

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

Facultad de las Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO  
EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL CENTRO  
QUIRÚRGICO- HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2023**

**TESIS**

Presentada por:

**Lic. Katherin Kimberly Rivera Huayta**

**Lic. Elizabeth Diana Gutierrez Oviedo**

Para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en:

**ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**TACNA – PERÚ**

**2024**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

Facultad de Ciencias de la Salud

**Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería**

**CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO  
EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL CENTRO  
QUIRÚRGICO - HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2023**

**TESIS**

Presentada por:

**Lic. KATHERIN KIMBERLY RIVERA HUAYTA**

**Lic. ELIZABETH DIANA GUTIERREZ OVIEDO**

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

**ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

Aprobada por Unanimidad, ante el siguiente jurado:

Dra. Ingrid María Manrique Tejada  
Presidenta

Dra. Carla Patricia Milagros Mori Fuentes  
Miembro

Dra. María del Carmen Silva Cornejo  
Miembro

Dra. María del Carmen Silva Cornejo  
Asesora

## CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Dra. María del Carmen Silva Cornejo, en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N° 12503-2023-FACS-UNJBG, de la tesis titulada: CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO – HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2023. Presentado por las licenciadas Katherin Kimberly Rivera Huayta y Elizabeth Diana Gutierrez Oviedo para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en Centro Quirúrgico.


Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 10 %.

Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la ESCALA DE SIMILITUD de la tesis está de acuerdo a la SIMILITUD BAJA PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes.


Se emite el presente certificado con fines de continuar con los tramites respectivos Para su obtención del título de Segunda Especialidad Profesional

  
\_\_\_\_\_  
Dra. María del Carmen Silva Cornejo  
DNI:00485508  
ASESORA



  
\_\_\_\_\_  
Lic. Katherin Kimberly Rivera Huayta  
DNI:47345616  
TESISTA



  
\_\_\_\_\_  
Lic. Elizabeth Diana Gutierrez Oviedo  
DNI:73511009  
TESISTA



## **DEDICATORIA**

A Dios por ser nuestro guía  
espiritual, fortaleza y fuerza en  
nuestro camino.

A nuestras familias que son el motor para  
cumplir nuestros anhelos.

**KATHERIN Y ELIZABETH.**

## **AGRADECIMIENTO**

A la prestigiosa casa de estudios Universidad Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencias de la Salud y a la Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería.

A nuestra asesora la Dra. María del Carmen Silva Cornejo, por su asesoramiento, dedicación y apoyo constante en el desarrollo del presente estudio.

Al servicio de Centro Quirúrgico del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna; por las facilidades durante la ejecución del estudio, para el logro de nuestros objetivos.

.

**KATHERIN Y ELIZABETH.**

## ÍNDICE

	Pág
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....	3
1.1.Fundamentos y Formulación del Problema .....	3
1.2. Objetivos.....	8
1.3. Justificación .....	9
1.4. Formulación de Hipótesis .....	10
1.5. Operacionalización de las Variables.....	12
CAPÍTULO II.....	14
MARCO TEÓRICO .....	14
2.1. Antecedentes de la Investigación .....	14
2.2. Bases teóricas .....	19
2.3. Definición Conceptual de Términos .....	45
CAPÍTULO III.....	47
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	47
3.1. Tipo y Diseño de Investigación .....	47
3.2. Población y muestra .....	47
3.3. Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos .....	49
3.4. Procedimientos de Recolección de Datos .....	50
3.5. Procesamiento y análisis de los datos.....	51
3.6. Consideraciones éticas.....	52
CAPÍTULO IV.....	54
DE LOS RESULTADOS .....	54
4.1. Resultados.....	54
4.2. Discusión .....	67

CONCLUSIONES .....	74
RECOMENDACIONES.....	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS.....	82

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 01 Caracterización de los profesionales de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023	55
Tabla N° 02 Conocimiento sobre el dolor posoperatorio en profesionales de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023	58
Tabla N° 03 Manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023	60
Tabla N° 04 Relacionar el conocimiento y las dimensiones del manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023	62
Tabla N° 05 Relación entre el conocimiento y el manejo del dolor posoperatorio en enfermeras (os) de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna	65

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 01 Caracterización de los profesionales de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023	57
Gráfico N° 02 Conocimiento sobre el dolor posoperatorio en profesionales de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023	59
Gráfico N° 03 Manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023	61
Gráfico N° 04 Relacionar el conocimiento y las dimensiones del manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023	64
Gráfico N° 05 Relación entre el conocimiento y el manejo del dolor posoperatorio en enfermeras (os) de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna	66

## RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como **Objetivo:** Determinar la relación entre el conocimiento y manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería del centro quirúrgico - Hospital Daniel Alcides Carrión Essalud, Tacna 2023. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transeccional, prospectivo y correlacional aplicado a 35 profesionales de enfermería, se utilizó el Cuestionario de conocimientos y Lista de cotejo del manejo del dolor posoperatorio. **Resultados:** La mayoría (91,4%) son de sexo femenino, el (91,4%) tienen de especialidad centro quirúrgico; el (54,3%) tienen de condición laboral indeterminado Ley N°728; el (42,9%) de 26 a 45 años de edad y el (45,7%) con más de 20 años de servicio. La mayoría (48,6%) tuvieron conocimiento alto sobre el dolor posoperatorio. La mayoría (88,6%) presentó manejo del dolor posoperatorio correcto. Existe relación significativa entre la dimensión manejo del dolor farmacológico y el conocimiento demostrado por el valor Tau  $c=0,67$  y  $p=0,002$ . Y existe relación significativa entre la dimensión manejo del dolor no farmacológico y conocimiento sobre el dolor posoperatorio, demostrado por el valor Tau  $c=0,95$  y  $p=0,001$ . **Conclusión:** Existe relación significativa entre el conocimiento y el manejo del dolor posoperatorio demostrado por el valor Tau  $c=0,75$  y  $p=0,015$ .

**Palabras clave:** Conocimiento, manejo dolor posoperatorio, profesionales de enfermería.

## ABSTRACT

The **objective** of this research study was to determine the relationship between knowledge and management of postoperative pain in nursing professionals at the surgical center - Hospital Daniel Alcides Carrión Essalud, Tacna 2023. **Methodology:** Quantitative, descriptive, transectional, prospective and correlational study applied To 35 nursing professionals, the Knowledge Questionnaire and Postoperative Pain Management Checklist were used. **Results:** The majority (91,4%) are female, (91,4%) have a surgical center specialty; (54,3%) have undetermined employment status Law No. 728; (42,9%) from 26 to 45 years of age and (45,7%) with more than 20 years of service. The majority (48,6%) had high knowledge about postoperative pain. The majority (88,6%) presented correct postoperative pain management. There is a significant relationship between the pharmacological pain management dimension and knowledge demonstrated by the Tau value  $c=0,67$  and  $p=0,002$ . And there is a significant relationship between the non-pharmacological pain management dimension and knowledge about postoperative pain, demonstrated by the Tau value  $c=0,95$  and  $p=0,001$ . **Conclusion:** There is a significant relationship between knowledge and postoperative pain management demonstrated by the Tau value  $c=0,75$  and  $p=0,015$ .

**Keywords:** Knowledge, postoperative pain management, nursing professionals.

## INTRODUCCIÓN

El dolor posoperatorio es una sensación que los pacientes experimentan desde el primer día después de la cirugía, y aunque los profesionales de la salud utilizan técnicas de manejo del dolor para reducir la sensación, la mayoría de los pacientes generalmente califican este dolor como moderado a severo porque es un dolor familiar (1).

Si bien el dolor posoperatorio aparece como un efecto común e inevitable de la intervención, los niveles de dolor experimentados por los pacientes son innecesariamente altos; por ello, se resalta el papel de los profesionales de enfermería al ser indispensable en la valoración y el manejo del dolor postoperatorio por ser quien brinda los cuidados en todo el proceso integral del paciente, reflejando los resultados clínicos y evaluando el grado de implementación de los procesos postoperatorios (2).

Por ello, es absolutamente imprescindible que los profesionales de enfermería, conozca las recomendaciones y estándares nacionales en materia de manejo del dolor en pacientes posoperados, ya que sus conocimientos en esta área deben actualizarse y potenciarse plenamente, como se verá reflejado en la jornada asistencial diaria.

El presente estudio tiene el objetivo Determinar la relación entre el conocimiento y manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería del centro quirúrgico - Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud,

Tacna 2023. Y consta de apartados o capítulos como: Capítulo I: Planteamiento del problema; capítulo II: Marco Teórico; capítulo III: Metodología; capítulo IV: Resultados y discusión continuando con las conclusiones, recomendaciones; para finalizar con las referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

#### **1.1. Fundamentos y Formulación del Problema**

El dolor posoperatorio es un hecho frecuente de elevada incidencia. Incide en la morbilidad y en la satisfacción de los pacientes e incrementa los costos hospitalarios. Esta situación se agrava debido a la existencia de ciertas deficiencias en su tratamiento motivan el sufrimiento innecesario y su evolución a la cronicidad. La resolución de esta situación depende de la organización eficiente de los recursos terapéuticos y del incremento del nivel de conocimientos del personal de salud, sin embargo, en muchas instituciones de salud el desempeño o manejo del dolor de los profesionales de la salud es deficiente (1).

Todo paciente al que se le realiza una intervención quirúrgica o procedimientos invasivos bajo anestesia general, regional o sedación, precisa vigilancia monitorizada y terapéutica posterior hasta la recuperación y normalización de sus funciones fisiológicas (1).

El profesional de enfermería de centro quirúrgico (sala de operaciones y URPA (Unidad de Recuperación Post-Anestésica)) es el encargado de asistir al paciente, con la máxima ayuda tecnológica y personal, durante el tiempo que transcurre tras finalizar la intervención quirúrgica hasta que el enfermo es trasladado al servicio de cirugía. Pese a todos los adelantos que han permitido optimizar los cuidados, y que han conseguido que el dolor intraoperatorio haya sido controlado en mayor o menor medida, aún persiste un sentimiento generalizado de que todo postoperatorio conlleva la presencia de dolor en mayor o menor medida (2).

Aproximadamente el 80% de los pacientes han referido episodios de dolor durante el primer día postoperatorio. También se han detectado importantes deficiencias en la prescripción y administración de opiáceos y analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (3).

Algunos autores refieren que la evaluación y la gestión del dolor son desde hace tiempo la esencia de la responsabilidad de las enfermeras, para ello debe tener conocimiento sobre el manejo del dolor posoperatorio y su manejo del mismo durante su intervención en su labor (4). Además de ser un tema poco estudiado ya que tan solo el 5% de las publicaciones en revistas de enfermería abordan el dolor y su

tratamiento (5) el control del dolor debe ser una prioridad social y sanitaria, y el grado de alivio se considera indicador de eficiencia y calidad.

En España de 237 profesionales de la salud como médicos y enfermeros revelaron que el 56% no valoran de forma habitual el dolor, el 23% utiliza las escalas del dolor, el 76% no cuenta con formación del manejo del dolor en forma específica, y el 95% refirió que deseaba recibirla (1).

Estudio realizado sobre conocimiento en el manejo del dolor del paciente posoperado en Huancavelica Perú 2023 donde el 33,3% de enfermeros presentaron conocimiento medio en cuanto al manejo del dolor, el 72,2% conocimiento medio en cuanto a la fisiopatología del dolor, el 44,4% conocimiento medio en la valoración del dolor, y el 77,8% conocimiento medio del tratamiento del dolor (6).

En cuanto al manejo del dolor el 56% refirió que los profesionales lo realizan correctamente y el 44% de forma incorrecta (7). Lo que resulta preocupante, ya que nuestra prioridad como profesionales de la salud es el bienestar del paciente y su pronta recuperación, para ello se debe

trabajar multidisciplinariamente el manejo del dolor, y cada uno dentro de su labor en beneficio del paciente posoperado.

En el servicio de centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión de EsSalud Tacna, cuenta con 35 profesionales de enfermería de las áreas (sala de operaciones, unidad de recuperación post anestésica, y central de esterilización), que en su mayoría tienen más de 1 año de experiencia en el área; dentro de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes se tienen dentro de las programadas (colelap, tratamiento cruento de fractura, hernia, histerectomía, colporrafia y otros) y las no programadas o de emergencia (cesáreas. Legrado uterino, apendicectomía, apendilap, otros), con un promedio mensual de 200 a 250 pacientes atendidos (8).

Durante el trabajo en centro quirúrgico se ha observado que algunos pacientes presentan dolor posoperatorio, incremento en los días de estancia hospitalaria, complicaciones por desconocimiento de como movilizarse, quejas verbales y no verbales, además que algunos profesionales de enfermería solo se dedican al manejo farmacológico y; dejan de lado el no farmacológico por escaso tiempo, escaso personal de apoyo, deficiencias de personal, por desconocimiento y falta de capacitación (8).

Así mismo, la atención del dolor posoperatorio en el servicio no se considera como una prioridad, el reconocimiento y el tratamiento del dolor en un enfoque holístico e individualizado, en relación a las características fisiopatológicas, cognitivas, conductuales y a los cambios farmacocinéticas de los medicamentos (8). El tratamiento se centra a veces solamente en la aplicación del medicamento sin considerar las medidas no terapéuticas como la información, la educación, las medidas de confort y apoyo emocional.

El manejo del dolor es un aspecto muy importante de la atención de enfermería en el postoperatorio de pacientes. El déficit de conocimiento y la mala actitud hacia el manejo del dolor entre las enfermeras siguen siendo un problema en el servicio de centro quirúrgico. Para manejar mejor el dolor en las salas quirúrgicas y unidades de recuperación post anestésicas, las enfermeras (os) deben estar bien equipadas con conocimientos sobre la evaluación y el manejo del dolor (8).

El estudio permitirá ampliar los conocimientos y fortalecer las bases teóricas sobre conocimiento y manejo del dolor posoperatorio para que sea utilizado en futuras investigaciones como precedente y actividades de intervención que puedan generar un cambio en este contexto.

Ante esta situación se plantea el siguiente problema de investigación:  
**¿Existe relación entre el conocimiento y manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería del centro quirúrgico - Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023?**

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo General**

Determinar la relación entre el conocimiento y manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería del centro quirúrgico - Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023.

### **1.4.2. Objetivos específicos:**

- Caracterizar a los profesionales de enfermería de centro quirúrgico del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna.
- Identificar el conocimiento sobre el manejo de dolor posoperatorio en profesionales de enfermería de centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna.
- Identificar el manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería de centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna.

- Relacionar el conocimiento y las dimensiones del manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería de centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna.
- Establecer la relación entre el conocimiento y el manejo del dolor posoperatorio en enfermeras (os) de centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna.

### **1.3. Justificación**

El dolor posoperatorio es un problema frecuente en el servicio de centro quirúrgico, si se da un mal abordaje, puede llevar a que los procedimientos esenciales sean postergados o cancelen, retrasan la recuperación posoperatoria y aumentar los requisitos de intervención médica de los pacientes en el posoperatorio, por ello se justifica en:

**Justificación social:** Este estudio permitirá reconocer la labor del profesional de enfermería como parte del equipo multidisciplinario que preocupado por sus intervenciones busca evaluar su conocimiento e intervención en centro quirúrgico ya que como profesional debe reunir estándares para cumplir su labor brindando al paciente una atención eficaz y de calidad.

**Justificación teórica:** La investigación permitirá contribuir a solucionar la problemática de cuanto conocen del dolor y su manejo, los profesionales de enfermería de centro quirúrgico, para ello se realizó una búsqueda adecuada en páginas, textos digitales, libros, repositorios, encontrando los modelos teóricos que van a fundamentar la investigación, que en nuestro caso es el conocimiento y manejo del dolor posoperatorio en pacientes sometidos a intervención quirúrgica.

**Justificación práctica:** Es importante que las enfermeras (os) conozcan y manejen correctamente el dolor posoperatorio, para ello se debe realizar la preparación para la cirugía. Estos resultados permitirán tomar medidas que permitan fortalecer al profesional de enfermería para cumplir su labor.

**Justificación metodológica:** El presente instrumento ha sido utilizado en anteriores estudios, por lo que posee respaldo estadístico en validez y confiabilidad, fundamentándose en nuestro estudio.

#### **1.4. Formulación de Hipótesis**

H1: Existe relación entre el conocimiento y el manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería de centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023.

Ho: No existe relación entre el conocimiento y el manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería de centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023.

### 1.5. Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA VALORATIVA	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE 1  Conocimiento sobre el dolor posoperatorio.	Es toda información que conoce las enfermeras (os) sobre la fisiopatología, valoración y tratamiento del dolor posoperatorio (17).	Fisiopatología del dolor	Conceptos Mecanismo de la producción del dolor Tipos del dolor Repercusiones del dolor	Conocimiento alto: de 15 a 20 puntos.	Ordinal
		Valoración del dolor	Escalas de valoración del dolor	Conocimiento medio: de 11 a 14 puntos.	
		Tratamiento del dolor	Tratamiento farmacológico Tratamiento no farmacológico	Conocimiento bajo: de 0 a 10 puntos.	
VARIABLE 2  Manejo del dolor posoperatorio.	Son las acciones del profesional de enfermería, basadas en el conocimiento y juicio clínico, encaminadas a conseguir el objetivo previsto para la disminución y/o alivio del dolor, que aparece como consecuencia del daño tisular en pacientes sometidos a un acto	Manejo del dolor farmacológico	Evaluación del dolor Administración de medicamentos Evaluación del medicamento para el efecto del dolor	Manejo del dolor posoperatorio correcto: De 56 a 84  Manejo del dolor posoperatorio incorrecto: De 28 a 55 puntos.	Nominal

	quirúrgico en el área de la intervención. Las cuales incluyen dos diferentes tipos de manejo: el farmacológico o administración de medicamentos, y el no farmacológico o medicina alternativa y complementaria (31).	Manejo del dolor no farmacológico	Adopción de posturas antálgicas Proporcionar atmósfera adecuada Utiliza métodos de distracción Técnicas cognitivas conductuales Escucha activa		
--	--	-----------------------------------	--	--	--

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la Investigación**

Se han encontrado los siguientes trabajos de investigación relacionados con el tema en estudio:

##### **A nivel internacional:**

**Rodríguez J. (7)**, en el estudio sobre evaluación del dolor postquirúrgico y el uso de terapias complementarias por enfermería en el Hospital General Santo Domingo de Ecuador 2019. Que tiene por objetivo conocer la relación entre el dolor postquirúrgico y el uso de terapias complementarias. Estudio longitudinal aplicado a 91 pacientes evaluados, resultando que, de la población total, 34 de ellos para un 37,4 % refirieron dolor en el posquirúrgico, de estos el 23,5 % corresponden a ocho personas del género masculino y 26 para un 76,5 % son femenino. El rango de intensidad del dolor que más prevaleció fue el leve en 22 pacientes. Concluyendo que de los cuales 10 manifestaron no sentir dolor después de la aplicación de terapias complementarias, mientras que 10 pacientes se mantuvieron en el mismo rango, pero con menor intensidad y los dos restantes no presentaron mejoría.

**Calderón J. (9)**, en el estudio nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el manejo del dolor en Colombia 2022. Con el objetivo de conocer el nivel de conocimientos. Estudio de revisión sistemática a 27 artículos científicos. Encontrando dentro de los resultados que el 70,4% de los enfermeros presentan nivel inaceptable de conocimientos y el 28,6% poseían nivel aceptable de conocimientos. Concluyendo que el manejo del dolor por parte de los profesionales de es inaceptable e insuficiente. Pero se presentan conocimientos sobre manejo no farmacológico en un nivel aceptable.

**Adams SM, Varaei S, Jalalinia F. (10)**, en el estudio de conocimiento y actitud de las enfermeras hacia el manejo del dolor posoperatorio en Ghana 2020. Que tuvo el objetivo de determinar la relación entre le conocimiento y actitud hacia el manejo del dolor posoperatorio. Estudio cuantitativo descriptivo a 211 enfermeras de muestreo aleatorio siempre, aplicando el cuestionario de manejo del dolor posoperatorio. Resultando que la edad media de las enfermeras fue de 29,77 años, siendo la enfermera más joven de 23 años y la de mayor edad de 39 años. La mayoría (72,5%) de los enfermeros tenían un conocimiento moderado y el 89,6% de los enfermeros tenían una actitud negativa hacia el manejo del dolor. Concluyendo que no hubo relación significativa entre conocimientos de enfermería y años de experiencia como enfermera ( $r = -0,03$ ,  $p=0,64$ ), así como tampoco relación significativa entre conocimientos y años de actuación en el quirófano ( $r$

= 0,06,  $p = 0,36$ ). Además, no hubo una relación significativa entre el conocimiento de las enfermeras y la actitud de las enfermeras ( $r = 0,06$ ,  $p = 0,36$ ).

**Gonzales N. (11)**, en el estudio conocimientos sobre el dolor en el paciente postquirúrgico del personal de enfermería de los servicios de Reanimación y Unidades de Recuperación Post-anestésica en un Hospital de tercer nivel España 2020. Que tuvo el objetivo de identificar el nivel de conocimiento sobre el dolor en el paciente postquirúrgico. Estudio descriptivo transversal aplicado a 60 enfermeras. Resultando que el mayor porcentaje 81,6% (49) respondieron a todas las interrogantes; mientras el 61,2% refieren haber recibido capacitación en manejo del dolor, el 70% manifestó erróneamente que no hay que confiar en los signos vitales. El 85,7% que el paciente manifiesta su molestia, el 22,4% administraría morfina con una escala 8 de EVA. Concluyendo que la mayoría poseen conocimiento del dolor no es adecuado (22,4% entre medio y bueno).

#### **A nivel nacional:**

**Gutiérrez F. (12)**, en el estudio sobre cuidados de enfermería en el manejo del dolor en pacientes posoperados inmediatos de cirugía electiva del servicio de cirugía en el Hospital Regional de Ica, 2018; con el objetivo de conocer los cuidados de enfermería en el manejo del dolor de los pacientes. Estudio descriptivo realizado a 25 enfermeras del

servicio de cirugía aplicando la guía de observación de cuidados de enfermería. Obteniendo como resultados que el 60% si tenía especialidad, el 80% tenía más de 5 años de servicio en el área, el 60% contaba con cursos de capacitación en temas relacionados, el 100% tenían entre 20 a 49 años de edad, para la valoración del dolor en el pretest fue en su mayoría (mala en un 48%) y en el pos test (regular en un 48%), en la educación a la familia en el pre test (mala en un 52%) y en el pos test (regular en un 52%) y en la administración de medicamentos en el pre test (mala en un 40%) y en el pos test (buena en un 60%).

**Anhuanari A. (13)**, en la tesis Intervención de enfermería en el manejo del dolor del paciente posoperado de cirugía abdominal, en un hospital de Lima 2018. Con el objetivo de identificar el manejo del dolor. Estudio descriptivo a 40 pacientes post intervenidos de cirugía abdominal aplicándose el Escala Likert para el manejo del dolor postoperatorio, llegándose a los resultados que el 60% refiere que el manejo del dolor es ausente, dentro de sus dimensiones en el manejo del dolor farmacológico el 65% manifestó que estuvo presentes, y en el no farmacológico el 65% de los pacientes dio a conocer que es ausente. Concluyendo que la mayoría de enfermeras no aplica intervenciones no farmacológicas y van más al manejo del dolor que a la valoración del dolor.

**Bazán L. (14)**, en la tesis nivel de conocimiento del enfermero/a sobre valoración del dolor postoperatorio en el área de recuperación post anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca 2019. Que tuvo el objetivo conocer el nivel de conocimiento sobre la valoración del dolor posoperatorio. Estudio descriptivo a 11 enfermeras. Resultados: El 63,6% cuenta con capacitación sobre valoración del dolor postoperatorio. El 100% usa un protocolo para la valoración del dolor postoperatorio y registro EVA, y el 63,6% refiere que la infraestructura (URPA) no es la adecuada. Así mismo, el 54.5% de los enfermeros/as tiene un nivel de conocimiento medio sobre la valoración del dolor postoperatorio, el 27,3% tiene un conocimiento alto y un 18,2% un nivel bajo. En cuanto a los instrumentos utilizados, el 72 ,7% (8) utiliza la escala de rostros, un 63,6 % (7) utiliza la escala de valores numéricos, 54,5% (6) utiliza la escala visual analógica, el 27,3% (3) utiliza el cuestionario de Mac Gill y el 27.3% (3) utiliza la escala de medición conductual. Concluyendo que: El nivel de conocimiento del enfermero/a que labora en el Área de Recuperación Post-anestésica se encuentra en un nivel medio (54,5%).

**Paredes Y. (15)**, en la tesis intensidad del dolor postoperatorio y su manejo enfermero en pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica y convencional en un hospital 2019. Con el objetivo de relacionar entre la intensidad del dolor posoperatorio y su manejo en el enfermero. Estudio descriptivo a una muestra de 148 pacientes. Resultando que el

65% con intensidad de dolor postoperatorio es alto, y el manejo fue efectivo en un 85%. Concluyendo que existe relación entre las variables dolor postoperatorio y su manejo enfermero.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Conocimiento sobre el manejo del dolor posoperatorio**

#### **Teoría del conocimiento**

El conocimiento es una relación entre el sujeto y el objeto a conocer que se enmarca en 4 teorías como el empirismo (que nos dice que lo adquirimos mediante la experiencia), el relativismo (este conocimiento será importante o validado según el sujeto que lo adquiere), el realismo (los sucesos son como tales se observan) y el racionalismo (el conocimiento es parte nuestra es decir se adquiere de forma innata) (15).

Pero en el siglo XVIII aparece una nueva teoría realizada por Kant tomando el empirismo y el racionalismo donde dice que todo conocimiento se inicia de la experiencia, pero no proviene de ella. Por lo que es una teoría más acertada ya que toma la experiencia con la razón y eso lo relacionamos con nuestra vida en este caso al hacer el estudio del conocimiento y manejo del dolor partiendo de la experiencia, pero debemos saber la razón por la que sucede esta problemática (16).

“Conocimiento significa acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia y razón natural “. “Es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente sobre el cuidado enfermero en la unidad de recuperación utilización de las escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico (16).

El conocimiento genera conocimiento mediante el uso de la capacidad de razonamiento o inferencia (tanto por parte de humanos como de máquinas) (17).

El conocimiento tiene estructura y es elaborado, implica la existencia de redes de ricas relaciones semánticas entre entidades abstractas o materiales. Una simple base de datos, por muchos registros que contenga, no constituye por si conocimiento (16).

El conocimiento es siempre esclavo de un contexto en la medida en que en el mundo real difícilmente puede existir completamente autocontenido. Así, para su transmisión es necesario que el emisor (maestro) conozca el contexto o modelo del mundo del receptor (aprendiz) (16).

El conocimiento puede ser explícito (cuando se puede recoger, manipular y transferir con facilidad) o tácito. Este es el caso del conocimiento heurístico resultado de la experiencia acumulada por individuos. El conocimiento puede estar formalizado en diversos grados, pudiendo ser también informal. La mayor parte del conocimiento transferido verbalmente es informal (17).

### **Dolor.**

Es una experiencia sensorial y emocional no agradable vinculada a daños a los tejidos, real o potencial, manifestada por el paciente como relación con dicho daño (18).

El dolor es el signo más común en el manejo clínico o quirúrgico de las patologías que impactan al ser humano. Se caracteriza como "una experiencia emocional y sensorial incómoda vinculada a un daño tisular posible o auténtico" (16).

El conocimiento sobre el dolor posoperatorio es toda información que conoce las enfermeras (os) sobre la fisiopatología, valoración y tratamiento del dolor posoperatorio. El nivel de conocimiento es el nivel de intensidad o grado puede medirse en alto, medio y bajo (17).

## **Dimensiones del conocimiento del dolor posoperatorio:**

### **A. Fisiopatología del dolor posoperatorio**

#### **Conceptos del dolor posoperatorio.**

El dolor es conceptualizado como una sensación importante para todo ser vivo, a través de la cual podemos reconocer un daño real o potencial y así preocuparnos por nuestra integridad (18).

Si no tuviéramos este sexto sentido, esencial para nuestra supervivencia, muchos factores agresivos pasarían desapercibidos, y cuando se percatan de su presencia, estaríamos cerca del colapso total o de la muerte (18).

Pero también tiene un significado patológico:

En muchos casos, el daño orgánico que provoca es más grave que el proceso que provoca el dolor (19).

Este efecto es poco conocido y, por lo tanto, rara vez se puede tratar; a menudo provoca reacciones fisiológicas y psicológicas anormales que conducen a numerosas complicaciones en múltiples órganos y sistemas. Un ejemplo sorprendente de la inutilidad de las funciones protectoras analgésicas es el dolor posoperatorio (19).

El dolor es uno de los síntomas más comunes de la existencia humana, y todos tenemos percepciones, experiencias y actitudes negativas hacia él, y se cree que su percepción está influenciada por la personalidad, las experiencias y sentimientos pasados, los antecedentes culturales, las emociones y otras circunstancias. El dolor, tal y como se percibe correctamente, es un fenómeno subjetivo, y aunque puede ser causado por una gran variedad de estímulos, son precisamente estos síntomas los que con mayor frecuencia llevan a las personas a buscar atención médica (20).

### **Mecanismo del dolor.**

La fisiología del dolor incluye varios aspectos que hacen posible la percepción del dolor y, por lo tanto, requiere la comprensión de varios procesos neurofisiológicos que se denominan colectivamente nocicepción: Como la transducción, transmisión, modulación y percepción. (21-22).

Transducción: Proceso por el cual los estímulos periféricos nocivos se convierten en actividad eléctrica a nivel de las terminaciones nerviosas. La transducción está mediada por receptores sensoriales llamados nociceptores, que son las terminaciones periféricas de las fibras aferentes sensoriales primarias (21).

Los nociceptores se clasifican según el tipo de fibras que los componen, distinguiendo entre receptores A y C, es decir, son esencialmente terminaciones nerviosas libres de fibras aferentes de tipo A que están poco mielinizadas, mientras que las fibras C son amielínicas. Se localizan en diversos tejidos del cuerpo (piel, músculos, articulaciones, fascia, órganos internos, etc.) (22).

De las sustancias que contribuyen a la percepción del dolor, las más notables son las sustancias alogénicas (bradicininas) y los sensibilizadores (prostaglandinas), las más notables son los péptidos opioides endógenos y los cannabinoides. Esto es importante porque a nivel periférico se activan mecanismos inhibitorios y excitatorios de las señales nociceptivas, a partir de estímulos aversivos, y los profesionales de la salud pueden influir en esto apoyando los mecanismos inhibitorios (utilizando opioides, anestésicos locales). (23).

- Transmisión de la periferia a la médula:

La transmisión es la propagación de impulsos nerviosos a lo largo de los nervios sensoriales en el sistema nervioso central. Las vías de transmisión son las siguientes: (24).

- Neurona aferente sensorial primaria (primera neurona).

- Las neuronas de relevo ascendentes (neuronas de segundo orden) se proyectan desde el bulbo raquídeo hasta el tronco encefálico y el tálamo.
- Neuronas talamocorticales (neuronas de tercer orden).

- Regulación y control del dolor:

Los sistemas analgésicos endógenos pueden alterar la transmisión de los impulsos nerviosos esencialmente inhibiendo la asta dorsal de la médula espinal, así como los niveles periféricos, espinal y supraespinal (23).

Los fenómenos inflamatorios incluyen la liberación de sustancias como histamina, serotonina, prostaglandinas y bradicinina y un aumento del potasio extracelular y de los iones de hidrógeno, que a su vez contribuyen al dolor. La sustancia P es un transmisor que se sintetiza en los cuerpos celulares de las neuronas periféricas y juega un papel importante a nivel de la médula espinal. Por otra parte, una estimulación traumática o quirúrgica intensa puede provocar contracturas musculares reflejas, exacerbando así el dolor en la región, o aumentar la actividad simpática eferente, alterando así la sensibilidad de los nociceptores (23).

- Modulación a nivel periférico: se puede intentar modificar el dolor a diferentes niveles:

Los anestésicos locales infiltrados en las heridas o aplicados en las venas de las extremidades pueden bloquear la transducción al estabilizar las membranas receptoras. Este efecto analgésico puede potenciarse con el uso de anestésicos, ya que existen receptores de morfina a nivel periférico.

Los anti-inflamatorios no esteroides (AINE) actúan a nivel periférico, aunque también parece existir un mecanismo central. El bloqueo o destrucción de los nervios periféricos mediante anestesia local impide la transmisión de impulsos nerviosos hacia y desde la médula espinal (23).

- Modulación medular

La médula espinal es la zona donde más se han estudiado los procesos nociceptivos. La sustancia P es capaz de despolarizar la segunda neurona y también puede liberar otros neuromoduladores como la somatostatina, la colecistoquinina, el glutamato y el ácido gamma-aminobutírico (GABA). Este último actuará como depresor presináptico. Las ramas laterales de las fibras A-delta también liberan encefalinas, que inhiben la liberación de la sustancia P. Las endorfinas son una clase de sustancias endógenas que reciben su nombre por sus efectos similares a los de la morfina y constituyen otro

sistema importante para el control del dolor y la regulación endógena (23).

- Percepción

El proceso final es la interacción de los primeros tres fenómenos con otros fenómenos individuales para producir la experiencia subjetiva y emocional conocida como dolor. Durante la percepción, los mensajes nociceptivos llegan a la médula espinal a través de la vía aferente primaria, que consiste en nervios con fibras delta C y A que hacen sinapsis con neuronas aferentes secundarias en la propia médula espinal (24).

Los mensajes transportados por vías nociceptivas ascendentes son modulados por varias vías descendentes. Estas vías surgen de muchas áreas del cerebro, incluidas la sustancia gris periacueductal, el locus coeruleus y el hipotálamo (25).

Aunque no está claro cómo estas vías descendentes afectan el dolor, se sabe que tienen un impacto importante en la percepción de la intensidad del dolor. Por lo tanto, la percepción no es el resultado final de la transmisión pasiva de impulsos, sino más bien una experiencia compleja determinada por factores como la historia pasada del individuo, la importancia del estímulo para el sujeto y la situación. Su locus no es sólo un evento electrofisiológico, sino también un evento emocional y cognitivo que determina el comportamiento, la

discriminación y la calidad de las respuestas emocionales, motoras y cognitivas a los estímulos dolorosos que son “percibidos y desencadenados” (25).

Tipo de dolor. Existen muchas clasificaciones, las más utilizadas son: dividido por el tiempo de desarrollo:

- Dolor crónico: Dolor que dura más de tres meses, como el dolor por cáncer.
- Dolor agudo: Dolor que dura un período de tiempo más corto, generalmente menos de dos semanas, como un dolor de muelas o un accidente cerebrovascular (26).

Es difícil distinguir el dolor agudo del crónico porque el dolor fluctúa y a veces hay menstruación indolora. El dolor postoperatorio es intenso, pero a veces puede durar varias semanas. Las migrañas o dolores menstruales ocurren varias veces al año, duran de dos a tres días y son difíciles de clasificar como dolor agudo o crónico (27).

Según la etiología del dolor:

- Dolor nociceptivo: Se produce cuando se estimulan los nociceptores (es decir, los receptores del dolor), lo que da lugar a la transmisión de “mensajes de dolor” a través de vías ascendentes hacia los centros supraespinales, que se perciben como sensaciones dolorosas. Por ejemplo, un pinchazo.

- Dolor neuropático: causado por daño directo al sistema nervioso, este dolor se presenta con estimulación mínima o nula y suele ser un dolor persistente (27).

Dependiendo de la localización del dolor:

- Dolor somático: Se produce debido a la activación de nociceptores en la piel, huesos y tejidos blandos. Se trata de un dolor intenso y bien localizado, como dolor óseo, artritis o dolor muscular, que generalmente proviene de zonas del cuerpo inervadas por nervios somáticos. Por lo general responden bien al tratamiento con analgésicos según el régimen de tratamiento escalonado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (28).
- Dolor visceral: Causado por la activación de los nociceptores causada por infiltración, compresión, estiramiento, tracción o isquemia de órganos internos en las regiones pélvica, abdominal o torácica. Aumento de los espasmos de los músculos lisos de los órganos internos de la cavidad. Se trata de un dolor poco localizado, habitualmente descrito como profundo y opresivo, con excepción del dolor de úlcera duodenal, que se localiza en las yemas de los dedos. En los casos agudos, suele acompañarse de síntomas vegetativos como náuseas, vómitos, sudoración, taquicardia y presión arterial elevada. El dolor generalmente afecta áreas de la piel distales al sitio de la lesión, como dolor en el

hombro derecho debido a daño en el conducto biliar o en el hígado (28).

Según la intensidad del dolor

El dolor generalmente se evalúa unidimensionalmente por intensidad utilizando una escala visual analógica (escala de 0 a 10 puntos, donde 0 significa ningún dolor en absoluto y 10 significa el peor dolor imaginable).

Entonces la interpretación es la siguiente:

- Leve: Las calificaciones van del 1 al 3. La piel está involucrada principalmente (es decir, sensación cutánea) a través de receptores de presión, temperatura y tacto fino, que pueden dañarse por quemaduras, abrasiones, golpes, etc.
- Moderado: De 4-6 clases. Es un estado intermedio entre el dolor leve y el intenso, que afecta habitualmente la epidermis y el tejido celular subcutáneo.
- Severo: Si la puntuación está entre 7 y 10. Estos incluyen músculos, articulaciones, huesos y otros tejidos (tendones, tejido conectivo, etc.) (28).

Consecuencias del dolor postoperatorio:

Dolor postoperatorio: El dolor postoperatorio es un dolor agudo causado por un traumatismo quirúrgico, que provoca una respuesta

inflamatoria y la ignición de neuronas aferentes, pero también puede convertirse en dolor crónico. Este tipo de dolor involucra una variedad de mecanismos fisiológicos nociceptivos que están influenciados por factores psicológicos, conductuales y emocionales (27).

Aunque el dolor postoperatorio es una consecuencia de la cirugía, nuestro alcance es algo más amplio y el dolor perioperatorio debe discutirse como el dolor que ocurre en un paciente quirúrgico: como resultado de una enfermedad previa, una cirugía o una combinación de ambas (26).

La naturaleza e intensidad del dolor postoperatorio son predecibles y lo ideal sería anticiparlo y así evitar sus molestias y complicaciones (27).

## **B. Valoración del dolor posoperatorio**

Las escalas de valoración del dolor:

Son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor que permiten cuantificar la percepción subjetiva del dolor de los pacientes y ajustar con mayor precisión el uso de medicación analgésica. Recientemente, la Organización Mundial de la Salud recomendó eliminar progresivamente el uso de analgésicos. En algunos casos, como si el paciente inicialmente refiere un dolor intenso, debemos proceder directamente al paso tres sin intentar los dos primeros pasos para evitar dificultades, como el dolor mal controlado (25).

Siempre se debe utilizar una escala de medición para determinar el dolor. Nos permiten hacer una valoración inicial y comprobar la eficacia del tratamiento. No existen escalas ideales, pero siempre es necesario utilizarlas. Las escalas también deben ser comprensibles para los pacientes, no deben requerir capacitación adicional para su uso y deben ser válidas y confiables. En el ámbito clínico, existen dos tipos principales de mediciones (27):

a) Escala subjetiva

En estos casos, el paciente nos contará su dolor (28).

b) Escala unidimensional

Ven el dolor como una experiencia unidimensional que varía sólo en intensidad. No hay que olvidar que estas escalas unidimensionales, útiles en el contexto postoperatorio, no evalúan otros componentes del dolor y por tanto la localización, periodicidad y naturaleza del dolor, así como la vivencia del mismo por parte del paciente. Debe tenerse en cuenta.

- El más comúnmente utilizado de estos es (29): La escala Visual Analógica (EVA o EVA), desarrollada por Scout Huskinson en 1976, es la medida más utilizada de dolor postoperatorio. Consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud entre dos puntos donde aparecen los términos “sin dolor” y “máximo dolor

imaginable”, correspondientes a 0 y 10 puntos respectivamente, el paciente marcará el mejor punto A de la línea. eso; refleja el dolor experimentado. Su principal ventaja es que no contienen números ni palabras descriptivas (29).

La EVA es un instrumento simple, robusto, sensible y reproducible que puede usarse para evaluar repetidamente el dolor del mismo paciente en diferentes ocasiones. Su validez para medir el dolor ha sido demostrada en muchos estudios y su confiabilidad ha sido evaluada y considerada satisfactoria por la mayoría de los autores (29).

La EVA también puede describir cambios en el dolor sin forzar un cambio de categoría, como es el caso de las escalas de calificación verbal numérica, aunque ambos tipos de escalas han demostrado una buena correlación (29).

Es ampliamente utilizado en entornos clínicos y tiene una mayor sensibilidad de medición porque no contiene palabras que puedan condicionar o restringir al paciente. Esta prueba se considera la mejor porque es práctica, confiable y tiene la ventaja de ser fácil de realizar.), método que permite cuantificar la percepción de intensidad, realizar gráficos y análisis estadístico (29).

- Escala verbal simple: Descrita por Kiehl en 1948, califica el dolor como ausente, leve, moderado, severo o insoportable. Es el método más simple para medir el dolor y suele ser útil para los investigadores porque es fácil de usar. Pero el problema que esto crea es que la misma palabra puede significar cosas diferentes para diferentes pacientes. Las palabras utilizadas son descripciones relativas y varían de persona a persona (29).
  
- Escala numérica verbal: propuesta por Downie en 1978, es uno de los métodos más utilizados. Esto implica preguntar al paciente sobre su dolor y decirle que, si 0 significa "ningún dolor" y 10 significa "el peor dolor imaginable", entonces debe indicar el número que corresponde a su dolor. Si se espera que los pacientes conceptualicen su dolor en números, se deben utilizar palabras clave junto con instrucciones previas. Esta escala es discreta más que continua, pero a los efectos del análisis estadístico se puede suponer que las categorías están distribuidas equitativamente. Puede utilizarse como herramienta de medición para evaluar la respuesta a tratamientos seleccionados (29).
  
- Escala de cara pintada: Se han desarrollado varios métodos para evaluar la intensidad del dolor en personas que son incapaces de expresar adecuadamente su dolor. Los niños pequeños, los

ancianos, las personas inconscientes en urgencias, los pacientes intubados en la unidad de cuidados intensivos y las personas sordomudas son los principales sujetos de este tipo de mediciones. Es la determinación de la intensidad del dolor basada en las expresiones faciales (29).

### **C. Tratamiento del dolor posoperatorio**

El manejo inadecuado del dolor posoperatorio puede aumentar la morbilidad y la mortalidad y prolongar la estancia hospitalaria, comprometiendo así la recuperación del paciente. (30).

Tipos de tratamiento del dolor.

- Tratamiento farmacológico

La “escalera del dolor” recomendada por la Organización Mundial de la Salud muestra una correlación entre la escala visual analógica (EVA, utilizando una regla de 10 cm) y la escala verbal analógica (SEVERE, que divide el dolor en leve, moderado y severo). En el caso específico del dolor postoperatorio, los puntajes EVA de 1 a 4 corresponden a la categoría de “dolor leve”, de 5 a 7 a “dolor moderado” y de 8 a 10 a “dolor severo” (30).

A este respecto, se pueden hacer las siguientes recomendaciones:

- El dolor leve (EVA 1 a 4) puede tratarse satisfactoriamente solo con analgésicos no opioides.

- El dolor moderado (EVA 5 a 7) puede tratarse con analgésicos opioides (bolo o infusión continua) con efecto techo, sólo en combinación con analgésicos no opioides y/o fármacos adicionales.
- Dolor intenso (EVA 8 a 10) con el uso de opioides potentes (por infusión continua, técnicas de PCA y/o técnicas con anestésicos locales) sólo en combinación con analgésicos no opioides y/o fármacos coadyuvantes (30).

El medicamento se puede administrar de diferentes formas:

**Bolo:** Consiste en inyectar pequeñas dosis de analgésicos a intervalos predeterminados, ajustados a la vida media de los fármacos utilizados.

**Infusión continua:** implica inyecciones continuas de analgésicos. Utilizando esta técnica se puede conseguir una analgesia duradera (30). **Analgesia controlada por el paciente, o PCA:** permite a los pacientes autoadministrarse pequeñas dosis de analgésicos según sea necesario. Esta tecnología puede ajustar la dosis de analgésicos según la intensidad del dolor y las necesidades del paciente, reduciendo así la dosis total de analgésicos y consiguiendo un mejor alivio del dolor. Requieren la cooperación del paciente (nivel de conciencia, nivel de cognición, etc.) (30).

Infusión continua PCA: este método combina una infusión analgésica basal con la capacidad de inyectar un bolo de medicamento según las necesidades del paciente. Tiene ventajas sobre la PCA en términos de control de la analgesia durante el sueño y reducción del número de inyecciones en bolo. Sin embargo, el uso de opioides se asocia con un mayor consumo total de analgésicos y un mayor riesgo de depresión respiratoria (30).

Inyección intravenosa: se utilizan los siguientes medicamentos:

Analgésicos opioides: Cuando se inyectan por vía intravenosa, proporcionan una analgesia rápida y eficaz. En cuanto a la analgesia perioperatoria con opioides, cabe destacar que el tratamiento debe ser individualizado. Otros medicamentos: Medicamentos llamados adyuvantes, como corticosteroides, antidepresivos, anticonvulsivos, antiespasmódicos o relajantes musculares (30).

## **2.2.2. Manejo del dolor posoperatorio**

### **Definición del manejo del dolor posoperatorio**

Son acciones que el profesional de enfermería realiza con base en el conocimiento y juicio clínico para lograr el objetivo deseado de reducir y/o aliviar el dolor resultante del daño tisular en el paciente en el área quirúrgica. Estos incluyen dos tipos diferentes de tratamiento:

farmacológico o terapia con medicamentos y no farmacológico o medicina alternativa y complementaria (31).

### **Dimensiones del manejo del dolor posoperatorio.**

#### **Manejo del dolor farmacológico**

- **Evaluación del dolor:** Estas acciones permitirán la valoración del dolor para ello el profesional de enfermería debe utilizar diversas estrategias como:

Proporcionar información sobre las medicinas para el tratamiento del dolor.

Solicitar el consentimiento para administrar el tratamiento farmacológico.

Preguntar al paciente cuanto le duele usando la escala del 0 al 10 o cualquier estrategia de valoración.

Evaluar físicamente la zona de intervención quirúrgica para identificar el dolor.

Preguntar al paciente como se siente en el momento de la administración del tratamiento del dolor.

- **Administración de medicamentos:** Se seguirá con el tratamiento farmacológico según indicación médica.

Administrará los medicamentos de forma cuidadosa preocupándose por el paciente.

Administrará los medicamentos para el dolor en la hora indicada.

Administrará dosis suficientes de medicamento para aliviar el dolor.

Se dirigirá al paciente por su nombre y verifica el tratamiento por nombre y apellido.

Supervisará continuamente la vía periférica e indica la vía por donde el paciente recibirá el tratamiento.

- **Evaluación del medicamento para el efecto del dolor:** Luego de las acciones de enfermería se debe efectuar una evaluación del mismo.

Informará y monitorizará los valores de presión, pulso y temperatura.

Acudirá inmediatamente con el tratamiento condicional si el paciente tiene dolor.

Explicará los tipos de medicamento para el tipo de dolor que tiene el paciente.

Evaluará los resultados de la medicación que recibió para el dolor.

### **Manejo del dolor no farmacológico**

- **Adopción de posturas antálgicas:** Son posiciones que adopta el paciente para disminuir el dolor. Para ello el profesional de enfermería:

Muestra los tratamientos alternativos a los medicamentos del dolor.

Atiende las necesidades básicas de comodidad, como el descanso para aliviar el dolor.

**- Proporciona atmósfera adecuada:** Brindarle un ambiente tranquilo libre de molestias.

Favorecer el ambiente tranquilo, libre de ruido, considerando que esto ayudará a disminuir el dolor.

Ayudar a estar en una posición adecuada para disminuir el dolor.

Usar compresas frías o calientes para aliviar el dolor.

**- Utiliza métodos de distracción:** Consiste de manera voluntaria cambiar el foco de atención del paciente, pensamiento y sensaciones para disminuir la ansiedad.

Facilitar los medios de distracción como televisión, celular, o música (u otro medio) para aliviar el dolor.

Utilizar un tono amigable y palabras cariñosas para dirigirse al paciente.

**Técnicas cognitivas conductuales:** Estrategias que permiten tomar conciencia o distracción de pensamientos y conductas negativas.

Ayudar al paciente a estar relajado e indica las medidas para poder estarlo.

Aplicar dinámicas o técnicas de distracción, relajación.

Orientar a los cuidadores y familiares sobre procedimientos que ayudarán a disminuir el dolor.

Animar a caminar precozmente para disminuir el dolor y mejorar la condición del paciente.

**Escucha activa:** La enfermera escuchará plenamente lo que manifieste y observe en el paciente.

Educar y explicar las ventajas y desventajas del tratamiento que se va a recibir.

Brindar confianza al paciente para manifestarle algún tratamiento que no considera beneficioso.

Escuchar al paciente y le ayuda a disminuir su ansiedad

### **2.2.3. Centro Quirúrgico**

El Centro Quirúrgico es la unidad o servicio de una institución sanitaria donde se realizan operaciones simples y/o complejas, en la que se unen todas las intervenciones quirúrgicas, tanto programadas como no programadas (18).

Es el entorno diseñado para almacenar equipos médicos, de diagnóstico y procedimientos, teniendo en cuenta la complejidad del edificio y el equipo requerido para las salas de operaciones. Cuenta con un equipo multidisciplinario que interviene en la intervención quirúrgica (20).

#### **2.2.4. Enfermería en Centro Quirúrgico**

Enfermería en centro quirúrgico cumple funciones en el planeamiento, organización, ejecución y evaluación de la atención preoperatoria, intraoperatoria y posoperatoria del paciente quirúrgico. Realizar funciones de enfermeras circulantes y enfermeras instrumentistas en cirugías de rutina y mínimamente invasivas (35).

Las enfermeras de quirófano son enfermeras profesionales cuyas cualificaciones complementan los métodos de enfermería general y los procesos de atención (36). Su ámbito de desarrollo se enmarca en el ámbito asistencial – administrativo como investigación y docencia. En el primer caso la enfermera en centro quirúrgico tiene un rol preponderante en la organización del quirófano, interviene y colabora en el acto quirúrgico y anestésico (35).

Es responsable de conservar la integridad, seguridad y eficacia durante el manejo del instrumental y material estéril durante la intervención quirúrgica, cuidado y mantenimiento del instrumental y equipos. El conocimiento y manejo experticia de técnica estéril y aséptica habilita al enfermero instrumentista para preparar y arreglar el instrumental, los abastos y ayudar al cirujano / residentes durante la operación y ello demanda que el enfermero especialista desarrolle visión adecuada, agilidad y rapidez, conocimiento y dominio de la cirugía laparoscópica - convencional, temperamento estable y

capacidad de trabajo aún bajo altas presiones de condiciones estresantes (16).

#### **2.2.4. Teoría de Marjory Gordon**

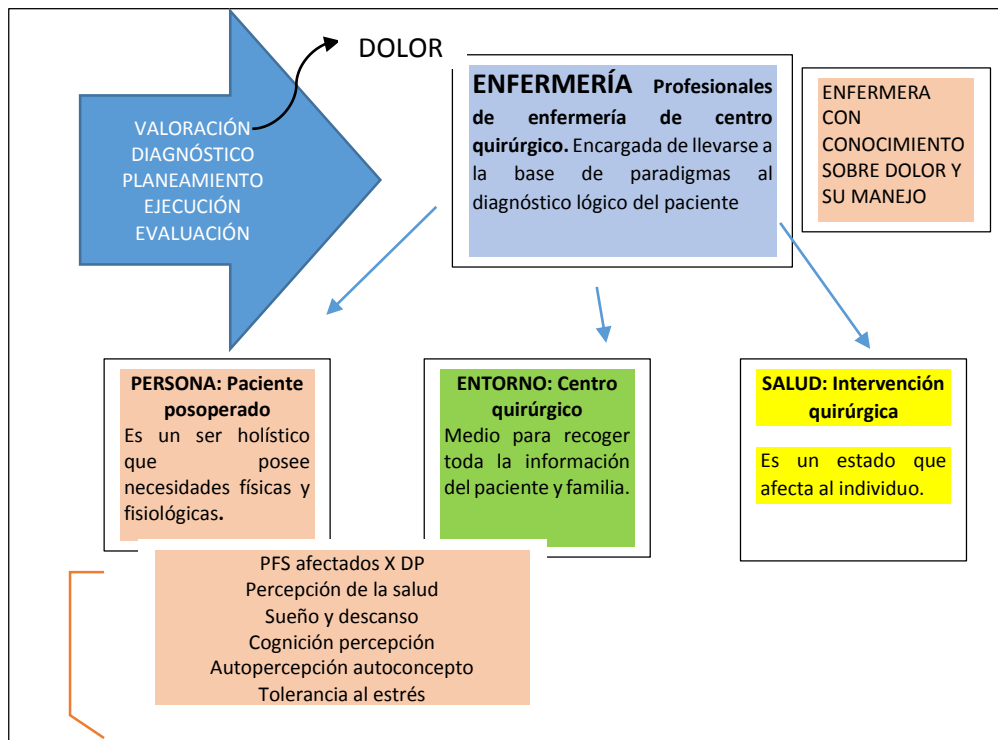
La importancia de la labor de enfermería radica en que, desde el nacimiento de la enfermería como profesión, ha estado en constante interacción con los pacientes, promoviendo el autocuidado y brindando cuidados en casos de salud y enfermedad. Su papel es importante porque tienen la responsabilidad directa de prevenir el sufrimiento innecesario (por ejemplo, la enfermedad) en los pacientes quirúrgicos, de implementar intervenciones de acuerdo con los principios éticos (debidamente diligencia) y de reconocer que sus actividades profesionales se evalúan principalmente en relación con la paciente (35).

El modelo de Gordon nos proporciona un conjunto de conceptos sobre la evaluación y percepción del estado de salud de un paciente. (36) En este contexto, surgió el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), para esto debe tener un profesional de enfermería que tenga los conocimientos necesarios sobre el dolor y su manejo en un paciente que será intervenido quirúrgicamente (35).

Otorgando al paciente intervenido un cuidado holístico planificado en base a sus problemas y necesidades priorizados, compuesto por

cinco pasos que se vinculan entre sí: Durante la etapa valoración: el profesional de enfermería realiza la anamnesis recogiendo datos dentro de la evaluación física incidiendo en las manifestaciones posoperatorias; en la etapa diagnóstico, para valorar toma en cuenta los dominios o patrones afectados como la percepción de la salud, sueño y descanso, cognición percepción, autopercepción autoconcepto, tolerancia al estrés, emitiendo los diagnósticos. En el planeamiento, se realizará las acciones de enfermería según priorización; luego ejecutará y evaluará el proceso de atención de enfermería (34).

**FIGURA N° 01**  
**TEORÍA DE M. GORDON**



Fuente: Elaborado por Rivera y Gutierrez.

### 2.3. Definición Conceptual de Términos

**Conocimiento de dolor posoperatorio:** Información obtenida de las múltiples experiencias de una persona a lo largo del tiempo (8).

**Manejo del dolor posoperatorio:** Acción realizada por una persona para una actividad específica como manejar el dolor posoperatorio (7).

**Manejo del dolor farmacológico:** Son estrategias farmacológicas porque consideran el uso de medicamentos para tratar y aliviar el dolor.

**Manejo del dolor no farmacológico:** Son estrategias no farmacológicas en la cual no se utiliza medicación, otras modalidades de atención que favorecen, especialmente durante la etapa de modulación de la experiencia dolorosa.

**Profesional de enfermería:** Una enfermera (enfermera o Licenciada en enfermería) tiene el objetivo del cuidado de la persona sana o enferma en los tres niveles de prevención como la primaria, secundaria y terciaria, y en los niveles de atención en los diversos establecimientos de salud públicos o privados (7).

**Centro quirúrgico:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Un centro quirúrgico es un servicio con varias salas que cuentan con todo lo necesario para realizar la operación y gestionar las posibles consecuencias, incluidas las complicaciones de la

intervención. Unidad básica del establecimiento de salud organizada para realizar procedimientos anestesiológicos e intervenciones quirúrgicas, así como la atención de la fase de recuperación postanestésica (35).

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Tipo y Diseño de Investigación**

El presente estudio fue de tipo cuantitativo ya que las variables podrán ser medidas. Descriptivo ya que se realizó la revisión de conocimientos para verlos a profundidad; Transversal ya que se realizó en un periodo determinado haciendo un corte en el tiempo. No experimental, en este caso las variables y su población no se pusieron a prueba (36).

Diseño de investigación: Correlacional ya que permitió asociar o relacionar dos variables (36).

#### **3.2. Población y muestra**

##### **3.2.1. Población:**

La población estuvo constituida por los profesionales de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico (Sala de operaciones, unidad de recuperación post anestesia, y central de esterilización) del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023. (N=35).

### **3.2.2. Unidad de análisis**

Profesionales de enfermería de Servicio Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna.

### **3.2.3. Tamaño de la muestra**

No hubo muestra, se investigó con el total de la población (n=35), que constituyeron el 100%.

#### **Criterios de Inclusión:**

- Profesionales de enfermería que laboran en Centro quirúrgico (sala de operaciones, unidad de recuperación post anestesia, y central de esterilización).
- Profesionales de enfermería que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Profesionales de enfermería que laboran en otros servicios.
- Profesionales de enfermería que no aceptaron participar en el estudio.
- Profesionales de enfermería que se encontraron de licencia o de vacaciones.

### **3.2.4. Tipo de Muestreo**

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia (36).

### **3.3. Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos**

La técnica fue la encuesta y el instrumento Cuestionario y lista de cotejo.

#### **Instrumento 01**

Para la valoración de la variable independiente de conocimiento sobre el dolor posoperatorio se utilizó el cuestionario de conocimiento del dolor posoperatorio de Huamán J, Charca E. (2019) que consta de 20 ítems con respuestas múltiples, otorgándose 1 punto a la respuesta correcta y 0 puntos a la respuesta incorrecta, valorando las dimensiones (fisiopatología del dolor, valoración y tratamiento del dolor posoperatorio) (6). (ver Anexo 01)

Escala de puntaje:

Conocimiento alto: de 15 a 20 puntos.

Conocimiento medio: de 11 a 14 puntos.

Conocimiento bajo: de 0 a 10 puntos.

#### **Instrumento N° 02**

Para valorar la variable dependiente de manejo del dolor posoperatorio se utilizó la lista de cotejo del manejo del dolor posoperatorio de Anhuanari A. (2018) que consta de 28 ítems con las opciones de

respuesta de Nunca (1 punto), a veces (2 puntos) y siempre (3 puntos), contando con las dimensiones de manejo farmacológico del dolor (14 ítems) y manejo no farmacológico del dolor (14 ítems) (13). (ver Anexo 02)

Escala de puntaje:

Manejo del dolor posoperatorio correcto: De 56 a 84

Manejo del dolor posoperatorio incorrecto: De 28 a 55 puntos.

**Validez:**

Se aplicó la prueba de validez por criterio de expertos, y validez de contenido, a 4 especialistas en el área, obteniendo el valor de confiabilidad adecuada total con un valor DPP =1,84 adecuación total (Ver Anexo 03)

**Confiabilidad:**

Se aplicó la prueba de confiabilidad de Alpha de Cronbach, aplicando una prueba piloto a 10% de la población de otro sector con similares características obteniendo un valor de 0,757 para (48 ítems), demostrando ser instrumentos fiables (Ver Anexo 04).

**3.4. Procedimientos de Recolección de Datos**

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se consideró los siguientes aspectos:

- Se solicitó permiso a la dirección del hospital y la jefatura de servicio de enfermería.
- Se coordinó con los profesionales de enfermería para su participación en el estudio.
- Se informó sobre el estudio, haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales, para ello se le solicitó el consentimiento informado.
- El cuestionario de conocimientos, fue aplicado en una reunión de calidad a la mayoría de profesionales, y los que no asistieron fueron ubicados en sus turnos, otorgando un tiempo de 40 minutos para contestar las interrogantes.
- Para la aplicación de la Lista de cotejo, se realizó con el apoyo de la coordinadora, que observó el actuar del profesional de enfermería en la unidad de recuperación post anestésica (URPA).

### **3.5. Procesamiento y análisis de los datos**

La información recolectada, se codificó, para ser vaciada en la matriz de datos del SPSS versión 26, luego del cual se tabuló y presentó los resultados en tablas simples y cruzadas, además de gráficos. Para la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba Tau c de Kendall y el valor p de significancia estadística.

La prueba estadística Tau c Kendall, es una medida no paramétrica que permite medir la correlación de variables con diversos niveles, y variables ordinales.

### **3.6. Consideraciones éticas**

Se cumplieron y respetaron los estándares éticos durante el uso de los instrumentos (37).

#### **Anonimato:**

Se informó a los profesionales de enfermería que se recolectaron datos con un cuestionario de carácter anónimo y que la información recopilada se utilizó con fines de investigación.

#### **Privacidad:**

Se respeta la privacidad de los profesionales de enfermería y toda la información recopilada durante este estudio se mantendrá confidencial.

#### **Honestidad:**

Se informó a los profesionales sobre el propósito del estudio y los resultados se reflejaron en el estudio actual.

**Consentimiento:**

Solo se trabajó con los profesionales de enfermería que aceptaron voluntariamente participar en el estudio actual, firmando el consentimiento informado (37).

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1. Resultados**

En este capítulo se presentan los resultados de acuerdo a los objetivos propuestos.

**TABLA N° 01**

**CARACTERIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA  
DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2023**

<b>Edad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
26 a 45 años	<b>45</b>	<b>42,9</b>
46 a 59 años	7	20,0
Más de 60 años	13	37,1
Total	35	100,0
<b>Sexo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Femenino	<b>32</b>	<b>91,4</b>
Masculino	3	8,6
Total	35	100,0
<b>Condición laboral</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ley 276	7	20,0
Ley 728	<b>19</b>	<b>54,3</b>
Contrato CAS	1	2,9
Terceros	8	22,9
Total	35	100,0
<b>Tiempo de servicio</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Menos de 10 años	9	25,7
De 10 a 20 años	10	28,6
Más de 20 años	<b>16</b>	<b>45,7</b>
Total	35	100,0
<b>Especialidad en Centro Quirúrgico</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	<b>32</b>	<b>91,4</b>
No	3	8,6
Otra	0	0,0
Total	35	100,0

**Fuente:** Cuestionario de conocimiento sobre el manejo del dolor posoperatorio aplicado a profesionales de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023.

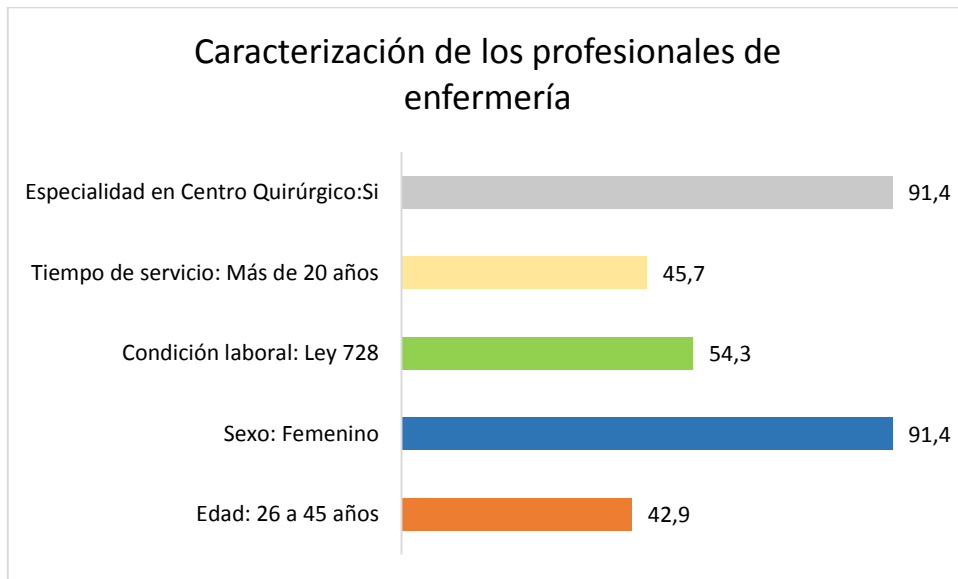
**Elaborado por:** Huamán J, Charca E. (2019).

**Descripción:**

En la tabla N° 01, se observa que el 42,9% (n=45) de los profesionales de enfermería de Centro Quirúrgico tienen de 26 a 45 años de edad; mientras el 91,4% (n=32) son de sexo femenino; el 54,3% (n=19) tienen de condición laboral bajo la Ley 728; el 45,7% (n=16) tienen más de 20 años de servicio; y el 91,4% (n=32) tienen de especialidad en centro quirúrgico.

## GRÁFICO N° 01

### CARACTERIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2023



Fuente: Tabla N° 01

**TABLA N° 02**

**CONOCIMIENTO SOBRE EL DOLOR POSOPERATORIO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2023**

<b>Nivel de conocimiento sobre el dolor posoperatorio</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Conocimiento bajo	6	17,1
Conocimiento medio	12	34,3
Conocimiento alto	<b>17</b>	<b>48,6</b>
Total	35	100,0

**Fuente:** Cuestionario de conocimiento sobre el dolor posoperatorio aplicado a profesionales de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023.

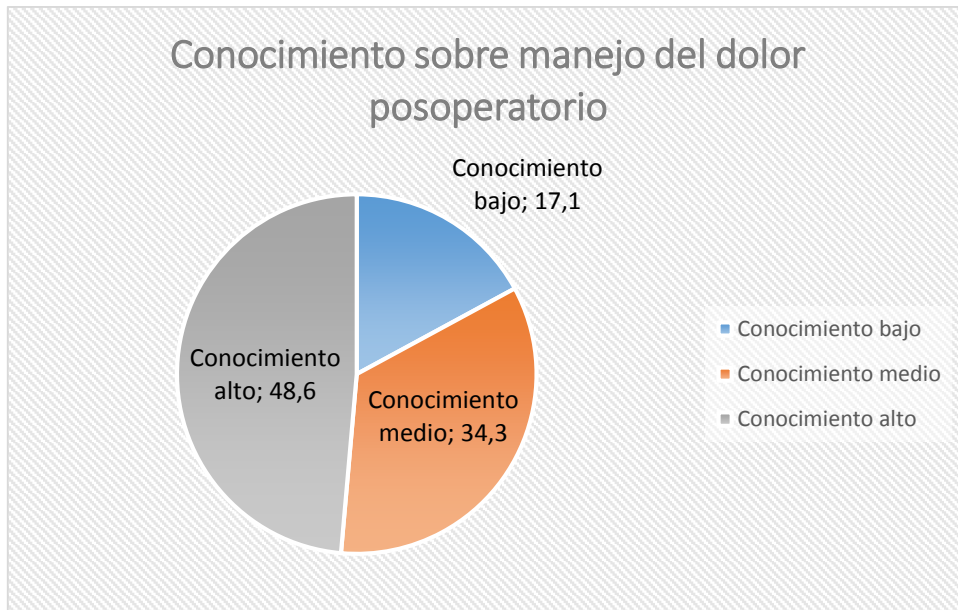
**Elaborado por:** Huamán J, Charca E. (2019).

**Descripción:**

En la tabla N° 02, se observa que el 17,1% (n=6) de los profesionales de enfermería obtuvo conocimiento sobre el dolor posoperatorio bajo; mientras el 34,3% (n=12) conocimiento medio y el 48,6% (n=17) conocimiento alto.

## GRÁFICO N° 02

### CONOCIMIENTO SOBRE EL DOLOR POSOPERATORIO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2023



Fuente: Tabla N° 02.

**TABLA N° 03**

**MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2023**

<b>Manejo del dolor posoperatorio</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Manejo del dolor posoperatorio correcto	<b>31</b>	<b>88,6</b>
Manejo del dolor posoperatorio incorrecto	4	11,4
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario de conocimiento sobre el manejo del dolor posoperatorio aplicado a profesionales de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023.

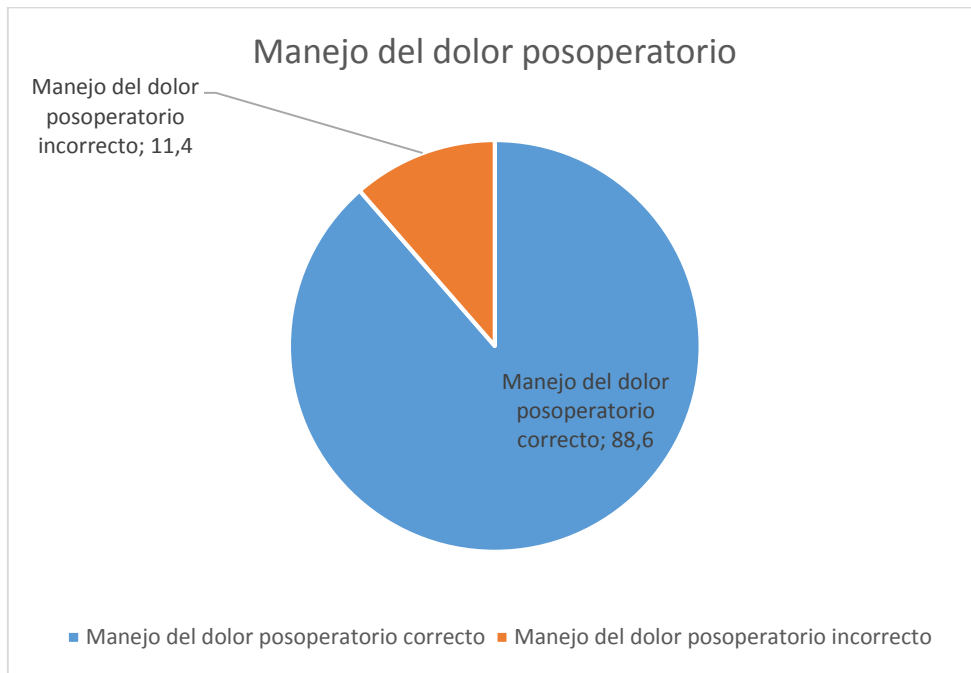
**Elaborado por:** Huamán J, Charca E. (2019)

**Descripción:**

En la tabla N° 03, el 88,6% (n=31) de los profesionales de enfermería presentaron manejo del dolor posoperatorio correcto y el 11,4% (n=4) manejo del dolor posoperatorio incorrecto.

### GRÁFICO N° 03

#### MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2023



Fuente: Tabla N° 03.

**TABLA N° 04**

**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LAS DIMENSIONES DEL MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA**

Manejo del dolor posoperatorio	Conocimiento sobre dolor posoperatorio						Total		X <sup>2</sup>
	Conocimiento alto		Conocimiento medio		Conocimiento bajo		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
<b>Manejo del dolor farmacológico</b>									
Manejo del dolor farmacológico correcto	15	42,9	11	31,4	5	14,3	31	88,6	Tau c=0,67 p=0,002
Manejo del dolor farmacológico incorrecto	2	5,6	1	2,9	1	2,9	4	11,4	
Total	17	48,6	12	34,3	6	17,1	35	100,0	
<b>Manejo del dolor no farmacológico</b>									
Manejo del dolor no farmacológico correcto	14	40,0	7	20,0	4	11,4	25	71,4	Tau c=0,95 p=0,001
Manejo del dolor no farmacológico incorrecto	3	8,6	5	14,3	2	5,7	10	28,6	
Total	17	48,6	12	34,3	6	17,1	35	100,0	

**Fuente:** Cuestionario de conocimiento y la Lista de cotejo del manejo del dolor posoperatorio aplicado a profesionales de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023.

**Elaborado por:** Huamán J, Charca E. (2019), Anhuanari A. (2018)

**Descripción:**

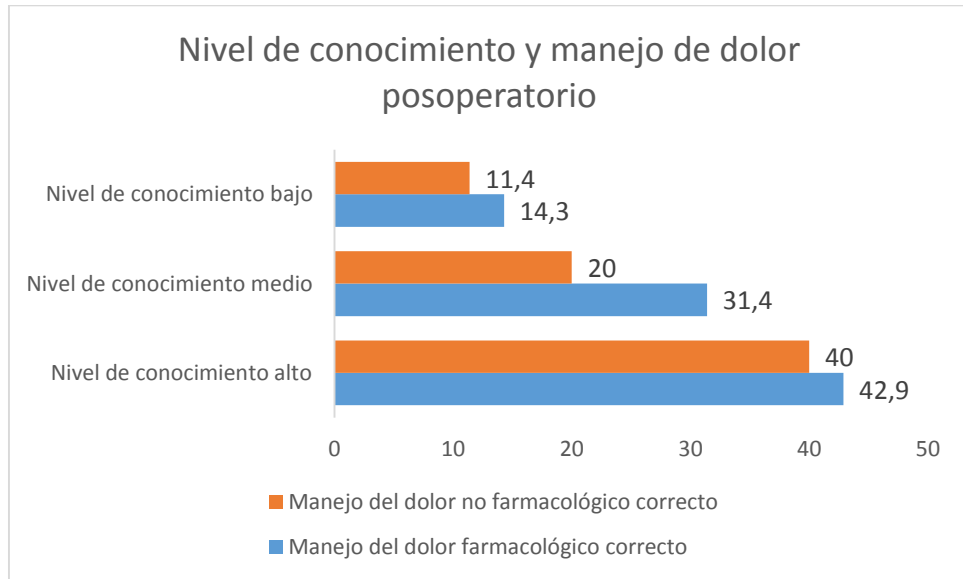
En la tabla N° 04, se muestra la relación entre el conocimiento del dolor posoperatorio y las dimensiones del manejo del dolor posoperatorio, en donde:

En la dimensión manejo del dolor farmacológico y conocimiento sobre el dolor posoperatorio, se obtuvo que el 42,9% (n=15) conocimiento del dolor posoperatorio alto y manejo del dolor farmacológico correcto, presentando Tau c=0,67 y p=0,002. Demostrándose que existe relación significativa.

En la dimensión manejo del dolor no farmacológico y conocimiento sobre el dolor posoperatorio, reportó que el 40% (n=14) conocimiento sobre el dolor posoperatorio alto y manejo del dolor no farmacológico correcto, presentando un Tau c=0,95 y p=0,001. Demostrándose que existe relación significativa.

### GRÁFICO N° 04

RELACIONAR EL CONOCIMIENTO Y LAS DIMENSIONES DEL MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2023



Fuente: Tabla N° 04.

**TABLA N° 05**

**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y EL MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO EN ENFERMERAS (OS) DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2023**

Manejo del dolor posoperatorio	Nivel de conocimiento sobre dolor posoperatorio						Total		X <sup>2</sup>
	Conocimiento alto		Conocimiento medio		Conocimiento bajo		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
Manejo del dolor correcto	15	42,9	11	31,4	5	14,2	31	88,6	Tau c=0,75 p=0,015
Manejo del dolor incorrecto	2	5,7	1	2,9	1	2,9	4	11,4	
Total	17	48,6	12	34,3	6	17,1	35	100,0	

**Fuente:** Cuestionario de conocimiento y la Lista de cotejo del manejo del dolor posoperatorio aplicado a profesionales de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023.

**Elaborado por:** Huamán J, Charca E. (2019), Anhuanari A. (2018).

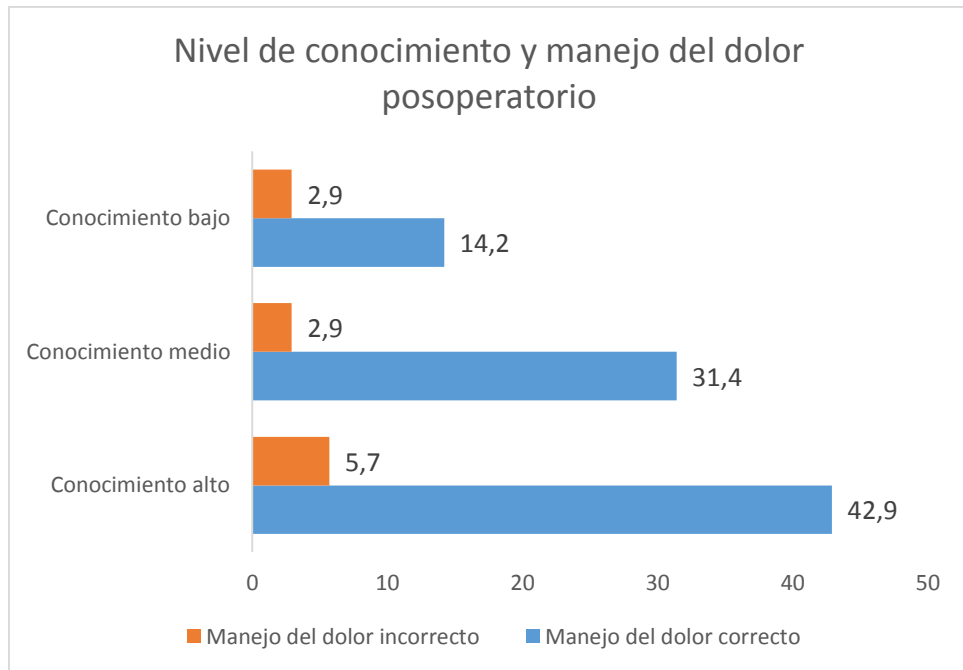
**Descripción:**

En la tabla N° 05, se observa que el 42,9% (n=15) de los profesionales de enfermería reportaron conocimiento alto y manejo del dolor posoperatorio correcto; mientras el 2,9% (n=1) nivel de conocimiento bajo y manejo del dolor incorrecto.

Al relacionar las variables conocimiento y manejo del dolor posoperatorio presentó un valor Tau c=0,75 y p=0,015, por lo que demuestra que existe relación significativa entre las variables.

### GRÁFICO N° 05

#### RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y EL MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO EN ENFERMERAS (OS) DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA



Fuente: Tabla N° 05

## 4.2. Discusión

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería del centro quirúrgico - Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023, teniendo como universo muestral a 35 profesionales de enfermería en donde se encontró:

En la **tabla y gráfico N° 01**, se observa que el mayor porcentaje (42,9%) de los profesionales de enfermería de Centro Quirúrgico tienen de 26 a 45 años de edad; mientras el (91,4%) son de sexo femenino; el (54,3%) tienen de condición laboral Ley 728; el (45,7%) tienen más de 20 años de servicio; y el (91,4%) tienen de especialidad centro quirúrgico.

A diferencia del estudio **Huayanca L, Bonilla R. (38)**, en donde encontró que el 59,5% son mujeres; el 78% tienen como modalidad de trabajo 276. Y además difieren de **Chavez L. (39)**, en donde el 54% tienen edades de 20 a 45 años; mientras el 60% son del sexo femenino y el 78% tienen la segunda especialidad de centro quirúrgico.

La complejidad actual de la atención del profesional de enfermería genera nuevos desafíos asistenciales desde una atención personalizada, participativa, preventiva y predictiva (40). A medida que los cuidadores recibieron más capacitación y demostraron

confianza, logramos superar estos desafíos con éxito. Es por ello la importancia de conocer la caracterización de los profesionales de enfermería.

En la **tabla y gráfico N° 02**, el mayor porcentaje (48,6%) de los profesionales de enfermería tuvieron conocimiento alto sobre el dolor posoperatorio mientras en menor porcentaje (17,1%) conocimiento bajo sobre el dolor posoperatorio.

A diferencia del estudio de **Calderón J. (9)**, donde el 70,4% de los enfermeros presentan nivel inaceptable de conocimientos sobre el manejo del dolor en Colombia y el 28,6% poseían nivel aceptable de conocimientos. Y se difiere además con el estudio de **Adams SM, Varaei S, Jalalinia F. (10)**, en el estudio de conocimiento y actitud de las enfermeras hacia el manejo del dolor posoperatorio en Ghana 2020. La mayoría (72,5%) de los enfermeros tenían un conocimiento moderado y el 89,6% de los enfermeros tenían una actitud negativa hacia el manejo del dolor.

El alivio del dolor es el principal indicador de un tratamiento de calidad para los pacientes en el postoperatorio. Por eso la importancia que el profesional de enfermería continúe capacitándose, fortaleciendo sus conocimientos para brindar un cuidado de calidad en el manejo de dolor del paciente (41).

Analizando los resultados observamos que el mayor porcentaje conoce sobre el dolor posoperatorio, ya que obtuvieron un nivel aceptable. Y esto se debe a que muchos se capacitan particularmente, además en el mismo servicio lo realiza a través de los círculos de calidad que se efectúa 1 vez al mes, donde se observa las diversas problemáticas.

En la **tabla y gráfico N° 03**, el mayor porcentaje (88,6%) de los profesionales de enfermería presentaron manejo del dolor posoperatorio correcto y en menor porcentaje (11,4%) manejo del dolor posoperatorio incorrecto.

Difieren los resultados al estudio de **Anhuanari A. (13)**, donde se llegó a los resultados que el 60% refiere que el manejo del dolor es ausente, dentro de sus dimensiones en el manejo del dolor farmacológico el 65% manifestó que estuvo presentes, y en el no farmacológico el 65% de los pacientes dio a conocer que es ausente. Concluyendo que la mayoría de enfermeras no aplica intervenciones no farmacológicas y van más al manejo del dolor que a la valoración del dolor.

El dolor es definido como una experiencia emocional incómoda, que muchas veces es relacionada con una molestia orgánica real o potencial.

El manejo del dolor por el profesional de enfermería es una intervención basado en el conocimiento y juicio clínico, con el objetivo de favorecer el resultado que se espera del paciente. Si se sigue las pautas necesarias el manejo será el idóneo (41).

Al analizar nuestros resultados observamos que se debe continuar mejorando en el manejo del dolor, utilizando las diversas estrategias, además de un control sobre el mismo y dichas observaciones hacer llegar a los responsables del servicio.

En la **tabla y gráfico N° 04**, se muestra la relación entre el conocimiento del dolor posoperatorio y las dimensiones del manejo del dolor posoperatorio, en donde se demostró la relación significativa entre la dimensión del manejo del dolor farmacológico y conocimiento sobre el dolor posoperatorio, demostrado por el valor Tau  $c=6,17$  y  $p=0,002$ . En la dimensión manejo del dolor no farmacológico y conocimiento sobre el dolor posoperatorio, reportó el Tau  $c=0,95$  y  $p=0,001$ , demostrándose que existe relación significativa.

Por su parte, se diferencia con el estudio de **Ancco B. (47)**, donde destaca la importancia de la intervención de enfermería en el tratamiento farmacológico y no farmacológico del dolor postoperatorio, pues estos son los encargados de administrar los

analgésicos, ajustar las dosis, monitorizar los efectos secundarios e incluso de proveer terapias que contribuyan con la reducción del dolor, como la terapia física, de masaje, ocupacional y de relajación, retroalimentación biológica (educar al cuerpo), aromaterapia, meditación, imaginación guiada y autohipnosis. Además, se asemeja al estudio de **Cervantes S. (43)**, donde se presenta la relación entre las dimensiones del manejo de dolor farmacológico y no farmacológico con el nivel de conocimiento sobre el dolor obteniendo un valor  $p > 0,05$ .

El dolor postoperatorio es un problema de salud importante porque está extendido en la población, afecta la calidad de vida, aumenta la morbilidad y afecta todos los ámbitos de la vida de los pacientes (44).

Todas las guías, normas y estudios internacionales respaldan un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor posoperatorio farmacológico y no farmacológico, donde el profesional de enfermería es de valor primordial en la evaluación del dolor, el cumplimiento del tratamiento y el seguimiento de los efectos secundarios, ya que son las más cercanas al paciente y las que pasan la mayor parte del tiempo. Por eso es indispensable que el

profesional de enfermería conozca sobre el manejo del dolor posoperatorio.

En la **tabla y gráfico N° 05**, al relacionar las variables nivel de conocimiento sobre el dolor posoperatorio y el manejo del dolor posoperatorio presentando un valor Tau  $c=0,75$  y  $p=0,015$ , por lo que demuestra que existe relación significativa entre las variables.

Resultados que se asemeja al estudio de **Paredes Y. (15)**, donde concluyó que existe relación entre las variables dolor postoperatorio y su manejo enfermero en pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica y convencional en un hospital 2019. Se asemeja con el estudio de **Cervantes M, Ortiz L, Ríos M. (45)**, ya que notificaron una asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre el manejo del dolor postoperatorio y el dominio del mismo ( $p=0.000$ ) en el servicio de traumatología de un nosocomio peruano.

Analizando los resultados sobre el conocimiento y manejo del dolor posoperatorio, donde se demuestra su relación, comprobando que es importante que el profesional de enfermería se encuentre capacitado por la institución, además cuente con guías donde se establezcan recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible y unificando criterios, ayude a los y las profesionales a prevenir, manejar y paliar el dolor agudo postoperatorio.

Tal como lo menciona Gordon que el papel de enfermería es relevante, pues asume la responsabilidad directa de prevenir el sufrimiento innecesario del paciente operado (como la dolencia), fundando sus intervenciones (cuidados oportunos) en principios éticos y reconociendo que su evaluación como desempeño profesional corresponde principalmente al paciente (35).

## CONCLUSIONES

1. Dentro de la caracterización de los profesionales de enfermería de Centro Quirúrgico la mayoría (91,4%) son de sexo femenino, el (91,4%) tienen de especialidad centro quirúrgico; más de la mitad el (54,3%) tienen de condición laboral bajo la Ley 728; menos de la mitad (42,9%) tienen de 20 a 45 años de edad y el (45,7%) tienen más de 26 años de servicio.
2. La mayoría (48,6%) de los profesionales de enfermería tuvieron conocimiento alto sobre el dolor posoperatorio mientras en menor porcentaje (17,1%) nivel de conocimiento bajo sobre el dolor posoperatorio.
3. La mayoría (88,6%) de los profesionales de enfermería presentaron manejo del dolor posoperatorio correcto y en menor porcentaje (11,4%) manejo del dolor posoperatorio incorrecto.
4. Existe relación significativa entre la dimensión manejo del dolor farmacológico y el conocimiento sobre el dolor posoperatorio demostrado por el valor Tau  $c=0,67$  y  $p=0,002$ . Y existe relación significativa entre la dimensión manejo del dolor no farmacológico y conocimiento sobre el dolor posoperatorio, demostrado por el valor Tau  $c=0,95$  y  $p=0,001$ .

5. Existe relación entre las variables conocimiento y el manejo del dolor posoperatorio presentando un valor Tau  $c=0,75$  y  $p=0,015$ , por lo que demuestra que existe relación significativa entre las variables ya que el valor  $p<0,05$ .

## RECOMENDACIONES

- A la Dirección del Hospital Daniel Alcides Carrión, planificar y desarrollar estrategias de mejora del profesional de enfermería responsable de su labor en Centro Quirúrgico, en beneficio de los pacientes quirúrgicos, logrando mejores estándares de calidad de atención y satisfacción del usuario.
- A la jefatura del servicio de Centro Quirúrgico, realizar un programa de capacitación continua en beneficio del personal y paciente quirúrgico, tomando en consideración la problemática del manejo del dolor posoperatorio a nivel farmacológico y no farmacológico.
- A la jefatura del servicio, durante los círculos de calidad se fortalezcan los conocimientos y manejos de dolor a través de capacitaciones.
- A los profesionales de enfermería, que trabajan en el servicio Centro Quirúrgico que tratan a pacientes posoperatorios, realicen una evaluación cada seis meses para identificar aspectos teóricos aún no definidos del dolor posoperatorio que puedan influir en esta evaluación del dolor. Además de valorar la percepción del paciente en cuanto al dolor durante el cuidado del enfermero, e intervenir no sólo en el plano farmacológico sino no farmacológico.
- Proponer el desarrollo de futuros estudios relacionados con el tema que se está evaluando, contrastando con diversos estudios a nivel nacional o internacional, evaluando las relaciones entre sus variables.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez-Guerrero A. Dolor posoperatorio. [Internet]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v24n1/editorial.pdf> Mosteiro MP, Baldonado RF. Dolor postoperatorio. Madrid: DAE; 2019.
2. Achury D. Dolor: la verdadera realidad. Rev. Aquichan. 2018; 8(2):146-158.
3. McCaffery M, Pasero C. Pain: Clinical manual. 2nd ed. St Louis: Mosby; 1999.
4. Fernández-Galinski D, Gordo F, López-Galera S, Pulido C, Real J. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2017; 1:3-8.
5. Acello B. Cumplimiento de las normas de acreditación para el control del dolor. Nursing. 2020; 18(8):13-15.
6. Huamán J, Charca E. Conocimiento de personal de enfermería en el manejo del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2019. Universidad del Callao. Segunda especialidad en centro quirúrgico.
7. Rodríguez J. Evaluación del dolor postquirúrgico y el uso de terapias complementarias por enfermería en el Hospital General Santo Domingo de Ecuador [Internet] 2019[Consultado 20 junio 2023] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-)
8. Essalud. El dolor posoperatorio: problemática frecuente. [Internet] 2022 [Consultado 19 junio 2023]. Disponible en: <https://repositorio.essalud.gob.pe/browse?type=subject&value=Dolor%20postoperatorio>
9. Calderón J. Nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el manejo del dolor: Una revisión narrativa. [Internet] 2022[Consultado 21 junio 2023] Universidad Antonio Nariño. Colombia. Disponible en:

[http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/7700/1/2023\\_T.G.S\\_antiagoGarc%C3%ADa.pdf](http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/7700/1/2023_T.G.S_antiagoGarc%C3%ADa.pdf)

10. Adams SM, Varaei S, Jalalinia F. Conocimiento y actitud de las enfermeras hacia el manejo del dolor posoperatorio en Ghana. *Pain Res Manag.* 2020 [Consultado 20 junio 2023]. DOI: 10.1155/2020/4893707. PMID: 32831982; PMCID: PMC7429762.
11. Gonzales N. Conocimientos sobre el dolor en el paciente postquirúrgico del personal de enfermería de los servicios de Reanimación y Unidades de Recuperación Post-anestésica en un Hospital de tercer nivel España 2020.
12. Gutiérrez F. Cuidados de enfermería en el manejo del dolor en pacientes postoperados inmediatos de cirugía electiva del servicio de cirugía en el Hospital Regional de Ica. [Internet] 2018 [Consultado 20 junio 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/7598/ENMgumafd2.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
13. Anhuanari A. Intervención de enfermería en el manejo del dolor del paciente posoperado de cirugía abdominal, en un hospital de Lima 2018.
14. Bazán L. Nivel de conocimiento del Enfermero/a sobre valoración del dolor postoperatorio en el área de recuperación post anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca 2019. Universidad San Pedro. Título de licenciado en enfermería. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2677270>
15. Paredes Y. Intensidad del dolor postoperatorio y su manejo enfermero en pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica y convencional en un hospital 2019. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Título de especialista en centro quirúrgico. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7299/Intensidad\\_ParedesChambi\\_Yashira.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7299/Intensidad_ParedesChambi_Yashira.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

16. Real Academia Española. Conocimiento. [Internet] 2023 [Consultado 2 julio 2023]. Disponible en: <https://www.significados.com/conocimiento/>
17. García I. Origen del conocimiento. [Internet] 2023 [Consultado 20 junio 2023]. Disponible en: [http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/70342/secme1623\\_2.pdf?sequence=2](http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/70342/secme1623_2.pdf?sequence=2)
18. Vélez, A. Lecciones de historia del dolor. España: Centro Editorial. Universidad del Rosario; 2017.
19. De Lille, R. Di no al dolor inútil. España: Rev Mex Anest.; 2019.
20. Muriel C, Llorca G. Cátedra Extraordinaria del Dolor. España. [Internet]. Disponible en Internet <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%201.pdf>
21. Ramírez A. Mecanismos Fisiopatológicos Del Dolor Agudo. México: Revista de anestesia en México; 2019.
22. Torregrosa S. Mecanismos y vías del dolor. Chile: Boletín Esc Medicina, Pontificia Universidad Católica; 2019.
23. Carregal A. Asignatura: Tratamiento del Dolor [Internet]. Universidad de Vigo. Disponible en: [http://webs.uvigo.es/dolor/Apuntes\\_archivos/Fisiologia%20del%20dolor- WEB.pdf](http://webs.uvigo.es/dolor/Apuntes_archivos/Fisiologia%20del%20dolor- WEB.pdf)
24. Alloza J. El tratamiento del dolor agudo: estudio comparativo entre dos hospitales generales de España y EUA. In: Farm Clin;2017.
25. Reinoso F. Eficacia y control analgésico. México;2017.
26. Manual CTO de Medicina y Cirugía. Manejo del dolor agudo postoperatorio. España;2018. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/rma>
27. Ministerio de Salud. Tratamiento del dolor. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1456.pdf>

28. Organización Mundial de la Salud. Tipos de dolor. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/06.pdf>
29. Vicente-Herrero MT. Tipos de dolor. 2018. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462018000400228](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000400228)
30. Berenguel M. Guía práctica clínica para el manejo del dolor. 2018. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2227-47312022000100018](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312022000100018)
31. Freitas J, Bauer A, Minamisab R. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Revista Latino-Am. Enfermagem. Brasil, 2019.
32. García J, Martín P, Sánchez M, Aguayo M, Astillero J, Cañizares G. Prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes en una unidad de urología. Asociación Española de Enfermería en Urología. España; 2017.
33. Verona E, Reyes JI. Cuidados de enfermería en el paciente con dolor. Escuela Superior Sanidad, La Plata. Publicado por MedPal. Buenos Aires, Argentina. 2019.
34. Minsal. Cuidados postoperatorios. [Internet] 2022 [Consultado 15 junio 2023] Disponible en: [http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_5\\_4.htm](http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_4.htm)
35. Organización Mundial de la Salud. Centro quirúrgico. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria-parteria>
36. Hernández R. Metodología de la investigación. México: Editorial Inetramericana;2018.
37. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Consideraciones éticas. Disponible en: <http://www.csic.es/es/el-csic/etica/etica-en-la-investigacion>

38. Huayanca L, Bonilla R. Violencia laboral y desempeño del profesional de enfermería en el Centro Quirúrgico del Hospital Regional de Ica, 2023. [Internet] Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/8799>
39. Chávez L. Caracterización de los profesionales de enfermería de sala de Operaciones del Hospital Goyeneche Arequipa;2019.
40. Zabalegui A. Perfil competencial de las enfermeras. Rev Nursing. 2019; 36 (3). DOI: 10.1016/j.nursi.2019.05.001
41. Pereda T, Chavez M, Torres M. Intervención de enfermería en el manejo del dolor. [Internet] Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/2C>
42. Ancco B. Evaluación de los cuidados de enfermería en el manejo del dolor del paciente post-operado del servicio de cirugía del Hospital Ilo II-1, 2019. [Tesis]. Moquegua: Universidad José Carlos Mariátegui; 2020.
43. Cervantes S. Manejo del dolor y nivel de conocimiento sobre el dolor en pacientes de sala de operaciones en un hospital de Lima. [Tesis]. Lima: Universidad Norbert de Wiener; 2022.
44. Crespo V. Enfermería y el manejo del dolor posoperatorio. [Internet] 2023. Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_bilba](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_bilba)
45. Cervantes M, Ortiz L, Ríos M. Nivel de conocimiento del profesional de enfermería en el manejo del dolor post operatorio en apcientes en el servicio de Traumatología del Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña- 2019. [Tesis]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2019.

## **ANEXOS**

**ANEXO N° 01**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO**

**INSTRUCCIONES:** Conteste las siguientes interrogantes marcando con una equis (x), agradeciendo de antemano sus respuestas que se mantendrán en confidencialidad.

**DATOS GENERALES:**

1. EDAD: \_\_\_\_\_

2. SEXO

a) Femenino

b) Masculino

3. CONDICIÓN LABORAL

a) 276

b) 728

c) CAS

d) Terceros

4. TIEMPO DE SERVICIO

a) Menor de 10 años

b) 11 a 20 años

c) Mayor de 20 años

5. ¿CUENTA CON ESPECIALIDAD EN CENTRO QUIRÚRGICO?

Si

No

Otra: \_\_\_\_\_

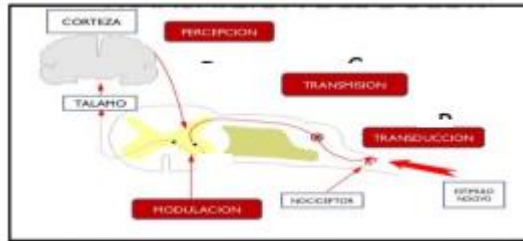
**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR  
POSOPERATORIO DE HUAMÁN J, CHARCA E. (2019)**

**INSTRUCCIONES:**

Conteste las siguientes interrogantes marcando la respuesta que Ud vea por conveniente:

**CUESTIONARIO:**

1. El dolor es definido como
  - a) Una experiencia sensorial, emocional y desagradable asociada a una lesión hística real y potencial
  - b) Sólo es una experiencia sensorial asociada a una lesión hística real o potencial o que se describe ocasionada por dicha lesión
  - c) Sólo es una experiencia emocional, lesión hística real o potencial
  - d) Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una enfermedad
2. Respecto al dolor agudo -dolor crónico se considera respectivamente
  - a) Es inútil, destructivo, no posee función protectora – es un signo de alarma de un daño real o potencial
  - b) Dolor con función protectora – es un signo de alarma de un daño real o potencial
  - c) Es un signo de alarma de un daño real o potencial- es inútil destructivo, difuso, no posee función protectora
  - d) Su duración es menos de 6 semanas y aparición brusca – es un signo de alarma de un daño real o potencial
3. Respecto a la función de los nociceptores marque la respuesta incorrecta:
  - a) Participan en la fisiopatología del dolor
  - b) Son receptores capaces de diferenciar estímulos inocuos y nocivos
  - c) Nos e activan frente a un estímulo nocivo
  - d) Activa e incrementa el reflejo de retirada y la respuesta emocional
4. En el siguiente gráfico respecto a la transmisión del dolor la secuencia es:



- a) A-B-C-D
  - b) D-C-B-A
  - c) B-C-A-D
  - d) B-C-D-A
5. ¿Qué tipo de neurotransmisores desencadena cuando un paciente posoperado de apendicectomía experimenta una experiencia dolorosa?
- a) Sustancia P, adrenalina, norepinefrina
  - b) Histamina, prostaglandina, sustancia P
  - c) Glutamato, endorfina, somatostatina
  - d) Histamina, prostaglandina, AINES
6. Respecto a las repercusiones y/o complicaciones provocadas por el dolor posoperatorio es cierto:
- a) Las complicaciones menos frecuentes son las de tipo respiratorio y cardiovascular
  - b) La retención urinaria no es una complicación común a nivel de sistema urológico
  - c) El aumento de la presión intracraneana se considera la complicación más importante
  - d) El dolor crónico puede conllevar a un estado depresivo más que el dolor agudo
7. Respecto a la valoración del dolor es cierto:
- a) Una mala valoración del dolor se asocia a un buen tratamiento del mismo
  - b) Se puede elegir el tipo de tratamiento analgésico sin valoración propia
  - c) No es importante que el paciente y la familia estén informadas en la importancia de manifestar el dolor y las medidas de tratarlo
  - d) Debe ser individualizado, englobando aspectos verbales, conductuales y fisiológicos
8. ¿Cuáles son los componentes de la valoración del dolor?

- a) Anamnesis -examen físico
  - b) Anamnesis -laboratorio- conductual
  - c) Anamnesis -examen físico -laboratorio
  - d) Anamnesis -laboratorio-valoración psicológica
9. Son consideraciones importantes a la hora de evaluar el dolor, excepto:
- a) Si el paciente presenta un valor según EVA  $>7$ , se debe iniciar con el primer escalón de tratamiento
  - b) Determinar el estado cognitivo del paciente y su deseo /capacidad para colaborar
  - c) Dejar puntuar al paciente sin interferir ni juzgar
  - d) Una vez haya puntuado el paciente validar la puntuación con el paciente (saber si ha comprendido el instrumento y el significado de la puntuación)
10. ¿Qué son las escalas del dolor?
- a) Son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, permitiéndonos cuantificar la percepción subjetiva del paciente
  - b) Son técnicas empleadas para valorar la presencia del dolor
  - c) Son instrumentos que no permiten determinar en forma exacta el uso de analgésicos
  - d) Son estrategias que no ayudan a saber qué tipo de dolor presenta el paciente
11. Las escalas de la valoración del dolor se clasifican en:
- a) Subjetivo y objetivo
  - b) Unidimensional y subjetivo
  - c) Objetivo y unidimensional
  - d) Subjetivo y multidimensional
12. La escala visual análoga permite:
- a) Medir la intensidad del dolor expresada en centímetros
  - b) Consiste en una línea vertical de 10 cm en cuyos extremos se encuentran las expresiones de “no dolor” y “máximo dolor inimaginable”
  - c) En el extremo izquierdo se encuentra la mayor intensidad y en el extremo derecho la ausencia
  - d) El personal de salud pregunta al paciente la intensidad del dolor y luego lo grafica en la línea

13. Respecto a la aplicación de la escala de caras pintadas, marque la respuesta correcta:
- a) Sólo se aplica a niños
  - b) Se aplica a niños y ancianos
  - c) Se aplica a niños, ancianos, personas inconscientes, pacientes entubados, sordomudos
  - d) La forma de evaluar es pedir a paciente que indique con que carita de cartilla se identifica
14. En el tratamiento del dolor:
- a) Se debe pautar a demanda
  - b) La escalera analgésica es un método complicado de utilizar
  - c) Siempre hay que empezar en el primer escalón
  - d) Los analgésicos adyuvantes sólo se deben utilizar cuando se ha llegado al tercer escalón
15. De las siguientes alternativas referidas a los AINES, marque la respuesta correcta:
- a) Los AINES pertenecen al grupo de los opioides
  - b) La analgésica proporcionada por los AINES es intensa
  - c) Por la vía oral son más eficaces, pero se incrementa su agresividad sobre la mucosa gástrica
  - d) Se sabe que los AINES tienen un techo terapéutico alto.
16. En el siguiente gráfico presentado, que medicamentos corresponden al primer, segundo, tercer escalón respectivamente:
- a) Fentanilo-tramadol-ibuprofeno
  - b) Ibuprofeno-codeína- petidina
  - c) Ibuprofeno-tramadol-fentanilo
  - d) Metamizol-tramadol-petidina
17. Respecto al manejo del dolor, una de las afirmaciones no es correcta:
- a) La OMS recomienda la aplicación de la escalera analgésica (primero, segundo y tercer escalón)
  - b) En la escalera analgésica cada peldaño tiene una potencia analgésica mayor a la anterior
  - c) Es recomendable asociar opioides débiles y opioides potentes

- d) En los tres escalones se pueden utilizar coadyuvantes si el tipo de dolor lo hace necesario
18. Uno de los siguientes efectos adversos de los opiáceos es el más frecuente y obliga a pautar el tratamiento
- a) Estreñimiento
  - b) Sedación
  - c) Nauseas
  - d) Confusión
19. Si el paciente posoperado refiere que padeció de úlcera gástrica ¿Qué precauciones se debe considerar a la hora de administrar los AINES?
- a) No administrar ningún AINE, a pesar de la indicación y comunicar al cirujano
  - b) Se le debe administrar puesto que es una indicación del cirujano
  - c) Administrarle otro analgésico no AINE, que no está indicado por el cirujano o anestesiólogo
  - d) Administrarle un AINE, acompañado de un protector gástrico
20. Las medidas no farmacológicas que alivian el dolor son:
- a) Ambientales -conductuales-físicas
  - b) Ambientales emocionales -conductuales
  - c) Conductuales-físicas-psicológicas
  - d) Conductuales-del entorno-motivacionales

ANEXO 02

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

LISTA DE COTEJO DEL MANEJO DEL DOLOR EN EL POSOPERATORIO DE ANHUANARI A. (2018)

N°	ENUNCIADO	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
	Ptje	1	2	3
	<b>Manejo del dolor farmacológico</b>			
1	Proporciona información sobre las medicinas para el tratamiento del dolor			
2	Solicita el consentimiento verbal antes de administrar el tratamiento farmacológico			
3	Cuantifica el dolor usando la escala del 0 al 10 o cualquier escala de valoración.			
4	Inspecciona físicamente para identificar y localizar el dolor			
5	Pregunta al paciente como se siente en el momento de la administración del tratamiento del dolor			
6	Utiliza los correctos antes y después de la administración de los analgésicos			
7	Administra analgésicos según indicación médica y horario establecido			
8	Administra dosis suficientes de medicamento para aliviar el dolor			
9	Se dirige al paciente por su nombre y verifica el tratamiento por nombre y apellido			
10	Supervisa continuamente la vía periférica e indica al paciente la vía por donde recibirá el tratamiento			
11	Informa los valores de presión, pulso y temperatura al paciente			
12	Administra oportunamente el tratamiento condicional al dolor			
13	Explica los tipos de medicamento para el tipo de dolor que tiene el paciente			
14	Evalúa los resultados de la medicación que recibió para el dolor usando la escala			
	<b>Manejo del dolor no farmacológico</b>			
15	Muestra los tratamientos alternativos a los medicamentos del dolor			
16	Atiende las necesidades básicas de comodidad, como el descanso para aliviar el dolor			

17	Favorece el ambiente tranquilo, libre de ruido, considerando que esto ayudará a disminuir el dolor			
18	Ayuda a estar en una posición anatómica adecuada para disminuir el dolor			
19	Utiliza terapia de frío y calor para aliviar el dolor			
20	Facilita los medios no punitivos como música, lectura (u otro medio) para aliviar el dolor			
21	Utiliza un tono amigable y palabras cariñosas para dirigirse al paciente			
22	Ayuda al paciente a estar relajado e indica las medidas para poder estarlo			
23	Aplica dinámicas o técnicas de distracción, relajación.			
24	Orienta a los cuidadores y familiares sobre procedimientos que ayudarán a disminuir el dolor			
25	Anima a caminar precozmente para disminuir el dolor y mejorar la condición del paciente			
26	Educa y explica las ventajas y desventajas del tratamiento que se va a recibir			
27	Brinda confianza al paciente para manifestarle algún tratamiento que no considera beneficioso			
28	Escucha al paciente y le ayuda a disminuir su ansiedad, manteniendo contacto visual			

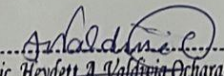

ANEXO 03

VALIDEZ DE EXPERTOS

EXPERTO 01

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Qué los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					<input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					<input checked="" type="checkbox"/>
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					<input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?				<input checked="" type="checkbox"/>	
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.					<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					<input checked="" type="checkbox"/>
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?					<input checked="" type="checkbox"/>
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					
.....					
.....					

  
 .....  
 Lic. Heydett A. Valdivia Ocharan  
 CEP: 37685 RNE: 11783  
**FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO**  


EXPERTO 02

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Qué los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?				(4)	5
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	(5)
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	(4)	5
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	(4)	5
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	(5)
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	(5)
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	(5)
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	(5)
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1	2	3	(4)	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?	.....				
	.....				

  
 Lic. Karina Mamani Cahuaya  
 Especialista en Centro Quirúrgico  
 CEP N° 79894. REN N° 15482  
 FIRMAR EN EL LUGAR DEL EXPERTO

### EXPERTO 3

#### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Qué los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?				4	
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?				4	
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?				4	
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?				4	
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					5
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?				4	
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.				4	
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				4	
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?				4	
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? <i>...El cuestionario es concreto para el objetivo de estudio.</i>					

  
 HOSPITAL HIPÓCRITO UNANUE  
 CENTRO QUIRÚRGICO  
  
 LIC. ENF. LUNELLY TRELLES TRELLES  
 ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRÚRGICO  
 C.F.P. 47500 R.N.E. 2540

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

## EXPERTO 4

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Qué los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?	.....				
	.....				

GOBIERNO REGIONAL DE TACHA  
HOSPITAL HOSPITAL UNASUR DE TACHA  
EPTO. ANESTESIA Y CENTRO QUIRURGICO

"Della Elena Quispe Sihuy"  
C.E.P. N° 4481 R.N.E. N° 5931  
Enseñanza y Centro Cultural

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

## RESULTADOS DE VALIDEZ

Para realizar la validación por criterio de expertos, este instrumento fue otorgado a 4 expertos que colocaron una puntuación de 1 puntaje mínimo y 5 puntaje máximo, donde se calcularon los siguientes promedios:

Ítems	E1	E2	E3	E	Prom.
1	5	4	4	4	4,25
2	5	5	4	5	4,75
3	5	4	4	5	4,5
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	4	4,75
6	5	5	4	5	4,75
7	5	5	4	5	4,75
8	5	5	4	5	4,75
9	5	4	4	4	4,25

### Resultados de VALIDEZ

Casos	N	%
Válido	04	100,0
Excluidos	0	0,0
Valor DPP	1,84	

## ANEXO N° 04

### RESULTADOS DE CONFIABILIDAD

#### Resumen de procesamiento de casos

Casos	N	%
Válido	10	100,0
Excluidos	0	0,0
Total	10	100,0

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach <sup>a</sup>	N de elementos
0,757	48

**ANEXO 05**

**CONSETIMIENTO INFORMADO**

**TÍTULO: CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CENTRO QUIRÚRGICO - HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2023**

Yo,.....acepto participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el propósito de la Investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas planteadas.

El investigador se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informarán de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

.....

**FIRMA**

**ANEXO 06**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
¿Existe relación entre el conocimiento y el manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería de centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023?	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar la relación entre el conocimiento y el manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería de centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b> Evaluar el conocimiento sobre el manejo de dolor posoperatorio en profesionales de enfermería de centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna. Identificar el manejo del dolor posoperatorio en</p>	Existe relación entre el conocimiento y el manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería de centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna 2023.	<p><b>Variable 1:</b> CONOCIMIENTO DEL DOLOR POSOPERATORIO</p> <p><b>Variable 2:</b> MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO</p>	<p><b>Tipo y diseño de investigación:</b> Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. No experimental.</p> <p><b>Población y muestra:</b> 35 profesionales de enfermería.</p>	<p>Cuestionario de conocimiento sobre el dolor posoperatorio</p> <p>Lista de cotejo del manejo del dolor posoperatorio</p>

	<p>profesionales de enfermería de centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna.</p> <p>Relacionar el conocimiento y las dimensiones del manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería de centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna.</p> <p>Caracterizar a los profesionales de enfermería de centro quirúrgico del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna.</p> <p>Establecer la relación entre el conocimiento y el manejo del dolor posoperatorio en profesionales de enfermería de centro quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, Tacna.</p>				
--	---	--	--	--	--

## ANEXO 07

### RESPUESTAS POR ÍTEMS DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL DOLOR POSOPERATORIO

ÍTEM	CORRECTO	INCORRECTO	TOTAL
El dolor es definido como	33	2	35
Respecto al dolor agudo -dolor crónico se considera respectivamente	30	5	35
Respecto a la función de los nociceptores marque la respuesta incorrecta:	34	1	35
En el siguiente gráfico respecto a la transmisión del dolor la secuencia es:	32	3	35
¿Qué tipo de neurotransmisores desencadena cuando un paciente posoperado de apendicectomía experimenta una experiencia dolorosa?	28	7	35
Respecto a las repercusiones y/o complicaciones provocadas por el dolor posoperatorio es cierto:	20	5	35
Respecto a la valoración del dolor es cierto:	23	2	35
¿Cuáles son los componentes de la valoración del dolor?	29	6	35
Son consideraciones importantes a la hora de evaluar el dolor, excepto:	28	7	35
¿Qué son las escalas del dolor?	34	1	35
Las escalas de la valoración del dolor se clasifican en:	32	3	35
La escala visual análoga permite:	18	17	35

Respecto a la aplicación de la escala de caras pintadas, marque la respuesta correcta:	30	5	35
En el tratamiento del dolor:	33	2	35
De las siguientes alternativas referidas a los AINES, marque la respuesta correcta:	30	5	35
En el siguiente gráfico presentado, que medicamentos corresponde al primer, segundo, tercer escalón respectivamente:	27	8	35
Respecto al manejo del dolor, una de las afirmaciones no es correcta:	25	10	35
Uno de los siguientes efectos adversos de los opiáceos es el más frecuente y obliga a pautar el tratamiento	29	6	35
Si el paciente posoperado refiere que padeció de úlcera gástrica ¿Qué precauciones se debe considerar a la hora de administrar los AINES?	31	4	35
Las medidas no farmacológicas que alivian el dolor son:	31	4	35

**ANEXO 08**

**RESPUESTA POR ÍTEMS LISTA DE COTEJO DEL MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO**

ÍTEM	NUNCA	A VECES	SIEMPRE	TOTAL
<b>Manejo del dolor farmacológico</b>				
Proporciona información sobre las medicinas para el tratamiento del dolor	1	4	30	35
Solicita el consentimiento verbal antes de administrar el tratamiento farmacológico	1	2	32	35
Cuantifica el dolor usando la escala del 0 al 10 o cualquier escala de valoración.	2	3	30	35
Inspecciona físicamente para identificar y localizar el dolor	0	3	32	35
Pregunta al paciente como se siente en el momento de la administración del tratamiento del dolor	0	0	35	35
Utiliza los correctos antes y después de la administración de los analgésicos	0	5	30	35
Administra analgésicos según indicación médica y horario establecido	0	1	34	35
Administra dosis suficientes de medicamento para aliviar el dolor	0	5	30	35
Se dirige al paciente por su nombre y verifica el tratamiento por nombre y apellido	0	4	31	35
Supervisa continuamente la vía periférica e indica al paciente la vía por donde recibirá el tratamiento	0	7	28	35
Informa los valores de presión, pulso y temperatura al paciente	1	4	30	35
Administra oportunamente el tratamiento condicional al dolor	0	4	31	35
Explica los tipos de medicamento para el tipo de dolor que tiene el paciente	0	0	35	35
Evalúa los resultados de la medicación que recibió para el dolor usando la escala	1	3	31	35

<b>Manejo del dolor no farmacológico</b>				
Muestra los tratamientos alternativos a los medicamentos del dolor	5	5	25	35
Atiende las necesidades básicas de comodidad, como el descanso para aliviar el dolor	0	7	28	35
Favorece el ambiente tranquilo, libre de ruido, considerando que esto ayudará a disminuir el dolor	1	3	31	35
Ayuda a estar en una posición anatómica adecuada para disminuir el dolor	5	5	25	35
Utiliza terapia de frío y calor para aliviar el dolor	1	4	30	35
Facilita los medios no punitivos como música, lectura (u otro medio) para aliviar el dolor	3	3	29	35
Utiliza un tono amigable y palabras cariñosas para dirigirse al paciente	1	3	31	35
Ayuda al paciente a estar relajado e indica las medidas para poder estarlo	5	5	25	35
Aplica dinámicas o técnicas de distracción, relajación.	1	4	30	35
Orienta a los cuidadores y familiares sobre procedimientos que ayudarán a disminuir el dolor	3	3	29	35
Anima a caminar precozmente para disminuir el dolor y mejorar la condición del paciente	3	7	26	35
Educa y explica las ventajas y desventajas del tratamiento que se va a recibir	0	4	31	35
Brinda confianza al paciente para manifestarle algún tratamiento que no considera beneficioso	3	7	25	35
Escucha al paciente y le ayuda a disminuir su ansiedad, manteniendo contacto visual	5	5	25	35

## ANEXO 09

### RESOLUCIÓN DE EJECUCIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,  
Farmacia y Bioquímica

**RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°12503-2023-FACS/UNJBG**  
Tacna, 20 de noviembre del 2023

#### VISTO:

El Informe N° 183-2023-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, de fecha 14.11.2023, recibido el 14.11.2023, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, solicita designación de Asesor para el proyecto de tesis y autorización para ejecución presentado por las Est. Lic. Katherin Kimberly Rivera Huayta y Est. Lic. Elizabeth Diana Gutierrez Oviedo;

#### CONSIDERANDO:

Que, mediante la Resolución de Consejo Universitario N° 14127-2017-UNJBG, se aprueba el Reglamento de Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, en el Capítulo III, Art. 07° la Tesis se desarrollará de manera individual o grupal (02 personas)

Que, las Est. Lic. Katherin Kimberly Rivera Huayta y Est. Lic. Elizabeth Diana Gutierrez Oviedo, de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Informe N°183-2023-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: **CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA DEL CENTRO QUIRURGICO - HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2023**, presentado por las Est. Lic. Katherin Kimberly Rivera Huayta y Est. Lic. Elizabeth Diana Gutierrez Oviedo, alumnas de la Segunda Especialidad: Enfermería en Centro Quirúrgico de la Facultad Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Dra. María del Carmen Silva Comejo

Que, teniendo opinión favorable de su Asesora la Dra. María del Carmen Silva Comejo, se procede a autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis;

De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria No 30220, Art. 169 inc. b. del Estatuto de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, y en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

#### SE RESUELVE:

**ART. 1°:** Oficializar la Designación de la Dra. María del Carmen Silva Comejo, como Asesora del Proyecto de Tesis titulado: **CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA DEL CENTRO QUIRURGICO - HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD, TACNA 2023**, presentado por las Est. Lic. Katherin Kimberly Rivera Huayta y Est. Lic. Elizabeth Diana Gutierrez Oviedo, alumnas de la Segunda Especialidad: Enfermería en Centro Quirúrgico de la Facultad Ciencias de la Salud.

**ART. 2°:** Autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado por las Est. Lic. Katherin Kimberly Rivera Huayta y Est. Lic. Elizabeth Diana Gutierrez Oviedo, alumnas de la Segunda Especialidad de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dra. Elena Myriam Pilco Velásquez  
DECANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Dist.: 2da ESEN, arch.



Mtro. Vanessa Varleth Valle Cohalla  
SECRETARIA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

VVIC/men

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria-Central Telefónica 581600 Anexo 225 Casilla postal 335

## ANEXO 10

### MATRIZ DE DATOS

MATRIZ CENTRO QUIR.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	c1	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
2	c2	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
3	c3	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
4	c4	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
5	c5	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
6	c6	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
7	c7	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
8	c8	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
9	c9	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
10	c10	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
11	c11	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
12	c12	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
13	c13	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
14	c14	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
15	c15	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
16	c16	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
17	c17	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
18	c18	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
19	c19	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
20	c20	Numérico	8	1		Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada