



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PACIENTES
POSTOPERADOS DE APENDICECTOMÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CAÑETE - LIMA**

FEBRERO - MARZO 2021

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

**BALVIN QUISPE NILDA FELICITA
PACHECO CAJALEÓN BERTHA ALICIA**

ASESORA:

MG. Flores Fernández, Violeta Obdulia

LIMA - PERÚ

2021

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo principalmente a Dios por habernos dado la vida y permitimos haber llegado hasta este momento tan importante de nuestra formación. A nuestros padres por ser el pilar mas importante y por demostramos siempre su cariño y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A nuestra familia, por habernos brindado su apoyo durante Todo este tiempo.

De manera especial a nuestros asesores de tesis, por habernos guiado no solo en la elaboración de nuestra tesis, sino a lo largo de nuestra carrera universitaria y habernos brindado el apoyo para desarrollarnos profesionalmente y seguir cultivando nuestros valores.

A la universidad por brindarnos tantas oportunidades, enriquecernos en conocimientos y por afianzar nuestros valores humanos y éticos.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	3
1.2 Formulación del Problema	4
1.2.1 Problema General.....	4
1.2.2 Problemas Específicos	4
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo General.....	4
1.3.2 Objetivos Específicos	4
1.4 Justificación.....	5
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	7
2.1.1 Nacionales	7
2.1.2 Internacionales	8
2.2 Bases Teóricas	10
2.2.1 Dolor	10
2.2.2 Intervención Educativa de Enfermería.....	18
2.3 Marco Conceptual.....	23

2.4 Hipótesis	26
2.4.1 Hipótesis General	26
2.4.1 Hipótesis Específicas.....	27
2.5 Operacionalización de Variables e Indicadores	28
CAPÍTULO III METODOLOGÍA.....	30
3.1 Tipo y Nivel de Investigación.	30
3.2 Descripción del Método y Diseño.....	30
3.3 Población y Muestra.....	30
3.3.1 Población.....	30
3.3.2 Muestra.....	31
3.4 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos	32
3.4.1 Técnica	32
3.4.2 Instrumento.....	32
3.5 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	34
4.3 Discusión de Resultados	52
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
5.1 Conclusiones.....	54
5.2 Recomendaciones	55
REFERENCIAS	56
ANEXOS	61
Anexo 01 Matriz de Consistencia.....	63
Anexo 02 Instrumento	64
Anexo 03 Data Consolidada de Resultados Excel.....	66
Anexo 04 Testimonios Fotográficos	70
Anexo 05 Formato de Validación	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución por rangos de edad.

Tabla 2 Distribucion por tipo de sexo.

Tabla 3 Distribucion por estado civil.

Tabla 4 Distribución por lugar de procedencia.

Tabla 5 Distribución según grado de instrucción.

Tabla 6 Distribucion según horas de hospitalización.

Tabla 7 Nivel de tratamiento farmacológico del dolor.

Tabla 8 Nivel del tratamiento no farmacológico del dolor.

Tabla 9 Nivel de tratamiento del dolor.

Tabla 10 Nivel de intervención de enfermería.

Tabla 11 Intervención de enfermería y tratamiento farmacológico del dolor.

Tabla 12 Intervención de enfermería y tratamiento no farmacológico del dolor.

Tabla 13 Intervención de enfermería y tratamiento del dolor.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2 Distribución por rangos de edad.

Figura 2 Distribucion por tipo de sexo.

Figura 3 Distribucion por estado civil.

Figura 4 Distribución por lugar de procedencia.

Figura 5 Distribución según grado de instrucción.

Figura 6 Distribucion según horas de hospitalización.

Figura 7 Nivel de tratamiento farmacológico del dolor.

Figura 8 Nivel del tratamiento no farmacológico del dolor.

Figura 9 Nivel de tratamiento del dolor.

Figura 10 Nivel de intervención de enfermería.

Figura 11 Intervención de enfermería y tratamiento farmacológico del dolor.

Figura 12 Intervención de enfermería y tratamiento no farmacológico del dolor.

Figura 13 Intervención de enfermería y tratamiento del dolor.

RESUMEN

Introducción

Desde los albores de la humanidad el dolor ha sido una preocupación constante, se le describe como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño tisular y que pueden estar modificada por el aprendizaje”. Actualmente se tiene una gran variedad de métodos y técnicas para controlar el dolor, lo que hace inaceptable que los pacientes en el postoperatorio cursen con dolor. El inadecuado control del dolor puede prolongar la estancia hospitalaria y predisponer a costosas complicaciones, la terapia farmacológica es de gran beneficio en el alivio del dolor postoperatorio, también se tiene terapia no farmacológica, sin embargo, el tratamiento del dolor postoperatorio es insuficiente, por lo cual la enfermera debe desarrollar un protocolo en los pacientes y así lograr la analgesia óptima.

Objetivo

Determinar la relación entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima.

Metodología

Estudio de tipo descriptivo, diseño no experimental, correlacional, cuantitativo y aplicado.

Población

120 pacientes y la muestra de 36 pacientes.

Instrumento

Cuestionario sobre las Intervenciones de enfermería y el tratamiento del dolor.

Resultados

Existe relación directa entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima. Existe relación inversa entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento no farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima. Existe relación directa entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta la importancia de aprender a manejar el dolor, y en especial el dolor postoperatorio, para aplicar criterios que ayuden al paciente con sus necesidades y expectativas, de esa manera el postoperado tendrá una mejor adaptación frente al dolor, lo que le genere un espacio de bienestar y tranquilidad a pesar de la situación de ansiedad y estrés al cual

estará sometido debido a la hospitalización y la intervención quirúrgica. Existe relación directa entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima.

Palabras Claves: Apendicectomía, Analgésicos, Dolor, Intervenciones de enfermería, Postoperado

ABSTRACT

Introduction

Since the dawn of mankind, pain has been a constant concern, it is described as "an unpleasant sensory and emotional experience, associated with tissue damage and that can be modified by learning". Currently there is a great variety of methods and techniques to control pain, which makes it unacceptable for postoperative patients to be in pain. Inadequate pain control can prolong hospital stay and predispose to costly complications, pharmacological therapy is of great benefit in relieving postoperative pain, there is also non-pharmacological therapy, however, postoperative pain treatment is insufficient, so the nurse should develop a protocol in patients and thus achieve optimal analgesia.

Objective

To determine the relationship between nursing interventions and pain treatment in postoperative appendectomy patients at the public hospital in Cañete - Lima.

Methodology

Descriptive type study, non-experimental design, correlational, quantitative and applied.

Population

120 patients and sample of 36 patients.

Instrument

Questionnaire on nursing interventions and pain treatment.

Results

There is a direct relationship between nursing interventions and pharmacological pain treatment in postoperative appendectomy patients at one public hospital in Cañete - Lima - Lima. There is an inverse relationship between nursing interventions and non-pharmacological pain treatment in postoperative appendectomy patients at public hospital in Cañete - Lima. There is a direct relationship between nursing interventions and pain treatment in postoperative appendectomy patients at one public hospital in Cañete - Lima.

Conclusions

Nursing professionals should take into account the importance of learning how to manage pain, especially postoperative pain, in order to apply criteria that help the patient with his needs and expectations, thus the postoperative patient will have a better adaptation to pain, which will generate a space of well-being and tranquility despite the situation of anxiety and stress to which he will be subjected due to the hospitalization and the surgical intervention. There is a direct relationship between nursing

interventions and pain treatmentt in postoperative appendectomy patients at one public hospital in Cañete - Lima - Lima.

Key words: appendicectomy, analgesics, pain, nursing interventions, postoperative

INTRODUCCIÓN

La labor de enfermería se enmarca en el cuidado integral de la persona, brindado cuidado en todas las esferas del ser humano. Se conoce que el dolor es una experiencia sensorial experimentada por el hombre desde la antigüedad siendo su percepción un fenómeno complejo, ya que tiene un componente nociceptivo y un componente afectivo, asociando sufrimiento y dolor, el profesional de enfermería al realizar sus acciones para mitigar el dolor de su paciente debe enfocarse en el tratamiento adecuado e integral del dolor, que no solo involucre el cumplimiento de un tratamiento farmacológico sino que se le brinden cuidados propios de enfermería aplicando estrategias de analgesia multimodal como la empatía, la escucha al paciente y el empleo de técnicas de relajación psicológica, como alternativas al tratamiento farmacológico. De esta manera se evitaría no sólo el sufrimiento innecesario sino el incremento en los costos asistenciales es así que la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias apoyan la valoración del dolor como quinta constante vital (Cotelo, 2019).

Según la The International Association for the Study of Pain (IASP, 2020) el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial. Nos muestra que es una experiencia personal influenciada en diferentes grados por factores biológicos, psicológicos y sociales, los seres humanos aprendemos el concepto de dolor a través de las experiencias de la vida. Aunque el dolor usualmente cumple una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre las actividades y el bienestar social y psicológico.

La gran mayoría de los pacientes que como tratamiento se les realizan procedimientos quirúrgicos van a experimentar dolor postoperatorio agudo, el alivio del dolor ofrece importantes beneficios fisiológicos; por lo tanto, la monitorización del alivio del dolor es un importante indicador de calidad postoperatoria. Se reconoce que el dolor agudo postoperatorio mal controlado se asocia con una mayor morbilidad, deterioro funcional y de la calidad de vida, retraso en el tiempo de recuperación, duración prolongada del uso de analgésicos y mayores costos de atención médica.

En el presente estudio pretendemos correlacionar las intervenciones de enfermería y el tratamiento del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía del hospital público de Cañete - Lima durante los meses de mayo y junio del 2021, así mismo valorar la actividad de la enfermera al brindar bienestar a los pacientes ofreciéndoles tratamiento, respeto y calor humano. Finalmente podemos aseverar que el acceso al tratamiento del dolor es un derecho humano fundamental y la labor de todos los profesionales de la salud es aprender a lograrlo.

La estructura de la investigación se presenta de la siguiente manera: el capítulo I presenta el problema a investigar, este comprende la delimitación y formulación del problema, objetivos y justificación. El capítulo II comprende los fundamentos teóricos: antecedentes, base teórica, marco conceptual, hipótesis y definición operacional de variables e indicadores. El capítulo III presenta el diseño metodológico comprende: tipo y nivel de investigación, método y diseño, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y procedimientos para la recolección, procesamiento y análisis de datos. El capítulo IV presenta los resultados encontrados después del procesamiento y análisis de las variables estudiadas, los cuales se describen en tablas y gráficos, finalmente se presenta la discusión de los resultados encontrados. El capítulo V presenta las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La IASP (2021), propuso el siguiente concepto “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial” En el mundo los operados de cirugía mayor, presentan un 80 % dolor de intensidad moderada a severa, que persistirá inclusive hasta meses después de la cirugía; afectando la recuperación del paciente a corto y largo plazo año (Weiser, 2018; Gan, 2017). El dolor incrementa los costos, al emplear los servicios de salud y es un factor de riesgo vinculado al dolor crónico postquirúrgico que llega hasta el 50% de los pacientes operados (Zipes et al., 2019).

Al dolor post operatorio mediato por cirugía abdominal se le minimiza a esto contribuye los siguientes factores: la poca valoración del dolor, la ausencia de analgésicos en el hospital, protocolos inadecuados; lo anterior trae como consecuencia mayor permanencia en el hospital, mayor incremento de complicaciones y morbilidad posoperatoria (Hurtado et al., 2018).

Los pacientes postoperados presentan 80% dolor agudo después de la cirugía, sin embargo, el 90% refiere satisfacción, esto puede ser por la intervención de enfermería que normaliza el dolor. La existencia de dolor sigue siendo una preocupación en el ámbito asistencial y sobre todo en el ámbito quirúrgico, diferentes estudios de investigación reportan que el 80% de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, experimentan dolor postoperatorio y más del 75%, informan un nivel de dolor entre moderado a severo, dentro de las primeras 24 horas. El dolor posoperatorio es el síntoma más frecuente y significativo para el paciente quirúrgico, el cual aparece por la sección, tracción de tejidos y la liberación de sustancias que producen dolor, luego del acto quirúrgico. La variabilidad de respuesta, el tipo de intervención quirúrgica y el procedimiento anestésico empleado, tienen gran influencia en la forma y nivel de dolor que experimentan los pacientes (Vasquez, 2018).

Los factores para considerar y que condicionan el grado de dolor postquirúrgico son: el tipo de intervención quirúrgica, la duración, el paciente, la preparación preoperatoria, las complicaciones postoperatorias, el tratamiento analgésico y la calidad del cuidado. La intensidad del dolor postoperatorio está asociado al tipo de cirugía, siendo las traumatológicas y las abdominales las mas intensas, pacientes de sexo femenino y el nivel de ansiedad y estrés (Quinde, 2017; Vázquez, 2018).

En el Perú se enfatiza el tratamiento farmacológico del dolor, sin embargo, hallamos tratamiento no farmacológico en un 35 %; posiciones antálgicas en 60%, escucha activa en 52 % y estimulación cutánea en 88% (Anahuari, 2017).

Según Lopez Alvarez et al. (2017), las consecuencias clínicas del dolor agudo postoperatorio son: alteraciones neuroendocrinas: gastritis reactiva por aumento de cortisol; activación simpática: hiperventilación, polipnea, taquicardia, hipertensión arterial; alteraciones neurohumorales; psicológicas: miedo, estrés y ansiedad y cambios cognitivos.

El presente estudio aborda la temática del dolor en pacientes post-operados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima, el estudio tiene el objetivo de identificar las intervenciones de enfermería en el dolor del paciente post apendicectomía. Se utilizará una guía de observación que contiene las dimensiones, valoración del dolor, intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, cada una con sus indicadores respectivos. Se tramitarán los correspondientes permisos para el recojo de los datos.

Para la Nursing Interventions Classification (NIC, 2018), se sugiere capacitar al personal de enfermería en la detección precoz del dolor y su correspondiente soporte en enfermería, basados en protocolos.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la relación entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima 2021?

1.2.2 Problemas Específicos.

¿Cuál es la prevalencia de los factores sociodemográficos en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete – Lima febrero-marzo 2021?

¿Cuál es la relación entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima 2021?

¿Cuál es la relación entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento no farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima 2021?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima.

1.3.2 Objetivos Específicos

Identificar la prevalencia de los factores sociodemográficos en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete – Lima.

Identificar la relación entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicetomía en un hospital público de Cañete - Lima.

Identificar la relación entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento no farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicetomía en un hospital público de Cañete - Lima.

1.4 Justificación

El dolor postoperatorio es una experiencia desagradable para los pacientes después de una cirugía. Estos procedimientos quirúrgicos provocan dolor de alta intensidad. La evaluación adecuada de enfermería del dolor de los pacientes es fundamental para tomar la decisión correcta en términos de ofrecer atención y apoyo de calidad. El dolor postoperatorio es actualmente uno de los problemas más frecuentes en el ámbito clínico, a pesar de los medios terapéuticos de que se dispone para su tratamiento. La justificación teórica de ésta investigación es que constituye un aporte al acervo de la ciencia, el acervo es el conocimiento actualizado, y explicaría la relación de las intervenciones de enfermería y el tratamiento del dolor.

La justificación metodológica se da como la secuencia de pasos ordenados para vincular las relaciones de las intervenciones de enfermería con el tratamiento del dolor, dicha justificación metodológica servirá de modelo para futuras investigaciones.

La justificación práctica se basa en la importancia de las intervenciones de enfermería en el tratamiento del dolor la cual es relevante para mejorar la calidad de vida del paciente postoperado. Sin embargo, muchas veces se infravalora el dolor de los pacientes, se utilizan solo analgésicos y no se emplean otros tratamientos, pretendemos con nuestro trabajo la reflexión del personal de enfermería, para mejorar el tratamiento del dolor postoperatorio empleando estrategias multimodales.

La justificación económica es el ahorro de recursos económicos por atender menos afectados por trastorno de dolor, de esta manera la familia, los seguros privados y el mismo estado gastan menos.

La justificación social geográfico temporal es la presencia del COVID 19 en todo el mundo y en nuestro país lo cual ocasiona la disminución drástica y notoria de los cuidados de enfermería a los pacientes posoperados, disminuyendo su confort e incrementando sus molestias.

La justificación legal es el mandato de la Constitución Política del Estado Peruano que pone a la persona como el fin de la sociedad, al igual tal que la Ley de Salud vigente. Esta misma ley impone a los profesionales de salud hacer su esfuerzo máximo para salvar al paciente mantener su integridad o brindarle una mejor calidad en su estancia hospitalaria.

Por último, hay una justificación investigativa, donde los resultados serán revisados por otros pares de investigación para profundizar el estudio de las variables.

En la actualidad los profesionales de enfermería cuentan con alta tecnología y se deja de lado un aspecto muy importante que es el compromiso con la humanización del cuidado, es así que nuestro trabajo está vinculado con la intervención de enfermería para aliviar el dolor demostrando su interés por su paciente por lo cual planteamos como objetivo establecer la relación que existe entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima.

CAPÍTULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Nacionales

Ruedas y García (2018), en su estudio de investigación tenía por objetivo: describir la relación de la intensidad del dolor agudo postoperatorio con la satisfacción en el tratamiento del dolor del paciente postoperado del hospital General de Enfermedades y Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante julio y agosto de 2018. El estudio fue descriptivo de corte transversal. Se entrevistaron 178 pacientes; 91 del hospital de Gineco Obstetricia y 87 del hospital General de Enfermedades, empleando cuestionario adaptado de la Sociedad Americana del Dolor. Se realizó un análisis descriptivo bivariado; Chi² y OR, avalado por Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas, USAC Resultados: A las 24 horas la intensidad del dolor postoperatorio severo fue 59% (104) y la satisfacción tras analgesia fue 94% (167) satisfechos. Las intervenciones con mayor dolor severo fueron cirugía abdominal 100% (3), ginecológica 83% (5) y cesáreas 78% (59). Según la analgesia el dolor severo fue 48.39% (30) con AINES, 58.33% (7) opiáceos y 62.42% (67) ambos medicamentos. De acuerdo con el tipo de anestesia, el dolor severo fue 65.49% (74) en bloqueo y 46.15% (30) en anestesia general. Entre la intensidad de dolor postoperatorio y satisfacción del paciente no existe asociación. (p: 0.07, Chi²: 3.37). Conclusiones: La intensidad del dolor agudo postoperatorio a las 24 horas fue predominantemente severo, la mayoría de los pacientes refirió estar satisfecho con el tratamiento del dolor y no se evidenció una relación con la satisfacción del paciente en el tratamiento del dolor.

Ahuanari (2017), en su estudio tuvo por objetivo determinar la intervención de enfermería en el tratamiento del dolor de los pacientes post operados de cirugía abdominal en el Hospital Nacional Dos de Mayo, según opinión de los pacientes. Muestra: 40 pacientes post operados de cirugía abdominal. Conclusiones: Las intervenciones de enfermería en el tratamiento del dolor del paciente post operado de cirugía abdominal enfatizan el tratamiento farmacológico, se resalta la administración de medicamentos y la evaluación de resultados más que la valoración del paciente. Las estrategias no farmacológicas para el tratamiento del dolor no son realizadas en su mayoría.

García (2015), en su estudio de investigación tenía por objetivo determinar los cuidados que aplica el profesional de enfermería para el tratamiento del dolor en los pacientes adultos traumatizados del hospital Nacional Dos de Mayo población 23 enfermeros obteniendo a través de la formula estadística, los datos fueron recolectados mediante una lista de chequeo con alternativas dicotómicas conformada por 30 preguntas como resultado obtuvo que el 57% de los profesionales de enfermería no aplican los cuidados

para el tratamiento del dolor y 43% de los profesionales de enfermería aplican cuidados para el tratamiento del dolor en pacientes traumatizados. En la dimensión cuidados farmacológico un 65% de los enfermeros. Conclusión: el mayor porcentaje de enfermeros no aplican los cuidados no farmacológicos para el tratamiento de dolor en pacientes traumatizados, pero se aplican cuidados farmacológicos.

Palza (2019), en su trabajo tiene como objetivo describir la intervención de enfermería en el afrontamiento del dolor desde la perspectiva de pacientes post operados de cirugía abdominal en el Hospital de Azángaro durante el periodo de junio a agosto del 2019. Muestra conformada por 35 pacientes post operados de cirugía abdominal. Conclusiones: la mayoría de los pacientes post operados 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 las 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 los pacientes refieren que el tratamiento no farmacológico está ausente, porque la enfermera no realiza satisfactoriamente acciones no farmacológicas.

Carcelén (2015), en su trabajo de investigación sobre el tratamiento del dolor agudo postquirúrgico se basa fundamentalmente en el uso de fármacos analgésicos. pero a pesar del extenso arsenal terapéutico existente, se ha considerado que el dolor postoperatorio está infra tratado. En el presente trabajo se realiza una revisión bibliográfica de la función que puede desempeñar el personal enfermero en la mejora del tratamiento de este tipo de dolor. Se valoran algunas de las funciones que el enfermero puede llevar a cabo de forma previa a la cirugía como es la visita prequirúrgica, así como acciones a posteriori como son el empleo simultáneo de técnicas complementarias y farmacológicas con el objetivo de mejorar el bienestar del paciente, acelerar su recuperación, además de considerar la posible reducción de fármacos analgésicos y por tanto de sus efectos secundarios, así como de costes hospitalarios. De esta revisión se concluye que el enfermero tiene una importante implicación en la mejora del tratamiento del dolor agudo postquirúrgico.

2.1.2 Internacionales

Mariño et al. (2017), la realización de este estudio tuvo como objetivo determinar cómo es el tratamiento del dolor postoperatorio por parte del profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de algunas IPS de la ciudad de Santa Marta. Conclusión: Los participantes conocen las

escalas visuales analógica (EVA) y verbal para valorar el dolor, pero algunos afirman que en el servicio no la utilizan o no existen dichas escalas. En la utilización de medidas farmacológicas para el tratamiento del dolor postoperatorio por parte de los profesionales de enfermería la gran mayoría utiliza los AINES como medida farmacológica. Uno de los datos relevantes del estudio permite identificar que El 72% de las enfermeras/os encuestados hacen la valoración y registro del dolor en la nota de enfermería frente al 28 % que no lo hace dificultando de esta manera el tratamiento del dolor por parte del equipo multidisciplinario.

Ruedas et al. (2018), en un estudio sobre intensidad del dolor en pacientes operados describe como objetivo: Describir la relación de la intensidad del dolor agudo postoperatorio con la satisfacción en el tratamiento del dolor del paciente postoperado del hospital General de Enfermedades y Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante julio y agosto de 2018. Población: Se entrevistaron 178 pacientes. Conclusiones: La intensidad del dolor agudo postoperatorio a las 24 horas fue predominantemente severo, la mayoría de pacientes refirió estar satisfecho con el tratamiento del dolor y no se evidenció una relación con la satisfacción del paciente en el tratamiento del dolor.

Paredes (2019), en su estudio tuvo como objetivo: Determinar la intensidad del dolor postoperatorio y su tratamiento enfermero en pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica y cirugía convencional del hospital Cayetano Heredia, 2019. Población: Estará conformada por 240 pacientes intervenidos quirúrgicamente de manera programada por el servicio de cirugía general. Los resultados de la investigación serán presentados en cuadros y gráficos que faciliten su comprensión para el análisis, por lo que las variables de medición intensidad y tratamiento enfermero del dolor postoperatorio en pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica y cirugía convencional se mostrarán en tablas de distribución de frecuencia según las escalas de clasificación de dicha variable.

Bakalis et al. (2018), en un estudio "Evaluación de la enfermería del dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía general (torácica)". El objetivo fue evaluar el dolor postoperatorio que experimentaron los pacientes después de la cirugía torácica y la correlación con los factores demográficos. Muestra conformada por 30 pacientes a los que se les realizó una cirugía Torácica. Estudio donde concluye que la evaluación adecuada de la enfermería sobre el dolor de los pacientes es fundamental para tomar la decisión correcta en términos de ofrecer atención y apoyo de calidad.

Vásquez (2018), en su estudio tuvo como objetivo determinar los factores asociados al dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017. Materiales y métodos: El diseño del estudio es de tipo observacional, cuantitativo, analítico y transversal. La muestra fue de 130 pacientes postoperados hospitalizados en el Servicio de cirugía del

hospital nacional Sergio E. Bernales durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2017. Fueron evaluados por una encuesta directa para las variables de dolor postoperatorio, edad y sexo. Para las variables de tipo de cirugía e IMC se recurrió a la documentación de historias clínicas usando una Ficha de Recolección de Datos. Para medir la variable Dolor Postoperatorio se usó el cuestionario validado en español "Inventario Abreviado del Dolor". Posteriormente para el procesamiento de la información se usó la plataforma de Microsoft Excel para la tabulación de los datos y para el análisis se usó el software estadístico SPSS para obtener frecuencias, porcentajes y para evaluar la asociación entre variables se usó los ORs con sus respectivas tablas de contingencia y sus respectivos intervalos de confianza. Resultados: Se encontró un predominio de la intensidad de dolor severo (71,54%) frente al dolor leve (18,46%) en los pacientes encuestados. La intensidad del dolor postoperatorio se asoció significativamente al sexo ($p = 0.001$, OR = 12.02, IC al 95%: 3.369 - 42.929), la presencia de ansiedad preoperatoria ($p = 0.044$, OR = 7.09, IC al 95%: 1.01 - 55.238), el tipo de cirugía ($p = 0.001$, OR = 9.12, IC al 95%: 3.178 - 26.168), la presencia de comorbilidad ($p = 0.001$, OR = 5.60, IC al 95%: 1.792 - 17.49). Y no se asoció significativamente con la edad ($p = 0.824$, OR = 1.138, IC al 95% (0.468-2.768)). Conclusión: Los resultados mostraron que existe una asociación estadísticamente significativa entre la intensidad del dolor postoperatorio y el sexo, la presencia de ansiedad preoperatoria, el tipo de cirugía, y la presencia de comorbilidad. En cambio, no se encontró asociación entre la intensidad del dolor con la edad.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Dolor

2.2.1.1 Concepto. Es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial. Tomándose en consideración que: El dolor es una experiencia personal influenciada en diferentes grados por factores biológicos, psicológicos y sociales. El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no puede ser inferido solamente por la actividad de las neuronas sensoriales. Las personas aprenden el concepto de dolor a través de las experiencias de vida. Aunque el dolor usualmente cumple una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la funcionalidad y el bienestar social y psicológico. Una de las maneras para expresar dolor es por la descripción verbal; la incapacidad para comunicarse no niega la posibilidad de que un humano o animal experimente dolor (IASP, 2020).

Dolor postoperatorio, se inicia luego de un acto quirúrgico. En función de la duración de la intervención, la zona a tratar, las acciones que se hayan practicado sobre el cuerpo y el tipo de anestesia suministrada, el paciente lo presentara en mayor o menor grado. El cuerpo suele liberar las llamadas

sustancia algógenas o productoras de dolor que se manifiestan cuando se produce una lesión o traumatismo directo sobre un tejido que genera daño en las células. Dichas sustancias activan o sensibilizan los nociceptores, (receptores de dolor que luego de ser activados transmiten la señal de dolor al sistema nervioso central a través de la médula espinal). El dolor postoperatorio es agudo, predecible y autolimitado en el tiempo. Asociado con reacciones vegetativas, psicológicas, emocionales y/o conductuales. Cada persona lo manifiesta de forma distinta; dependerá del tipo de paciente, la preparación quirúrgica, la intervención, la técnica empleada, las complicaciones que pueden surgir y los cuidados postoperatorios. La única causa directa es la de la intervención quirúrgica. Actualmente se tienen múltiples técnicas que permiten mínimas incisiones y una reducción del tiempo quirúrgico, sin embargo, el dolor postoperatorio no puede prevenirse (Topdoctors, 2020).

Actualmente la incidencia del dolor postoperatorio sigue siendo elevada, entre el 46 y 53 % y se sigue tratando de forma inadecuada debido, entre otras causas, a un deficiente uso de analgésicos como los opiáceos, por desconocimiento de sus características farmacológicas, miedo a efectos tales como la depresión respiratoria y empleo de pautas de tratamiento insuficientes como la analgesia "a demanda", y lo vías de administración inadecuadas (Sanchez, 2014).

En Latinoamérica en un estudio de Colombia los pacientes hospitalizados de una clínica particular de Bogotá, el dolor tenía una prevalencia de hasta 70%. Además, plantea determinar prevalencia, intensidad e interferencia del dolor para ofrecer mejores estrategias para atenuar el dolor (Erazo et al., 2015).

El control analgésico postoperatorio es fundamental no solo para un mejor confort del paciente, sino para favorecer la recuperación funcional y el alta hospitalaria de forma más rápida y adecuada. Una analgesia postoperatoria de calidad se basa actualmente en unos principios básicos, como son: seguimiento sistemático y regular del dolor, algoritmos de administración de analgésicos en función de la intensidad del dolor (Moreno et al., 2007).

2.2.1.2 Factores Influyentes. Existen factores que pueden influir en la intensidad, calidad y duración del dolor postoperatorio. Los más importantes son: Localización, naturaleza y duración de la cirugía. Tipo y magnitud de la incisión y otros traumatismos quirúrgicos. Contexto fisiológico y psicológico del paciente. Preparación preoperatoria, psicológica, fisiológica y farmacológica del paciente, Presencia de complicaciones relacionada con la cirugía. Tratamiento anestésico antes, durante y después de la cirugía. Calidad de la atención postoperatoria, y el rol de enfermería que es crítico para lograr con éxito el tratamiento del dolor postoperatorio.

Tratamiento preoperatorio para suprimir los estímulos dolorosos antes de la cirugía entendido como analgesia preventiva (Sanchez, 2014). El tipo de cirugía es el principal determinante de la intensidad del dolor, especialmente debido al tipo de incisión, naturaleza y duración de la intervención. La cirugía abierta de abdomen superior, tórax y articulaciones mayores, especialmente rodilla y hombro, son las que producen dolor de intensidad elevada.

La introducción de técnicas endoscópicas para muchos, estos procedimientos han disminuido notablemente el dolor. La cirugía de hemiabdomen inferior, columna, región lumbar, articulaciones de los pies y la cadera, producen un dolor moderado o alto y la cirugía de cabeza y cuello lo producen de leve a moderado (Risco, 2008).

2.2.1.3 Fisiopatología del Dolor Postoperatorio. El estudio de la neurofisiología del dolor ha producido un importante avance en el conocimiento del mecanismo de producción del estímulo doloroso en el periodo perioperatorio, describiendo un sistema dinámico donde tienen cabida múltiples aferencias nociceptivas junto con otros estímulos moduladores descendentes.

La incisión quirúrgica es un desencadenante de profundas respuestas de carácter inflamatorio y del sistema simpático, que condiciona un primer estadio de sensibilización periférica que al mantenerse en el tiempo amplifica la transmisión del estímulo hasta condicionar un segundo estadio de sensibilización central y como consecuencia conlleva un aumento de la liberación de catecolaminas y del consumo de oxígeno, un aumento de la actividad neuroendocrina que se traduce en una hiperactividad en muchos órganos y sistemas.

Esto se traduce en complicaciones de tipo cardiovasculares, pulmonares, endocrino metabólicas, gastrointestinales, inmunológicas y psicológicas. Existe una relación directa entre procesos con un grado severo de dolor postquirúrgico y el porcentaje de aparición de dolor crónico (Mugabure et al., 2007).

2.2.1.4 Tipos de Dolor. Se divide en:

2.2.1.4.1 Dolor Cutáneo y Dolor Somático Profundo. El dolor cutáneo se origina en estructuras superficiales, como la piel y el tejido adiposo subcutáneo. Un corte del dedo provocado por el filo de una hoja de papel representa un ejemplo de dolor superficial, o cutáneo, localizado.

El dolor somático profundo se origina en estructuras profundas del cuerpo, como el periostio, los músculos, los tendones, las articulaciones y los vasos sanguíneos. Es dolor más difuso que el cutáneo y puede ser evocado por diversos estímulos, como una presión firme ejercida sobre un hueso, la isquemia muscular o una lesión tisular.

2.2.1.4.2 Dolor Visceral. También denominado esplácnico, se origina en una víscera y es uno de los tipos de dolor que con mayor frecuencia se asocian con enfermedad. Aunque en muchos aspectos es similar al dolor somático, los mecanismos neurológicos subyacentes y la percepción del dolor visceral difieren de los del somático.

2.2.1.4.3 Dolor Referido. El dolor originado en vísceras abdominales o torácicas es difuso y mal localizado y a menudo se percibe en un sitio muy alejado de la región afectada. Puede manifestarse en forma aislada o simultáneamente con el dolor localizado en el sitio del estímulo nociceptivo original.

2.2.1.4.4 Dolor Agudo y Crónico. El dolor agudo por lo general se clasifica como un dolor que dura menos de 6 meses. Este límite, un tanto arbitrario, deriva del concepto de que el dolor agudo sería consecuencia de una agresión tisular, como la asociada con un traumatismo o una intervención quirúrgica; en general, es autolimitado y finaliza con la curación de tejidos dañados.

El dolor no tratado puede conducir a respuestas fisiológicas que alteran la circulación y el metabolismo tisular, y provocar manifestaciones físicas, como taquicardia, que reflejan un aumento de la actividad simpática. El dolor crónico se ha definido como aquel que persiste durante seis meses o más.

El dolor crónico es variable y abarca un espectro que comprende un dolor sumamente intenso y continuo, o un dolor relativamente constante, con periodos de intensificación o sin ellos (Ahuanari, 2016).

2.2.1.5 Mecanismos del Dolor Postoperatorio Agudo. La aparición de este tipo de dolor es inmediata en relación con 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 del 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 postoperatorio.

En el caso del dolor postoperatorio, 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 infrecuentes (Finkel et al., 2013).

2.2.1.6 Complicaciones del Dolor Postoperatorio. Las mas frecuentes son:

2.2.1.6.1 Complicaciones Respiratorias. El deterioro de la función respiratoria es una de las complicaciones más importantes que acontecen tras la cirugía en el periodo postoperatorio inmediato, con una incidencia que oscila entre el 5 y el 25%.

Cuando la intervención afecta a la región torácica o al hemiabdomen superior su incidencia oscila entre el 6 y el 65%. Se ha estimado que las complicaciones respiratorias son causa del 25% de la mortalidad postoperatoria. Éstas se manifiestan por la presencia de cambios radiológicos como atelectasias, neumonía y derrame, así como de signos físicos evidentes: taquipnea, tos, expectoración, fiebre y/o cianosis. Los principales factores implicados en el desarrollo de complicaciones pulmonares postoperatorias son la edad, tabaquismo, estado nutricional, patología asociada y tipo de cirugía.

El dolor postoperatorio contribuye al provocar una inhibición voluntaria de la tos y la respiración profunda. La consecuencia de todas estas circunstancias, modificaciones fisiopatológicas y/o complicaciones respiratorias, es una alteración de la relación ventilación/ perfusión con la producción de una derivación intrapulmonar y determinando la aparición de hipoxemia en el periodo postoperatorio. Para prevenir las complicaciones pulmonares se han utilizado numerosos métodos entre los que destacan la fisioterapia respiratoria y la aplicación de mascarillas con presión positiva en la vía aérea, sin conseguir una disminución en la incidencia de las atelectasias postoperatorias.

2.2.1.6.2 Complicaciones Cardiovasculares. Éstas se producen como consecuencia de la liberación de catecolaminas por la hiperactividad simpática que comporta la existencia de dolor. Tiene lugar un aumento de la frecuencia cardiaca y de las resistencias vasculares periféricas con el consiguiente incremento de la presión arterial media, del índice cardiaco y del consumo de oxígeno por parte del miocardio.

Los trastornos vasculares periféricos secundarios a la inmovilidad del paciente por el dolor, y el vasoespasmo reactivo, contribuyen al empeoramiento de la circulación periférica, aumentando el riesgo de trombosis venosa profunda y por consiguiente de tromboembolismo. Los pacientes con bloqueos epidurales torácicos presentan menos dolor, menor consumo de oxígeno y menor incidencia de signos electrocardiográficos sugestivos de isquemia miocárdica.

2.2.1.6.3 Complicaciones Endocrino-Metabólicas. La agresión quirúrgica provoca una respuesta endocrino-metabólica, siendo el dolor postoperatorio uno de los factores implicados en la producción de dicha respuesta, consecuencia de la activación del sistema simpático y estimulación del eje endocrino hipotálamo-hipofisariosuprarrenal.

Esta estimulación se traduce en un aumento de la secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), hormonas de la hipófisis anterior (ACTH, GH, FSH, LH, PRL), de la hipófisis posterior (oxitocina y ADH), péptido natriurético atrial y beta-endorfinas. La estimulación hipotalámica comporta a su vez un aumento de la agregación plaquetaria y de la coagulación, favoreciendo así la aparición de flebotrombosis y trastornos vasculares locales. Esto se acompaña de un incremento en la liberación periférica de cortisol, aldosterona y glucagón. La insulina, testosterona y tiroxina parecen estar disminuidas en el periodo postoperatorio.

2.2.1.6.4 Complicaciones Psicológicas. La participación psicológica en la percepción del dolor, así como las reacciones de tipo psicológico ante el dolor se muestran evidentes. Es inquestionable el impacto emocional del dolor, pero no se puede diferenciar del que comporta por sí misma la intervención quirúrgica y las circunstancias acompañantes (personalidad de base, ingreso en un hospital, necesidad con que el paciente subjetiva su tratamiento, La importancia del acto quirúrgico y sus características, temor al dolor postoperatorio, etc.). En cuanto a las reacciones de tipo psicológico ante el dolor, éstas se corresponden con emociones tales como la angustia, miedo, depresión y aprensión, siendo resultado de una respuesta al dolor.

La intensidad del dolor aumenta el estrés ocasionado por este cúmulo de circunstancias adversas pudiendo dar lugar a insomnio y trastornos de la conducta manifestándose en actitudes de rechazo frente al entorno (personal facultativo y de enfermería, familiares), incluso desencadenando situaciones de agresividad y agitación en ciertos pacientes, sobre todo en los más jóvenes (Sanchez, 2014).

2.2.1.7 Tratamiento del Dolor Postoperatorio. Es indudable el beneficio que se obtiene con el tratamiento del dolor postoperatorio. Se afirma que, con la apropiada prevención y el adecuado tratamiento de los síntomas postoperatorios, se podría disminuir en un 9,6% la duración media de la estancia postoperatoria tras la anestesia general.

2.2.1.7.1 Tratamiento Farmacológico. Las distintas modalidades de tratamiento farmacológico del dolor postoperatorio actualmente disponibles incluyen analgésicos por vía intramuscular, subcutánea, intravenosa, oral, rectal y transdérmica, perfusión continua y administración controlada por el paciente de opioides y/o Antiinflamatorios No Esteroideos (AINES), y bolos intermitentes y/o perfusión continua de opioides intratecales (Muñoz et al. 2001). Se divide en a) AINES. Reducción de la activación y sensibilización de los nociceptores periféricos. Atenuación de la respuesta inflamatoria. No creación de dependencia ni adicción. No producción de depresión respiratoria. Menor incidencia de íleo paralítico, náuseas y vómitos que los opioides. Menor variabilidad de dosis que los opioides. Analgesia preventiva

(por disminución de la sensibilización neuronal). Tratamiento profiláctico del dolor postoperatorio; y b) *Opiodes*. Su utilización de forma parenteral en el dolor moderado a severo consigue un buen efecto analgésico en un corto espacio de tiempo, siendo preferible la vía intravenosa a la intramuscular por su mayor biodisponibilidad. La vía oral con fármacos de liberación sostenida está demostrando también su utilidad en este campo (Mugabure, 2007).

Las distintas modalidades de tratamiento farmacológico del dolor postoperatorio actualmente disponibles incluyen analgésicos por vía intramuscular, subcutánea, intravenosa, oral, rectal y transdérmica, perfusión continua y administración controlada por el paciente de opioides y/o AINEs, y bolos intermitentes y/o perfusión continua de opioides intratecales (Muñoz et al., 2001).

2.2.1.7.2 Tratamiento no Farmacológico. Las terapias no farmacológicas juegan también un papel importante en el tratamiento del dolor, en particular del dolor crónico, estas son las siguientes: a) *Fisioterapia*. El masaje, la crioterapia (tratamiento con frío) o la termoterapia (tratamiento con calor) son especialmente utilizados para el tratamiento del dolor musculoesquelético. Por ejemplo, la Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea TENS, es un procedimiento de estimulación para activar los sistemas de inhibición del dolor endógeno a nivel raquídeo y suprarraquídeo. En este procedimiento se aplican electrodos a la piel en la región adolorida, en zonas adyacentes directas o también sobre puntos reflexógenos o puntos de acupuntura y se aplica una frecuencia especial que generalmente depende de la naturaleza del dolor; y b) Tratamiento psicológico. El hecho de que la administración de placebo reduzca significativamente el dolor hasta en 20%, eso demuestra que el componente psíquico tiene un gran efecto sobre la percepción del dolor.

El tratamiento psicológico de los pacientes con dolor está indicado especialmente en el dolor crónico e incluye, por ejemplo, el entrenamiento en relajación, la hipnosis, el tratamiento conductual y la psicoterapia (Ahuanari, 2016).

2.2.1.8 Evaluación y Valoración del Dolor. Para la valoración del dolor se utilizan diferentes escalas, las cuales se clasifican en unidimensionales y multidimensionales. Algunas de ellas según Armijos (2014) son:

2.2.1.8.1 Escalas Unidimensionales: Valoran el dolor de menor a mayor y se le pide al paciente que exprese la intensidad de su dolor mediante un sistema convencional desde el dolor más leve hasta el dolor más intenso posible. Se dividen en:

a) Escala de Dolor “Caras”. Instrumento que consta de seis caras, que van desde bienestar hasta angustia obvia, y se le pide al paciente que señale la cara que ilustra con mayor precisión el dolor que siente.

b) Escala Visual Analógica (EVA). El método subjetivo más empleado por tener una mayor sensibilidad de medición no emplea números ni palabras descriptivas. Consiste en una línea de 10 cm de longitud, en los extremos se señala el nivel de dolor mínimo y máximo y el paciente marca según su dolor con la cual se puede clasificar el dolor en leve moderado y severo.

c) Escalas Numéricas. Creada en 1978 por Downie, consiste en interrogar al paciente acerca de su dolor diciéndole que evalúe su dolor siendo 0 "no dolor" y 10 el "máximo dolor imaginable" y nos dé un número con el que relacione su intensidad. En dicha escala el paciente debe optar por un número entre el 0 y el 10 que refleje la intensidad de su dolor; todos los números aparecen encasillados, de manera que lo que deberá hacer es marcar una "X" la casilla que contiene el número elegido.

2.2.1.8.2 Escalas Multidimensionales. Realizan una evaluación cualitativa de la experiencia dolorosa y son:

a) Cuestionario de Mc Gill - Melzack (MPQ, Mc Gill Pain a Questionnaire): Desarrollado por Melzack y Casey en 1975, y está basado en la teoría de la compuerta formulada por Melzack y Wall en 1965. La versión en español consta de 62 adjetivos, que permiten obtener la valoración sensorial: afectiva del dolor evaluativa y la valoración total del dolor donde se incluye la dimensión de miscelánea asignando valor 1 al de menor intensidad y 2 al termino siguiente y así sucesivamente.

b) Test de Latineen: Es un test muy usado por su simple lenguaje y su fácil comprensión y realización. Presenta 5 grupos con 4 posibles respuestas, sobre aspectos como ta intensidad del dolor, la frecuencia, el consumo de analgésicos la incapacidad que provoca el dolor y las alteraciones en la conciliación del sueño nocturne.

c) Cuestionario de Wisconsin (Wisconsin Brief Pain Questionnaire, BPI): También denominado Brief Pain Inventory o Cuestionario Breve de Dolor (CBD), es un cuestionario auto administrado, que contiene dos dimensiones: la intensidad del dolor y el impacto del dolor en las actividades de la vida del paciente.

d) Escala Multidimensional del Dolor (Multidimensional Pain Evaluation Scale — MPES): Es un instrumento de medición del dolor creado por enfermeros y validado en el idioma portuguesas, realizado con el fin de medir y analizar sistemáticamente las experiencias, los juicios y las respuestas al dolor de los pacientes que lo padecen, a través de descriptores del dolor. Favorece la comprensión de la diversidad y la multidimensionalidad del dolor, permite analizar la dimensión sensorial afectiva y cognitiva det dolor e

incluye dimensiones como: intensidad, localización y descripción del dolor, después de haber definido si el dolor es agudo o crónico (Velazquez, 2015).

2.2.2 Intervención Educativa de Enfermería

El dolor como diagnóstico enfermero está considerado dentro del marco conceptual de enfermería desarrollado por la Asociación de Diagnósticos de Enfermería de Norteamérica (Nanda), y fue aprobado en 1998. Se ubica dentro del patrón cognitivo-perceptual; que describen patrones disfuncionales sensorio-perceptuales y cognitivos (Velazquez, 2015).

La enfermera es fundamental en el proceso del dolor agudo post operatorio y su alivio, el personal de enfermería es el primero en identificar la experiencia dolorosa de las pacientes mediante la manifestación verbal, verificación con una valoración adecuada del dolor, comunicar al médico de turno el cual prescribe el tratamiento farmacológico, y la enfermera se encarga de que el tratamiento del dolor sea correcto o no. La valoración, la identificación temprana de complicaciones y el seguimiento de la evolución del paciente post quirúrgico es una actividad esencialmente de enfermería, de esto depende la importancia del tratamiento correcto del alivio del dolor y de su relación con el bienestar de las pacientes (Peñaloza, 2014). 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.

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 (Ahuanari, 2016).

2.2.2.1 Proceso de Atención de Enfermería (PAE). 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:

2.2.2.1.1 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 (Peñaloza, 2014).

El dolor es un diagnóstico de enfermería y como tal debemos ser capaces de evaluarlo utilizando las herramientas existentes, como las numerosas escalas que tenemos para evaluar el dolor. postoperatorio. Un gran reto para enfermería es reconocer y evaluar el dolor de manera eficaz en los pacientes tras una intervención quirúrgica (Sanchez, 2014).

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). 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 postoperatorio debe evaluarse con cierta regularidad, en función de la operación y de la intensidad del dolor (Verona et al., 2011).

2.2.2.1.2 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. 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 tratamiento del dolor en función de la valoración realizada.

2.2.2.1.3 Planeamiento. En esta etapa del proceso se desarrollan las estrategias e intervenciones de enfermería, a fin de prevenir, minimizar o corregir los problemas que se han determinado, y también para promocionar la salud (Ahuanari, 2016).

El planeamiento que debe desarrollar la enfermera debe basarse en la valoración realizada, y también los datos obtenidos del equipo interdisciplinar, se debe establecer un plan de cuidados compatible con los objetivos, tanto del paciente como de su familia, en lo que concierne al alivio del dolor y teniendo en cuenta los siguientes factores: Los resultados de la valoración. Las características basales del dolor. Los factores físicos, psicológicos y socioculturales que conforman la experiencia del dolor. La etiología. Las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más efectivas. La intervención para el tratamiento del dolor. Los principales planes de cuidados actuales y futuros (Verona, 2011).

2.2.2.1.4 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 costes, 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. (Peñaloza et al., 2014). Tratamiento farmacológico y no farmacológico del dolor en las intervenciones de enfermería: 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:

a) Tratamiento 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. (Parra, 2011).

b) Tratamiento no farmacológico: 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 post operado, 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 inadecuadas. 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: 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.

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. 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 (Parra, 2011).

2.2.2.1.5 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 (Peñaloza y Sanchez, 2014).

Monitorizar la respuesta del paciente a la analgesia y resto de medidas adoptadas. Las manifestaciones clínicas: Aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, elevación de la tensión arterial, aumento de la transpiración, irritabilidad, aprensión, ansiedad, el paciente se queja de dolor (Verona y Reyes, 2011).

2.2.2.2 Registro (Notas de enfermería)

Las notas de enfermería son el registro de las observaciones, cuidados, procedimientos y medicamentos administrados a paciente, dicho de otra forma, es documentar las órdenes médicas y el plan de cuidados de enfermería (Verona y Reyes, 2011).

2.2.2.3 Teoristas de Enfermería

Virginia Henderson teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud

Virginia Avenel Henderson nació en 1897 en Kansas y falleció el 19 de marzo de 1996. Estudio en la Escuela de Enfermería del ejército. Se graduó en 1921. Virginia Henderson aportó la definición de la enfermería y el enunciado de catorce necesidades básicas, además explica la conducta de la enfermería

presente y futura. Los modelos conceptuales permiten desarrollar conocimientos que le servirán para su práctica. La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero, que es el método científico aplicado a los cuidados (Izquierdo, 2015).

Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el proceso enfermero, Además integra lenguajes estandarizados: NANDA, NOC, NIC. Según esta teórica, la enfermera ayuda al individuo enfermo o sano a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud, su recuperación o a una muerte en paz y que podría llevar a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. Su teoría nos enseña que la persona es el individuo que necesita de asistencia médica para preservar su salud o, a su vez, morir. Henderson consideraba que la enfermería cambiaría de acuerdo con la época además incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería, explicó la importancia de la independencia de enfermería (Izquierdo, 2015).

Describe, y cataloga las 14 necesidades básicas, con las cuales hoy en día se continúa laborando, tratando de cubrir en su totalidad las necesidades del paciente en lo posible; necesidades comunes a toda persona, enferma o sana. Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual y las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo (Izquierdo, 2015).

Para esta teórica es básica y fundamental la independencia del paciente en lo posible, orienta sus cuidados a que lo consiga, para que lo logre se requiere que la enfermera posea conocimientos que le permitan incitar e incrementar las habilidades, destrezas y la voluntad del individuo hasta conseguir que sus requerimientos de salud puedan ser cubiertos de acuerdo con su capacidad (Hernandez, 2016).

Teórica Jean Watson, teoría del cuidado humanizado

Margaret Jean Watson nació en Virginia Occidental en 1940. Es Licenciada en Enfermería, obtuvo una maestría en Salud Mental y Psiquiatría -1966- y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial -1973-. En su "Teoría del Cuidado Humano", sostiene que "ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería (Izquierdo, 2015).

El Cuidado Humanizado es una necesidad que urge en la práctica profesional y esto se evidencia en las políticas, disposiciones normativas establecidas por las entidades de salud que velan por el derecho de los pacientes y garantizan la calidad del servicio que se brinda. En 1979, publica su primer libro: *Enfermería: The philosophy and science of caring* (La filosofía y ciencia de los cuidados), en el que expone su teoría, la cual pertenece a la Escuela del cuidado proponiendo que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura e integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones. Watson se orienta hacia lo existencial, fenomenológico y espiritual (Izquierdo, 2015).

Posteriormente, corregirá su teoría, estructurando los diez Factores Caritativos expuestos en su libro: *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing* (Enfermería: ciencia y cuidados humanos. Una teoría de Enfermería en 1985. La inteligencia emocional es un concepto psicológico que pretende describir el papel y la importancia de las emociones en la funcionalidad intelectual. La teoría de la inteligencia emocional es un concepto vital para el personal de enfermería en su práctica profesional diaria, el respaldo científico de esta afirmación se puede hallar en la teoría de Jean Watson: filosofía y ciencia de la asistencia. La teoría de la inteligencia emocional es una herramienta importante para desarrollar habilidades relacionadas con el liderazgo, donde es fundamental saber cultivar las relaciones, mantener amistades, resolver conflictos, comprender a los demás, trabajar en equipo, y otras capacidades (Izquierdo, 2015).

2.3 Marco Conceptual

Afrontamiento

Forma de enfrentar los estresores. Las estrategias de afrontamiento son las actividades cognitivas y conductuales que hacemos para manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las situaciones externas o internas que nos causan estrés. Podemos distinguir dos tipos de estrategias de afrontamiento; las estrategias orientadas al problema intentan resolver las dificultades de manera lógica, buscando soluciones alternativas y elaborando planes de actuación. Las estrategias orientadas a la emoción se basan en las respuestas emocionales ante una situación, en la evitación, la preocupación o, incluso, en la superstición (MDM Psicología clínica, 2020).

Analgesia

Eliminación de la sensación de dolor mediante el bloqueo artificial de las vías de transmisión de este y/o de los mediadores dolorosos, o por desconexión de los centros del dolor. Falta o disminución de las sensaciones dolorosas, que no afecta a los demás sentidos (Diccionario médico, 2020).

Anestesia

La anestesia es una sustancia química, puede ser general o temporal, se la aplica al paciente con el fin de sensibilizar todo o una parte del cuerpo previo a una cirugía (Google, anestesia, 2016).

Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial, es un enfoque que atiende la salud a partir de la integración de los factores biológicos, psicológicos y sociales de las personas. Se trata de un enfoque que establece que son diversos los factores que influyen en el desarrollo y bienestar de una persona, en el contexto de una enfermedad, trastorno o discapacidad. Estos factores, son de tres tipos: a) Biológicos como genética, herencia, etc; b) Psicológicos como conductas, emociones, pensamientos, etc; y c) Sociales como educación, pobreza, familia, desempleo, etc. El médico George Engel ideó el modelo biopsicosocial (Ruiz, 2020).

Cambios posturales

Los cambios posturales en pacientes encamados son los cambios de posición que se realizan en personas cuya movilidad se encuentra limitada. Esto es necesario porque estas personas no pueden notar la presión en las zonas de apoyo o la sienten, pero no pueden moverse para aliviar la incomodidad que esta produce. Llevar a cabo estos cambios evita la formación de úlceras, favorece el riesgo sanguíneo y son imprescindibles para mantener una adecuada higiene (Tempur, 2020).

Cirugía

Es el término utilizado tradicionalmente para describir los procedimientos (llamados procedimientos quirúrgicos) que implican realizar incisiones o suturar tejidos para tratar enfermedades, lesiones o deformidades. Los avances en las técnicas quirúrgicas son variados; a veces se utiliza el láser, la radiación u otras técnicas (en lugar del bisturí) para cortar tejidos, y las heridas pueden cerrarse sin sutura. Existen dos categorías de cirugía en función de su urgencia, de Emergencia y Electiva. La cirugía de emergencia es la que se realiza en cuanto sea posible, porque la demora puede marcar la diferencia. La cirugía electiva o programada, como en caso de la sustitución de una articulación de rodilla, puede retrasarse durante un tiempo, hasta que se haya llevado a cabo todo lo necesario para optimizar las posibilidades de éxito durante y después del procedimiento quirúrgico (Mohabir y Coombs, 2020).

Cuidados de enfermería en postoperados

El personal de enfermería está consciente de sus conocimientos, deberes y principios teóricos, para valorar, planificar y ejecutar los cuidados orientados, en la atención a los pacientes procedentes de cirugía con complejidades variadas y con necesidades de cuidados especializados específicos. El personal de

enfermería utiliza el Proceso de Cuidado de Enfermería (PCE), para brindar atención a los pacientes, método específico de la profesión caracterizado por ser sistemático, organizado, cíclico y dinámico; fundamento de toda intervención al brindar el cuidado y herramienta fundamental de la práctica asistencial de la enfermería. El PCE tiene cinco etapas: 1) valoración (donde se realiza la recolección de información de diversas fuentes); 2) diagnóstico, que implica la realización de un juicio clínico en función con la respuesta humana; 3) planificación, es el momento en que se determinan las intervenciones y actividades específicas; 4) ejecución, donde se lleva a la práctica el plan de cuidado; 5) evaluación, es la etapa donde se determinan la eficacia de las intervenciones y la consecución de resultado (Castillo et al., 2019).

Dolor Nociceptivo

La mayor parte de los dolores son de tipo nociceptivo. Son consecuencia de la estimulación de los receptores del dolor para las lesiones de los tejidos (nociceptores), localizados principalmente en la piel o en órganos internos. La lesión puede ser un corte, un golpe, una fractura ósea, una lesión por aplastamiento, una quemadura o cualquier otra que dañe los tejidos. El dolor nociceptivo suele ser constante, agudo o pulsátil, pero puede ser sordo. Un bloqueo en un órgano interno suele causar un dolor profundo tipo cólico cuya ubicación puede ser difícil de identificar. El dolor experimentado tras una intervención quirúrgica es de tipo nociceptivo, es un dolor constante o intermitente que suele empeorar al moverse, toser, reírse o respirar profundamente, o cuando se cambian los vendajes o apósitos de la herida quirúrgica. La mayor parte del dolor debido al cáncer también es de tipo nociceptivo (Watson, 2020).

Intervenciones

En enfermería la intervención es la participación de la enfermera en beneficio de la salud del paciente (Definición, Definición de intervención, s.f.)

Postoperatorio

Periodo de tiempo que transcurre a partir del momento de concluir una cirugía hasta que el paciente se recupera por completo. Se divide en tres fases, postoperatorio inmediato (las primeras 24 horas tras la cirugía), postoperatorio mediato (abarca desde 24 horas hasta 7 días después de la cirugía) y postoperatorio tardío (desde el séptimo día hasta cumplir un mes después de la cirugía). Tras una cirugía es importante brindar las condiciones para que haya una completa recuperación del paciente, es necesario cumplir las siguientes recomendaciones: Cuidar la herida adecuadamente, evitar esfuerzos, cuidar su alimentación, Tomar los medicamentos indicados, comenzar a moverse e incluso caminar a las pocas horas de una cirugía de las piernas. (De Andrade, 2017).

Sedación

Estado de calma, relajación o somnolencia por medicamentos. Se usa para aliviar la ansiedad o acontecimientos muy estresantes, permite mantener al paciente tranquilo, cómodo o dormido mientras se le hace una prueba o procedimiento doloroso, molesto o muy largo. El objetivo de la sedación es proporcionar al paciente un estado de equilibrio entre la comodidad y la seguridad, manteniendo intactas las funciones respiratorias, cardiovasculares y los reflejos. se administran por vía endovenosa (Clínica Barcelona, 2021).

Tolerancia al dolor

Es la intensidad máxima de dolor que somos capaces de soportar, hace referencia a la exposición máxima ante un estímulo doloroso que uno es capaz de tolerar antes de abandonar la prueba. La tolerancia al dolor es altamente variable entre individuos y dentro del mismo individuo, en parte porque es influenciada por todos aquellos factores que influyen sobre el dolor (amenaza percibida, creencias, nocicepción...), la distracción y las habilidades de sobrellevarlo disponibles al participante (Valera, 2019).

Umbral de dolor

Es la intensidad mínima de un estímulo que despierta la sensación de dolor. Valor de un estímulo lo suficientemente fuerte para producir dolor en el 50 % de las veces. El umbral para el dolor puede elevarse mediante placebos, estados emocionales positivos, sugestión, meditación, analgésicos. La respuesta analgésica del placebo se da tanto en los dolores orgánicos como en los psíquicos (Psiquiatría.com, 2021).

Unidad de reanimación post anestésica

Las URPAS, son los servicios adecuados para la recuperación inmediata del postoperatorio del paciente. El postoperatorio inmediato es un momento crítico y de alto riesgo para la seguridad del paciente que requiere de la observación continua para permitir la detección precoz de complicaciones de la intervención. Después de una intervención quirúrgica, los pacientes necesitan un tiempo mínimo de estancia en las salas de recuperación posanestésicas para la observación y tratamiento de complicaciones que se presenten, La probabilidad de que una de estas complicaciones ocurra puede depender del tipo de procedimiento realizado, la técnica anestésica empleada y las comorbilidades previas del paciente (Molero et al., 2019).

2.4 Hipótesis.

2.4.1 Hipótesis General

Existe relación significativa entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima febrero - marzo 2021.

2.4.1 Hipótesis Específicas

Existe prevalencia de los factores sociodemográficos en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima febrero - marzo 2021.

Existe relación significativa entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima febrero - marzo 2021.

Existe relación significativa entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima febrero - marzo 2021.

2.5 Operacionalización de Variables e Indicadores

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INTERPRETACIÓN	ITEMS
Tratamiento del dolor	El control analgésico postoperatorio es fundamental no solo para un mejor confort del paciente, sino para favorecer la recuperación funcional y el alta hospitalaria de forma más rápida y adecuada. Una analgesia postoperatoria de calidad se basa actualmente en unos principios básicos, como son: seguimiento sistemático y regular del dolor, algoritmos de administración de analgésicos en función de la intensidad del dolor (Moreno et al., 2007).	Alivio o disminución de la sensación desagradable asociada al acto quirúrgico, referido por los pacientes sometidos a cirugía abdominal.	Tratamiento farmacológico del dolor	Valoración del dolor: Examen físico en la zona de dolor Información al paciente Uso de escalas para medir la intensidad del dolor	Ordinal	Nunca Casi nunca Algunas veces Casi Siempre Siempre	3 y 4
				Administración de medicamentos: - Paciente correcto - Medicamento correcto - Dosis correcta - Vía correcta - Hora correcta	Ordinal		8 y 9
				Evaluación del efecto del medicamento para el dolor: -Monitorización de signos vitales	Ordinal		6 y 10
			Tratamiento no farmacológico del dolor	Aplicación de estrategias alternativas: -Adopción de posiciones antálgicas	Ordinal		15 y 19
				Atmósfera adecuada y confortable: luz tenue, temperatura adecuada, y evitar ruidos.	Ordinal		18 y 21
				6) Utilizar métodos de distracción: ver la televisión, leer, escuchar música y caminar.	Ordinal		20
				Estimulación cutánea: el calor, el frío.	Ordinal		23
				Técnicas cognitivas-conductuales: relajación, musicoterapia.	Ordinal		24
				Demostrar un interés sincero por el paciente y su dolor.	Ordinal		7
				Escucharle activamente con actitud tranquila.	Ordinal		17
Intervención de enfermería	Son las acciones del profesional de	Acciones que realiza el		Seguridad en lo que hace y dice	Ordinal	Nunca	27

<p>enfermería, basadas en el conocimiento y juicio clínico, encaminadas a conseguir el objetivo previsto (Velasquez, 2015). Las intervenciones de enfermería o estrategias de enfermería son actividades de enfermería que están relacionadas con un diagnóstico de enfermería específico y que se realizan para conseguir los objetivos del paciente (Kozier, 2019).</p>	<p>profesional de enfermería de los servicios de Cirugía aplicando el Proceso de Atención de Enfermería.</p>	<p>Actividades técnicas</p>	Habilidad y destreza	Ordinal	<p>Casi nunca</p> <p>Algunas veces</p> <p>Casi Siempre</p> <p>Siempre</p>	12 y 28
			Conocimiento	Ordinal		14 y 25
			Eficiencia	Ordinal		13
		<p>Actividades humanas</p>	Respeto	Ordinal		2
			Trato	Ordinal		5 y 11
			Comunicación verbal	Ordinal		1 y 26
			Comunicación no verbal	Ordinal		16
			Acercamiento al paciente	Ordinal		22

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

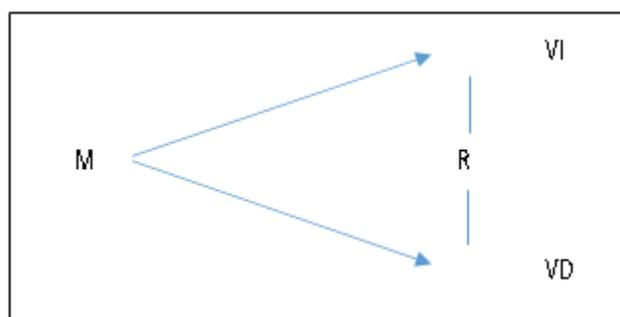
3.1 Tipo y Nivel de Investigación.

El tipo de investigación es de enfoque cuantitativo porque midió las variables de estudio y el nivel de investigación es aplicada por estar orientada a lograr conocimiento destinado a soluciones de problemas prácticos en la realidad (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2014).

3.2 Descripción del Método y Diseño

El tipo de estudio es descriptivo, correlacional, transversal y prospectivo. Es descriptivo porque permitió describir en detalle las variables del estudio, correlacional porque busco determinar la relación o asociación entre las variables. Transversal porque se hace una sola medición. Prospectivos porque se toman datos primarios (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2014).

Responderá al esquema de un trabajo correlacional que responde al siguiente esquema correlacional:



Dónde:

M = Muestra.

VI = Intervención de enfermería

VD = Tratamiento del dolor

R = Relación

3.3 Población y Muestra.

3.3.1 Población.

La población de estudio estuvo constituida por 120 pacientes que fueron operados de apendicetomía en un hospital público de Cañete - Lima entre los meses de febrero- marzo del año 2021.

3.3.2 Muestra

La muestra estuvo constituida por 120 pacientes posoperados que equivale al 30% de la población.

3.3.3 Muestreo

En la selección de los pacientes postoperados de la muestra se ha utilizado el muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, por la que las investigadoras fueron abordando a los pacientes posoperados conforme le daban de alta en hospitalización y se les explico sobre la investigación y sus beneficios y se les solicito su participación en la investigación y se incluyó a los pacientes que cumplían.

La muestra será el 30% y se obtiene según la siguiente fórmula (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2014).

$$n = \frac{(z\alpha)^2 pqN}{e^2(N-1) + pq(z\alpha)^2}$$

En donde:

n = tamaño de la muestra

z = nivel de significación

e = máximo error permitido

p = nivel de aceptación

q = nivel de rechazo

N= población total

2da Formula

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(120)}{(0.05)^2(120-1) + (0.5)(0.5)(1.96^2)}$$

n= 36 pacientes

Criterios de Inclusión

- Pacientes posoperados de apendicectomía de ambos sexos.
- Pacientes posoperados de apendicectomía de un hospital público de Cañete - Lima febrero-marzo 2021.

- Participación voluntaria y anónima mediante la firma de un consentimiento informado.

Criterio de Exclusión

- Pacientes operados por causa diferente a la apendicectomía
- Pacientes que expresan su deseo de no participación voluntaria

3.4 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

3.4.1 Técnica

Para recolectar los datos para la investigación se utilizará como técnica la entrevista que consiste en la recolección oral sistemática de información en pacientes posoperados de apendicetomía mediante un instrumento que en este caso es un cuestionario sobre dolor postoperatorio y tratamiento.

3.4.2 Instrumento

Se utilizará un cuestionario para evaluar cada variable como se presentan a continuación. Son un conjunto de preguntas, elaboradas cuidadosamente, sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación, para que sea respondida por la población o su muestra en estudio con objetividad y acuciosidad, para entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento del dolor.

Para medir el tratamiento del dolor del paciente se usó la escala correspondiente.

Cuestionario sobre intervención de enfermería

Este cuestionario está constituido por 13 ítems en forma de afirmaciones, sobre las acciones del personal de enfermería en su trabajo hacia los pacientes y su función es medir el nivel de intervención de enfermería. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad de dicha intervención.

Ítems 1, 2, 5, 11, 12, 13, 14, 16, 22, 25, 26, 27 y 28.

Rangos de respuestas.

0 = Nunca

1 = Casi nunca

2 = Algunas veces

3 = Casi siempre

4 = Siempre

Valoración de puntuación.

Intervención baja = 0 - 18

Intervención media = 19 - 35

Intervención alta = 36 - 52

Cuestionario sobre tratamiento del dolor

Este cuestionario está constituido por 15 ítems en forma de afirmaciones, sobre el tratamiento del dolor por personal de enfermería en su trabajo hacia los pacientes y su función es medir el nivel de tratamiento del dolor. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad del tratamiento del dolor.

Ítems: 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 23 y 24.

Rangos de respuestas.

0 = Nunca

1 = Casi nunca

2 = Algunas veces

3 = Casi siempre

4 = Siempre

Valoración

Bajo tratamiento del dolor = 0 - 20

Medio tratamiento del dolor = 21 - 40

Alto tratamiento del dolor = 41 - 60

Dimensiones. Mide los 2 tipos del tratamiento del dolor:

Tratamiento farmacológico del dolor. Consta de 6 preguntas (3, 4, 6, 8, 9 y 10.)

Puntuación máxima 24.

Valoración de puntuación

Bajo tratamiento farmacológico del dolor = 0 - 8

Medio tratamiento farmacológico del dolor = 9 - 16

Alto tratamiento farmacológico del dolor = 17 - 24

Tratamiento no farmacológico del dolor. Son 9 preguntas (15, 17, 18, 19, 20, 21, 23 y 24.)

Puntuación máxima 36.

Valoración de puntuación

Bajo tratamiento no farmacológico del dolor = 0 - 12

Medio tratamiento no farmacológico del dolor = 13 - 24

Alto tratamiento no farmacológico del dolor = 25 - 36

Control y calidad del instrumento

Prueba piloto

El instrumento fue aplicado a 10 pacientes con apendicetomía en un hospital público de Cañete-Lima que no formaron parte de la muestra, con la finalidad de obtener indicadores estadísticos de validez y confiabilidad para hacer los reajustes correspondientes en las preguntas y al tiempo para responder.

Validez

Para obtener la validez externa del instrumento se sometió a juicio de expertos entre ellos enfermeras docentes y otra asistencial; quienes consideraron que el instrumento contiene los componentes suficientes y necesarios.

En la validez interna se utilizó la prueba estadística de correlación de Pearson, observándose luego del análisis de los ítems, que deben ser mayor a 0.00, considerando válido el instrumento.

Test	N° de casos	Valor de la Correlación de Pearson	Probabilidad (p)
Cuestionario sobre dolor en apendicetomía y tratamiento del dolor.	10	0.255	0.00

Confiabilidad

En la confiabilidad se usó la prueba estadística Alpha de Cronbach obteniéndose 0.701, para el cuestionario sobre dolor en apendicetomía y tratamiento del dolor, lo cual confirma la confiabilidad del instrumento.

Test	Valor de Alpha de Cronbach	N° de casos	N° de ítems
Cuestionario sobre dolor en apendicetomía y tratamiento del dolor.	0.701	12	15

3.5 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Por encontrarnos en aislamiento social por la emergencia sanitaria y conociendo las normas de bioseguridad se hizo la coordinación directa con la enfermera jefa del servicio para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

Luego de obtener la autorización se realizó el trabajo de campo durante 59 días entre el 1 de febrero al 31 de marzo del 2021 con un tiempo promedio de duración de 25 minutos por cada entrevista.

Una vez recolectado los datos estos se codificaron en el Programa Estadístico SPSS versión 26.0, obteniéndose una base de datos que se presentan en tablas y figuras para su análisis e interpretación.

3.6 Aspectos Éticos

En el presente estudio se tomó en cuentas los cuatro principios bioéticos que fueron definidos por Beauchamp y Childress (2001).

Principio de Autonomía

Los profesionales de enfermería fueron informados sobre el presente estudio y sus fines, a través del consentimiento informado, y podrán decidir si desean participar o no (Beauchamp y Childress, 2001).

Principio de Beneficencia

Este estudio busca promover y mejorar la calidad de vida de los profesionales de enfermería, durante la prestación del cuidado, la satisfacción laboral y un adecuado clima laboral pueden prever y/o minimizar los efectos del síndrome de burnout (Beauchamp y Childress, 2001).

Principio de no Maleficencia

La información brindada por los profesionales de enfermería es de estricta confidencialidad, no se divulgará ningún dato que intencionadamente puedan causar daño o perjudicar a otros, sino buscar mejorar sus condiciones de vida (Beauchamp y Childress, 2001).

Principio de Justicia

Todos los profesionales de enfermería podrán ser sujeto de estudio, no se discriminará a las profesionales por razones de empatía, credo, personalidad, creencias, ideologías, capacidad económica, etc. Por lo que, se impone la obligación de tratar por igual a todos sin distinción ni discriminación. Beauchamp y Childress (2001).

CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Presentación de Datos

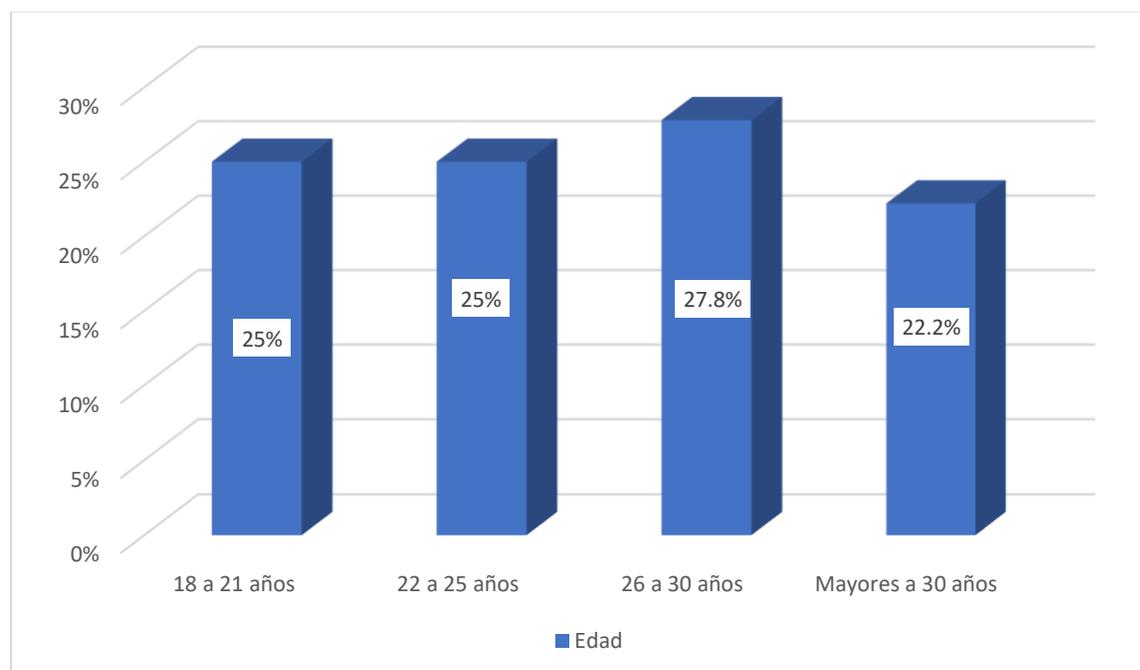
Tabla 1

Distribución por rangos de edad

Rango	Edad		Porcentaje Acumulado
	Frecuencia	Porcentaje	
18 a 21 años	9	25%	25%
22 a 25 años	9	25%	50%
26 a 30 años	10	27.8%	77.8%
Mayores de 30 años	8	22.2%	100%
Total	36	100%	

Figura 1

Distribución por rangos de edad

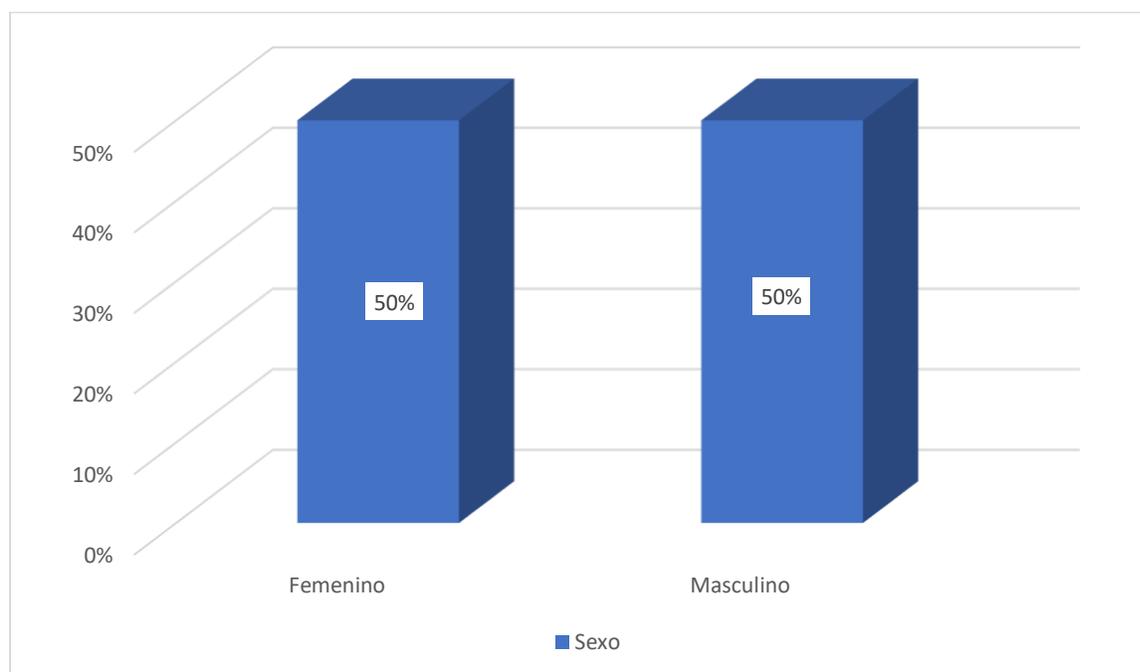


Interpretación

La tabla 1 y figura 1, muestran que el 27% (10) de los pacientes encuestados tienen entre 26 a 30 años, el 25 % entre 22 a 25 años, el 18 % entre 21 a 25 años y el 22 % mayores de 30 años.

Tabla 2*Distribución por sexo*

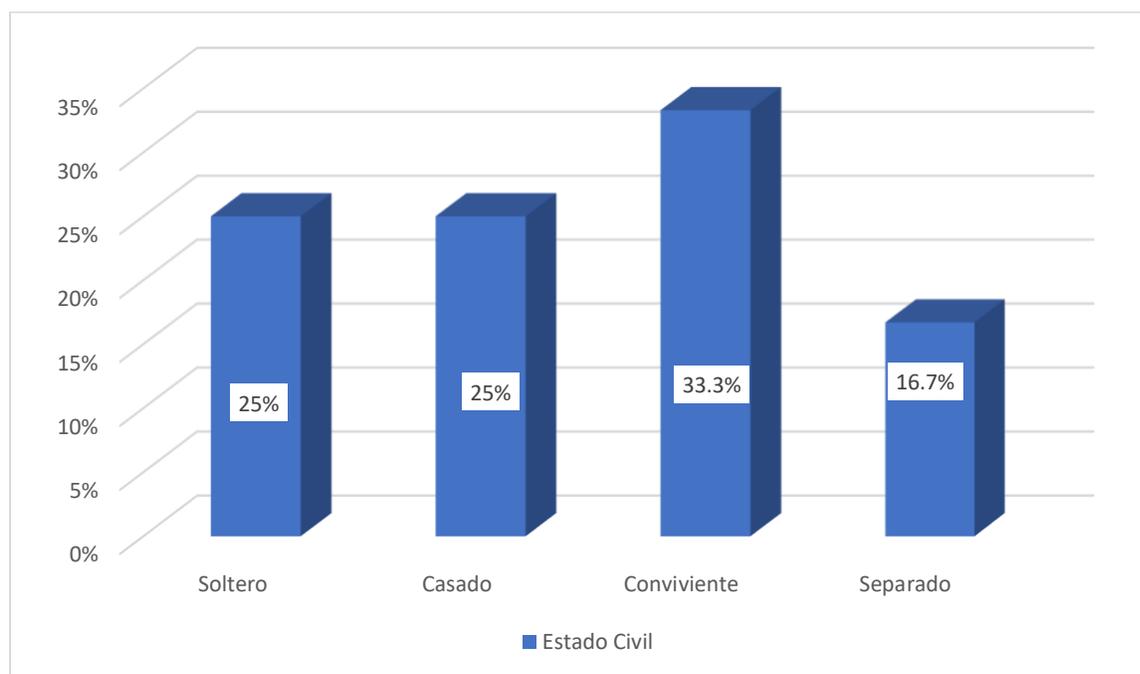
Tipo	Sexo		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Femenino	18	50%	50%
Masculino	18	50%	100%
Total	36	100%	

Figura 2*Distribución por sexo***Interpretación**

La tabla 2 y figura 2, muestran que el 50% (18) de los pacientes encuestados son de sexo femenino y 50 % (18) de sexo masculino.

Tabla 3*Distribución por estado civil*

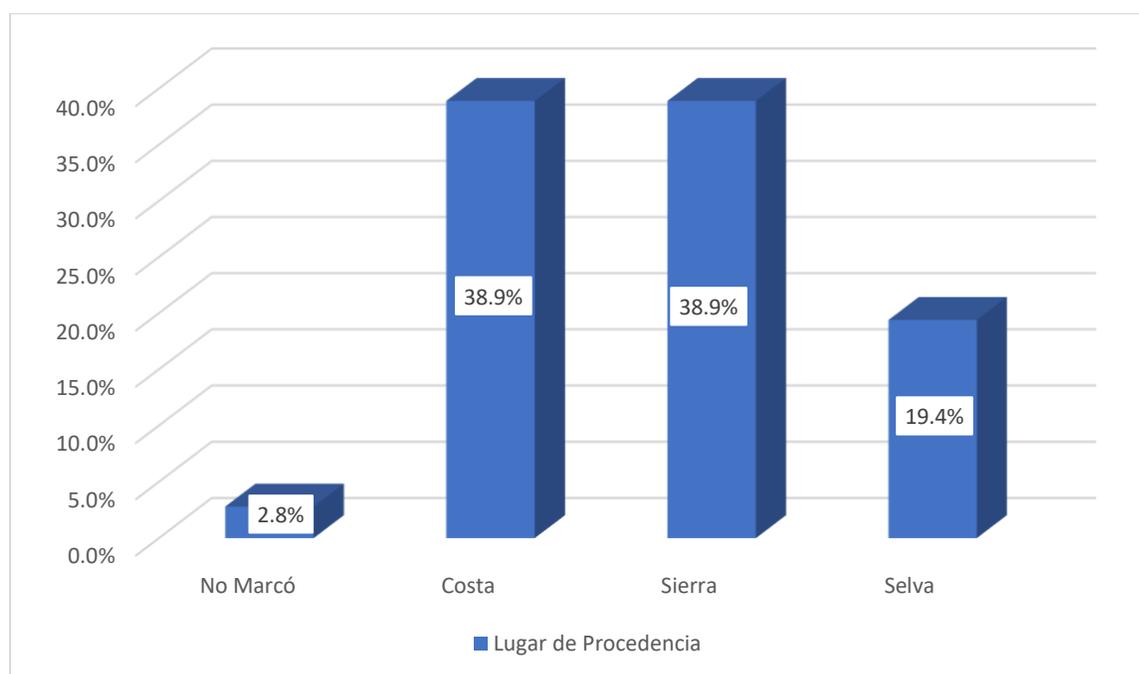
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Soltero	9	25%	25%
Casado	9	25%	50%
Conviviente	12	33.3%	83.3%
Separado	6	16.7%	100%
Total	36	100%	

Figura 3*Distribución por estado civil***Interpretación**

La tabla 3 y figura 3, muestran que el 33.3 % (12) de los pacientes encuestados su estadociviles conviviente, el 25 % (9) son solteros, 25 % (9) son casados y 16.7 % (6) son separados.

Tabla 4*Distribución por lugar de procedencia*

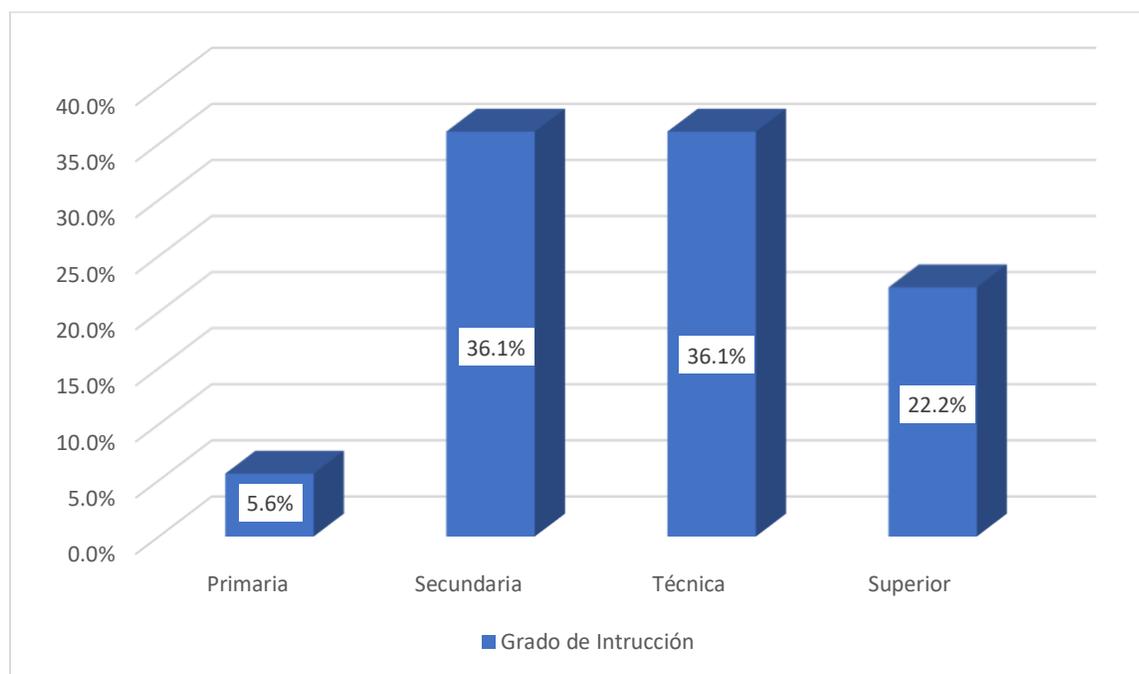
Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
No Marcó	1	2.8%	2.8%
Costa	14	38.9%	41.7%
Sierra	14	38.9%	80.6%
Selva	7	19.4%	100%
Total	36	100%	

Figura 4*Distribución por lugar de procedencia***Interpretación**

La tabla 4 y figura 4, muestran que el 38,9% (14) de los pacientes encuestados proceden de la Costa, el 38,9% (14) de la Sierra y 19,4% (7) de la Sierra.

Tabla 5*Distribución según grado de instrucción*

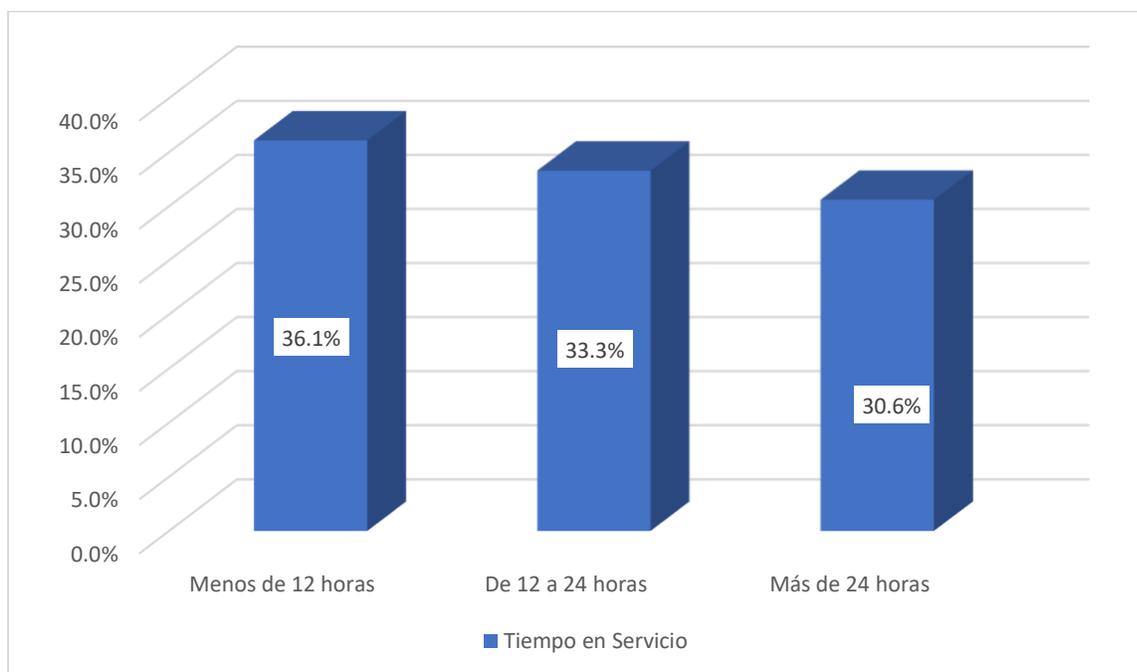
Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Primaria	2	5.6%	5.6%
Secundaria	13	36.1%	41.7%
Técnica	13	36.1%	77.8%
Superior	8	22.2%	100%
Total	36	100%	

Figura 5*Distribución según grado de instrucción***Interpretación**

La tabla 5 y figura 5, muestran que el 36,1% (13) de los pacientes encuestados tienen nivel secundario, el 36,1% (13) nivel técnico, 22,2% (8) nivel superior y 5,6% (2) nivel primario.

Tabla 6*Distribución según horas de hospitalización*

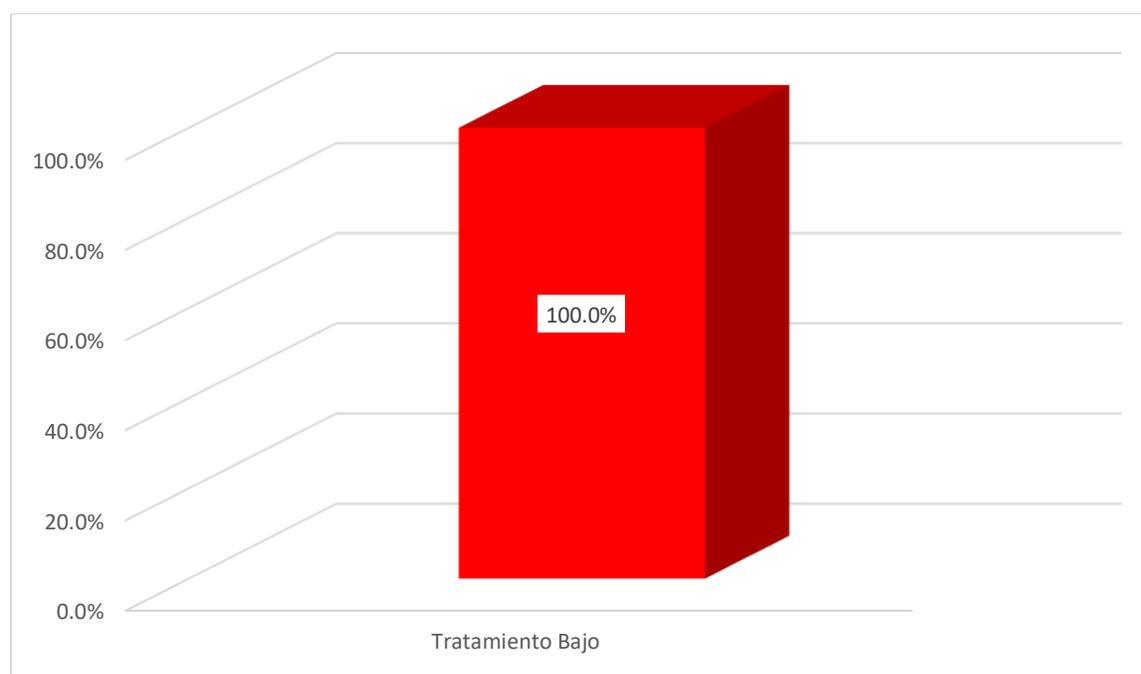
Horas de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Menos de 12 horas	13	36.1%	36.1%
De 12 a 24 horas	12	33.3%	69.4%
Más de 24 horas	11	30.6%	100%
Total	36	100%	

Figura 6*Distribución según horas de hospitalización***Interpretación**

La tabla 6 y figura 6, muestran que el 36,1% (13) tiene menosde 12 horas de hospitalización, el 33,3% (12) de12 a 14 horas y 30,6,2% (11) más de 24 horas.

Tabla 7*Nivel de tratamiento farmacológico del dolor*

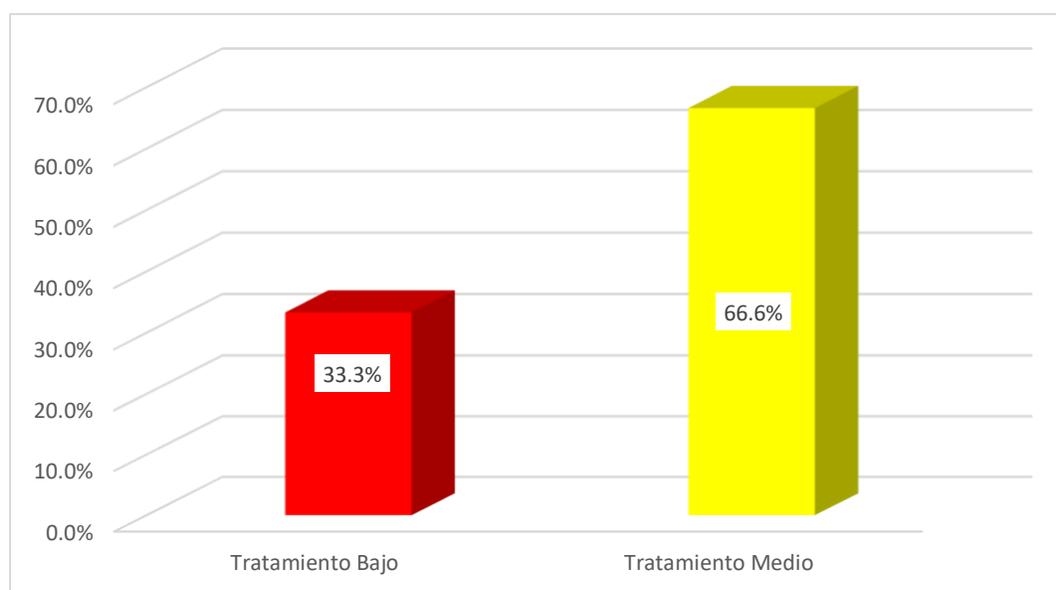
	Recuento	Total%
Nivel Bajo	36	100%
Nivel Medio	0	0%
Nivel Alto	0	0%
Total	36	100%

Figura 7*Nivel de tratamiento farmacológico del dolor***Interpretación**

La tabla 7 y figura 7, muestran que el 100% (36) de los pacientes encuestados en el nivel bajo del tratamiento farmacológico del dolor.

Tabla 8*Nivel del tratamiento no farmacológico del dolor*

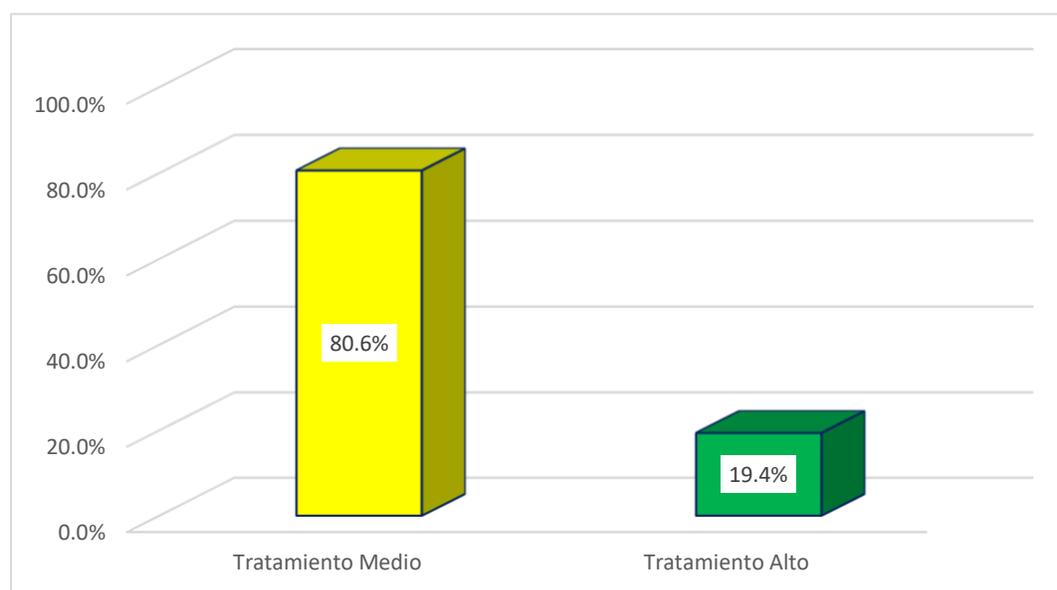
		Recuento	Total%
Tratamiento No Farmacológico del Dolor	Bajo	12	33.3%
	Medio	24	66.6%
	Alto	0	0%
	Total	36	100%

Figura 8*Nivel de tratamiento no Farmacológico del Dolor***Interpretación**

La tabla 8 y figura 8, muestran que el 66.6% (24) de los pacientes encuestados están en el nivel medio del tratamiento no farmacológico del dolor y el 33.3% (12) en el nivel bajo.

Tabla 9*Tratamiento del Dolor*

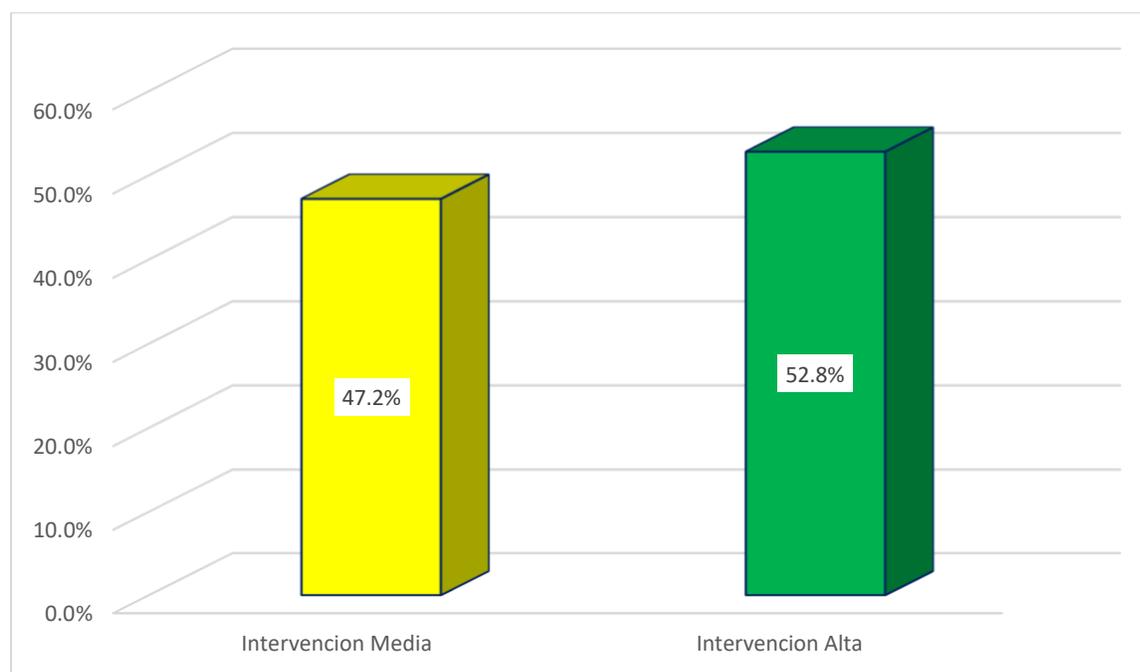
		Recuento	Total%
Tratamiento del Dolor	Bajo	0	0%
	Medio	29	80.6%
	Alto	7	19.4%
	Total	36	100%

Figura 9*Tratamiento del dolor***Interpretación**

La tabla 9 y figura 9, muestran que el 80.6% (29) de los pacientes encuestados están en el nivel medio del tratamiento del dolor y el 19.4% (7) en el nivel alto.

Tabla 10*Nivel de Intervención de enfermería*

		Recuento	Total%
Intervención de Enfermería	Bajo	0	0%
	Medio	17	47.2%
	Alto	19	52.8%
	Total	36	100%

Figura 10*Nivel de intervención de enfermería***Interpretación**

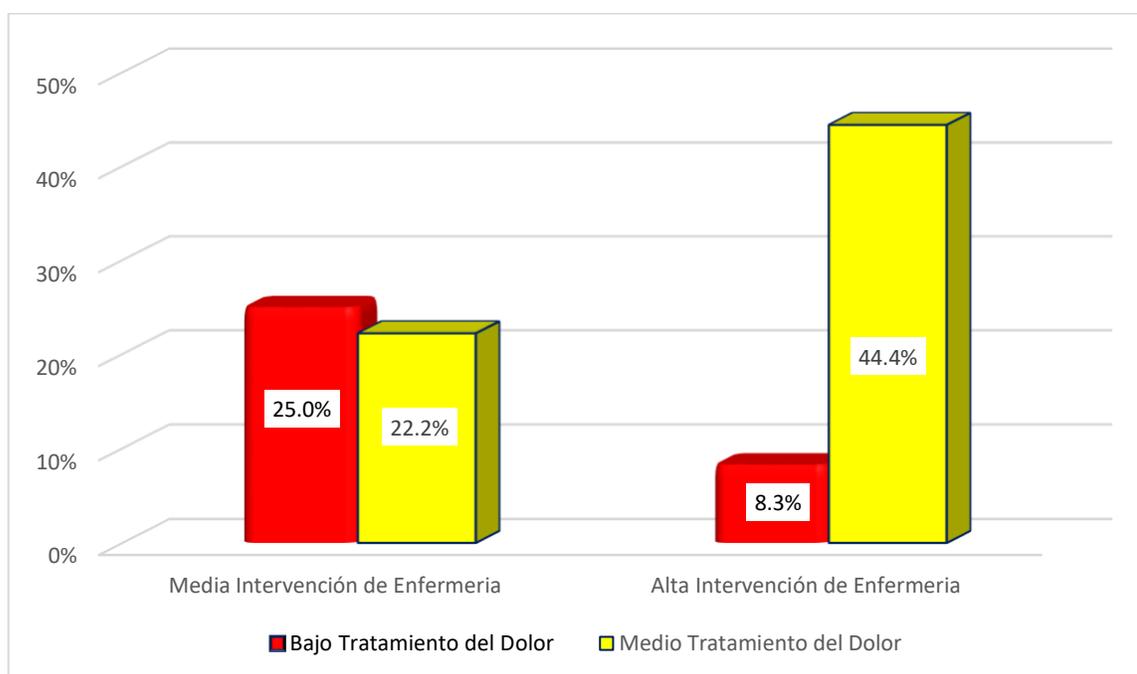
La tabla 10 y figura 10, muestran que el 52.8% (179) de los pacientes encuestados están en el nivel alto de intervención de enfermería y el 47.2% (17) en el nivel medio.

Tabla 11

Intervención de enfermería y tratamiento farmacológico del dolor

			Intervención de enfermería	
			Medio	Alto
Tratamiento farmacológico del dolor	Bajo	Recuento	9	3
		Total %	25%	8.3%
	Medio	Recuento	8	16
		Total %	22.2%	44.4%
Total			17	19
Total %			47.2%	52.8%

Figura 11

Intervención de enfermería y tratamiento farmacológico del dolor**Interpretación**

La tabla 11 y figura 11, muestran que de las pacientes posoperadas encuestadas con alta intervención de enfermería presentan 44.4 % de tratamiento medio y 8.3 % de tratamiento bajo del dolor, mientras que en la intervención media de enfermería hay 22.2 % de tratamiento medio y 25.5% tratamiento bajo del dolor.

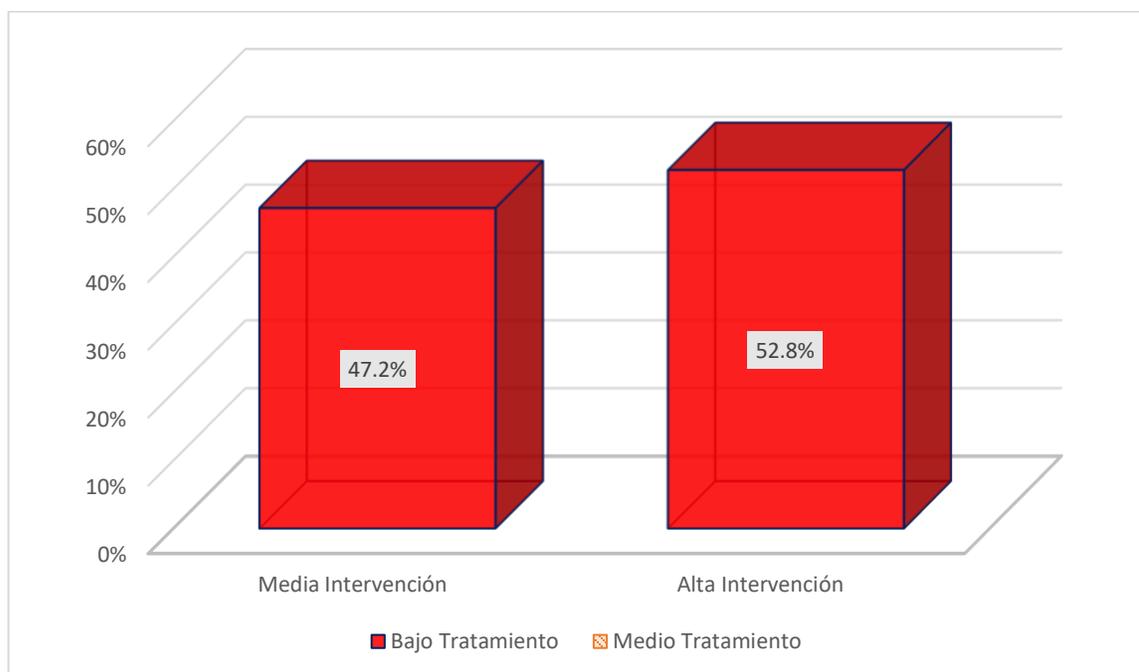
Tabla 12

Intervención de enfermería y tratamiento no farmacológico del dolor

			Intervención de enfermería	
			Medio	Alto
Tratamiento no farmacológico del dolor	Bajo	Recuento	17	19
		Total %	47.2%	52.8%
Total			17	19
Total %			47.2%	52.8%

Figura 1

Intervención de enfermería y tratamiento no farmacológico del dolor

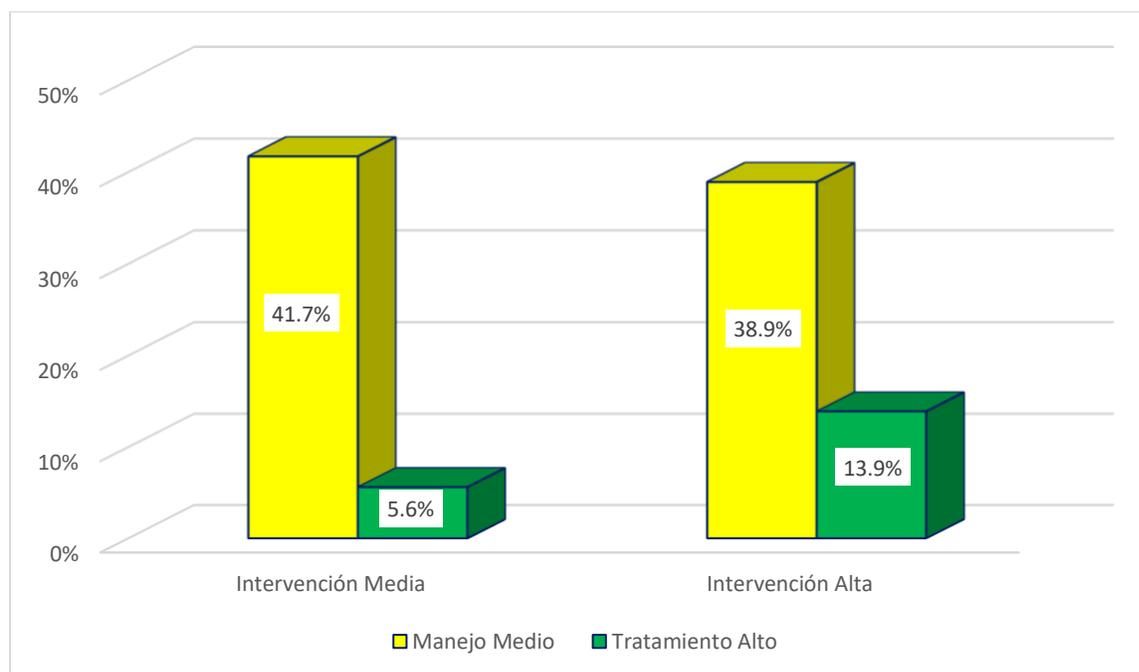


Interpretación

La tabla 12 y figura 12, muestran que de las pacientes posoperadas encuestadas con alta intervención de enfermería presenta 52.8% de bajo tratamiento del dolor, mientras que en la intervención media de enfermería hay 47.2 % de bajo tratamiento del dolor.

Tabla 13*Intervención de enfermería y tratamiento del dolor*

			Intervención de enfermería	
			Medio	Alto
Tratamiento de dolor	Medio	Recuento	15	14
		Total %	41.7%	38.9%
	Alto	Recuento	2	5
		Total %	5.6%	13.9%
Total			17	19
Total %			47.2%	52.8%

Figura 13*Intervención de enfermería y tratamiento del dolor***Interpretación**

La tabla 13 y figura 13, muestran que de las pacientes posoperadas encuestadas con alta intervención de enfermería presentan 13.9 % de tratamiento alto y 38.8 % de tratamiento medio del dolor, mientras que en la intervención media de enfermería hay 5.4 % de tratamiento alto y 41.7 % de tratamiento bajo del dolor.

4.2 Prueba de Hipótesis

Hipótesis General

Ha: Existe relación significativa las intervenciones de enfermería y el tratamiento del dolor en pacientes postperados de apendicetomía en un hospital público de Cañete - Lima 2021.

Ho: No Existe relación significativa las intervenciones de enfermería y el tratamiento del dolor en pacientes postperados de apendicetomía en un hospital público de Cañete - Lima 2021.

Resumen del Modelo

Tabla

Intervención de Enfermería y Tratamiento del Dolor

Resumen del modelo

R	R Cuadrada	R Cuadrada Ajustada	Error Estándar del estimador
0.69	0.47	0.46	2.90

ANOVA

	Suma de Cuadrados	df	Cuadrado Medio	F	Sign
Regresión	258.10	1	258.10	30.59	0.000
Residual	286.87	34	8.44		
Total	544.97	35			

Coeficientes

	Coeficientes No Estandarizados		Coeficientes Estandarizados		
	B	Error Estándar	Beta	t	Sign.
(Constant)	6.56	6.06	0.00	1.08	0.287
INTHUM	0.90	0.16	0.69	5.53	0.000

Regla de decisión. $p < 0,05$ se acepta H1

Interpretación.

Como se aprecia en la tabla 8 el significante 0.000 es menor a 0.05 por lo tanto hay relación significativa. Respecto al R de Pearson que es 0.69 significa que es alta la intensidad. Asimismo, R cuadrada es 0.47 significa porcentaje de población que cumple dicha condición. La Constant B es 6.56 al ser positiva significa que la relación es directa.

Hipótesis Específica 1

Ha: Existe prevalencia de los factores sociodemográficos en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima febrero - marzo 2021.

Ho: No existe prevalencia de los factores sociodemográficos en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima febrero - marzo 2021.

Como se trata de prevalencia como elemento descriptivo no debe llevar hipótesis por eso no hay que demostrarlo solo describirlo como resultados y así está hecho en la presentación de resultados de este trabajo.

Hipótesis Específica 2

Ha: Existe relación significativa entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicetomía en un hospital público de Cañete - Lima.

Ho: No existe relación significativa entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicetomía en un hospital público de Cañete - Lima.

Tabla

Intervención de Enfermería y Tratamiento Farmacológico del Dolor

Resumen del Modelo

R	R Cuadrada	R Cuadrada Ajustada	Error Estándar del estimador
0.38	0.15	0.12	2.03

ANOVA

	Suma de Cuadrados	df	Cuadrado Medio	F	Sign
Regresión	23.77	1	23.77	5.78	0.022
Residual	139.87	34	4.11		
Total	163.64	35			

Coefficientes

	Coefficients No Estandarizados		Coefficients Estandarizados		
	B	Error Estándar	Beta	t	Sign.
(Constant)	8.05	4.23	0.00	1.90	0.065
INTHUM	0.27	0.11	0.38	2.40	0.022

Regla de decisión. $p < 0,05$ se acepta H_1

Interpretación.

Como se aprecia en la tabla 9 el significativo 0.022 es menor a 0.05 por lo tanto hay relación significativa. Respecto al R de Pearson que es 0.38 significa que es débil o media. asimismo, R cuadrada es 0.15 significa porcentaje de población que cumple dicha condición. La Constant B es 8.05 al ser positiva significa la relación es directa.

Hipótesis Específica 3

Ha: Existe relación significativa entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento no farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicetomía en un hospital público de Cañete - Lima.

H0: No existe relación significativa entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento no farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicetomía en un hospital público de Cañete - Lima.

Tabla

Intervención de Enfermería y Tratamiento no Farmacológico del Dolor

Resumen del Modelo

R	R Cuadrada	R Cuadrada Ajustada	Error Estándar del estimador
0.64	0.41	0.39	2.32

ANOVA

	Suma de Cuadrados	df	Cuadrado Medio	F	Sign.
Regresión	125.21	1	125.21	23.26	0.000
Residual	183.01	34	5.38		
Total	308.22	35			

Coefficientes

	Coefficientes No Estandarizados		Coefficientes Estandarizados		
	B	Error Estándar	Beta	t	Sign.
(Constant)	-1.49	4.84	0.00	-0.31	0.759
INTHUM	0.63	0.13	0.64	4.82	0.000

Interpretación

Como se aprecia en la tabla 10 el significativo 0.000 es menor a 0.05 por lo tanto hay relación significativa. Respecto al R de Pearson que es 0.64 significa que es alto la intensidad. Asimismo, R cuadrada es 0.41 significa porcentaje de población que cumple dicha condición. La Constant B es -1.49 al ser negativa significa la relación es inversa.

4.3 Discusión de Resultados

A nivel mundial el dolor agudo postoperatorio mal controlado se asocia con una mayor morbilidad, deterioro funcional y de la calidad de vida, retraso en el tiempo de recuperación, duración prolongada del uso de analgésicos y mayores costos de atención médica. Existe la idea generalizada que el dolor es normal después de una cirugía, cuando eso se debe a una mala medicación. Por eso trataremos de evidenciarlo en este estudio la importancia del trabajo de enfermería en la atención del paciente adolorido.

Hipótesis general

Respecto al tratamiento general del dolor que incluye tratamiento farmacológico y no farmacológico, el 41.7% del total de pacientes recibe un tratamiento medio presentando dolor moderado y el 5.6% con el mismo tratamiento no presenta dolor; luego el 38.9% del total de pacientes recibe un mayor tratamiento presentando dolor moderado y el 13.94% con el mismo tratamiento no presenta dolor

Para Herrera (2017), con el tratamiento general los pacientes presentan dolor leve en un 60% y dolor moderado a intenso en 40%

Hipótesis específica 1

Respecto a los factores sociodemográficos en los pacientes postoperados se encontró las siguientes prevalencias: grupo etario: 26 a 30 años 27,8%; sexo mujeres y varones 50% cada uno; estado civil: conviviente 33,3 %; procedencia costa y sierra 38,9% cada uno; y educación secundaria y técnica 36,1 % cada uno

Contrariamente Palza (2019), describe en pacientes postoperados la prevalencia de 19 a 35 años de edad, predomina el sexo femenino, con grado de instrucción secundaria y primaria. Asimismo, Bakalis et al. (2018) encuentra las siguientes prevalencias: edad 59 años, estudios superiores 73% y hombres 67%.

Hipótesis específica 2

Respecto al tratamiento farmacológico, el 25% del total de pacientes recibe un tratamiento medio presentando mayor dolor y el 22% con el mismo tratamiento presenta dolor intermedio; luego el 8.3% del total de pacientes recibe un tratamiento mayor presentando mayor dolor y el 44.4% con el mismo tratamiento presenta dolor intermedio

Herrera (2017) indica que en tratamiento farmacológico para el dolor, el 80% de pacientes no tienen dolor y solo el 20% presenta dolor.

Hipótesis específica 3

Respecto al tratamiento no farmacológico, el 47,2 % del total de pacientes recibió tratamiento medio y presenta mayor dolor, asimismo el 52,8% al recibir mayor tratamiento presenta dolor. Lo que nos indica que a mayor tratamiento no farmacológico hay mayor dolor.

Contrariamente Herrera (2017) indica que en el tratamiento no farmacológico 67% presentó dolor y 33% no presentó dolor.

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Primera

Respecto a la hipótesis general luego de haber realizado una regresión lineal, se obtiene significativo 0.000 que es menor a 0.05 por lo tanto hay relación significativa; R de Pearson es 0.69 que significa que es alta la intensidad de relación; R cuadrada 0.47 significa el porcentaje de población que cumple dicha condición; y la Constant B es 6.56 que al ser positiva significa que la relación es directa. Todo lo cual nos indica que, si hay relación significativa directa entre tratamiento y dolor, por lo que se acepta esta hipótesis.

Segunda

Respecto a la hipótesis específica 1 se ha encontrado en la muestra respecto a los factores sociodemográficos en pacientes postoperados, 27,8% de prevalencia en el grupo etario de 26 a 30 años, respecto al género se halló 50% en ambos sexos, en cuanto al estado civil predomina la convivencia con 33,3%, de acuerdo al lugar de procedencia vienen de la costa y sierra cada uno con 38,9%, finalmente predomina la instrucción secundaria con 36,1% y la técnica con 36,1%.

Tercera

Respecto a la hipótesis específica 2 luego de haber realizado una regresión lineal, se obtiene significativo de 0.022 que es menor a 0.05 por lo tanto hay relación significativa; R de Pearson es 0.38 que significa que es débil o media la intensidad de relación; R cuadrada 0.15 significa el porcentaje de población que cumple dicha condición es 15%; y la Constant B es 8.05 que al ser positiva significa que la relación es directa. Todo lo cual nos indica que, si hay relación significativa directa entre tratamiento farmacológico y dolor, por lo que se acepta esta hipótesis.

Cuarta

Respecto a la hipótesis específica 3 luego de haber realizado una regresión lineal, se obtiene significativo 0.000 que es menor a 0.05 por lo tanto hay relación significativa; R de Pearson es 0.64 que significa que es alta la intensidad de relación; R cuadrada 0.41 significa el porcentaje de población que cumple dicha condición; y la Constant B es -1.49 que al ser negativa significa que la relación es inversa. Todo lo cual nos indica que, si hay relación significativa inversa entre tratamiento no farmacológico y dolor, por lo que se acepta esta hipótesis.

5.2 Recomendaciones

Se recomienda a las autoridades de salud (Ministerio de Salud) a considerar las investigaciones que ejecutamos los bachilleres de enfermería, en relación con el tratamiento del dolor en los pacientes postoperados para adoptar medidas que permitan la eficiencia del personal de salud en el ámbito quirúrgico.

Se recomienda a los establecimientos de salud nivel III a implementar cursos que nos ayuden al personal de enfermería en la actualización del tratamiento del paciente post quirúrgico.

Se recomienda al personal de salud a utilizar estrategias sobre el control del dolor y analgesia, con el objetivo de mejorar la atención al paciente post quirúrgico.

Se recomienda a los tesisistas universitarios de enfermería a realizar intervenciones con los pacientes antes de ser intervenidos con el objetivo de prepararlos física y emocionalmente a enfrentar las molestias posquirúrgicas.

Se recomienda a los familiares de los pacientes que colaboren con el personal de enfermería a fin de lograr objetivos mutuos que favorezcan la salud de su paciente.

REFERENCIAS

- Ahuanari, A. (2016). Intervención enfermera en el tratamiento del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima, 2016.
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5849>
- Ahuanari, A. (2017). Intervención enfermera en el tratamiento del dolor de los pacientes post-operados de cirugía abdominal en el Hospital Nacional Dos de Mayo [tesis para optar el grado de licenciado en enfermería] http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5849/1/Ahuanari_ra.pdf
- Armijos, M. (2014). Factores que influyen en el tratamiento del post operatorio inmediato y su relación con las complicaciones físicas y psicológicas en los pacientes intervenidos en el centro quirúrgico del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena en el período de mayo a septiembre. Ecuador. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/3371>
- Bakalis, N., Vescio, G., Chounti, M., Michalopoulou, E., Kiekkas, P., Rizzuto, A., Papandrea, M., Sena, G., Barberio, A., Tiesi, V., Gambardella, D., Gallo, G., Curro, G., Ammendola, M., De Franciscis, S. y Filiotis, N. (2018). Nursing assessment of post-operative pain in patients undergoing general (thoracic) surgery. *Journal Home Blood Heart Circ.* [Publication periodical on line] January 2018. [Cited 2019 Jun 12]; 2(4): 2-7. Available from: <https://www.oatext.com/pdf/BHC-2-148.pdf>.
- Carcelén, E. (2015). Aportaciones de enfermería para una mejora del tratamiento del dolor agudo en pacientes sometidos a intervención quirúrgica. Tesis de Grado Enfermería. Jaén: Universidad de Jaén. <https://bibliotecavirtual.insnsb.gob.pe/aportaciones-de-enfermeria-para-una-mejora-del-tratamiento-del-dolor-agudo-en-pacientes-sometidos-a-intervencion-quirurgica/>
- Castillo-García, J., García-Rosas, E., y Cheverría-Rivera, S. (2019). Atención de Enfermería durante el postoperatorio a paciente sometido a clipaje de aneurisma por ruptura. *Enferm. univ* [online]. 2019, vol.16, n.1 [citado 2021-08-22], pp.105-116. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000100105&lng=es&nrm=iso. ISSN 2395-8421. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.593>.
- Cepeda, M. (2018). Tratamiento de dolor postoperatorio en pacientes pediátricos hospitalizados en el Área de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario de Guayaquil; 2016-2017. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30808>
- Clínic Barcelona (2021). Anestesia Portal clinic. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/pruebas-y-procedimientos/anestesia/> /sedación

- Cotelo, J. (2019). Dolor: quinta constante que debe valorarse y registrarse. Medscape
<https://espanol.medscape.com/verarticulo/5904363>
- De Andrade, M. (2017) Definición ABC - Definición de Postoperatorio
<https://www.definicionabc.com/ciencia/postoperatorio.php>
- Diccionario médico - Clínica Universidad de Navarra. Analgesia - 2020 <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/analgesia>
- Erazo, M., Pérez, L., Colmenares, C., Álvarez, H., Suárez, I., y Mendivelso, F. (2015). Prevalencia y caracterización del dolor en pacientes hospitalizados. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 22(6), 241-248. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462015000600005&script=sci_arttext&lng=en
- Finkel, D., y Schlegel, H. (2013). El dolor postoperatorio: Conceptos básicos y fundamentos para un tratamiento adecuado. *Revista del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía*. Buenos Aires, Argentina. 2013. Edición electrónica. Volumen III.
<https://docplayer.es/20989313-El-dolor-postoperatorio-conceptos-basicos-y-fundamentos-para-un-tratamiento-adecuado-dres-diana-m-finkel-y-horst-r.html>
- Gan, T. (2017). Dolor postoperatorio mal controlado: prevalencia, consecuencias y prevención. *Revista de investigación del dolor*, 10, 2287. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5626380/>
- García F. (2015). Cuidados que aplica el profesional de enfermería para el tratamiento del dolor en los pacientes adultos traumatizados del hospital Nacional Dos de Mayo; 2015. [tesis para optar el grado de licenciado en enfermería]Lima2015.
<https://www.google.com/search?q=tesis+Garc%C3%ADa+F.+%282015%29.+Cuidados+que+aplica+el+profesional+de+enfermer%C3%ADa+para+el+tratamiento+del+dolor+en+los+pacientes+adultos+traumatizados+del+hospital+Nacional+Dos+de+Mayo%wiz&ved=0ahUKEwjBjq6e8J7wAhWjqpUCHXQxDHsQ4dUDCA4>
- Hernández, C. (2016). El modelo de virginia henderson en la práctica. Universidad de Valladolid.
 ...<https://uvadoc.uva.es/bitstream/TFG-H439>
- Hernández, R., Fernandez, C., y Baptista, P. (2013). Metodología de la investigación.
<https://scholar.google.es/citations?user=SI208icAAAAJ&hl=es&oi=sra>
- Hurtado, A. (2018). Medidas preventivas de eventos adversos en pacientes postoperados con Colectomía en el servicio de cirugía del HNAGV ESSALUD CUSCO 2016-2017.
<http://209.45.55.171/handle/UNAC/5084>

- <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2008/cmas081bd.pdf>
- Izquierdo, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana Enfermería* 31(3) Ciudad de la Habana jul.-set. 2015.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006
- Kozier y Erb, (2019). *Fundamentos de Enfermería 9na Edición* ...[https://suretkasoluciones.wixsite.com › post › fundamen...](https://suretkasoluciones.wixsite.com/post/fundamen...)
- Lopez Alvarez Servano, Lopez Gutiérrez Ana, Vasquez Lima, Ana (2017). Dolor agudo postoperatorios. Claves para optimizar el tratamiento del dolor agudo postoperatorio domiciliario en cirugía ambulatoria. ASECMA.
- Mariño, A., Martínez, Y. y Villegas, Y. (2017). Tratamiento del dolor postoperatorio por el profesional de enfermería en algunas IPS de Santa Marta. Colombia.
https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/8938/1/2017_tratamiento_dolor_postoperatorio.pdf
- MedlinePlus, (2021). Anestesia: MedlinePlus. Temas de salud. <https://medlineplus.gov> › ... ›
- Mohabir K Paul, MD, Coombs V André (2020). Cirugía Merck Sharp & Dohme Corp. – MSD.
<https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/temas-especiales/cirug%C3%ADa/cirug%C3%ADa>
- Moreno, J. et al. (2007). "Tratamiento del dolor postoperatorio en urología" España.
<http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1260.%20Libro%20del%20resid%20de%20urolog%C3%ADa.pdf>
- Mugabure, B., Tranque, I., González, S., y Adrián, R. (2007). "Estrategias para el abordaje multimodal del dolor y de la recuperación postoperatoria". España 2007
<https://medes.com/publication/24224>
- MDM Psicología clínica (2020) estrategias de afrontamiento: definición y clasificación - MDM
...<https://www.mdmpsicologiaclinica.com/2020/06/02/estrategias-de-afrontamiento/>
- Muñoz, F., Salmerón, J., Santiago, J., y Marcote, C. (2001). "Complicaciones del dolor postoperatorio" España 2001. http://revista.sedolor.es/pdf/2001_03_05.pdf
- Nina, C. (2018). Conocimiento y aplicación del profesional de Enfermería en la valoración y tratamiento del dolor agudo postoperatorio, Caja Bancaria Estatal de Salud, Gestión 2018. Tesis de Grado para optar al título de Especialista en Enfermería Médico Quirúrgico. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz – Bolivia. <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/24255>
- Nursing Interventions Classification. (2018).

- Palza, A. (2019). Dolor desde la perspectiva de pacientes post operados de cirugía abdominal en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro. tesis presentada para optar el título de segunda especialidad.
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/13301/Plaza_Quispe_Ana_Yasmini.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Paredes, Y. (2019). Intensidad del dolor postoperatorio y su tratamiento enfermero en pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica y convencional en un hospital.
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7299/Intensidad_ParedesChambi_Yashira.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Parra, R. (2011). Documentación de enfermería sobre valoración y tratamiento del dolor en pacientes post-operados hospitalizados. México.
<https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/3059/MAE1DES01101.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Peñaloza, S., y Carchi M. (2014). Valoración y cuidados de enfermería en el dolor abdominal agudo inespecífico en pacientes adultos del servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín, de mayo-agosto del 2012. Tesis para optar por el grado académico de magíster en Enfermería Quirúrgica. Ambato, Ecuador.
<https://rraae.cedia.edu.ec/Search/Results?lookfor=%22DOLORS%22&type=Subject&page=7>
- Pineda, P. (2020). Universidad Técnica del Norte. Esmeraldas. Ecuador.
<http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/10740>
- Psiquiatría.com (2021). Todo sobre Umbral de dolor - Psiquiatría.com
<https://psiquiatria.com › glosario › umbral-de-dolor>
- Quinde, P. (2017). Dolor postoperatorio: factores de riesgo y abordaje Medicina Legal de Costa Rica. SciELO https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100254
- Risco, A. (2008). Factores que influyen en la intensidad del dolor postoperatorio en el servicio de cirugía del hospital Belén de Trujillo. Perú.
<https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/61?show=full>
- Ruedas, Y., y García, C. (2018). Intensidad del dolor agudo postoperatorio y la satisfacción del paciente en el tratamiento del dolor. Universidad de san carlos de guatemala
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_11091.pdf

- Ruiz, L. (2020). Psicología y mente. Modelo biopsicosocial: qué es y cómo entiende la salud mental. <https://psicologiaymente.com/psicologia/modelo-biopsicosocial>
- Sánchez, L. (2014). Tratamiento del dolor postoperatorio con técnicas analgésicas. España 2014. <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1256/TFG%20Enfermer%C3%ADa%20y%20Psicología%20y%20Salud%20Mental.pdf>
- Tempur (2020). Protocolos de cambios de posturas en pacientes encamados <https://es.tempur.com/blog/cambios-posturales-cama.html>
- The International Association for the Study of Pain (2021) <https://www.iasp-pain.org/>
- Topdoctors (2020). Dolor postoperatorio. Diccionario médico. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/dolor-postoperatorio>
- Valera, D. (2019). En Forma. Tolerancia y Umbral del Dolor. <https://en-forma.es/tolerancia-y-umbral-del-dolor-es-lo-mismo>
- Vásquez, K. (2018). Factores asociados al dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Sergio E. Bernales – 2017. <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1286/178-KV%C3%81SQUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Velásquez, S. (2015). Tratamiento no farmacológico del dolor en pacientes en posoperatorio de revascularización miocárdica en UCI. Colombia 2015. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/55673>
- Verona, E., y Reyes, J. (2011). Cuidados de enfermería en el paciente con dolor, Argentina. http://revista.sedolor.es/pdf/2001_03_05.pdf Weiser, M. 8ª edición del AJCC: cáncer colorrectal. *Anales de oncología quirúrgica*, 25 (6), 1454- <https://clinicadelgado.pe/wp-content/uploads/2020/02/CancerColon.pdf>
- Watson, J. (2020). Dolor nociceptivo - Enfermedades cerebrales, medulares y... Merck Sharp & Dohme Corp. <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/dolor/dolor-nociceptivo>.
- Weiser, M. (2018). 8ª edición del AJCC: cáncer colorrectal. *Anales de oncología quirúrgica*, 25 (6), 1454- <https://clinicadelgado.pe/wp-content/uploads/2020/02/CancerColon.pdf>
- Zipes, D., Libby, P., Bonow, R., Mann, D., y Tomaselli, G. (2019). *Braunwald. Tratado de cardiología: Texto de medicina cardiovascular*. Elsevier Health Sciences.: <https://marbanlibros.com/cardiologia-/3102-zipes-braunwald-libby-braunwald-tratado-de-cardiologia-texto-de-medicina-cardiovascular-2-vols-9788491133988.html>

ANEXOS

Anexo 1 Matriz de Consistencia

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PACIENTES POST OPERADOS DE APENDICECTOMÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CAÑETE – LIMA FEBRERO - MARZO 2021.				
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Cuál es la relación entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima febrero-marzo 2021?	Determinar la relación entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete – Lima.	Existe relación significativa entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima febrero - marzo 2021.	Variable Independiente Intervenciones de enfermería	Enfoque: Cuantitativo Nivel Aplicada. Diseño: No experimental, transversal, descriptivo, correlacional y retrospectivo Población: 120 pacientes
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas		
¿Cuál es la prevalencia de los factores sociodemográficos en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete – Lima febrero-marzo 2021?	Identificar la prevalencia de los factores sociodemográficos en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete – Lima.	Existe prevalencia de los factores sociodemográficos en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima febrero - marzo 2021.	Variable Dependiente Dolor	Muestra: 36 pacientes Técnica Entrevista Instrumento: Cuestionario
¿Cuál es la relación entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima febrero-marzo 2021?	Identificar la relación entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima.	Existe relación significativa entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima febrero-marzo 2021		

<p>¿Cuál es la relación entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento no farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima febrero-marzo 2021?</p>	<p>Identificar la relación entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento no farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima.</p>	<p>Existe relación significativa entre las intervenciones de enfermería y el tratamiento no farmacológico del dolor en pacientes postoperados de apendicectomía en un hospital público de Cañete - Lima febrero-marzo 2021.</p>		
--	--	---	--	--

5.3 Anexo 02 Instrumento

Cuestionario

Estimado Sr. (Sra., Srta.), nuestros nombres son NILDA BALVÍN QUISPE y ALICIA PACHECO CAJALEÓN, somos Bachilleres en Enfermería de la Universidad Interamericana para el Desarrollo (UNID). La presente encuesta, tiene como objetivo determinar como es la intervención de enfermería en el tratamiento del dolor, según la opinión del paciente. Para ello, solicitamos su participación, la cual es absolutamente voluntaria y anónima, manteniendo la confidencialidad de sus respuestas.

Instrucciones:

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

I. DATOS GENERALES:

1. Edad:

18 – 21 años 22 – 25 años 26 – 30 años > de 30 años

2. Sexo:

Femenino Masculino

3. Estado civil:

Soltero Casado Conviviente Separado

4. Lugar de procedencia:

Costa Sierra Selva

5. Grado de Instrucción:

Primaria Secundaria Técnico Superior

INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

Enunciado		Respuesta				
		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	La enfermera:					
1	Me proporciona información sobre las medicinas que recibiré para el tratamiento de mi dolor.					
2	Solicita mi consentimiento para administrarme el tratamiento para el dolor.					
3	Me pregunta cuánto me duele en intensidad en escala del 0-10					
4	Me evalúa físicamente 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 medicamento para aliviar mi dolor.					
10	Me informa los valores de mi presión, pulso y temperatura					
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 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.					
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 mi ansiedad.					
18	Favorece un ambiente con una luz adecuada que yo considero me hará disminuir mi dolor.					
19	Me ayuda a estar en la posición más adecuada para disminuir mi dolor.					
20	Me facilita 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 ayudarán 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 03 Data Consolidada de Resultados Excel

N°	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28
1	1	3	0	1	3	2	3	4	1	4	4	3	2	4	1	3	2	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	1
2	1	3	0	1	3	2	3	4	1	4	4	3	2	3	1	3	2	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	2
3	1	3	0	1	3	2	3	4	1	4	4	3	3	3	1	3	2	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	2
4	1	3	0	1	3	2	3	4	1	4	4	4	3	3	1	3	2	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	1
5	1	3	0	1	3	2	3	4	1	4	4	4	3	3	1	3	2	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	1
6	2	3	0	1	3	2	3	4	1	4	4	4	2	4	1	3	2	2	3	0	0	4	4	4	4	4	4	0
7	2	3	0	2	3	2	3	4	1	4	4	4	2	4	1	3	2	2	3	2	2	4	4	2	4	2	4	2
8	2	3	1	2	3	2	3	4	1	3	3	3	2	3	1	3	1	2	3	2	2	4	4	2	4	2	4	2
9	2	3	1	2	3	2	3	4	0	3	4	3	2	4	0	3	0	2	3	2	0	3	3	2	3	2	2	0
10	2	3	1	2	3	3	4	4	0	4	4	4	3	4	0	3	0	2	3	2	0	3	3	2	3	2	2	0
11	2	4	1	2	3	3	4	4	0	4	4	4	3	4	0	3	0	2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	2
12	2	4	2	2	3	3	4	4	0	4	4	4	3	4	0	3	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2
13	2	4	2	3	3	3	4	3	0	4	4	4	3	4	0	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	2	2
14	2	4	0	3	4	3	4	3	0	4	4	4	3	4	0	3	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	2	2
15	4	4	0	3	4	3	4	3	0	4	4	4	3	4	0	4	2	4	4	0	0	4	4	4	2	4	4	0
16	4	3	0	3	4	3	4	3	0	4	4	4	3	4	0	4	2	4	4	0	0	4	4	4	2	4	4	0
17	4	3	0	3	4	3	4	3	0	4	4	4	3	4	0	4	3	4	4	0	0	4	3	3	3	3	3	0
18	4	3	0	3	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	0	0	4	3	3	3	3	3	0
N°	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28

19	4	3	0	3	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	0	0	4	2	3	3	3	3	0
20	4	3	0	3	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	2	4	3	3	4	0	0	4	2	3	3	3	3	0
21	4	3	0	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	0	4	3	3	4	0	0	4	3	3	3	3	3	0
22	4	4	0	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	0	4	3	3	4	0	0	4	3	3	3	3	3	0
23	1	4	1	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	0	4	3	3	4	2	2	4	3	3	3	3	3	2
24	1	4	1	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2
25	1	4	1	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2
26	1	4	1	4	4	1	4	2	2	4	4	4	1	4	2	4	4	4	4	2	2	4	3	3	3	3	3	2
27	1	4	1	4	4	1	3	3	3	4	4	3	1	4	1	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2
28	2	4	1	2	4	1	3	3	3	4	4	3	1	4	1	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2
29	2	4	0	2	4	1	3	3	3	4	4	3	1	4	1	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2
30	2	4	0	2	3	2	3	3	3	4	4	3	2	4	1	4	4	4	4	1	1	4	4	4	4	4	4	1
31	2	4	0	2	3	2	3	3	3	4	4	4	2	4	1	4	4	4	3	1	1	3	3	3	3	3	3	1
32	3	4	0	2	3	2	3	4	4	4	4	4	2	4	1	4	4	4	3	1	1	3	3	3	3	3	3	1
33	3	4	0	2	3	2	3	4	4	4	4	4	2	4	1	4	2	4	3	1	1	3	3	3	3	3	3	0
34	3	3	0	3	3	2	3	4	4	4	4	4	2	4	1	4	1	4	3	1	1	3	3	3	3	3	3	0
35	3	3	0	3	3	3	3	4	4	3	4	3	3	4	0	4	2	4	4	1	1	4	4	4	4	4	4	0
36	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	4	2	4	4	1	1	4	4	4	4	4	4	1

Variable	Nombre	Tipo	Ancho	Decimal	Etiqueta	Etiquetas de Valor	Valores perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Encuestado	Numérico	8	0	Nro de Encue	Ninguno	Ninguno	9	Derecha	Escala	Entrada
2	P1	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
3	P2	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
4	P3	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
5	p4	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
6	P5	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
7	P6	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
8	P7	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
9	P8	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
10	P9	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
11	P10	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
12	P11	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
13	P12	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
14	P13	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
15	P14	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
16	P15	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
17	P16	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
18	P17	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
19	P18	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
20	P19	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
21	P20	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
22	P21	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
23	P22	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
24	P23	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada

Vista de Datos **Vista de Variables**

25	P24	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
26	P25	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
27	P26	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
28	P27	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
29	P28	Numérico	8	0		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
30	MANFARM	Numérico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
31	NOMANFAR	Numérico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
32	INTENF	Numérico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
33	MDOLOR	Numérico	8	2		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
34	INTENFCOD	Numérico	8	0	Intervención Enfermería	{1, Bajo}...	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
35	MANFARMC	Numérico	8	0	Manejo Farmacológico	{1, Bajo}...	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
36	NOMANFAR	Numérico	8	0	Manejo No Farmacológico	{1, Bajo}...	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
37	MDOLORCO	Numérico	8	0	Manejo de Dolor	{1, Bajo}...	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada

5.4 Anexo 04 Testimonios Fotográficos



Foto 1 Con mi colega antes de realizar la encuesta



Foto 2 Antes de iniciar el acto quirúrgico

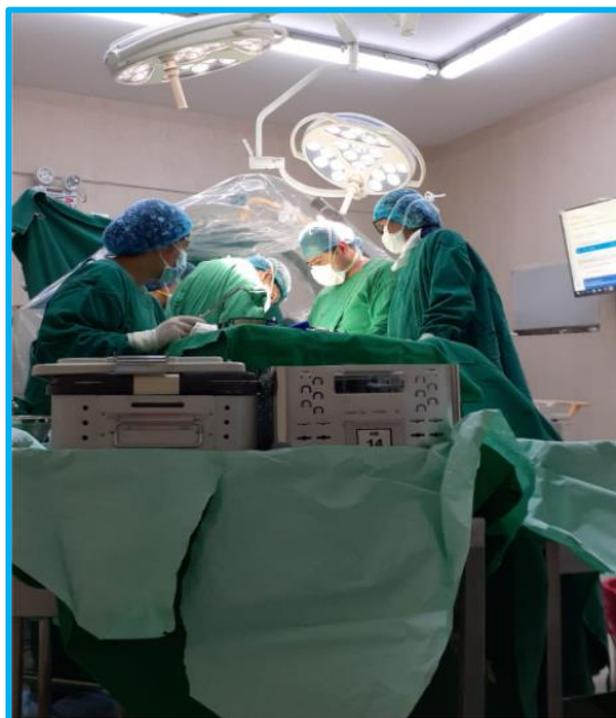


Foto 3 En el acto quirúrgico



Foto 4 Finalizando la apendicetomía



Foto 5 Ingresando a la sala de recuperación para iniciar encuesta



Foto 6 Entrevistando a un paciente post operado



Foto 7 Encuesta a una paciente post operada



Foto 8 Recibiendo respuestas de la encuesta

Anexo 05 Formato de Validación

FICHA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

1. DATOS GENERALES
 1.1 Apellidos y nombres del experto: *Swarez Leyva Carina Julia*
 1.2 Grado académico: *Magister*
 1.3 Cargo e institución donde labora: *Clinica San Felipe*
 1.4 Título de la Investigación: *INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTOS POSTOPERADOS DE APENDICECTOMIA DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE 2021*
 1.5 Autoras del Instrumento: *Alicia Pacheco Cajaleón y Nilda Balvin Ouispe*
 1.6 Nombre del instrumento: *Ficha de Validación UNID 2021*

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	D					E
		eficiente 0-20%	regular 21-40%	bueno 41-50%	uy Bueno 61-80%	excelente 81-100%	
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				✓		
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				✓		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.				✓		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				✓		
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.			✓			
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.				✓		
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.				✓		
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.				✓		
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.				✓		
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.				✓		
SUB TOTAL							
TOTAL							

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20) : 50%

(Se requiere mayor minimo de 80%)

VALORACION CUALITATIVA : BUENO

OPINIÓN DE APLICABILIDAD : APLICA

Lugar y fecha: Lima 22 de Mayo del 2021


 CLINICA SAN FELIPE S.A.
 CARINA JULIA SWARAZ LEYVA
 MAGISTER EN ENFERMERIA

.....
 Apellidos y Nombre

FICHA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

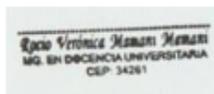
- I. DATOS GENERALES**
- I.1 Apellidos y nombres del experto: VERONICA MAMANI MAMANI
- I.2 Grado académico: MAGISTER
- I.3 Cargo e institución donde labora: UNID
- I.4 **Título de la Investigación:** "INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES POSTOPERADOS DE APENDICECTOMÍA DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE 2021.
- I.5 Autoras del instrumento: Alicia Pacheco Cajaleón y Nilda Balvín Quispe
- I.6 Nombre del instrumento: Ficha de Validación UNID 2021

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				65%	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				70%	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.				65%	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				65%	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.				70%	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.				65%	
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.				70%	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.				65%	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.				65%	
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.				65%	
SUB TOTAL						
TOTAL						

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20): 50% **(Se requiere mayor mínimo de 80%)**

VALORACION CUALITATIVA: BUENO OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICA

Lugar y fecha: Lima 22 de mayo del 2021



Apellidos y Nombre

FICHA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- I.1 Apellidos y nombres del experto: SALLO ACOSTUPA, VICTORIA
 I.2 Grado académico: MAGISTER
 I.3 Cargo e institución donde labora: C.S.M.I. Tahuantinsuyo Bajo-Independencia
 I.4 Título de la Investigación: INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTOS POSTOPERADOS DE APENDICECTOMIA DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE 2021.
 I.5 Autoras del instrumento: Alicia Pacheco Cajaleón y Nilda Balvin Quispe
 I.6 Nombre del instrumento: Ficha de Validación UNID 2021

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.			✓		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología.				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.				✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio.			✓		
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos y del tema de estudio.				✓	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.				✓	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del estudio.				✓	
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.				✓	
SUB TOTAL						
TOTAL						

VALORACION CUANTITATIVA (Total x 0.20) : 50%

(Se requiere mayor mínimo de 80%)

VALORACION CUALITATIVA : BUENO

OPINIÓN DE APLICABILIDAD : APLICA

Lugar y fecha: Lima 22 de Mayo del 2021


 C.S.M.I. TAHUANTINSUYO BAJO
 L.C. VICTORIA SALLO A.
 Apellidos y Nombre

CARTA DE PRESENTACIÓN

Doctora: Carmen Raquel Guzmán Damián

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS
DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante **Pacheco Cajaleon Bertha Alicia y Balvin Quispe Nilda Felicita**, de la **universidad interamericana**, facultad de ciencia de la salud, carrera profesional de enfermería, requerimos validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el **título de licenciada en enfermería**.

El título nombre de mi proyecto de investigación es: **"INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES POSTOPERADOS DE APENDICECTOMIA DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE"** y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a Usted, ante su connotada experiencia en temas de la especialidad e investigación.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Instrumento de validación de los instrumentos.

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de Usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.


PACHECO CAJALEON
BERTHA ALICIA


BALVIN QUISPE
NILDA FELICITA

