

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES
POST OPERADOS INMEDIATOS DE CIRUGÍA ELECTIVA DEL SERVICIO
DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO 2016**

Tesis presentada por la Bachiller:

FLORABEL DELMA GUTIÉRREZ MATOS

Para optar el Grado Académico de Maestra
en Ciencias Enfermería con mención en
Salud del Adulto y del Anciano.

Asesora: Dra. Sonia Olinda Velásquez Rondón

AREQUIPA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mis padres, quienes con su gran e infinito amor, me motivan y apoyan constantemente en mi profesión.

A mi esposo e hijos, quienes son el motivo de mis metas trazadas.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la oportunidad de desarrollar sentimientos de sensibilidad y sabiduría en el cuidado de los mas valioso del mundo que es el ser humano.

A mi docente por sus valiosos aportes y acompañamiento en el proceso del desarrollo de la tesis

A mi familia por su comprension apoyo y colaboracion incondicional.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
B. OBJETIVOS	14
C. HIPÓTESIS	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
A. ANTECEDENTES	16
B. BASE TEÓRICA	18
C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	51
D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	51
E. ALCANCES Y LIMITACIONES	52
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	53
B. POBLACIÓN	54
C. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN	54
D. MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	57
B. DISCUSIÓN	70
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
A. CONCLUSIONES	72
B. RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA 1	ESPECIALIDAD EN MÉDICO QUIRÚRGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO 2016	58
TABLA 2	EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO 2016	59
TABLA 3	CAPACITACIÓN EN TERAPIA DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO 2016	60
TABLA 4	EDAD DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO 2016	61
TABLA 5	TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO 2016	62
TABLA 6	TIPO DE ANESTESIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO 2016	63
TABLA 7	TIEMPO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO 2016	64
TABLA 8	VALORACIÓN DE LOS PACIENTES POST OPERADOS EN EL PRE Y POST TEST EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL REGIONAL ICA 2016	65
TABLA 9	EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA DE LOS PACIENTES POST OPERADOS EN EL PRE Y POST TEST EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL REGIONAL ICA 2016	66
TABLA 10	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES POST OPERADOS EN EL PRE Y POST TEST EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL REGIONAL ICA 2016	67
TABLA 11	MEDIDAS NO TERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES POST OPERADOS EN EL PRE Y POST TEST EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL REGIONAL ICA 2016	68

TABLA 12 CUIDADO DE ENFERMERÍA DE LOS PACIENTES POST
OPERADOS EN EL PRE Y POST TEST EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA. HOSPITAL REGIONAL ICA 2016

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo analizar los cuidados de enfermería en el manejo del dolor en pacientes post operados inmediatos de cirugía electiva del servicio de cirugía.

Considerando que es una investigación cuasi experimental. La población estuvo conformada por 25 enfermeras del servicio de Cirugía y la muestra quedó conformada por la totalidad de la población cuya cantidad fue elegida mediante la aplicación de la técnica del muestreo censal. Para la recolección de datos se elaboró una guía observación. Mientras que para el procesamiento de datos se utilizó la estadística descriptiva para la presentación de resultados en tablas y figuras; además de la estadística inferencial para la comprobación de las hipótesis.

Los resultados demostraron que la prueba estadística r de Pearson que logró afirmar que hay cambios en el cuidado de enfermería en el manejo del dolor en el paciente post operado de cirugía electiva en el servicio de cirugía del hospital Regional de Ica.

Palabras claves: Cuidados de enfermería y manejo del dolor.

ABSTRACT

The present research aims to analyze the nursing care in the management of pain in patients post-surgery immediate elective surgery surgery.

Considering that it is a research of experimental type we used the cuasi experimental. The population was made up of 25 nurses from the Surgery service and the sample was made up of the entire population whose quantity was chosen through the application of the census sampling technique. An observation guide was developed for data collection. Whereas for the data processing, descriptive statistics were used for the presentation of results in tables and figures; In addition to the inferential statistics for the verification of the hypotheses.

The results showed that Pearson's statistical test r was able to affirm that there are changes in nursing care in the management of pain in the postoperative patient of elective surgery in the surgical service of the Regional Hospital of Ica.

Keywords: Nursing care and pain management.

INTRODUCCIÓN

La investigación denominada cuidado de Enfermería en el manejo del dolor en pacientes post operados inmediatos de cirugía electiva del servicio de Cirugía en el Hospital Regional de Ica, Enero 2016, tiene como propósito proporcionar a los pacientes bienestar en su proceso de recuperación.

La calidad ha sido motivo de la preocupación desde el inicio de la atención hospitalaria por razones obvias; el resultado de acciones realizada con el cuerpo de una persona es motivo de preocupación.

Actualmente, y como resultado de la presión social para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y reducir los costos, las leyes norteamericanas exigen a las instituciones sanitarias que se apliquen medidas de control de calidad.

American Association of Anesthesiologists define el dolor postoperatorio como el dolor presente en el enfermo quirúrgico y en sus complicaciones o a una combinación de

ambos.

Se advierte en los últimos tiempos la atención de calidad en el grado óptimo de cuidados que espera recibir el paciente, logrando desde el primer momento la relación enfermera-paciente una buena comunicación y elaboración de una adecuada historia que oriente al profesional de enfermería a realizar un diagnóstico preciso, utilizando procedimientos que serían evaluados para asegurar la calidad de los cuidados, utilizando el proceso de enfermería.

En el país, la calidad de atención constituye un mandato explícito de la política nacional de salud y es uno de los ejes fundamentales de la reforma sanitaria, al punto que si ésta sólo logra contener los costos y no mejora la calidad de atención, se considera un fracaso.

El enfermero(a) debe sensibilizarse en las vivencias de sus propias necesidades de desarrollo científico profesional y personal; esto implica una formación humana y científica, lo que permitirá que el profesional de enfermería esté de acorde con los retos del siglo XXI.

La calidad del cuidado de enfermería brindado al paciente hospitalizado servirá de base para asegurar una satisfactoria recuperación en él. Y un buen manejo del dolor en los pacientes quirúrgicos, lo cual requiere de una buena identificación y alivio del mismo, por lo que la enfermera debe manejar conceptos relacionados con el tema, búsqueda de la información y terapias útiles; es decir, las enfermeras deben tratar de comprender lo que están experimentando los pacientes y expresar su comprensión y deseo ayudarlos.

Toda cirugía produce dolor ya que no existe la operación que no duela, lo que no significa que se tenga que soportar el dolor por el hecho de estar operado. La evaluación clínica del dolor presenta lógicas discrepancias dado que concurren una serie de variables psicológicas, ambientales, familiares, etc., que no suelen ser diferentes en cada persona. La descripción subjetiva del propio paciente es probablemente el mejor indicador del dolor, y es, sin duda un complemento esencial a cualquiera de los métodos inductores de dolor. Por regla general, si una persona dice que tiene dolor se debe asumir que, efectivamente, lo tiene.

El interés por investigar el tema en cuestión surgió de lo observado en los ámbitos hospitalarios del hospital Regional de Ica, donde los pacientes quirúrgicos son los que tienen mayor demanda en dichos centros. Allí se evidencia diariamente pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, que necesitan una atención adecuada ante el dolor, que es uno de los principales efectos después de ser intervenido quirúrgicamente, siendo el servicio de cirugía, donde a diario las enfermeras tienen que brindar una atención de calidad para revertir este efecto con un manejo adecuado del dolor.

El trabajo tiene como objetivo analizar los cuidados de enfermería en el manejo del dolor en pacientes post operados inmediatos de cirugía electiva del servicio de cirugía.

El estudio es cuasi experimental, con metodología cuantitativa, se utilizó un instrumento semi-estructurado que se aplicó al personal de enfermeras que laboran en el área de Cirugía en el Hospital Regional de Ica.

Los resultados reflejan que el cuidado de enfermería influye en algunos el manejo del dolor en el paciente post operado de cirugía electiva en el servicio de cirugía del hospital Regional de Ica.

La conclusión señala que el cuidado de enfermería en el manejo del dolor en pacientes presenta un coeficiente de correlación r de Pearson de 0,27, lo cual establece que hay cambios en el cuidado de enfermería con el manejo del dolor en el paciente post operado.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El dolor postoperatorio es un hecho frecuente de elevada incidencia. Incide en la morbimortalidad 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 de los profesionales de la salud es deficiente.¹

Parra y Gonzabay², señalo que el cuidado brindado a los pacientes por las enfermeras es deficiente, observándose que el 83% de las auxiliares de

enfermería carecen de conocimiento científico del cuidado, sus quehaceres lo hacen en forma empírica; mientras que las enfermeras prestan una atención mecánica rutinaria debido a que la gestión de enfermería no ha establecido estándares, protocolos y procedimientos para el ejercicio profesional. Así mismo, Muñoz³, indican que no se desarrollan un manejo adecuado del dolor que sienten los pacientes, donde el 25% manifestó insatisfacción y con relación a la información recibida sobre las causas de su dolor y los tratamientos a emplear para disminuirlo, así mismo, el 56% mostró niveles de insatisfacción. No se les mencionó a los pacientes acerca de los efectos secundarios de los analgésicos (37%) y las alternativas que existen para calmar el dolor (40%). Con relación a la efectividad del manejo del dolor en este tipo de pacientes, el 60% recibió un tratamiento inadecuado, esto es que reciben un analgésico con efecto más bajo relacionado con el alto nivel de dolor del paciente.

Por su parte Ataurima⁴, señala que en Perú se experimenta una situación semejante, señalando que en el Servicio de URPA del Hospital de Apoyo Jesús de Nazareno, se han observado manifestaciones de inconformidad entre pacientes y familiares respecto a los cuidados de enfermería, los que son descritos como poco oportunos y con escasa calidad. En los pacientes post operados del servicio de cirugía se ha evidenciado diversas reacciones como: incertidumbre, frustración, amargura, descontento, etc. porque la enfermera no lo atiende en forma oportuna, ausencia de respuestas puntuales a las preguntas sobre su salud, poca amabilidad y trato indiferente en la prestación de servicios. Por su parte Gómez y Negrón⁵, señala que el manejo de dolor a los pacientes presenta bajos niveles de efectividad, esto se debe principalmente a que los criterios para la aplicación y utilización de medidas del manejo del dolor varían de un paciente a otro, y que debido a que las enfermeras no cuentan con las competencias necesarias para adecuar un tratamiento acorde a las necesidades del paciente, por lo que simplemente brindan tratamientos rutinarios y de manual sin evaluar las magnitudes del dolor experimentado por el paciente.

En el servicio de cirugía en el Hospital Regional de Ica, se observan deficiencias en los cuidados brindados por los enfermeros y los métodos que emplean para

el control y manejo del dolor que experimentan los pacientes. Los cuidados de enfermería en el servicio de más se limitan al tratamiento farmacológico sin considerar los otros aspectos que contribuyen en percepción del dolor del paciente quirúrgico. Así mismo, la atención del dolor post operatorio en el servicio de Cirugía 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. El tratamiento se centra solo en la aplicación del medicamento sin considerar las medidas no terapéuticas como la información, la educación, las medidas de confort, apoyo emocional.

Frente a los hechos se plantea la siguiente interrogante:

¿En qué medida el cuidado de enfermería disminuye el dolor en el paciente post operado de cirugía electiva en el servicio de cirugía del hospital Regional de Ica, Enero 2016?

B. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar los cuidados de enfermería en el manejo del dolor en pacientes post operados inmediatos de cirugía electiva del servicio de cirugía. Enero 2016.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.1. Caracterizar a la población en estudio.
- 2.2. Valorar el dolor en pacientes post operados.
- 2.3. Aplicar el cuidado de enfermería en la población experimental.
- 2.4. Comparar los resultados en el grupo experimental y control.

C. HIPÓTESIS

El cuidado de enfermería disminuye el dolor en el paciente post operado de cirugía electiva en el servicio de cirugía del hospital Regional de Ica, Enero 2016.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

LAURA, E. (2016). PUERTO MALDONADO, encontró en la dimensión técnico-científica, que el 72,7% de los pacientes pos-operados están satisfechos, seguido de un 23,6% están medianamente satisfechos y el 3,6% están muy satisfechos. En la dimensión humana el 56,4% están satisfechos, el 25,5% están muy satisfechos, seguido del 16,4% están medianamente satisfechos y el 1,8% están insatisfechos con el cuidado que brinda la enfermera. En la dimensión entorno se halló que el 65,5% de los pacientes posoperados están satisfechos, el 18,2% están medianamente satisfechos y el 16,4% están muy satisfechos. La enfermera logra un nivel de satisfacción en los pacientes; mas no logra una satisfacción excelente (muy satisfecho).⁹

ATAURIMA, R. (2016). LIMA. Determinaron que el nivel de satisfacción alto sobre el aspecto humano del cuidado de enfermería se identificó en 37,5% y en el aspecto técnico en 57,5% de pacientes post operados. En conclusión, el nivel de satisfacción alto sobre el cuidado de enfermería se identificó en el 50% de pacientes post operado.⁴

SACA, B., SICHQUI, D. Y QUITO, C. (2013). ECUADOR. Llegó a las siguientes conclusiones: Los resultados de la investigación son presentados a través de gráficos: barras simples con frecuencia absoluta y relativa (porcentajes) que permite visualizar mejor el tipo de TCE, causas, edad en la que se presenta y el tipo de cuidado brindado a los pacientes por el personal profesional de Enfermería. Según datos obtenidos en la presente investigación y de acuerdo al grado de eficiencia y eficacia, el Proceso de Atención de Enfermería se encuentra en un nivel medio puesto que un grupo considerable de profesionales de enfermería aplica el PAE de forma incorrecta y sin fundamento científico.⁶

VÁSQUEZ, M. (2012). ECUADOR. Da a conocer que el dolor postoperatorio en los pacientes intervenidos quirúrgicamente debe ser tratado adecuadamente con el fin de evitar molestias en la recuperación de los mismos. El empleo de analgésicos en los diferentes momentos, su clase y dosis constituye el pilar fundamental para conseguir este cometido, es por eso que al plantear este estudio de investigación, fue con el propósito de conocer, evaluar y si es posible proyectar esquemas terapéuticos, que permitan en base a los resultados, elaborar protocolos de uso de analgésicos en los pacientes intervenidos quirúrgicamente.⁸

GÓMEZ, F. Y NEGRÓN, A. (2012). CHICLAYO. Informa que el mayor porcentaje 49%, posee un nivel de conocimiento regular coincidiendo éste dato con la hipótesis planteada y la prueba de hipótesis con respecto al promedio que arrojó un promedio de 13.73 y una mediana de 14 clasificándose como un nivel regular. 2. El nivel de conocimiento excelente acerca del dolor crónico osteoarticular en el adulto maduro y mayor está representado por el 50%, mientras que el nivel deficiente está comprendido por el 4%, se afirma que los estudiantes de enfermería del VII al IX ciclo se mantienen en un nivel de

conocimiento aceptable, sin embargo pueden incrementar su conocimiento teórico práctico durante sus sesiones de clases.⁵

PARRA, R. (2011). MÉXICO. Refiere que la documentación de la valoración y del manejo del dolor, se encontró diferencia estadísticamente significativa en la post-intervención, excepto en el registro de la intensidad a pesar de haber presentado un aumento en proporción, este no fue significativo. Aproximadamente tres cuartas partes de los participantes presentaron en el registro un manejo adecuado del dolor. El programa de capacitación para el personal de enfermería tuvo un impacto positivo en el nivel de documentación de enfermería sobre la valoración y el manejo del dolor.⁷

B. BASE TEÓRICA

1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1.1. Conceptualización de cuidados de enfermería

Según Duque¹⁰, el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales.

Por su parte Saca, SichiQui y Quito⁶, señala que es el método mediante el cual se aplica científicamente la teoría a la práctica, un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a mantener el bienestar del paciente, a nivel óptimo para conseguir la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible.

Para Tenemaza¹¹, señala que es un método sistemático y organizado para administrar la atención de enfermería individualizada de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

En este sentido Aaturima⁴, señala que en la etapa posquirúrgica la atención de

la enfermera se centra, en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez.

El cuidado de enfermería es el conjunto de atenciones que un enfermero brinda al paciente o persona. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud de la persona.¹²

Benner y Wrubel¹³, define al cuidado de enfermería como el elemento esencia de la relación enfermera – paciente y la capacidad de la enfermera para empatizar representa la característica principal de las relaciones profesionales.

Según Francoise¹⁴, el cuidado de Enfermería abarca desde el nacimiento hasta la muerte, incluyendo los periodos de enfermedad y la salud, basándose esta actividad en un compromiso moral entre la persona cuidada y quienes profesan el cuidado; para lograr esto, el profesional de Enfermería debe ser competente en el dominio del conocimiento científico, la aplicación de técnicas y/o conflictos biomédicos, caracterizándose por una actitud con alto valor moral para lograr el bienestar integral de las personas que cuida.

Callista (citado en Amaro¹⁵) considera que el cuidado de enfermería tiene como fin sostener y promover la adaptación de la persona a la que se cuida y ayudarlo a alcanzar un estado de adaptación que le permita responder a los demás estímulos.

El cuidado de enfermería es el proceso para el logro del cuidado con un grado de excelencia al proporcionarlos al paciente, e implica el conocimiento tanto de las necesidades de pacientes, planeación del cuidado para satisfacer las mismas, así como la eficiencia, continuidad en su realización, y monitoreo cuyo control y seguimiento continuo registra la eficiencia y eficacia del mismo cuidado de enfermería.¹⁶

Los cuidados de enfermería, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y asistir sanitariamente al paciente.¹⁷

1.2. Importancia de los cuidados de enfermería

Para Mejía¹⁸, la importancia de los cuidados de los establecimientos de salud son empresas importantes que requieren cobrar protagonismo en la calidad, ya que su atención va dirigida a mantener el bienestar físico, mental y social de un ser humano. Dicha atención es proporcionada por personal capacitado en el área de la salud, siendo el personal de enfermería quien establece mayor contacto con el paciente ante la realización de procedimientos y procesos que se ven reflejados en la evaluación de resultados, siendo el usuario el encargado de manifestar su satisfacción o insatisfacción con esta atención. Por todo esto es preciso examinar oportunamente la calidad de atención ya que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de los usuarios.

Por otro lado el cuidado de enfermería proporcionar los elementos que ayudan a la detección precoz de probables complicaciones, así como el tratamiento oportuno y la pronta rehabilitación de los pacientes.¹⁹

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y se esboza como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. Se consideran como elementos del cuidado aquellos aspectos afectivos que se relacionan con la actitud y el compromiso de la Enfermera y, de otro lado, elementos técnicos y tecnológicos que no pueden ser separados para otorgar cuidados. Finalmente, un aspecto importante es considerar a la enfermera en su interacción con el paciente, el significado del cuidado para el que brinda y el que recibe el cuidado.

1.3. Dimensiones de los cuidados de enfermería

Para Rodríguez²⁰, las dimensiones:

- Accesibilidad o disponibilidad; la disponibilidad se enfoca en el servicio y en el personal, se refiere a la oportunidad con que se presta el cuidado. Los aspectos positivos incluyen conseguir una enfermera cuando se necesita y recibir el cuidado requerido, lo negativo corresponde a no brindar el cuidado con oportunidad.
- Valoración técnica; se refiere a la calidad técnica del cuidado, a la profesionalidad durante el cuidado e información que brinda a los padres durante los cuidados posoperatorios inmediatos, siguiendo instrucciones posoperatorias en la URPA. La calidad técnica del cuidado se refiere a las habilidades técnicas del proveedor, también a la calidad y el modernismo del equipo.
- Trato personal; corresponde a la interacción entre el proveedor y el paciente. Desde esta perspectiva, el personal de enfermería es el proveedor más importante de la calidad de la atención que se proporciona debido a la relación directa y continua con el paciente y con sus familiares, que impacta directamente en el bienestar. Una buena atención personal de enfermería se ofrece cuando las enfermeras brindan atención a sus pacientes con una interacción agradable, amigable, respetuosa, con trato amable, concentradas en las necesidades de los pacientes, interesadas en sus problemas y en su bienestar, a través de un trato cortés durante el proceso de enfermedad
- Capacidad de respuesta; actualmente, parece que existe cierta unanimidad en afirmar que los factores prioritarios que mayor satisfacción producen en el usuario son la administración de cuidados, la capacidad de respuesta y la empatía con el personal sanitario.

1.4. Características de los cuidados de enfermería

Para Saca, SichiQui y Quito⁶, el proceso de cuidado de enfermería tiene 6 propiedades; tiene 6 características:

- Es intencionado; porque va dirigido a un objetivo.

- Es temático; porque utiliza un enfoque organizada para conseguir su propósito, favoreciendo la calidad de enfermería y evitar problemas y evita problemas.
- Es dinámica; porque está sometido a continuos cambios que se puede identificar a través de la relación entre el profesional y el paciente.
- Es interactivo; se basa en las relaciones reciprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el paciente, la familia y otros profesionales de la salud, a la vez asegura la individualización de la atención al cliente.

1.5. Factores que influyen en la percepción del cuidado de la enfermera

Según Wagner y Bear²¹, los factores que influyen son:

- Apoyo afectivo; donde las enfermeras muestran condiciones esenciales como, amabilidad, cortesía, apoyo, respeto, empatía, satisfacción de necesidades y capacidad para escuchar al paciente. También se refieren en este aspecto la importancia al preocuparse por la familia y amigos.
- Información de la salud; representa el conocimiento revelado a los pacientes sobre su condición de salud actual, el impacto en su estilo de vida, y las opciones para manejar los riesgos para la salud. Se incluye la información dada sobre exámenes, medicamentos, tratamientos y estado en general.
- Control en toma de decisiones; es la posibilidad que dan las enfermeras al paciente de participar en su cuidado. Se ha reportado que los pacientes mostraron mayor satisfacción cuando las enfermeras permitieron participar a los pacientes en decisiones acerca de su cuidado y estado de salud.
- Competencias profesionales y técnicas; son los conocimientos que demuestran las enfermeras en habilidades como, realización de los procedimientos y administración de medicamentos. A pesar que la competencia técnica del personal de enfermería está incluida en la mayoría de los instrumentos de medición de satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería.

1.6. Fases del cuidado de enfermería

Según Tenemaza¹¹, sus fases son:

- Valoración; esta etapa requiere que la enfermera/ resuelva problemas exacta, concienzuda y rápidamente, así como de la capacidad para revisar información de varias fuentes y formar su juicio crítico. Durante la valoración se debe recoger, verificar y comunicar los datos sistemáticamente, relativos al cliente. Es el proceso de obtener información sobre la persona en su conjunto, no solo sobre las necesidades o disfunciones, sino también sobre aspectos físicos, intelectuales, sociales, culturales y espirituales.
- Diagnóstico; es un proceso dinámico dirigido a la identificación y priorización de los problemas o a la respuesta humana de los problemas de salud más significativos de la persona, sobre su estado o condición, los mismos que pueden ser resueltos mediante la intervención de Enfermería dentro de la categoría independiente de la práctica profesional. Un diagnóstico de Enfermería no es sinónimo de uno médico.
- Planificación; la planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.
- Ejecución; en esta etapa es fundamental la competencia técnica, ya que hay que aplicar lo planificado de forma inmediata y eficiente; es decir hay que aplicar los conocimientos, las actividades, la metodología, la técnica de las actividades y los cuidados.
- Evaluación; la evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

1.7. Grados de cuidados de enfermería

Dentro de los grados se tiene los siguientes:

Excelente

- Lograr la satisfacción del usuario con una atención oportuna y correcta.
- Atender con trato personalizado y amable
- Tener una comunicación abierta con el usuario.
- Conseguir la solución integral del problema y la ausencia de secuelas o complicaciones.
- Informa al usuario y asegurarse de que el entienda la información que se le da.
- Proteger de males que pueda contraer.

Suficiente

- Realizar un proceso de atención conforme a las normas institucionales, los conocimientos y la tecnología médica vigente.
- Dar un trato correcto al usuario.

Insuficiente

- Atención inadecuada por desconocimiento aplicación incorrecta de normas y tecnología médica.
- Trato impersonal al usuario.
- Informar al usuario de su posible estado de salud y tratamiento.

No realizada

- Se omite el tratamiento por carencia absoluta de oportunidad.
- El usuario no acepta el tratamiento.

Inadecuada

- Realización incorrecta por ignorancia o aplicación deficiente de las normas o tecnología vigentes con daño al usuario por complicaciones.
- Información incompleta o poco clara dando como justificación la poca comprensión del usuario.²²

1.8. Elementos de cuidados de enfermería

Los elementos del cuidado de enfermería según Watson²³ son:

Formación de un sistema de valores humanístico altruista. Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo. Si bien la formación de cada uno en la infancia y juventud temprana está marcada por el contexto socio-cultural de pertenencia, esto no significa la permanencia en un sistema estático. Es importante una acabada reflexión sobre el propio desarrollo moral, ya que es la única forma de comprender los sistemas morales ajenos. Esto parte de una reflexión de la propia experiencia y del desarrollo a lograr individualmente. De esta forma la introspección debería formar parte de nuestras prácticas diarias, tal como lo constituye, por ejemplo, la meditación para otras culturas. Es útil así la meditación, la reflexión y la terapia en caso necesario, así como el desarrollo de aptitudes artísticas que ayuden al profesional a encontrarse consigo mismo. Este sistema de valores debe combinarse con el conocimiento científico que guía la acción de la enfermera, pero sin olvidar que los conocimientos científicos por sí solos no ayudarán a la relación con otros.

Infundir fe esperanza. Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud.

Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado". Este

factor habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia y por lo tanto también a lo largo de la narrativa que da cuenta de nuestra convivencia como especie humana, en los que ha habido influencias de lo mágico, las oraciones y los encantos.

Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la auto aceptación de la enfermera y del paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás. El ser humano es en primer lugar un ser sintiente. Es habitual que en la práctica sanitaria se separe el desarrollo profesional de este ámbito, producto de lo cual las personas tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos. Esto llevará a no tratar con los propios sentimientos, a temerles y a no poder cambiarlos cuando éstos no son positivos. Un individuo que rehúsa reconocer sus propios sentimientos, difícilmente logrará entender los de los otros. Por otra parte, se tiende a proteger al paciente de sentimientos negativos, para que no llore, o muestre ansiedad. Estos sentimientos forman parte de la vida y de los procesos que vivimos como seres humanos.

Desarrollo de una relación de ayuda confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico.

El cuidar la relación humana se convierte en “Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza”. Una relación de cuidado depende de los factores de cuidados enunciados anteriormente. Esta relación de confianza va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad. Este es un proceso de autoaprendizaje, en el que la introspección es fundamental. La relación de cuidado está basada en la creencia que el ser para

el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía, en mayor o menor grado. Más específicamente, los pacientes o usuarios no nos pertenecen, ni su cuerpo, ni sus problemas, ni su espíritu. A modo de ejemplo: muchas veces en el cuidado de un paciente grave, que no está consciente y no puede ejercer autonomía en relación a sus funciones corporales, la certeza que es un cuerpo ajeno, pero el cuerpo de una persona, ayudará a no cosificarlo y a respetarlo como tal.

Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. La enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes.

Es ampliamente aceptado que la comprensión intelectual y la emocional de la misma información son bastante diferentes, esto es más acentuado cuando las situaciones conllevan un efecto negativo, por ejemplo, situaciones como la ansiedad, el estrés y la confusión, o incluso el temor, pueden alterar la comprensión y la conducta. La libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés.

La labor del profesional de enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos, que es congruente con visualizar al otro como un ser para el cuidado.

Utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones. La utilización del proceso de enfermería conlleva un planteamiento científico de la resolución de los problemas de la asistencia de enfermería, disipando la imagen tradicional de las enfermeras como “criadas de los médicos”. El proceso de enfermería es similar al de investigación, en cuanto es sistemático y organizado.

Las enfermeras realizan multiplicidad de procedimientos y suponen que la corrección de estos procedimientos es la manifestación de la utilización de un método científico, por ejemplo, el uso del proceso de enfermería, el que Watson visualiza como un método de resolución de problemas para asistir con una

decisión a todas las situaciones de enfermería. Esto es importante, porque la sistematización de los procesos no debe ser un impedimento para investigar, estudiar y desarrollar habilidades, para enfrentar situaciones nuevas.

Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal. Este es un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación. Permite informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que el paciente consiga el autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente.

La enfermería como profesión ha estado muy ligada a la educación en salud; sin embargo, Watson considera que la educación que se brinda es ante todo información, concretizada en una lista de acciones a realizar o a evitar. Dicha información no se apropia de un sello que la distinga de otros modos de obtenerla, como por ejemplo a través de los medios de comunicación, donde también se brinda educación en salud, periódicamente.

La educación en salud, efectuada por profesionales de la salud, requiere establecer una relación intersubjetiva para otorgar una educación personalizada y dirigida.

El cuidado supone el brindarlo en base a las necesidades sentidas de los usuarios/pacientes/clientes. Una actitud efectiva de cuidado, por tanto, supone un conocimiento de lo que los individuos necesitan. Personalizar los cuidados es, en buenas cuentas, mantener una actitud respetuosa hacia las particularidades de un individuo, comunidad o población.

La generalización tiende a neutralizar los sujetos, a masificarlos y, además, a no obtener buenos resultados. Según Rogers citado por Watson, la enseñanza no es función de un buen currículum clínico ni académico del educador, es un proceso mucho más complejo, que parte de tener la habilidad para lograr, en el marco de una relación –en este caso, educador-educando– cambios de

conducta. Esto pasa necesariamente por nutrirse de los educandos, y no de un mero recitar conocimientos.

Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. La enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos. El bienestar mental y espiritual y los planteamientos socioculturales son conceptos importantes para el entorno interior del individuo. Además de las epidemiológicas, las variables externas incluyen el confort, la intimidad, la seguridad y los ambientes limpios y estéticos.

Watson divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. Ambos contienen variables, por ejemplo del medio ambiente externo surgen las variables como seguridad, confort, abrigo; y del medio ambiente interno surgen la autorrealización, comunicación, etc. A partir de estas variables surgen las necesidades, que Watson define como el requerimiento de una persona, que de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo.

Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas. La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad/ inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior. La realización de la persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal – interpersonal de orden superior.

Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas. La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencialista es una ciencia de la existencia humana

que utiliza el análisis fenomenológico. Watson opinó que este elemento es difícil de entender. Se incluye para proporcionar una experiencia motivadora del pensamiento que conduzca a una mejor comprensión de nosotros mismos y de los demás.¹⁸

Este último factor de cuidado es el método para lograr trabajar en la satisfacción de ellas: la fenomenología, concepto que Watson define así: “se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos. La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión. Esta orientación es útil para la enfermera, ya que ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades”.

1.9. Necesidades del cuidado de enfermería

Se han considerado las siguientes necesidades:

Necesidades fisiológicas: Son las necesidades corporales incluyen los alimentos, el agua, la eliminación, oxígeno, el abrigo, el reposo, el sueño, la actividad y la evitación del dolor.

Necesidades de seguridad y protección: Son las necesidades de encontrarse libre de peligros físicos (reales o imaginarias), protección contra la amenaza (riesgos de violencia), protección contra las privaciones (limitaciones económicas). Las acciones arbitrarias de la administración, el favoritismo o la discriminación hacia los empleados, así como una administración impredecible de la política, motivan necesidades de seguridad y deben evitarse”. Es esencial conocer las prácticas de seguridad. Ello implica no sólo un conocimiento de la enfermería y ciencias auxiliares, sino también de las medidas preventivas de enfermería. Es básico reconocer las circunstancias que podrían causar un accidente e intervenir con eficacia.

Necesidades de amor y pertenencia: Muchos de los problemas que tienen las personas hoy en día en esta sociedad impersonal se deben a la falta de

satisfacción de sus necesidades de amor y pertenencia. El hombre es un ser social que necesita la compañía de otras personas para sentirse bien en este mundo. Su seguridad es en gran parte una necesidad cultural y en consecuencia depende de que se sienta a salvo y cómodo en sus relaciones con otras personas.

Disponibilidad: Grado con que el proveedor de salud está disponible, siempre que los clientes lo necesiten. Aquí el enfermero/a se muestra cuidadosa al brindar su tratamiento.²⁵

1.10. Comportamientos que conforman cada categoría de cuidado

Categoría sentimientos del paciente: Sentimientos positivos resultantes de la interacción enfermera - paciente (sentirse apoyado, acogido, atendido, cuidado, sentir afecto, crecer como ser humano)¹⁸. El ejercicio profesional de la enfermería se soporta en diez elementos asistenciales, dos de ellos son la Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos, y el Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás.

Categoría apoyo emocional: Apoyo percibido por el paciente en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un trato cordial y amistoso, con calor humano, que da comodidad y confianza, que deriva en sentimientos de bienestar para el paciente. Este apoyo emocional corresponde al elemento asistencial de desarrollo de una relación de ayuda – confianza.²⁴

Categoría apoyo físico: Componente que el paciente percibe del personal de enfermería cuando entra en contacto con ellos, en actividades sencillas y significativas, como son mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor.

Dos elementos asistenciales importantes son la Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas y la Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.²⁴

Categoría características de la enfermera: Comportamientos de cuidado que el paciente reconoce, caracterizando a la (el) enfermera(o) como: persona cálida, agradable, que demuestra su simpatía, amabilidad, eficacia y cordialidad en la atención. Se podría decir que estos comportamientos de cuidado identifican una(o) enfermera(o) genuina(o), sincera(o), es el grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera y se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado.²⁴

Categoría cualidades del hacer de la enfermera. De acuerdo con Alvis y col.¹⁹, hace referencia al óptimo desempeño del personal de enfermería identificado por el paciente, en rasgos que describen una enfermera atenta, que hace las cosas con sencillez, humildad y agrado, que explica con amabilidad y propicia el diálogo, además su desempeño es profesional en cuanto al conocimiento que refleja en su trabajo, cumple con el deber profesional, reconoce sus debilidades, sigue las indicaciones del tratamiento, brinda apoyo a sus compañeras, trabaja en equipo y, muestra capacidad de liderazgo frente al grupo. En esta categoría se evidencia la acción de una (un) enfermera(o), dentro de una relación interpersonal y transpersonal que va más allá del paciente, involucrando a la familia del paciente, su grupo de trabajo y el medio ambiente laboral, que en las palabras de Jean Watson corresponde a: “Cuidado humano que involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y sus consecuencias”.

La categoría proactividad: Definida como aquellos comportamientos del enfermero (a), que denotan atención anticipada, al abogar por el paciente, darle información precisa y oportuna a él y a su familia, acerca de la hospitalización y evolución, respondiendo preguntas y explicándole sobre procedimientos. Para Watson la “Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal” es un concepto importante de la enfermería, dado que separa el cuidado de la curación. Watson considera que las enfermeras tienen la responsabilidad de promover la salud a través de actividades preventivas. Este objetivo se alcanza enseñando a los pacientes los cambios personales que han de realizar para promocionar su salud, enseñándoles métodos de resolución de problemas e

identificando la capacidad de afrontamiento y la adaptación a las pérdidas.²⁶

La categoría priorizar al ser cuidado: Alvis y col.²⁶, definen que hace referencia al cuidado de enfermería que está orientado a priorizar la persona, donde hay una preocupación por ella y respeto por sus decisiones e intimidad, donde su calidad de paciente y persona se conserva a partir de la identificación por el nombre. Los comportamientos de esta categoría involucran al personal de enfermería en una relación de cuidado "transpersonal", ya que para Watson: "el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad, y la armonía interior". La categoría empatía. Hace referencia a todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado tales como escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar (transpersonalizar), estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana. El enfermero genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática. Para Watson²⁷ la empatía es la capacidad de experimentar, y por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión.

El afecto no posesivo se demuestra hablando en un tono de voz moderado y adoptando una postura abierta y relajada, y unas expresiones faciales coherentes con otras comunicaciones.²⁸

La categoría disponibilidad para la atención. Disposición que tiene el enfermero para identificar el momento de cuidado, al estar pendiente de su sentir, de su estado de ánimo, de su dolor, de sus necesidades de cuidado, para actuar y acudir oportuna y eficazmente. Cuando dispuso de tiempo para escucharlos, acudir al llamado, hacerlo con prontitud, cubrir sus necesidades y vigilar el tratamiento ordenado.

Los comportamientos de cuidado implícitos en esta categoría nos muestra a la (el) enfermera(o), atento a detectar el momento de cuidado, en un campo fenomenológico y que según Watson corresponde a la totalidad de la

experiencia humana, “una ocasión consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales y sentido/significado de las percepciones de uno mismo”. Watson insiste en que la (el) enfermera(o) necesita estar al tanto de su propio conocimiento y la auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.²⁹

1.11. Teorías de cuidados de enfermería

Según Leininger³⁰, se sustenta en el enfoque Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y la Universalidad; que ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad así de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y/ o universal. La enfermería transcultural se ha de convertir en una de las áreas más importantes, significativas y prometedoras del estudio formal, la investigación y la práctica, debido al mundo multicultural en el que se vive. Para que la enfermería tenga importancia y significado frente a los pacientes y otros profesionales de este campo en todo el mundo, es imperativo disponer de conocimientos y competencias en enfermería transcultural, capaces de orientar las acciones y decisiones para obtener resultados positivos y eficaces.

1.12. La naturaleza del cuidado de enfermería

La esencia del cuidado de enfermería en la protección de una vida humana que es el centro de reflexión, el objeto del conocimiento, del saber y del quehacer en enfermería. El cuidado de la vida sucede en el contexto del proceso vital humano que es dinámico, que ocurre entre dos polaridades, la vida y la muerte, donde está inmerso el proceso salud-enfermedad. La salud es una vida con bienestar continuo y la enfermedad una vida con limitaciones en el bienestar. En este proceso vital humano, se incluyen las dimensiones de las realidades bio-natural,

sociales, psicológica, estética y de trascendencia e implica la complementariedad entre los saberes. El proceso de cuidar se centra en las interrelaciones humano-humano, con una serie de conocimientos muy bien diferenciados, valores, dedicación, relación moral e interpersonal con el sujeto de cuidado. En esta interrelación humano - humano, la ética en general y la ética discursiva en particular afrontan solidaria y universalmente el desarrollo científico - técnico, sin caer en una visión cientificista para asegurar que la visión humanista predomine en la intersubjetividad humana con los pacientes, las familias y otros grupos sociales. Dichas relaciones se hacen evidentes en el razonamiento ético y en la actuación de la enfermera con respeto a la diversidad, la libertad, la pluralidad, la igualdad y la fraternidad, para contribuir al fortalecimiento de la propia conciencia.³¹

1.13. Saberes del cuidado de enfermería

El cuidado de enfermería contiene en su estructura el saber de enfermería corporificado en un nivel técnico y relaciones sociales específicas, reconociendo la atención de necesidades humanas que pueden ser biológicas, psicológica y socialmente.

El saber de enfermería se constituye a partir de las relaciones con las transformaciones históricas de la práctica de enfermería como producto de las relaciones con las transformaciones históricas de la práctica. El saber es histórico por tratarse de una dimensión de esta práctica. Fueron las técnicas los primeros instrumentos que la enfermera utilizó para manipular su objeto de trabajo, el cuidado de enfermería, pues en ese entonces el objeto de enfermería no estaba centrado en el cuidado del paciente, más en la manera de ser ejecutada la tarea (Almeida y Rocha; citado en Ninatanta y Luna).³²

En la profesión de enfermería el saber fue considerado como el instrumental que la enfermería utiliza para realizar su trabajo. Las técnicas fueron la primera expresión del saber y las teorías representan la expresión contemporánea, constituyendo la expresión actual del saber, las técnicas y los principios científicos. Los saberes procuran siempre una fundamentación, basada

primeramente en los principios de la biología, fisiología y práctica médica.³²

1.14. Visiones paradigmáticas del cuidado

Si los pacientes no tienen las condiciones necesarias para la interrelación eficaz con el entorno y con los enfermeros, se requiere que éstos propongan alternativas de cuidado mediante una sólida base de conocimientos científicos y habilidades prácticas y con un alto grado de sensibilidad humana, para interpretar adecuadamente, mediante la valoración, la condición del paciente. La Enfermería nunca podrá tener una sola visión del paradigma sobre el cuidado porque, por un lado, tiene la herencia filosófica positivista de la ciencia que estudia la naturaleza y los fenómenos como algo acontextual y demostrable y por otro lado, de una filosofía pospositivista que enfatiza la percepción, estudia el pensamiento, admite el valor de lo subjetivo y del contexto. Las relaciones interpersonales expresan lo social que tienen todo individuo o comunidad. Dos aspectos importantes del Paradigma Interpretativo, que explican las relaciones de los enfermeros con los pacientes. Uno, es que muchas de las primeras científicas de la enfermería se formaron en las disciplinas de las ciencias sociales, y eso las expuso a formas alternativas de ver el mundo; vale la pena recordar que actualmente la enseñanza de la enfermería no es ajena a los postulados de estas disciplinas. El otro es la aproximación interpretativa como una forma congruente con el lenguaje y las creencias de enfermería; mientras el modelo médico científico habla de reduccionismo, objetividad, manipulación, predicción y control, las relaciones interpersonales en Enfermería se fundamentan en el holismo, el individualismo y la autonomía.³³

2. MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES POST OPERADOS

2.1. Conceptualización de manejo del dolor

Según McCaffery y Beebe³⁴, el dolor como respuesta humana se define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos.

Para Guerra³⁵, el dolor, conocido también como nocicepción, algia, o sufrimiento,

señala al sistema nervioso que una zona del organismo está expuesta a una situación que puede provocar una lesión. El dolor es la señal de alarma que desencadena una serie de mecanismos para limitar los daños o hacerle frente al estrés. El ser humano, depende de organismos o neuronas especializadas que detectan el dolor llamadas nociceptores y revelan la señal nociva. Es una sensación desagradable que llega al cerebro a partir de neuronas sensoriales. Este malestar indica una lesión real o potencial del organismo. Sin embargo, el paciente experimenta más que una sensación o conciencia física del dolor, también incluye percepción, de interpretación subjetiva del malestar. La percepción da información sobre la localización, la intensidad y a veces sobre la naturaleza del dolor.

En este sentido Parra⁷, señala que el manejo del dolor se refiere a las intervenciones farmacológicas y medidas no farmacológicas que tienen por finalidad disminuir los niveles de dolor y sus efectos.

Por su parte McCloskey, et. al.³⁶, señala que es el proceso que busca brindar alivio o la disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

2.2. Importancia del manejo del dolor en pacientes post operados

Según Vásquez⁸, el adecuado control del dolor postoperatorio forma parte importante de la recuperación funcional luego de una cirugía, y por sus características tan especiales, requiere atención y alivio inmediato; en ocasiones, la evaluación correcta del dolor se puede ver afectada por el estado propio del paciente, como inconsciencia, niños menores, enfermos psiquiátricos, pacientes neurológicos, en las cuales tenemos que guiarnos para nuestra evaluación con las constantes biológicas, expresiones del rostro, reflejos, signos fisiológicos de respuesta al dolor, los que pueden ser modificados por el uso de fármacos. La eficacia del control del dolor en el postoperatorio se ha transformado gracias a los cuidados perioperatorios; una vigilancia conveniente, de la mano de otros factores tempranos, que no sólo satisface a los pacientes, sino ayudan a disminuir la morbilidad postoperatoria y la reducción de la estancia

hospitalaria.

2.3. Dimensiones del manejo del dolor en pacientes post-operados

Para Clarett³⁷, las dimensiones son:

- Manejo no farmacológicas del dolor; estas medidas incluyen la atención al correcto posicionamiento del paciente en la cama, la estabilización de fracturas y la eliminación de estímulos físicos irritantes (por ejemplo: correcto posicionamiento de la tubuladura del respirador para evitar la tracción del tubo endotraqueal) son importantes para mantener el confort del paciente. La aplicación de hielo o calor puede ser útil.
- Manejo farmacológicas del dolor; para el tratamiento del dolor, es esencial conocer los mecanismos de acción, la farmacocinética, la latencia y duración de la analgesia y los efectos colaterales. Los analgésicos correctos deben ser administrados en la dosis adecuada para determinado paciente en el momento correcto. La analgesia y la sedación deben asegurarse con el aumento o la reducción, y el cambio del medicamento, de acuerdo con el objetivo específico. También puede ser hecha una interrupción diaria de la infusión del sedante y del opioide para evitar la acumulación de fármacos y metabolitos activos que pueden retardar la recuperación.

2.4. Elementos del manejo del dolor en pacientes post operados

Según Guerra³⁵, los elementos a tener en cuenta en el manejo del dolor son:

- Localización; buscando determinar donde se encuentra el dolor; si es un dolor de cabeza (cefalea), dolor torácico, dolor abdominal, etc.
- Tipo; determinando si es punzante, opresivo, lacerante, cólico, etc.
- Duración; determinando el tiempo desde su aparición, desde opresivo de la úlcera gastroduodenal.
- Frecuencia; es el número de veces que ha ocurrido el dolor de similares

características.

- Intensidad; generalmente cuando es el primer dolor suele ser intenso o fuerte, pero cuando se ha repetido varias veces en el tiempo, se puede cuantificar.
- Irradiación; es el trayecto que recorre el dolor desde su localización original hasta otro lugar.
- Síntomas acompañantes; como náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, temblor.
- Signos acompañantes; tales como la sudoración, palidez, escalofríos, trastornos neurológicos.
- Factores agravantes; son los factores que aumentan el dolor por ejemplo tras la ingesta, determinados movimientos... y otros factores a los que atribuye el paciente.
- Factores atenuantes; son los factores que disminuyen el dolor, por ejemplo el descanso, posiciones corporales.
- Medicamentos; que calman o que provocan el dolor.

2.5. Factores que influyen en el manejo del dolor en pacientes post operados

Según Finkel³⁸, algunos factores que influyen son:

- Ausencia de conocimientos o conceptos erróneos por parte del personal sanitario.
- Escasa información de los estudiantes de medicina y enfermería y médicos de los avances científicos.
- Ausencia de evaluación o valoración inadecuada de la intensidad del dolor y de la eficacia de los tratamientos indicados.
- No se evalúa sistemáticamente, tampoco se utilizan las escalas del dolor

existentes para la medición adecuada. La herramienta que se use para medir el dolor y sea útil, debe ser fácil de entender y usar, requiere poco esfuerzo por parte del paciente, ser sencilla de calificar y ser sensible a cambios moderados en la característica que se mide.

- La ausencia de educación/información del paciente respecto del manejo del dolor post operatorio a cerca de las posibilidades de analgesia debido a la cultura y nivel educativo de las personas.

2.6. Métodos para el manejo del dolor en pacientes post operados

Para Organización Mundial de Salud, citado en Parra,⁷ el índice de Manejo de Dolor (IMO) es considerado como una herramienta útil para determinar el adecuado manejo del dolor. El IMO es una evaluación del dolor que se establece a través de la valoración de la intensidad del dolor durante las últimas 24 horas y la indicación del analgésico más potente. La intensidad del dolor se clasifica en tres categorías: leve, moderado y severo, mientras que los analgésicos se clasifican de acuerdo a la escalera analgésica. Este índice se ha establecido como un indicador útil en la adecuada valoración y tratamiento de dolor para pacientes hospitalizados

Por su parte Guerra³⁵, otros métodos pueden ser:

- Escala Visual Analógica (EVA); permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.
- Escala numérica (EN); es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad

del síntoma que se está evaluando. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.

- Escala categórica (EC); se utiliza cuando el paciente no es capaz de cuantificar sus síntomas con las escalas anteriores, expresando la intensidad de los síntomas en categorías, lo que resulta mucho más simple. Se suele establecer una relación entre categorías y un equivalente numérico.
- Escala visual analógica de intensidad; consiste en una línea recta horizontal, de 10 cm de longitud, donde los extremos marcan la severidad del dolor. Al extremo izquierdo aparece la ausencia de dolor y en el derecho se refleja el mayor dolor imaginable.
- Escala visual analógica de mejora; consiste en la misma línea recta donde en el extremo izquierdo aparece la no mejora y en el derecho la mejora completa.
- Escalas gráficas; hay multitud de escalas con distintos gráficos, con caras, colores, escaleras, por ejemplo, la escala de puntuación numérica del 0 al 10 o la escala del dolor de expresiones faciales.

2.7. Causas del manejo inadecuado del dolor post operatorio}

La prevalencia del dolor postoperatorio exige conocer los principales factores que condicionan el grado de dicho dolor:

Idiosincrasia del paciente: personalidad, experiencias previas, aspectos culturales, étnicos y genéticos, estado de ánimo, relación médico-paciente, y representaciones del proceso quirúrgico.

- Cirugía: posiciones, técnicas quirúrgicas, maniobras, indicaciones médicas post operatorias.
- Anestesia: evaluación preoperatoria, técnica anestésica, empleo o no de analgesia pre operatoria, transoperatoria y post operatoria inmediata.

- Cuidados de enfermería: llevar a cabo adecuada y permanente educación, recalcar en el personal de enfermería su papel de trascendente protagonismo, erradicación de mitos respecto a medicamentos para analgesia, y realizar indicaciones comprensibles, son parte de la clave para optimizar el trabajo de enfermería.³⁹

Otras causas que se pueden mencionar incluyen:

- La ausencia de conocimientos o conceptos erróneos sobre el tratamiento del dolor por parte del personal sanitario. La falta de conocimiento o conceptos erróneos sobre el tratamiento del dolor, está relacionada con la escasa información de los estudiantes de medicina y enfermería así como de los médicos residentes.
- La ausencia de evaluación o valoración inadecuada de la intensidad del dolor, y de la eficacia de los tratamientos indicados. Dentro del segundo ámbito se muestra que la intensidad del dolor no se evalúa sistemáticamente, ya que se desconoce de las escalas existentes para la medición adecuada del dolor.
- La ausencia de educación/información del paciente sobre las posibilidades de analgesia en el periodo post operatorio. Respecto a la tercera causa la falta de información respecto al manejo del dolor post operatorio en nuestro entorno es habitual debido a la cultura y nivel educativo de las personas.⁴⁰

2.8. Teorías que sustentan el manejo del dolor en pacientes post operados

Según Good y Moore⁴¹, se sustenta en la Teoría de Enfermería de Rango Medio; que tiene sus bases en las guías de práctica clínica enfocadas al alivio del dolor, las guías representan el conocimiento más actual acerca del manejo del dolor postoperatorio, han sido desarrolladas, implementadas y evaluadas para lograr su sistematización, esto con la finalidad de mejorar la calidad, oportunidad y efectividad en el cuidado que se proporciona a una persona con dolor. La teoría contiene tres postulados:

- Proporcionar el medicamento para el dolor con la potencia adecuada, junto con adyuvantes farmacológicos y no farmacológicos, contribuirá al balance entre la analgesia y sus efectos adversos.
- Valorar el dolor y sus efectos de manera regular, así como identificar los métodos inadecuados para el alivio, además de verificar el manejo de procesos de intervención, revaloración y reintervención, con el fin de contribuir al establecimiento de un saludable equilibrio entre la analgesia y sus efectos.
- Brindar educación al paciente y establecimiento de objetivos para aliviar y manejar el dolor, con el fin de contribuir a lograr un saludable equilibrio entre la analgesia y sus efectos colaterales. En la figura 1 se muestra la representación del modelo.

2.9. Factores que influyen en el dolor postoperatorio

El dolor postoperatorio se plantea como una problemática no dependiente de un solo factor, en este caso el propio acto quirúrgico, sino ligada a una serie de factores que en conjunto explicarían la variabilidad en la magnitud del dolor experimentado por cada paciente.

Estos factores se pueden agruparse en:

Dependientes del paciente: No se puede afirmar que no existe diferencias en la percepción del dolor debidas a la edad, y que los neonatos y los ancianos poseen la misma percepción del dolor debidas a la edad, y que los pacientes poseen la misma percepción dolorosa que el resto de la población.

Otros factores dependientes del paciente son los factores socioculturales y étnicos, pero existen pocos estudios que recojan que la etnia, la condición socioeconómica, el nivel cultural o las creencias religiosas seas factores a tener en cuenta a la hora de valorar la respuesta del paciente a la estimulación nociceptiva.

Por otro lado, al estado emocional del paciente tras la intervención quirúrgica puede ejercer una gran influencia en la valoración postoperatoria. Este estado emocional va a depender de varios factores como son: factores predisponentes (tipo de personalidad, historia familiar,...) sobre los que no se puede actuar; factores ocasionales (estrés del ingreso, incertidumbre, ansiedad) donde probablemente con una buena atención e información se podría actuar con éxito; vivencias u otras experiencias dolorosas previas.

Otros factores predictivos de la severidad del dolor postoperatorio relacionados con el paciente son: Presencia de dolor intenso en el postoperatorio por la enfermedad que motiva la intervención, dolor preoperatorio superior a seis meses, dolor intenso en intervenciones previas, alta expectativa de sufrir dolor en la intervención, presencia de dolor crónico.

Dependientes del tipo de intervención quirúrgica: El tipo de cirugía es el factor condicionante de mayor importancia de la intensidad y dolor postoperatorio.

Dependientes de la técnica anestésica: La técnica anestésica, tanto pre como intra o postoperatorio va a influir en la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio.⁴²

Otros consideran que la intensidad del dolor depende de una serie de factores entre ellos se tiene:

- El tipo de intervención
- Localización y duración de la intervención
- El tipo y extensión de la lesión
- Los traumatismos quirúrgicos subyacentes y las complicaciones relacionadas con la intervención.
- Ansiedad
- Presencia de gases en el intestino.

- Nivel cultural.
- Nivel socioeconómico.
- Creencias religiosas.
- Umbral doloroso.
- Factores psicológicos.⁴³

2.10. Complicaciones por el dolor postoperatorio

Los impulsos nociceptivos, al alcanzar el sistema nervioso central (SNC), dan lugar que se presenten respuestas a estímulos que recibe el paciente. Estas respuestas son las que condicionan la reacción del organismo frente a la agresión y básicamente explican los problemas postquirúrgicos relacionados con la presencia de dolor. Por la agresión que se produce en el organismo durante la intervención quirúrgica se presenta una serie de respuestas de tipo físico y psicológico. El principal efecto de tipo físico es la inmovilidad antiálgica, especialmente en las primeras horas del postoperatorio. El aspecto psicológico se manifiesta con miedo y angustia, que dependen no solo de la gravedad del dolor sino también del perfil psicológico del paciente.⁴³

2.11. Repercusiones fisiológicas del dolor postoperatorio

Se han considerado las siguientes:

Cardiovasculares: Hipertensión, taquicardia, aumento de la contractilidad miocárdica, consumo de oxígeno miocárdico. Aumento de las resistencias vasculares periféricas. Hipercoagulabilidad, estasis venoso y aumento del riesgo de trombosis venosa profunda y tromboembolismo.

Pulmonares: La respuesta refleja espinal involuntaria al estímulo nocivo del área lesionada, produce un espasmo muscular reflejo en la región de la lesión así como en los grupos musculares circundantes, lo que evita movimientos en esta área, produciendo hipoventilación e hipoxémia, sobre todo en cirugía torácica y

abdominal alta. El dolor puede causar disfunción diafragmática, lo que empeorará más la ventilación.

Gastrointestinal: Aumento de las secreciones gastrointestinales y del tono del músculo liso del esfínter pilórico así como un descenso de la motilidad intestinal. Se ha visto que la intensidad del dolor es un factor predictivo sensible para los vómitos postoperatorios. Se cree que el aumento de la actividad simpática causada por el dolor produce un aumento en las descargas del área postrema, produciendo el vómito.

Genitourinario: La actividad simpática también produce un aumento del tono del esfínter urinario, una inhibición refleja del tono de la vejiga urinaria y retención urinaria secundaria.

Metabólicas: Aumenta la secreción de hormonas catabólicas, como cortisol, glucagón, hormona de crecimiento y catecolaminas, y se inhibe la de las hormonas anabólicas, como insulina y testosterona. Todo lo cual produce una hiperglicemia y un balance de nitrógeno negativo. Para la obtención de energía el organismo pondrá en marcha cambios metabólicos como la gluconeogénesis, glicogenólisis, proteólisis y lipólisis.

En un estado de catabolismo prolongado, la excesiva pérdida de proteínas conducirá a una pérdida de masa muscular y fatiga, que junto con la limitación del movimiento por el dolor puede producir un retraso en la recuperación del funcionamiento normal del músculo y un retraso en la recuperación. Además hay una alteración de la inmunoglobulina y una alteración de la fagocitosis, lo que puede reducir la resistencia a la infección.

Alteraciones psicológicas: La ansiedad, potencia el estímulo nociceptivo exacerbado así el dolor y estableciendo una relación en ambos sentidos (el dolor provoca ansiedad que aumenta el dolor). Se ha demostrado la asociación entre la presencia de altos niveles de dolor y el desarrollo de episodios de delirio en pacientes ancianos.

Dolor crónico: Los estudios muestran que un mal control del dolor agudo

postoperatorio evoluciona a dolor crónico postquirúrgico, y que podría ser minimizado o prevenido con un tratamiento analgésico agresivo multimodal. Sin embargo, otros estudios no muestran este beneficio.⁴⁴

2.12. Conducta del dolor

Los individuos afrontan una situación de enfermedad y de dolor de forma diferente y con resultados diversos. En el significado del dolor, intervienen factores intrínsecos y extrínsecos del paciente, de los que dependerá para hacer frente a su estado.

Entre los extrínsecos, todo el proceso está vinculado a partir de experiencias de otros familiares y amistades que han atravesado por esta situación, los prejuicios culturales y la información proporcionada por los medios de comunicación. Estas fuentes puedan o no causar en el paciente aspectos beneficiosos o perjudiciales para afrontar la situación y adaptarse de manera positiva. La cultura en la que se crece tiene un papel esencial en el modo como se percibe y se responde al dolor. Desde niños se aprende diferentes formas de reaccionar ante determinadas situaciones, observando e imitando comportamientos de los más mayores, así, en determinados grupos sociales se producen formas parecidas de actuar ante el dolor.

Por otro lado factores intrínsecos serán todos los relacionados con el propio sujeto; personalidad, experiencias anteriores y el modo de recordarlas, situación actual económica – social, nivel de tolerancia al estrés, el apoyo social que recibe. Aparte de la localización del tumor y del estadio evolutivo de la enfermedad, el dolor dependerá, y mucho de todos aquellos factores individuales que puedan intervenir en el umbral de percepción del dolor.

Ante el mismo daño, unos sufren más y otros menos, debido a que cada individuo cuenta con su propio umbral del dolor, es decir, cada uno definirá en la tolerancia frente al dolor. Algunos factores aumentan el umbral al dolor, que si son potenciados adecuadamente, la sensación de dolor puede disminuir, incluso desaparecer.

Otras circunstancias, por el contrario, pueden disminuir el umbral del dolor, por lo que habrá que intentar evitarlas. De esta manera, un enfermo que se encuentra en alguna de estas circunstancias va a experimentar más dolor. Algunos pacientes cuyo dolor es elevado, cuando manifiestan varias de estas contrariedades pueden tener dificultades en el control de su dolor, aún después de suministrar dosis increíblemente de analgésicos.⁴⁵

2.13. Evaluación de la valoración del dolor

Para la valoración del dolor existen instrumentos como lo es el cuestionario de

McGill que es uno de los más conocidos y apropiados para la investigación, o los instrumentos de McCaffery, sin embargo estos cuestionarios son complejos y largos para el uso clínico general, y aún más para su documentación diaria y continua dentro de un área de hospitalización, por estos motivos basados en las principales características de la valoración de enfermería del dolor manejadas por distintos autores como Smeltzer, Kossier y McCaffery. Se concluye que el registro de la valoración del dolor consiste en identificar y documentar la presencia, intensidad y localización dolor, como los requisitos mínimos que se deben de encontrar en las hojas de enfermería, existiendo también otras características que se pudieran o no encontrar como son el significado personal que le da el paciente al dolor, conductas relacionadas o factores agravantes.

La presencia del dolor es indispensable que este documentada, debido a que la ausencia de un registro de presencia de dolor, no significa que no existiera, por el contrario, quiere decir que pudo o no existir dolor pero no fue valorado, en ocasiones la etiología del dolor puede determinarse cuando se conocen aspectos relacionados con el tiempo de aparición, si el dolor se presentó en forma repentina después de haber cursado con un periodo sin dolor o si, se incrementó gradualmente, por ejemplo el dolor repentino y que alcanza rápidamente su intensidad máxima es indicativo de ruptura hística y requiere medidas urgentes, a diferencia del dolor causado por isquemia que se incrementa gradualmente y permanece por periodos prolongados de tiempo.³¹

La localización del dolor o ubicación se determina mejor si el paciente apunta el área del cuerpo afectada, para su registro es recomendable incluir un dibujo de la figura humana y sombrear el área afectada, esto es particularmente útil si el dolor se irradia, sin embargo en caso de no existir el dibujo de la figura humana se debe referir por escrito según su anatomía, la localización del dolor es útil para determinar la efectividad del tratamiento o determinar algún cambio en la ubicación del dolor con el tiempo .

La intensidad del dolor varía desde ninguna o leve molestia, hasta dolor intolerable, pero se debe de tomar en cuenta que la persona que experimenta el dolor es la única que conoce su intensidad. En este paso del proceso de la valoración el objetivo es trasladar la descripción del paciente de la intensidad a números o palabras que proporcionen una descripción lo más objetiva posible.^{33,36}

Dentro de la valoración del dolor se consideran instrumentos para identificar la intensidad del dolor, dado que el paciente es el que experimenta el dolor es el único que conoce su intensidad, por lo tanto existen escalas que nos permiten recabar un dato objetivo de una experiencia subjetiva, como los son la escala verbal numérica (EVN), la escala visual análoga (EVA), escala categórica verbal simple (ECVS), escala de expresión facial de rostros (EEFR) y una serie de combinación entre ellas.

2.14. Métodos para la valoración del dolor

A diferencia de otras variables fisiológicas (pulso, presión arterial, glicemia) no existe un método objetivo y directo que permita medir el dolor. Los métodos más utilizados son de tres categorías:

- Medición subjetiva del dolor.
- Mediciones y observaciones de conducta dolorosa.
- Escalas de valoración.

La medición subjetiva es la forma más frecuentemente utilizada para medir el

dolor. Existen numerosos métodos psicofísicos para evaluar los distintos rangos de dolor estos son:

Métodos unidimensionales: Tratan el dolor como una dimensión única, y valoran exclusivamente su intensidad.

Métodos duales.: Consideran dos dimensiones, la intensidad del dolor y la sensación de discomfort asociada.

Métodos multidimensionales: Valoran aspectos sensoriales y no sensoriales de la experiencia dolorosa incluyendo su intensidad, calidad y aspectos emocionales.⁴³

2.15. El dolor como sufrimiento innecesario

La práctica médica está asistiendo a un vertiginoso avance en el conocimiento de la etiología de las enfermedades, de nuevas y variadas técnicas diagnósticas, tratamientos cada vez más efectivos y menos tóxicos, y el desarrollo de sofisticadas metodologías de evaluación. Sin embargo, estos avances han ido acompañados durante casi todos estos años por el más absoluto olvido, por no usar la palabra desprecio, hacia esta desagradable «experiencia» universal que acompaña al ser humano desde sus orígenes. El tratamiento adecuado del dolor no ha sido hasta hace pocos años una de las preocupaciones primarias de los profesionales sanitarios. Su carácter subjetivo y los componentes psicológicos que presenta han limitado de forma importante la elección de una terapéutica útil en la mayoría de los enfermos.

El dolor postoperatorio constituye una curiosa paradoja. Por un lado, sus características clínicas le convierten en óptimo para tratarlo adecuadamente: es agudo, previsible, tiene duración limitada, no cumple función biológica alguna, aparece en enfermos bajo estricto control clínico, con frecuencia afecta a pacientes sin enfermedades importantes de base y los fármacos disponibles son eficaces en su tratamiento, particularmente los opiáceos, aunque también los AINEI o alivian notablemente. Sin embargo, esta misma facilidad de tratamiento se vuelve en su contra, ya que su limitada duración despreocupa a los profesionales sanitarios y, con frecuencia, hace menos exigentes a los propios pacientes.⁴²

C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLE

1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Cuidados de la enfermería.

2. VARIABLE DEPENDIENTE

Manejo del dolor post operatorio.

D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

1. MANEJO DEL DOLOR

Son las medidas que se desarrollan para disminuir el dolor:

- Valoración del paciente; consiste en identificar la localización, la intensidad, la cualidad (opresivo, quemazón, punzante, descargas eléctricas, etc.), el inicio y duración del episodio doloroso, si el paciente tiene dolor en el momento de la entrevista inicial, de modo que se puede obtener los datos necesarios para las intervenciones necesarias para proporcionar alivio.⁴⁶
- Educación al paciente y Familia; consiste en ayudar al paciente y/o la familia a organizar la medicación, identificar los fármacos en uso y retirar los que no han de ser tomados, anotar todos los tratamientos, dosis, momentos de administración, compatibilidades/incompatibilidades con otros, relación con alimentos, etc., con la finalidad de tratar adecuadamente el dolor sentido por el paciente, proporcionando información comprensible a la familia, utilizar un lenguaje asequible, coloquial (sencillo, claro y conciso), evitando tecnicismos, aclarando términos, explicando el significado de los mismos cuando se utilicen.⁴⁶
- Administración de medicamentos: es la correcta administración de los analgésicos exige rigor en los horarios de administración para evitar oscilaciones en los niveles de eficacia en el tratamiento del dolor.

- Medidas no terapéuticas; es el conocimiento y uso de una serie de estrategias que facilita la reducción del dolor, tales como una mejor posición, el desarrollo de masajes, palabras de ánimo, etc.

2. CUIDADO DE ENFERMERÍA

Es la interacción de la enfermera con el ser cuidado aplicando una serie de actividades en su proceso de enfermedad.

E. ALCANCES Y LIMITACIONES

1. ALCANCES

Los resultados de la investigación podrán ser generalizados a poblaciones que posean las mismas características.

2. LIMITACIONES

Las limitaciones se superaron al inicio del trabajo.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

La investigación es cuasi experimental con un diseño pre y post test.

PROCEDIMIENTO

- Determinación de la población de estudio.
- Evaluación pre test sobre el manejo del dolor a los integrantes de la muestra de estudio.
- Aplicación de los cuidados de enfermería.

- Evaluación post test sobre el manejo del dolor a los integrantes de la muestra de estudio.
- Análisis de los datos obtenidos.
- Presentación del informe final.

B. POBLACIÓN

La población de 25 Enfermeras del servicio de Cirugía, con quienes se aplicó el instrumento de investigación de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Enfermeras del servicio de Cirugía.
- Pacientes post operados inmediatos de laparotomía exploratoria, otros.

Criterios de exclusión

- Enfermeras de vacaciones.
- Pacientes post operados de otras Intervenciones quirúrgicas.

C. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

El registro de los cuidados de enfermería constituye la principal fuente de información sobre la asistencia sanitaria que prestan los profesionales de enfermería. Conlleva una responsabilidad a nivel profesional y legal, que precisa de una práctica basada en el rigor científico para mejorar calidad asistencial posible. La enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente, a la institución, a la ética, a las leyes y a las normas de la profesión, y también de la contribución de su desempeño en la valoración del cuidado y satisfacción de los pacientes. En este sentido, oír lo que

los pacientes tienen para relatar sobre el cuidado que le es prestado y sobre su satisfacción puede ser una oportunidad de construcción de un indicador de resultado, que indica a los gestores algunos caminos decisorios de transformaciones e innovaciones.

D. MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA: La técnica utilizada fue el de la observación.

INSTRUMENTO: Es la Guía de Observación, aplicada a las enfermeras del servicio de Cirugía, durante el cuidado a los pacientes post operados inmediatos.

Para la aplicación del Instrumento que se utilizó, se realizó la recolección de datos según como se detalla:

Se solicitó el permiso al Director del hospital para aplicar el instrumento de investigación.

Se aplicó la Guía de Observación a todas las Enfermeras durante la atención del paciente, sin poner en conocimiento al personal del servicio.

CONFIABILIDAD: Para la confiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente de Alfa de Cronbach, cuyo valor fue 0,863 mayor a 0,8; el cual permite afirmar que el instrumento es altamente confiable; es decir sus mediciones son estables y consistentes.

Case Processing Summary			
		Nº	%
Cases	Valid	5	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	5	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,863	24

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1

**ESPECIALIDAD EN MÉDICO QUIRÚRGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA.
HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO 2016**

ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	
	N°	%
Sí	15	60
No	10	40
Total	25	100.0

Se puede identificar en esta tabla que el 60% de enfermeras de la muestra de estudio si tiene especialidad en médico quirúrgico y el 40% no tienen dicha especialidad.

TABLA 2
EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL
REGIONAL DE ICA ENERO 2016

AÑOS DE EXPERIENCIA	FRECUENCIA	
	N°	%
Menos de 5 años	5	20
De 5 a10 años	10	40
Más de 10 años	10	40
Total	25	100.0

Se puede identificar en esta tabla que el 20% de enfermeras de la muestra de estudio tiene menos de cinco años de experiencia, el 40% tiene de 5 a 10 años de experiencia y otro 40% tiene más de 10 años de experiencia.

TABLA 3

**CAPACITACIÓN EN TERAPIA DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA.
HOSPITALREGIONAL DE ICA ENERO 2016**

CAPACITACIÓN	FRECUENCIA	
	N°	%
Curso de 20 a 40 horas	15	60
Diplomado de 3 meses	8	32
Diplomado más de 3 meses	2	8
Total	25	100.0

En esta tabla se observa que, el 60% de enfermeras de la muestra de estudio han participado en cursos de 20 a 40 horas, el 32% han participado en diplomados de tres meses y solo el 8% han participado en diplomados de más de 3 meses.

TABLA 4**EDAD DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO 2016**

EDAD	FRECUENCIA	
	N°	%
Menores de 20 años	0	0
De 20-49 años	25	100
De 50-79 años	0	0
Mayores de 79años	0	0
Total	25	100.0

En esta tabla se observa que, el 100% de enfermeras de la muestra de estudio señala que la edad del paciente se encuentra en el intervalo de 20 a 49 años.

TABLA 5

**TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA.
HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO 2016**

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FRECUENCIA	
	N°	%
Laparotomía exploratoria	18	72
Otros	7	28
Total	25	100.0

En esta tabla se observa que, el 72% de enfermeras de la muestra de estudio refiere que el tipo de intervención quirúrgica fue laparotomía exploratoria y un 28% señala que participó en intervenciones de otro tipo.

TABLA 6

**TIPO DE ANESTESIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA.
HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO 2016**

ANESTESIA	FRECUENCIA	
	N°	%
General	18	52
Raquídea	7	48
Total	25	100.0

En esta tabla se observa que, el 52% de enfermeras de la muestra de estudio refiere que el tipo de anestesia fue general y un 48% señala que el tipo de anestesia fue raquídea.

TABLA 7

**TIEMPO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA.
HOSPITAL REGIONAL DE ICA ENERO 2016**

TIEMPO	FRECUENCIA	
	N°	%
Menos de 2 horas	2	8
De 2 a 3 horas	20	80
Más de 3 horas	3	12
Total	25	100.0

En esta tabla se observa que, el 2% de enfermeras de la muestra de estudio señala haber participado en intervenciones con una duración menor a 2 horas, el 80% señala que la intervención quirúrgica duró de 2 a 3 horas y un 12% señala que la intervención tuvo una duración mayor a 3 horas.

TABLA 8**VALORACIÓN DE LOS PACIENTES POST OPERADOS EN EL PRE Y POST TEST EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL REGIONAL ICA 2016**

VALORACIÓN DEL PACIENTE	PRE TEST		POST TEST	
	N°	%	N°	%
Buena	4	16.0	0	0.0
Regular	9	36.0	12	48.0
Mala	12	48.0	13	52.0
Total	25	100.0	25	100.0

$$r = 0.21$$

La prueba estadística coeficiente de correlación r de Pearson establece que no existe relación significativa (no son semejantes) en el pre y post test en el cuidado de enfermería en la valoración del paciente post operado de cirugía electiva.

Valoración del paciente; consiste en identificar la localización, la intensidad, la cualidad (opresivo, quemazón, punzante, descargas eléctricas, etc.), el inicio y duración del episodio doloroso, si el paciente tiene dolor en el momento de la entrevista inicial, de modo que se puede obtener los datos necesarios para las intervenciones necesarias para proporcionar alivio.

En la tabla permite identificar que hay una mala valoración tanto en el pre como en el post test: en el pre test el 48.0% y en el post test: 52.0% del personal de enfermería.

TABLA 9

**EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA DE LOS PACIENTES POST OPERADOS
EN EL PRE Y POST TEST EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA.
HOSPITAL REGIONAL ICA 2016**

EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA	PRE TEST		POST TEST	
	N°	%	N°	%
Buena	3	12.0	10	40.0
Regular	9	36.0	13	52.0
Mala	13	52.0	2	8.0
Total	25	100.0	25	100.0

$r = -0.21$

La prueba estadística r de Pearson determina que no hay relación (no hay semejanza) en la educación del paciente y la familia sobre el manejo del dolor en el pre y post test.

Educación al paciente y Familia; consiste en ayudar al paciente y/o la familia a organizar la medicación, identificar los fármacos en uso y retirar los que no han de ser tomados, anotar todos los tratamientos, dosis, momentos de administración, compatibilidades/incompatibilidades con otros, relación con alimentos, etc.,

La presente tabla indica que en el pre test sólo había un 12% del personal de enfermería que realizaba una buena educación en cambio, luego de la operación, en el post test, el 40.0% del personal de enfermería realiza una buena educación del paciente y la familia sobre el manejo del dolor.

TABLA 10

**ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS A LOS PACIENTES POST OPERADOS
EN EL PRE Y POST TEST EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA.
HOSPITAL REGIONAL ICA 2016**

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	PRE TEST		POST TEST	
	N°	%	N°	%
Buena	7	28.0	16	64.0
Regular	8	32.0	9	36.0
Mala	10	40.0	0	0.0
Total	25	100.0	25	100.0

$$r= 0.098$$

Por el resultado de la prueba estadística coeficiente de correlación r de Pearson, se establece que no existe relación (no hay semejanza) en la administración de medicamentos en el pre y post test por parte del personal de enfermería.

La administración de medicamentos; comprende la correcta administración de los analgésicos, exige rigor en los horarios de administración para evitar oscilaciones en los niveles de eficacia en el tratamiento del dolor.

Se tiene en esta tabla que en el pre test el 28.0% de las enfermeras realizaba un buen cuidado en la administración de medicamentos, pero luego de la operación, sube a un 64.0% el buen cuidado en dicha administración. De la misma manera de un 40.0% de mala administración pasa a un 0.0% en el post test.

TABLA 11

**MEDIDAS NO TERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES POST OPERADOS
EN EL PRE Y POST TEST EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA. H
OSPITAL REGIONAL ICA 2016**

MEDIDAS NO TERAPÉUTICAS	PRE TEST		POST TEST	
	N°	%	N°	%
Buena	6	24.0	12	48.0
Regular	5	20.0	12	48.0
Mala	14	56.0	1	4.0
Total	25	100.0	25	100.0

$$r = 0.21$$

La prueba estadística aplicada: r de Pearson establece que hay un cambio en el pre y post test en el cuidado de enfermería: medidas no terapéuticas, en el manejo del dolor en el paciente post operado de cirugía electiva en el servicio de cirugía del hospital Regional de Ica.

Las medidas no terapéuticas; consiste en el conocimiento y uso de una serie de estrategias que no están comprendidas en la protocolización de tratamientos y el desarrollo de guías clínicas, pero cuya utilización facilita la reducción del dolor, tales como una mejor posición, el desarrollo de masajes, palabras de ánimo, etc.

La presente tabla permite identificar el cambio en el cuidado, aplicación de buenas medidas no terapéuticas en el 24.0% en el pre test a un 48.0% del personal de enfermería, en el post test.

TABLA 12**CUIDADO DE ENFERMERÍA DE LOS PACIENTES POST OPERADOS EN EL PRE Y POST TEST EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL REGIONAL ICA 2016**

CUIDADO DE ENFERMERÍA	PRE TEST		POST TEST	
	N°	%	N°	%
Buena	0	0.0	7	28.0
Regular	12	48.0	18	72.0
Mala	13	52.0	0	0.0
Total	25	100.0	25	100.0

$$r = 0.27$$

La prueba estadística r de Pearson nos permite afirmar que hay cambios en el cuidado de enfermería en el manejo del dolor en el paciente post operado de cirugía electiva en el servicio de cirugía del hospital Regional de Ica.

Se observa en esta tabla, en el post test, que el 72.0% del personal de enfermería realiza un regular cuidado en el manejo del dolor y un 28.0% un buen cuidado.

B. DISCUSIÓN

A continuación se realiza la discusión de los resultados considerando las hipótesis planteadas, el marco teórico relacionado a las variables de estudio y la evidencia empírica obtenida con los instrumentos de recolección de datos.

Los resultados reflejan que el cuidado de enfermería influye en algunos factores o componentes del manejo del dolor en el paciente post operado de cirugía electiva en el servicio de cirugía del hospital Regional de Ica. Por otro lado se obtuvo un coeficiente de correlación r de Pearson de 0,27, lo cual establece que hay cambios en el cuidado de enfermería en el manejo del dolor en el paciente post operado.

Estos resultados se contrastan con otras investigaciones realizadas entre las que se puede citar a Saca, SichiQui y Quito, quienes llegaron a las siguientes conclusiones: Los resultados de la investigación son presentados a través de gráficos: barras simples con frecuencia absoluta y relativa (porcentajes) que permite visualizar mejor el tipo de TCE, causas, edad en la que se presenta y el tipo de cuidado brindado a los pacientes por el personal profesional de Enfermería. Según datos obtenidos en la presente investigación y de acuerdo al grado de eficiencia y eficacia, el Proceso de Atención de Enfermería se encuentra en un nivel medio puesto que un grupo considerable de profesionales de enfermería aplica el PAE de forma incorrecta y sin fundamento científico⁶. Por otro lado se tiene la investigación Vásquez⁸, quien dio a conocer que el dolor postoperatorio en los pacientes intervenidos quirúrgicamente debe ser tratado adecuadamente con el fin de evitar molestias en la recuperación de los mismos. El empleo de analgésicos en los diferentes momentos, su clase y dosis constituye el pilar fundamental para conseguir este cometido, es por eso que al plantear este estudio de investigación, fue con el propósito de conocer, evaluar y si es posible proyectar esquemas terapéuticos, que permitan en base a los resultados, elaborar protocolos de uso de analgésicos en los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

En cuanto a la información presentada en el marco teórico respecto a la variable cuidados de enfermería Duque¹⁰, lo define como el proceso de interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales. Respecto al manejo del dolor Parra⁷, lo define como las intervenciones farmacológicas y medidas no farmacológicas que tienen por finalidad disminuir los niveles de dolor y sus efectos.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIÓN

PRIMERA: la valoración del paciente durante los cuidados de enfermería se obtuvo un coeficiente de correlación r de Pearson de 0,21, lo cual establece que no existe relación significativa (no son semejantes) en el pre y post test en el cuidado de enfermería en la valoración del paciente post operado de cirugía electiva.

SEGUNDA: En cuanto a la información y educación al paciente y familia durante los cuidados de enfermería y la administración de medicamentos durante el cuidado de enfermería, se obtuvo un coeficiente de correlación r de Pearson de -0,21 y 0,098 respectivamente, lo cual establece que no hay relación en la

educación del paciente y la familia, la administración de medicamentos sobre el manejo del dolor en el pre y post test.

TERCERA: las medidas no terapéuticas durante el cuidado de enfermería se obtuvo un coeficiente de correlación r de Pearson de 0,21, lo cual establece que hay un cambio en el pre y post test en el cuidado de enfermería: medidas no terapéuticas, en el manejo del dolor en el paciente post operado de cirugía electiva en el servicio de cirugía

CUARTA: el cuidado de enfermería en el manejo del dolor en pacientes se obtuvo un coeficiente de correlación r de Pearson de 0,27, lo cual establece que hay cambios en el cuidado de enfermería en el manejo del dolor en el paciente post operado de cirugía electiva en el servicio de cirugía del hospital Regional de Ica.

B. RECOMENDACIÓN

1. La implementación de capacitaciones dirigidas al personal de enfermería sobre los cuidados que deben realizar a los pacientes post operados y como deben lograr un mejor manejo del dolor.
2. La realización de charlas que concienticen a los pacientes post operados sobre la importancia de adoptar una conducta positiva tanto de ellos como de los familiares durante el tiempo que se encuentran en el Hospital así como fuera de él
3. La capacitación continua Al personal de enfermería sobre valoración del paciente, administración de medicamentos y respecto a las medidas no terapéuticas, con la finalidad de brindar una mejor orientación y cuidado a los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velázquez, K. Deficiencias del tratamiento del dolor postoperatorio. Particularidades en el anciano: special features in the elderly. Rev cuba anestesiología y reanimación [Internet]. 2012 Abr [citado 2017 Mayo 03]; 11(1): 57-65. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182012000100008&lng=es.
2. Parra, G. y Gonzabay, J. Calidad de atención de enfermería del área de hospitalización del Hospital "Dr. Rafael Serrano López" La Libertad 2011- 2012", Ecuador, 2012. Universidad Estatal Península de Santa Elena; Ecuador. 2012.
3. Muñoz, M. Satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados en una institución privada. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León; México. 2012.
4. Ataurima, R. Satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en el servicio de URPA. Hospital de apoyo Jesús de Nazareno, 2016. Tesis de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Lima. 2016.
5. Gómez, F. y Negrón, A. Nivel de conocimiento de los estudiantes de enfermería, sobre el manejo del dolor crónico osteoarticular. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo – 2011. Tesis de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; Chiclayo. 2012
6. Saca, B., Sichi, D. y Quito, C. Cuidado de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico del área de cirugía del hospital "Vicente Corral Moscoso" Cuenca 2013. Tesis de la Universidad de Cuenca; Ecuador. 2013.
7. Parra, R. Documentación de Enfermería sobre Valoración y Manejo del Dolor en Pacientes Post-operados Hospitalizados. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma DE San Luis Potosi; México. 2011.

8. Vásquez, M. Manejo del dolor postquirúrgico en los pacientes del servicio de cirugía y gineco-obstetricia del hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues, durante el año 2011. Tesis de la Universidad de Cuenca; Ecuador. 2012.
9. Laura, E. Satisfacción del paciente pos-operado con el cuidado del profesional de enfermería del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado – 2016. Tesis de la Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios; Puerto Maldonado. 2016.
10. Duque C. Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio promoción de la salud y la producción de conocimiento. Rev. Investigación y Educación en Enfermería Universidad de Antioquia. 1999; XVII (1): p. 75-85.
11. Tenemaza, A. Nivel de satisfacción de los pacientes prostatectomizados con la atención de enfermería postoperatoria en el periodo octubre 2013 – marzo 2014, en el Hospital San Juan de la ciudad de Riobamba.” (Tesis de maestría). Universidad Regional Autónoma de los Andes; Ecuador. 2015.
12. Mejía, D. y Rivera, O. Nivel de satisfacción sobre el cuidado enfermero de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2016. Tesis de la Universidad Seños de Sipan, Pimentel – Perú. 2016
13. Benner, E. y Wrubel, D. En: Medina J. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Madrid: Guadecon; 2005.
14. Francoise, M. El sentido de los cuidados de Enfermería. Rev Rol de enfermeros 2005; 3 (2): 27 – 29.
15. Amaro, M. Significado del cuidado de enfermería en las enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. EsSalud. Tesis de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2004
16. Amador, C. La calidad del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente. Universidad Autónoma de Nuevo Leon. 1998

17. Pérez, J. y Gardey, A. Definición de cuidados de enfermería. Disponible en: <http://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/>. 2012
18. Mejía B. Gerencia de procesos: para la organización y el control interno de empresas de salud. Tercera ed. Colombia: OPS; 2005.
19. Alfonso, D., Escarparter, B. y Ledesma, J. Importancia de los cuidados de enfermería en pacientes con fijación externa ósea. Revista Cubana de Enfermería. La Habana Cuba; 2013.
20. Rodriguez, C. Satisfacción de padres de pacientes post operados relacionado al cuidado enfermero(a) en la unidad de recuperación post anestésica del Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima 2013". Tesis de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna. 2015
21. Wagner y Bear M. Patient Satisfaction with Nursing Care: A Concept Analysis Within a Nursing Framework. Journal of Advanced Nursing. 2009 Setiembre; LXV: p. 697.
22. Huatuco, G. La Calidad del Cuidado de Enfermería y el grado de Satisfacción según Percepción del Paciente Adulto Mayor en el Servicio de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el mes de Noviembre –Diciembre 2008. Tesis de la Universidad Ricardo Palma, Lima – Perú. 2009
23. Watson J. Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing. 3ºed. New York: National League of Nursing, 1988.
24. Universidad Autónoma de Chihuahua. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería {en línea}. Chihuahua. UACH; 2007. {2014 diciembre 4}. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson.
25. Pezo, D. y Ríos, A. Satisfacción del paciente postoperado con la atención de enfermería en el servicio de cirugía del HOSPITAL II-2 MINSA Tarapoto. Junio - Agosto 2012 [Internet]. [Tarapoto - Perú]: Universidad Nacional de San Martín; 2012 [citado 11 de abril de 2016]. Recuperado a partir de: <http://tesis.unsm.edu.pe:8080/jspui/handle/11458/295>

26. Alvis, L. y col. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos, 2002; 4(1). 207-216
27. Watson, J. Filosofía y teoría de los cuidados humanos. 3 ed. California: Universidad de Colorado; 1999
28. Rivera, L. y Álvaro, T. Cuidado humanizado de enfermería. Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. 2007
29. Watson J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en: https://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Consultado: el 24 de agosto de 2007.
30. Leininger, M. Teoría de los cuidados culturales, en Ann Marriner-Tomey, Modelos y teorías de enfermería. Madrid: 1994. Mosby Doyma. Pág. 27.
31. Santa Maria, F. (2016). Relación entre el cuidado de enfermería y la satisfacción del usuario en el servicio de cirugía del Hospital Regional De Ica en el año 2016. Tesis de Grado de la Universidad César Vallejo, Lima – Perú.
32. Ninatanta, J. y Luna, F. Cuidado de enfermería en pacientes adultos mayores hospitalizados: Perspectiva desde la enfermera asistencia. Tesis doctoral de la Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo – Perú. 2009
33. Lopera, M. y Eugenia, M. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. Index Enferm. Noviembre de 2006; 15(54):48-52
34. McCaffery M, Beebe A. Dolor Manual clínico para la práctica de enfermería. 18 ed. España: Salvat; 1992.
35. Guerra, J: Control del manejo del dolor con metamizol o ketorolaco intravenoso en el post operatorio inmediato de liposucción abdominal con anestesia raquídea en mujeres adultas utilizando la escala visual análoga, en el servicio de cirugía

plástica de la Clínica del Bosque de la ciudad de Quito, desde el primero de mayo hasta el treinta y uno de julio del 2012. (Tesis de maestría). Universidad Regional Autónoma de los Andes; Ecuador. 2015.

36. McCloskey, et. al. El manejo del dolor se define como el alivio o la disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. McCloskey, Dochterman JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (NIC) 4a ed. Madrid España: Elsevier; 2004
37. Clarett, M. (En línea). Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. (2012). (Consultado el 03 de abril del 2017). Recuperado en: <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>
38. Finkel, D. EL dolor post operatorio. Conceptos Básicos y fundamentos para un tratamiento adecuado. (2003). Disponible en: <http://www.ramosmejia.org.ar/r/200301/Dolor%20Postoperatorio.pdf>
39. Hospital General San Juan de Dios [Sede Web] Guatemala. El Hospital [actualizada el 10 de enero 2010; accesada el 19 de Junio 2010]. Nuestra Historia [pantalla 2] Disponible en: <http://pp.centramerica.com/paginas.asp?id=1171&clc=236>
40. Finkel, D., Hort, R. y Schlegel, A. EL dolor post operatorio. Conceptos Básicos y fundamentos para un tratamiento adecuado. Revista del Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía. (Buenos Aires) [Revista en línea] 2003.
41. Good, M. & Moore, S. (1996). Clinical Practice Guidelines as a New Source of Middle-Range Theory: Focus on Acute Pain, 44, 74-9.
42. Soler, E. Faus, M. y Montaber, M. El dolor postoperatorio en la actualidad: Un problema de calidad asistencial. Farm Hosp. 2000; 7: 465 – 476
43. Peñaloza, S. Intervención del profesional de enfermería en relación al manejo del dolor en las pacientes post quirúrgicas gineco – obstétricas del HPDA en el período de diciembre mayo de 2014. Tesis de la Universidad Técnica de

Ambato, Ecuador. 2014

44. Mesas, A. Guía práctica clínica para el control del dolor postoperatorio y evaluación de la analgesia postoperatoria. Tesis doctoral de la Universidad Autónoma de Barcelona, España. 2015
45. Taranilla, L. Atención de enfermería al paciente con dolor. Tesis de la Universidad De La Rioja. 2014
46. Colegio de Médicos de Segovia (En línea). Cuidados de enfermería en el paciente paliativo con dolor. (2014). Consultado el 09 de mayo del 2017. Recuperado en:
<http://www.comsegovia.com/paliativos/pdf/curso2014/sesion2/3%20ENFERMERIA%20EN%20DOLORCP.SESION2.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01

INSTRUMENTO

INTRODUCCION: A continuación se realizara la observación a las Profesionales Enfermeros durante el cuidado en el manejo del dolor en el paciente post operado inmediato de cirugía electiva se marcar la alternativa que se considere correcta

DATOS GENERALES DE LA ENFERMERA

1) Especialidad en Médico Quirúrgico

- a. Si b. No

2) Experiencia en el servicio de Cirugía

- a. Menos de 5 años
- b. De 5 a10 años
- c. Más de 10 años

3) Capacitación en Terapia del dolor

- a. Curso de 20 a 40 horas
- b. Diplomado de 3 meses
- c. Diplomado más de 3 meses

DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

1) Edad:

- a. Menores de 20 años
- b. De 20-49 años
- c. De 50-79 años
- d. Mayores de 79años

2) Tipo de Intervención quirúrgica

- a. Laparotomía exploratoria,
- b. Otros

3) Tipo de anestesia

- a. General raquídea

4) Tiempo de la Intervención quirúrgica

- a. Menos de 2 horas
- b. De 2 a 3 horas
- c. Más de 3 horas

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Nro.	ÍTEMS	SÍ	NO
	VALORACIÓN DEL PACIENTE		
01	La enfermera valora los datos subjetivos del dolor.		
02	La enfermera valora la intensidad del dolor		
03	La enfermera valora la localización(región, irradiación)		
04	La enfermera valora el tiempo de aparición, duración y frecuencia		
05	La enfermera valora la disminución del dolor.		
06	La enfermera observa los signos de alivio del dolor (AVD , sueño, ansiedad)		
	EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA		
07	La enfermera educa al paciente acerca de la intervención quirúrgica que se le realizó		
08	La enfermera educa a los familiares sobre la intervención quirúrgica que se le realizó		
09	La enfermera educa a los familiares acerca del dolor post-operatorio		
10	La enfermera educa a familia acerca del dolor post-operatorio		
11	La enfermera educa al paciente sobre técnicas de relajación para mitigar los efectos de la intervención		
12	La enfermera educa a los familiares sobre técnicas de relajación para mitigar los efectos de la intervención		
	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS		
13	La enfermera usa el tipo de medicamento para el dolor adecuado, considerando la prescripción médica		
14	La enfermera aplica en horarios establecidos en la prescripción médica.		
15	La enfermera se anticipa en forma oportuna antes que aparezca el dolor		
16	La enfermera respeta lo que expresa el paciente sobre el dolor		
17	La Enfermera valora el efecto del analgésico en forma individual		
18	La Enfermera monitorea frecuentemente al paciente , en busca de signos de aparición del dolor		
	MEDIDAS NO TERAPÉUTICAS		
19	La enfermera le ayuda a ponerse en la posición más adecuada para aliviar el dolor		
20	La enfermera le realiza masajes para aliviar el dolor		
21	La enfermera utiliza musicoterapia con el paciente		
22	La enfermera le brinda apoyo emocional al paciente		
23	La enfermera anima al paciente mediante frases de motivación y resiliencia que ayuden su recuperación.		
24	La enfermera permite expresar sus temores y ansiedad.		