



**UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO  
VALDIZÁN" FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN  
CENTRO QUIRÚRGICO**

**EFFECTO DE LA INTERVENCIÓN DE  
ENFERMERÍA EN EL ALIVIO DEL DOLOR DE  
PACIENTES POSTOPERADOS INMEDIATOS  
DE CIRUGÍA DE ABDOMEN AGUDO,  
HOSPITAL NIVEL I ESSALUD DE TINGO  
MARÍA-2014**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CENTRO QUIRÚGICO**

**INVESTIGADORAS**

Lic. Enf. MELENDEZ LEIVA, YISSA HELDI

Lic. Enf. ROJAS ROJAS, EDITH GIOVANNA

Lic. Enf. VENANCIO HERMITAÑO, LILIANA CONSUELO

**HUÁNUCO, PERÚ**

**2016**

## DEDICATORIA

Al Divino creador, por su infinito amor y bondad que nos ha permitido, a través de María y su Hijo, **fortalecer nuestro desarrollo.**

A nuestras familias, por el ser motor y motivo de nuestra **superación personal.**

**Las autoras.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Con profundo cariño y eterna gratitud a Dios por regalarnos la vida, porque es el ser quien siempre está a nuestro lado, aunque todo el mundo nos hubiese abandonado.

Nuestros más sinceros agradecimientos a nuestras familias quienes nos inspiran a seguir adelante y a **lograr** nuestras metas personales, profesionales.

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, por darnos la oportunidad de estudiar y titularnos en la **Especialidad de Enfermería en Centro Quirúrgico, muchas gracias a sus docentes, personal administrativo y de servicios.**

Al personal de salud en estudio, gracias por concedernos su permiso para el estudio.

A nuestros compañeros de trabajo que de alguna manera nos impulsan a seguir adelante, con sus consejos y apoyo moral.

**Las autoras.**

## RESUMEN

El objetivo **del estudio** fue demostrar el efecto de la intervención de enfermería en el alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de cirugía de abdomen agudo internados en el Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María en el 2014. Fue un estudio prospectivo, analítico, transversal y observacional, con una muestra de 54 pacientes. Se aplicó una guía de entrevista, escala del dolor **y** guía de observación. El análisis bivariado fue mediante la prueba  $X^2$ , apoyándonos en el SPSS V21.0. El análisis evidenció que la intervención de enfermería tiene efecto en el alivio del dolor, manifestado con la estabilización de la frecuencia cardíaca y respiratoria de los pacientes **post-operados** en estudio, con significancia estadística ( $X^2 = 8,50$  y  $X^2 = 7,38$ ; gl.,2 y  $p \leq 0,05$  respectivamente), con lo cual se rechazó la hipótesis nula, y se **determino la efectividad de** la intervención de enfermería. Por el contrario, la intervención de enfermería no logró estabilizar la presión arterial en un nivel normal en los pacientes postoperados en estudio, ( $X^2 = 0,65$ , gl.,2 y  $p = 0,72$ ); mostrando **ciertos** obstáculos en el alivio del dolor, por lo que no se pudo rechazar la hipótesis nula. **Se concluye que** la intervención de enfermería tiene efecto en el alivio del dolor de pacientes **post-operados** inmediatos de abdomen agudo en estudio, ( $X^2 = 18,49$ , gl.,2, y  $p = 0,00$ ), siendo significativo; admitiendo que la intervención de enfermería es de suma relevancia para el alivio del dolor de los pacientes posoperados.

**Palabras claves:** *Cuidados de enfermería. Alivio del dolor, Post-operados de abdomen agudo, estabilización de funciones vitales.*

## **ABSTRACT**

XXXXX

XXXXX

Keywords : XXXX

## PRESENTACIÓN

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que obedece a una lesión hística real o potencial y es la causa que con mayor frecuencia ocasiona que las personas soliciten servicios asistenciales. El dolor se origina con muchas enfermedades, algunas pruebas diagnósticas y tratamientos; incapacita y angustia a más personas que cualquier enfermedad. Ante tal situación, el profesional de enfermería que brinda cuidados quirúrgicos a pacientes postoperados siendo el que tiene mayor contacto con el paciente, debe comprender las bases fisiológicas, las consecuencias fisiológicas y psicológicas de la experiencia del dolor agudo y crónico de los pacientes y aplicara métodos farmacológicos y no farmacológicos, y los métodos utilizados para su tratamiento. Por tanto, deben contar con los conocimientos y habilidades necesarios para valorar el dolor y sus efectos sobre el individuo, implementar estrategias que lo alivien y valorar la efectividad de dichas estrategias sin importar el ambiente.

En este sentido, se realizó la presente investigación, el que se ha estructurado de la siguiente forma: la introducción en la cual se presenta el problema; los objetivos, tanto general como específicos; la justificación e importancia de la investigación; las hipótesis generales y específicas, las variables y su operacionalización; las limitaciones y la definición de términos operacionales.

En el capítulo I, se exhibe el marco teórico, el cual a su vez comprende: los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y las bases conceptuales de las variables implicadas.

En el capítulo II, se **evidencia** el marco metodológico de la investigación, el cual está **constituido** de estudio, método de estudio, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, el procesamiento de datos y el análisis e interpretación de los datos.

En el capítulo III, se presentan los resultados **descriptivos y la comprobación de hipótesis** de la investigación, con su respectivo análisis e interpretación; **también**, se muestra la discusión de los resultados.

Finalmente, se presentan: las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTOS .....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT .....	v
PRESENTACIÓN.....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xii
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Aspectos básicos del problema de investigación .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Formulación del problema.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3. Justificación .....</b>	<b>7</b>
<b>1.4. Propósito.....</b>	<b>9</b>
<b>1.5. Objetivos de la investigación.....</b>	<b>10</b>
<b>1.6. Hipótesis de la investigación.....</b>	<b>11</b>
<b>1.7. Variables.....</b>	<b>12</b>
<b>1.8. Operacionalización de variables.....</b>	<b>12</b>
<b>1.9. Definición de términos operacionales.....</b>	<b>14</b>
<b>1.10. Limitaciones .....</b>	<b>14</b>
CAPÍTULO I .....	15
<b>2. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1. Antecedentes de investigación .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2. Bases teóricas .....</b>	<b>20</b>
<b>2.2.1. Teoría de los síntomas desagradables .....</b>	<b>20</b>
<b>2.2.2. La teoría del dolor agudo .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2.3. Teoría del Control de entrada .....</b>	<b>23</b>
<b>2.3. Bases conceptuales .....</b>	<b>24</b>
<b>2.3.1. La intervención de enfermería mediante el cuidado .....</b>	<b>24</b>
<b>2.3.2. Cuidados de enfermería postquirúrgicos.....</b>	<b>25</b>
<b>2.3.3. Evolución histórica del concepto de dolor .....</b>	<b>25</b>
<b>2.3.4. Definición de dolor .....</b>	<b>26</b>
<b>2.3.5. El dolor por problemas de abdomen agudo .....</b>	<b>26</b>
<b>2.3.6. El dolor pos-operatorio .....</b>	<b>26</b>



2.3.6.1. Manifestaciones objetivas del dolor.....	27
2.3.6.1.1. Frecuencia cardiaca .....	27
2.3.6.1.2. Frecuencia respiratoria.....	28
2.3.6.1.3. Presión arterial.....	29
2.3.6.2. Intervención de enfermería frente al dolor .....	30
CAPÍTULO II.....	33
<b>3. MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>33</b>
3.1. <b>Ámbito del estudio.....</b>	<b>33</b>
3.2. <b>Población .....</b>	<b>33</b>
3.3. <b>Nivel y tipo de estudio .....</b>	<b>36</b>
3.4. <b>Diseño de estudio .....</b>	<b>36</b>
3.5. <b>Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....</b>	<b>37</b>
3.5.1. <b>Técnicas .....</b>	<b>37</b>
3.5.2. <b>Instrumentos de recolección de datos.....</b>	<b>37</b>
3.5.3. <b>Validez de los instrumentos de recolección de datos .....</b>	<b>38</b>
3.5.4. <b>Procedimiento de recolección de datos .....</b>	<b>40</b>
3.6. <b>Tabulación y análisis de datos.....</b>	<b>41</b>
3.7. <b>Aspectos éticos de la investigación .....</b>	<b>42</b>
CAPÍTULO III.....	44
<b>4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>44</b>
4.1. <b>Resultados descriptivos .....</b>	<b>44</b>
4.3. <b>Discusión de resultados .....</b>	<b>70</b>
Referencias bibliográficas.....	84
ANEXOS	92

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1. Características demográficas de los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud, Tingo María-2014.....</b>	<b>44</b>
<b>Tabla 2. Promedio de edad de los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014 .....</b>	<b>45</b>
<b>Tabla 3. Características sociales de los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014 .....</b>	<b>47</b>
<b>Tabla 4. Caracterización de la intervención quirúrgica de los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014.....</b>	<b>48</b>
<b>Tabla 5. Valoración del dolor durante el postoperatorio inmediato de los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014.....</b>	<b>49</b>
<b>Tabla 6. Información y apoyo emocional brindada por el profesional de enfermería durante el postoperatorio inmediato de los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014 .....</b>	<b>51</b>
<b>Tabla 7. Administración de fármacos por el profesional de enfermería según prescripción durante el postoperatorio inmediato de los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014 .....</b>	<b>53</b>
<b>Tabla 8. Alivio del dolor postoperatorio inmediato mediante estrategias no farmacológicas brindada por el profesional de enfermería a los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014 .....</b>	<b>54</b>
<b>Tabla 9. Vigilancia del alivio de las respuestas al dolor en el postoperatorio inmediato por el profesional de enfermería a los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014 .....</b>	<b>56</b>
<b>Tabla 10. Intervención de enfermería en el alivio del dolor postoperatorio inmediato según sus dimensiones brindada a los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014 .....</b>	<b>58</b>
<b>Tabla 11. Evaluación de la intervención de enfermería en el alivio del dolor postoperatorio inmediato de los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014 .....</b>	<b>60</b>
<b>Tabla 12. Frecuencia cardíaca de los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014 .....</b>	<b>61</b>
<b>Tabla 13. Frecuencia respiratoria manifestada por los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014.....</b>	<b>62</b>
<b>Tabla 14. Presión arterial manifestada por los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014.....</b>	<b>63</b>
<b>Tabla 15. Promedio de la sensación de dolor subjetivo referido por los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014 .....</b>	<b>64</b>
<b>Tabla 16. Intensidad del dolor subjetivo manifestada por los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014.....</b>	<b>65</b>

<b>Tabla 17. La intervención de enfermería y el alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo del Hospital Nivel I Essalud de Tingo María; 2014.....</b>	<b>66</b>
<b>Tabla 18. La intervención de la enfermera en la estabilización de la frecuencia cardíaca como manifestación del alivio del dolor de los pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo del Hospital Nivel I Essalud de Tingo María; 2014.....</b>	<b>67</b>
<b>Tabla 19. La intervención de enfermería y la estabilización de la frecuencia respiratoria como manifestación del alivio del dolor de los pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo del Hospital Nivel I Essalud de Tingo María; 2014.....</b>	<b>68</b>
<b>Tabla 20. La intervención de enfermería y alivio del dolor la estabilización de la presión arterial como manifestación de los pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo del Hospital Nivel I Essalud de Tingo María; 2014.....</b>	<b>69</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1. Representación gráfica de las edades de los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014.....</b>	<b>45</b>
<b>Figura 2. Representación gráfica del género de los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María.- 2014.....</b>	<b>46</b>
<b>Figura 3. Representación gráfica de la valoración del dolor durante el postoperatorio inmediato de los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014 .....</b>	<b>49</b>
<b>Figura 4. Representación gráfica de la información y apoyo emocional brindada por el profesional de enfermería durante el postoperatorio inmediato de los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María.-2014.....</b>	<b>51</b>
<b>Figura 5. Representación gráfica de la administración de fármacos por el profesional de enfermería según prescripción durante el postoperatorio inmediato de los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María-2014 .....</b>	<b>53</b>
<b>Figura 6. Representación gráfica del alivio del dolor postoperatorio inmediato mediante estrategias no farmacológicas brindada por el profesional de enfermería a los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María.-2014 .....</b>	<b>54</b>
<b>Figura 7. Representación gráfica de la vigilancia de las respuestas al dolor en el postoperatorio inmediato por el profesional de enfermería a los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María.- 2014. ....</b>	<b>56</b>
<b>Figura 8. Representación gráfica de la intervención de enfermería en el alivio del dolor postoperatorio inmediato según dimensiones realizada a los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María.-2014.....</b>	<b>58</b>
<b>Figura 9. Representación gráfica de la intervención de enfermería en el alivio del dolor postoperatorio inmediato de los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud Tingo María, 2014 .....</b>	<b>60</b>
<b>Figura 10. Representación gráfica de la frecuencia cardíaca en postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María.-2014.....</b>	<b>61</b>
<b>Figura 11. Representación gráfica de la frecuencia respiratoria de los postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014.....</b>	<b>62</b>
<b>Figura 12. Representación gráfica de la presión arterial de los postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María.-2014.....</b>	<b>63</b>
<b>Figura 13. Representación gráfica de la sensación de dolor subjetivo manifestado por los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María-2014 .....</b>	<b>64</b>

<b>Figura 14. Representación gráfica de la intensidad del dolor subjetivo manifestada por los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María.-2014 .....</b>	<b>65</b>
---	-----------

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Aspectos básicos del problema de investigación

Según la International Association for the Study of Pain (IASP) el dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño real o potencial. En la actualidad hay **existen** variedad de métodos y técnicas para **el control del dolor**, por lo que no es aceptable **que las personas con problemas de dolor y específicamente** los pacientes quirúrgicos cursen con dolor en el periodo postoperatorio. A pesar que las técnicas quirúrgicas han mejorado, el inadecuado control del dolor, **este** puede extender la duración **durante** estancia en el hospital y predisponer a costosas complicaciones. **El** reconocimiento de beneficios económicos y humanitarios del control del dolor ha impulsado la atención a través del mundo desde grupos profesionales, aseguradoras y gobierno (1).

Se han propuesto programas de analgesia perioperatoria que incluyen colaboración interdisciplinaria (2), programas de analgesia multimodal (3), planear un servicio del dolor agudo basado en coordinadores clínicos de enfermeras la cual brinde procedimientos altamente efectivos de analgesia posquirúrgica (4).

**P**ese a la importancia del dolor postoperatorio su manejo es insuficiente. Y frecuentemente infravalorado, **por ejemplo** solo el 5% de las revistas de enfermería abordan el tema del dolor y su tratamiento. Se

constata además la no utilización por el personal de enfermería de escalas para la medición del dolor postoperatorio, la ausencia de trabajos que reflejen el grado de satisfacción del paciente con respecto al tratamiento de su dolor entre otros (5). Según Chauvin (6), uno de dos pacientes sufre intenso dolor durante el primer día después de la cirugía (7), en pacientes ingresados en Unidades Quirúrgicas se han encontrado prevalencias del 56,5% de dolor moderado-severo (8).

Otros estudios cifran la prevalencia del dolor postoperatorio entre el 46 y el 53%. Las consecuencias de este sentimiento desagradable son el sufrimiento, la ansiedad, la depresión y la desesperación (9).

La presencia de dolor es más a menudo debido a la aplicación incorrecta de terapias disponibles que no utilizan drogas y técnicas efectivas (10). Por falta de conocimiento o tiempo, muchos enfermos y miembros del personal asistencial tienden a considerar los analgésicos como medio principal de alivio del dolor, pese a que existen innumerables acciones de enfermería que alivian la experiencia dolorosa (11).

Existe un arsenal terapéutico no farmacológico utilizado para el tratamiento del dolor como son: fisioterapia, terapia ocupacional, diatermia, ultrasonido, calor y frío, hidroterapia, masaje, tracción, movilización y ejercicio, estimulación transcutánea, estrategias psicológicas, terapia de grupo, hipnosis y acupuntura (12). Con todo esto la enfermera debe desarrollar un método sistemático de tratamiento del dolor para cada paciente para lograr un tratamiento óptimo del dolor (13).

Según Landa, Larraínzar, Moñino, De la Torre, Zaragoza (14), existen cuatro principales causas que explican la elevada incidencia del dolor postoperatorio, como, la ausencia de conocimientos o conceptos erróneos sobre el tratamiento del dolor, la ausencia de evaluación o valoración inadecuada de la intensidad del dolor, la ausencia de información/educación del paciente sobre las consecuencias del dolor no tratado de forma adecuada y tratamiento analgésico y la ausencia de estructuras organizativas que gestionen el proceso del dolor a lo largo de todo el periodo peri operatorio.

El dolor postoperatorio de los pacientes sometido a cirugía de abdomen generalmente es intenso y está asociado a manifestaciones del compromiso peritoneal que hace considerar la posibilidad de una acción terapéutica de emergencia (15).

El control integral del paciente (que en el caso específico del dolor abdominal quirúrgico), incluye la valoración previa, con información y apoyo emocional, administración de tratamiento farmacológico, aplicación de estrategias no farmacológicas, vigilancia, educación de la familia, control, al profesional de enfermería vigila el reajuste terapéutico y las vías de administración, coordina las tareas y se hace responsable diariamente de la atención del paciente en estrecha colaboración con la familia, para mitigar las respuestas, miedos y ansiedades que se puedan presentar en el ámbito del paciente (16).

En la práctica, en diversos nosocomios existe una baja calidad asistencial en el tratamiento del dolor, debido entre otras causas a



problemas organizativos, falta de tiempo, falta de motivación, complejidad en el manejo, dificultad para medir el dolor o escaso conocimiento de los mecanismos de acción de los distintos analgésicos y, en general, del tratamiento global del dolor (17, 18).

Entre las repercusiones del dolor postoperatorio se han objetivado diversos efectos adversos, entre los que destacan el deterioro de la función respiratoria y las complicaciones cardiocirculatorias por la liberación de catecolaminas causada por la hiperactividad simpática asociada al dolor, sin olvidar complicaciones psicológicas por el impacto emocional del dolor (19), así como un retraso en la recuperación y rehabilitación del paciente tras la cirugía (20).

Por otro lado, la literatura muestran que el mal manejo del dolor agudo repercute en la morbilidad postoperatoria al complicar el tratamiento aumentando la cantidad de fármacos, costos y a largo plazo trae consecuencias psicológicas, como ansiedad, miedo, alteraciones del sueño, y del comportamiento (21).

Por tanto, un tratamiento eficaz del dolor, además de disminuir el costo, 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. En distintas publicaciones se recoge cómo la estandarización de programas para el manejo del dolor resulta efectiva (22, 23).

En consecuencia los profesionales **de la salud** y específicamente los profesionales de enfermería, tienen un papel fundamental en el manejo del

dolor a través del conocimiento actual sobre las medidas para mitigar el dolor y adoptando unas buenas prácticas en la valoración y manejo del dolor. Además, tienen la obligación legal y ética de velar por que se utilicen los medios más efectivos con el fin de lograr el bienestar y el alivio del dolor en los pacientes (24).

En Perú, así como en los departamentos que la conforman, aún no se ha evaluado el efecto de la intervención de enfermería frente al dolor postoperatorio inmediato de los pacientes con cirugía de abdomen agudo, como tampoco de sus posibles consecuencias. Y dado que, el Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María **debe brindar satisfacción y mejorar constantemente** la calidad de los cuidados, **es orientar a procesos de mejoras como el hecho de** ayudar a prevenir, mitigar y tratar el dolor en los pacientes, convirtiendo **en una prioridad de su intervención**.

**La orientación de los cuidados del dolor presenta ciertas desviaciones como el hecho de observar ansiedad, tensión y desesperación durante el postoperatorio de pacientes con cirugía de abdomen agudo.**

**En base a la situación descrita, el** objetivo del presente estudio **fue** determinar el efecto de la intervención de enfermería en el alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de cirugía de abdomen agudo, internados en el Hospital General de Tingo María durante el 2014; con ello posibilitar la mejora de las capacidades funcionales, físicas y psicológicas del paciente y por tanto mejorar su calidad de vida, con los mínimos efectos adversos. **Ya que su análisis no solo propenderá a incrementar la**

satisfacción de los pacientes, sino que además, contribuirá a disminuir la morbilidad postoperatoria y en algunos casos reducir la estancia hospitalaria (25).

## **1.2. Formulación del problema**

### **Problema general**

¿La intervención de enfermería tiene efecto en el alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo del Hospital Nivel I Essalud de Tingo María; 2014?

### **Problemas específicos**

- ¿La intervención de enfermería tiene efecto en el alivio del dolor estabilizando la frecuencia cardíaca a valores normales de los pacientes postoperados en estudio?
- ¿La intervención de enfermería tiene efecto el alivio del dolor estabilizando la frecuencia respiratoria a valores normales de los pacientes postoperados en estudio?
- ¿La intervención de enfermería tiene efecto en el alivio del dolor logrando la estabilización de la presión arterial a valores normales de los pacientes en estudio?

### 1.3. Justificación

La investigación que se plantea, se justifica, por las siguientes razones:

#### Teórica

El entendimiento del dolor como un problema primario de asistencia clínica ha transitado un largo camino. Desde los tiempos antiguos, cuando el dolor a menudo era considerado como una parte inevitable de la vida, en la cual la gente sólo podría influir parcialmente debido a su supuesta etiología sobrenatural, un concepto fisiológico se ha desarrollado, donde el control del dolor es posible ahora. En muchas ocasiones se pasa por alto la importancia de poseer un conocimiento sobre el efecto de las intervenciones de enfermería frente al dolor, no sólo respecto a los cambios fisiológicos, sino a la influencia de este en la vida del paciente y su entorno.

En los hospitales de la Región Huánuco, **no existe evidencias sobre** el efecto de la intervención de enfermería frente al alivio del dolor del paciente **postoperado** inmediato de cirugía de abdomen agudo, por ello la presente investigación representa un aporte a tal requerimiento, pues ello aportará elementos de cambio a favor de intervenciones más específicas en el alivio del dolor con criterio de calidad. Por ello se hace necesario conocer en qué medida la intervención de enfermería cobra este cometido.

**En el contexto de enfermería**, el control del dolor es importante, ya que este, disminuye la capacidad de cooperación del paciente e interfiere en su recuperación. En consecuencia se debe desarrollar estudios que

permitan a los profesionales de enfermería, proporcionar el mejor cuidado en el futuro. El objetivo de estos esfuerzos es asegurar que el control del dolor recibe una alta prioridad en el sistema de asistencia médica.

## **Práctica**

El control satisfactorio del dolor postoperatorio es uno de los retos más importantes que permanecen sin resolver en el ámbito quirúrgico, a pesar de las continuas innovaciones farmacológicas y los incesantes avances tecnológicos, una gran parte de estos pacientes se tratan de forma inadecuada, por lo que experimentan un sufrimiento injustificado, que incrementa notablemente el riesgo de aparición de complicaciones postoperatorias (26).

Existe evidencia de que un adecuado alivio del dolor no solo aumenta el confort y la satisfacción de los pacientes, sino que además, contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria y en algunos casos reduce la estancia hospitalaria (27). Por ello, resulta importante evaluar el efecto de intervención de enfermería frente al dolor, ya que **dicho profesional** quien desempeña una función importante en el manejo del dolor, es el puente entre el paciente, los familiares y el resto de los profesionales de la salud. Actúa como observadora e interviene en el control integral del paciente, en la educación de la familia, con el personal sanitario poco familiarizados con el control del dolor, controla y vigila el reajuste terapéutico y las vías de administración, coordina las tareas y se hace responsable diariamente de la atención del paciente en estrecha colaboración con las familias, para

mitigar las respuestas, miedos y ansiedades que se puedan presentar en el ámbito del paciente. Ello, justifica el estudio.

## **Social**

Este estudio estuvo centrado en el cuidado postoperatorio que el enfermero brinda al paciente para su recuperación. En el caso específico de la intervención oportuna de enfermería frente al dolor postoperatorio de cirugía de abdomen agudo, demanda una interpretación rápida de su origen, hacer el diagnóstico y proceder a tiempo con un tratamiento oportuno para evitar así complicaciones graves y hasta letales.

Cuando el dolor no está controlado o aliviado, causa sufrimiento y pérdidas financieras tanto a los individuos como a la sociedad. Se considera importante el estudio de los cuidados de enfermería frente al dolor, pues amerita su evaluación e impacto de los esfuerzos para controlar el dolor y el desarrollo de programas para generar expertos en el manejo del dolor, que en este caso de los cuidados pos operatorios, representa un insumo para reorientar el manejo de guías y protocolos que pauten los cuidados individualizados frente a este importante problema que vivencian los pacientes pos operados de abdomen quirúrgico. De otro lado, la repercusión social del alivio del dolor pos operatorio es inmensa y desempeñan un papel insustituible en muchos pacientes.

### **1.4. Propósito**

El propósito del presente estudio, es proporcionar información relevante la recuperación postoperatoria precoz, favorece principalmente a los pacientes que se someten a cirugías abdominales.

## **1.5. Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

Determinar el efecto de la intervención de enfermería en el alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo del Hospital Nivel I Essalud de Tingo María; 2014

### **Objetivos específicos**

- Analizar si la intervención de enfermería tiene efecto en el alivio del dolor estabilizando la frecuencia cardíaca a valores normales de los pacientes postoperados en estudio.
- **Investigar** si la intervención de enfermería tiene efecto el alivio del dolor estabilizando la frecuencia respiratoria a valores normales de los pacientes postoperados en estudio.
- **Explicar** si la intervención de enfermería tiene efecto en el alivio del dolor logrando la estabilización de la presión arterial a valores normales de los pacientes postoperados en estudio.

## 1.6. Hipótesis de la investigación

### Hipótesis general

**H0:** La intervención de enfermería no tiene efecto en el alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo del Hospital Nivel I Essalud de Tingo María; 2014

**Ha:** La intervención de enfermería tiene efecto en el alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo del Hospital Nivel I Essalud de Tingo María; 2014

### Hipótesis específicas

**Hi1:** La intervención de enfermería tiene efecto en el alivio del dolor estabilizando la frecuencia cardíaca a valores normales de los pacientes en estudio.

**Hi2:** La intervención de enfermería tiene efecto en el alivio del dolor estabilizando la frecuencia respiratoria a valores normales de los pacientes en estudio.

**Hi3:** La intervención de enfermería tiene efecto en el alivio del dolor logrando la estabilización de la presión arterial a valores normales de los pacientes en estudio.



### 1.7. Variables

**Variable dependiente:**

Alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo

**Variable independiente:**

Intervención de la enfermera

### 1.8. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>				
<b>Alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo</b>	Dolor objetivo	Frecuencia cardiaca	Bradicardia (< 60 pulsaciones) Normal (60 – 100 pulsaciones) Taquicardia (> 100 pulsaciones)	Ordinal Politémica
		Frecuencia respiratoria	Bradipnea (< 10) Normal (10-20) Taquipnea (> 20) Presión arterial Hipotensión (<120/<80) Normal (120-139/80-89) Hipertensión (>140/>90)	Ordinal Politémica
		Presión arterial	Hipotensión (<120/<80) Normal (120-139/80-89) Hipertensión (>140/>90)	Ordinal Politémica
	Dolor subjetivo	Nivel del dolor	Leve moderado Moderado grave Muy intenso	Ordinal Politémica

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>				
<b>Intervención de enfermería</b>	Resultado de la intervención	Cualitativa	Efectiva Ineficaz	Nominal dicotómica
	Valoración previa a la intervención frente al alivio del dolor.	Cualitativa	Efectiva Ineficaz	Nominal dicotómica
	Información y apoyo emocional	Cualitativa	Efectiva Ineficaz	Nominal dicotómica
	Administración de tratamiento farmacológico	Cualitativa	Efectiva Ineficaz	Nominal dicotómica
	Aplicación de estrategias no farmacológica.	Cualitativa	Efectiva Ineficaz	Nominal dicotómica
	Vigilancia	Cualitativa	Efectiva Ineficaz	Nominal dicotómica
<b>VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN</b>				
<b>Características demográficas</b>	Edad	Cuantitativa	Años cumplidos.	De razón discreta
	Género	Cualitativa	Masculino Femenino	Nominal Dicotómica
	Procedencia	Cualitativa	Urbano Rural Urbano marginal	Nominal Politómica
<b>Características sociales</b>	Grado de escolaridad	Cualitativa	Primaria Secundaria Superior técnico Superior universitario	Nominal Politómica
	Ocupación	Cualitativa	Empleado público Técnico Obrero Comerciante Jubilado Ama de casa (otro)	Nominal Politómica
	Estado civil.	Cualitativa	Soltero Casado/conviviente Divorciado/separado Viudo	Nominal Politómica

### **1.9. Definición de términos operacionales**

**Dolor:** el dolor postoperados es un síntoma subjetivo, una sensación de sufrimiento causada por lesión de los tejidos, en el que existe traumatismo o estimulación de algunas terminaciones nerviosas como resultado de la intervención quirúrgica. Es uno de los temores más frecuentes que el paciente manifiesta al recuperar el estado de conciencia. El dolor postoperados máximo se presenta durante las primeras 12 a 32 horas posteriores a la cirugía, y suele disminuir después de 48 horas.

**Alivio del dolor o disminución del dolor** a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. Para fines de la investigación, se consideró a la disminución de la sensación del dolor y de los síntomas clínicos del dolor y será medido como resultado favorable o desfavorable.

**Intervención de enfermería frente al dolor:** se consideró la valoración previa a la intervención frente al alivio del dolor, información y apoyo emocional, administración de tratamiento farmacológico, aplicación de estrategias no farmacológica y la vigilancia; los cuales se midieron como efectiva e ineficaz.

### **1.10. Limitaciones**

En el presente estudio se tuvo limitación, respecto al proceso de recolección de datos, el cual demandó más tiempo de lo planificado.

## **CAPÍTULO I**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de investigación**

En el presente trabajo se realizó una revisión bibliográfica de la literatura existente, con la finalidad de presentar los antecedentes internacionales y nacionales de una manera sistematizada, de forma que posibiliten profundizar en el conocimiento de la temática de esta investigación, los cuales representan un gran aporte de guía en todo el proceso de realización de la presente tesis.

#### **Antecedentes internacionales**

En el 2012, Muñoz (28), desarrolló un estudio de tipo descriptivo y correlacional titulado “satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados en una institución privada”, el propósito fue determinar la intensidad del dolor, el alivio y la orientación proporcionada al paciente para el manejo del dolor y su relación con la satisfacción del paciente con el manejo del dolor postoperatorio en una institución hospitalaria del sector privado. El muestreo fue aleatorio sistemático de uno en dos, el tamaño de la muestra lo estimaron a través del paquete estadístico Query Advisor versión 4.0, dando como resultado una muestra de 193 pacientes. Para la recolección de la información utilizaron la **c**édula de **d**atos y el **c**uestionario de **i**ntensidad del **d**olor. Las conclusiones

permitieron determinar la intensidad del dolor y su asociación con algunas características del paciente y la satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio. Los resultados mostraron que el 48,2% de los participantes manifestaron el dolor muy cercano al de tipo severo en el máximo de dolor durante las primeras 24 horas. No encontraron asociación entre la intensidad del dolor con la edad del paciente; ni diferencia en la intensidad del dolor de acuerdo al género del paciente; en cuanto al tipo de cirugía se encontró únicamente diferencia en la intensidad del dolor al momento de la entrevista ( $t = 4,16$ ,  $p = ,04$ ). La intensidad más alta de dolor fue reportada por los pacientes a los que se les realizó cirugía menor. En relación al alivio del dolor encontraron que el 77,7% tuvieron un manejo adecuado. El 85,5% de los pacientes recibieron orientación preoperatoria. En cuanto a la satisfacción en general los pacientes tuvieron una media de  $X = 9,54$  ( $DE = 1,08$ ). Encontraron diferencia significativa en la satisfacción general del paciente de acuerdo a si recibió o no orientación ( $t = 71,23$ ,  $p = ,001$ ). Con orientación,  $X = 9,65$  ( $DE = ,84$ ), satisfacción sin orientación,  $X = 7,73$  ( $DE = 2,37$ ). Además encontraron que la satisfacción del paciente con el manejo del dolor está determinada por el máximo dolor postoperatorio y por la orientación preoperatoria recibida para el manejo del dolor,  $R^2 = ,17$ ,  $p = ,000$ .

Este antecedente de investigación presentó proximidad con el estudio realizado, hecho que orientó en la descripción del problema.

En Ecuador, 2013 Carrillo (29), desarrolló un estudio descriptivo, explicativo y retrospectivo titulado “Guía de atención de enfermería a pacientes postquirúrgicos sometidos a cirugías de apendicectomías, y sus efectos e influencias en la recuperación de los mismos en el servicio de cirugía” el objetivo fue elaborar un guía de atención de enfermería a pacientes postquirúrgicos, y sus efectos e influencias en la recuperación. La muestra lo constituyeron todos los pacientes sometidos a apendicectomías. Concluyeron indicando que la falta de un guía de cuidados para pacientes postquirúrgicos apendicectomizados hace que el personal de enfermería actúe acorde a sus conocimientos recibidos durante su preparación profesional, cabe recalcar que la actualización de conocimientos es un determinante primordial para la recuperación de los pacientes. Este antecedente orientó en la metodología del estudio.

En Venezuela, 2006, Bolívar, Navarro, Roa (30); desarrollaron un estudio de campo descriptivo, titulado “Intervención del profesional de enfermería en la satisfacción de las necesidades psicológicas de los pacientes en la fase pre quirúrgica en el servicio de cirugía del hospital central de Maracay”; cuyo objetivo fue determinar la intervención del profesional de enfermería en la satisfacción de las necesidades psicológicas del paciente en fase pre quirúrgica en el servicio de Cirugía del Hospital Central de Maracay. La población estuvo conformada por dos grupos, el primero por 30 profesionales de enfermería que laboran en la Unidad, y el segundo, por 48 pacientes aproximadamente en fase pre

quirúrgica; la muestra para ambos grupos fue de tipo no probabilística, para las enfermeras(os) de naturaleza censal, y para los pacientes intencional seleccionando el 50% de los mismos. Como instrumento de recolección de datos diseñaron un cuestionario dirigida a los pacientes y un guía de observación a los profesionales de enfermería, ambos instrumentos de alternativas dicotómicas, validados por expertos y de elevada confiabilidad. Los resultados llevaron a concluir que los profesionales de enfermería no realizan la totalidad de actividades que corresponden a satisfacer las necesidades psicológicas de los pacientes en pre quirúrgico, por lo que ello estaría influyendo en la preparación del mismo, pudiendo surgir condiciones adversas debido a que no se le proporciona la información que requiere, no se le entrena para el manejo del dolor, valoración emocional y comunicación. Por lo que, entre otras cosas recomendó fortalecer la educación en servicio para la preparación psicológica del paciente en fase pre quirúrgica.

Este antecedente es el más específico en relación con la presente investigación, razón por la cual fue de gran aporte sobre todo en la elaboración de la metodología del presente estudio.

En España, 2005 Bolívar, Catalá, Cadena (31), desarrollaron un estudio titulado “El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad”, cuyo objetivo fue analizar la prevalencia del dolor, las características referidas y su variación en función de los distintos servicios y el abordaje terapéutico realizado. Trabajaron con una muestra de 309 pacientes adultos hospitalizados. Los resultados que encontraron fue: 169

pacientes refirieron dolor en las últimas 24 horas, lo que representó una prevalencia de 54,7%, no hubo diferencias en la intensidad del dolor en relación al sexo, pero si en relación con la edad, a mayor edad aumentó el dolor a moderado ( $p=0,02$ ). De los 309 pacientes estudiados 207 (67%) tenían prescrito algún tratamiento específico para el dolor. Los fármacos más utilizados fueron los AINES, los opioides (24,6% mayores, 7,2% menores), en el 67,1% de los pacientes el manejo del dolor fue adecuado, mientras que en el 32,9% fue inadecuado. Concluyeron indicando que el manejo del dolor fue adecuado por el personal de enfermería.

Este antecedente de investigación, presentó similitud con el estudio; puesto que contribuyó en la elaboración del marco teórico.

En España 2004, Córdoba, Ortiz, Salazar, García (32); realizó un estudio descriptivo- transversal exploratorio con metodología cuantitativo titulado, "Manejo del dolor por el personal de enfermería en paciente pediátrico post-quirúrgico de apendicetomía" cuyo objetivo para describir como es el manejo del dolor que ofrece el personal de enfermería al paciente. Aplicaron un instrumento semiestructurado que aplicaron al personal de enfermería que laboran en el área. El resultado del 55% de la muestra solo utiliza la administración de analgésicos para el manejo del dolor y el 45% realiza intervenciones independientes como parte del cuidado de enfermería. Por lo tanto concluyeron que existe la necesidad de elaborar un modelo innovador en el cual las enfermeras apliquen



intervenciones independientes para poder mejorar la calidad de atención en el manejo del dolor del paciente postquirúrgicos.

Este antecedente de investigación presentó proximidad con este estudio puesto que aborda aspectos para el marco teórico.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Teoría de los síntomas desagradables**

Desde tiempos remotos hasta la actualidad, el dolor es el síntoma más frecuente en el manejo clínico o quirúrgico de las enfermedades que afectan al ser humano, incluida la demanda de pacientes que sufren de algunos procesos crónicos (33).

En este contexto, es necesario analizar el dolor como un síntoma, a la luz de la teoría de los síntomas desagradables, puesto que esta teoría de mediano rango permite definir los síntomas como indicadores percibidos del cambio en el funcionamiento normal, como lo experimenta el paciente, y a la vez, nos brinda información acerca del dolor, destacando unas características propias y conociendo los factores que afectan el síntoma y las consecuencias o resolución del dolor (34).

Bajo el enfoque de esta teoría los profesionales de enfermería deben conocer y evaluar en el momento inicial de la valoración del dolor los tres componentes esenciales que intervienen en la percepción dolorosa: el sensorial, que se relaciona con la transmisión del impulso desencadenado y que informa sobre su intensidad, localización y cualidad; el motivacional-afectivo, que se refiere a nuestras emociones frente a un impulso doloroso

y la manera como estas pueden influir en su interpretación, al caracterizar el dolor como desagradable y al generar ansiedad y depresiones, y el evaluador, que determina la influencia del dolor en la vida diaria y cotidiana del paciente (35).

Según lo expuesto, la valoración del dolor, el seguimiento y la evaluación de las intervenciones del dolor son estrategias fundamentales que se deben aplicar en la práctica diaria por medio de instrumentos multidimensionales que permitan la aplicabilidad de la teoría de los síntomas desagradables, al evaluar las características, los factores influyentes y la realización del dolor.

### **2.2.2. La teoría del dolor agudo**

Teóricamente, el dolor agudo es predecible y cumple una señal de alarma, aunque ocasionalmente hay factores psicológicos implicados. El dolor agudo no se debe casi nunca a causas psicopatológicas o a influencias ambientales. Al preguntarles a los pacientes sobre el significado del dolor, lo definen como una sensación desagradable que los limita y los afecta física y emocionalmente. Refieren que algunas veces al sentir dolor perciben otros síntomas como son náuseas, palpitaciones o fatiga.

La intensidad del dolor varía desde leve hasta tan alta, que es escrita como incontrolable e inmanejable. Los intervalos de aparición del dolor son intermitentes. La dimensión de angustia en estos individuos es heterogénea, puesto que para algunos el dolor agudo puede ser molesto, pero para otros no tanto. Esto depende de dos elementos: el umbral del

dolor, considerado como la mínima intensidad de estímulo que se requiere para experimentar dolor, y el grado de tolerancia, que corresponde a la mayor intensidad del estímulo que se puede tolerar (36).

Para Bishop, Ferraro, Borowiak, citado por Achury (37), el dolor agudo es un fenómeno complejo, unidimensional y multideterminado, que resulta de la interacción de factores psicológicos, fisiológicos, ambientales y socioculturales. Estos factores son de suma importancia en la percepción y el manejo del dolor. Se ha observado que enfermedades de base, experiencias traumáticas anteriores (donde sentían dolor y no fue adecuado su manejo), ciertos estímulos (como el ruido, el frío, el calor, la falta de analgesia, los movimientos y la personalidad) se constituyen en determinantes en la percepción del dolor (38).

Hay autores que distinguen dos modalidades de dolor: el dolor interoceptivo, de origen endógeno o visceral, donde predomina el componente afectivo y la participación emocional; el dolor exteroceptivo, en el que el factor predominante es sensitivo y donde el componente emocional no es tan notorio (39, 40).

El factor ansiedad tiene una relación estrecha con el dolor agudo, ya que, modifica la receptividad al dolor e influye en la intensidad con que lo experimenta el sujeto; por ejemplo, un soldado herido que se encuentra lejos del frente de batalla y para quien la guerra ha terminado, aunque sólo sea momentáneamente, resiste en mejores condiciones anímicas el dolor, que un paciente hospitalizado después de una intervención quirúrgica equivalente (41).

### 2.2.3. Teoría del Control de entrada

El misterio y la complejidad del dolor se demuestran en particular por el hecho de que nadie sabe qué mecanismos neurofisiológico produce la sensación de dolor. Entre las teorías más recientes se encuentra la del control de entrada, propuesta por Melzack y Wall, que como todas las teorías, no es totalmente verdadera. Esta teoría propone que hay un mecanismo de entrada que participa en la transmisión de los impulsos del dolor. Si la entrada se cierra, no se siente dolor, si esta se encuentra abierta, se siente y una entrada abierta en forma parcial ocasiona menos dolor. Tal vez este mecanismo se encuentra ubicado en diversos sitios a lo largo del sistema nervioso central. La transmisión de los impulsos dolorosos al nivel de la conciencia cortical se afecta de las siguientes maneras:

*Actividad en las fibras nerviosas sensoriales grandes y pequeñas.*

La entrada se abre por excitación de las fibras de diámetro pequeño que llevan los impulsos dolorosos, sin embargo estas se pueden bloquear mediante la estimulación de las fibras de diámetro grande. Muchas fibras cutáneas son de diámetro grande y la estimulación de la piel al frotarla o con otros medios aliviará el dolor.

*Proyecciones de la formación reticular del tallo cerebral.* El sistema activador reticular regula la entrada y salida de señales. Las informaciones somáticas que proceden de todas partes del cuerpo, como también las visuales y auditivas, son controladas por el sistema reticular cerrando la entrada a la transmisión de los impulsos dolorosos. De este modo, las señales de dolor no llegan a nivel de la conciencia cortical (no se percibe el

dolor) o llegan en menor cantidad (dolor menos intenso). Así la distracción disminuye el dolor mientras que la monotonía aumenta el dolor.

*Proyecciones de corteza cerebral y tálamo.* Las señales que proceden de la corteza o el tálamo abren o cierran la entrada a la transmisión de impulsos dolorosos, ya sea de manera indirecta por proyección a través de la formación reticular, o directamente por proyección hacia la entrada. Los procesos cognoscitivos y afectivos se deben a la actividad neural de la corteza y el tálamo. Por tanto los pensamientos y sentimientos de la persona influyen en la transmisión de impulsos dolorosos de la entrada hacia el nivel de la conciencia cortical. Las creencias de la persona, su ansiedad, recuerdos de experiencias dolorosas en el pasado y otros factores, incluyen el significado del dolor.

En resumen, estos factores incluyen no solo en la estimulación de fibras dolorosas, sino también en la estimulación cutánea, otras percepciones sensoriales, pensamientos y sentimientos. Esta teoría constituye una base para comprender y diseñar medidas para el alivio del dolor (42).

## **2.3. Bases conceptuales**

### **2.3.1. La intervención de enfermería mediante el cuidado**

Son diversas atenciones que el profesional de enfermería dedica a cada paciente. Las características de atención dependerán del estado y la

gravedad del paciente, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente (43).

### **2.3.2. Cuidados de enfermería postquirúrgicos**

Son diversas atenciones que el personal de enfermería dedica a cada paciente. Es enseñar lo desconocido, en relación a salud o adaptación a enfermedad. Educar para disminuir miedos, enseñar la mejor forma de cuidar la salud, seguir el tratamiento y fomentar el autocuidado. Se refiere a la Intención de mejorar la calidad de vida del usuario y familia ante nuevas experiencia fomentando independencia y autonomía. Las características de atención dependerán del estado y la gravedad del paciente, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente (43).

### **2.3.3. Evolución histórica del concepto de dolor**

Hablar del dolor, es uno de los fenómenos más difíciles de la actividad lingüística. Los neurólogos lo hacen en términos de impulsos nerviosos, los psicólogos hablan de emociones, los filósofos de significado y funciones y los teólogos de culpa y castigo (45).

El significado de la palabra dolor procede del latín *Orem*, definido como un fenómeno intangible, invisible e inmensurable (46), la Asociación Internacional para el Estudio del dolor lo describe como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño actual o potencial

del tejido, que incluye una serie de conductas relacionadas al dolor, visibles o audibles que pueden estar modificadas por el aprendizaje” (47).

#### **2.3.4. Definición de dolor**

Según la International Association for the Study of Pain (IASP) el dolor es definido como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño real o potencial. El dolor es, por tanto, subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele (48). Existen tres tipos de dolor: dolor agudo (intenso), dolor crónico (dolor persistente, mayor de 6 meses) y dolor psicógeno (sin base orgánica, común en personas que magnifican el dolor) (49).

#### **2.3.5. El dolor por problemas de abdomen agudo**

El término abdomen agudo es un síndrome que se caracteriza por dolor abdominal de comienzo brusco con una importante repercusión del estado general de paciente/cliente y que implica muchas veces un proceso intrabdominal grave, urgente que con frecuencia requiere de un tratamiento quirúrgico urgente. No obstante se plantean muchos problemas muy a menudo (50).

#### **2.3.6. El dolor pos-operatorio**

La intervención quirúrgica determina dos tipos de dolor: uno extremadamente violento debido a las manipulaciones en la operación, que es el dolor intraoperatorio, y el postoperatorio, que es posterior al acto

quirúrgico, fomentado por las lesiones y producido por el estímulo ejercido sobre los receptores periféricos (51).

El dolor postoperatorio es el máximo representante del dolor agudo y se define como un dolor de inicio reciente, duración probablemente limitada y que aparece como consecuencia de la estimulación nociceptiva resultante de la intervención quirúrgica sobre los distintos órganos y tejidos (52).

La intensidad y duración del dolor postoperatorio se asocia con características individuales, así como las relacionadas con el procedimiento quirúrgico y con el tratamiento farmacológico que se brinda en las instituciones, este último relacionado directamente con características de tipo organizacional.

En relación con las características individuales se pueden señalar la edad, género y escolaridad. En algunos estudios se reportan diferencias en la percepción del dolor de acuerdo a estas características; sin embargo, los hallazgos no son conclusivos (53).

### **2.3.6.1. Manifestaciones objetivas del dolor**

#### **2.3.6.1.1. Frecuencia cardíaca**

Las alteraciones cardiovasculares son, junto a las complicaciones pulmonares, una de las causas importantes de mortalidad postoperatoria.



Cerca del 23% de las muertes en el postoperatorio se asocian a complicaciones cardiovasculares (54).

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 cardíaca y de las resistencias vasculares periféricas con el consiguiente incremento de la presión arterial media, del índice cardíaco y del consumo de oxígeno por parte del miocardio. Estas alteraciones pueden no tener gran repercusión en un paciente sano y en cambio, resultar trascendentales en pacientes con patología de riesgo (55), pudiendo llegar a ocasionar una descompensación aguda de su estado, precipitando la aparición del infarto o el fallo cardíaco durante el postoperatorio inmediato, ya que es en este periodo cuando el dolor suele alcanzar una mayor intensidad (56). Además, la disminución de flujo sanguíneo por la hiperactividad simpática, puede interferir en la correcta cicatrización postquirúrgica.

#### **2.3.6.1.2. Frecuencia respiratoria**

El deterioro de la función respiratoria es una de las complicaciones más importantes que acontecen tras la cirugía en el período 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% (57), alcanzando especial relevancia ya que contribuye en gran medida a la morbimortalidad postoperatoria. Se

ha estimado que las complicaciones respiratorias son causa del 25% de la mortalidad postoperatoria (58).

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. Hay que tener en cuenta que la complicación más frecuente es la aparición de atelectasias (59), y es de tal importancia que la incidencia de atelectasias del lóbulo inferior izquierdo puede llegar al 85-90% tras una cirugía cardíaca (60).

El dolor es uno de los principales responsables del deterioro de la función respiratoria en el periodo postoperatorio, sin embargo no es el único factor causante de estas alteraciones, ya que existen otros factores que hacen que no se llegue a conseguir una normalización de los parámetros respiratorios a pesar de obtener un adecuado control del dolor postoperatorio, obteniendo sólo una restauración parcial del funcionalismo respiratorio (61, 62).

#### **2.3.6.1.3. Presión arterial**

Las alteraciones cardiovasculares 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 cardíaca y de las resistencias vasculares periféricas con el consiguiente incremento de la presión arterial media, del índice cardíaco y del consumo de oxígeno por parte del miocardio (63). Además, la disminución de flujo

sanguíneo por la hiperactividad simpática, puede interferir en la correcta cicatrización postquirúrgica.

#### **2.3.6.2. Intervención de enfermería frente al dolor**

El profesional de enfermería como ente proveedor de servicios de salud, realiza un acto personal ético, creativo y solidario a las personas en el proceso salud-enfermedad en el que se precisa una atención adecuada con la finalidad de fortalecer emocionalmente al paciente proporcionando así cuidados de enfermería de calidad. El dolor postoperatorio es necesidad de tratamiento rápido y eliminar la causa que lo provoca, la satisfacción de los pacientes con el personal médico y de enfermería, cuantificar el tiempo y efectividad de los analgésicos (64).

El cuidado humano se construye a partir de la cohesión ineludible de ciertos elementos. La finalidad de pleno conocimiento de los mismos por parte del profesional del cuidado y su aplicación es, en definitiva que ambos integrantes del proceso, sujeto cuidado y sujeto cuidador, se sientan satisfechos (65).

Como profesionales de enfermería es importante intervenir sobre el dolor a través de las intervenciones no farmacológicas para el control del dolor despiertan cada vez más interés. El Royal College of Nursing Complementary Forum de Reino Unido indica que las intervenciones complementarias para el manejo del dolor incluyen técnicas de relajación, de formación y de información. Añadir intervenciones no farmacológicas a los tratamientos del dolor es recomendado ampliamente en la bibliografía

tanto por los organismos internacionales de control de calidad como por las guías de práctica clínica. Los programas de ejercicio, los masajes, la terapia cognitivo-conductual, escuchar música, al igual que la hipnosis o la distracción, ofrecen las ventajas potenciales del bajo coste, la facilidad de administración y la seguridad. Sin embargo, no ha sido establecido que estas intervenciones tengan la misma efectividad entre sí para reducir la intensidad del dolor o la necesidad de tomar analgésicos. Aunque son muchas las intervenciones enfermeras utilizadas en el tratamiento del dolor crónico, un metaanálisis de 1996 en el que se incluyen 49 ensayos clínicos muestra que es necesario investigar la efectividad de estas intervenciones (66).

El paciente que está internado o que va a ser operado, se encuentra en una realidad que puede ser percibida como una amenaza, y que por tanto, puede originar un sentimiento de ansiedad. El nivel de ansiedad influye sobre la percepción del dolor en el periodo postoperatorio (67).

Para el profesional de enfermería, una atención de calidad sería aquella que intentase aliviar la ansiedad del paciente, o también como "una reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos actual o potencialmente peligrosos, o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque solo sea por la circunstancia de aparecer inciertos". Sin embargo no debemos olvidar que quien entra en una sala de intervenciones no es un caso, no es un proceso, sino una persona aislada de su entorno que se encuentra en una realidad que puede ser percibida como una

amenaza y que por tanto puede originar en ella un sentimiento de ansiedad (68).

## **CAPÍTULO II**

### **3. MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Ámbito del estudio**

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Nivel I Essalud de Tingo María, el cual está ubicado en el distrito de Tingo María, capital de la provincia de Leoncio Prado del departamento de Huánuco. Ubicado en el Jr. Bolognesi N° 120 con 20 años de creación, en la actualidad con más de 20 mil asegurados. Específicamente el estudio se ejecutó en el servicio de Centro Quirúrgico; el cual a la fecha cuenta con profesionales calificados y especialistas para la atención del usuario, teniendo un récord de atención considerable para ser calificado como nivel II. El período de estudio estuvo comprendido entre los meses de diciembre del 2014 a noviembre del 2016.

#### **3.2. Población**

La población estuvo constituida por una población desconocida, puesto que no se sabe con exactitud el número de pacientes posoperados inmediatos de cirugía de abdomen agudo que hayan evidenciado la efectividad de la intervención de enfermería en el alivio del dolor.

**Características de la población:**

- **Criterios de inclusión.** Se incluyeron en el estudio a los pacientes que:

- Tuvieron **12** horas postoperatorias consideradas a partir del egreso del quirófano.
- Fueron intervenidos de **forma convencional** no laparoscópica ni clasificada como mínima invasiva (microcirugía).
- Mayores de 18 años de edad, sometidos a cirugía del abdomen agudo.
- Tuvieron una programación preoperatoria no menor de 6 horas.
- Estuvieron lucidos, orientados en tiempo espacio y persona (LOTEP).
- Aceptaron el consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión.** Se excluyeron del estudio a los pacientes que:

- Estuvieron atravesando alguna crisis emocional.
- Estuvieron en aparente mal estado general.
- Tuvieron alguna contraindicación para anestesia epidural.
- **No** aceptaron firmar el consentimiento informado.

- **Unidad de análisis**

Los pacientes.

- **Unidad de muestreo**

Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

- **Tamaño de la muestra**

- Se calculó con el siguiente algoritmo.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2}$$

Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	<b>0,070</b>
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2 =$	0,965
Z de (1- $\alpha/2$ )	$Z (1 - \alpha/2) =$	1,812
Prevalencia de la enfermedad	$p =$	<b>0,880</b>
Complemento de p	$q =$	0,120
Precisión	$d =$	<b>0,080</b>
Tamaño de la muestra	$n =$	<b>54,17</b>

Se calculó una muestra de 54 pacientes; en el proceso de control de calidad de los datos se eliminó dos encuestas. En total la muestra final fue de 52 pacientes.

- **Tipo de muestreo**

La selección de la muestra fue mediante el muestreo probabilístico, aleatorio simple, en la cual se seleccionó directa e intencionadamente a todos los individuos de la población. Además, se tuvo en consideración los criterios de inclusión y exclusión.



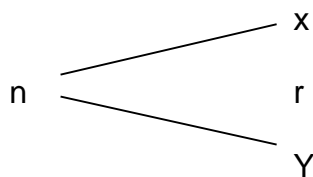
### 3.3. Nivel y tipo de estudio

El nivel de estudio, fue un estudio relacional, ya que trato de explicar la relación de las variables propuestas. Por el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue de tipo **prospectivo**, puesto que se recogieron datos del tiempo presente, de una fuente primaria.

De acuerdo al período y secuencia del estudio; fue **transversal** porque se estudió las variables en un solo período de tiempo. Según el número de variables el presente estudio fue **analítico**, puesto que se tuvo dos variables: variable dependiente e independiente. Y según la intervención de las investigadoras el presente estudio fue un estudio **observacional**, puesto que no hubo manipulación de variables.

### 3.4. Diseño de estudio

El diseño aplicado en esta investigación fue el correlacional, tal como se evidencia a continuación:



**Dónde:**

**n** = Pacientes postoperados

**X** = Intervención de enfermería

**Y** = Alivio del dolor

**r** = Relación entre las variables X y Y

### 3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### 3.5.1. Técnicas

Las técnicas utilizadas fueron la observación y la entrevista individualizada.

#### 3.5.2. Instrumentos de recolección de datos

- **Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 1).** Este instrumento contiene 11 reactivos, clasificadas en 3 dimensiones: características demográficas (edad, género y procedencia), características sociales (estado civil, grado de escolaridad y ocupación) y las características de la enfermedad.
- **Escala visual numérica de evaluación del dolor posoperatorio inmediato (anexo 2).** Este instrumento viene representado en una regla con una línea horizontal sin números, generalmente de 10 cm. de largo, cuyos extremos están delimitados por una marca que expresa «sin dolor», y en el otro extremo «peor dolor que haya sentido alguna vez ». La persona debe marcar un punto en la línea que indique el grado de dolor que siente en ese momento. Por el reverso, la línea está numerada del 0, «sin dolor», al 10, «peor dolor que haya sentido», lo que permite a la persona que está realizando la evaluación asignar un valor numérico respecto al grado de dolor evaluado. También en dicho instrumento se registró los valores de la frecuencia respiratoria, cardíaca y presión arterial.

- **Guía de observación de las intervenciones de enfermería en el posoperatorio inmediato (anexo 3).** Este instrumento consta de 15 reactivos y cinco dimensiones: Valoración previa a la intervención frente al alivio del dolor, información y apoyo emocional, administración de tratamiento farmacológico, aplicación de estrategias no farmacológica y vigilancia.

### **3.5.3. Validez de los instrumentos de recolección de datos**

Los instrumentos de medición, fueron sometidos a los siguientes procedimientos de validación:

#### **a. Validez racional**

Para asegurar la mejor representatividad de los ítems de los instrumentos de recolección de datos, se realizó la revisión de diversos antecedentes de investigación referidos a las variables en estudio: intervención de enfermería y alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de cirugía de abdomen agudo.

#### **b. Validación por jueces**

Los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a la revisión de expertos y jueces quienes evaluaron de manera independiente cada reactivo considerado en los instrumentos de medición, para lo cual se tuvo en cuenta los siguientes criterios: pertinencia, suficiencia, claridad,

vigencia, objetividad, estrategia y consistencia.

Los expertos y jueces revisores fueron seleccionados de modo interdisciplinario según el dominio de la temática en estudio (expertos en centro quirúrgico). Se les entregó la matriz de consistencia del proyecto, la hoja de instrucciones y los instrumentos de recolección de datos para la revisión respectiva. Al final los jueces y expertos firmaron una constancia de validación indicando su conformidad con los instrumentos de medición.

### **c. Validación por aproximación a la población**

Los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a un primer piloto, para el cual se eligió una pequeña muestra de 3 pacientes con características similares a la muestra en estudio, con la finalidad de identificar si la redacción de los reactivos, son adecuadas para una buena comprensión de las mismas por parte de las personas entrevistadas.

### **d. Confiabilidad**

Para determinar la consistencia interna del cuestionario de conocimientos, se realizó un segundo piloto a una muestra de 13 pacientes elegidos según muestreo no probabilístico y según criterio del investigador, con características similares a la muestra en estudio, con el fin de elaborar una base de datos, con el cual se calculó la confiabilidad a través de la prueba KR de Richardson; tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 01: confiabilidad del cuestionario de intervención de enfermería.

Dimensiones	n=13
	KR
Valoración previa a la intervención frente al alivio del dolor.	0,70
Información y apoyo emocional	0,68
Administración de tratamiento farmacológico	0,59
Aplicación de estrategias no farmacológica.	0,69
Vigilancia	0,66
Total	0,65

Fuente. Elaboración propia

#### 3.5.4. Procedimiento de recolección de datos

- En primera instancia se presentó el proyecto para el dictamen favorable por parte de los jurados revisores del proyecto, así como de la institución de salud seleccionada en donde se realizó el estudio, especificando el cronograma de actividades desde la recolección de datos hasta el procesamiento de la información.
- Diariamente se verificó la hoja de control de cirugías realizadas de pacientes, se elaboró un listado de acuerdo a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión. Se cotejaron los datos de los pacientes para verificar su ubicación. **Se acudió al servicio** y se notificó al profesional de enfermería, responsable del paciente que fue seleccionado. Posteriormente se corroboraron datos de identificación en la historia clínica, para comprobar que fuera el paciente seleccionado.
- Una vez corroborados los datos se acudió a la habitación del paciente y se solicitó su participación. Se les explicó el objetivo del estudio y en caso de aceptar se les solicitó la aceptación de la firma del consentimiento informado.

- Para aplicar los instrumentos de recolección de datos, se capacitó a una encuestadora (profesional de enfermería) para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, garantizando una correcta recolección de la información y el control de calidad de los datos.
- Antes de aplicar el instrumento a los pacientes que aceptaron participar se verificó que fuera el momento apropiado; es decir, que no hubiera interferencia con la realización de algún procedimiento o con el consumo de la dieta, así mismo se cuidó de no aplicarlo en caso de que el paciente presentará dolor intenso, ante esta situación se notificó al enfermero responsable y se procedió a regresar más tarde para la entrevista. Para mayor privacidad del paciente se buscó que la recolección de los datos fuera en la habitación del paciente, cuando no se encontró presente personal de enfermería.

### **3.6. Tabulación y análisis de datos**

En primer lugar, se realizó la revisión de los datos, donde se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos que se utilizó; asimismo, se hizo el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias. Seguido a ello, se efectuó la codificación de los datos, de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos respectivos según las variables del estudio. Después de ello, se llevó a cabo la clasificación de los datos de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal. Finalmente, se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

**Análisis descriptivo.** Se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. Se emplearon figuras para facilitar la comprensión, en cada caso se trató de generar el estímulo visual sea simple, resaltante y fácilmente comprensible.

**Análisis inferencial.** Se aplicó la prueba no paramétrica Chi cuadrado. Del mismo modo, se consideró el p-valor, si cae en la región de rechazo (zona roja) [ $p < 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ )], se rechazó la hipótesis nula, pero si cae en la región de no rechazo [ $p > 0,05$  (confianza 95%)] se aceptó la hipótesis de investigación. Para el procesamiento de los datos se aplicó el paquete estadístico programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0 para Windows.

### **3.7. Aspectos éticos de la investigación**

La presente investigación se establece en base a los preceptos del Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio de Enfermeros del Perú. Por tanto, se tomó en consideración los siguientes aspectos:

El respeto a la confidencialidad de los datos, confiriéndole seguridad, así como reserva a la información obtenida acerca de los sujetos con respecto a las variables medidas en ellos. En este sentido, los datos reportados por los sujetos están exceptos de identificación personal, lo cual resalta la condición de anonimato.

Las investigadoras asumieron la responsabilidad de todos los aspectos de la investigación, por ende; fueron los responsables de responder todas las inquietudes e interrogantes que puedan presentarse. Además, las investigadoras se cercioraron de que cada uno de los participantes se encuentre libre de coacción indicando el carácter voluntario de su participación. Se remarcó el empleo de los siguientes principios:

- **Beneficencia:** esta investigación será de beneficio para los pacientes, para que más adelante se implementen programas de mejoras en la mejora de la atención de salud quirúrgica.
- **No maleficencia:** no se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos y el bienestar de los participantes, ya que el estudio fue no observacional.
- **Autonomía:** se respetó este principio, ya que se les explicó que podían retirarse en el momento que lo desearan, garantizándose la participación voluntaria de la muestra.



### CAPÍTULO III

#### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

##### 4.1. Resultados descriptivos

**Tabla 1. Características demográficas de los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud, Tingo María-2014**

Características demográficas	n=52	
	fi	%
<b>Grupo de edad</b>		
Adulto joven (20-39)	38	73,1
Adulto medio (40-49)	4	7,7
Adulto maduro (50-59)	8	15,4
Adultos mayores (60-67)	2	3,8
<b>Género</b>		
Masculino	22	42,3
Femenino	30	57,7
<b>Zona de procedencia</b>		
Urbano	48	92,3
Rural	4	7,7

Fuente: Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 01).

En la presente tabla 1 sobre las características demográficas de los pacientes postoperados en estudio, se evidenció que alrededor de las tres cuartas partes de la muestra pertenecen al grupo de adultos jóvenes entre 20 a 39 años [73,1% (38)], seguida de un 15,4% (8) que se ubican en el grupo de adultos maduros (de 50-59 años).

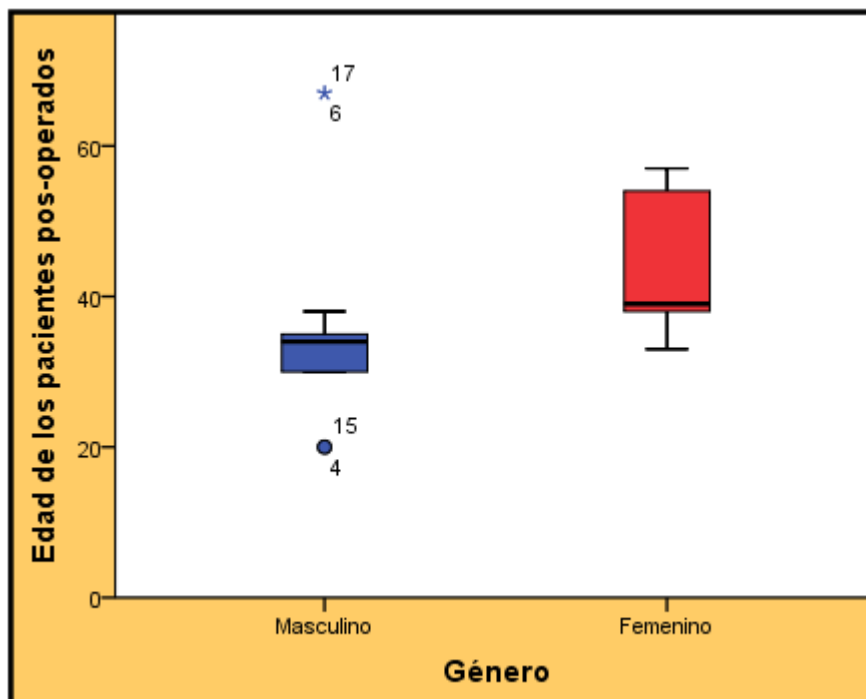
En relación al género, por encima de la mitad de la muestra son féminas [57,7% (30)], frente a un 42,3% (22) que fueron del género masculino.

Y, respecto a la procedencia de la muestra, 92,3% (48) procedían de la zona urbana, mientras que solo 7,7% (4) procedían de la zona rural.

**Tabla 2. Promedio de edad de los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014**

Género	x	Mediana (Q2)	DE	Min.	Max	Moda
Masculino	35,27	34	11,55	20	67	30
Femenino	43,07	39	8,85	33	57	39

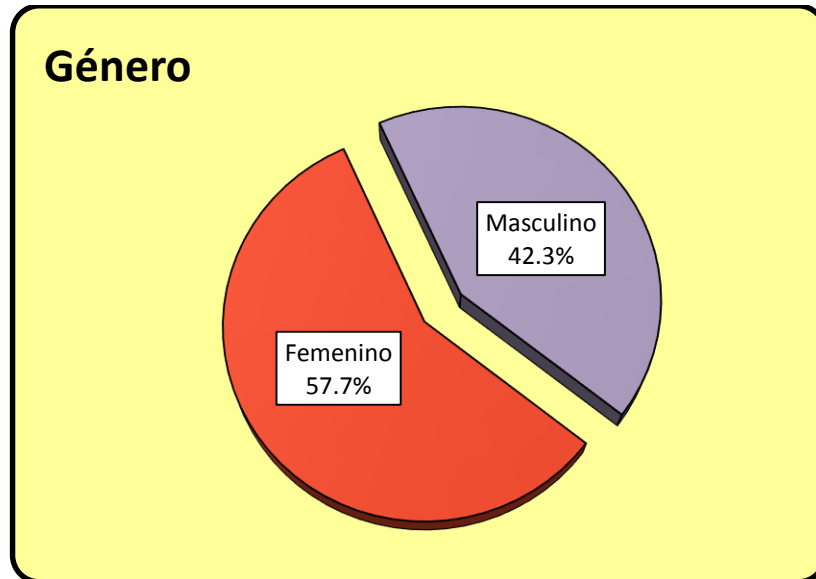
Fuente: Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 01).



**Figura 1. Representación gráfica de las edades de los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014**

La figura 1, muestra el promedio de las edades de los pacientes **en el masculino** postoperados en estudio según género, en la cual, la edad mínima **es** 20 años y la máxima 67, en tanto la media **es de** 35 años (DE +/- 11,55).

Por otro lado, **en las femeninas** la edad mínima es 33 años y la máxima 57. **La edad** promedio de las edades para este grupo es 43, con una mediana de 39, y desviación estándar de 8,85 años.



**Figura 2. Representación gráfica del género de los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María.-2014**

En la figura 2 se observa la distribución por género de los pacientes postoperados en estudio, donde prevalece [57,7% (30)] el género femenino, seguido de 42,3 % (22) de masculinos.

**Tabla 3. Características sociales de los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014**

Características sociales	n=52	
	fi	%
<b>Estado civil</b>		
Soltero/a	16	30,8
Casado/a	14	26,9
Divorciado/a	4	7,7
Conviviente	18	34,6
<b>Grado de escolaridad</b>		
Primaria	6	11,5
Secundaria	4	7,7
Superior técnico	20	38,5
Superior universitaria	22	42,3
<b>Ocupación</b>		
Empleado público	14	26,9
Empleado privado	14	26,9
Obrero	4	7,7
Comerciante	8	15,4
Ama de casa	10	19,2
Otro	2	3,8

Fuente: Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 01).

En la tabla 3, **se muestra** las características sociales de los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal en estudio, **donde** 34,6% (18) refieren ser convivientes, seguido de más de la cuarta parte [30,8% (16)] que **son** ser solteros/as.

Respecto al grado de escolaridad, cerca de la mitad [42,3% (22)] cuentan con estudios superiores universitarios, mientras que **un** 38,5% (20) con estudios de nivel superior técnico.

Y, en cuanto a la ocupación, 26,9% (14) son empleados públicos y privados respectivamente, en tanto 19,2% (10) manifestaron **tener la** ocupación de ama de casa.

**Tabla 4. Caracterización de la intervención quirúrgica de los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014**

Caracterización de la intervención quirúrgica	n=52	
	fi	%
<b>Diagnóstico quirúrgico (posoperatorio)</b>		
Apendicetomía	26	50,0
Colecistectomía	12	23,1
Herniorrafía	14	26,9
<b>Condición de la intervención quirúrgica</b>		
Programada	18	34,6
De emergencia	34	65,4
<b>Resultado del tratamiento quirúrgico</b>		
Recuperado	40	76,9
Complicado	12	23,1
<b>Tiempo de hospitalización</b>		
1 día	18	34,6
2 días	18	34,6
3 días	10	19,2
4 días	6	11,5

Fuente: Guía de entrevista de las características generales de la muestra en estudio (Anexo 01).

En la tabla 4, se caracteriza de la intervención quirúrgica de los pacientes postoperados en estudio, donde la mitad fueron de **apendicetomía** [50,0% (26)], seguido de 26,9% (14) de herniorrafía.

En cuanto a la condición de la intervención quirúrgica, una importante proporción fueron intervenidos por la **condición** de emergencia [65,4% (34)], frente a 34,6% (18) que fueron programados.

Así mismo, sobre el resultado del tratamiento quirúrgico, 76,9% (40) evolucionaron favorablemente, mientras que 23,1% (12) su evolución experimentó complicaciones.

Acercas del tiempo de hospitalización, 34,6% (18) estuvieron hospitalizados por uno y dos días respectivamente, seguido de 19,2% (10) que estuvieron hospitalizados por tres días.

## DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Tabla 5. Valoración del dolor durante el postoperatorio inmediato de los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014

Valoración del dolor durante el postoperatorio inmediato.	n=52			
	Sí		No	
	fi	%	fi	%
Valora la presencia del dolor incluyendo: localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y los factores desencadenantes.	42	80,8	10	19,2
Observa claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.	38	73,1	14	26,9
Explora el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.	28	53,8	24	46,2
Explora con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.	30	57,7	22	42,3
Ante la presencia de dolor constante valora la situación del paciente para comunicar al médico y pueda prescribir el analgésico por horario y no por ciclo de demanda.	48	92,3	4	7,7

Fuente: Guía de observación de la intervención de enfermería en el postoperatorio inmediato (Anexo 03).

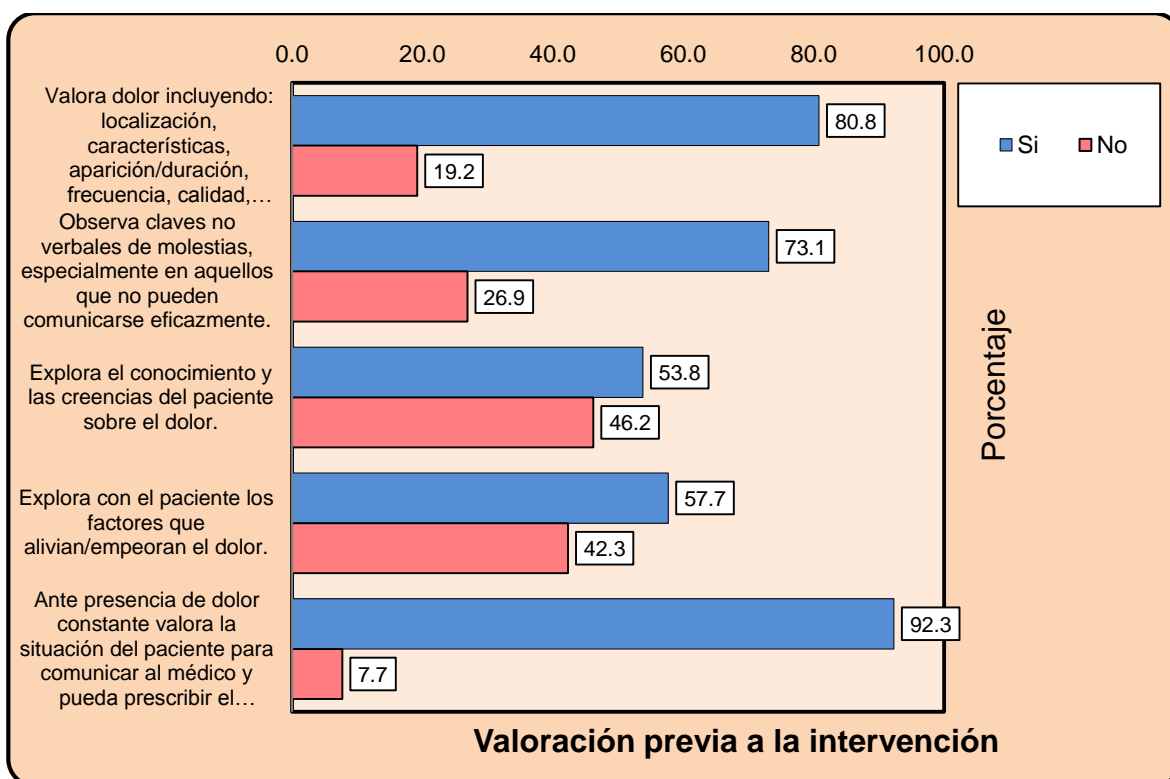


Figura 3. Representación gráfica de la valoración del dolor durante el postoperatorio inmediato de los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014

En la presente tabla 5 y figura 3 acerca de la valoración del dolor durante el postoperatorio inmediato de los pacientes en estudio, se halló que una gran proporción de los pacientes expresó que ante la presencia de dolor, el (la) enfermero/a constantemente valora la situación del paciente para comunicar al médico y pueda prescribir el analgésico por horario y no por ciclo de demanda [92,3% (48)], así mismo, 80,8% (42) de los pacientes percibieron que los profesionales de enfermería valoraban el dolor incluyendo su localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y los factores desencadenantes.

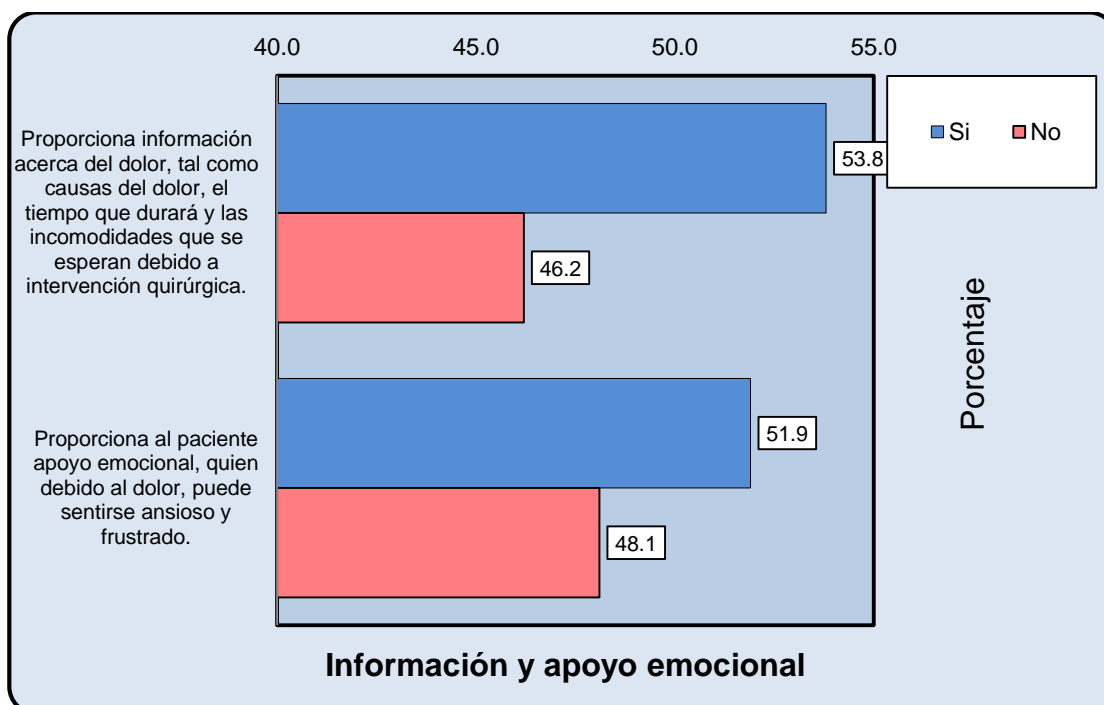
Un 73,1% (38) **de muestra**, consideró la intervención de observación de claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no **podieron** comunicarse eficazmente. Un 57,7% (30) exploró con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.

Por otro lado, alrededor de la mitad, exploraba el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor, [53,8% (28)].

**Tabla 6. Información y apoyo emocional brindada por el profesional de enfermería durante el postoperatorio inmediato de los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014**

Información y apoyo emocional	n=52			
	Sí		No	
	fi	%	fi	%
Proporciona información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a intervención quirúrgica.	28	53,8	24	46,2
Proporciona al paciente apoyo emocional, quien debido al dolor, puede sentirse ansioso y frustrado.	27	51,9	25	48,1

Fuente: Guía de observación de la intervención de enfermería en el postoperatorio inmediato (Anexo 03).



**Figura 4. Representación gráfica de la información y apoyo emocional brindada por el profesional de enfermería durante el postoperatorio inmediato de los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María.-2014**

En la tabla 6 y figura 4, se evidencia la información y apoyo emocional que brinda el profesional de enfermería a los pacientes durante el postoperatorio inmediato en estudio, donde, más de la mitad proporcionan información acerca del dolor [53,8% (28)], tal como causas



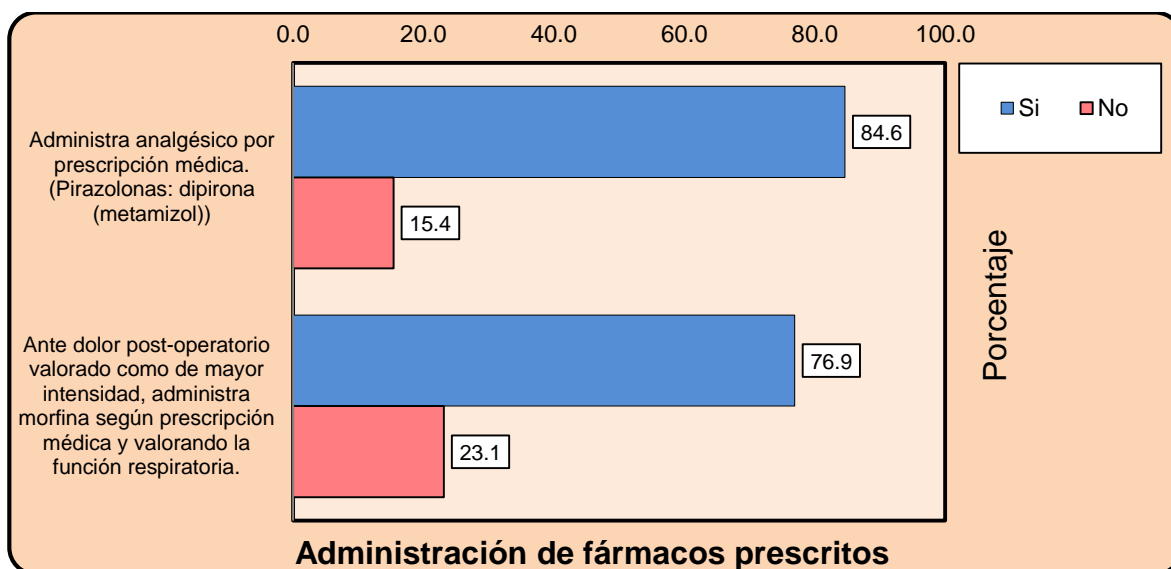
del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a la intervención quirúrgica.

Del mismo modo, 51,9% (27), consideró que los profesionales de enfermería proporcionaron apoyo emocional, ya que debido al dolor, **pueden sentir ansiedad y frustración.**

**Tabla 7. Administración de fármacos por el profesional de enfermería según prescripción durante el postoperatorio inmediato de los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014**

Administración de fármacos prescritos	n=52			
	Sí		No	
	fi	%	fi	%
Administra analgésico por prescripción médica. (Pirazonas: dipirona (metamizol))	44	84,6	8	15,4
Ante dolor postoperatorio evaluado como de mayor intensidad, administra morfina según prescripción médica y valorando la función respiratoria.	40	76,9	12	23,1

Fuente: Guía de observación de la intervención de enfermería en el postoperatorio inmediato (Anexo 03).



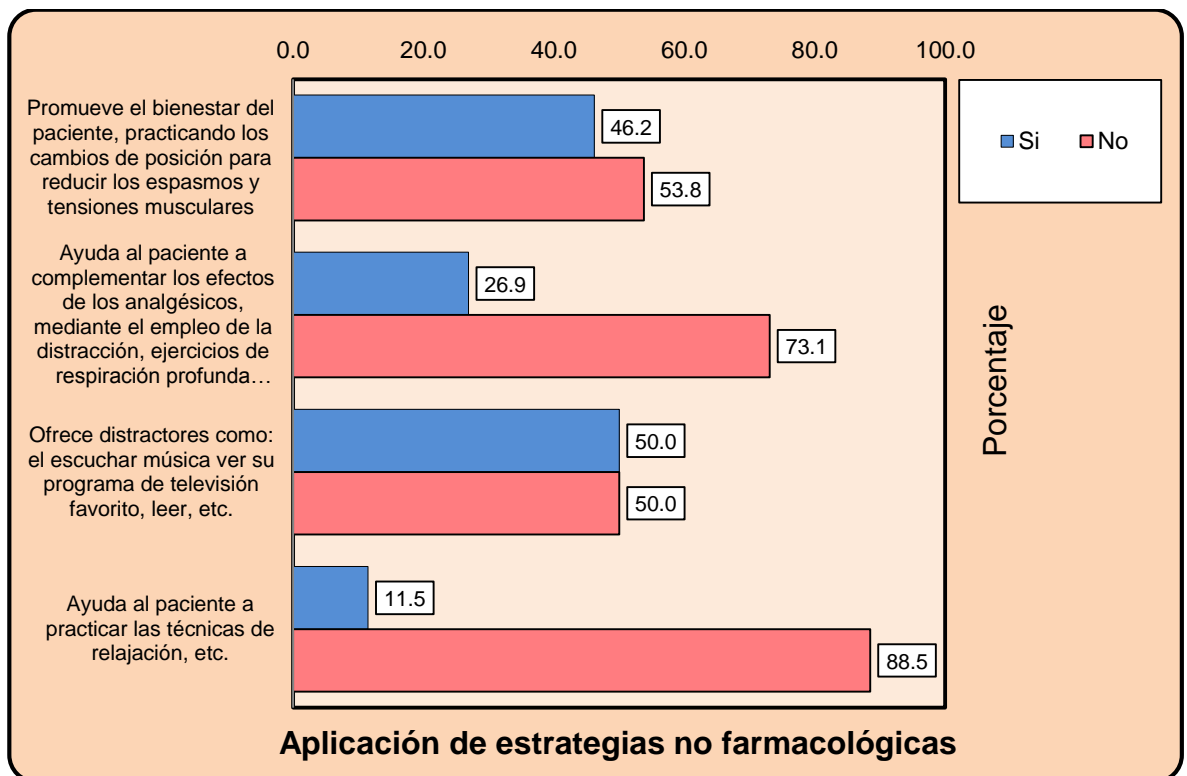
**Figura 5. Representación gráfica de la administración de fármacos por el profesional de enfermería según prescripción durante el postoperatorio inmediato de los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María-2014**

En la presente tabla 6 y figura 5, **sobre** la administración de fármacos según prescripción, realizada por el profesional de enfermería en el postoperatorio inmediato de los pacientes en estudio, se halló que 84,6% (44) de los profesionales administran analgésicos según prescripción médica. (Pirazonas: dipirona (metamizol)), frente a 23,1% (12) de profesionales de enfermería que no proceden a tal cuidado.

**Tabla 8. Alivio del dolor postoperatorio inmediato mediante estrategias no farmacológicas brindada por el profesional de enfermería a los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014**

Aplicación de estrategias no farmacológicas en el alivio del dolor pos-operatorio inmediato	n=52			
	Sí		No	
	fi	%	fi	%
Promueve el bienestar del paciente, practicando los cambios de posición para reducir los espasmos y tensiones musculares	24	46,2	28	53,8
Ayuda al paciente a complementar los efectos de los analgésicos, mediante el empleo de la distracción, ejercicios de respiración profunda (terapia cognoscitiva).	14	26,9	38	73,1
Ofrece <b>medidas de relación</b> .	26	50,0	26	50,0
Ayuda al paciente a practicar las técnicas de relajación, etc.	6	11,5	46	88,5

Fuente: Guía de observación de la intervención de enfermería en el postoperatorio inmediato (Anexo 03).



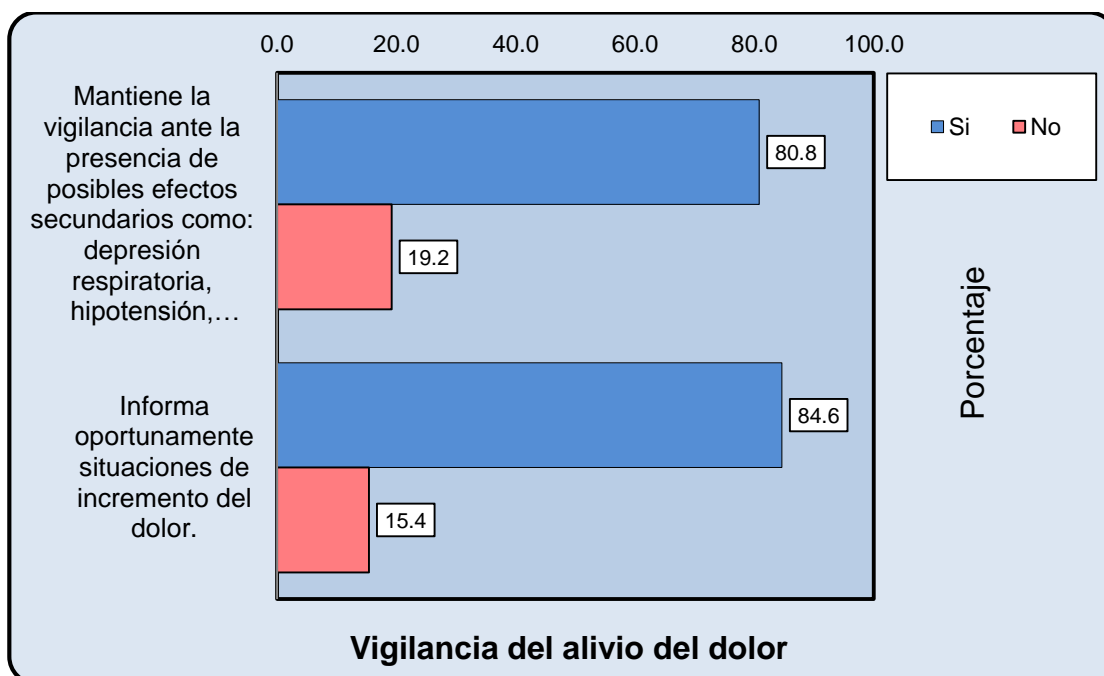
**Figura 6. Representación gráfica del alivio del dolor postoperatorio inmediato mediante estrategias no farmacológicas brindada por el profesional de enfermería a los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María.-2014**

En la tabla 8 y figura 6, que muestran el alivio del dolor postoperatorio inmediato mediante estrategias no farmacológicas brindada por el profesional de enfermería a los pacientes en estudio, se observa que la mitad de ellos [50,0% (26)] ofrecen distractores como **aplicar medidas de relación**, mientras que una gran proporción [88,5% (46)] no **apoya** al paciente a practicar las técnicas de relajación, etc.

**Tabla 9. Vigilancia del alivio de las respuestas al dolor en el postoperatorio inmediato por el profesional de enfermería a los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014**

Vigilancia del alivio del dolor	n=52			
	Sí		No	
	fi	%	fi	%
Mantiene la vigilancia ante la presencia de posibles efectos secundarios como: depresión respiratoria, hipotensión, náuseas, exantema cutáneo y otros.	42	80,8	10	19,2
Informa oportunamente situaciones de incremento del dolor.	44	84,6	8	15,4

Fuente: Guía de observación de la intervención de enfermería en el postoperatorio inmediato (Anexo 03).



**Figura 7. Representación gráfica de la vigilancia de las respuestas al dolor en el postoperatorio inmediato por el profesional de enfermería a los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María.-2014.**

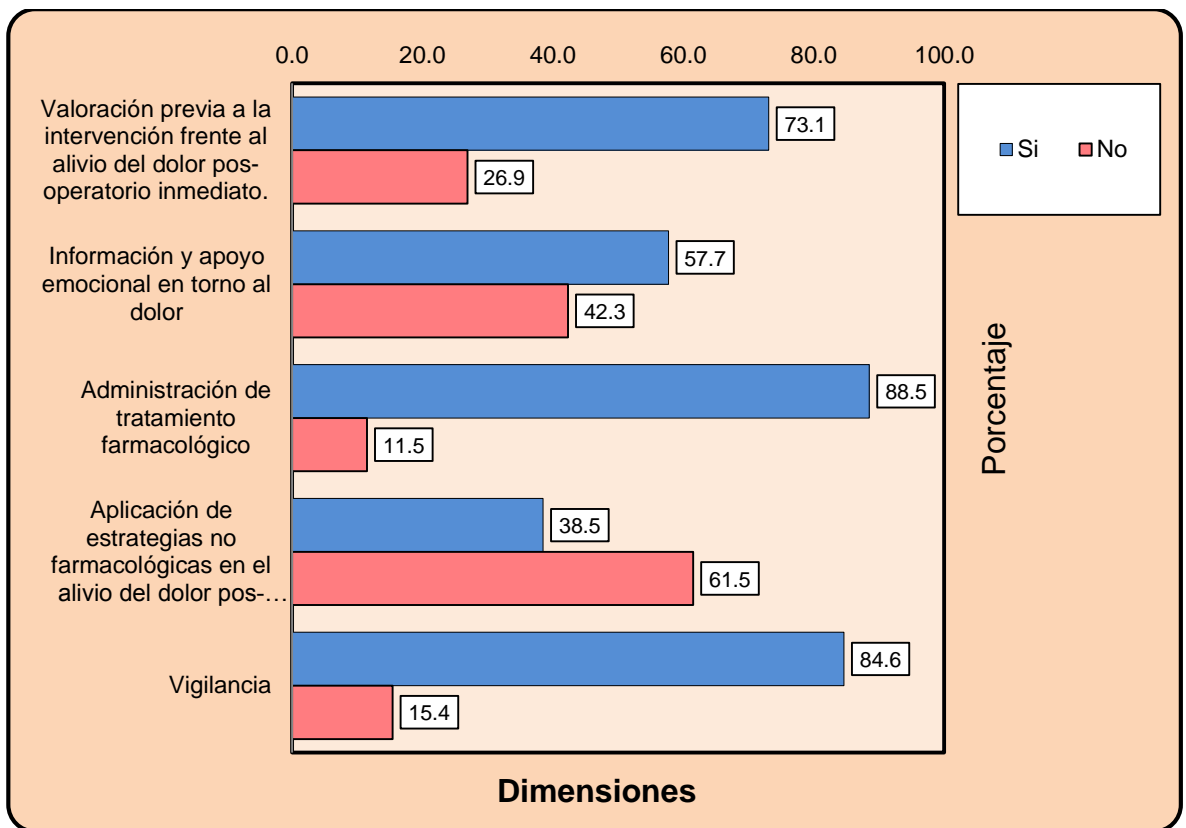
En la presente tabla 9 y figura 7, sobre la vigilancia de las respuestas al dolor en el postoperatorio inmediato por el profesional de enfermería a los pacientes con cirugía abdominal en estudio, se halló que una gran proporción de ellos [84,6% (44)] informan oportunamente el incremento del dolor, frente a 19,2% (10) de profesionales de enfermería que no obvian la

vigilancia ante la presencia de posibles efectos secundarios como: depresión respiratoria, hipotensión, náuseas, exantema cutáneo y otros.

**Tabla 10. Intervención de enfermería en el alivio del dolor postoperatorio inmediato según sus dimensiones brindada a los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014**

Dimensiones de la intervención de enfermería frente al dolor	n=52			
	Sí		No	
	fi	%	fi	%
Valoración del dolor previo a la intervención.	38	73,1	14	26,9
Información y apoyo emocional en torno al dolor	30	57,7	22	42,3
Administración de tratamiento farmacológico	46	88,5	6	11,5
Aplicación de estrategias no farmacológicas	20	38,5	32	61,5
Vigilancia de las respuestas al dolor	44	84,6	8	15,4

Fuente: Guía de observación de la intervención de enfermería en el postoperatorio inmediato (Anexo 03).



**Figura 8. Representación gráfica de la intervención de enfermería en el alivio del dolor postoperatorio inmediato según dimensiones realizada a los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María.-2014**

En la tabla 10 y figura 8 sobre la intervención **enfermería** en el alivio del dolor postoperatorio inmediato brindada a los pacientes con cirugía abdominal según sus dimensiones, se halló que 88,5% (46) de ellos,

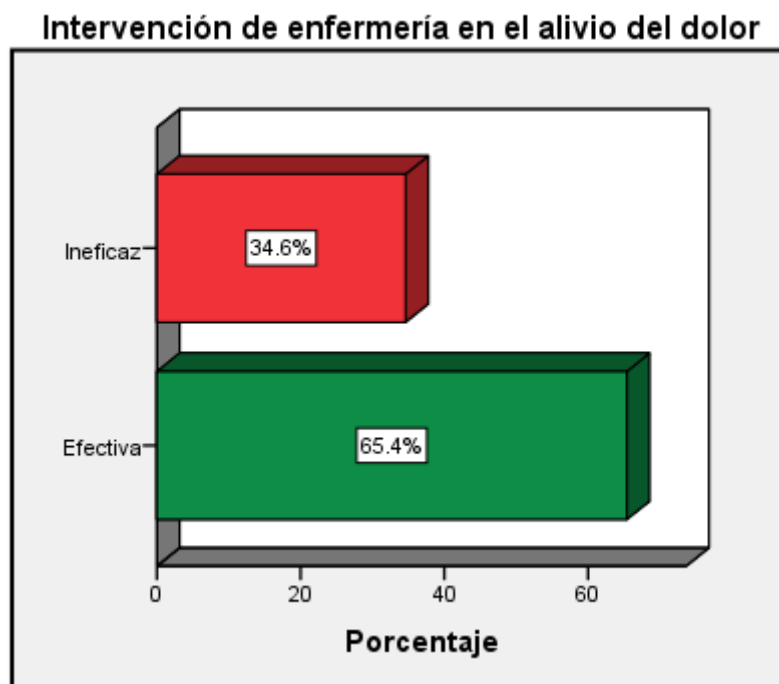
realizan la administración de tratamiento farmacológico prescrito, 84,6% (44) vigilan las respuestas al dolor, 73,1% (38) valoran el dolor previo a la intervención y 57,7% (30) brindan información y apoyo emocional frente al dolor, por el contrario 61,5% (32), no aplican estrategias no farmacológicas.



**Tabla 11. Evaluación de la intervención de enfermería en el alivio del dolor postoperatorio inmediato de los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014**

Intervención de enfermería en el alivio del dolor postoperatorio	n=52	
	fi	%
Efectiva	34	65,4
Ineficaz	18	34,6

Fuente: Guía de observación de la intervención de enfermería en el postoperatorio inmediato (Anexo 03).



**Figura 9. Representación gráfica de la intervención de enfermería en el alivio del dolor postoperatorio inmediato de los pacientes con cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud Tingo María, 2014**

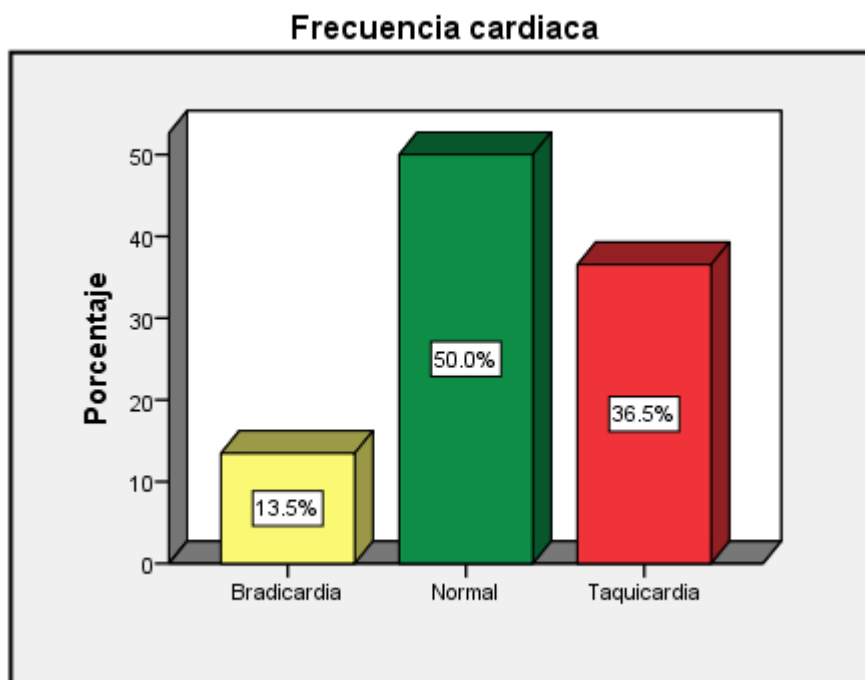
En la tabla 11 y figura 9, se observa la evaluación de la intervención de enfermería en el alivio del dolor postoperatorio inmediato de los pacientes en estudio, donde una proporción considerable [65,4% (34)] de profesionales de enfermería realizan su intervención de forma efectiva, mientras que un 34,6% (18) la intervención fue eficaz.

## DESCRIPCIÓN DE LAS MANIFESTACIONES OBJETIVAS DEL DOLOR

**Tabla 12. Frecuencia cardíaca de los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014**

Frecuencia cardíaca	n=52	
	fi	%
Bradicardia (< 60 pulsaciones)	7	13,5
Normal (60 – 100 pulsaciones)	26	50,0
Taquicardia (> 100 pulsaciones)	19	36,5

Fuente. Ficha de evaluación de las manifestaciones clínicas del dolor pos-operatorio (Anexo 02).



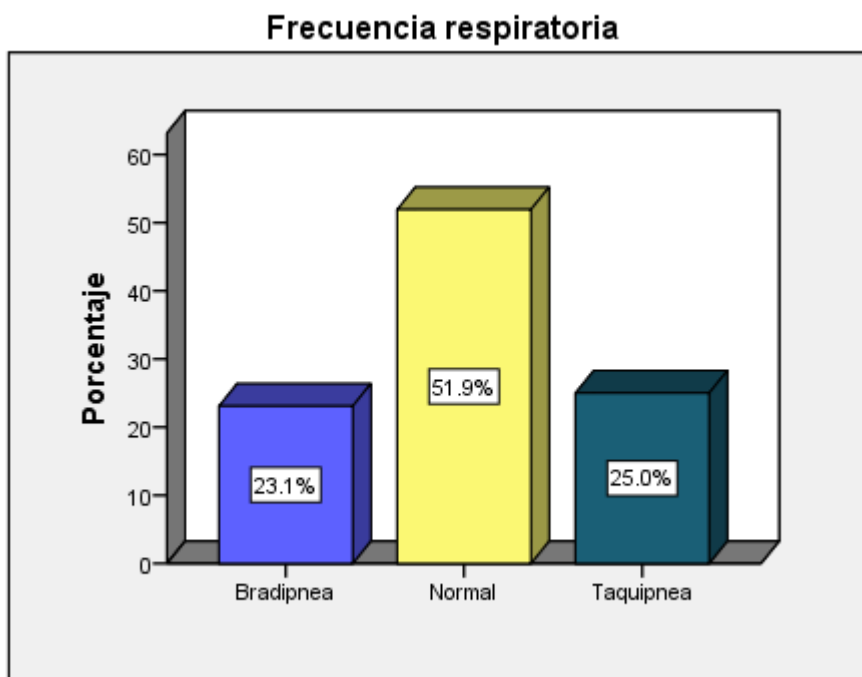
**Figura 10. Representación gráfica de la frecuencia cardíaca en postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María.- 2014**

En la tabla 12 y figura 10 acerca de la frecuencia cardíaca de los pacientes en estudio, se evidenció que la mitad [50,0% (26)] tuvieron una frecuencia cardíaca normal, mientras que 36,5% (19) presentaron taquicardia y un 13,5% (7) bradicardia.

**Tabla 13. Frecuencia respiratoria manifestada por los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014**

Frecuencia respiratoria	n=52	
	fi	%
Bradipnea (< 10)	12	23,1
Normal (10-20)	27	51,9
Taquipnea (> 20)	13	25,0

Fuente. Ficha de evaluación de las manifestaciones clínicas del dolor pos-operatorio (Anexo 02).



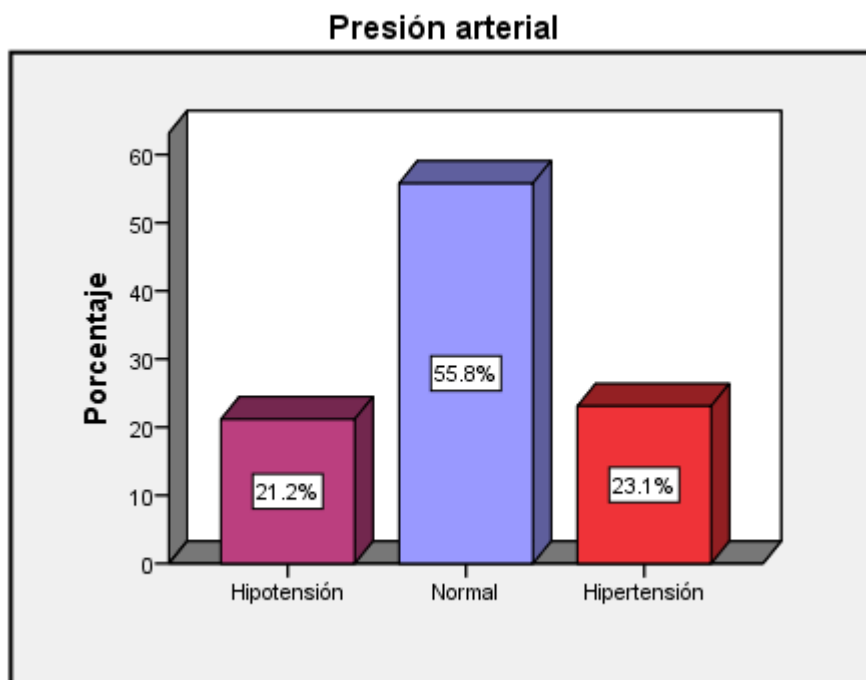
**Figura 11. Representación gráfica de la frecuencia respiratoria de los postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014**

Respecto a la tabla 13 y figura 11, sobre la frecuencia respiratoria manifestada por los pacientes en estudio, hallaron que más de la mitad [51,9% (27)] tuvieron una frecuencia respiratoria normal, seguido la cuarta parte [25,0% (13)] con taquipnea, por último 23,1% (12) mostraron bradipnea.

**Tabla 14. Presión arterial manifestada por los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014**

Presión arterial	n=52	
	fi	%
Hipotensión (<120/<80)	11	21,2
Normal (120-139/80-89)	29	55,8
Hipertensión (>140/>90)	12	23,1

Fuente. Ficha de evaluación de las manifestaciones clínicas del dolor pos-operatorio (Anexo 02).



**Figura 12. Representación gráfica de la presión arterial de los postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María.- 2014.**

En cuanto a la presión arterial manifestada por los pacientes en estudio, se aprecia que 55,8% (29) tuvo presión arterial normal, en tanto 23,1% (12) presentó hipertensión y 21,2% (11) hipotensión.

## DESCRIPCIÓN DE LAS MANIFESTACIONES SUBJETIVA DEL DOLOR

Tabla 15. Promedio de la sensación de dolor subjetivo referido por los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014

Dolor	x	Mediana (Q2)	DE	Min.	Max	Moda
EVA	3,92	3,50	1,77	2	8	2

Fuente. Ficha de evaluación de las manifestaciones clínicas del dolor pos-operatorio (Anexo 02).

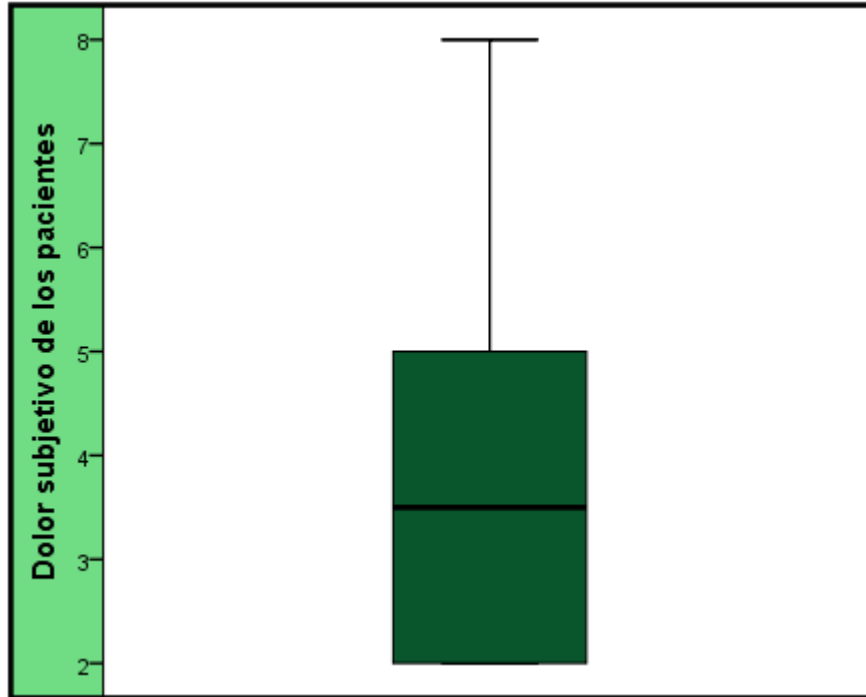


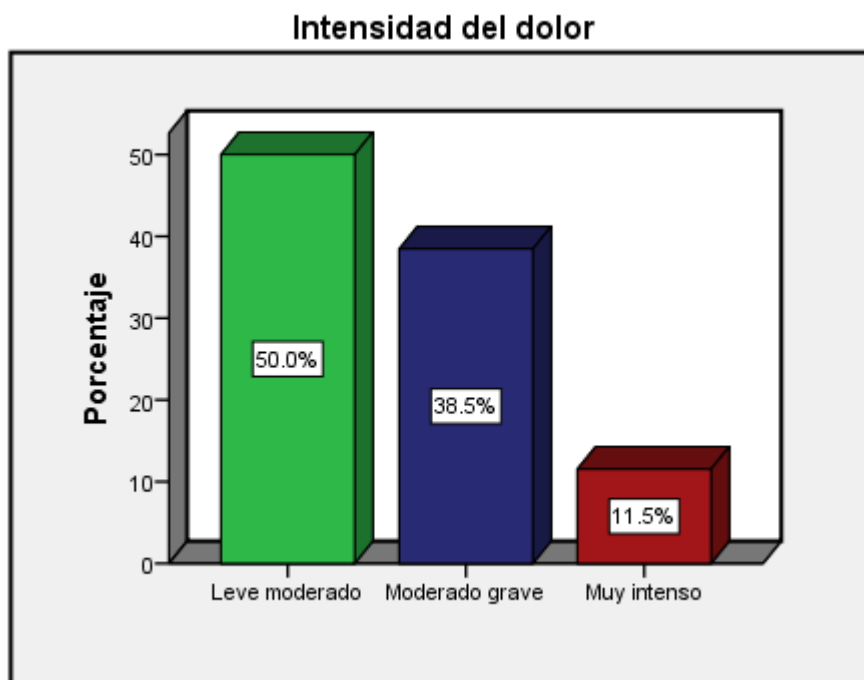
Figura 13. Representación gráfica de la sensación de dolor subjetivo manifestado por los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María-2014

En la presente tabla 15 y figura 13 acerca del promedio el dolor subjetivo de los pacientes postoperados en estudio, se halló que el puntaje mínimo fue 2 y el máximo de 8 puntos, mientras que el promedio de la intensidad del dolor fue 3,92 con una desviación estándar de 1,77.

**Tabla 16. Intensidad del dolor subjetivo manifestada por los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María; 2014**

Intensidad del dolor	n=52	
	fi	%
Leve moderado	26	50,0
Moderado grave	20	38,5
Muy intenso	6	11,5

Fuente. Ficha de evaluación de las manifestaciones clínicas del dolor pos-operatorio (Anexo 02).



**Figura 14. Representación gráfica de la intensidad del dolor subjetivo manifestada por los pacientes postoperados inmediatos de cirugía abdominal. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María.-2014**

En la tabla 16 y la figura 14, acerca de la intensidad del dolor subjetivo manifestada por los pacientes en estudio, hallaron que la mitad [50,0% (26)] tuvieron un dolor leve-moderado, seguido de 38,5% (20) con dolor moderado-grave y por último solo 11,5% (6) presentó dolor muy intenso.

#### 4.2. Comprobación de hipótesis

**Tabla 17. La intervención de enfermería y el alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo del Hospital Nivel I Essalud de Tingo María; 2014**

Intervención de enfermería	Alivio del dolor						X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Leve-Moderado		Moderado-Grave		Muy intenso				
	fi	%	fi	%	fi	%			
Efectiva	22	42,3	6	11,5	6	11,5	18,49	2	0,00
Ineficaz	4	7,7	14	26,9	0	0,0			
Total	26	50,0	20	38,5	6	11,5			

Fuente: Guía de observación de las intervenciones de enfermería en el postoperatorio inmediato (Anexo 03). Ficha de evaluación de las manifestaciones clínicas del dolor pos-operatorio (Anexo 02).

Al analizar la intervención de enfermería frente al alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo en estudio, se observa que en 42,3% (22) la intervención de enfermería fue efectiva y así mismo los pacientes mostraron alivio del dolor con una intensidad de leve-moderado.

Comprobando **con el análisis** estadístico, si la intervención del profesional de enfermería tiene efecto en el **alivio** del dolor, se obtuvo un valor calculado de  $X^2 = 18,49$  para 2 grados de libertad, con significancia estadística ( $p = 0,00$ ); por lo que se tuvo que rechazar la hipótesis nula, admitiendo que la intervención de enfermería **tiene relación a efecto en el** alivio del dolor de los pacientes postoperados **en estudio**.

**Tabla 18. La intervención de la enfermera en la estabilización de la frecuencia cardíaca como manifestación del alivio del dolor de los pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo del Hospital Nivel I Essalud de Tingo María; 2014.**

Intervención de enfermería en el alivio del dolor	Estabilización de la frecuencia cardíaca						X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Bradicardia		Normal		Taquicardia				
	fi	%	fi	%	fi	%			
Efectiva	6	11,5	12	23,1	16	30,8	8,50	2	0,01
Ineficaz	1	1,9	14	26,9	3	6,8			
Total	7	13,5	26	50,0	19	36,5			

Fuente: Guía de observación de las intervenciones de enfermería en el postoperatorio inmediato (Anexo 03).  
Ficha de evaluación de las manifestaciones clínicas del dolor pos-operatorio (Anexo 02).

En la tabla 18, sobre el análisis de la intervención de la enfermera en el alivio del dolor y la estabilización de la frecuencia cardíaca de los pacientes postoperados en estudio, se observó que un 23,1% (12), tuvo intervención de enfermería eficaz a su vez la frecuencia cardíaca fue normal lo que pone en evidencia que la intervención de enfermería fue efectiva.

Comprobando tal resultado con la prueba estadística en el sentido que si la intervención de enfermería tiene efecto en el alivio del dolor logrando la frecuencia cardíaca normal, se halló un valor de  $X^2=8,50$  para 2 grados de libertad, con significancia estadística ( $p = 0,01$ ); por lo cual se rechazó la hipótesis nula, aceptando que la intervención de enfermería logra que una proporción importante de pacientes evidencie una frecuencia cardíaca normal.



**Tabla 19. La intervención de enfermería y la estabilización de la frecuencia respiratoria como manifestación del alivio del dolor de los pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo del Hospital Nivel I Essalud de Tingo María; 2014.**

Intervención de enfermería	Estabilizando de la frecuencia respiratoria						X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Bradipnea		Normal		Taquipnea				
	fi	%	fi	%	fi	%			
Efectiva	10	19,2	13	25,0	11	21,2	7,38	2	0,03
Ineficaz	2	3,8	14	26,9	2	3,8			
Total	12	23,1	27	51,9	13	25,0			

Fuente: Guía de observación de las intervenciones de enfermería en el postoperatorio inmediato (Anexo 03).  
Ficha de evaluación de las manifestaciones clínicas del dolor pos-operatorio (Anexo 02).

Al analizar de la intervención de enfermería en el alivio del dolor, manifestado con una frecuencia respiratoria normal de los pacientes postoperados en estudio, se halló que 25,9% (13) mostraron una **intervención de enfermería eficaz** y una frecuencia respiratoria normal.

Comprobando estadísticamente **el efecto de** la intervención del profesional de enfermería **en** el alivio del dolor manifestada con una frecuencia respiratoria normal, se evidenció **significancia estadística** y un valor calculado de  $X^2 = 7,38$  para 2 grados de libertad, y  $p = 0,03$ ; por lo que se rechazó la hipótesis nula, admitiendo que la intervención de enfermería logra estabilizar la frecuencia respiratoria a nivel normal, **de este modo se considera el alivio del dolor.**

**Tabla 20. La intervención de enfermería y alivio del dolor la estabilización de la presión arterial como manifestación de los pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo del Hospital Nivel I Essalud de Tingo María; 2014**

Intervención de enfermería	Estabilización la presión arterial						X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Hipotensión		Normal		Hipertensión				
	fi	%	fi	%	fi	%			
Efectiva	7	13,5	18	34,6	9	17,3	0,65	2	0,72
Ineficaz	4	7,7	11	21,2	3	5,8			
Total	11	21,2	29	55,8	12	23,1			

Fuente: Guía de observación de las intervenciones de enfermería en el postoperatorio inmediato (Anexo 03).  
Ficha de evaluación de las manifestaciones clínicas del dolor pos-operatorio (Anexo 02).

Evaluando la intervención de enfermería en la estabilización de la presión arterial como efecto del alivio del dolor en pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo en estudio, se observa que un 34,6% (18) **mostró** intervención de enfermería efectiva y **a su vez** los pacientes mostraron una presión arterial normal.

Comprobando **estadísticamente la relación entre estas dos variables**, se evidenció un valor calculado de  $X^2 = 0,65$  para 2 grados de libertad, sin significancia **estadística** (p 0,72); por lo que se tuvo que aceptar la hipótesis nula.

### 4.3. Discusión de resultados

A continuación se explican los resultados significativos obtenidos en el presente estudio y se comparan otros hallazgos alcanzados por diferentes investigadores, además se hace una evaluación crítica de los resultados desde la perspectiva del investigador, y finalmente se extraen elementos para plantear las conclusiones. Asimismo. Debemos reconocer que la investigación realizada es de diseño correlacional, por lo que no permite generalizar los resultados, siendo muy singular para la realidad de los pacientes postoperados inmediatos de cirugía de abdomen agudo atendidos en el Hospital Nivel I ESSALUD de Tingo María. En consecuencia, futuras investigaciones deberán abordar diseños experimentales que ofrezcan mayor alcance inferencial y poder generalizar los resultados. Mientras tanto, se garantiza la validez interna del estudio, en el sentido, de que los instrumentos utilizados en esta investigación, presentan garantías de calidad métrica (viabilidad, validez y fiabilidad de nivel alto) y las pruebas estadísticas aplicadas para las comparaciones establecidas, resultaron significativas a un nivel de confianza del 95% y para un valor  $p < 0,05$ .

El presente estudio parte de la premisa de que el dolor a través del tiempo ha sido una preocupación constante y en el paciente quirúrgico, específicamente durante el postoperatorio donde el dolor aparece como consecuencia de la lesión quirúrgica; constituye uno de los principales factores que demoran la recuperación funcional del paciente y el alta hospitalaria. El tratamiento del dolor, junto con la disminución del estrés

preoperatorio, la rehabilitación y la nutrición precoces, disminuye la morbimortalidad posoperatoria y forman la base del manejo actual del paciente quirúrgico.

Sin embargo, a pesar de disponer de amplios conocimientos sobre la patofisiología del dolor agudo postoperatorio, de fármacos eficaces para su tratamiento, y de intervenciones de enfermería especialmente protocolizadas, aproximadamente la mitad de los pacientes refieren dolor moderado intenso en el periodo posoperatorio (69).

Existen factores en la aparición del dolor postoperatorio como los derivados del paciente, (carácter físico y psíquico del paciente, culturales y la información preoperatoria), y la agresividad quirúrgica (tipo de intervención, localización tipo de incisión, duración, importancia de la lesión quirúrgica, técnica empleada y anomalías localizadas en la zona de la cicatriz) que aumentan el grado de dolor, así como la presencia de complicaciones; también son considerado factores el tipo de anestesia y la calidad de cuidados postoperatorios (70, 71). El alivio del dolor aún es observado por los pacientes que vivencian diferentes niveles de dolor e intensidad.

El dolor postoperatorio es considerado como el máximo representante del dolor agudo, refiere Soler Company (72), apareciendo como consecuencia de la estimulación nociceptiva resultante de la agresión directa o indirecta producida por un acto quirúrgico. Entendiendo como agresión indirecta aquella no debida propiamente a la aplicación de la técnica quirúrgica, pero que a consecuencia de la misma (distensión vesical

o intestinal, espasmos musculares, lesiones nerviosas secundarias a tracciones indebidas, etc.) o de la técnica anestésica utilizada, o a la patología basal del paciente, aparece durante el período postoperatorio.

El profesional de enfermería desarrolla un papel protagónico, importante y fundamental dentro del proceso de recuperación postoperatoria del paciente, ya que a su cargo está el brindar cuidados integrales, en cualquier etapa de la vida, teniendo en cuenta la necesidad individualizada del paciente según sus características biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales orientando cuidados en el alivio y control del dolor como los más apremiantes (73).

De manera general se observó de forma general que la intervención de la enfermera/o tiene efecto moderado en el alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo en estudio, siendo el resultado significativo ( $p \leq 0,05$ ). Que en alguna medida la enfermera/o interviene con metas aceptables en un sistema de procesos enfatizando intervenciones en necesidades de: alimentación-hidratación, actividad-movilidad-reposo, percepción-cognición- desarrollo, control de estado emocional, relación, seguridad y cuidados de salud. El objetivo lo orienta hacia la disminución o eliminación del dolor, ayudar al paciente a adaptarse al dolor y su control (NOC-1605), derivando esta intervención con criterios de resultados (NOC): en tanto propone que la persona expresará (de forma verbal o codificada) la disminución o desaparición del dolor. Este resultado se hará evidente con una intervención de enfermería orientada a la valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características,

aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. Utilización de un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes (Vallejo, 2006) reales y potenciales. En este caso la medición de la intensidad del dolor será utilizando escalas numéricas (del 0 al 10), o la escala visual analógica (EVA) y las verbales (de ningún dolor al máximo dolor imaginable). **También corresponde la determinación de** la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes y después de la administración de analgésicos. Comprueba las órdenes médicas en cuanto a medicamento, dosis y frecuencia. -Controla los signos vitales durante la administración de analgésico. Atiende a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia. - Instruye para que se solicite la medicación antes de que el dolor sea severo. -Considerar el uso de infusión continua. -Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de analgésicos así como vigilar y anotar cualquier efecto adverso que ocurra. -Ayudar en la inserción y extracción de las líneas de monitorización hemodinámica (74).

También supone que la enfermera valora regularmente la eficacia de las medidas farmacológicas y ofrece la posibilidad de usar medidas no farmacológicas, pero sin imponerlas; discutir los beneficios que comporta su uso (solas o junto con el tratamiento farmacológico) antes, después y, si es posible, durante las actividades dolorosas y antes de que el dolor aparezca o aumente **de forma invasiva**. En las agudizaciones del dolor,

valora el nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente, **vigilando** la efectividad de la analgesia, utiliza **medios como** frío, calor, relajación y de posturas antiálgicas. Otra de las acciones **es la** información exacta sobre procedimientos para reducir el estrés y facilitar el control del dolor. Esto va en la línea de Salinas (75), cuando expresa que la intervención de enfermería en el alivio del dolor, deberán centrarse en el asesoramiento: de actividades de información y educación. Se da información sobre las sensaciones dolorosas que puede percibir según la intervención y las medidas que se usarán para manejar el dolor.

El apoyo al paciente postoperado con el objetivo de proporcionar apoyo psicológico (respeto, disponibilidad), de ayudar al paciente a modificar su actitud contra el dolor (no luchar contra, sino asociarse a él), enseñar que hay más métodos que los analgésicos (frío, calor, distracción, relajación...), incentivar la expresión de sus experiencias dolorosas y como se producen e identificar las causas que le impiden al paciente hacer frente y adaptarse al dolor. Además procurará el manejo ambiental proporcionando confort (NIC-6482), controlando los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias, como luz o ruidos, y limitar visitas especialmente presentes en las unidades de reanimación. Estas actividades se programan considerando la intervención en necesidades de: necesidad de alimentación-hidratación, de actividad-movilidad-reposo, de percepción-cognición- desarrollo, de control de estado emocional, de relación, de seguridad y de cuidados de salud.

El estudio del manejo del dolor posquirúrgico realizado por Elkin, Cardona, Duque coinciden con los resultados del estudio ya que a pesar de que se siguen algunas pautas para el manejo del dolor posquirúrgico, es necesario también cambiar de conductas positivas, así como mejorar las actividades y cuidados de enfermería para que este manejo sea más efectivo (76).

El presente resultado se apoya en lo señalado por Valentín López (77), et al indicar que los avances terapéuticos en el ámbito de la analgesia han sido espectaculares en los últimos tiempos; a pesar de ello su manejo continúa siendo inadecuada porque conlleva a importantes repercusiones clínicas y económicas: incrementando la morbilidad peri operatoria, riesgo de desarrollar dolor crónico en el futuro, aumento de la estancia hospitalaria, deficiente calidad de vida e insatisfacción del paciente y del profesional.

Las variables estudiadas en esta investigación fueron las manifestadas clínicamente en el dolor pos-operatorio como son, frecuencia cardiaca y respiratoria, la tensión arterial diastólica y sistólica, transpiración, irritabilidad, aprensión, ansiedad, irritabilidad, inquietud y manejo del dolor.

Las contribuciones más importantes a la morbilidad y mortalidad en el periodo postoperatorio son la aparición de complicaciones de origen cardiaco y respiratorio, representando cada una de ellas aproximadamente el 5 % respecto de todos los pacientes operados. La valoración quizás más importante de la función respiratoria es su interacción con el sistema cardiovascular y se basa en la tolerancia al esfuerzo (78).



Las complicaciones respiratorias postoperatorias, a pesar de los progresos de la anestesia y la cirugía, son un elemento importante en la morbimortalidad postoperatoria; situándolo alrededor del 5 %, porcentaje que se incrementa hasta el 32 % en pacientes sometidos a cirugía mayor abdominal alta y cirugía torácica, con una mortalidad del 15 %, que llega hasta el 27 % cuando estos procedimientos tienen que realizarse de urgencia. Su incidencia depende de dos factores: los generales (edad, sobrepeso, hábito tabáquico, hipersecreción bronquial y patología cardiovascular asociada) y los respiratorios, (pruebas funcionales respiratorias, test de caminar, subir escaleras, gasometría, etc.) (79).

En tanto los estudios realizados por Jiménez Molina (80), hace mención que, el control del paciente post operado de cirugía de abdomen agudo, se basa primordialmente en la observación y evaluación directa y continua, y exige una monitorización de los principales parámetros vitales, para detectar precozmente alteraciones hemodinámicas y actuar en consecuencia.

La monitorización no invasiva de las constantes vitales, es un factor clave en el seguimiento estricto del estado clínico del paciente post operado. La frecuencia respiratoria, la presión arterial, y la temperatura corporal son procedimientos que resultan vitales para valorar el control del dolor.

Por su parte, Perea (81), refiere que el postoperatorio inmediato de un enfermo sometido a un proceso quirúrgico bajo anestesia general, loco-regional y/o sedación, se caracteriza por la recuperación inicial del estrés

de la anestesia y la cirugía durante las primeras horas siguientes a la intervención. Es este un periodo crítico donde pueden sobrevenir complicaciones, algunas de ellas previsibles. La mayoría de los problemas anestésicos graves suelen suceder en el postoperatorio inmediato.

Otro resultado coincidente con el presente estudio se tiene a Hernández (82), quien identificó que las técnicas no farmacológicas son desconocidas por la mayoría del personal de enfermería, por lo que es conveniente retomar estas técnicas, la mayoría del personal de enfermería maneja el dolor postoperatorio sin un plan de atención, lo que hace necesario fomentar su realización para una atención de calidad.

Córdova, Ortiz; Salazar, García, observaron la poca intervención de las enfermeras (83) en el manejo del dolor de pacientes quirúrgicos, esto en base a los resultados de la guía de observación, los que arrojaron que la mayoría de las enfermeras realizan pocas intervenciones de enfermería además de la analgesia, asociada a la carga excesiva de trabajo que no permite innovar en los cuidados, provocando la priorización de los mismos y por lo tanto limitando al personal a seguir y cumplir casi únicamente las indicaciones médicas.

Los resultados del estudio sobre la actitud del Enfermero frente al dolor realizado por Ramirez (84), se contradice con el presente estudio de investigación, quien concluye que la actitud de la Enfermera frente al dolor que experimentan los niños con quemaduras es, desfavorable en su mayoría, prevaleciendo en aquellas enfermeras que se encuentran entre

los 41 a 50 años de edad, que tienen entre 6 a 10 años de experiencia y en aquellas que no recibieron capacitación desde hace 3 años.

Finalmente, los resultados del presente estudio ponen en evidencia que la intervención del profesional de enfermería requiere mejoras a través de programas de calidad desde intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

Favorecer el bienestar y disminuir el dolor y sufrimiento en el paciente es la labor cardinal del enfermero, es el primordial reto que enfrenta la enfermera al recepcionar al paciente postoperado, ya que si lo hace correctamente, evitará complicaciones y facilitará la pronta recuperación de su salud.

Por su parte, Achuri y Pérez (85), refieren que la teoría del umbral del dolor sirve para comprender el fenómeno del dolor; los estímulos dolorosos activan áreas sensoriales perceptivas, lo que genera la experiencia dolorosa en el tálamo y la corteza cerebral incluyen intensidad y duración. Los factores que modifican el umbral del dolor son los psicológicos (ejercen profunda influencia en la percepción, apreciación y respuesta al dolor, donde algunos procesos mentales pueden alterar la experiencia dolorosa: temperamento, angustia, atención, conocimiento previo y antecedentes de memoria); el estado constitucional (es la edad, la gente de edad avanzada son los más tolerantes al dolor, donde el varón presenta un umbral más alto que el de las mujeres) y el neurológico (las alteraciones físicas de la piel aumentan la sensibilidad de la persona y su duración es importante para modificar su respuesta).

Asimismo, refieren que las intervenciones de Enfermería son tratamientos basados sobre el juicio y conocimiento clínico que la enfermera realiza para mejorar al paciente; incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales e intervenciones de tratamiento, prevención y promoción de la salud. Específicamente estas intervenciones están dirigidas a la acupresión, distracción, estimulación cutánea, manejo del dolor, analgesia controlada, aplicación de calor o frío y manejo ambiental.

## CONCLUSIONES

- Al analizar la intervencion de enfermeria frente al alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo en estudio, se obtuvo un valor calculado de  $X^2 = 18,49$  para 2 grados de libertad, con significancia estadística ( $p = 0,00$ ); por lo que se tuvo que rechazar la hipótesis nula, admitiendo que la intervencion de enfermeria **tiene efecto en el** alivio del dolor de los pacientes posoperados.
- Al examinar la intervencion de enfermeria en el alivio del dolor logrando la estabilización de la frecuencia cardiaca de los pacientes postoperados en estudio, se halló un valor calculado de  $X^2 = 8,50$  para 2 grados de libertad, con significancia estadística ( $p = 0,01$ ); por lo cual se rechazó la hipótesis nula, admitiendo que la intervencion de enfermeria logra que una porporcion importante de pacientes manifiesten una frecuencia cardiaca normal con lo que se pone de manifiesto el alivio del dolor.
- Al evaluar el efecto de la intervencion de enfermeria en del alivio del dolor, manifestado con una frecuecnia respiratoria normal de los pacientes postoperados en estudio, se halló un valor calculado de  $X^2 = 7,38$  para 2 grados de libertad, con significancia estadística ( $p = 0,03$ ); por lo que se rechazó la hipótesis nula, admitiendo que la intervencion de enfermeria logra estabilizar la frecuencia respiratoria a nivel normal, aliviando el dolor.

- Evaluando la intervencion de enfermeria en la estabilización de la presión arterial en un nivel normal como efecto del alivio del dolor en pacientes postoperados inmediatos de abdomen agudo en estudio, se observa que los pacientes muestran una presion arterial normal, expresado en  $X^2 = 0,65$  para 2 grados de libertad, sin significancia ( $p 0,72$ ); por lo que se tuvo que aceptar la hipótesis nula.

## RECOMENDACIONES

En virtud de estos resultados, es perentorio poner atención a las siguientes sugerencias:

### **A las autoridades de los servicios quirúrgicos.**

- Poggi (86), recomienda, tratar el dolor postquirúrgico en forma multidisciplinaria. Los especialistas pueden actuar en forma individual y/o grupal. El cirujano, el anestesista, la enfermera, y el psicólogo/psiquiatra, podrán actuar de acuerdo a la complejidad de cada caso para hacer más efectivo el plan establecido para el alivio del dolor.
- Dado que el control del dolor postoperatorio más empleado es la aplicación de analgésicos es la necesidad de aplicar las medidas no farmacológicas (87).
- Revisar y actualizar las normas y Protocolos estandarizados de enfermería de valoración y manejo del dolor a nivel institucional y darlos a conocer a todos los miembros de los servicios.

### **A los profesionales de la salud y específicamente a los profesionales de enfermería:**

- Aplicar los cuidados del paciente postoperatorios inmediato con criterio de integridad y con calidad, a fin de que todos los niveles del dolor sean controlados debidamente.
- Es importante considerar que los profesionales de la salud deben contar con una mayor formación y conocimiento sobre la fisiología

del dolor, sobre todo la concienciación de los profesionales, para acabar con actitudes de infravaloración del dolor. Asimilar la información en salud disponible medio con la que adquirirá seguridad en sus decisiones clínicas y lograr una mejora en las habilidades prácticas y actitudes al brindar cuidados.

- Garantizar la calidad del cuidado del dolor aplicando la mejora continua como condición para el diseño y ejecución de estrategias que privilegien el cuidado de calidad.
- Los profesionales de enfermería ampliar el conocimiento mediante la investigación en los cuidados del dolor, creando modelos innovadores que guíen el actuar de enfermería en la atención del paciente de esta manera mejorar el cuidado de enfermería.



## Referencias bibliográficas

1. Carr DB, Goudas LC. En: Hernández Adame MR. Manejo del dolor postoperatorio en enfermería. [Internet]. [Consultado 2015 dic 05]. Disponible en: [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/e5/Manejo\\_del\\_Dolor\\_Posoperatorio.pdf](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/e5/Manejo_del_Dolor_Posoperatorio.pdf)
2. Miaskowski C, Crews J, Ready LB, Paul SM, Ginsberg B. En: Hernández Adame MR. Op, cit, p. 13
3. Tong D, Ching F, Kehlet H, y Rosenberg J, Kehlet H. En: Hernández Adame MR. Op, cit, p. 13
4. Delbos A. En: Hernández Adame MR. Op, cit, p. 13
5. Sánchez M, Pernia V, Calatrava J. En: Córdova Jaquez, AG; Ortiz Rivas, MK; Salazar Enciso HM; García Avendaño, DJ. Manejo del dolor por el personal de enfermería en paciente pediátrico post-quirúrgico de apendicetomía. Cuidarte Revista de Investigación Programa de Enfermería UDES.
6. Chauvin M. Hernández Adame MR. Op, cit, p. 13
7. Filos Ks, Lehmann Ka. En: Hernández Adame MR. Op, cit, p. 15
8. Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. Rev Soc Esp Dolor 2004; 11:197 – 202.
9. Muñoz-Blanco F, Salmerón J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. Rev. Soc. Esp. Dolor 2001; 8: 194 – 211.
10. Frenette L. En: Hernández Adame MR. Op, cit, p. 1
11. Sholtis BL, Smith SD. En: Hernández Adame MR. Op, cit, p. 13
12. Jinich H. Tratado de medicina interna. Vol. 2. México. El manual Moderno.1988; 630 En: Hernández Adame MR. Op, cit, p. 2
13. Swearingen LP, Ross GD. En: Hernández Adame MR. Op, cit, p. 13

14. Landa García I, Larraínzar Garijo R, Moñino Ruiz P, De la Torre Liébana R, Zaragoza García F. Dolor postoperatorio en España: Primer documento de consenso. [Monografía en Internet]. Madrid: Asociación Española de Cirujanos; 2005 [acceso 30 de noviembre de 2011]. Disponible en: [http://www.aecirujanos.es/libreria\\_virtual/Documento\\_consenso\\_dolor\\_postoperatorio.pdf](http://www.aecirujanos.es/libreria_virtual/Documento_consenso_dolor_postoperatorio.pdf)
15. Carrillo Betancourt VK. Guía de atención de enfermería a pacientes post quirúrgicos sometidos a cirugías de apendicectomías, y sus efectos e influencias en la recuperación de los mismos en el servicio de cirugía del hospital provincial general Iatacunga [Requisito previo para optar por el título de licenciada en enfermería] Ecuador universidad técnica de ambato facultad de ciencias de la salud carrera de enfermería el primer semestre del 2013
16. Rivera M, Ortega B. En: Córdova Jaquez, AG; Ortiz Rivas, MK; Salazar Enciso HM; García Avendaño, DJ. Op, cit, p. 12
17. Klopfenstein CE, Herrmann FR, Mamie C. Pain intensity and pain relief after surgery. A comparison between patients' reported assessments and nurses' and physicians' observations. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2000; 44 (1): 58 – 62.
18. Meissner W, Ullrich K, Zwacka S, Schreiber T. Quality management in postoperative pain therapy *Anaesthesist.* 2001; 50 (9): 661 – 670.
19. Ibid, p. 14
20. Pavlin DJ, Chen C, Penaloza DA. Pain as a factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery. *Anesth Analg.* 2002; 95 (3): 627 – 634.
21. Eberhard F, Mora G. En: Córdova Jaquez, AG; Ortiz Rivas, MK; Salazar Enciso HM; García Avendaño, DJ. Op, cit, p. 14
22. Meissner W, Ullrich K, Zwacka S, Schreiber T. Op, cit, p. 45
23. Balibrea JL, López-Timoneda F, Acín F, Cabero L, Moreno-González A, Ayala LE. El Proyecto MADAI: Un estudio epidemiológico sobre el abordaje y manejo del dolor agudo periquirúrgico. *Rev Soc Esp Dolor.* 2008;15 (4): 209 – 218.

24. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Valoración y manejo del dolor. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario; 2002.
25. Montes, García & Trillo. En: Muñoz Rodríguez María Del Refugio. Op, cit, p. 13
26. Gallego, Rodríguez & Vázquez. En: Muñoz Rodríguez María Del Refugio. Op, cit, p. 15
27. Montes, García & Trillo. En: Muñoz Rodríguez María Del Refugio. Op, cit, p. 13
28. Muñoz Rodríguez MR. Satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados en una institución privada. [Tesis para obtener el grado de maestría en ciencias de enfermería]; Universidad Autónoma de Nuevo León Facultad de Enfermería subdirección de posgrado e investigación; España, 2012
29. Carrillo Betancourt VK. Op, cit, p. 32.
30. Bolívar B, Navarro L, Roa M. Intervención del profesional de enfermería en la satisfacción de las necesidades psicológicas de los pacientes en la fase prequirúrgica en el servicio de cirugía del hospital central de Maracay. [Trabajo Especial de Grado presentado como Requisito Parcial para optar al Título de Licenciado en Enfermería]; Universidad Central De Venezuela Facultad De Medicina Escuela De Enfermería. Maracay, Junio 2006.
31. Bolívar E, Català R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2005; 52: 131-140
32. Córdova Jaquez AG, Ortiz Rivas MK, Salazar Enciso H M, García Avendaño DJ. Manejo del dolor por el personal de enfermería en paciente pediátrico post-quirúrgico de apendicetomía. Revista de Investigación Programa de Enfermería UDES; 2010: 1-6.
33. Achury Saldaña DM. Aplicación de la teoría de los síntomas desagradables en el manejo del dolor. Investigación en Enfermería:

Imagen y Desarrollo, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. 2007, 9 (1). 7-18

34. Ibid, p. 12

35. Ibid, p. 14

36. Sánchez-Sánchez RM, Pernía JV, Calatrava J. En Achury Saldaña, DM. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. Aplicación de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Manejo del Dolor Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 9, núm. 1, enero-junio, 2007, pp. 7-18

37. Bishop KL, Ferraro FR, Borowiak DM. En Achury Saldaña, DM. Op, cit, 18.

38. Zavala M, Fang MA, Ortega RM, Rivera B. En Achury Saldaña, DM. Op, cit, 18.

39. McCaffery M, Robinson ES. En En Achury Saldaña, DM. Op, cit, 18.

40. McQuay H, Moore A, Justins D. En En Achury Saldaña, DM. Op, cit, 18.

41. Oshodi TO. En En Achury Saldaña, DM. Op, cit, 19.

42. Reeder, Sharon J, Martin Leonide L, Koniak D. Enfermería Materno-Infantil. Interamericana Mc Graw-Hill. Tercera edición 1995 p. 522

43. Carrillo Betancourt VK. Op, cit, p. 41

44. Long B, Phipps W J. En: Carrillo Betancourt VK. Op, cit, p. 40

45. Cabral AR. En: Hernández Adame MR. Op, cit, p. 13

46. Reyes BB, Corona T, Estañol B. Fisiopatología del dolor. Rev Med IMSS.1990; 20: 121-124 En: Hernández Adame MR. Op, cit, p. 21

47. Leon OM. Los peptidos opioides y la filogenia de la nocicepción. Ciencias 1993;31: 33-38 En: Hernández Adame MR. Op, cit, p. 11

48. López A, García F, Sierra M, Galindo J. En: Córdova Jaquez AG, Ortiz Rivas MK, Salazar Enciso H M, García Avendaño DJ. Op, cit, p. 2
49. Salinas Infante C. Aspectos psicológicos de los cuidados de enfermería en el paciente quirúrgico. Grado en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de Valladolid. Trabajo de Fin de Grado Curso. 2014, p. 15
50. Celada Cajal F J. Dolor abdominal y abdomen agudo. [Internet]. [Consultado 2014 Abr 05]. Disponible en: <http://remi.uninet.edu/descarga/dolorabdominal.pdf>
51. Lubenow TR, Ivankochi AD, McCarty RJ. Control del dolor agudo postoperatorio. En: Barasch PG, Cullen BF, Stoelting RK. Anestesia clínica. México, McGraw-Hill Interamericana, 1999; pp. 1537-74.
52. Santeularia Verges MT, Catala` Puigbo E, Genove´ Cortada M, Revuelta Rizo M, Moral García MV. Nuevas tendencias en el tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía general y digestiva. C I R ESP. 2009;86 (2): 63–71
53. González. En: Muñoz Rodríguez María Del Refugio. Op, cit, p. 14
54. Dupont H, Mezzarobba P, Degremont AC, et al. Early perioperative mortality in a multidisciplinary hospital. Ann Fr Anesth Reanim 1998; 17: 755-63
55. Beaussier M. Frequency, intensity, development and repercussions of postoperative pain as a function of the type of surgery. Ann Fr Anesth Reanim 1998; 17: 471-93.
56. Scott DB. Postoperative pain relief. Reg A n e s t h 1982; 7: 11 0 - 3.
57. Rezaiguia S, Jayr C. Prevention of respiratory complications after abdominal surgery. Ann Franesth Reanim 1996; 15: 623-46
58. Benedetti C. Acute Pain. A review of its effects and therapy with systemic opioids. En: Benedetti C y cols. (ed.). Advances in Pain Reserch and T h e r a p y, New York: Raven Press, 1990; 14.
59. Strandberg A, Tokics L, Brismar B. Atelectasis during anaesthesia and in the postoperative period. Acta Anaesthesiol Scand 1986; 30: 154-8.

60. Desai PM. Pain management and pulmonary dysfunction. *Crit Care Clin* 1999; 15: 151-66.
61. Benhamou D, Samii K, Noviant Y. Effect of analgesia on respiratory muscle function after upper abdominal surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 1983; 27: 22 - 5.
62. Chabas E, Gomar C, Villalonga A, et al. Postoperative respiratory function in children after abdominal surgery. A comparison of epidural and intramuscular morphine analgesia. *Anaesthesia* 1998; 53: 393-7
63. Dupont H, Mezzarobba P, Degremont AC, et al. Early perioperative mortality in a multidisciplinary hospital. *Ann Fr Anesth Reanim* 1998; 17: 755-63.
64. GallegoJI, Rodríguez MR, Vázquez JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev. Soc. Esp. del Dolor*, 2004 (11),197-202.
65. Verona E, Reyes José L. Cuidados de enfermería en el paciente con dolor. [Internet]. [Consultado 2014 Abr 05]. Disponible en: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/8501/Documento\\_completo.pdf?sequence=1](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/8501/Documento_completo.pdf?sequence=1)
66. Castillo Bueno MP, Martínez Puente AS, Sancho, García Andrés M. Efectividad de las intervenciones enfermeras en pacientes adultos con dolor crónico: una revisión sistemática. *JBI Library of Systematic Reviews* JBL000135 2010;8(28):1112-1168
67. Fernández Sánchez T, Pompeya González M A, López Sanz, MR, Negueruela Ordoqui Á, Urdiales Gutiérrez MT, Ureña Ceruelo P. Efecto de una intervención enfermera múltiple durante el intra operatorio sobre el nivel de dolor postoperatorio.
68. **Ibid, p. 1**
69. Montes Pérez A. Tratamiento del dolor agudo postoperatorio utilizando combinaciones de tramadol y metamizol: análisis de la interacción. Tesis. Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Farmacologia i de Terapèutica. 2003

<http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/5375/amp1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

70. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003; 97:534-40.
71. Benhamou D, Berti M, Brodner G. En: Sosa Sánchez L. Estudio comparativo del abordaje en la colecistectomía laparoscópica mediante colocación de 3 trócares en la línea media frente al abordaje francés clásico. Evaluación del dolor postoperatorio mediante escala analógico-visual y correlación con variables analíticas. [Trabajo realizado para la obtención del grado de docto]r. Universidad Miguel Hernández de Elche Departamento de Patología y Cirugía. Elche, Alicante, España, 2013, p. 22
72. Soler Company E, Faus Soler MT, Montaner Abasolo M C. El dolor post operatorio en la actualidad: Un problema de calidad asistencial. Servicio de Farmacia. Hospital Francese de Borja de Gandía y Departamento de Farmacología. Universidad de Valencia. Artículo especial, p. 125
73. Laguado Jaimes E, Yaruro Bacca K, Hernández Calderón E. El **cuidado de enfermería ante los procesos quirúrgicos estéticos Nursing care to the aesthetic surgical procedures**. *Rev. Enf. Global*; 2015.
74. Mondelo Liñares L. Plan de cuidados de enfermería a un paciente post operado tras una reparación de aneurisma aórtico abdominal. A propósito de un caso. Curso académico 2013-2014. Grado en Enfermería. Trabajo Fin de Grao. Escola Universitaria de Enfermería a Coruña Universidade da Coruña [Internet]. [Consultado 2014 Abr 05]. Disponible en: [http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/13615/MondeloLi%C3%B1ares\\_Lucia\\_TFG\\_2014.pdf?sequence=2](http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/13615/MondeloLi%C3%B1ares_Lucia_TFG_2014.pdf?sequence=2)
75. Salinas Infante C. Aspectos psicológicos de los cuidados de enfermería en el paciente quirúrgico. Grado en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de Valladolid. Trabajo de Fin de Grado Curso. 2014, p, 13
76. Juall L, Moyet C. En: Córdova Jaquez AG, Ortiz Rivas MK, Salazar Enciso H M, García Avendaño DJ.
77. Valentín López J, García Caballero J M, Muñoz Ramón P. Aparicio Grande J, Diez Sebastián A. Criado Jiménez. Atención del dolor pos

operatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de calidad. Servicio de medicina preventiva, de anestesiología y reanimación. Hospital Universitario La Paz Madrid. Revista Española Anestesiología y Reanimación, 2006, p. 408, 417.

78. Villalonga Vadell R. Fisioterapia respiratoria en el paciente postquirúrgico. Noviembre 2014. [Internet]. [Consultado 2014 agosto5]. Disponible en: <http://www.scartd.org/arxius/ftr06.pdf>
79. Villalonga Vadell R. Fisioterapia Respiratoria en el Paciente Postquirúrgico [Internet]. [Consultado 2015 set 05]. Disponible en: <http://www.scartd.org/arxius/ftr06.pdf>
80. Jiménez Molina M, Torralbas Ortega J, Rumí Belmonte L. Las constantes vitales, monitorización básica. [Internet]. [Consultado 2016 Abr 05]. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo4/capitulo4.htm>
81. Perea Baena C. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Enfermera Docente 2003; [Internet]. [Consultado 2014 Abr 05]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-79-09.pdf> p.78:31-37
82. Hernández Adame MR. Op, cit, p. 13
83. Córdova Jaquez AG, Ortiz Rivas MK, Salazar Enciso H M, García Avendaño DJ. Op, cit, p. 291
84. Ramírez Argumé RP. Actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño, 2009. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Mayor de San Marcos, EAP Enfermería. Lima Perú, 2010, p.7
85. Achuri Lavado I R, Pérez Uribe M A. Intervención del profesional de Enfermería, frente al manejo del dolor en pacientes de la unidad de cuidado intensivo pediátrico de la clínica del Niño Jorge Bejarano. Universidad de la Sábana. Facultad de Enfermería. Especialización Cuidado Crítico pediátrico, 2006 p.8
86. Poggi Machuca Luis, Ibarra Chirinos Omar. Op, cit, p. 12
87. Hernández A M. Op, cit, p. 6



# **ANEXOS**

Código -----

**ANEXO 01****GUÍA DE ENTREVISTA DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA EN ESTUDIO**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.** Efecto de la intervención de enfermería en el alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de cirugía de abdomen agudo. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María -2014.

**INSTRUCCIONES.** Estimada Sra. /Sr. /Srta., este formato orientador para la realización de la entrevista tiene el objetivo de reunir información clara y precisa acerca de distintos aspectos de la vida del paciente con enfermedad renal crónica terminal. Esta información es confidencial.

**Gracias por su colaboración.**

**I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS**

1) **¿Cuántos años tiene usted?**

-----años

2) **¿A qué género pertenece?**

Masculino ( ) Femenino ( )

3) **¿De qué zona procede usted?**

Urbano ( ) Urbano marginal ( )  
Rural ( )

**II. CARACTERÍSTICAS SOCIALES**

4) **¿Cuál es su estado civil?**

Soltero/a ( ) Divorciado/a ( )  
Casado/a ( ) Conviviente ( )  
Viudo/a ( )

5) **¿Cuál es su grado de escolaridad?**

Primaria ( ) Superior técnico ( )  
Secundaria ( ) Superior universitario ( )

6) **¿A qué se dedica usted?**

Empleado público ( ) Jubilado ( )  
Técnico ( ) Ama de casa ( )  
Obrero ( ) Otro ( )  
Comerciante ( ) Especifique \_\_\_\_\_

**III. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD**

7) **¿A qué cirugía abdominal se sometió?**

\_\_\_\_\_

8) **¿Cuál fue la condición de su intervención quirúrgica?**

Programada ( ) De emergencia ( )

9) **¿Hace cuánto tiempo está hospitalizado?**

\_\_\_\_\_

Código -----

**ANEXO 02**  
**ESCALA VISUAL NUMÉRICA DE EVALUACIÓN DEL DOLOR**  
**POS-OPERATORIO INMEDIATO**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.** Efecto de la intervención de enfermería en el alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de cirugía de abdomen agudo. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María -2014.

**INSTRUCCIONES.** Estimado/a Sr., Sra., Srta., encuestador/a, esta observación, está orientado al registro del dolor pos-operatorio que manifiestan los pacientes con cirugía de abdomen agudo, por tanto se le solicita claridad y precisión. La información obtenida tiene carácter confidencial.

**Gracias por su colaboración.**

**Dolor subjetivo**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

**Dolor objetivo**

Frecuencia respiratoria-----

Frecuencia cardiaca-----

Presión arterial -----

Código -----

**ANEXO 03****GUÍA DE OBSERVACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.** Efecto de la intervención de enfermería en el alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de cirugía de abdomen agudo. Hospital Nivel I EsSalud de Tingo María -2014.

**INSTRUCCIONES.** Estimado/a Sr., Sra., Srta., encuestador/a, este formulario de observación, está orientado al registro de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería a los pacientes con cirugía de abdomen agudo, por tanto se le solicita que sus registros sean claros y precisos. La información obtenida tiene carácter confidencial.

**Gracias por su colaboración.**

Nº	Intervenciones de enfermería en el pos-operatorio	Realización	
		Sí	No
I	Valoración previa a la intervención frente al alivio del dolor pos-operatorio inmediato.		
1	Valora exhaustivamente el dolor incluyendo: localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y los factores desencadenantes.		
2	Observa claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.		
3	Explora el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.		
4	Explora con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor		
5	Ante presencia de dolor constante valora la situación del paciente para comunicar al médico y pueda prescribir el analgésico por horario y no por ciclo de demanda.		
II	Información y apoyo emocional en torno al dolor		
6	Proporciona información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a intervención quirúrgica.		
7	Proporciona al paciente apoyo emocional, quien debido al dolor, puede sentirse ansioso y frustrado.		
III	Administración de tratamiento farmacológico		
8	Administra analgésico por prescripción médica. (Pirazolonas: dipirona (metamizol ))		
9	Ante dolor postoperados valorado como de mayor intensidad, administra morfina según prescripción médica y valorando la función respiratoria.		

IV	Aplicación de estrategias no farmacológicas en el alivio del dolor pos-operatorio inmediato.		
10	Promueve el bienestar del paciente, practicando los cambios de posición para reducir los espasmos y tensiones musculares.		
11	Ayuda al paciente a complementar los efectos de los analgésicos, mediante el empleo de la distracción, ejercicios de respiración profunda (terapia cognoscitiva).		
12	Ofrece distractores como: el escuchar música ver su programa de televisión favorito, leer, etc.		
13	Ayuda al paciente a practicar las técnicas de relajación, etc.		
V	Vigilancia		
14	Mantiene la vigilancia ante la presencia de posibles efectos secundarios como: depresión respiratoria, hipotensión, náuseas, exantema cutáneo y otros.		
15	Informa oportunamente situaciones de incremento del dolor.		

## ANEXO 4

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del proyecto.**

Efecto de la intervención de enfermería en el alivio del dolor de pacientes postoperados inmediatos de cirugía de abdomen agudo. Hospital Nivel I Es Salud de Tingo María.-2014  
Lic. Enf. Meléndez Leiva, Yissa Haldi  
Lic. Enf. Rojas Rojas, Edith Giovanna  
Lic. Enf. Venancio Hermitaño, Liliana Consuelo
- **Introducción / Propósito**

El abdomen agudo es un síndrome caracterizado por dolor abdominal intenso, generalmente asociado a manifestaciones de compromiso peritoneal, que hace considerar la posibilidad de una acción terapéutica de emergencia, por existir riesgo inminente para la vida del paciente. “Todo dolor relacionado al abdomen agudo obliga al paciente a consultar de manera urgente”, que en general, de 10% a 25% de ellos presentan un cuadro que requiere tratamiento quirúrgico en cualquier década de la vida, siendo más frecuente en las tres primeras.
- **Participación**

Participaran las pacientes sometidas a alguna intervención quirúrgicas que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.
- **Procedimientos**

Se le aplicará una guía de entrevista sociodemográfica y unas fichas de valoración. Sólo tomaremos un tiempo aproximado de 15 a 30 minutos.
- **Riesgos / incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información oportuna y actualizada sobre los derechos de los pacientes en una institución hospitalaria.
- **Alternativas**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.  
Le notificaremos sobre cualquiera nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.
- **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte de los investigadores, ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

- **Confidencialidad de la información**

La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia quien patrocina el estudio. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

- **Problemas o preguntas**

Escribir al

Email: [vyovana@hotmail.com](mailto:vyovana@hotmail.com) o comunicarse al Cel. #096250

- **Consentimiento / Participación voluntaria**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombres y firmas del participante o responsable legal**

Huella digital si el caso lo amerita

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ 

Firma de los investigador 1: \_\_\_\_\_

Firma de los investigador 2: \_\_\_\_\_

Firma de los investigador 3: \_\_\_\_\_

Huánuco, 2014

**LISTA DE ABREVIATURAS**

AINES	:	Antinflamatorio no esteroides
FC	:	Frecuencia <b>c</b> ardiaca
FR	:	Frecuencia <b>r</b> espiratoria
FREQ	:	Frecuencias y porcentajes
IASP	:	International Association for the Study of Pain
LOTEP	:	Lúcido, orientado en tiempo espacio y persona
MEANS	:	Media, desviación estándar, máximo, mínimo, mediana, desviación estándar de la media
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences