacientes en el manejo del dolor posoperatorio en cirugía abdominal (13).

En el 2016, en Puerto Maldonado, Perú, realizo el estudio titulado “Satisfacción del paciente posoperado con el cuidado del profesional de enfermería del Hospital santa rosa”. El objetivo fue conocer la opinión del usuario con respecto al manejo del dolor por la enfermera. Tipo de estudio descriptivo, diseño no experimental. Los resultados encontrados fueron que el 54.4% de pacientes posoperados se encuentran muy satisfecho con los cuidados que brinda la enfermera a la administración farmacológica. El 47,3% de pacientes posoperados refieren no recibir técnicas de relajación, por otro lado, un 74.5% de los pacientes posoperados están satisfechos con los cuidados de enfermería.se concluye que un alto porcentaje se encuentra satisfecho con los cuidados de enfermería, no obstante “satisfechos” en cuidados farmacológicos mas no en cuidados no farmacológicos. Esta investigación al igual que este proyecto busca hacer recapacitar y comprender sobre el cuidado de enfermería, que no solamente el farmacológico: si no que lograr una atención integral para el bienestar del paciente pos operado también se requiere de actividades no farmacológicas (1)

Huaco Luna, Ana. Lima 2015. “Factores asociados a complicaciones posoperatorias por apendicectomía abierta en pacientes intervenidos en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue El Agustino, 2015” Objetivo: “Determinar los factores asociados a complicaciones posoperatorias por apendicectomía abierta en pacientes intervenidos en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue” El Agustino, 2015. Métodos: Estudio Observacional - Casos y Controles. El tamaño muestra calculado fue de 99 casos y 99 controles, relación caso control. Resultados: “Se observó que, de las variables introducidas al modelo, sólo 5 mostraron asociación estadísticamente significativa; grado de instrucción superior técnico

( $p=0,043$  OR 0,054 IC 95% 0.003-0.907), obesidad ( $p= 0,027$  OR 37,189 IC95% 1,496-924,249), incisión paramediana ( $p=0,012$  OR 10,484 IC95% 1,688-65,120), incisión mediana ( $p=0,000$  OR 27,21 IC95% 4,918 – 150,534) y diagnóstico de apendicitis complicada ( $p=0,023$  OR 11,132 IC95% 1,393-88,952), el resto de variables no presentan significancia estadística” Conclusiones: “Se concluyó que los pacientes que tienen grado de instrucción superior poseen un factor protector para presentar complicaciones posoperatorias, en tanto que, la obesidad, la incisión paramediana o mediana y el diagnóstico de apendicitis complicada son factores de riesgo para presentar complicaciones postoperatorias por apendicectomía abierta. El resto de variables no presentan significancia estadística (14)

#### **A NIVEL LOCAL.**

En Huancané Puno, en el año 2017, se elaboró un trabajo académico con la finalidad de optar el título de segunda especialidad en centro quirúrgico, en la Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, titulado: Cuidado de enfermería en apendicetomía paciente. centro quirúrgico hospital Huancané-Puno, 2017; habiendo aplicado el Proceso de Atención de Enfermería y brindando los cuidados durante el pre, intra y posoperatorio, se logró que el paciente sea dado de alta en buen estado general, con funciones vitales dentro de parámetros normales, se evidencia herida posoperatoria en proceso de cicatrización sin evidencia de infección, paciente tolera dieta blanda, y ambulación espontánea, se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona, sin signos de dolor. La contribución de este trabajo académico evidencia que el cuidado adecuado de enfermería permite un buena afrontamiento al dolor (15).

En San Román Puno, en el año 2017, se realizó en trabajo titulado: Cuidados de enfermería relacionados con la recuperación de pacientes posoperados por apendicitis en el Hospital Manuel Núñez Butrón, Puno mayo a julio 2017. Concluye que, los cuidados

de enfermería en el manejo del dolor relacionado con la recuperación de pacientes posoperados por apendicitis, son: moderada intensidad del dolor 33,33%. El trabajo aporta en relación a los cuidados de enfermería en la recuperación de los pacientes posoperados, señalando que existe una disminución del dolor.(16)

### **1.3.FORMULACIÓN**

¿Cómo son las intervenciones de la enfermera en el afrontamiento del dolor, desde la perspectiva de pacientes posoperados de cirugía abdominal, en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro durante el periodo de junio a agosto del 2019?

## II. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

El dolor ha sido siempre un tema de mucho interés, en vista que es un síntoma muy presente con intensidad muy variable que afecta a las personas de todas las edades. Entonces, el dolor, puede ser agudo o crónico, es un problema de salud pública significativo. Para su intervención es necesario considerar los aspectos éticos, pues la falta de consideración del dolor ajeno constituye un problema crucial que afecta directamente a la persona que lo padece y del entorno que lo rodean; además los cuidados en la atención del paciente que brinda la enfermera va a depender de los aspectos bioéticos que tome en cuenta, lo que servirá de base para obtener una satisfactoria recuperación del paciente

Este trabajo contribuirá a proponer mejoras en las actividades del profesional de enfermería que labora en el área de quirófano (URPA) y hospitalización, a fin de obtener una recuperación rápida y óptima del paciente posoperado de cirugía abdominal, esta intervención se extiende además a la educación del entorno familiar de tal forma participe en la recuperación oportuna y adecuada, los resultados pueden fortalecer la forma de enseñar al paciente a la deambulación pronta, siendo uno de los retos más importantes posterior a la intervención quirúrgica, para el paciente y la familia probablemente este nuevo ciclo de salud provoquen ansiedad e incertidumbre al principio, sin embargo con los resultados es posible mejorar su situación.

Así mismo, el trabajo de investigación es un estudio que involucra la problemática de los pacientes durante su recuperación en el periodo posoperatorio de cirugía abdominal, los pacientes posoperados del sistema digestivo son considerados vulnerables puesto que debe adaptarse a un conjunto de modificaciones después de la intervención quirúrgica, el éxito de la recuperación dependerá fundamentalmente en el adecuado procedimiento de las actividades de los profesionales de enfermería durante los primeras

horas del posoperatorio, por lo que son de vital importancia, el paciente posoperado inmediato por su estado es incapaz de realizar actividades por sí mismos, por ello depende de los cuidados y atenciones que le brinden los profesionales especialmente de enfermería.

Las enfermeras son las primeras en evaluar y valorar el dolor de las mismas. Esto las convierte en traductoras de la experiencia dolorosa por la que atraviesan los pacientes por lo cual debe ser prioritario que las enfermeras cuenten con conocimientos actualizados para valoración y manejo adecuado de aquellos pacientes posoperados por cirugía abdominal que presentan dolor.

En el hospital donde se realizó el estudio no existen antecedentes de este tema de investigación, lo que revela la necesidad de mostrar cómo están actuando los enfermeros en sus intervenciones para manejar el dolor que presentan los pacientes posoperados de cirugía abdominal.

Como se sabe enfermería es el arte de cuidar con calidad y está ligada principalmente al bienestar de la persona ya que pasa más tiempo en la recuperación del usuario que cualquier otro personal de salud, entonces debe ser capaz de realizar nuevas estrategias para afrontar el dolor y así proporcionar una atención integral, considerando además la importancia del dolor ajeno, y con esto la relevancia que tiene el manejo del dolor brindado un cuidado integral a todo tipo de pacientes

### III. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

#### 3.1. INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA:

Es todo tratamiento, fundamentado por el conocimiento y juicio clínico, que realiza enfermería para lograr un resultado positivo en el paciente. (6)

La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible (17).

Esta intervención se basa en el proceso de atención de enfermería, la cual es sistemática; donde para obtener los datos del estado de salud del paciente pos operado y llegar al resultado esperado, se inicia con la valoración, para luego dar a conocer el diagnóstico, realizar el planeamiento, lograr la ejecución del plan de intervenciones teniendo en cuenta el tratamiento farmacológico y no farmacológico contra el dolor para llegar a los resultados esperados.

Los tratamientos farmacológicos en la intervención de enfermería que se considera tomar en cuenta son los 5 correctos en el uso de fármacos (paciente, vía, fecha, dosis y hora correcta). Como también el anticiparnos al dolor posoperatorio que pueda presentar el paciente previa evaluación e indicación médica.

En lo que respecta al tratamiento no farmacológico en el afrontamiento del dolor desde la perspectiva de pacientes posoperados de cirugía abdominal se apoya al paciente en reducir movimientos innecesarios o también tener en cuenta las posiciones antálgicas que puedan adoptar para calmar su dolor, reducir el umbral del dolor disminuyendo los

factores que influyen en el dolor como el miedo, el abandono social, la depresión, la tristeza, entre otros.(6)

Otra técnica a realizar es la terapia de relajación mediante música tranquila, colores, el uso de temperatura en zonas de dolor, incluso el contar con plantas haciendo que el paciente centre su atención en esta terapia, lejos de sensaciones desagradables obteniendo así efectos positivos en relación a su percepción del dolor que pueda percibir. (17). El dolor es una sensación que por lo general es desagradable.(18)

Para la medición de la intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente posoperado de cirugía abdominal, es necesario calcular el intervalo de medidas, dividiéndolo en dos valores: presente y ausente(13).

Presente: es la que se define como la aplicación de acciones por parte del profesional de enfermería, encaminadas a la disminución y/o alivio del dolor, en pacientes sometidos a cirugía abdominal, manifestadas por el paciente en el periodo postoperatorio inmediato.

Ausente: es la que se define como la poca o ausente aplicación de acciones por parte del profesional de enfermería, encaminadas a la disminución y/o alivio del dolor, en pacientes sometidos a cirugía abdominal, manifestadas por el paciente en el periodo postoperatorio inmediato.

### **3.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSOPERADOS.**

La atención al paciente en la etapa posoperatoria se lleva a efecto, una vez que ha sido concluida su intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación post-anestésica, el inicio de esta etapa se considera al ser ingresado a la sala de recuperación post-anestésica (PAR) o unidad de cuidados post anestésicos (PACU). Su ubicación es dentro de las instalaciones del quirófano, o bien con acceso

directo a la misma. En la etapa posquirúrgica la atención de la enfermera(o) se centra, en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez, es indispensable que el personal del área de recuperación tenga contacto (comunicación) con el paciente y sus familiares antes de que el paciente ingrese a la sala de operaciones.

**a. Definición de dolor.**

El dolor no tiene una definición absoluta, puesto que básicamente se centra en el propio sentir de la persona que lo padece. Por ello, la forma más acertada de definir al dolor es la que involucra todos los aspectos o áreas del ser humano y no solo la parte física. La IASP lo ha definido como una experiencia sensitiva y emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular real o posible, o que se describe como tal. Se reconoce que el dolor es un síntoma frecuente, de diferente intensidad y que afecta a cualquier persona sin discriminar por algún aspecto, se inicia en el área física a partir de una injuria producida en cualquier parte del organismo, y a partir de ello se origina una afección general a cada una de las áreas del ser humano. Sin embargo, las áreas más comprometidas son la física y emocional, por ser el dolor algo muy subjetivo y personal.(13)

Así mismo, se señala que el dolor es definido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial”, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales, reconocidos desde los años noventa que resaltan los aspectos cognitivos y sociales que hasta ahora habían estado ausentes de la definición y que proporcionan una dimensión más comprensiva y amplia del dolor(19).

El dolor puede clasificarse como agudo o crónico. La diferencia entre ambos no es únicamente una cuestión de temporalidad(20).

El dolor es una sensación causada por estímulos de naturaleza perjudicial. Es una de las causas más comunes de molestia en un individuo y tanto para Maslow como para Kalish, evitar el dolor es una de las necesidades fisiológicas de mayor prioridad. Sería al parecer una reacción casi instintiva a factores ambientales perjudiciales. Los pacientes con dolor experimentan grados variables de molestia, desde una sensación leve de incomodidad hasta un sentimiento agudo de agonía que borra todas las demás sensaciones.

#### **b. Dolor posoperatorio.**

El dolor posoperatorio habitual es el que se debe a la lesión de los tejidos durante la cirugía. La limitación de movimientos y alteraciones psicológicas y fisiológicas que acompañan al dolor pueden dar lugar a graves alteraciones de las funciones normales. El factor más importante en la determinación del efecto del dolor sobre la respiración es en el lugar de incisión, siendo las torácicas y las abdominales altas las que provocan un efecto más pernicioso. El dolor operatorio intenso se ha asociado a un incremento de los niveles circulantes de catecolamina, que daría lugar a un aumento de la presión arterial y podría causar arritmias cardíacas. Además, se sabe que el dolor posoperatorio reduce la función pulmonar, aumenta el consumo de oxígeno y disminuye la energía del paciente.

(8)

El dolor posoperatorio es uno de los mayores temores del paciente quirúrgico. La familia también se preocupará por el bienestar del paciente por lo que es normal y así debe esperarse que existan molestias después de la cirugía. El dolor es un fenómeno extraordinariamente complejo y en su manifestación intervienen factores muy diversos.

Entonces definimos al dolor posoperatorio que es un estímulo nociceptivo luego de que el usuario se le haya realizado una intervención quirúrgica, siendo el dolor de mayor intensidad las 24 horas iniciales gradualmente.(6)

### **c. Mecanismos del dolor posoperatorio agudo**

La aparición de este tipo de dolor es inmediata en relación a la injuria y su tiempo de duración es relativamente corto, ya que puede durar solo minutos o también meses. La razón de estas diferencias se debe a la evolución normal de la circunstancia de cada paciente y al tratamiento que recibe centrado en su etiología.

- Después de una cirugía los pacientes experimentan dolor ocasionado por daño a diferentes tejidos.
- Los tejidos que se lesionan frecuentemente incluyen la piel, los músculos, los huesos, los tendones, los ligamentos y las vísceras.
- Los síntomas varían según el tipo de tejido lesionado y la extensión de la lesión.
- Las vías sensoriales para el dolor provocado por daño tisular transmiten información desde el tejido dañado al sistema nervioso central (nocicepción).
- El dolor nociceptivo va acompañado de mecanismos de dolor inflamatorio, visceral y neuropático.
- La sensibilización de las estructuras neurales periféricas y centrales amplifica y mantiene el dolor posoperatorio.

En el caso del dolor posoperatorio, que es un tipo especial de dolor agudo, se trata de un dolor iatrógeno cuyo control inadecuado conduce a reacciones fisiopatológicas y psicológicas anormales causantes de complicaciones no infrecuente (9).

#### **d. Fisiología del dolor**

El dolor agudo comienza con la estimulación de uno o más de los numerosos receptores sensitivo especiales, denominados nociceptores que hay en la piel y en los órganos internos. Estos receptores reciben información sobre el calor intenso, presión extrema, pinchazos o cortes, u otras acciones que puedan provocar daño corporal. Hay dos tipos de fibras nerviosas que llevan esta información desde los nociceptores hasta la medula espinal: las fibras A-delta, que transmiten la información con rapidez y parecen ser responsables de la sensación aguda del dolor, y las fibras c que transmiten los impulsos de forma más lenta y pueden producir la sensación molesta del dolor desde los nociceptores. En la medula espinal los mensajes de los nociceptores pueden ser modulados por otros nervios espinales que aumentan o con más frecuencia disminuyen la intensidad del estímulo doloroso. Después, el impulso llega a diferentes partes del cerebro. Algunas áreas del cerebro determinan cual es la localización y la causa del dolor mientras que otras integran la información sensitiva con el estado global del organismo produciendo la sensación emocional que se denomina dolor. Estos mismos centros cerebrales pueden activar fibras nerviosas largas que descienden a la zona de la medula espinal donde se origina la señal dolorosa y la disminuyen. Potter indica que el dolor es una mezcla compleja de reacciones físicas emocionales y conductuales. Para entender la experiencia del dolor, resulta de ayuda describir en sus tres componentes fisiológicos de recepción percepción y reacción(3). El conocimiento de cada uno de los componentes ayuda a la enfermera a reconocer los factores que causan el dolor, los síntomas que lo acompañan y la justificación y acciones a abordar en los tratamientos(17).

### **3.3. FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA REACCIÓN AL DOLOR EN EL PACIENTE POSOPERADO.**

Numerosos factores influyen en la experiencia del dolor. El profesional de enfermería considera todos los factores que afectan al paciente con dolor para valorar exactamente el dolor del paciente y para elegir los tratamientos del dolor adecuado. Entre ellos tenemos los factores generales como: tipo de cirugía, edad del paciente, sexo, días en pos operatorio, grado de instrucción.

#### **3.3.1. Tipo de cirugía:**

**Apendicectomía:** La apendicectomía por apendicitis aguda es una intervención quirúrgica urgente muy frecuente. En la práctica clínica, la indicación es realizada por el cirujano cuyo diagnóstico, aunque puede apoyarse en exploraciones complementarias (laboratorio, ecografía y tomografía axial computarizada), es básicamente clínico y depende de sus conocimientos, y de su experiencia.(21)

La apendicectomía es la técnica quirúrgica por medio de la cual se extrae el apéndice (apéndice cecal, vermiforme o vermicular), habitualmente en casos de apendicitis aguda. Este procedimiento puede realizarse por una vía de acceso "abierta, convencional" (se accede a la cavidad abdominal a través de la clásica incisión o herida) o por una vía " endoscópica, laparoscópica, mínimamente invasiva" (se introducen en la cavidad corporal instrumentos y cámaras a través de pequeñas heridas). La apendicectomía es, en la gran mayoría de las escuelas quirúrgicas, uno de los primeros procedimientos que los cirujanos en formación aprenden, ya que, en casos de diagnóstico precoz, el procedimiento es relativamente sencillo y se asocia con pocas complicaciones y una baja mortalidad. Ésta es una de las operaciones que se realizan con mayor frecuencia en centros quirúrgicos de todo el mundo(22).

Cesárea: La cesárea es una intervención quirúrgica mayor que conlleva la realización de una incisión para abrir la matriz y sacar así el feto de su interior. Tiene como objetivo fundamental asegurar la vida del recién nacido ante un parto difícil, ya sea por mala colocación del feto, por una configuración anatómica inadecuada de la madre, o por cualquier otra causa médica. Se puede distinguir dos tipos de cesárea:

- **Cesárea electiva:** Cesárea programada durante la atención prenatal.
- **Cesárea de emergencia:** Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obliga a la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones(23).

### 3.3.2. Edad:

Diferencias en el desarrollo influyen en la forma en la que los niños y los más adultos mayores reaccionan al dolor. Los ancianos pueden sufrir una grave pérdida de su capacidad funcional como consecuencia del dolor. Cuando los pacientes mayores tienen más de una causa un profesional de enfermería debe recoger valoraciones detalladas. Algunos estudios revelan que no existe asociación estadísticamente significativa entre la edad y la intensidad del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía(24).

### 3.3.3. Sexo:

Por lo general, los hombres y las mujeres no se diferencian de forma significativa en las respuestas al dolor. Más bien se encuentra que los pacientes varones y mujeres se diferencian en su grado de tolerancia al dolor tras la cirugía abdominal, encontrando que existe asociación entre el sexo y la intensidad del dolor posoperatorio en pacientes

hospitalizados percibiendo dolor leve los varones en una relación de 12 a 1, siendo el dolor percibido por las mujeres como moderado o severo en la mayoría de casos(24).

#### **3.3.4. Días del posoperatorio:**

Se conoce como posoperatorio el periodo de tiempo en días que transcurre a partir del momento de concluir una cirugía hasta que el paciente se recupera por completo, dentro de estos días se divide en inmediato (primeras 24 horas), mediato (24 horas hasta 7 días) y tardío (desde los 7 días hasta cumplir un mes después de la cirugía). (25)

#### **3.3.5. Grado de instrucción:**

El grado de instrucción influye en la percepción de la calidad, a mayor grado de instrucción más baja es su percepción de la calidad de atención en salud(26).

### **3.4. VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR:**

Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos, Para poder valorar la intensidad del dolor, es necesario contar con las escalas de valoración del dolor; para poder medir el dolor que aqueja a los usuarios y así brindar un tratamiento correcto según la intensidad del dolor que padezca(3).

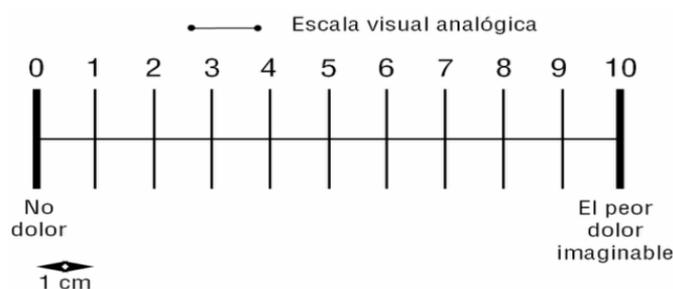
#### **3.4.1. Escala visual analógica del dolor (EVA):**

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que

indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

La valoración será:

- Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.



### 3.5. INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO

La importancia de la intervención de enfermería radica en que la enfermera, quien, desde los orígenes de su creación como carrera profesional, es la que permanece en constante interacción con el paciente promoviendo su autocuidado y brindándole un cuidado en la salud y enfermedad(27). Su papel es relevante, pues asume la responsabilidad directa de prevenir el sufrimiento innecesario del paciente operado, fundando sus intervenciones en principios éticos y reconociendo que su evaluación como desempeño profesional corresponde principalmente al paciente(28).

Los modelos de M. Gordon y B. Newman, nos dan al respecto una serie de conceptos a propósito de la valoración y la percepción de su propia salud del paciente, en estos se desarrollan una serie de patrones en los que se considera al dolor en el patrón cognitivo-perceptual según el “Modelo de patrones” de Gordon y en el “Modelo de

sistemas” de Newman se refieren a la enfermería como el facilitador que ayudan al individuo para mejorar su condición de salud (29). En este contexto, se desarrolla el Proceso de Atención de Enfermería, para otorgar a la persona un cuidado holístico planificado en base a sus problemas y necesidades priorizados, compuesto por cinco pasos que se vinculan entre sí, que son los siguientes:

### **3.5.1. Valoración:**

Esta es la primera etapa, la cual consiste en la recolección y organización de los datos referidos a la persona, familia y entorno, los cuales son fundamentales para las decisiones y actuaciones de enfermería(5)(30). Entre pacientes hospitalizados la falta de alivio del dolor tiene importantes repercusiones, no sólo por el sufrimiento innecesario sino también por complicaciones y retrasos en las altas, con el consiguiente incremento en los costes asistenciales. En la actualidad, y en un esfuerzo por superar esta barrera y hacer del dolor una prioridad, los principios de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) apoyan la valoración del dolor como quinta constante vital. Para valorar la intensidad del dolor se utilizará una herramienta sistemática y validada. La Escala Visual Analógica (EVA), en función de las características de las escalas y del paciente (estado cognitivo, emocional y de lenguaje)(31).

- Verificar con el paciente
  - Localización del dolor.
  - Intensidad del dolor.
  - Calidad (opresivo, quemazón, punzada, como descargas eléctricas, fijo y continuo).
  - Inicio y duración.

- Los efectos que ese dolor tiene sobre el confort y la calidad de la vida del paciente: insomnio, irritabilidad, disminución de la actividad física, alteración de sus relaciones con la familia, etc.

El dolor agudo posoperatorio debe evaluarse con cierta regularidad, en función de la operación y de la intensidad del dolor, con cada nuevo episodio de dolor o en caso de un dolor inesperado y tras la administración de cada analgésico, teniendo en cuenta el momento en el que alcanza su máximo efecto(29).

### **3.5.2. Diagnóstico:**

Es un enunciado basado en el juicio que se produce como el resultado de la valoración de enfermería ante problemas de salud reales o potenciales. Es sumamente relevante para que en base a esto pueda establecerse un adecuado planeamiento, ya que el tipo de dolor y la intensidad del mismo varían en todas las personas. La enfermera responsable del paciente, luego de haber realizado la valoración, según los parámetros mencionados, lo registrará en la Historia Clínica (Valoración inicial de Enfermería) y asignará la agrupación de cuidados para la valoración y manejo del dolor en función de la valoración realizada(29).

### **3.5.3. Planeamiento:**

La fase de planeación se refiere a la identificación de acciones de enfermería. Esto debe estar directamente relacionado con la solución o el alivio de los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería, incluye plan objetivos y estrategias para los resultados del objetivo y medidas de enfermería para proporcionar atención individualizada para un paciente específico. Entre los objetivos de enfermería se hallan la prevención o el tratamiento del dolor posoperatorio. Los elementos fundamentales de la planificación del alivio del dolor son el desarrollo de una buena relación terapéutica con el paciente y la conveniente instrucción de este. El paciente con dolor es muy

vulnerable y necesita siempre confiar en alguien, sino se puede establecer una adecuada relación terapéutica, cualquier motivo de desconfianza puede incrementar la sensación de dolor en el paciente y causar una reacción inadecuada al mismo(30).

#### **3.5.4. Ejecución**

Esta etapa concierne al desarrollo y realización de las intervenciones planificadas a fin de lograr los objetivos propuestos. Un tratamiento eficaz del dolor, además de disminuir los costos, mejora la calidad asistencial, disminuye las complicaciones secundarias y proporciona mayor confort, algo que cada día demanda más el paciente y la sociedad en general(31).

##### **A. Manejo farmacológico y no farmacológico del dolor en las intervenciones de enfermería:**

Los avances de la ciencia y la tecnología que se desarrollan en estos tiempos, están ahora al alcance de todos, lo que nos sugiere la constante actualización y la necesidad de los enfermeros de perfeccionar los procesos de trabajo con vistas a garantizar mejores cuidados a los pacientes. El control eficaz del dolor posoperatorio, que a lo largo del tiempo ha sido una constante de estudio, y que es en esencia parte primordial y esencial de los cuidados perioperatorios, tanto del equipo médico como de enfermería, es un pilar relevante para contribuir a disminuir la morbilidad posoperatoria y la estancia hospitalaria. Para lograr esto se debe tener un adecuado control del dolor posoperatorio, siendo que la enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente. Sin embargo, muchos pacientes aún son tratados de forma inadecuada, lo que le provoca una sensación de sufrimiento que probablemente incremente el riesgo de complicaciones posoperatorias. La presencia de dolor es más a menudo debido a la aplicación incorrecta de terapias disponibles que no utilizan drogas y técnicas efectivas. Por falta de conocimiento o tiempo, muchos

enfermeros y miembros del personal asistencial tienden a considerar los analgésicos como medio principal de alivio del dolor. Sin embargo, existen técnicas y tratamiento, fuera de los fármacos, que se ayudan al alivio del dolor. En este sentido, se han desarrollado las intervenciones enfermeras que se presentan a continuación(32).

### **A.1. Tratamiento farmacológico**

La farmacoterapia es el método más utilizado para controlar el dolor, la valoración del profesional de enfermería en la utilización de medicamentos con o sin otros tratamientos del dolor asegura la aplicación del método más adecuado para que el dolor remita. Existen tres grupos de fármacos (analgésicos): no opiáceos, agonistas, antagonistas de los opiáceos, opiáceos. Un cuarto grupo de medicamentos reciben el nombre de coadyuvantes o co-analgésicos y pueden ser útiles para tratar otros síntomas asociados al dolor, como la depresión, la ansiedad o las náuseas. La enfermera atiende a los pacientes que se someten a cirugía, procedimientos médicos y que son víctimas de un traumatismo. El enfoque de la terapia va desde carecer de estrategia a un enfoque global en equipo.

**Uso de analgésicos:** Los analgésicos contribuyen probablemente el método más utilizado contra el dolor, aunque puede aliviarlo de forma eficaz, el profesional de enfermería y los médicos tienden a tratar de forma insuficiente a los pacientes debido a una información farmacológica incorrecta, a la preocupación por la adicción, a la ansiedad por los errores que pueden cometerse en la selección de criterio de utilización de los analgésicos narcóticos y a la administración de una administración menos potente de la prescrita. El profesional de enfermería debe conocer debe conocer cuáles son los fármacos disponibles para tratar el dolor, así como sus efectos farmacológicos. Algunos pacientes pueden presentar efectos secundarios tales como náuseas, vómitos, estreñimiento y alteración de los procesos mentales. Las características de un analgésico

ideal son las siguientes: aparición rápida, eficacia prolongada, eficacia en todos los grupos de edad, uso oral y parenteral, ausencia de efectos secundarios grave, naturaleza no adictiva, bajo costo. La utilización correcta de los analgésicos requiere de una valoración minuciosa, la aplicación de los principios farmacológicos y sentido común. La respuesta de los analgésicos es muy variable de persona a persona(33).

**Analgesia en el posoperatorio inmediato:** Una analgesia precoz y eficaz reduce la contractura muscular refleja y el consiguiente compromiso respiratorio. La analgesia mejora realmente la función respiratoria y disminuye la demanda de oxígeno, ya que reduce el trabajo miocárdico relacionado con la respuesta de estrés provocado por el dolor, conjuntamente con la medicación adecuada, deben utilizarse métodos no farmacológicos para aliviar el dolor y la respuesta al mismo con lo que es posible reducir en gran medida la medicación analgésica posoperatoria. Son problemas pos anestésicos frecuentes: hipo ventilación, apnea, hipoxia, hipertensión consecuenta al dolor del paciente(3).

Los analgésicos se utilizan desde hace mucho tiempo para el alivio del dolor de breve duración: por ejemplo, para permitir la movilización rápida del paciente después de ciertas intervenciones quirúrgicas que requieren ejercicios posoperatorios. En pacientes con dolor agudo (y más aún en el caso del dolor crónico), la administración de analgésicos representa solo una faceta del programa de tratamiento integral del dolor. Una droga analgésica es un fármaco que actúa sobre el SN para reducir o abolir el dolor sin provocar la pérdida de la consciencia(33).

Un analgésico ideal debe ser eficaz, no adictivo y económico. Además, no debe provocar efectos adversos mayores ni alterar el nivel de conciencia del paciente. Aunque el tratamiento prolongado con opioides puede crear tolerancia (es decir, la necesidad de

administrar una mayor cantidad del mismo fármaco para obtener el mismo resultado) y dependencia física, esto no debe confundirse con adicción.

### **A.2. Manejo Farmacológico:**

- Identificar al paciente por su nombre y corroborar el medicamento a usar.
- Verificar la vía correspondiente para la administración del medicamento para el alivio del dolor. Si es intravenosa verificar fecha, enrojecimiento de la zona, dolor, hinchazón.
- Verificar la dosis y el medicamento a administrar al paciente, para el alivio del dolor.
- Administrar el analgésico prescrito por el médico para controlar un determinado tipo de dolor:
  - Lo más idóneo es anticiparse a la aparición del dolor, administrando analgésicos prescritos a horas fijas, “de reloj”, según la vida media del analgésico en cuestión. Nunca prescribir los calmantes a demanda.
  - Evaluar y registrar la respuesta al tratamiento
- Los analgésicos poseen efectos secundarios: las enfermeras deben reconocer esos problemas si aparecen y reforzar la información que el médico hubiera ofrecido al paciente, siempre de forma clara y comprensible.
- No usar placebos: la única conclusión exacta respecto a la persona que reacciona positivamente ante un placebo es que desea muy intensamente el alivio del dolor y que confía en algo o alguien le ayude a obtenerlo.

### A.3. Tratamiento no farmacológico(34)

Las terapias no farmacológicas juegan también un papel importante en el tratamiento del dolor, en particular del dolor crónico.

- a. **La intervención psicológica en el control del dolor(34):** Habitualmente las intervenciones psicológicas en el campo del dolor se utilizan como coadyuvantes de la terapia física y farmacológica, aunque su contribución está tomando día a día mayor relevancia clínica tanto en procesos agudos como crónicos. Es obvio que, tras cualquier tipo de cirugía, aparecerá en mayor o menor medida dolor como respuesta fisiológica del organismo; la filosofía preventiva de este síntoma debería anticiparse a su aparición para intentar minimizarlo. Si intervenimos psicológicamente en la fase previa a la cirugía deberemos encaminarnos al control de la ansiedad y de los diversos factores psicológicos implicados en la modulación del fenómeno doloroso, el estrés o la falta de información: todos tenemos miedo a lo desconocido. Las medidas psicológicas preoperatorias pretenden preparar al paciente para el acto quirúrgico. De su correcta puesta en marcha depende en gran medida el éxito de la cirugía y del posoperatorio, así como el grado de satisfacción de nuestros pacientes y por tanto la calidad asistencial que les dispensamos.

Si bien cualquier tipo de dolor posoperatorio es consecuencia directa de la lesión producida por la cirugía y de la respuesta del organismo al mismo, no podemos olvidar que la percepción dolorosa varía según cada paciente en función de determinados factores de su esfera psicológica. La importancia del grado de estrés y ansiedad en la calidad de percepción del dolor posoperatorio, ha sido ampliamente estudiada por distintos autores, que aseguran que la ansiedad alargaría el tiempo de recuperación de la intervención induciendo mayor dolor en el posoperatorio y mayor inflamación. La ansiedad perioperatoria posiblemente reduciría el umbral de tolerancia al dolor. Obviamente, cualquier

acto quirúrgico genera un alto índice de ansiedad que será preciso contrarrestar para evitar su influencia sobre el dolor posoperatorio. Es aconsejable en las consultas médicas preoperatorias y sobre todo desde la consulta de anestesia, aplicar una serie de medidas encaminadas a reducir la ansiedad y el miedo del paciente a través del cultivo de su relación con el médico. Debemos ganarnos su confianza, disipando su miedo, respondiendo a las dudas que pueda plantearnos, empleando un trato amable y educado, y a ser posible más cercano y humano; estas son las armas más eficaces y sencillas para reducir el estrés y la tensión preoperatoria.

Otro pilar básico en esta esfera es la información adecuada y adaptada al paciente, puesto que el desconocimiento de lo que se le va a hacer es la mayor causa de su ansiedad. Es pues fundamental, además de ser un requisito legal (consentimiento informado), informar al paciente y su entorno sobre la intervención prevista, existiendo evidencia científica de que esta actuación tiene efectos positivos y significativos en su recuperación, en la reducción del dolor y en el grado de satisfacción por el tratamiento. Por ello es necesario invertir nuestro tiempo en informarle de la operación y de las molestias o complicaciones que pueden aparecer tanto antes como después, insistiendo en que se va a minimizar la aparición de dolor peri operatorio, y que las molestias posoperatorias, serán reducidas al máximo con la medicación.

- **Información y dolor:** La información suministrada al paciente referente al tratamiento y a todo lo que pueda suceder en relación con éste es fundamental. Mientras que la información sensorial describiría las experiencias sensoriales que el paciente puede experimentar durante el tratamiento. La combinación de las dos podría reducir los efectos negativos de la experiencia dolorosa en los enfermos con dolor agudo posoperatorio.

- **Relajación y estrategias atencionales en el dolor:** La relajación trata de enseñar y educar a los pacientes para que ellos mismos sean capaces de tranquilizarse mediante grabaciones, con palabras escritas y/o habladas que deben memorizar. No obstante, una revisión sistemática acerca del uso de técnicas de relajación en la perioperatoria de pacientes sometidos a diversas cirugías mostró que existe poca evidencia científica a cerca de su beneficio en los fenómenos dolorosos de tipo agudo.
- Las técnicas atencionales intentan cambiar la percepción del paciente respecto al dolor, distrayéndolo del mismo usando escenas y/o sensaciones imaginarias o centrando la atención en distintos estímulos externos como la música. El intento de cambiar el estado emocional del paciente desde el estrés o el miedo; a el control o la tranquilidad y la serenidad es un punto común de estas prácticas que se suelen usar conjuntamente con los métodos de relajación.
- o **Visual:** Tamaño y forma. Estas sugerencias consisten en dar forma y tamaño al fenómeno doloroso y progresivamente ir reduciendo el tamaño o degradar la intensidad del color, hasta finalmente conseguir que el dolor ocupe menos espacio o se vuelva casi o totalmente transparente.

Luces de colores. El sujeto debe visualizar el dolor con un color concreto y el resto del cuerpo con otro color. El color procedente de las zonas donde no hay dolor se va extendiendo lentamente hasta que elimina el color del dolor.

La radio. Se le sugiere al paciente que el dolor es como una radio que tiene un interruptor para el volumen y que él debe utilizarlo para ir disminuyéndolo. También se le puede explicar a grosso modo las vías de transmisión del dolor como si fueran cables eléctricos y sugerirle que existe un interruptor para encender y apagar que debe aprender a accionar.

Símbolos. Muchos pacientes cuando describen su dolor utilizan metáforas como “mi dolor es como si me clavaran clavos en la espalda”. Estos símbolos se pueden utilizar durante las sugerencias. En este caso, se podría sugerir al paciente que imaginara cómo los clavos van saliendo de su espalda.

- **Sensorial:** Guante de anestesia. El objetivo de este tipo de sugestión consiste en conseguir mediante sugerencias de entumecimiento que la mano se sienta anestesiada y visualizar la mano como un guante de anestesia. Una vez conseguido este objetivo, se le sugiere al paciente que al tocar otras partes del cuerpo donde existe dolor, éstas también serán anestesiadas y el dolor disminuirá o desaparecerá.
  - **Cognitiva:** Distracción. Mientras el sujeto se encuentra bajo hipnosis se le sugiere que realice diferentes tareas mentales (tareas aritméticas, recitar un poema, etc.). Este tipo de sugestión se ha empleado básicamente durante el dolor agudo, principalmente durante procedimientos médicos estresantes.
- b. **Disminución del dolor a través de la disminución de la ansiedad:** No cabe duda de que el dolor y la ansiedad van unidos. El dolor provoca ansiedad y, a su vez, la ansiedad aumenta el dolor, entrando en un círculo vicioso que debemos romper. Dado que en la mayoría de las ocasiones durante la hipnosis se dan sugerencias de relajación disminuyendo la ansiedad, y sabemos su implicación en el fenómeno doloroso, podríamos pensar que la disminuye el dolor mediante la reducción de la ansiedad. De hecho, probablemente en parte, esta hipótesis sea cierta. Sin embargo, en algunas ocasiones este mecanismo no es suficiente para explicar completamente el fenómeno. Pensemos, por ejemplo, en aquellos pacientes a los que se les ha intervenido quirúrgicamente sin anestesia de ningún tipo: en estos casos la explicación de que no sienten dolor ante estímulos tan dolorosos simplemente porque se encuentran tranquilos es insuficiente.

- c. **Disminución del dolor a través de las creencias:** Las creencias del paciente parecen ser un factor clave, jugando un papel crucial en cualquier tipo de terapia psicológica. Concretamente, las que parecen predecir en mayor medida el resultado de cualquier tratamiento psicológico son dos:
- **La autoeficacia.** Creencia en la capacidad de uno mismo para seguir el tratamiento idóneo. En el caso de la hipnosis sería la creencia en la propia capacidad de sugestionabilidad y las expectativas de resultados, esto es, la creencia de que la técnica aplicada va a resultar eficaz. Si se empieza la hipnosis con sugerencias muy simples que la mayoría de sujetos son capaces de realizar, la autoeficacia de las personas aumenta y los resultados conseguidos mediante la hipnosis también.
  - **Las expectativas de resultados.** Creencia de que la técnica va a resultar eficaz. En muchos casos, el halo que envuelve a la palabra hipnosis contribuye a que dichas expectativas sean muy elevadas; esto es, la creencia del paciente en la efectividad de la terapia es muy sólida. Se ha comprobado cómo la misma técnica, cuando es etiquetada bajo el nombre de hipnosis, produce unos beneficios mayores que cuando se aplican otros términos. Así parece que la palabra hipnosis refuerza las expectativas del resultado del tratamiento y ello podría explicar, en parte, los beneficios que se obtienen con esta técnica.
- d. **Disminución del dolor mediante la redirección de la atención:** La mayoría de modelos de procesamiento de la información afirman que las personas procesamos información a dos niveles: el consciente y el inconsciente. Las evidencias empíricas muestran que el nivel consciente dispone de una capacidad limitada. Dicho en otras palabras, significaría que no podemos pensar o procesar mucha información al mismo tiempo de forma consciente. Podríamos imaginarnos la conciencia como un canal estrecho en el que cabe poca información. La información a la que prestamos

atención sería la que procesamos a nivel consciente dentro de este canal estrecho, mientras que el resto de información se procesaría a nivel inconsciente. En estos momentos, si estamos prestando atención a lo que estamos leyendo, el mensaje del capítulo ocuparía nuestra conciencia, mientras el resto de los estímulos (ruidos en la habitación, el contacto de la ropa con nuestra piel, etc.) se procesarían a nivel inconsciente.

Intervenciones cognitivo-conductuales: **Consisten en la aplicación de métodos basados en el estudio del aprendizaje para cambiar la forma en la que los enfermos perciben el dolor y reaccionan frente a él(34).**

#### **A.4. Manejo no Farmacológico(13):**

- No juzgar el dolor que el paciente dice tener, puesto que es propio de la persona que lo padece, de modo que la subjetividad no debe menospreciarse, no solo por el daño tisular que hubo por ser un paciente posoperado, sino por el hecho de ser una persona.
- Reducir estímulo doloroso siempre que se pueda:
  - Evitar movimiento innecesario: Los movimientos pueden modificar la intensidad del dolor (Ej. peritonitis) en los que el paciente tiende a la inmovilidad.
  - Hacer que el enfermo adopte las posiciones más adecuadas para evitar el dolor: Los cambios posturales son necesarios en muchas ocasiones para conseguir posturas antiálgicas que mejoran el dolor. Algunas posturas como: Flexión de caderas en procesos inflamatorios (apendicitis), alivia el dolor por la relajación del psoas.
  - Ayudar a colocarse cómodamente sin tensiones musculares.

- Alterar la percepción del dolor: intentar reducir los factores que disminuyen el umbral doloroso (Ansiedad, insomnio, miedo, tristeza, cansancio, depresión, abandono social, introversión, etc.). La finalidad es:
  - Aliviar y cuando se pueda, eliminar el dolor.
  - Aumentar los niveles de bienestar físico y psíquico de los pacientes.
  - Restablecer las funciones y actividades necesarias para que el individuo recupere su autonomía.
  - Motivar al paciente para que realice cambios o modificaciones de hábitos, actitudes y conductas inadaptativas.
  - Prevenir complicaciones a posteriori, como los bucles ansiedad-dolor-depresión o la cronificación del dolor.
- Utilizar el entorno en la terapia. Proporcionar una atmósfera adecuada, prestando atención a los detalles: luz, temperatura, olores, música, colores, fotografías, postres, plantas. Estas pequeñas cosas pueden hacer que el paciente enfoque su atención en sensaciones más agradables, obteniendo así un efecto positivo sobre la percepción dolorosa que experimenta.
- Animarle a combatir el aburrimiento, utilizando los métodos de distracción que el paciente prefiera y que se puedan adaptar a sus posibilidades actuales: ver la televisión, leer, pintar, escuchar música, pasear, etc.
- Adoptar medidas complementarias para tratar el dolor si se estima oportuno:
  - Estimulación cutánea: el calor o el frío.
  - Técnicas cognitivas-conductuales: relajación, refuerzo positivo, musicoterapia, imaginación dirigida, etc.

- Establecer una comunicación adecuada con el paciente: demostrar un interés sincero por él y su dolor, escucharle activamente, adoptando una actitud empática, siendo consciente de que los pacientes responden a la conducta verbal y no verbal. Mantener siempre una actitud tranquila, sosegada, serena ofreciéndole una relación afectuosa, preocupada y comprensiva.
- Con la familia: promover los potenciales de apoyo de la familia implicándoles el cuidado, reconociendo su labor y favoreciendo el acercamiento que, a veces, la hospitalización interrumpe.
- Dar información: una familia que conoce lo que está sucediendo y las medidas que se están adoptando es más eficaz en el apoyo al enfermo. Avisarles que identifiquen cualquier factor ajeno a la enfermedad que pueda contribuir al aumento del dolor y ante signos de depresión, ansiedad, irritabilidad, etc. Para favorecer una actuación adecuada.
- Con el resto del equipo: toda la información que se da al paciente debe estar en concordancia con la que den los demás compañeros, estableciendo objetivos y planes de cuidados consensuados entre todos los miembros del equipo.
- Además, el poder contar con un grupo interdisciplinario y el trabajar en equipo resolverán más eficazmente los problemas y dificultades que surjan.

### 3.5.5. Evaluación

Es la última etapa del Proceso de Atención de Enfermería, donde se comparan las respuestas de la persona, determinando si se han conseguido los objetivos establecidos. La intensidad del dolor se reevaluará cada vez que aparezca un nuevo episodio de dolor, se realice un nuevo procedimiento que se prevea doloroso, cuando aumente la intensidad, y cuando el dolor no remita con las estrategias que previamente eran eficaces. En la

unidad de recuperación (UR), el dolor debe evaluarse, tratarse y reevaluarse inicialmente cada 15 minutos(31).

- **Monitorizar la respuesta del paciente a la analgesia y resto de medidas adoptadas.**
  - Las manifestaciones clínicas: Aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, elevación de la tensión arterial, aumento de la transpiración, irritabilidad, aprensión, ansiedad, el paciente se queja de dolor.

### **3.5.6. Registro**

Esta actividad, si bien es cierto, no es parte del Proceso de Atención de enfermería como tal cumple una de las funciones principales de la enfermera pues, los aspectos más relevantes del paciente se encuentran aquí, debido a que es una enfermera la que tiene mayor capacidad para dar a conocer momento a momento la evolución del paciente.

La enfermera responsable del paciente, registrará los parámetros valorados en la Historia Clínica (Valoración inicial de Enfermería) y luego registrará la agrupación de cuidados brindados para el manejo del dolor en función de la valoración realizada al paciente(31).

**IV. VARIABLE:**

**4.1. Variable**

Intervención de la enfermera en el afrontamiento del dolor, desde la perspectiva de pacientes posoperados de cirugía abdominal.

**4.2.Operacionalización de variable:**

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORACIÓN	TIPO DE VARIABLE	
Intervención de la enfermera en el afrontamiento del dolor desde la perspectiva de pacientes posoperados de cirugía abdominal	1.1. Datos generales	- Tipo de cirugía	Apendicectomía Cesárea	Nominal	
		- Edad del paciente	Edad cronología	Ordinal	
		- Sexo	Femenino masculino	Nominal	
		- Días en posoperatorio	Número de días	Ordinal	
		- Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior	Nominal	
	1.2. Tratamiento farmacológico.	1.2.1. Me proporciona información sobre las medicinas que recibiré para el tratamiento de mi dolor. 1.2.2. Solicita mi consentimiento para administrar el tratamiento farmacológico. 1.2.3. Me pregunta cuánto me duele en intensidad en escala del 0-10 1.2.4. Evalúa físicamente la zona de intervención quirúrgica para identificar mi dolor 1.2.5. Me pregunta cómo me siendo durante la administración del tratamiento para el dolor 1.2.6. Evalúa los resultados de la medicación que recibí para el dolor 1.2.7. Administra los medicamentos de forma cuidadosa preocupándose por mí 1.2.8. Administra los medicamentos para el dolor en la hora indicada. 1.2.9. Administra dosis suficientes de medicamentos para aliviar mi dolor. 1.2.10.Me informa los valores de mi presión, pulso, Temperatura, SPO <sub>2</sub> y FC. 1.2.11.Se dirige a mí por mi nombre al atenderme y verifica mi tratamiento con mi nombre y apellido	Nunca		
			Casi nunca		
			Algunas veces		
			Casi siempre		
			Siempre		

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORACIÓN	TIPO DE VARIABLE
	1.3.Tratamiento o no farmacológico	1.2.12. Supervisa continuamente mi vía periférica y me indica la vía por donde recibiré el tratamiento para el dolor 1.2.13. Acude inmediatamente con el tratamiento condicional si tengo dolor. 1.2.14. Me explica los tipos de medicamentos que hay para el dolor que tengo  1.3.1. Me muestra tratamientos alternativos a los medicamentos para el dolor. 1.3.2. Atiende las necesidades básicas de comodidad como el descanso, para aliviar mi dolor. 1.3.3. Me escucha y me ayuda a disminuir mi ansiedad. 1.3.4. Favorece un ambiente con una luz adecuada que yo considero me hará disminuir mi dolor. 1.3.5. Me ayuda a estar en la posición más adecuada para disminuir mi dolor. 1.3.6. Me facilitan medios de distracción como televisión y música para contrarrestar mi dolor. 1.3.7. Favorece un ambiente tranquilo, libre de ruido si considero que eso disminuirá mi dolor 1.3.8. Utiliza un tono amigable y palabras cariñosas al dirigirse a mí. 1.3.9. Usa compresas frías o calientes, para aliviar mi dolor 1.3.10. Me ayuda a estar relajado o me indica las medidas que debo tomar para estarlo 1.3.11. Orienta a mis cuidadores o familiares sobre procedimientos que ayudaran a disminuir mi dolor 1.3.12. Me anima a caminar precozmente para disminuir mi dolor y mejorar mi condición 1.3.13. Me educa y explica las ventajas y desventajas del tratamiento que voy a recibir. 1.3.14. Me brinda confianza para negarme ante algún tratamiento que no considere beneficioso	Nunca Casi nunca Algunas veces Casi siempre Siempre	Nominal

## **V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **5.1. OBJETIVO GENERAL:**

Describir la intervención de enfermería en el afrontamiento del dolor desde la perspectiva de pacientes posoperados de cirugía abdominal en el Hospital de Azángaro durante el periodo de junio a agosto del 2019.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar los datos generales de pacientes posoperados de cirugía abdominal en el Hospital de Azángaro 2019, en términos de: edad del paciente, sexo, grado de instrucción, tipo de cirugía y días en posoperatorio.
- Identificar la intervención de enfermería en el tratamiento farmacológico, desde la perspectiva de pacientes posoperados de cirugía abdominal, en el Hospital de Azángaro.
- Identificar la intervención de enfermería en el tratamiento no farmacológico, desde la perspectiva de pacientes posoperados de cirugía abdominal, en el Hospital de Azángaro 2019.

## VI. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:

### 6.1.HIPÓTESIS GENERAL:

El paciente posoperado de cirugía abdominal en el Hospital de Azángaro, percibe que la enfermera está **presente** en el manejo del dolor.

## VII. MARCO METODOLÓGICO

### 7.1.TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

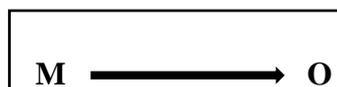
#### 7.1.1. Tipo de investigación:

La investigación es de tipo descriptivo y transversal.

- **Descriptivo:** Porque se describió la variable de estudio.
- **Transversal:** Porque los datos serán recogidos en un solo momento.

#### 7.1.2. Diseño de la investigación:

El diseño de la investigación es descriptivo simple, y su diagrama es:



En donde:

**M:** Representa la muestra de los 35 pacientes pos operados inmediatos del hospital de Azángaro.

**O:** Representa la información que se obtuvo de estos 35 pacientes acerca de la intervención de enfermería en el manejo del dolor posoperatorio.

## 7.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

Se desarrolló en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, ubicado en la región Puno en el Distrito y Provincia de Azángaro que se dedica a la atención de personas, y cuenta con 593 trabajadores que laboran en diferentes turnos de trabajo, está ubicado en el jirón Francisco Bolognesi Nro. 556 en el barrio Alianza y tiene un área construida de 20,000m<sup>2</sup>. La institución cuenta con 7 Micro redes, 21 IPRES (institución prestadora de servicios de salud).

## 7.3. POBLACIÓN:

### 7.3.1. Población y Muestra:

La población y muestra de estudio estuvo conformada por 35 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el centro quirúrgico del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2019.

#### Criterios de inclusión:

- Pacientes que acepten participar del trabajo de investigación previo consentimiento informado.

#### Criterios de exclusión:

- Pacientes que no acepten participar de la investigación.

## 7.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Técnicas:** Se recolectó la información mediante una encuesta a los pacientes, posoperados inmediatos.

**Instrumento.-** Se utilizó el instrumento elaborado por Ahuanari, A.(13), que es una escala tipo Likert modificada. El cuestionario consta de: introducción, datos generales y datos específicos, el contenido está conformado por enunciados divididos en dos

secciones correspondientes al manejo farmacológico y al manejo no farmacológico con 14 enunciados cada uno, dando un total de 28 enunciados.

**La validez** del instrumento fue determinada por Ahuanari, según la Prueba Binomial de juicio de expertos, constituido por 8 personas: 2 enfermeros con experiencia en el manejo del dolor, 4 enfermeros del área de cirugía y 2 enfermeros del área de investigación. Cuyo resultado según tuvo un valor de  $p = 0.013$ , donde  $p$  es significativo. Para la medición de la intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente posoperado de cirugía abdominal, se calculó intervalo de medidas, dividiéndolo en dos valores: **presente y ausente**. Consideró puntuaciones a la escala de frecuencias: nunca (1), casi nunca (2), algunas veces (3), casi siempre (4) y Siempre (5); se calculó el puntaje máximo de 140 puntos y el mínimo de 28 puntos. Se dividió en dos rangos, considerándose intervención enfermera presente a los puntajes  $\geq 112$  e intervención enfermera ausente al valor  $< 112$ .

La calificación que fue concedida es como sigue:

<b>Intervención de enfermería</b>	<b>Total</b>	<b>Farmacológico</b>	<b>No Farmacológico</b>
Presente (realiza satisfactoriamente)	De 112 a 140	De 56 a 70	De 56 a 70
Ausente (no realiza satisfactoriamente)	De 28 a 112	De 14 a 56	De 14 a 56

## 7.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizó las siguientes actividades:

### a) Coordinación:

- Se coordinó con el Director del Hospital Carlos cornejo Rosello Vizcardo, a fin obtener la autorización para realizar el estudio de investigación.
- Se coordinó con las enfermeras jefas de los servicios de quirófano y de hospitalización, a fin de programar la fecha y horario de recolección de datos del instrumento.
- Se informó y se solicitó el permiso de los pacientes a encuestar, hospitalizados posoperados en los meses de junio a agosto del 2019, exponiendo el objeto del estudio, haciendo que su participación sea voluntaria.

### b) Ejecución:

Para la aplicación del instrumento se desarrolló lo siguiente:

- Se solicitó a los pacientes su consentimiento informado (ver anexo 01), dando a conocer los objetivos de la investigación y la confidencialidad de sus respuestas.
- Se aplicó el cuestionario a los pacientes posoperados por cirugía abdominal, cuya aplicación le tomó a los pacientes un tiempo promedio de 20 minutos.
- Se les explico la forma del llenado del instrumento, datos generales como: sexo, grado de instrucción, días de hospitalización, tipo de cirugía.
- Finalmente se obtuvo todas las encuestas requeridas, estas fueron codificadas y se procesaron manualmente en una matriz de datos con el programa Excel.

### **7.6. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS**

- Se diseñaron las tablas simples y de doble entrada, haciendo uso de la estadística descriptiva porcentual.
- Se procedió con la interpretación y análisis de cada uno de los datos en función a los objetivos.
- Se elaboraron gráficos para una mejor visualización de los resultados.

## VIII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### O.E.1.

**Tabla 1.** Datos generales en pacientes posoperados del Hospital de Azángaro 2019.

	Datos generales	Pacientes pos operados		Total	
		N°	%	N°	%
<b>Edad</b>	De 19 a 35 años	28	80.0	35	100.0
	De 36 a más años	7	20.0		
<b>Sexo</b>	Femenino	29	82.9	35	100.0
	Masculino	6	17.1		
<b>Grado de instrucción</b>	Primaria	10	28.6	35	100.0
	Secundaria	22	62.9		
	Superior	3	8.6		
<b>Tipo de cirugía</b>	Cesárea	27	77.1	35	100.0
	Apendicectomía	8	22.9		
<b>Días en pos operatorio</b>	De 2 a 3 días	24	68.6	35	100.0
	De 4 a más días	11	31.4		

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes posoperados – Azángaro 2019

En la tabla 1, se pueden observar los datos generales de los pacientes pos operados, quienes presentan las siguientes características: El 80% de pacientes pos operados tienen edad que fluctúa entre los 19 y 35 años, el 82.9% son de sexo femenino, el grado de instrucción predominante es secundaria en el 62.9% seguido de primaria 28.6%; en el 77.1% de pacientes el tipo de cirugía fue cesárea y en el 22.9% apendicectomía; el 68.6% de pacientes permanecen entre dos o tres días pos operatorios y el 31.4% cuatro días a más.

La OMS, reporta que la edad influye en la forma en la que los niños y los adultos reaccionan al dolor. Los adultos mayores pueden sufrir una grave pérdida de su capacidad funcional como consecuencia del dolor, en el presente estudio la mayoría de pacientes

posoperados son jóvenes; así también la mayoría de pos operadas son por cesárea, esto explica el mayor número de posoperados de sexo femenino; considerando el sexo de las pacientes se ha determinado que por lo general, los hombres y las mujeres no se diferencian de forma significativa en las respuestas al dolor, más bien se encontró que los pacientes varones y mujeres se diferencian en su grado de tolerancia al dolor tras la cirugía abdominal, percibiendo dolor leve los varones en una relación de 12 a 1, siendo el dolor percibido por las mujeres como moderado o severo en la mayoría de casos(24).

El indicador grado de instrucción es un factor determinante en la salud, a mayor nivel cultural mejores posibilidades de incrementar el conocimiento que poseen las personas, entender la recuperación según las indicaciones que brinda el profesional de salud, mientras el nivel cultural disminuye el riesgo se incrementa.

La mayoría de pacientes fueron operadas por Cesárea, lo que preocupa es que muchas de estas mujeres llegan a presentar complicaciones durante el embarazo, de allí la decisión de realizar la cesárea, en la mayoría de las pacientes se trata de mujeres jóvenes que no superan los 35 años de edad, en los pocos casos de posoperados por apendicitis es importante señalar que la intervención de enfermería ayuda a la recuperación de los pacientes.

Contrastando con otros estudios se puede resaltar que en Lambayeque en el año 2014, la edad promedio de las madres pos cesareadas estuvo entre los 20 - 30 años (57,6%), el grado de instrucción secundaria completa alcanzó el 34,4%, la indicación más frecuente fue cesárea segmentaria previa (25,6%); seguidas por sufrimiento fetal agudo (13,9%), pre eclampsia-eclampsia (12,1%), presentación podálico (10,6%), macrosomía fetal mayor de 4.500 gr, (10,3%); oligohidramnios severo (9,2%); dos o más cesáreas previas (8%)(35); en el presente estudio no se conocen las causas de las cesáreas, sin embargo, se presume que son indicadas para evitar complicaciones durante el parto.

Por otro lado, en Lima en el año 2015 se encontró que, el grado de instrucción superior se constituye en factor protector ante la complicaciones pos operatorias, en tanto que el menor grado de instrucción se constituye en factor de riesgo(14); habiendo encontrado en este estudio que el grado de instrucción más alto es de secundaria seguido de primaria, es posible que ocurran complicaciones después de la intervención.

Esta estandarizado que las pacientes con post cesárea no deben permanecer muchos días hospitalizadas por el simple hecho de que a mayor días de hospitalización mayor es el riesgo de contraer enfermedades intra hospitalarias, en vista de que estas pacientes han sido intervenidas para salvar la vida de sus bebes como de ellas mismas, y no representan riesgos de enfermedades infecciosas; así como lo podrían ser los pacientes hospitalizados por apendicitis que si es una intervención incluso invasiva, donde podría haber complicaciones si no se toman las medidas de prevención de bioseguridad intra hospitalaria se amplía el tiempo de estadía en el hospital(36).

En este estudio los datos generales de los pacientes no representan altos riesgos para la salud, pero si es relevante caracterizarlos, porque actúan como factores protectores o de riesgo.

**O.E.2.**

**Tabla 2.** Intervención de enfermería en el tratamiento farmacológico, desde la perspectiva de pacientes posoperados del Hospital de Azángaro 2019.

<b>Intervención de enfermería en el tratamiento farmacológico</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Presente (Realiza satisfactoriamente)	21	60.0
Ausente (No realiza satisfactoriamente)	14	40.0
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Entrevistas a paciente hospitalizado posoperado, Azángaro 2019.

En la tabla se observa que el 60% de los pacientes perciben que la enfermera está presente o realiza intervenciones satisfactoriamente o sea, interviene farmacológicamente frente al dolor y el 40% de pacientes considera que la enfermera no interviene satisfactoriamente en el tratamiento farmacológico frente al dolor, significando que está ausente.

Las intervenciones de enfermería se han hecho notar desde tiempos inmemoriales y su importancia radica precisamente en ello, pues es la enfermera quien permanece en constante interacción con el paciente promoviendo su autocuidado y brindándole cuidados, así mismo asume la responsabilidad directa de prevenir el sufrimiento innecesario del paciente posoperado(27). Un tratamiento eficaz del dolor, además de disminuir los costos de hospitalización, mejora la calidad asistencial, disminuye las complicaciones secundarias y proporciona mayor confort(13).

Una de las medidas más utilizadas para calmar el dolor, son el uso de analgésicos, aunque puede aliviarlo de forma eficaz, el profesional de enfermería y los médicos tienden a tratar de forma insuficiente a los pacientes debido a una información farmacológica incorrecta, a la preocupación por la adicción, a la ansiedad por los errores

que pueden cometerse en la selección de criterio de utilización de los analgésicos narcóticos y a la administración de una administración menos potente de la prescrita. El profesional de enfermería debe conocer cuáles son los fármacos disponibles para tratar el dolor, así como sus efectos farmacológicos. La utilización correcta de los analgésicos requiere de una valoración minuciosa, la aplicación de los principios farmacológicos y sentido común(33).

En España, en el año 2014, se determinó según estudio que gracias al cumplimiento del manejo del dolor se tuvo un adecuado control del dolor, en mayor porcentaje usando los antiinflamatorios no esteroideos(10). En el año 2016 en Lima – Hospital dos de Mayo, se determinó según opinión de los pacientes que, el tratamiento farmacológico se encuentra en mayor proporción que los tratamientos no farmacológicos realizados por los profesionales de enfermería; se realizan más procedimientos farmacológicos a optar por la valoración de los pacientes y realizar intervenciones no farmacológicas(13). Ambos resultados tienen similitud con los encontrados en el presente estudio, puesto que la mayoría de pacientes considera que la enfermera controla el dolor utilizando métodos farmacológicos.

Realizando el análisis del tratamiento farmacológico en pacientes posoperados, según ítem (Tabla anexa N° 1), considerando que la enfermera siempre realiza lo siguiente: administra los medicamentos para el dolor en la hora indicada y administra dosis suficientes para aliviar el dolor en el 80% de pacientes respectivamente; el 77.1% de enfermera acude inmediatamente con el tratamiento condicional a dolor, el 74.3% supervisa continuamente la vía periférica y el 60% de paciente considera que la enfermera proporciona información sobre las medicinas y pregunta sobre la intensidad del dolor en una escala del 1 al 10. Casi siempre la enfermera solicita el consentimiento para administrar el tratamiento farmacológico, evalúa los resultados de la medicación para el

dolor en el 80% de los pacientes respectivamente; finalmente el 2.9% de pacientes afirma que la enfermera casi nunca le explica los tipos de medicamentos que hay para el dolor y solo el 97.1% lo hace algunas veces.

En Lima - Perú, con relación a las formas de la intervención enfermera en el manejo farmacológico del dolor, se muestra que el 70% opina que se realiza la intervención enfermera en la “administración de medicamentos”, el 60% opina que la intervención enfermera en la “evaluación del efecto del medicamento para el dolor” está presente, mientras el 55% opina que la intervención de la enfermera en la “valoración del dolor” es ausente(13). Los resultados concuerdan parcialmente con los encontrados en Lima en el año 2016, en razón a que en Azángaro la percepción del paciente es ligeramente superior en las categorías siempre y casi siempre, alcanzando porcentajes hasta del 80%; sin embargo, en la valoración del dolor el 60% de pacientes de Azángaro afirman “siempre” lo hace; un ítem que llama la atención en el presente estudio y en Lima no fue identificado, es la explicación que debe hacer la enfermera sobre los tipos de medicamentos existentes para el dolor, en el hospital de Azángaro, solo algunas veces y casi nunca se realiza.

Existen protocolos establecidos en algunos centros hospitalarios donde de manera obligatoria se deben de cumplir, pero sin embargo por la falta de tiempo, la recarga laboral y las actividades que muchas veces obedecen a la parte administrativa es la que prevalece en las actividades cotidianas del profesional de enfermería por ello no se observa que todas las actividades sean que “siempre” se realicen.

Al contrastar los resultados se evidencia la necesidad de actualización y/o mejora en las intervenciones de la enfermera para un adecuado control del dolor posoperatorio, que incluyan más que un tratamiento analgésico, así no solo se lograría la satisfacción del paciente si no también una mejora más rápida, se evitaría que le provoque una sensación

de sufrimiento que probablemente incremente el riesgo de complicaciones posoperatorias.

### O.E.3.

**Tabla 3.** Intervención de enfermería en el Tratamiento no farmacológico desde la perspectiva de pacientes posoperados del Hospital de Azángaro 2019.

<b>Intervención de enfermería en el tratamiento no farmacológico</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Presente (Realiza satisfactoriamente)	13	37.1
Ausente (No realiza satisfactoriamente)	22	62.9
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Entrevistas a paciente hospitalizado posoperado, Azángaro 2019.

Se observa en la tabla que, según la percepción del paciente el 62.9% considera que la enfermera no realiza satisfactoriamente intervenciones de tratamiento no farmacológico, estando estas ausentes; solo el 37.1% realiza intervenciones satisfactorias según la percepción del paciente, por tanto, se consideran presentes.

Como parte del tratamiento no farmacológico se apoya al paciente en reducir movimientos innecesarios, disminuir los factores que influyen en el dolor, como el miedo, abandono social, depresión, tristeza, entre otros(6). La presencia del dolor se manifiesta con mayor frecuencia cuando no hay un adecuado control de este, por la aplicación incorrecta o la falta de conocimientos de terapias que no utilizan fármacos y de los analgésicos disponibles para el control eficaz del dolor.

En el año 2016 se realizó un estudio en Puerto Maldonado, donde el 74.5% de pacientes posoperados se encontraron satisfechos con los cuidados que recibieron por el personal de enfermería, sin embargo estos cuidados son farmacológicos y no cuidados no farmacológicos; el 47.3% de pacientes posoperados refieren no recibir técnicas de

relajación(1); estos resultados concuerdan con los encontrados en Puno – Azángaro 3 años después, estando la aplicación de tratamiento no farmacológico mucho más ausente.

En su estudio Ahuanari, encontró que el manejo no farmacológico del dolor en el 85% de los pacientes fue ausente, con una notable diferencia respecto a los pacientes que opinaron que las intervenciones están presentes que solo fueron el 15%(13), así también en el año 2012 en Durango –México se encontró que existe la necesidad de elaborar un modelo innovador en el cual las enfermeras en el servicio de pediatría apliquen intervenciones independientes propias de enfermería, con el objetivo de mejorar la calidad en la atención en el manejo del dolor en pacientes postquirúrgicos de apendicectomía(4).

Al realizar el análisis por ítems (Tabla anexa N° 2), se observa que son solo tres acciones no farmacológicas que la enfermera realiza siempre en el 74.3%, 65.7% y 60% respectivamente, siendo estas: educa y explica al paciente las ventajas y desventajas del tratamiento que recibirá, anima a caminar precozmente para disminuir el dolor y brinda confianza para negarse ante algún tratamiento que no considere beneficioso. Casi siempre lo ayuda a estar en la posición más adecuada para disminuir el dolor (77.1%), ayuda al paciente a estar relajado (74.3%), escucha al paciente y le ayuda a disminuir su ansiedad (71.4%); solo algunas veces le facilita medios de distracción como televisión y música (100%) y casi nunca orienta a cuidadores o familiares sobre procedimientos que le ayudan a disminuir el dolor (17.1%). Además, se observa que la respuesta repetida de manera continua en el paciente es “algunas veces” en razón a que el apoyo no farmacológico también es importante, pero sin embargo probablemente por la sobre carga laboral no se da una atención personalizada a los pacientes posoperados y mucho menos se interactúa con los familiares.

En Lima, Ahuanari encontró que las acciones de enfermería se centran en tres estrategias alternativas, los pacientes opinaron que las intervenciones enfermeras son ausentes en 4 indicadores, siendo la menos usada la “Estimulación cutánea” donde el 87.50% opinó que la intervención enfermera, en los indicadores “Interés sincero” y “Uso de técnicas cognitivo-conductuales” tuvieron una diferencia de 35% y 25% respectivamente hacia los pacientes que opinaron la intervención es presente; en el indicador “Utilizar métodos de distracción” hubo una diferencia mínima de 5% respecto a los que opinaron que la intervención enfermera es presente. Lo que indica que las estrategias alternativas no son efectuadas en su mayoría, esto a su vez demostraría que no se aplican sea por desdén hacia el dolor del paciente posoperado o por desconocimiento por parte de las enfermeras respecto a la aplicación de estrategias alternativas para el manejo del dolor (13).

Las técnicas no farmacológicas son desconocidas por la mayoría del personal de enfermería, en el Hospital general IESS Ambato de Ecuador, en el año 2017, se encontró que el 52% de enfermeras desconocen la importancia de los cuidados en pacientes pos quirúrgicos, además el 79% no valora la escala del dolor en el paciente, concluyendo que el personal de enfermería tiene mucha falencia en cuanto al cuidado del paciente posoperado que ingresa a sala de recuperación(9).

Al contrastar los resultados se evidencia la necesidad de actualización y/o mejora en las intervenciones de la enfermera para un adecuado control del dolor posoperatorio, que incluyan más que un tratamiento analgésico, así no solo se lograría la satisfacción del paciente sino también una mejora más rápida(13). Si la mayoría de enfermeras continúa aplicando terapias farmacológicas para el afrontamiento del dolor, los pacientes no valorarán la importancia del manejo de emociones y sensaciones, ni tampoco la familia colaborará con el manejo del dolor posoperatorio.

**O.G.**

**Tabla 4.** Intervención de enfermería en el afrontamiento del dolor, desde la perspectiva de pacientes posoperados del Hospital de Azángaro 2019.

Intervención de Enfermería / Tratamiento	Presente (Realiza satisfactoriamente)		Ausente (No realiza satisfactoriamente)		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Farmacológico</b>	21	60.0	14	40.0	35	100.0
<b>No farmacológico</b>	13	37.1	22	62.9	35	100.0
<b>Total</b>	17	48.6	18	51.4	35	100.0

Fuente: Entrevistas a paciente hospitalizado posoperado, Azángaro 2019.

En la presente tabla se evidencia que en términos generales (intervención farmacológica y no farmacológica) la intervención de enfermería percibida por los pacientes posoperados, con relación al afrontamiento del dolor, está presente en el 48.6% y ausente en el 51.4%.

Siendo el dolor es una experiencia angustiada asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales, se puede comprender y ampliar la intervención frente al dolor (19). En los pacientes hospitalizados la falta de alivio del dolor tiene importantes repercusiones, no sólo por el sufrimiento innecesario sino también por complicaciones y retrasos en las altas, con el consiguiente incremento en los costos asistenciales(31), se sabe que el dolor posoperatorio, reduce la función pulmonar, aumenta el consumo de oxígeno y disminuye la energía del paciente(8), y es uno de los mayores temores del paciente quirúrgico, cuyo control inadecuado conduce a reacciones fisiopatológicas y psicológicas anormales causantes de complicaciones no infrecuentes(9). La presencia de dolor es más a menudo debido a la

aplicación incorrecta de terapias disponibles que no utilizan drogas y técnicas efectivas. Por falta de conocimiento o tiempo, muchos enfermeros y miembros del personal asistencial tienden a considerar los analgésicos como medio principal de alivio del dolor. Sin embargo, existen técnicas y tratamiento, fuera de los fármacos, que se ayudan al alivio del dolor (32).

En el año 2017 en el Hospital Belén de Trujillo se encontró que el 48% de usuarios pos operados se mostraron complacidos con el cuidado de la enfermera, 74% en cuanto a la dimensión de necesidades fisiológicas, 49.6% con la necesidad de amor y pertenencia(12). El 59,8% de los pacientes percibe una calidad del cuidado de enfermería regular(37). Estos estudios son similares al presente, evidenciando que casi la mitad de pacientes percibe la intervención de enfermería como presente o adecuada o se sienten satisfechos, la otra mitad se siente insatisfecho o la califica a la intervención como ausente.

Si bien cualquier tipo de dolor posoperatorio es consecuencia directa de la lesión producida por la cirugía y de la respuesta del organismo al mismo, no podemos olvidar que la percepción dolorosa varía según cada paciente en función de determinados factores de su esfera psicológica. La importancia del grado de estrés y ansiedad en la calidad de percepción del dolor posoperatorio, ha sido ampliamente estudiada por distintos autores, que aseguran que la ansiedad alargaría el tiempo de recuperación de la intervención induciendo mayor dolor en el posoperatorio y mayor inflamación. La ansiedad peri operatoria posiblemente reduciría el umbral de tolerancia al dolor(34).

Los cuidados fundamentales en los pacientes posoperados se centran principalmente en el monitoreo de signos vitales, observación del estado de conciencia, el manejo el dolor, la vigilancia de la herida quirúrgica, apósitos y drenajes, y las medidas de seguridad y bioseguridad(38), acciones muchas veces rutinarias que fueron aprendidas

como parte de la experiencia diaria; sin embargo las terapias alternativas no farmacológicas están siendo poco aplicadas probablemente por el poco conocimiento de las enfermeras, así lo certifican los estudios que concluyen: que el grado de conocimiento de las enfermeras sobre el manejo del dolor posoperatorio en pacientes adultos es bajo en el 27.78% de enfermeras, el 33.33% alcanza un nivel medio y el 38.89% nivel alto(39); por otro lado se evidencia un déficit de conocimientos del personal de enfermería en la valoración del dolor, así como la falta de una herramienta uniforme validada para tal fin que no solo mida la intensidad, si no también si las medidas tomadas son adecuadas para su reducción o eliminación(40).

El cuidado o intervención de enfermería se define como una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, re establecimiento y autocuidado de la vida que se fundamente en la relación terapéutica enfermera- paciente. Sin olvidar que calidad del cuidado de enfermería nunca es un accidente; siempre es el resultado del esfuerzo y la inteligencia(2).

## IX. CONCLUSIONES

**PRIMERA:** La mayoría de los pacientes posoperados de cirugía abdominal en el Hospital de Azángaro, tienen edades que fluctúan de 19 a 35 años, predomina el sexo femenino, con grado de instrucción secundaria y primaria; el tipo de cirugía predominante es la cesárea seguida de apendicectomía, y permanecen entre dos a tres días de hospitalización.

**SEGUNDA:** Más de la mitad de Enfermeras del hospital de Azángaro, al brindar la atención al paciente posoperado de cirugía abdominal se basan principalmente en la aplicación de intervenciones de tipo farmacológico, desde la perspectiva de los pacientes es calificada como presente, considerando que la enfermera realiza satisfactoriamente la administración de medicamentos para el dolor en la hora indicada y administra dosis suficientes para aliviar el dolor, acude inmediatamente con el tratamiento condicional a dolor y supervisa continuamente la vía periférica, pero casi nunca o algunas veces explica los tipos de medicamentos para el dolor.

**TERCERO:** Más de la mitad de pacientes refieren que el tratamiento no farmacológico está ausente, porque la enfermera no realiza satisfactoriamente acciones no farmacológicas; resaltan solo tres acciones en la respuesta de “siempre”: educa y explica al paciente las ventajas y desventajas del tratamiento, lo anima a caminar precozmente y le brinda confianza; algunas veces le facilita medios de distracción como televisión y música, le muestra tratamientos alternativos para el dolor, le proporciona un ambiente con luz adecuada, usa compresas frías o calientes para aliviar el dolor; casi nunca orienta a cuidadores o familiares sobre procedimientos que le ayudan a disminuir el dolor.

**CUARTA:** La intervención de la enfermera en el afrontamiento del dolor desde la perspectiva de pacientes posoperados de cirugía abdominal es considerada como ausente (intervención insatisfactoria) por la mitad más uno de pacientes, y presente (intervención satisfactoria) en la otra mitad menos uno ; en relación al tratamiento farmacológico, más de la mitad de pacientes la considera presente (intervención satisfactoria) y ausente en el tratamiento no farmacológico (intervención insatisfactoria).

## X. RECOMENDACIONES

A la profesional especialista que labora en sala quirúrgica, realizar un plan de atención integral en el cuidado del paciente posoperado de cirugía abdominal realizando la valoración integral del paciente mediante la identificación correcta del paciente y la recepción del mismo de la sala de cirugía, valoración del dolor e intervención en el momento adecuado. crear un protocolo para el manejo del dolor propio de enfermería, que sea un modelo estandarizado y evaluado con posibilidad de ir perfeccionándolo con participación de todo el equipo de salud y acogiendo sugerencias de los propios pacientes.

A la profesional en enfermería que labora en sala quirúrgica, mantener una postura de trabajo en equipo y multidisciplinaria para coordinar el trabajo de la recuperación oportuna del paciente con participación del entorno familiar, cumplir las indicaciones farmacológicas mediante el uso correcto de medicamentos para el dolor en pacientes posoperados de cirugía abdominal según los protocolos establecidos e indicaciones médicas de manera profesional, con habilidad y destreza, pero sobre todo con calidez.

A la profesional de enfermería con especialidad en centro quirúrgico, considerar el tratamiento no farmacológico, de apoyo y soporte para el paciente, especialmente en la deambulación, apoyo psicológico para evitar complicaciones posoperatorias, considerando la participación de los familiares en el cuidado y recuperación del paciente. Capacitaciones y actualización a las enfermeras sobre temas acerca del uso de estrategias alternativas o manejo no farmacológico del dolor.

A la profesional de enfermería con especialidad en centro quirúrgico del hospital de Azángaro, considerar con mayor énfasis la aplicación de medidas no farmacológicas en el tratamiento del dolor considerando a la familia como apoyo en la recuperación, y mejorar la aplicación de medidas farmacológicas, principalmente en la explicación de los tipos de tratamiento para el dolor, fortaleciendo la relación enfermera paciente.

**XI. BIBLIOGRAFÍA:**

1. Laura Ramos E. Satisfacción del paciente pos-operado con el cuidado del profesional de enfermería del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado – 2016. 2016;
2. Juárez Rodríguez, Paula ALina; García Campos M de L. La importancia del cuidado de enfermería. *Index de Enfermería*. 2009;13(44–45):109–11.
3. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. *Fundamentos de Enfermería*. Octava edi. ELSEVIER, editor. Mexico; 2015.
4. Guadalupe A, Jaquez C, Karina M, Rivas O. Pain Management By the Nursing Staff in Pediatric Patient Post-Surgical Appendectomy. 2012;287–92.
5. Heather Herdman T, Kamitsuru S. NANDA\_2015-2017\_ed\_española @ [www.academia.edu](http://www.academia.edu) [Internet]. Available from: [https://www.academia.edu/37563272/NANDA\\_2015-2017\\_ed\\_española.pdf](https://www.academia.edu/37563272/NANDA_2015-2017_ed_española.pdf)
6. Kelit HP, Tenorio LDHVJM. Intervención de la enfermera en el afrontamiento del dolor en pacientes post quirúrgico de cirugía abdominal en un hospital del MINSA, lima - 2018. *J Chem Inf Model*. 2018;53(9):1689–99.
7. Moreno-Monsiváis MG, Fonseca-Niño EE, Interrial-Guzmán MG. Factors associated with pain intensity in Mexican patients hospitalized in the postoperative period. *Rev la Soc Esp del Dolor*. 2017;24(1):4–10.
8. Tigse Vargas SP. Gestión de enfermería para el manejo del paciente post - quirúrgico en el servicio de pediatría del Hospital Eugenio Espejo. 2014; Available from: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/381/1/TUAMGSS009-2015.pdf>
9. Guanopatín Toapanta FP. Importancia de la plneacion del cuidado de enfermeria en el p aciente post quierurgico en el área de recuepración del Hospital General IESS Aambato. 2017;
10. Asuar Lopez MA. Valoración del dolor en pacientes intervenidos quirúrgicamente de hernioplastia con cirugía ambulatoria en el Hospital Universitario Santa María del Rosell. *Enfermería Glob*. 2016;16(1):438.
11. Toro Guajala MY. Aplicación del proceso de atención de enfermería en patologías abdominales prevalentes que ingresaron al área de emergencia del Hospital del IESS de Machala durante el año 2012. 2015;
12. Ciriaco Sánchez, Sammy Elizabeth; Suárez Reyes EJ. Grado de satisfacción de pacientes post operados mediatos de cirugía abdominal con el cuidado de enfermería, hospital Belén de Trujillo 2017. 2017;1–60. Available from: [http://www.gonzalezcabeza.com/documentos/CRECIMIENTO\\_MICROBIANO.pdf](http://www.gonzalezcabeza.com/documentos/CRECIMIENTO_MICROBIANO.pdf)
13. Ahuanari Ramirez AN. Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima, 2016. *Repos Tesis - UNMSM* [Internet]. 2017;103. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5849>

14. Huaco Luna A, Huaco Luna A. Factores asociados a complicaciones postoperatorias por apendicectomía abierta en pacientes intervenidos en el servicio de cirugía general del hospital nacional Hipólito Unanue - El Agustino, 2015. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2016; Available from: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/530>
15. Baca Alavro YS. Cuidado de enfermería en apendicectomía paciente. centro quirúrgico hospital Huancane-Puno, 2017. 2017;1–72. Available from: <http://bibliotecas.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6774/ENSbaalys.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Coyla Turpo RP, Ramos Asqui CY. Universidad andina “néstor CÁCERES velásquez.” 2017;
17. Rafael Flores N. Satisfacción del paciente post operado inmediato con anestesia regional sobre los cuidados de enfermería en el servicio de URPA de la Clínica San Pablo, Lima Octubre - Noviembre 2017. Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]. 2017; Available from: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7825/Rafael\\_fn.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7825/Rafael_fn.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
18. Ferrandiz Mach M. Fisiopatología del dolor. 2014;1–14. Available from: <http://www.scartd.org/arxiu/fisiodolor06.pdf>
19. Sánchez JRL, Rivera-Largacha S. History of the Concept of Total Pain and Reflections on Humanization of Assistance for Terminal Patients. Rev Ciencias la Salud. 2018;16(2):340–56.
20. Raimunda Montejano Lozoya A, Ma Ferrer Diego R, Marín GC, Martínez-Alzamora N, Quiles AS, Ferrándiz EF. Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. Nutr Hosp. 2014;30(4):858–69.
21. Aguiló J, Peiró S, Muñoz C, del Caño JG, Garay M, Viciano V, et al. Efectos adversos en la cirugía de la apendicitis aguda. Cir Esp [Internet]. 2005;78(5):312–7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0009-739X\(05\)70941-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0009-739X(05)70941-6)
22. Lisette KMM. Complicaciones quirúrgicas que se presentan en el trans y post operatorio en usuarios con apendicectomía asilados en el hospital del IESS de Esmeraldas de enero –junio del 2014. Pontif Univ Catol del Ecuador [Internet]. 2014;2014(June):1–100. Available from: [https://repositories.lib.utexas.edu/handle/2152/39127%0Ahttps://cris.brighton.ac.uk/ws/portalfiles/portal/4755978/Julius+Ojebode%27s+Thesis.pdf%0Ausir.salford.ac.uk/29369/1/Angela\\_Darvill\\_thesis\\_esubmission.pdf%0Ahttps://dspace.lboro.ac.uk/dspace-jspui/ha](https://repositories.lib.utexas.edu/handle/2152/39127%0Ahttps://cris.brighton.ac.uk/ws/portalfiles/portal/4755978/Julius+Ojebode%27s+Thesis.pdf%0Ausir.salford.ac.uk/29369/1/Angela_Darvill_thesis_esubmission.pdf%0Ahttps://dspace.lboro.ac.uk/dspace-jspui/ha)
23. Cabero Riera C, Cabero Roura L, Cabrillo Rodríguez E. La cesárea. Cienc Ginecol. 2005;9(3):137–53.
24. Vásquez Susanivar KC. Factores asociados al dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Sergio E. Bernalles – 2017. 2018;1–71. Available from: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1775>
25. De Andrade M (ABC). Postoperatorio.

26. Rodríguez Vargas MC. Factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2012; Available from: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1120/Rodriguez\\_vm%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1120/Rodriguez_vm%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
27. Montealegre Gómez D. Manejo del dolor: un reto permanente para enfermería. Cuid y práctica enfermería [Internet]. 2000;(Génesis 3):197–203. Available from: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/05.pdf>
28. Santana Freitas J, Bauer de Camargo AE, Minamisava R, Queiroz Bezerra AL, Gomes de Sousa MR. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. Rev Lat Am Enfermagem. 2014;22(3):454–60.
29. Cisneros F. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. Popayán Univ del Cauca [Internet]. 2002;1–16. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Introducci?n+a+los+modelos+y+teorias+de+enfermeria#0>
30. Carchi Soliz MaD, Navas Montero S, Verástegui Naranjo O. Valoración y cuidados de enfermería en el dolor abdominal agudo inespecífico en pacientea dultos del servicio de urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín, de mayo-agosto del 2012. Univ Reg autónoma los Ande UNIANDES [Internet]. 2014;1–220. Available from: <http://45.238.216.28/handle/123456789/3381>
31. García R, Victoria M, Tomás G, Jiménez C, Pilar M, Sáez H, et al. Protocolo Albacete valoración y manejo del dolor en pacientes. Protoc Consensuado. 2013;(6):1–20.
32. Verona E, Reyes JL. Cuidados de enfermería en el paciente con dolor. Medpal [Internet]. 2012;27–8. Available from: <http://45.238.216.28/handle/123456789/3381>
33. Álvarez J. El buen uso de analgésicos opioides [Internet]. 2012. 178 p. Available from: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017\\_GUIA\\_Buen\\_uso\\_opioides\\_Socidrigalcohol.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017_GUIA_Buen_uso_opioides_Socidrigalcohol.pdf)
34. Navarro Argente P, Cabarga Molina R, Alcantara Noalles J. Manejo No Farmacologico del dolor. 2016.
35. Bustamante Núñez J, Vera Romero O, Limo Peredo J, Patazca Ulfe J. Frecuencia e indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010-2011. Rev del Cuerpo Médico Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo. 2014;7(1):6–12.
36. Aguiar da Cruz L, Vieira Freitas L, Moura Barbosa RC, De Souza Gomes LF, Teixeira Vasconcelos CM. Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de fortaleza. Enferm Glob. 2013;12(1):105–15.
37. Epifania Mejía RM, Vasquez Meza MC. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería y ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos del servicio de cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino, 2016. 2016;I:1–97. Available from:

[http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/UPEU/111/1/TESIS\\_BURNOUT\\_IVON E.pdf](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/UPEU/111/1/TESIS_BURNOUT_IVON E.pdf)

38. Donayre Mayuri AR. Cuidado de enfermería en pacientes pos operados del servicio de recuperación del Hospital Santa Rosa, 2016. 2016;86.
39. Castañeda Bocanegra MA. Nivel de capacitación y grado de conocimiento de las enfermeras sobre el manejo del dolor postoperatorio en pacientes adultos. Hospital Victor Lazarte Echegaray. Lexus. 2007;4(None):37.
40. Llorente Perez L. Manejo del dolor por el personal de enfermería. Rev del Dolor Clínico y Ter. 2005;8(1):11–6.

ANEXOS

Anexo 1 Instrumento de recolección de datos

ESCALA PARA LA VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO DEL DOLOR DESDE LA PERSPECTIVA DE PACIENTES POSOPERADOS.

**Presentación:**

Estimado Sr. (Sra., Srta.), mi nombre es..... Soy egresada de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, La presente encuesta tiene como objetivo describir la intervención de enfermería en el afrontamiento del dolor desde la perspectiva de pacientes posoperados de cirugía abdominal en el hospital de Azangaro. Para ello, solicito su participación, la cual es absolutamente voluntaria y anónima, manteniendo la confidencialidad de sus respuestas.

**Instrucciones:**

Marca con una “X” la respuesta que mejor se adapte a su situación, de acuerdo con las observaciones realizadas durante la atención de enfermería recibida.

**DATOS GENERALES:**

- 1. Tipo de cirugía:
- 2. Edad:
- 3. Sexo:
- 4. Días en posoperatorio:
- 5. Grado de instrucción:

**DATOS ESPECIFICOS:**

TIPO DE TRATAMIENTO	ENUNCIADO	RESPUESTA				
		NUNCA (1)	CASI NUNCA (2)	ALGUNAS VECES (3)	CASI SIEMPRE (4)	SIEMPRE (5)
F A R M A C O L O G I C O	1. Me proporciona información sobre las medicinas que recibiré para el tratamiento de mi dolor.					
	2. Solicita mi consentimiento para administrar el tratamiento farmacológico.					
	3. Me pregunta cuánto me duele en intensidad en escala del 0-10.					
	4. Evalúa físicamente la zona de intervención quirúrgica para identificar mi dolor.					
	5. Me pregunta cómo me siento durante la administración del tratamiento para el dolor.					
	6. Evalúa los resultados de la medicación que recibí para el dolor.					
	7. Administra los medicamentos de forma cuidadosa preocupándose por mí.					
	8. Administra los medicamentos para el dolor en la hora indicada.					
	9. Administra dosis suficientes de medicamentos para aliviar mi dolor.					
	10. Me informa los valores de mi presión, pulso, temperatura, SPO <sub>2</sub> y FC.					
	11. Se dirige a mí por mi nombre al atenderme y verifica mi tratamiento con mi nombre y apellido.					
	12. Supervisa continuamente mi vía periférica y me indica la vía por donde recibiré el tratamiento para el dolor.					
	13. Acude inmediatamente con el tratamiento condicional si tengo dolor.					
	14. Me explica los tipos de medicamentos que hay para el dolor que tengo.					

TIPO DE TRATAMIENTO	ENUNCIADO	RESPUESTA				
		NUNCA (1)	CASI NUNCA (2)	ALGUNAS VECES (3)	CASI SIEMPRE (4)	SIEMPRE (5)
N O  F A R M A C O L O G I C O	15. Me muestra tratamientos alternativos a los medicamentos para el dolor.					
	16. Atiende las necesidades básicas de comodidad como el descanso, para aliviar mi dolor.					
	17. Me escucha y me ayuda a disminuir mí ansiedad.					
	18. Favorece un ambiente con una luz adecuada que yo considero me harán disminuir mi dolor.					
	19. Me ayuda a estar en la posición más adecuada para disminuir mi dolor.					
	20. Me facilitan medios de distracción como televisión y música para contrarrestar mi dolor.					
	21. Favorece un ambiente tranquilo, libre de ruido si considero que eso disminuirá mi dolor.					
	22. Utiliza un tono amigable y palabras cariñosas al dirigirse a mí.					
	23. Usa compresas frías o calientes, para aliviar mi dolor.					
	24. Me ayuda a estar relajado o me indica las medidas que debo tomar para estarlo.					
	25. Orienta a mis cuidadores o familiares sobre procedimientos que ayudaran a disminuir mi dolor					
	26. Me anima a caminar precozmente para disminuir mi dolor y mejorar mi condición.					
	27. Me educa y explica las ventajas y desventajas del tratamiento que voy a recibir.					
28. Me brinda confianza para negarme ante algún tratamiento que no considere beneficioso						

Anexo 2. Tablas anexas

**Tabla anexa 1. Descripción de la intervención de enfermería en el tratamiento farmacológico desde la perspectiva de pacientes posoperados del Hospital de Azángaro 2019.**

TIPO DE TRATAMIENTO:	ENUNCIADO	RESPUESTA											
		NUNCA (1)		CASI NUNCA (2)		ALGUNAS VECES (3)		CASI SIEMPRE (4)		SIEMPRE (5)		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
FARMACOLÓGICO	1. Me proporciona información sobre las medicinas que recibiré para el tratamiento de mi dolor.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	14	40.0	21	60.0	35	100.0
	2. Solicita mi consentimiento para administrar el tratamiento farmacológico	0	0.0	0	0.0	0	0.0	28	80.0	7	20.0	35	100.0
	3. Me pregunta cuánto me duele en intensidad en escala del 0-10	0	0.0	0	0.0	0	0.0	14	40.0	21	60.0	35	100.0
	4. Evalúa físicamente la zona de intervención quirúrgica para identificar mi dolor	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21	60.0	14	40.0	35	100.0
	5. Me pregunta cómo me siento durante la administración del tratamiento para el dolor	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21	60.0	14	40.0	35	100.0
	6. Evalúa los resultados de la medicación que recibí para el dolor	0	0.0	0	0.0	0	0.0	28	80.0	7	20.0	35	100.0
	7. Administra los medicamentos de forma cuidadosa preocupándose por mi	0	0.0	0	0.0	7	20.0	21	60.0	7	20.0	35	100.0
	8. Administra los medicamentos para el dolor en la hora indicada.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	20.0	28	80.0	35	100.0
	9. Administra dosis suficientes de medicamentos para aliviar mi dolor	0	0.0	1	2.9	0	0.0	6	17.1	28	80.0	35	100.0
	10. Me informa los valores de mi presión, pulso, temperatura, SPO <sub>2</sub> y FC	0	0.0	0	0.0	7	20.0	21	60.0	7	20.0	35	100.0
	11. Se dirige a mí por mi nombre al atenderme y verifica mi tratamiento con mi nombre y apellido	0	0.0	0	0.0	21	60.0	12	34.3	2	5.7	35	100.0
	12. Supervisa continuamente mi vía periférica y me indica la vía por donde recibiré el tratamiento para el dolor	0	0.0	3	8.6	0	0.0	6	17.1	26	74.3	35	100.0
	13. Acude inmediatamente con el tratamiento condicional si tengo dolor	0	0.0	0	0.0	1	2.9	7	20.0	27	77.1	35	100.0
	14. Me explica los tipos de medicamentos que hay para el dolor que tengo.	0	0.0	1	2.9	34	97.1	0	0.0	0	0.0	35	100.0

Fuente: Entrevistas a paciente hospitalizado posoperado, Azángaro 2019.

**Tabla anexa 2. Descripción de la intervención de enfermería en el tratamiento no farmacológico desde la perspectiva de pacientes posoperados del Hospital de Azángaro 2019.**

TIPO DE TRATAMIENTO	ENUNCIADO	RESPUESTA											
		NUNCA (1)		CASI NUNCA (2)		ALGUNAS VECES (3)		CASI SIEMPRE (4)		SIEMPRE (5)		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
NO FARMACOLÓGICO	15. Me muestra tratamientos alternativos a los medicamentos para el dolor	0	0.0	2	5.7	33	94.3	0	0.0	0	0.0	35	100.0
	16. Atiende las necesidades básicas de comodidad como el descanso, para aliviar mi dolor.	0	0.0	2	5.7	14	40.0	19	54.3	0	0.0	35	100.0
	17. Me escucha y me ayuda a disminuir mi ansiedad	0	0.0	1	2.9	9	25.7	25	71.4	0	0.0	35	100.0
	18. Favorece un ambiente con una luz adecuada que yo considero me harán disminuir mi dolor	0	0.0	2	5.7	21	60.0	12	34.3	0	0.0	35	100.0
	19. Me ayuda a estar en la posición más adecuada para disminuir mi dolor	0	0.0	3	8.6	5	14.3	27	77.1	0	0.0	35	100.0
	20. Me facilitan medios de distracción como televisión y música para contrarrestar mi dolor.	0	0.0	0	0.0	35	100.0	0	0.0	0	0.0	35	100.0
	21. Favorece un ambiente tranquilo, libre de ruido si considero que eso disminuirá mi dolor.	0	0.0	1	2.9	15	42.9	19	54.3	0	0.0	35	100.0
	22. Utiliza un tono amigable y palabras cariñosas al dirigirse a mí.	0	0.0	2	5.7	16	45.7	17	48.6	0	0.0	35	100.0
	23. Usa compresas frías o calientes, para aliviar mi dolor	0	0.0	1	2.9	21	60.0	13	37.1	0	0.0	35	100.0
	24. Me ayuda a estar relajado o me indica las medidas que debo tomar para estarlo	0	0.0	1	2.9	8	22.9	26	74.3	0	0.0	35	100.0
	25. Orienta a mis cuidadores o familiares sobre procedimientos que ayudaran a disminuir mi dolor.	0	0.0	6	17.1	5	14.3	24	68.6	0	0.0	35	100.0
	26. Me anima a caminar precozmente para disminuir mi dolor y mejorar mi condición	0	0.0	1	2.9	4	11.4	7	20.0	23	65.7	35	100.0
	27. Me educa y explica las ventajas y desventajas del tratamiento que voy a recibir.	0	0.0	2	5.7	3	8.6	4	11.4	26	74.3	35	100.0
	28. Me brinda confianza para negarme ante algún tratamiento que no considere beneficioso	0	0.0	4	11.4	8	22.9	2	5.7	21	60.0	35	100.0

Fuente: Entrevistas a paciente hospitalizado posoperado, Azángaro 2019

Anexo 3 Gráficos:

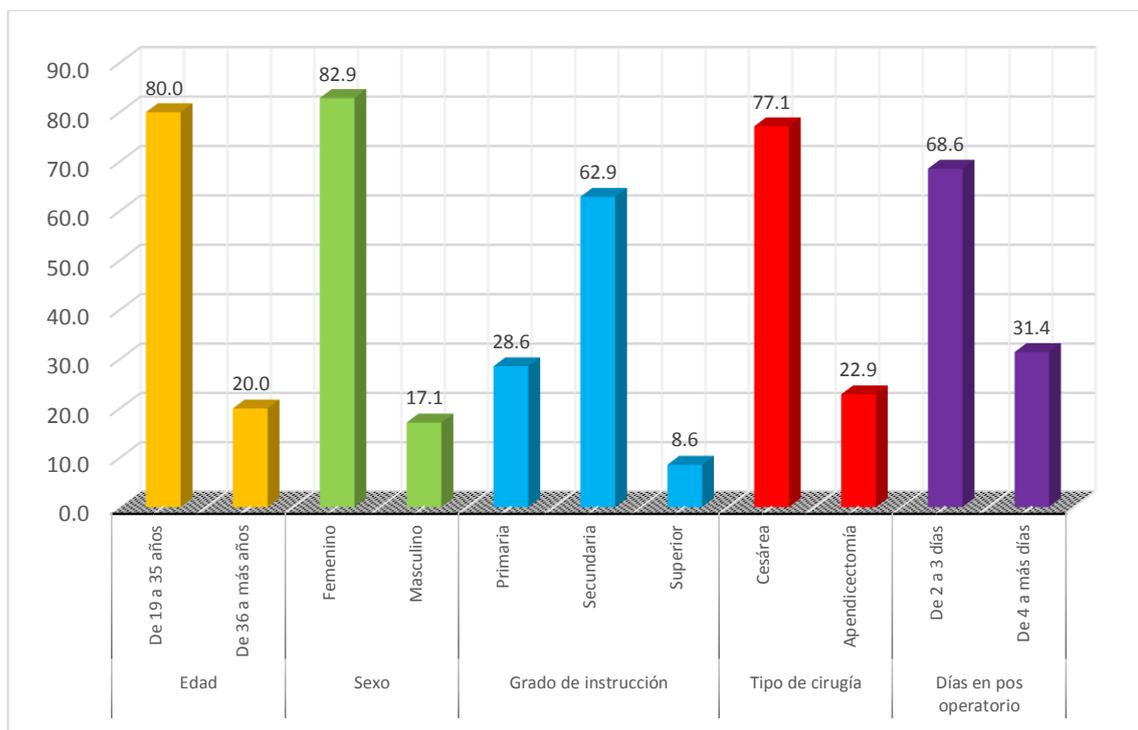
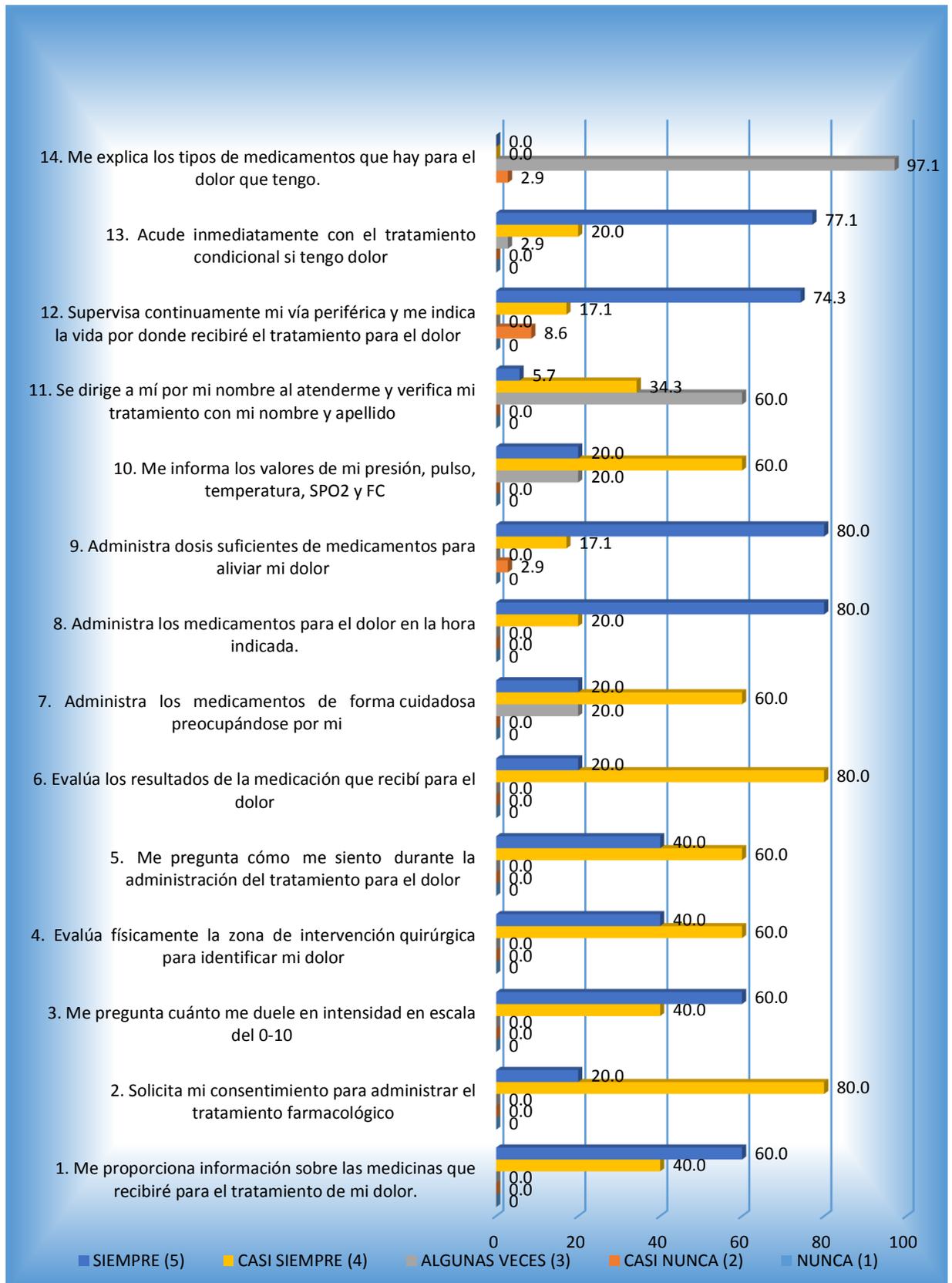
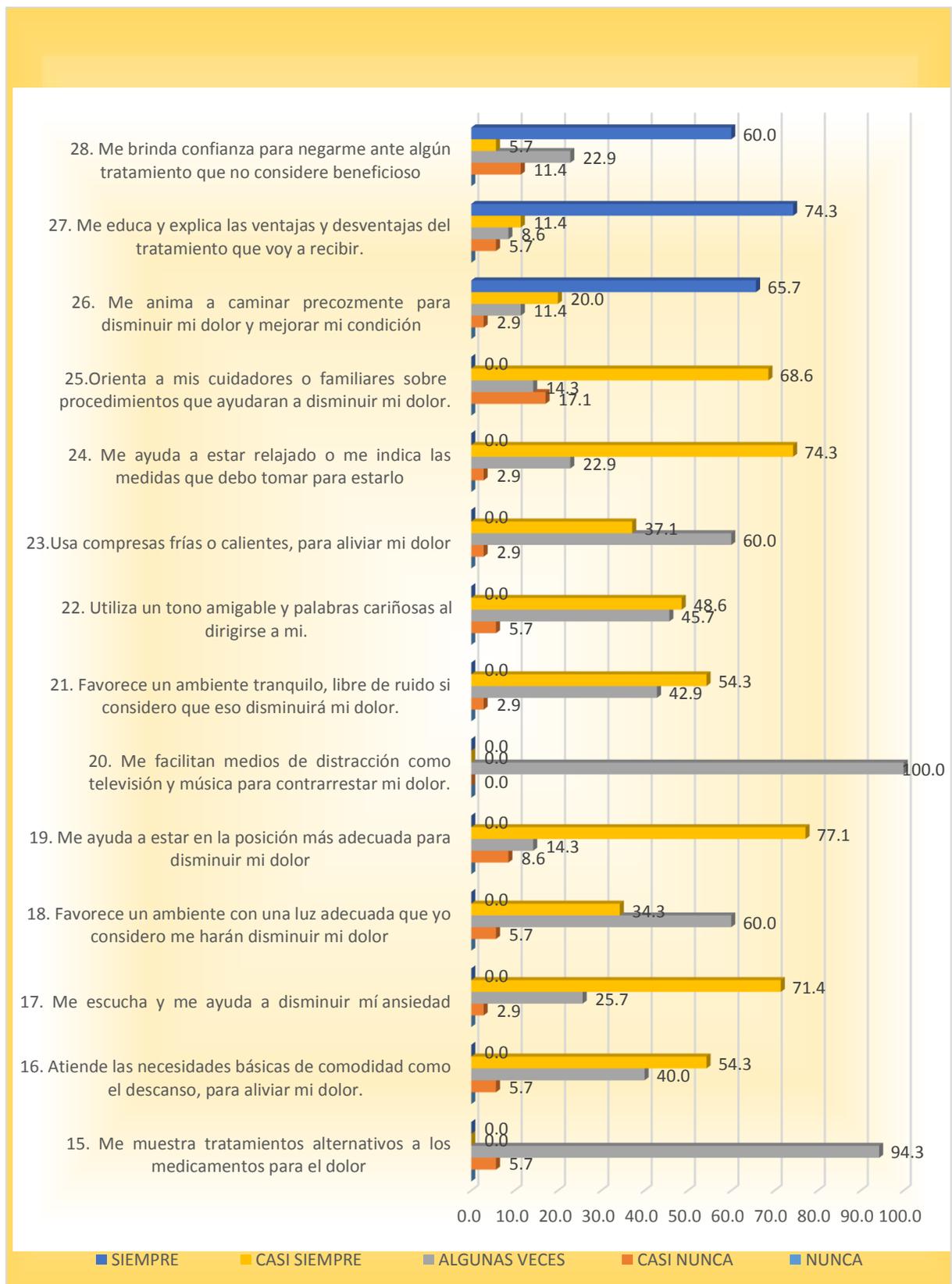


Figura 1. Datos generales de los pacientes posoperados - Azángaro 2019



**Figura 2. Intervención de enfermería en el tratamiento farmacológico - Hospital de Azangaro 2019**



**Figura 3. Intervención de enfermería en el tratamiento no farmacológico - Hospital de Azangaro 2019**