

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**SECCIÓN SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**INFORME DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA**

**MENCIÓN:**

**CUIDADO DEL ADULTO EN TERAPIA INTENSIVA**

**“NIVEL DE CAPACITACIÓN Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS  
ENFERMERAS SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN  
PACIENTES ADULTOS. HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY”**

AUTOR: Lic. Mixy Aleida Castañeda Bocanegra

ASESOR: Dra. Zoila Leitón Espinoza

**TRUJILLO – PERÚ**

**2015**

## **DEDICATORIA**

*A **Dios** por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante este periodo de mi vida.*

*A **mi esposo e hijos** , por todo el apoyo incondicional y amor recibido porque sin ellos no hubiera podido hacer frente a los tramos difíciles que Dios nos permite pasar y que ahora gozo con felicidad mi nueva etapa de vida culminando así esta pequeña tarea que deje pasar por mucho tiempo.*

*A **mis padres y hermanos** por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me han infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor recibido.*

*A **mis amigas:** Karín, Jessica, Fabiola y Ana por apoyarnos mutuamente en nuestra formación personal y ámbito profesional y porque que hasta ahora, seguimos siendo amigas.*

## ***AGRADECIMIENTO***

**A mi asesora Zoila Leitón** por su gran apoyo y motivación *así como agradecimiento por sus valiosos aportes y consejos sin los cuales no habría sido posible la culminación del presente trabajo.*

## INDICE

<b>DEDICATORIA</b>	<b>i</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>ii</b>
<b>INDICE</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>v</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>01</b>
<b>II. METODOLOGÍA.....</b>	<b>23</b>
<b>III. RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>32</b>
<b>V. CONCLUSIONES .....</b>	<b>38</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>39</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXOS</b>	

**“NIVEL DE CAPACITACIÓN Y EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS  
ENFERMERAS SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES  
ADULTOS. HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY”**

1. Lic. Mixy Aleida Castañeda Bocanegra

2. Dra. Zoila Leitón Espinoza

---

## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo establecer la relación existente entre el nivel de capacitación y el grado de conocimiento de las enfermeras sobre el manejo del dolor postoperatorio en pacientes adultos del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. La muestra estuvo conformada por 36 enfermeras del servicio de cirugía a quienes se les evaluó sobre su grado de conocimiento y el nivel de capacitación en el manejo del dolor postoperatorio. Se consideró la prueba Chi cuadrado para la contrastación de hipótesis a un nivel de significancia del  $p < 0.01$ . Los resultados concluyeron que: a) Del total de 36 enfermeras que participaron en el estudio el 25.00% alcanzó el nivel malo, el 27.77% el nivel regular y un alto porcentaje de 47.22% de enfermeras alcanzó un nivel de capacitación buena; b) En el grado de conocimiento de las enfermeras sobre el manejo del dolor post operatorio en pacientes adultos, se encontró que de un total de 36 enfermeras el 27.78% alcanzó el nivel bajo, el 33.33% el nivel medio y el 38.89% el nivel alto, c) Se encontró relación estadística entre el nivel de capacitación y grado de conocimiento de las enfermeras sobre el manejo del dolor post operatorio.

**Palabras Claves:** Grado de conocimiento, nivel de capacitación sobre el manejo del dolor postoperatorio.

---

1. Licenciada en Enfermería, alumna de la segunda especialidad. Universidad Nacional de Trujillo. mixypicis@hotmail.com

2. Doctora en Enfermería, enfermera especialista y docente del departamento en salud del Adulto. Universidad Nacional de Trujillo.

## ABSTRACT

### “TRAINING LEVEL AND DEGREE OF KNOWLEDGE OF NURSES ON POSTOPERATIVE PAIN MANAGEMENT IN PATIENTS. VICTOR HOSPITAL LAZARTE ECHEGARAY”

1. Lic. Mixy Aleida Castañeda Bocanegra
  2. Dra. Zoila Leitón Espinoza
- 

This research aims to establish the relationship between the level of training and the degree of knowledge of nurses on the management of postoperative pain in adult patients of Victor Lazarte Echeagaray Hospital. The sample consisted of 36 nurses of surgery who were evaluated on their level of knowledge and level of training in the management of postoperative pain. Chi square test was considered for hypothesis testing at a significance level of  $p < 0.01$ . The results concluded that: a) the total of 36 nurses participated in the study reached the 25.00% bad level, 27.77% regular level and a high percentage of 47.22% of nurses reached a good level of training; b) The degree of knowledge of nurses on the management of postoperative pain in adult patients, it was found that a total of 36 nurses reached the 27.78% low, 33.33% on average and 38.89% level high, c) statistical relationship between the level of training and degree of knowledge of nurses on the management of post operative pain was found.

**Keywords:** Degree of knowledge, level of training in the management of postoperative pain.

---

1. Registered nurse, student of the second specialty. National University of Trujillo.
2. Registered nurse, nurse specialty and doctora .National University of Trujillo.

## I. INTRODUCCIÓN

La adultez comprende tres etapas, el adulto joven, el adulto maduro y el adulto mayor, iniciando para muchos a los 25 años, su comienzo y su término dependen de muchos factores personales y ambientales. En esta etapa de la vida el individuo normalmente alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico. (1)

La adultez también es una etapa compleja donde no solo se presentan los cambios propios de la edad, sino también es frecuente la presencia de enfermedades ya sea crónicas o agudas, dentro de estas últimas, están las que requieren tratamiento quirúrgico.(2)(3)

El tratamiento quirúrgico impone estrés físico y psíquico en el paciente, situación que requiere una asistencia perioperatoria planeada, donde se describen innumerables tareas que realiza el profesional de enfermería distribuidas en tres fases; es decir, antes de la operación, durante ella y la fase posoperatoria (2). Esta última fase permite al profesional de Enfermería monitorizar y registrar signos vitales del paciente, detectar signos de alarma, así como valorar la presencia del dolor, convirtiéndose en un indicador vital de complicaciones postquirúrgicas, contribuyendo a una lenta recuperación del paciente, larga estancia hospitalaria y un aumento de la morbilidad e incluso la mortalidad.(4)(5)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define al dolor como una experiencia displacentera sensorial y afectiva asociada con un daño

tisular real o potencial o expresada en términos de tales daños (6). También es definido al dolor es una sensación subjetiva de molestia de alguna parte del cuerpo; que involucra mecanismos que van desde un ligero golpe, un dolor de cabeza hasta el mismo cáncer, frente a esto se observa que no existe una definición exacta para muchos autores. (7) (8).

El análisis de la definición del dolor, nos lleva a entender a ese como un fenómeno físico; pero también como una percepción en la que intervienen factores culturales, experiencias pasadas y elementos de tipo étnico y religioso que pueden modificar la experiencia dolorosa. Utilizando fuentes de información como la entrevista, la historia clínica y la exploración, nos permite recoger datos objetivos y subjetivos sobre aspectos físicos, psicológicos y sociales, que van a influir en la percepción, tolerancia y significado que el dolor tiene para el paciente (9).

Como ya se mencionó el dolor es subjetivo; esto significa que nadie mejor que el paciente sabe si le duele y cuánto le duele; por tanto, siempre tenemos que contar con el paciente al hacer la valoración del dolor. Pero al ser una sensación emocional subjetiva y desagradable, resulta muy difícil su evaluación, ya que no existe ningún signo objetivo que nos pueda medir con exactitud la intensidad del dolor (10).

El dolor presenta diferentes clasificaciones entre ellas tenemos según Aspectos temporales al dolor agudo y crónico (maligno o no maligno) y según los mecanismos neurofisiológicos al dolor nociceptivo (somático



o visceral), dolor neuropático ( periférico o central ) y el dolor psicogénico. (6)

En contra de lo que generalmente se piensa sobre el dolor, los signos físicos tales como el aumento de la frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria o cambios en la expresión facial que acompaña al fenómeno doloroso, no mantienen una relación proporcional a la magnitud del dolor experimentado por el paciente. Tampoco el tipo de cirugía y la magnitud de la agresión quirúrgica siempre son proporcionales a la intensidad del dolor, es decir, que dos pacientes con el mismo tipo de intervención no tienen por qué sentir el mismo grado de dolor, y la actitud que cada uno de ellos puede presentar ante el dolor, dependerá de su personalidad, su cultura o su psiquismo (11).

Frente a este análisis se observa que el dolor es un síntoma tan antiguo como la especie humana, y en los últimos años se ha notado mucho interés en su estudio, dentro de este interés el **dolor postoperatorio** ha sido objeto de una mayor atención, ya que el tratamiento de éste junto con la disminución del estrés perioperatorio, la rehabilitación y la nutrición, disminuyen la morbilidad postoperatoria y forman la base del manejo actual del paciente quirúrgico (12).

Este dolor postoperatorio es admitido por los profesionales de la salud como algo normal; al conocerse que en el acto quirúrgico se rompen tejidos, se cortan nervios y se extraen órganos; que junto a la liberación de sustancias, al proceso inflamatorio y al estrés que provoca la

intervención se produce dolor. Y si se considera que es normal que duela; pero lo que no es normal es no manejar este dolor adecuadamente. La mayoría de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica se ven “condenados” a sufrir intenso dolor que sería fácilmente controlable si alguien se ocupara de él. Afortunadamente, la idea de aceptar el dolor postoperatorio como normal está cambiando al haberse llegado a la conclusión de que además de ser un padecimiento inútil, aumenta la morbilidad perioperatoria y la estancia hospitalaria (13).

Es así como el **dolor postoperatorio** se presenta como las sensaciones molestas provocadas por la incisión y las manipulaciones quirúrgicas tras una intervención, en general, se circunscriben al sitio de la operación, pero en algunas ocasiones, tiene repercusión en áreas vecinas (13). Varía su intensidad, dependiendo de la constitución fisiológica y psicológica de la persona, su nivel de tolerancia subsecuente, el tipo de cirugía realizada, sitio de incisión , tiempo transcurrido después de ésta y del umbral de tolerancia personal del paciente, porque no todos reaccionamos igual frente a una misma situación dolorosa.(14)(15)

La intervención quirúrgica determina dos tipos de dolor postoperatorio: un dolor extremadamente violento debido a las manipulaciones quirúrgicas: dolor intraoperatorio; y un dolor, posterior al acto quirúrgico, fomentado por las lesiones tisulares y producido por el estímulo ejercido sobre los receptores periféricos: dolor postoperatorio (16).

El dolor postoperatorio pone al sujeto en un estado de dependencia física, mental y de impotencia. Estos temores pueden inducir a demorar la intervención, aumentando sus riesgos, su extensión y el propio dolor postoperatorio; dando lugar a una progresión de la afección patológica, complicándose así la curación y la convalecencia. Los efectos del dolor posquirúrgico y las respuestas fisiológicas a la agresión quirúrgica son múltiples y complejos, incluyen disfunciones pulmonares, cardiovasculares, gastrointestinales y urinarias, alteraciones del metabolismo y de la función muscular y variaciones neuroendocrinas y metabólicas (16)

Por ello el dolor postoperatorio constituye aún un problema no resuelto en los pacientes quirúrgicos, aunque durante las últimas dos décadas se han producido avances considerables referentes al conocimiento de la fisiopatología del dolor agudo, la introducción de nuevos fármacos y el desarrollo de nuevas técnicas y modos de administración. Sin embargo, estos hallazgos no han producido una mejora objetivable en el manejo del dolor postoperatorio, siendo su incidencia similar a lo largo de estudios realizados en diferentes países durante los últimos años. Así recientemente la Sociedad Española del Dolor (S.E.D.) ha llevado a cabo una encuesta sobre incidencia de dolor postoperatorio en once hospitales (447 pacientes) de toda España. En los resultados preliminares comunicados, el 68% de los pacientes presentaba dolor en la primera hora del postoperatorio. (17)

En el Perú existen pocos estudios específicos para manejar el dolor agudo (postoperatorio), y los avances en este campo se han desarrollado gracias a esfuerzos personales y aislados (4). El manejo del dolor no es enseñado como tal en ningún centro universitario de nuestro país y en la actualidad representa un gran campo para la investigación. Además, dadas las implicancias de tipo ético y humanitario, no puede dejarnos indiferentes la necesidad de contar con la posibilidad de aliviar del dolor en forma más eficiente en nuestros pacientes (5).

La enfermera es la que más tiempo pasa al lado del paciente; esta posición le permite obtener información de forma continua, información que resulta necesaria para que establezca pautas de manejo específicas de acuerdo a las necesidades del paciente, valore la eficacia, la seguridad y desarrolle estrategias de cambio. Dentro de sus actividades esta *la educación sanitaria al paciente*, que consiste en informar e instruir sobre las escalas de valoración del dolor, las técnicas de manejo de los analgésico así como las *medidas no farmacológicas*: proporcionar comodidad al paciente (postura antiálgica, masajes y ejercicios respiratorios) (18). Aplicar técnicas de relajación para prevenir, disminuir o evitar la ansiedad transmitiendo al paciente una actitud de escucha activa (hacerle entender que no está solo con su dolor); conseguir su confianza, facilitarle medidas de distracción (revistas, periódicos, televisión, etc.), así como un ambiente relajado. *Valorar el dolor mediante una escala* (escala analógica visual), registrando la escala utilizada, de manera que todos los profesionales que cuiden a ese paciente utilicen la misma. Dentro de las

*medidas farmacológicas la enfermera debe* administrar el tratamiento analgésico prescrito verificando antes las funciones vitales, *monitorizando y registrando* la eficacia del tratamiento analgésico (grado de alivio), el consumo total de analgesia, el grado de dolor en reposo y en movimiento, grado de sedación, los efectos secundarios si se han producido y cómo se han resuelto.(17)

Para que la enfermera maneje adecuadamente el dolor engloba múltiples factores , entre ellos: los factores culturales como: experiencias pasadas, elementos de tipo étnico y religioso, situaciones de estrés (estado emocional), conductas aprendidas de sus antecesores; factores socioculturales como: actividades sociales, profesionales, religión, nacionalidad, raza, familia (rol desempeñado, vínculos familiares); factores propios de la cirugía: el tipo de cirugía, magnitud de la agresión quirúrgica , a todo esto se suma el personal de salud capacitado o no en el manejo del dolor postoperatorio muchas veces con escasa formación en este campo donde se observa: ausencia de conocimientos o conceptos erróneos sobre el manejo del dolor, valoración inadecuada de la intensidad del dolor, por eso se da mayor importancia a la capacitación que debe recibir la enfermera sobre el manejo adecuado del dolor (19).

Por otro lado, la capacitación es el conjunto de conocimientos sobre el nivel académico que debe desempeñar de manera eficiente y eficaz, es donde el profesional completa su educación académica, preparándose

para emprender trabajos de más responsabilidad. La clave para un manejo exitoso del dolor es la educación, no los nuevos fármacos y la alta tecnología. Las herramientas ya existentes son útiles y suficientes si los profesionales de enfermería están educados para hacer desaparecer los mitos y conceptos equivocados y se responsabilizan en ofrecer un buen control del dolor. Es más fácil conseguir que desaparezcan los mitos cuando se posee evidencia. (17) (18) El dolor del paciente se convierte entonces en uno de los más grandes retos como profesionales de la salud de tal manera mientras más conocimientos adquiramos sobre su manejo adecuado nos asegurará un control del dolor en el paciente y manifestaciones de una calidad de vida digna.

Son muchas las causas que conducen a un manejo inadecuado del dolor entre las que destacamos: la formación inadecuada de los profesionales de la salud acerca del dolor, el desconocimiento de la fisiopatología del dolor y de la farmacocinética y farmacodinamia de los analgésicos son en muchos casos la causa de un mal manejo del dolor, así como la opinión que tienen muchos profesionales de la salud de que el dolor debe soportarse lo máximo posible. Comunicación inadecuada entre la enfermera y los pacientes (excesiva carga de trabajo), reduciéndose lagunas en nuestros cuidados tales como la falta de valoración rutinaria del dolor y en consecuencia, un mal manejo de éste. Ausencia de protocolos individualizados, donde es habitual ver administrar la analgesia cada 6 u 8 horas en el mejor de los casos, sin tener en cuenta la variabilidad individual en la respuesta a los analgésicos y de la percepción

del dolor del paciente. Retraso en el inicio de la analgesia, por regla general nunca nos adelantamos al dolor, sino que solemos esperar a que el paciente presente un grado de dolor elevado para administrar el analgésico. Métodos inadecuados en la administración del fármaco, la elección de una vía de administración inadecuada, da lugar a que el enfermo permanezca durante un período de tiempo más prolongado con el dolor, por el retraso de la absorción. (17)

En el quehacer profesional, diariamente se observa un gran número de pacientes que son intervenidos quirúrgicamente y que presentan dolor, dolor que es manejado por el personal de enfermería muchas veces sin que el paciente reciba previamente información y educación sobre el dolor que presentará, tampoco se cuenta con instrumentos donde se registre o valore la intensidad de dolor que presenta el paciente, para que así este reciba un manejo adecuado.

La Enfermera es la profesional de salud que está directamente con el paciente que sufre de dolor, sin embargo no recibe capacitaciones permanentes sobre el manejo adecuado del dolor, llevando de esa manera a un manejo de dolor insatisfecho donde el paciente permanece con dolor por tiempo prolongado aumentando los riesgos a futuras complicaciones, una mayor estancia hospitalaria y la falta de confort, y en ocasiones un incremento de la morbilidad postoperatoria y de los costos hospitalarios; siendo importante que la enfermera se capacite continuamente ya sea por autoaprendizaje o a través de cursos de

especialización. De esta manera el dolor postoperatorio constituye aún un problema no resuelto en los pacientes quirúrgicos y es objeto de una mayor atención. En tal virtud el conocimiento adecuado de los mecanismos del dolor y el adecuado tratamiento por parte de los profesionales responsables permitirá un mejor manejo. En nuestro quehacer profesional como enfermeras nos encontramos inmersas en este grupo.

Es así como la necesidad de capacitarse y lograr un nivel de conocimiento sobre el manejo del dolor postoperatorio realizado por la enfermera despertó nuestro interés formulándonos el siguiente problema:

**¿Qué relación existe entre el nivel de capacitación y el grado de conocimiento de las enfermeras sobre el manejo del dolor postoperatorio en pacientes adultos. Hospital Víctor Lazarte Echeagaray ?**



## MARCO CONCEPTUAL

La fase preoperatorio comienza con la decisión de efectuar la intervención quirúrgica y termina con el transporte del individuo al quirófano. La fase transoperatoria comienza cuando se recibe el enfermo en el departamento de cirugía y termina cuando lo transfieren al área de recuperación. La fase posoperatoria comienza con la transferencia del operado al área de recuperación y termina con la valoración seriada en los servicios de hospitalización: Comprende la monitorización y registro de signos vitales, observar signos y síntomas que puedan indicar hemorragias, manejo de la hipovolemia, mantener al paciente en una posición adecuada, proceder a la administración de oxígeno si es necesario, valorar el estado neurológico del paciente (el nivel de conciencia y la función motora), controlar la presencia de secreciones digestivas o drenajes, realizar un balance hídrico y administrar la analgesia prescrita, esta última según la valoración del dolor del paciente, siendo este uno de los síntomas más comunes y la principal causa de temor en los pacientes diagnosticados de una enfermedad, que a pesar de su envergadura aún no ha tenido una solución adecuada, contribuyendo a una lenta recuperación del paciente, larga estancia hospitalaria y un aumento de la morbilidad e incluso la mortalidad.(4)(5)

Una definición clínica práctica nos dice que "El dolor es lo que el paciente dice que es. Es lo que el paciente describe y no lo que los demás piensan que debe ser". Aristóteles se refirió a esto cuando

describió al dolor como una “pasión del alma”. Esto enfatiza que una variedad de factores diversos pueden causar o agravar el dolor. (6)

La definición más comúnmente aceptada del dolor es la proporcionada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor que define a éste como “una sensación y experiencia emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular presente o potencial y descrita en términos de tal lesión”. La cuestión de que el dolor siempre es subjetivo es muy importante y enfatiza que el dolor es una experiencia somatopsíquica. (6) (9) (10)

En cuanto a la *fisiología del dolor* podemos decir que es causado por la estimulación de las terminaciones nerviosas libres (nociceptores) , ya sea por daño tisular o inflamación y estos impulsos liberan una gran cantidad de sustancias que también actúan sobre los receptores como las prostaglandinas, bradiquininas, serotonina, histamina; el efecto neto de todas estas sustancias y estímulos es excitar a la neurona y mover el potencial de membrana para llevar al umbral de disparo hacia el potencial de acción. Los nociceptores poseen un alto umbral, cuando se alcanza éste umbral y se produce un potencial de acción, impulsos nerviosos generados son conducidos a la médula espinal donde son liberados neurotransmisores excitadores, los cuales, mediante vías específicas como la espinotalámica, espinorreticular y espinomesencefálica llegan al sistema nervioso central a partir del cuerno posterior de la médula espinal donde se libera un gran repertorio de sustancias neurotransmisoras y

neuromoduladoras. Estos impulsos del dolor transmitidos al tálamo son enviados a diferentes áreas de la corteza cerebral, en el lóbulo parietal permiten la localización e interpretación del dolor; el sistema límbico está involucrado en las respuestas afectiva y autónoma al dolor; el lóbulo temporal en la memoria al dolor y el lóbulo frontal evalúa la importancia del dolor y la respuesta emocional al mismo, siendo las fibras ascendentes espinotalámicas la principal ruta hacia el cerebro para la transmisión de información relacionada con el dolor. Queda claro que el principal sitio de la modulación de los impulsos del dolor se encuentra en el asta dorsal de la médula espinal. (6) (8) (11)

Hay que mencionar que el *dolor crónico* es aquel que persiste más de seis meses, la sensación dolorosa suele ser difusa, teniendo a veces dificultad para localizar el dolor con precisión; el comienzo puede ser brusco o insidioso, siendo difícil en ocasiones determinar cuándo comenzó. Existe dolor crónico no maligno, aquel provocado por una enfermedad que no atenta con la vida del enfermo, como puede ser la migraña, la lumbalgia, dolores artrósicos y el dolor crónico maligno es el que está provocado por una enfermedad que terminará con la vida del paciente.

El *dolor agudo* tiene una duración menor a seis meses; se relaciona temporalmente con una lesión y desaparece durante el período normal de curación. Suele aparecer de forma brusca, al estar relacionado con una lesión, las zonas dolorosas se localizan bien y se conoce su origen. Es

característico de este dolor el aumento de la tensión muscular y la ansiedad. (6)(13)

El *dolor nociceptivo* se produce por la activación de los nociceptores (fibras A delta y C) debido a estímulos nocivos que pueden ser mecánicos, químicos o térmicos. Los nociceptores se sensibilizan por estímulos químicos endógenos, que son las sustancias algógenas como la serotonina, la bradicinina, la prostaglandinas, la histamina, entre otras.

*El dolor somático*, puede ser un dolor intenso, punzante o sordo, fijo y continuo; que se exagera con el movimiento y en ocasiones disminuye con el reposo, es localizado y refleja la lesión subyacente (dolor postoperatorio, óseo, metastásico, musculoesquelético y dolor por artritis).

*El dolor visceral* se debe a la distensión de un órgano hueco; suele ser mal localizado, profundo, constrictivo y en forma de calambres. Se relaciona con sensaciones autónomas, incluso náuseas, vómitos y diaforesis. Puede acompañarse de dolor reflejo.

El *dolor neuropático* se origina como consecuencia de una lesión o irritación neural. Persiste mucho después de desaparecer el hecho que lo originó. Es un dolor quemante o penetrante. Los estímulos inocuos se perciben como dolorosos. El *dolor "psicógeno"* (o mejor "sine materia") se considera que existe cuando no se puede identificar un mecanismo nociceptivo o neuropático. (6)(13)

En lo que respecta a la valoración del dolor, en los *aspectos físicos* tenemos: según su localización: ¿dónde le duele?, ¿es constante o variable?; según su modo de aparecer; la fecha de inicio, factores desencadenantes, de inicio súbito o progresivo; según el aspecto temporal: permanente, paroxístico, períodos de remisión, diurno o nocturno; se considera también las características clínicas del dolor: pulsátil, opresivo, como una descarga eléctrica, quemazón ; en las respuestas conductuales tenemos la postura que adopta, expresión facial, tensión muscular, vocalizaciones, presión arterial , frecuencia cardiaca, patrón y frecuencia respiratoria, temperatura y según su intensidad están la escalas de auto-evaluación como instrumento de medida. Entre los *aspectos psicológicos* tenemos las experiencias previas sobre el dolor, afrontamiento habitual a las situaciones de estrés, conductas aprendidas de sus antecesores, preocupaciones, estado emocional, aspectos socioculturales: actividades sociales, actividades profesionales, religión, nacionalidad, raza, familia (rol desempeñado, vínculos familiares). (13)

Entre las *escalas de medición* del dolor tenemos las *escalas subjetivas* donde es el propio paciente el que nos informa acerca de su dolor, tenemos las escalas unidimensionales y multidimensionales, dentro de las primeras tenemos: La escala numérica verbal ,la escala de graduación numérica, la escala analógica visual (EVA), la escala de expresión facial y multidimensionales el cuestionario de McGill (6)(10).

La escala numérica verbal que consiste en interrogar al paciente acerca de su dolor diciéndole que si 0 es “no dolor” y 10 el “máximo dolor imaginable”, nos dé un número con el que relacione su dolor. *La escala de graduación numérica*, donde el paciente debe optar por un número entre el 0 y el 10 que refleje la intensidad de su dolor; todos los números aparecen encasillados, de manera que lo que deberá hacer es marcar con una “X” la casilla que contiene el número elegido. La escala analógica visual (EVA) consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud dispuesta entre dos puntos donde figuran las expresiones “no dolor” y “máximo dolor imaginable” que corresponden a las puntuaciones de 0 y 10, respectivamente; el paciente marcará aquel punto de la línea que mejor refleje el dolor que padece. Esta escala es hoy de uso universal, por ser un método relativamente simple que ocupa poco tiempo, aun cuando requiere de cierto grado de comprensión y de colaboración por parte del paciente y la escala de expresión facial, muy usada en la edad pediátrica, se representan una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría, modificándose sucesivamente hacia la tristeza hasta llegar al llanto. A cada una de las caras se les asigna un número del 0 al 5, correspondiendo el 0 = no dolor y 5 = máximo dolor imaginable (6)(10).

Dentro de las Escalas multidimensionales, la más conocida, es el *cuestionario de McGill*, que consiste en presentar al paciente una serie de términos o palabras agrupadas que describen las dos dimensiones que integran la experiencia dolorosa (sensorial y emocional); pero además

incluye una tercera dimensión, que es la evaluativa. Cada una de estas dimensiones tienen asignado un número que permite obtener una puntuación de acuerdo a las palabras escogidas por el paciente; esta puntuación refleja el modo en que éste califica su propia experiencia dolorosa y, por consiguiente, permite valorar la influencia dolorosa que ejercen los factores emocionales y sensoriales . Este cuestionario es de poca utilidad en la valoración del dolor postoperatorio por su complejidad (6)(10)(13).

*Escalas “Objetivas”*, donde es el propio observador quien va a inferir un valor a la intensidad de dolor que sufre el paciente. Se basa fundamentalmente en la observación del comportamiento o actitudes que adopta éste; como puede ser la expresión facial, el grado de movilidad, tensión muscular, postura corporal, presión arterial, frecuencia cardiaca, entre otros. No es una escala muy fiable, porque el dolor es subjetivo y nadie mejor que el propio paciente para valorarlo; por otro lado, se pueden producir importantes sesgos si el observador carece de experiencia en la valoración del dolor, puede tener prejuicios y estereotipos sobre lo que debe de doler según el caso o carece de criterios bien definidos para valorar el dolor. (6)(10)(13)

En cuanto al *tratamiento del dolor* se presentan estrategias terapéuticas distribuidas en etapas, la primera *etiológica*, la segunda *evaluativa* y la tercera *farmacológica*, cuyos objetivos es reducir la transmisión de mensajes dolorosos y disminuir los controles inhibidores o excitadores y la

utilización de fármacos analgésicos que según la O.M.S. los clasifica en grupos; *Grupo 1*: analgésicos de acción periférica, representado por los analgésicos no opiáceos del tipo antiinflamatorios no esteroides (AINEs), como el diclofenaco, ibuprofeno y otros como el paracetamol, metamizol y ketorolaco. *Grupo 2*: analgésicos centrales débiles, se encuentra representando a este grupo la codeína, el tramadol. *Grupo 3*: analgésicos centrales fuertes, tales como la morfina, meperidina, metadona, también la hidrocodona y oxicodona, la morfina, es un opiáceo hidrofílico de larga duración y se transporta de manera pasiva por el líquido céfalo raquídeo (LCR) y la *cuarta abordaje* global abarca el enfoque pluridisciplinario, plan de cuidados, estrategia terapéutica y consideración de dimensiones psicológica. (6)(13).



## MARCO EMPÍRICO

Los resultados de una encuesta sobre el dolor postoperatorio en España, realizada entre 237 miembros de la Asociación Española de Cirujanos, revelan datos interesantes sobre el dolor postoperatorio. El 56% de los encuestados indican que no valoran de forma habitual la intensidad del dolor y sólo el 23% declara utilizar escalas de valoración del dolor. Un dato muy significativo es que el 76% manifiesta que no ha recibido ninguna formación específica sobre el dolor postoperatorio y el 95% declara que desearía recibirla (17)

También en una encuesta realizada en España (a la que respondieron el 38% de todos los hospitales españoles) se ha podido constatar que el 53% de los pacientes no recibieron información alguna sobre el dolor, mientras que en otra llevada a cabo en Italia se pone de manifiesto que el 62% de los anestesiistas no hablan sobre el dolor postoperatorio y el 58% no proporcionan información sobre el tratamiento del mismo. En los casos en que los pacientes recibían información, ésta era facilitada por el anestesiólogo (78%) y en menor proporción por el cirujano, personal de enfermería o un miembro de la unidad de dolor agudo. Se ha demostrado que una información adecuada mejora el efecto analgésico esperado. (17)

Oliveira (18) en una investigación sobre “Conocimiento y capacitación de enfermeros sobre dolor” caracteriza el perfil de las enfermeras que cuidan a pacientes en postoperatorio de craneotomía, verificar métodos de evaluación del dolor e identificar la existencia de protocolos de analgesia.

Método: estudio transversal y analítico. La casuística se constituye por 30 enfermeras. Resultados: 83,3% de los enfermeros eran del sexo femenino, 63,3% conocían escalas de dolor, y 35%% afirmaron haber sido capacitados en manejo del dolor. Por otro lado, al relacionar el nivel de conocimiento con la capacitación se encontró que existe relación estadística significativa entre ambas variables. Conclusión: el desconocimiento de las enfermeras a respecto de las escalas de evaluación y métodos de evaluación del dolor revela la necesidad de la creación de políticas institucionales sobre el control del dolor, uso de instrumentos de mensuración del fenómeno doloroso y protocolos de analgesia en la institución.

Zavala (19), en un estudio sobre “Manejo del dolor por el personal de enfermería” El propósito del estudio fue identificar el nivel de conocimientos y el nivel de capacitación que posee la enfermera en el manejo del dolor. El estudio fue exploratorio y transversal; se consideró una población accesible de 91 enfermeras adscritas a los servicios de hospitalización de cirugía, medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría y pediatría oncológica de una institución de salud de segundo nivel. El muestreo fue no probabilístico, de tipo convencional. Se elaboró un cuestionario que midió las dimensiones de valoración del dolor, administración de fármacos y la orientación al usuario, con una confiabilidad de 0.85 mediante el Alpha de Cronbach. En los resultados de las enfermeras, 51.6% mostró un conocimiento sobre el manejo del dolor bueno y muy bueno; menos de 50% contaba con un limitado

conocimiento en cuanto a la tipología del dolor y conceptos de la OMS relacionados con este tópico. Por otro lado, en cuanto al nivel de capacitación se encontró que menos del 50% de las enfermeras había sido capacitada en el manejo del dolor. Se observó que las enfermeras no utilizan escalas de medición del dolor de manera sistematizada y la mayoría de ellas no recomienda alguna medida paliativa para mitigar dicho síntoma. Con base en estos resultados, se diseñará e implantará un programa de capacitación sobre el manejo del dolor para el personal de enfermería del área clínica

Losa (20), en la tesis “Grado de conocimientos y capacitación de la enfermera en el manejo del dolor”, al observar el grado de conocimientos y nivel de capacitación ante el dolor, se introdujo como herramienta el NKAS-RP (Nurses' Knowledge and attitudes Survey Regarding Pain). Se trata de un estudio descriptivo, observacional, aleatorio y multicéntrico, que analiza los conocimientos actuales, así como el nivel de capacitación del grupo de enfermería. Se llevó a cabo entre los años 2008 al 2010, utilizándose para dar a conocer los resultados del mismo el paquete estadístico SPSS versión 17.0. Como resultados, se obtuvieron, al igual que en estudios previos, a nivel mundial, unos pobres conocimientos en dolor y un mal nivel de conocimiento. Se propone para mejorarlos, en el caso de los estudiantes, cambios en los programas curriculares de la diplomatura (futuro grado) de enfermería, y en el caso de los profesionales, formación continuada, así como actualización de conocimientos en dicho tema.

## **HIPÓTESIS**

A mayor nivel de capacitación se encontrará un alto grado de conocimiento de las enfermeras sobre el manejo del dolor postoperatorio en pacientes adultos. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. ?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Determinar la relación que existe entre el nivel de capacitación y el grado de conocimiento de las enfermeras sobre el manejo del dolor postoperatorio en pacientes adultos. Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

### **Objetivos Específicos:**

- Determinar el grado de conocimiento sobre el manejo del dolor postoperatorio en pacientes adultos de las enfermeras del Hospital Víctor Lazarte Echegaray.
- Determinar el nivel de capacitación sobre el manejo del dolor postoperatorio en pacientes adultos de las enfermeras del Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

## II. METODOLOGÍA

El presente estudio se realizó bajo el diseño de una investigación de campo de tipo descriptivo – correlacional de corte transversal, la cual es definida por Polit y Hungler (2000) como “El objetivo de los estudios descriptivos es observar, describir y documentar diversos aspectos de una situación que ocurre de manera natural y algunas veces, proveer un punto de partida para la generación de hipótesis o el desarrollo de la teoría”. Por otro lado, en el aspecto correlacional se pretende determinar que variable son las que determinan el nivel de capacitación y el grado de conocimiento de las enfermeras sobre el manejo del dolor postoperatorio en pacientes adultos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

### 2.1. Universo muestral

Estuvo conformada por 36 enfermeras de los servicios de Cirugía del Hospital Víctor Lazarte Echegaray; que reunieron las características de los criterios de inclusión.

#### **Unidad de análisis:**

Estuvo constituida por cada una de las enfermeras que laboran en los servicios de Cirugía del hospital Víctor Lazarte Echegaray y que cumplieron con los criterios de inclusión.

**Criterios de inclusión:**

- Enfermeras, nombradas o contratadas, que laboran en los Servicios de Cirugía del hospital Víctor Lazarte Echegaray.
- Aceptar participar en la investigación.

**Criterios de exclusión:**

- Enfermeras que se encuentren de vacaciones o de licencia.

**2.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de la información del presente estudio de investigación se utilizó 2 instrumentos como a continuación se detallan: (Anexos 1 y 2)

**a) Encuesta del nivel de capacitación sobre el manejo del**

**dolor:** Elaborado por la investigadora.

Este instrumento está elaborado en base a 10 items en el cual se evalúa sobre las capacitaciones que ha recibido la enfermera durante el tiempo que viene ejerciendo su carrera profesional. Las alternativas de respuestas están clasificadas como Si (verdadera) y No (falsa).

**b) Cuestionario de conocimiento sobre el manejo del dolor**

**postoperatorio:** Elaborado por la investigadora, tomando como base las bibliografías revisadas de los autores especialistas en

el manejo del dolor como Loeser D. John y Muñoz y et. Consta de 16 preguntas semi estructurada con alternativas de respuestas múltiples.

Nivel de conocimiento alto : 11 - 16 puntos.

Nivel de conocimiento medio : 6 - 10 puntos.

Nivel de conocimiento bajo : 0 - 5 puntos.

### **2.3. CONTROL DE CALIDAD DE DATOS**

#### **PRUEBA PILOTO**

Ambos instrumentos fueron sometidos al criterio de expertos para la validación, donde luego se aplicó una prueba piloto de tamaño  $N = 15$  enfermeras de los servicios de cirugía (cirugía A y B , cirugía oncológica) para analizar la estructura y redacción de los ítems, sometiéndose a un proceso de:

**Confiabilidad** utilizando alfa de CRONBACH obteniéndose valores de 0.85 y 0.81 para el grado de conocimiento y nivel de capacitación respectivamente; específicamente valores que son considerados satisfactoriamente.

#### **Validez de los Instrumentos:**

La validación del instrumento será realizado a través de juicios de expertos para lo cual se recurrió a personas especialistas en el área y según sus opiniones y recomendaciones se reestructuro los instrumento de evaluación.

#### **2.4. PROCEDIMIENTO**

Se realizaron gestiones y coordinaciones con las autoridades del Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

Se seleccionó a las enfermeras que reunieron los criterios de inclusión establecidos en el estudio.

Se procedió a aplicar las encuesta de forma individual con un tiempo máximo de 30 minutos, luego de explicar el correspondiente llenado, previamente se informó el objetivo del estudio a fin de obtener su libre participación.

#### **2.5. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

La información obtenida fue procesada y analizada con metodología estadística, los resultados se presentaron en cuadros de una y doble entrada y gráficos siendo analizados mediante el test de independencia de criterios (Chi cuadrado) que mide la relación entre variables, considerándose significativa si la probabilidad de equivocarse menor del 5 % ( $P < 0.05$ ) y altamente significativa, si la probabilidad es menor del 1 % ( $p < 0.001$ ).

#### **2.6. ETICA EN LA INVESTIGACIÓN**

En la presente investigación se respetaron los principios de anonimato y confidencialidad, así como la libre decisión cada una de las enfermeras de suspender su participación cuando lo estime necesario.



## 2.7. Definición de variables

### A) Variable dependiente:

**Grado de conocimiento sobre el manejo del dolor postoperatorio**

**Definición conceptual:** es toda la información adquirida por la enfermera sobre la temática y práctica en el manejo del dolor postoperatorio en los pacientes adultos (17).

. **Definición operacional:** Se calificó de acuerdo al puntaje obtenido:

Grado de conocimiento bajo : 0-5 puntos.

Grado de conocimiento medio : 6-10.puntos.

Grado de conocimiento alto : 11-16 puntos.

### B) Variable independiente:

**Nivel de capacitación de las enfermeras en el manejo del dolor**

**Definición conceptual:** es el conjunto de conocimientos sobre el nivel académico que debe desempeñar de manera eficiente y eficaz, es donde el profesional incrementa su educación académica, preparándose para emprender trabajos de mayor complejidad (17)

**Definición operacional:** Se calificó de acuerdo al siguiente rango de clasificación:

Recibió capacitación mala	:	0 – 3 puntos
Recibió capacitación regular	:	4 – 6 punto
Recibió capacitación buena	:	7 – 10 puntos

### III. RESULTADOS

TABLA N° 1

NIVEL DE CAPACITACIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR POST OPERATORIO EN PACIENTES ADULTOS. HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY.

NIVEL DE CAPACITACIÓN	N°.	%
MALO	09	25.00
REGULAR	10	27.77
BUENO	17	47.22
TOTAL	36	100,00

**Fuente:** Cuestionario aplicado a las profesionales de enfermería.

**TABLA N° 2**

**GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL MANEJO  
DEL DOLOR POST OPERATORIO EN PACIENTES ADULTOS. HOSPITAL  
VICTOR LAZARTE ECHEGARAY.**

<b>GRADO DE CONOCIMIENTO</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
BAJO	10	27.78
MEDIO	12	33.33
ALTO	14	38.89
TOTAL	36	100,00

**Fuente:** Cuestionario aplicado a los profesionales de enfermería

**TABLA N° 3**

**NIVEL DE CAPACITACIÓN Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR POST OPERATORIO EN PACIENTES ADULTOS. HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY.**

NIVEL DE CAPACITACIÓN	GRADO DE CONOCIMIENTO						TOTAL	
	BAJO		MEDIO		ALTO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
MALO	7	70	2	16.17	0	0	9	25
REGULAR	3	30	3	25	4	28.57	10	28
BUENO	0	0	7	58.33	10	71.43	17	47
TOTAL	10	100,00	12	100,00	14	100,00	36	100.00

**Fuente:** Cuestionarios aplicados a los profesionales de enfermería

$\chi^2 = 18.3761$	$p < 0.01$
--------------------	------------

#### IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

**Tabla 1**, se muestra el nivel de capacitación de las enfermeras sobre el manejo del dolor post operatorio en pacientes adultos, encontrándose que del total de 36 enfermeras que participaron en el estudio el 25.00% alcanzó el nivel malo, el 27.77% el nivel regular y un alto porcentaje de 47.22% de enfermeras alcanzó un nivel de capacitación buena.

Los resultados encontrados en el presente estudio podría atribuirse a diferentes factores como características personales del profesional de enfermería, actitudes ,valores , falta de motivación y desinterés en la actualización de adquirir nuevos conocimientos y habilidades, así como muchas veces de debe a la falta de tiempo debido a múltiples roles que desempeña como profesional, madre y esposa; siendo posible que influya en el nivel de capacitación buena que debería alcanzar más del 50% de profesionales en un centro hospitalario en contacto permanente con el paciente post operado que cada día exige mejor atención.

La encuesta muestra que cuando se presenta un nivel malo de capacitación, representa un reto para las enfermeras, que ejercen en un entorno con pacientes post operados. De hecho, un hallazgo clave del estudio era una necesidad insatisfecha capacitación para el manejo del dolor de pacientes post operados entre las enfermeras ya que la mayoría (25% y 27.77%) informaron de que no habían recibido información sobre el manejo del dolor post operatorio. La proporción de enfermeras que

recibieron capacitación en el manejo del dolor varía significativamente entre los países de América Latina, encontrándose que un 22% de las enfermeras Ecuatoriana no recibió entrenamiento mientras que sólo el 18% de las enfermeras Colombianas recibieron capacitación. Sin embargo, se encontró un porcentaje inferior de enfermeras que no fueron capacitadas en Argentina con 12% y Brasil con 14% (12).

Similarmente a nuestra investigación Oliveira (2012) reporta que 35% habían sido capacitados en manejo del dolor, porcentaje inferior a nuestra investigación.

Zavala (2005), reporta resultados que se asemejan a nuestra investigación en cuanto al nivel de capacitación encontrando que menos del 50% de las enfermeras había sido capacitada en el manejo del dolor.

Como podemos observar, la capacitación del profesional de la salud, es una tarea permanente, de mucha competencia, seriedad y responsabilidad, pues la población exige calidad en los Servicios de Salud y este nivel de profesionalidad solo se logra con un estudio continuo, sistemático e investigativo, en busca de nuevos métodos y procedimientos, que desarrollen el quehacer diario de los profesionales de la salud.

Además dado el énfasis de enfermería basado en la evidencia, las enfermeras necesitan actualizar sus conocimientos y habilidades profesionales, por lo que la capacitación se ha convertido cada vez más en algo esencial para garantizar la práctica de enfermería con calidad.

Se llega a la conclusión que es imprescindible la constante preparación y superación del personal de enfermería que trabaja en los servicios de Cirugía del hospital Víctor Lazarte Echegaray, porque se sabe que el dolor postoperatorio inadecuadamente tratado aumenta la morbilidad perioperatoria, prolonga el ingreso y ofrece una imagen muy negativa del centro hospitalario en una población cada vez más exigente y mejor informada.

**Tabla 2**, que corresponde al nivel de conocimiento de las enfermeras sobre el manejo del dolor post operatorio en pacientes adultos, se encontró que de un total de 36 enfermeras el 27.78% alcanzó el nivel bajo, el 33.33% el nivel medio y el 38.89% el nivel alto.

Es así, que los resultados al ser comparados con otras investigaciones como las de Oliveira (2012) reporta resultados similares alcanzando un 63,3% de enfermera que conocían escalas de dolor. Además, hay que mencionar que el desconocimiento de las enfermeras a respecto de las escalas de evaluación y métodos de evaluación del dolor revela la necesidad de la creación de políticas institucionales sobre el control del dolor, uso de instrumentos de mensuración del fenómeno doloroso y protocolos del manejo del dolor portoperatorio.

Los resultados de la encuesta muestran claramente que hay una enorme oportunidad de mejorar los resultados de dolor de los pacientes post operados a través de la educación del personal de enfermería. A modo de ejemplo, casi la mitad de los encuestados informó que no utilizan una



herramienta de evaluación del dolor para ayudarles a describir este tipo de dolor.

En su conjunto, las respuestas de las enfermeras encuestadas manifiestan que el dolor post operatorio es poco reconocido, puede ser tratado de manera inadecuada y es impactante en la vida cotidiana del paciente. La brecha educativa identificada de dolor post operatorio, en combinación con un consenso formal sobre el manejo del dolor entre las enfermeras del servicio de cirugía debe abordarse para mejorar el nivel de conocimiento sobre el dolor del paciente post operado.

Nuestros resultados al ser contrastados con otras investigaciones como Zavala (2005), reporta que de las enfermeras el 51.6% mostró un conocimiento sobre el manejo del dolor bueno y muy bueno.

Losa (2012), reporta resultados diferentes a esta investigación debido a que alcanzan pobres conocimientos en dolor.

Si tenemos presente, que la preparación profesional requiere de conocimientos adecuados a través de los cuales, se logran cambios persistentes o resultantes en la práctica profesional, concluiremos entonces que la falta de información o conocimientos de las enfermeras no bridará la oportunidad de dar al paciente una atención de calidad.

Finalmente, en la **Tabla 3**, muestra la relación entre el nivel de capacitación y grado de conocimiento de las enfermeras sobre el manejo del dolor post operatorio en pacientes adultos en el Hospital Víctor

Lazarte Echegaray, donde se encuentra relación estadística significativa al relacionar ambas variables esto quiere decir que conforme se mejora el nivel de capacitación también se aprecia un alto grado de conocimiento del manejo del dolor (71.43%), contrariamente cuando el nivel de capacitación es malo se encuentra un bajo grado de conocimiento (70.0%).

Este estudio reveló que una educación adicional y orientación a las enfermeras, puede mejorar las prácticas de manejo del dolor del paciente post operado. La clave para un manejo exitoso del dolor es la capacitación, no los nuevos fármacos y la alta tecnología. Las herramientas ya existentes son útiles y suficientes si las enfermeras están educadas para hacer desaparecer los mitos y conceptos equivocados y se responsabilicen en ofrecer un buen control del dolor postoperatorio. Siendo más fácil conseguir que desaparezcan los mitos cuando se posee evidencia, potenciando y organizando los recursos humanos con los que cuenta la institución hospitalaria.

Al comparar los resultados con similares correlaciones de ambas variables las reporta por Oliveira (2012) quien encuentra relación estadística significativa al relacionar el nivel de conocimiento con la capacitación.

Además, Zavala (2005), encuentra relación estadística significativa entre el grado de conocimiento y el nivel de capacitación en el manejo del dolor. Esto se debe a que las enfermeras no utilizan escalas de medición del

dolor de manera sistematizada y la mayoría de ellas no recomienda alguna medida paliativa para mitigar dicho síntoma.

Losa (2012), menciona que la relación presentada entre ambas variables se debe a pobres conocimientos sobre el manejo del dolor y una escasa preparación o capacitación del personal de enfermería. Esto quiere decir que cuando el nivel de capacitación es malo se presenta un deficiente grado de conocimiento.

Frente a estos resultados en el XI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública se confirmaron las impresiones generales de que el dolor postoperatorio está siendo mal tratado, pero también se comprobó que nuestro profesionales están interesados en el tema, se encuentran motivados y dispuestos para el cambio y reclaman formación . Esta demanda de formación es especialmente evidente en el colectivo de profesionales de enfermería. (10) Situación que también paso en la institución en estudio donde las enfermeras encuestadas solicitaron mayor información sobre un mejor manejo del dolor postoperatorio.

Como resultado final del presente estudio, hay que mencionar que se acepta la hipótesis que dice que el nivel de capacitación se relaciona con el grado de conocimiento de las enfermeras en el manejo del dolor en pacientes post operados ( $p < 0.01$ )

## V. CONCLUSIONES

1. Del total de 36 enfermeras que participaron en el estudio el 25.00% alcanzó el nivel malo, el 27.77% el nivel regular y un alto porcentaje de 47.22% de enfermeras alcanzó un nivel de capacitación buena.
2. En el grado de conocimiento de las enfermeras sobre el manejo del dolor post operatorio en pacientes adultos, se encontró que de un total de 36 enfermeras el 27.78 alcanzó el nivel bajo, el 33.33% el nivel medio y el 38.89% el nivel alto.
3. Se encontró relación estadística entre el nivel de capacitación y grado de conocimiento de las enfermeras sobre el manejo del dolor post operatorio en pacientes adultos en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

## VI. RECOMENDACIONES

1. Desarrollar capacitaciones del manejo del dolor postoperatorio que permitan fortalecer los conocimientos para mejorar la atención de los pacientes post operados, en los servicios de cirugía , en coordinación y participación del departamento de Enfermería y la oficina de capacitación del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray.
2. Desarrollar y aplicar protocolos según la magnitud de la intensidad del dolor y tipo de cirugía realizada en los servicios del cirugía del hospital Víctor Lazarte Echeagaray, permitiendo ayudar a satisfacer las necesidades del dolor de los pacientes postoperados.
3. Implementar en la unidad de dolor del hospital Víctor Lazarte Echeagaray, atención del paciente con dolor agudo postoperatorio no solo la atención del dolor crónico.
4. Solicitar a la institución de salud en estudio y a entidades formadoras a ofrecer a al personal de enfermería de los servicios de cirugía cursos de educación continua sobre el manejo del dolor postoperatorio.
5. Realizar trabajos de investigación posteriores que permitan determinen que factores se asocian a la calidad del cuidado de enfermería en el manejo dolor postoperatorio.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salinas, T. Nociones de Psicología, Ed Adunk SRL. Lima –Perú; 2003.
2. Chóliz, M. El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional afectiva. *Ansiedad y Estrés*.2004;0:77-88.
3. Caire ,V. Facultad de Medicina Universidad de La Frontera .*Medicina al Día*. Chile; Marzo 2006.
4. Londoño C, Contreras F, Delgadillo G, Tobón S, Vinaccia S. Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2010;10(1):25-31.
5. Camacho-Martel L, Anarte-Ortiz MT. Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema*. 2003;15(3):464-70.
6. Bernardotti, M. Comité “Curso de formación en bioética para enfermería en la atención del paciente en el final de la vida” Farmacéutica . Hospitalario de Bioética del H.I.G.A . San Martín – Argentina. 2007.
7. Loeser , J. *Bónica Terapéutica del Dolor*. 3era. Ed. Mc. GRAW – HILL. Interamericana . S.A. México ; 2003 Vol I , pag. 376-377.

8. Guyton AC, Hall JA, Tratado de fisiología médica, 10ª ed., McGraw-Hill ;2001.p 669-680
9. Ganong ,W, Fisiología médica, 16ª ed, Manual moderno; 1998. p. 160-167
10. Muñoz J.y et. Manual de dolor agudo postoperatorio. Hospital Universitario La Paz, Madrid. Instituto UPSA del Dolor. Editorial: You & Us, S.A.; 2002.
11. El Programa de Control del Dolor de Clínica Las Condes. Hospital del Trabajador y en el Hospital FACH. Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor .Información al Paciente.2005
12. Arias Rivera S. Relajación sistemática para aliviar el dolor. Enf Clinic. 2009;15(1):51-52.
13. Alonso-Cardaño A, Hernaez-Martínez M, Martí-Auge P. Tratamiento multidisciplinar para el dolor lumbar crónico: Programa de musicoterapia. Rev Soc Esp Dolor. 2008;15(4):228-33.
14. González-Escalada JR, Barutell C, Camba A, Rodríguez MJ. Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España. Estudio STEP. Rev Soc Esp Dolor. 2010;8:525–32.

15. Correa G. Dolor crónico y trauma músculo esquelético: discapacidad e impacto económico. *Revista Iberoamericana del Dolor*. 2007;4:10-18.
16. Franco ML, Seoane de Lucas A. Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor*. 2001;8:29-38.
17. Mencías AB, Rodríguez JL. Consideraciones sobre el empleo de opioides en el dolor crónico del paciente geriátrico *Rev Soc Esp Dolor*. 2008;7:463-74.
18. Oliveira, R (2012). Conocimiento y capacitación de enfermeros sobre dolor en pacientes sometidos a la craniotomía. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 20(6)
19. Zavala, M (2005). Manejo del dolor por el personal de enfermería. *Dol Clin Ter* 2005; IV(1) : 11-16
20. Losa, I. (2012). Grado de conocimientos y capacitación de la enfermera en el manejo del dolor. Autónoma de Madrid (CAM). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. *Rev. Soc. Esp. Dolor* vol.19 No.6 Narón (La Coruña).



# **ANEXO**

## ANEXO N°1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION

### NIVEL DE CAPACITACIÓN EN DOLOR POST OPERATORIO

INSTRUCCIONES: La presente encuesta será llenada en forma anónima, tiene como finalidad determinar el nivel de capacitación de la enfermera sobre el manejo del dolor en pacientes adultos postoperados.

1. ¿Ha recibido alguna capacitación sobre el manejo del dolor postoperatorio?

Si  No

1. Contesta cada uno de los ítems que a continuación se detalla:

No.	Ítems	Si	No
01	Se le capacitó para administrar el analgésico prescrito por el médico para controlar un determinado tipo de dolor		
02	Se le capacitó en el uso de las escalas de evaluación y los cuestionarios validados para identificar y diagnosticar el tipo de dolor, así como para conocer las alteraciones que el dolor produce en el individuo y su entorno en las actividades de la vida diaria, en la relación consigo mismo y con los demás.		
03	En la capacitación se le enseñó a comunicarse con los pacientes y familiares informándoles sobre las opciones y finalidad de su proceso doloroso. Seguir cuidadosamente la evaluación del dolor.		
04	Se capacitó para anticiparse a la aparición del dolor, administrando analgésicos prescritos a horas fijas, según la vida media del analgésico en cuestión.		
05	Se le capacitó en el uso de opiodes y prevenir/manejar sus efectos indeseables.		
06	Se le capacitó en la técnica de recargas de bombas de perfusión.		
07	Se le capacitó en el manejo del dolor y comunicarse adecuadamente con los profesionales que forman parte de ella.		
08	Se le capacitó a fin de evitar movimiento innecesario haciendo que el enfermo adopte las posiciones más adecuadas para evitar el dolor		
09	Tiene capacidad para enseñar a otros profesionales de la salud, los principios básicos necesarios para el adecuado manejo del dolor.		
10	Se le capacitó en el manejo de los sentimientos del paciente, evitando que este se estrese cuando recibe tratamiento.		

## ANEXO N°2

### ENCUESTA SOBRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS EN EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES ADULTOS

INSTRUCCIONES: La presente encuesta será llenada en forma anónima solo se colocará el servicio donde labora, tiene como finalidad determinar el grado de conocimiento sobre el manejo del dolor en pacientes adultos postoperados. Se solicita llenar en forma clara y legible.

Servicio\_\_\_\_\_

---

1. ¿La fase postoperatoria comienza con la transferencia del operado al área de recuperación y termina con la valoración seriada en los servicios de hospitalización y comprende ?

- a) La monitorización y registro de signos vitales.
- b) Observar signos y síntomas que puedan indicar hemorragias
- c) Mantener al paciente en una posición adecuada
- d) Proceder a la administración de oxígeno si es necesario.
- e) Valorar el estado neurológico del paciente
- f) Controlar la presencia de secreciones digestivas o drenajes
- g) Realizar un balance hídrico y administrar la analgesia prescrita.

1. a,b,c,d,g                      2. a,c,d,e,f                      3. b,c,e,f,g                      4. a,b,c,d,e,f
5. Todas

2. ¿Qué es dolor?

- a) Es una experiencia sensorial y emocional desagradable que experimenta la persona de una manera que es única para él, razón por la que el dolor es referido y vivido en cada paciente de manera diferente.
- b) El dolor es lo que el paciente dice que es. Es lo que el paciente describe y no lo que los demás piensan que debe ser.
- c) Es una experiencia displacentera sensorial y afectiva asociada con un daño tisular real o potencial o expresada en términos de tales daños.
- d) Es una sensación y experiencia emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular presente o potencial y descrita en términos de tal lesión

1. a, b      2. a, b, c                      3. Solo a y d                      4. a, c, d      5. Todas

3. ¿El principal sitio de la modulación de los impulsos del dolor se encuentra en?

- a) El asta dorsal de la médula espinal.      b) El tálamo      c) El cerebro  
d) La médula espinal      d) El hipotálamo      e) El bulbo raquídeo

4. Las sustancias que son liberadas ante un proceso inflamatorio o daño celular y tienen como función excitar la neurona y mover el potencial de membrana son:

- a) Prostaglandinas      b) Bradiquininas      c) Serotoninas  
d) Histamina      e) Todas      f) Ninguna

5. Existen diferentes tipos de dolor, correlacione su definición:

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| a) El dolor agudo       | (1) Es aquel que persiste más de seis meses. La sensación dolorosa suele ser difusa, el comienzo puede ser brusco o insidioso, siendo difícil en ocasiones determinar cuándo comenzó.                            |
| b) El dolor nociceptivo | (2) Se produce por la activación de los receptores debido a estímulos nocivos que pueden ser mecánicos, químicos o térmicos.   |
| c) El dolor visceral    | (3) Tiene una duración menor a seis meses; se relaciona temporalmente con una lesión y desaparece durante el período normal de curación. Suele aparecer de forma brusca, las zonas dolorosas se localizan bien . |
| d) El dolor neuropático | (4) Puede ser un dolor intenso, punzante o sordo, fijo y continuo; que se exagera con el movimiento y en ocasiones disminuye con el reposo .Está bien localizado y refleja la lesión subyacente .                |
| e) El dolor somático    | (5) Se debe a la distensión de un órgano hueco; suele ser mal localizado, profundo, constrictivo y en forma de calambres. Se relaciona con sensaciones autónomas, incluso náuseas, vómitos y diaforesis.         |
| f) El dolor crónico     | (6) Se origina como consecuencia de una lesión o irritación neural. Persiste mucho después de desaparecer el hecho que lo originó. Es un dolor quemante o penetrante.  |

6. ¿En la valoración del dolor también contamos con escalas objetivas dentro de ellas tenemos?

- a) La expresión facial y el grado de movilidad
- b) La tensión muscular y la postura corporal
- c) La presión arterial, frecuencia cardíaca.
- d) Ninguna de las anteriores
- e) Todas

7. ¿En el tratamiento del dolor con terapia farmacológica se utiliza los analgésicos no opiáceos del tipo antiinflamatorios no esteroides (AINEs) dentro de ellos están?

- a) Diclofenaco, ibuprofeno
- b) Paracetamol, metamizol y ketorolaco,
- c) Tramadol
- d) Fentanyl
- c) Midazolam y metamizol

1. a y b      2. a, b, c      3. d y c      4. a y c      5. Todas

8. Dentro del grupo de los opioides, analgésicos centrales débiles tenemos :

- a) Diclofenaco, ibuprofeno
- b) Paracetamol, metamizol y ketorolaco,
- c) Tramadol
- d) Fentanyl
- c) Midazolam y metamizol

1. a y c      2. Solo b      3. Solo c      4. a, b, c      5. Ninguno

9. ¿La dosis habitual del metamizol en adultos es?

- a) 1gr/6-8h      b) 2gr/6-8h      c) 4gr/6-12h      d) 2gr/12h

10. ¿Cuál es la dosis analgésica del Fentanyl en un adulto?

- a) 5mcg/Kg                      b) 1mcg//Kg                      c) 20mcg/Kg                      d) 0.5mcg/Kg

11. ¿En cuantos minutos se obtiene efecto analgésico al administrar Fentanyl por vía endovenosa?

- a) 30 min.                      b) 5-10min.                      c) 20-30min.                      d) más de 30 min.

12. ¿El medicamento de elección para revertir depresión respiratoria causada por la administración de la morfina es?

- a) metoclopramida                      b) naloxona                      c) tramadol  
d) aminofilina                      e) hidrocortisona

13. ¿Dentro de los analgésico centrales fuertes tenemos?

- a) Morfina, meperidina.  
b) Metadona  
c) Hidrocodona  
d) Oxycodona

1. a , b, c      2. a, c, d                      3. b, c, d      4. Todas      5. Ninguna

14. Los efectos del dolor posquirúrgico y las respuestas fisiológicas a la agresión quirúrgica son múltiples y complejos, incluyen :

- a) Disfunciones pulmonares  
b) Cardiovasculares  
c) Gastrointestinales y urinarias  
d) Alteraciones del metabolismo y de la función muscular  
e) Variaciones neuroendocrinas y metabólicas  
f) Todas las anteriores

15. Son muchas las causas que conducen a un tratamiento inadecuado del dolor. Entre ellas tenemos:

- a) Medicación insuficiente, o la ausencia de una correcta valoración.
- b) Formación inadecuada de los profesionales de la salud acerca del dolor.
- c) Comunicación inadecuada entre los profesionales de la salud y los pacientes.
- d) Ausencia de tratamientos individualizados.
- e) Retraso en el inicio de la analgesia
- f) Fármacos inadecuados
- g) Todas las anteriores
- h) Ninguna de las anteriores

16. Se mencionan las siguientes afirmaciones o negaciones identifíquelas según su verdad (V) o falsedad (F):

- a) Los signos físicos tales como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, frecuencia respiratoria que acompañan al fenómeno doloroso no mantienen una relación proporcional a la magnitud del dolor experimentado por el paciente. ( )
- b) La escala analógica visual (EVA) es hoy de uso universal, por ser un método relativamente simple que ocupa poco tiempo en su aplicación. ( )
- c) El cuestionario de McGill, consiste en presentar al paciente una serie de términos que describen las dos dimensiones que integran la experiencia dolorosa (sensorial y emocional); pero además incluye una tercera dimensión, que es la evaluativa. ( )
- d) La morfina no atraviesa el líquido cefalorraquídeo y en concentraciones altas pocas veces produce depresión respiratoria. ( )
- e) El tramadol es un analgésico central débil que puede ser asociado con AINES. ( )

### ANEXO N° 3

#### ALTERNATIVAS DE RESPUESTA DE LA ENCUESTA SOBRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS EN EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES ADULTOS

---

Pregunta	Respuesta
1.	5
2.	5
3.	A
4.	E
5.	a (3) b (2) c (5) d (6) e (4) f (1)
6.	E
7.	1
8.	3
9.	A
10.	D
11.	B
12.	B
13.	4
14.	F
15.	G
16.	a (F) b (V) c (V) d (F) e (V) f ( )



**ANEXO N° 4**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR  
VOLUNTARIAMENTE EN LA INVESTIGACIÓN**

**“NIVEL DE CAPACITACIÓN Y EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS  
ENFERMERAS SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES  
ADULTOS. HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY”**

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que conozco los objetivos de la investigación que se realizará con pacientes adultos atendidos en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. Además me han hecho saber que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Por tal motivo, y en pleno uso de mis facultades, autorizo a la investigadora la recolección de información de mi persona que sean solicitados por la investigación.

.....  
Firma o huella digital de la usuaria

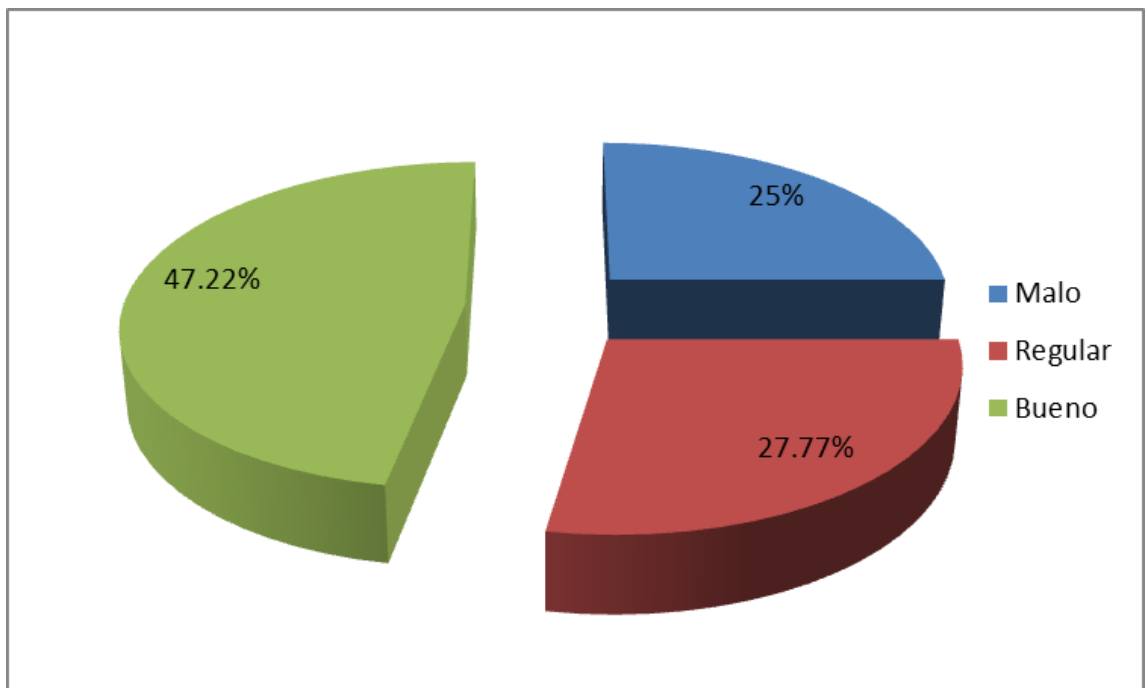
.....  
Firma de la investigadora

Trujillo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2014

ANEXO N° 5

GRÁFICO N° 1

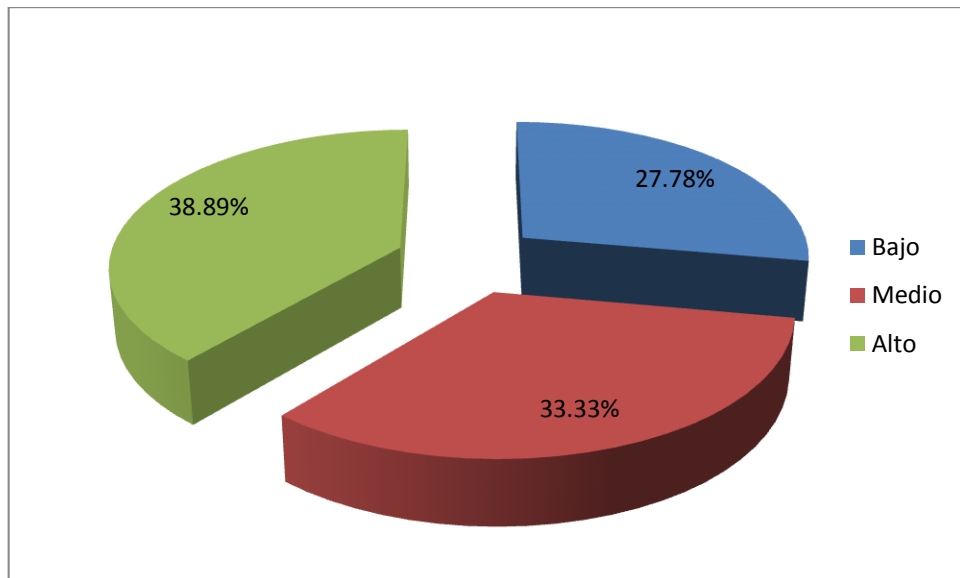
NIVEL DE CAPACITACIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR POST OPERATORIO EN PACIENTES ADULTOS. HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY.



Fuente: Tabla 1

## GRÁFICO N° 2

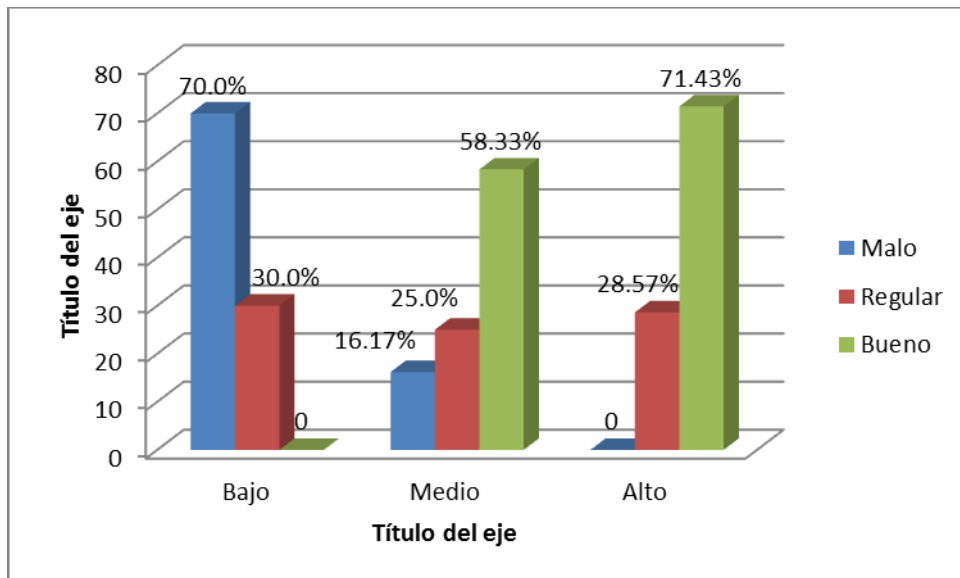
**GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR POST OPERATORIO EN PACIENTES ADULTOS. HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY.**



**Fuente:** Tabla 2

### GRÁFICO N° 3

#### NIVEL DE CAPACITACIÓN Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR POST OPERATORIO EN PACIENTES ADULTOS. HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY.



Fuente: Tabla 3