

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
ESCUELA DE POSGRADO  
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA SALUD**



**“INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL CONOCIMIENTO  
DEL MANEJO DEL DOLOR EN ENFERMERAS DEL  
HNERM – ESSALUD 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAESTRO EN GERENCIA EN SALUD**

**Autores:  
Alcántara Plasencia Betty Diomira  
Márquez Eguiluz Karina Juana**

**Callao - 2018  
PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

Dra, ANGÉLICA DÍAZ TINOCO	PRESIDENTA
Dr. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA	SECRETARIO
Mg. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES	VOCAL
Dra. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	VOCAL

**ASESORA: Mg. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA**

Nº de Libro: 01

Nº de Folio: 195 y 196

Nº de Acta: 066 y 067

Fecha de Aprobación: 28/01/2019

Resolución de Sustentación: 051-2019-CDUPG-FCS de fecha 23 de enero de 2019 para obtener el grado académico de Maestro en Gerencia en Salud.

## **DEDICATORIA**

A mi Familia por el apoyo y soporte constante que me han permitido completar este trabajo.

A mis Profesores por sus conocimientos dirección y tiempo compartido.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis queridos maestros por su constante asesoría  
Agradecida a la institución de Essalud por darme la  
oportunidad de trabajar y brindar mis conocimientos  
al paciente y familia en la unidad de terapia del dolor  
y cuidados paliativos

## INDICE

<b>INDICE</b> .....	<b>1</b>
<b>TABLAS DE CONTENIDO</b> .....	<b>3</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>8</b>
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	8
1.2. Formulación de problema.....	10
1.2.1. Problema General .....	10
1.2.2. Problemas específicos: .....	10
1.3. Objetivos de la investigación .....	11
1.3.1. Objetivos específicos: .....	11
1.4. Limitación de la investigación.....	11
<b>CAPITULOII: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>12</b>
2.1 Antecedentes.....	12
2.1.1 Antecedentes Internacionales .....	12
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	18
2.2 Marco.....	21
2.3. Definición de Términos básicos .....	52
<b>CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b> .....	<b>53</b>
3.1. Hipótesis.....	53
3.2. Operacionalización de variables.....	53
<b>CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>55</b>
4.1. Tipo y Diseño de la Investigación.....	55
4.2. Población y muestra .....	55
4.3. Técnicas e instrumentos de Recolección de la información .....	56
4.4. Plan de trabajo de campo.....	57
4.5. Análisis y procesamiento de datos .....	57

<b>CAPITULO V. RESULTADOS.....</b>	<b>59</b>
<b>CAPITULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>68</b>
6.1 Contrastación de Hipótesis.....	68
6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares .....	69
6.3 Responsabilidad Ética .....	71
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>73</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>79</b>
Anexo 1 Matriz de Consistencia .....	80
Anexo 2 Intervención educativa en el manejo del dolor en los pacientes de la unidad funcional de soporte -enfermedades cronicas Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-2018.	82
Anexo 3: Encuesta.....	86
Anexo 4: Consentimiento Informado.....	89
Anexo 5: Otros.....	90

## **TABLAS DE CONTENIDO**

### **Lista de Cuadros**

Cuadro 5.1 Características del grupo experimental y grupo control. ....	59
Cuadro 5.2: Conocimientos de las enfermeras sobre el manejo de dolor antes de la intervención educativa según edad. ....	60
Cuadro 5.3: Conocimientos de las enfermeras sobre el manejo de dolor antes de la intervención educativa según tiempo de servicio. .....	61

## Lista de Gráficos

Gráfico 5.1: Gráfico de caja y bigote de los puntajes de los enfermeras del pretest según su edad (N=40).....	60
Gráfico 5.6: Caja y bigotes de las respuestas correctas antes y después de la intervención educativa (grupo experimental y grupo control ).....	66

## RESUMEN

El trabajo de investigación se realizó en el centro de trabajo de la institución de ESSALUD Hospital Edgardo Rebagliati Martins y el interés de mejorar las intervenciones en enfermería sobre el manejo del dolor, tuvo como:

**Objetivo** determinar la efectividad de la intervención educativa en el conocimiento del manejo del dolor en las enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

**Metodología** fue tipo descriptivo cuantitativo, los datos encontrados fueron medibles, el diseño tipo cuasi experimental, se tomó un antes y después el instrumento luego de aplicar la intervención educativa al grupo experimental y de corte transversal se estudió la variable de los conocimientos en el manejo del dolor se seleccionó la población a 40 enfermeras que trabajan con pacientes con dolor, divididos en grupos control y experimental. Se aplicó a las enfermeras la intervención educativa sobre Manejo de Dolor al grupo experimental con la aprobación del documento de consentimiento informado. La información se recolectó con un cuestionario con 30 preguntas, los datos se analizaron con el programa estadístico stata14.

**Los resultados** demuestran que las enfermeras que recibieron el entrenamiento para mejorar sus conocimientos sobre el dolor tuvieron notas aprobatorias (mayores a 13) en todos los casos. Contrariamente en el resto de enfermeras (grupo control), más del 90% de los casos fueron desaprobatorios (menores a 13).

**Conclusión** la aplicación de la intervención educativa es efectiva en la modificación de los conocimientos de manejo de dolor en enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

**Palabras clave:** Efectividad, intervención educativa, conocimientos en el manejo del Dolor

## **ABSTRACT**

The objective of this research work was to determine the effectiveness of the educational intervention in the knowledge of pain management in nurses of the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital.

The methodology was quantitative descriptive type and the quasi-experimental, cross-sectional design had as a population 40 nurses working in pain who were trained in the educational intervention on Pain Management, with experimental and control groups in pretest and posttest, a questionnaire was used with 30 questions, the data was analyzed with the stata14 statistical program. The results show that the nurses who received training to improve their knowledge about pain had passing grades (greater than 13) in all cases. Conversely, in the rest of the nurses (controls), more than 90% of the cases were disapproved (less than 13). This demonstrates the effectiveness of the educational intervention in knowledge of pain management.

---

Keywords: Effectiveness, educational intervention, knowledge in the management of Pain

## INTRODUCCIÓN

El dolor considerado como el síntoma que causa mayor molestia e incomodidad en el ser humano llevándolo a la postración, es uno de los trastornos que más afecta y preocupa a las personas limitando su actividad física y psicológica y con mayor frecuencia motiva una consulta médica.

Los enfermeros son los profesionales que pasan mayor tiempo cuidando de los pacientes, es la encargada de valorar al paciente en todo su entorno, siendo el dolor uno de los síntomas que más implicancia tiene en la recuperación de su salud por lo que el trabajo de la enfermera juega un rol primordial en la salud del ser humano en la Protección, la mejora y la preservación de la dignidad humana, el cuidado involucra valores, voluntad y un compromiso que se dedica al cuidado de la salud donde es importante una intervención educativa que imparta conocimientos para el manejo adecuado y alivio del dolor.

La presente investigación aborda la importancia de una intervención educativa y su efectividad en los conocimientos de manejo del dolor en enfermeras que trabajan en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, ESSALUD, El incremento significativo de conocimiento aprendido por las enfermeras está basado en la voluntad y entusiasmo, ya que nuevos conocimientos son importantes que tienen valor inmediato en sus vidas el desempeño laboral como la voluntad de aprender, la experiencia, el tiempo de servicio hace a la enfermera autónoma, todo esto están conectados a sus conocimientos basados en el aprendizaje teórico práctico para tratar y mejorar la calidad asistencial del paciente y familia

## **CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

El dolor crónico representa un problema de salud en diferentes países del mundo, su diagnóstico en ocasiones plantea un reto y su tratamiento se complica cuando tiene una causa múltiples factores

En Europa se pone de manifiesto algo que era un secreto a voces: el dolor crónico es un problema de escala europea (diríamos de escala planetaria), afectando a uno de cada cinco adultos. Es decir, el 20% de los adultos europeos padece desde al menos seis meses dolor de forma permanente, el dolor acompaña a los pacientes desde hace al menos siete años de media y dos tercios de ellos (68%) padece este dolor durante 12 horas al día pese a recibir tratamiento (1). Según la Sociedad Española de Dolor, el dolor es de todos; de los profesionales, pacientes y cuidadores, así como de las asociaciones de pacientes, Más de un 90% de los pacientes han acudido a un profesional a causa de su dolor.

De hecho, de acuerdo al Ministerio de Sanidad, en su documento “Unidad de tratamiento del dolor: Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad”, un 30,9% de los españoles que acude a las consultas de Atención Primaria lo hace en respuesta al dolor crónico que padece. (Guía del manejo del dolor. Acreditado y revisado por la Fundación Josep Laporte de la Universitat Autònoma de Barcelona).

Según una revista de Estados Unidos Listin Diario (25-08-2015) millones de personas sufren de dolor, aumentando los costos de tratamiento, rehabilitación, carga emocional al paciente y familia. Según el informe reciente del Instituto de Medicina, El Alivio del Dolor en los Estados Unidos: Un Modelo para la Prevención, la Transformación, El Cuidado, La Educación y La Investigación, “el dolor es un problema de

salud pública tan significativo que cuesta a la sociedad entre 560 y 635,000 millones de dólares al año, una cantidad igual a aproximadamente 2,000 dólares para todos los que viven en Estados Unidos”.

La American Pain Society ha estimado que el costo por asistencia sanitaria, la discapacidad y la pérdida de productividad asociada al dolor en ese país, representa uno de los mayores gastos en políticas sanitarias (1).

En México, alrededor de 28 millones de habitantes padecen el dolor crónico degenerativo, y en adultos mayores la prevalencia es menor a 42%. (1).

Nuestro país no está ajeno a esta problemática, en un congreso de dolor de Laboratorios Grünenthal a través de su programa de Educación Médica Continua Change Pain congregó en la ciudad del Cuzco a diversos especialistas de Perú, Ecuador, Bolivia y a reconocidos expertos nacionales e internacionales quienes confirmaron que 98 millones de latinoamericanos sufren de dolor, de los cuales alrededor del 40% no está satisfecho con la manera en que se maneja esta enfermedad. (2)

Según la portada de Essalud (agosto 2018) el 80 % de los pacientes oncológicos sufren de dolor crónico, los cuales requieren de cuidados paliativos para aliviar los problemas físicos, psicosociales y espirituales.

El Hospital Edgardo Rebagliati Martín cuenta con el servicio de terapia del dolor y cuidados paliativos, donde se atiende pacientes crónicos oncológicos, generando la mayor parte de atenciones, procedimientos diferentes para cada tipo de paciente, sea hospitalaria o extra hospitalaria, siendo la enfermera el profesional responsable de la atención y de la administración del tratamiento.

Se observó que no existe un protocolo de atención en los servicios del hospital para la atención de pacientes con dolor crónico necesario integrar un marco conceptual adecuado y guías prácticas.

Ante tal problemática resulta importante realizar una intervención educativa a las enfermeras que atiende a pacientes ambulatorios de los servicios de la unidad funcional de soporte de enfermedades crónicas (cophoes), servicio de sala de operaciones del 10B y pacientes de mayor índice de operaciones con diagnósticos de neoplasia en el servicio de hospitalización 6B

La importancia fue capacitar sobre dolor y técnica de aplicación del tratamiento oncológico para determinar la efectividad de la intervención en los conocimientos del manejo de dolor en enfermeras que trabajan en dolor del HNERM-2018

## **1.2. Formulación de problema**

### 1.2.1. Problema General

¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa en el conocimiento del manejo del dolor en enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ESSALUD 2018?

### 1.2.2. Problemas específicos:

¿Cuáles son los conocimientos del manejo del dolor según edad y tiempo de servicios antes de la intervención educativa en el personal de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018?

¿Cuáles son los conocimientos de manejo del dolor en el grupo Experimental antes y después de la intervención educativa?

¿Cuáles son los conocimientos de manejo del dolor en el grupo control antes y después de la intervención educativa?

¿Comparar los conocimientos de manejo del dolor en el grupo experimental y el grupo control antes y después de la intervención

educativa a enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?

### **1.3. Objetivos de la Investigación**

- Determinar la Efectividad de una intervención educativa en el conocimiento del manejo del dolor en enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018

#### 1.3.1. Objetivos específicos:

- Identificar los conocimientos de manejo del dolor en el grupo experimental antes y después de la intervención educativa.
- Identificar los conocimientos de manejo del dolor en el grupo control antes y después de la intervención educativa.
- Comparar los conocimientos de manejo del dolor en el grupo experimental y grupo control a enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Comparar los conocimientos de manejo del dolor en el grupo experimental y grupo control a enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

### **1.4. Limitación de la investigación**

- La revisión teórica se cambió por prolongar el tiempo de proyecto y la espera de aceptación por el comité de capacitación y ética del hospital Edgardo Rebagliati Martins.
- Diferentes horarios de trabajo de las enfermeras de estudio, servicio de cophoes, sala de operaciones 10B, servicio de cirugía 6B
- Presencia de Equipo Médico y ausencia de enfermería en el comité de capacitación en la sustentación del trabajo de investigación del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

#### 2.1.1 Antecedentes Internacionales

**Vargas Escobar, Lina María** Bolivia (2017) en el estudio “Intervención educativa para enfermería: Cuidado espiritual durante la enfermedad crónica” cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de la intervención educativa cuidado espiritual de enfermería: integridad del ser humano en el cuidado en personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónicas, se diseñó una intervención educativa para fortalecer la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería . Se planteó un diseño cuasi experimental, con grupo control y experimental y evaluación pre y post prueba. Participaron enfermeras y auxiliares de enfermería de tres instituciones clínicas, seleccionadas en un muestreo no probabilístico, por conveniencia y asignación 1:1 para el grupo experimental (n= 112) y el control (n= 110). Resultados: la intervención modificó significativamente la percepción final total de la espiritualidad y el cuidado espiritual ( $p < 0,016$ ), con un tamaño del efecto  $d= 0,4$  y una  $P= 0,84$ . Fue efectiva en modificar significativamente la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual total ( $p > 0,001$ ), así como la sub escala de percepción de la espiritualidad, cuidado espiritual y cuidado personalizado ( $f 0,001$ ); sin embargo, la sub escala percepción del cuidado espiritual final no presentó diferencias significativas al comparar los grupos ( $p > 0,024$ ). grupo ( $p > 0,024$ ) conclusiones: la intervención fue efectiva en modificar la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual. Debe comprobarse su efectividad en entornos diferentes al de este estudio y se evidencia la necesidad de capacitar al personal de enfermería en esta temática a fin de que este cuidado se implemente en la práctica en el cuidado de personas en situaciones de enfermedad crónica, (3)

**Montealegre Gómez DC.** Bogotá, 2014.” Es su trabajo de investigación titulado “Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización” tiene como -objetivo visualizar el dolor de las personas y generar una reflexión para entender el dolor y sufrimiento, formular retos que motivan a enfermería a educarse continuamente en este tema. Su estudio consistió en artículos de análisis amplio de la literatura sobre publicaciones relacionado con el dolor reflexión y formulaciones de retos para enfermería basados en la experiencia clínica del cuidado a pacientes con dolor. Los resultados fue revisar la historia de la evolución del concepto dolor , Concluye no es posible evitar el dolor, pero se puede aliviar, Interactuar con el dolor y con cada uno de sus eventos, lleva un implícito poseer un entrenamiento e información amplia sobre aspectos del dolor, en este nuevo ciclo los retos son la humanización del cuidado y formación en dolor (4)

**Parra de la cruz Rubén Alejandro** En su investigación “documentación de enfermería sobre valoración y manejo del dolor en pacientes post operados hospitalizados tuvo como objetivo: analizar la documentación de enfermería sobre valoración y manejo del dolor en pacientes post-operados hospitalizados, antes y después de una intervención educativa realizado en un hospital, privado de San Luis Potosí, metodología : enfoque cuantitativo, pre-intervención post intervención, muestreo no probabilístico por conveniencia, se revisaron 217 hojas de enfermería en pacientes post operados hospitalizados, 108 para la pre intervención y 109 en la post-intervención, se aplicó planilla de documentación de valoración y manejo del dolor [PDVMD] se utilizó Ji cuadrado como prueba de hipótesis . Estudio desarrollado en tres etapas: 1) pre-intervención se revisó la documentación de enfermería sobre dolor y su manejo, 2) se desarrolló la intervención educativa al personal de enfermería; 3) la post intervención, con la revisión de la documentación. Resultados se encontró una diferencia significativa en la documentación de la post-intervención, en la documentación de la

valoración del dolor ( $X^2= 17,95p=.000$ ), presencia del dolor ( $X^2=11.69 p= .000$ ), nivel de intensidad ( $X^2= 46.96 p= .000$ ) y localización ( $x^2= 64,41 p=000$ ) respecto al manejo en las acciones farmacológicas y no farmacológicas ( $x^2 z 54,92p= .000$  y  $x^2= 26.91 p=.000$ ) respetivamente y evaluación de las acciones para el manejo del dolor ( $X^2= 138.81 p= .000$ ) también se obtuvo una diferencia significativa con predominio en la post-intervención al calcular el índice de manejo del dolor de acuerdo a la documentación de enfermería ( $X^2=12.12p=.003$ ) conclusiones: la documentación de la valoración y del manejo del dolor, se encontró deferencia estadísticamente significativas 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 (5)

**Reñones Cregos, María de la Concepción y Otros. España, 2012-2014,** En el trabajo de investigación titulado “Estrategias para la Mejora del Cuidado del Paciente Oncológico”, en el proyecto SHARE. El objetivo fue establecer estrategias que mejoren la calidad de vida y los cuidados enfermeros en el paciente oncológico y su familia. Se llevó a cabo en 3 fases. Primero, se realizó una búsqueda bibliográfica para identificar las estrategias, intervenciones y herramientas que mejoren el cuidado del paciente oncológico. En una segunda fase se consensuaron estas intervenciones y en una tercera fase otro grupo de expertos en cuidados oncológicos las categorizó, determinando las más prioritarias y factibles para su implementación. Se identificaron 3 acciones estratégicas: disponer de un profesional de Enfermería de referencia para el seguimiento de manera presencial o telefónica, diseñar programas de educación terapéutica con protocolos específicos y garantizar la formación específica

de los profesionales. Estas acciones están orientadas a mejorar la atención sanitaria y la calidad de vida de los pacientes oncológicos y sus familias a través del desarrollo de roles enfermeros avanzados, con un mayor grado de autonomía. Esto sitúa a las enfermeras como gestoras y coordinadoras del cuidado integral del paciente oncológico (6)

**Ivonne Brevis Urrutia y otros (2014)** en su estudio “efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre la modificación de factores de riesgo coronarios” el objetivo fue de evaluar la efectividad de una intervención educativa en pacientes que padecieron un infarto agudo al miocardio, el Estudio fue de tipo cuasi-experimental, realizado en la Unidad Cardioquirúrgica del Hospital Clínico Regional de Concepción, de enero a septiembre del 2012, con múltiples factores de riesgo coronarios, los que fueron sometidos a un régimen de ejercicios físicos, así como sesiones educativas. La muestra estuvo constituida por 63 pacientes, el grupo control por 32 pacientes y el grupo experimental por 31, aplicando a ambos grupos una encuesta biosociodemográfica. Los resultados fueron que los factores de riesgo coronario: obesidad, sedentarismo, hábito de fumar, e hipertensión arterial disminuyeron significativamente. Conclusión fue que La realización de esta intervención educativa orientada a la rehabilitación cardiovascular, cumple un papel valioso en la modificación de los factores de riesgo coronario, lo que disminuiría la morbimortalidad por esta enfermedad. (7)

**Ortega-López, Rosa Margarita, 2018** en su estudio en “Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería”. Cuyo objetivo fue determinar la efectividad de un programa educativo en el personal de enfermería en manejo de dolor en pacientes con problemas crónicos degenerativos y quirúrgicos. Con diseño pre-experimental con pretest postest. La población de estudio estuvo integrada por personal de enfermería (42) de dos instituciones de salud de seguro nivel de atención,

del sector público. Para los conocimientos y actitudes sobre dolor se utilizó un cuestionario. La media de respuesta correcta del conocimiento pretest fue de 50,9 (DE = 9,65), valor mínimo de 28,1 y máximo 78,1; y en el post test la media fue de 70,4 (DE= 10,9) valor mínimo de 40,6 y máximo 90,6. Posterior a la intervención educativa, se encontró mayor conocimiento en el personal de enfermería ( $t(41) = -12,98$ ;  $p(10)$ )

Se concluyó que, la intervención educativa al personal de enfermería fue efectivo y mejoró el conocimiento sobre el manejo del dolor en los pacientes ya que los primeros brindaron una mejor atención y cuidados, posteriores a la intervención educativa (8).

**Caño-García. Laura** España. 2014, en el estudio realizado: “Efectividad de un programa educacional multidisciplinario estandarizado en enfermos de artritis reumatoide, lupus eritematosos sistémicos y espondilitis anquilosantes” Objetivo: Evaluar si los resultados de una intervención educativa estandarizada para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la función física, la adherencia terapéutica y el dolor es igual efectiva en 3 grupos diagnósticos: Artritis reumatoide(AR) lupus eritematoso sistémico(LES), espondilitis anquilosante(EA). Método, estudio de intervención abierta no controlada, se impartió educación e intervención de actividades formativa grupal impartida por una enfermera, un psicólogo, una terapeuta ocupacional y una fisioterapeuta, 30 pacientes con los temas tratados: (1) Que es EA/EA/LES; (2) el tratamiento;(3) fomento de conductas saludables y de protección articular; (4) manejo no farmacológico del dolor; (5) la actividad Física; (6) ayudas técnicas para la vida diaria. Las variables de desenlace calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), fue evaluada por EUROQOL 5 dimensiones, (EQ-5D), 36 Item Short Form Health Survey (SF-36); la percepción del dolor y la valoración general de la enfermedad por el paciente mediante escala análoga visual (EVA) (0-10); la función física mediante Health assessment Questionnaire (HAQ) para AR y LES y HAQ-EA para los de EA; la adherencia

al tratamiento mediante el test Moriski-Geen; el afrontamiento ante el dolor crónico el cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico(CAD).

Las variables individuales como las variables de resultado fueron recogidas antes de la actividad y 3 meses después de la misma. El análisis estadístico la comparación ente grupos de diagnóstico de las variables cuantitativas se efectuó mediante la prueba de ANOVA de un factor. Resultado, la intervención mejoro en todos los pacientes.

Conclusiones: el programa educacional multidisciplinar estandarizado para enfermos de EA, AR y LES. produce una modificación en el autocuidado de los paciente con enfermedades IMID, que mejora aspectos tan importantes como el dolor, la fatiga, la calidad de vida y el sueño (9).

**D. Reyes Chiquete y otros.** España 2011. En el estudio de Epidemiología del dolor por cáncer de los autores, La probabilidad de sufrir una afección tumoral aumenta en la mayor parte de los países, tanto por el aumento en la media de vida como por el incremento en los factores de riesgo. No todos los pacientes sufren dolor, sin embargo, es el síntoma que más preocupa al paciente, sobre todo cuando no es la historia natural de la enfermedad la que lo genera, sino los tratamientos.

El dolor de origen neoplásico constituye un problema de enorme importancia sanitaria y social. Es una enfermedad frecuente que debe ser correctamente atendida, por lo que es necesario realizar investigaciones epidemiológicas y encontrar tratamientos farmacológicos e intervencionistas idóneos para el manejo del dolor en pacientes con cáncer avanzado, además de proyectar la atención médica a un futuro próximo. Resulta elemental que el gobierno y los organismos no gubernamentales incluyan en sus normas las recomendaciones de la OMS, a fin de que se pueda garantizar la atención, mediante la disponibilidad, distribución, prescripción y administración de opioides (1)

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales.**

**Timaná Yenque Lilliana Zedeyda**, (2014). “Efectividad de una intervención educativa con CD. multimedia en conocimientos y percepción de riesgo acerca de infecciones de transmisión sexual, en adolescentes del 3º al 5º año de secundaria de la región Callao” tiene como objetivo determinar la efectividad de una intervención educativa con CD multimedia en comparación con una intervención educativa tradicional de tipo expositivo en los conocimientos y en la percepción de riesgo acerca de las infecciones de transmisión sexual e infección por VIH/SIDA; de los adolescentes del 3º al 5º año de secundaria de las Instituciones Educativas del sector público de la Región Callao. Fue de diseño cuasi- experimental con pre y post pre y grupo control la muestra estuvo constituida por 175 adolescentes cuya edad promedio fue de 14.7 años. Se desarrolló una intervención educativa sobre conocimientos y percepción de riesgo de infecciones de transmisión sexual e infección por VIH/SIDA en adolescentes del 3º al 5º de secundaria en comparación a una intervención educativa tradicional de tipo expositivo. Los resultados fueron que no existe evidencia para aceptar que la intervención educativa con CD multimedia sea más efectiva en mejorar el nivel de conocimientos y la percepción de riesgo de ITS en adolescentes del 3º al 5º año de secundaria de las instituciones educativas del sector público de la Región Callao, en comparación a la IET de tipo expositivo.

Pero independientemente de la estrategia expositiva se evidencio mejoría significativa en el nivel de conocimientos sobre ITS e infección por VIH/SIDA (19.9 vs 24.2,  $p < 0.000$  y 15.5 vs 20.2,  $p < 0.000$ , respectivamente) (10)

**Ahuanari Ramirez, Ada Nisi (2016)** “Intervención Enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima”. Cuyo objetivo fue determinar la intervención enfermera en el manejo del dolor de los pacientes post-operados de cirugía abdominal en el Hospital Nacional Dos de Mayo, según opinión de los pacientes. Tuvo diseño metodológico Investigación cuantitativa, nivel aplicativo, método descriptivo y corte transversal. Usaron como Instrumento la escala tipo Likert, sometido a juicio de expertos,  $p = 0.013$ . la muestra estuvo conformada por 40 pacientes pos operados de cirugía abdominal. Los resultados fueron que 60% de los pacientes opinaron que la intervención enfermera en el manejo del dolor es ausente. Según el Manejo farmacológico: 65% indicaron que la intervención está presente, el 35% que es ausente; 70% y 60%, respectivamente, indicaron que la “administración de medicamentos” y la “evaluación del efecto del medicamento para el dolor” está presente, 55% que la “valoración del dolor” es ausente. Manejo no farmacológico: 65% que la intervención es ausente y el 35% que está presente; en estrategias alternativas, llegando a las conclusiones que las intervenciones enfermeras en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal enfatizan el manejo farmacológico, se resalta la administración de medicamentos y la evaluación de resultados más que la valoración del paciente. Las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor no son realizadas en su mayoría. (11)

**Ramírez Aliaga, Roxana y otros en su estudio (2015)** “Efectividad de una intervención educativa en el conocimiento de loncheras saludables y su contenido en las madres de preescolares” cuyo objetivo fue Determinar la efectividad de una intervención educativa en el nivel de conocimiento de la preparación de loncheras saludables, en madres de niños preescolares de la Institución Educativa Patricia Teresa Rodríguez 3019 Rímac, 2015. Tipo de estudio cuantitativo, diseño pre experimental y longitudinal. La

muestra estuvo constituida por 25 madres del colegio Patricia Teresa Rodríguez 3019 – UGEL 02 Rímac, los resultados fueron que antes de la intervención educativa 52% (13) de madres tuvieron un nivel de conocimiento bajo sobre la lonchera saludable, después de la intervención educativa 100% (25) obtuvo nivel alto. Antes de la intervención educativa 68% (17) tuvieron un nivel bajo de conocimientos sobre los tipos de alimentos, después de la intervención educativa el 96% (24) obtuvo un nivel alto. Antes de la intervención educativa 56% (14) tuvieron nivel bajo de conocimientos sobre las formas de preparación de loncheras saludables y el 44% (11) obtuvieron un nivel medio, después de la intervención educativa 100% (25) obtuvo nivel alto. Antes de la intervención educativa 64% (16) obtuvo nivel bajo de conocimientos sobre el contenido de las loncheras saludables, después de intervención educativa el 100% (25) de madres obtuvo un nivel alto. Conclusión: Concluyendo que la intervención educativa fue efectiva en los conocimientos de las madres sobre la lonchera saludable, evidenciándose mejoramiento de éstos después de su participación, obteniendo la totalidad de madres un nivel alto de conocimientos. (12)

**Flores Alguiar Nadia Victoria (2018)** en su estudio “Efecto de una intervención educativa en el manejo de ansiedad en pacientes durante el periodo preoperatorio mediato en el servicio de cirugía del hospital María Auxiliadora junio – 2017” cuyo objetivo fue Determinar el efecto de una intervención educativa en el manejo de la ansiedad en pacientes durante el periodo preoperatorio mediato en el Servicio de Cirugía del Hospital María Auxiliadora, junio 2017., su metodología fue un estudio de enfoque cuantitativo, diseño pre – experimental en un solo grupo, desarrollado en una muestra de 30 pacientes en el periodo preoperatorio atendidos en el Servicio de Cirugía, aplicada la técnica de la encuesta y como instrumento el Test de Zung con el que se evaluó la ansiedad. Los resultados fueron Los pacientes tienen antes de la intervención educativa un nivel de

ansiedad moderada 65% (20), leve 25% (7) y grave 10% (3). Después de la intervención educativa la ansiedad es de nivel leve 80% (24), moderada 15% (4) y grave 5% (2). Conclusión: La intervención educativa produce un efecto significativo en el manejo de la ansiedad en pacientes en el periodo preoperatorio mediato en el Servicio de Cirugía del Hospital María Auxiliadora, junio 2017. (13)

## **2.2 Marco**

### **2.2.1 Bases**

#### **1.- Intervención Educativa**

Las sociedades humanas de hoy se encuentran mediatizadas por los fenómenos que la llamada sociedad de la información y del conocimiento ejerce sobre ellas los que se producen de modo espectacularmente rápido, y es preciso articular la forma en que las personas no se queden excluidas del conocimiento, sino que accedan de modo efectivo al mismo, el aprendizaje a lo largo de la vida”, cobra un especial significado. Las personas adultas no sólo realizan aprendizajes desde una perspectiva economicista o productiva, sino motivacional.

En salud las nuevas tecnologías aplicadas al mundo de la información y la comunicación, también exige formación específica para la población adulta por encima de sus decisiones individuales, Todo este panorama sólo viene a corroborar la necesidad actual de estar permanentemente aprendiendo, de la que es difícil escapar, y por supuesto no es deseable hacerlo.

#### **Teoría de aprendizaje en adultos**

Las constantes y vertiginosos cambios que vivimos, el conocimiento y la información ha cambiado radicalmente, no existe una edad para aprender, los adultos por muy adultos que seamos, estamos motivados por estar actualizados nuestros conocimientos o simplemente aprender cosas nuevas.

Los adultos aprenden de manera distinta a los niños y jóvenes por lo tanto

las estrategias de enseñanza son diferentes y se debe tener en cuenta para la elaboración de sus materiales de aprendizaje así sus técnicas, tecnologías y metodologías para facilitar el aprendizaje en los adultos hay que entenderlo como los adultos procesan y aprenden la información para planificar cualquier tipo de acción de aprendizaje resulta fundamental prepara su diseño en base a una buena comprensión de la teoría del aprendizaje, puesto que son estudiantes autónomos prácticos con conocimientos previos e ideas muy claras acerca de lo que es útil para ellos. Los estudiantes adultos cuanta mayor información educativa tenga son más deseosos de aprender cosas nuevas.

### **Las teorías para el aprendizaje en adultos**

Son Andragogía, el aprendizaje transformacional y el aprendizaje experiencial y todos coinciden con desarrollar técnicas y experiencias de aprendizaje que sean efectivas para los estudiantes adultos.

#### **Teoría 1: Andragogía**

Se basa en que los adultos aprenden de manera muy distinta al público joven, no son tan “fáciles” de entender como los niños van al grano, obtienen el conocimiento en forma rápida y sencilla.

Las características de los estudiantes adultos atraen su colación a sus experiencias en todo el proceso de aprendizaje.

Según Knowles, los estudiantes adultos se diferencian de los estudiantes jóvenes en los siguientes aspectos:

-Motivación y necesidad de conocimientos:

Los adultos necesitan saber el “porque” aprender algo. Es necesario que haya una motivación, no es fácil persuadir a las personas de ese porque necesitan saber algo nuevo, pedirles su opinión sobre lo que quieren aprender, como lo aplicarían y como esto les ayudaría a alcanzar mejores habilidades y conocimientos para completar su formación y enseñarles el

beneficio para su aprendizaje y formación.

-Voluntad y entusiasmo: considerar que los nuevos conocimientos son importantes que tienen un valor inmediato en sus vidas y su desempeño y tengan la voluntad de aprender, es necesario que exista una conexión emocional para conseguir la participación activa durante el proceso aprendizaje para lo cual el educador fomenta un ambiente agradable, divertido, además de incluir elementos que sean visualmente atractivos, tener en cuenta la experiencia del alumno a lo largo de todo el proceso.

-Experiencia: Las experiencias serán la base y referencia de su proceso de aprendizaje, las cuales están conectados y coinciden en gran medida su forma de analizar y desarrollar nuevas ideas, nuevos aprendizajes a través de dinámicas interactivas, discusiones de grupo, los estudiantes enlazaran sus conocimientos con nuevos aprendizajes.

-Autonomía: Los adultos son más autónomos y autosuficientes, independientes, por lo que necesitan tener mayor control en su proceso de aprendizaje. El formador no será rígido, sino un facilitador en el aprendizaje de los estudiantes dando flexibilidad en las técnicas de instrucción.

-Orientación: el aprendizaje no debe estar basado en largas jornadas de teoría sino en tareas simples que cumplan con sus actividades laborales guiado por facilitador. Así los conocimientos serán adquiridos rápidamente con mayor habilidad y confianza a la hora de poner en práctica.

### **Andragogía, educación durante toda la vida**

Considerada un neologismo para denominar la educación permanente o durante la educación permanente o durante toda la vida, se define como una ciencia o método para orientar el aprendizaje de los adultos. En la praxis andragógica participa sujetos adultos unos como facilitadores y otros como aprendices. La práctica andragógica es la metodología y estrategias que se utilizan en el proceso de orientación y aprendizaje que debe darse en la educación de adultos.

La andragogía tiene como centro el sujeto a educar se fundamenta en

el “aprendizaje basado en problemas” son el punto de partida para la adquisición e integración de los nuevos conocimientos. Se aprende a cualquier edad y no se contrapone a la pedagogía, sino que ambas se complementan.

El aprendizaje basado en problemas: Se desarrolla en grupos o talleres en los que los participantes con ayuda de un tutor o mediador buscan solucionar los problemas planteados. Esta modalidad es usada en las jornadas de educación continua y ha sido adoptado por escuelas de medicina de todo el mundo.

Este aprendizaje está basado en la práctica diaria, en el trabajo mismo, intercambio de experiencias vividas, interconsultas, difusión a través de trabajos impresos de casos clínicos, resultados de investigaciones, revisiones y otras. (14)

## **Teorías 2: Aprendizaje Transformacional**

Basada en la construcción y diseño de procesos de aprendizaje que generan cambios de perspectivas y de esquemas mentales en las personas adultas, los cuales presentan resistencia a los cambios y sabotean su propio proceso por su cultura propia de su mente y en su personalidad. Desarrollada por Jack Mezirow en 1990. Se refiere que nuevos conocimientos amplían nuestras perspectivas se presentan en forma distinta cambiando nuestras ideas conceptos creencias dando paso a una mayor flexibilidad y apertura de ideas. La reflexión del propio proceso es que los nuevos conocimientos adquiridos pueden hacer un replanteamiento de creencias y traer cambios sustanciales a nivel profesional y personal. Esta teoría se centra en tres aspectos:

- Primero: Comprensión de nuevos conceptos y cambio de pensamiento.
- Segundo: Fijar la importancia del nuevo conocimiento.
- Tercero: Reforzar el pensamiento crítico. Es debatir ideas, crear espacios de reflexión para evaluar sus creencias y pensamientos, incrementar su autoconocimiento y de esta manera estarán más abiertos y cómodos

durante el proceso de aprendizaje, liberando y dejando fluir mejor esa capacidad transformadora.

### **Teoría 3: Aprendizaje experiencial**

Basado en el aprendizaje producto de la experiencia, los estudiantes adultos adquieren y sintetizan nuevos conocimientos a través de sus propias vivencias, es decir aprender “haciendo”

David Kolb, autor de ésta teoría refiere que los adultos aprenden conceptos de los libros más rápidos y claramente experimentando en la realidad. Es más factible recordar algo que hicieron se considera este aprendizaje más activo por lo que será más fácil que la persona lo ponga en práctica o lo utilice en su entorno. En la teoría del aprendizaje experiencial se combina la experiencia con el conocimiento y el comportamiento, es decir las experiencias previas del estudiante son las que guían las pautas del nuevo aprendizaje, es considerada por muchos la forma más natural de aprendizaje, se considera cuatro fases fundamentales:

-Experiencia: El aprendizaje se genera a través de la acción, los adultos aprenden haciendo y por vivencias concretas, se aprende a través de simulaciones o evocación de situaciones reales, crear momentos que puedan ser recordados y que proporcionen información relevante.

-Observación y reflexión: Cuando los adultos adquieren la experiencia y luego pasan a observar y reflexionar sobre la misma, sus efectos o consecuencias hacen un análisis de lo experimentado.

-Conceptualización: Es la elaboración de conceptos basados en la experiencia vivida en su realidad, el estudiante adulto crea sus propios conceptos, ideas.

-Experimentación o vivencias: Es la práctica del aprendizaje, el estudiante adulto aplica sus actividades y practicas basado en su aprendizaje generando nuevas experiencias y conocimientos (15)

## **1.- Capacitación Del Personal De Salud**

El propósito de la capacitación es educar y entrenar al personal de la salud sobre aspectos fundamentales de la promoción de la salud, prevenir enfermedades y la pronta recuperación del paciente y las limitaciones del daño. El entrenamiento del personal de salud es un componente crítico que requiere de una inversión de tiempo y un programa para entrenar a los equipos de salud, lo que requieren de una serie de intervenciones entre ellas la educación y la capacitación y entrenamiento del personal de salud. Los programas de capacitación y entrenamiento del personal de salud deben adaptarse a la situación, en condiciones ideales. Los profesionales de salud Médicos, personal de enfermería y promotores de salud (en donde se encuentren) deben recibir alguna capacitación.

La mayoría de los establecimientos de la salud existe el programa de educación continua, donde se busca la mejora incesante de los servicios de salud, se involucra la capacitación constante del personal de salud pues se sabe que eso redundará en una mejor calidad y una mayor calidez en la atención, además se programan constantemente diversos programas de estudios diferentes, pensando en tópicos que reflejan la mayor problemática que obedece a la necesidad y al compromiso de ofrecer servicios de salud a la vanguardia de la salud de los pacientes. La programación anual de actividades de educación continua en sus diferentes modalidades educativas: cursos monográficos, congresos, visitas de docente, diplomados y adiestramiento en servicios dirigidas a la necesidad de capacitación específica en diversas áreas de la salud.

La estandarización hacia las mejores prácticas en medicina brinda mayor seguridad terapéutica a los pacientes y mejora la calidad de vida de ellos y sus familiares.

## **2.- Intervención Educativa en Enfermería.**

La enfermera como integrante importante de un equipo de salud tiene que actualizar y mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes estar atento

al avance del conocimiento y a la evolución científica, tecnológica, las demandas y las necesidades de la sociedad.

La intervención educativa en enfermería se define como conjunto de actividades de enseñanza-aprendizaje planeadas, teórico práctico siguiendo una secuencia de integridad que responden a objetos de aprendizaje. Para así lograr cambios en el comportamiento de las personas que participan en este proceso. Los componentes del programa de capacitación están dados por el conjunto de elementos relacionados entre sí, con el fin de producir modificaciones en el comportamiento de las personas destacan (16)

La intervención educativa se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación ya sean estos formales, no formales o informales. La acción (cambio de estado que un sujeto hace que acaezca) del educador debe dar lugar a una acción del educando (que no tiene que ser intencionalmente educativa) y no sólo a un acontecimiento (cambios de estado que acaecen a un sujeto en una ocasión), tal como corresponde al análisis de proceso formales, no formales e informales de intervención.

Componentes:

1. - Las personas comprometidas en el aprendizaje:
    - Unas aprenden
    - Otras Guían y orientan el aprendizaje.
  2. - El ambiente en el que se desarrolla el proceso educativo y que lo condiciona:
    - Recursos didácticos, Métodos didácticos, La evaluación, La supervisión
- . Etapas para un diseño del Intervención Educativa

**Primeramente** se debe realizar un diagnóstico macro y micro situacional, análisis del área donde se aplicara la intervención, buscar información, temas, conocer la población intervenida.

1.- Planeamiento: es la identificación y determinación de las necesidades de aprendizaje del grupo, la formación de los objetivos educativos y la

elaboración del programa educativo.

2- Ejecución del programa educativo. Aplicación del programa. Esta fase de ejecución es la más importante, el cual incorpora todos los elementos del proceso enseñanza aprendizaje centrado en el desarrollo humano (autoestima, trabajo en grupos, desarrollo de capacidades, planificación conjunta, responsabilidad compartida). Comprende los objetivos ya fijados. Los medios y recursos disponibles para lograrlos como instalaciones, inmuebles, personal, presupuesto para su adquisición y mantenimiento, condiciones de uso de esos medios según las estrategias establecidas, en talleres, número de sesiones, método de trabajo, demostraciones según cronograma de actividades, horarios, número de actuaciones por grupo o taller.

3- Evaluación del programa educativo. Se evaluará según objetivos Conclusiones finales. Elaboración del informe.

### **3.- Dolor**

Para Dr. Centeno Pascual, F. (1990) el término es definido en la última edición (2da) de la real academia española, basado en su etimología latina (dolor-oris) como: “aquella sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior” y también como” un sentimiento, pena o congoja que se padece en el ánimo” (17)

El dolor se produce cuando llegan a distintas áreas corticales del SNC un número de estímulos suficientes a través de un sistema aferente normalmente inactivo, produciéndose no solo una respuesta refleja, sino solo una sensación desagradable, sino una respuesta emocional con varios componentes:

- Componente Sensorial discriminativo: Base referencial a cualidades estrictamente sensoriales del dolor, tales como su localización, calidad. Intensidad y su característica.
- Componente Cognitivo-evaluativo: analiza e interpreta el dolor en función de lo que se está sintiendo y lo que puede ocurrir.

- Componente Afectivo -emocional: Por el que la sensación dolorosa se acompaña de ansiedad, depresión, temor, angustia etc. Respuesta en relación con experiencias dolorosas se acompaña de ansiedad, depresión, temor, angustia etc. respuestas en relación con experiencias dolorosas previas, a la personalidad del individuo y con factores socio-culturales. (18)

### **2.2.2 Bases conceptuales**

- **La intervención educativa**, consiste en brindar los conocimientos del manejo del dolor al personal de enfermería sobre el método y técnica de vía sub cutánea para del tratamiento oportuno de los fármacos en los infusores elastoméricos y en la aplicación del fármaco en tratamiento de rescate. En el tratamiento no farmacológico se aplicó otras técnicas o alternativas como los masajes, las compresas, los ejercicios que dan alivio al dolor, Se realizará la intervención Educativa en los conocimientos del manejo del dolor en tres sesiones Teórico Práctico en las instalaciones del servicio del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

### **Dolor**

La asociación internacional para el estudio del dolor (IASP) define al dolor como una experiencia sensorial y emocional no placentera asociada al daño tisular o potencial.

### **FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR**

La experiencia sensorial del dolor depende de la interacción entre el sistema nervioso y el ambiente. Los sistemas nerviosos periféricos y central intervienen en el procesamiento de estímulos nocivos y la percepción resultante del dolor

Entre las estructuras y mecanismos nervioso implicados en la transmisión de la percepción de dolor desde y hacia el área del cerebro que interpreta el dolor, están los nociceptores o receptores del dolor que son receptores

preferencialmente sensibles a estímulos nocivos. Y los mediadores químicos.

## **MECANISMOS DEL DOLOR**

### **Factores que influyen en la respuesta al dolor:**

Existen factores que pueden aumentar o disminuir la percepción del dolor y por ende influye en la respuesta hacia él.

### **Experiencias previas con el dolor**

Las personas con múltiples experiencias o duraderas con el dolor muchas veces lo toleran mejor que quienes no lo han sufrido, pero hay quienes piensan diferente. Es común que entre más dolor haya sufrido una persona mayor sea su temor o episodios dolorosos posteriores y puede que este menos dispuesta a tolerar el dolor; es decir, que desea rápido alivio. Esto puede ser por experiencias pasadas de un tratamiento inadecuado de dolor.

### **Ansiedad y depresión**

La ansiedad relacionada al dolor, puede acentuar su percepción.

La ansiedad no relacionada con el dolor puede distraer al paciente reduce la percepción de molestias, y se considera que la depresión se relaciona con dolor crónico y dolor no aliviado por cáncer.

### **Cultura**

Las creencias sobre el dolor y sobre la forma como se debe responder a este difieren de una cultura a otra. Desde la infancia, el ser humano aprende de aquellos que lo rodean que respuestas son aceptables o inaceptables ante el dolor. Para manejar el dolor de forma efectiva, es necesario tomar en cuenta los factores culturales, distinguir cuidadosamente la etnicidad, la cultura o la raza, dificultan en gran número de casos la

interpretación de los hallazgos, conocer los factores que ayudan a explicar las diferencias en un grupo cultural incluyendo la edad, género, nivel de educación e ingresos lo cual influye en la respuesta del paciente hacia el dolor. La enfermera debe conocer todas expresiones de dolor como gritar y quejarse, buscar alivio inmediato para el dolor y dar una descripción completa del mismo. Conocer los valores culturales y la manera en que difieren de otros, ayuda a la enfermera en la valoración de la conducta del paciente a partir de sus propias expectativas, tendrá una mejor comprensión del dolor del paciente y lo valora con mayor precisión, y será efectiva en el manejo del dolor.

### **Edad**

En muchos estudios los resultados sobre la edad en la tolerancia al dolor no han sido muy consistente, dicen la percepción del dolor disminuye en ancianos, quizás que se deba a procesos patológicos más que al envejecimiento.

La valoración del dolor en pacientes de edad avanzada puede ser influenciada por los cambios psicológicos, fisiológicos y cognitivos que a menudo acompañan el proceso de envejecimiento.

### **Genero**

La farmacocinética y la farmacodinamia de los opioides se diferencian de hombres a mujeres, atribuidos al metabolismo hepático, factores genéticos Según estudio las mujeres presentan niveles más elevados de dolor que los hombres con mayor intensidad durante el día, en tanto que los varones lo informaron durante la noche.

### **Náusea y vomito.**

El uso de opioides a menudo causa náuseas y vomito lo cual pueden presentarse algunas horas después de la primera inyección. La mayoría de los pacientes, sobre todo los pos operados, a veces no refieren que sienten

náuseas, por lo que debe valorarse a los individuos que reciben opioides pueden ocurrir cuando se cambia de posición al paciente presentan náuseas mareos vómitos. Se debe mantener una hidratación adecuada y administrar de un agente antiemético.

### **Estreñimiento.**

En pacientes post operados que reciben opioides o narcóticos, puede presentar el estreñimiento como efecto colateral. Así también pueden presentar los pacientes que reciben dosis altas de opioides para el tratamiento del dolor causado por cáncer, por lo que se debe iniciar un régimen intestinal junto con la administración de opioides.

### **Clasificación de Dolor:**

#### **1.- Según su Origen:**

1.1 Dolor espiritual: el espíritu va actuar primero como mediador para el individuo para ganar fortaleza superar la desarmonía que se experimenta como desorganización, interrupción, tristeza, rabia, culpa, ansiedad. El espíritu va ayuda a la resolución de la incapacidad de la vida de la persona creando un sentido general de bienestar, que unifica al individuo con otros, la naturaleza y un poder superior.

1.2 Dolor Físico: es una sensación subjetiva de molestia de alguna parte del cuerpo, que se produce por mecanismo orgánico crismado por lesiones o disfunción con una variabilidad de causa

El dolor físico Puede ser:

- a. - Nociceptivo, es la activación de los nociceptores periféricos que transmite impulsos nerviosos a través de las vías aferentes sensoriales, no hay daño del sistema nervioso periférico y central,
- b. - Neuropático, es dolor que resana de una lesión directa sobre los nervios periféricos, los receptores nociceptivos o del SNC, se describe como un dolor quemante lacerante.

1.3.- Dolor Psicológico: es un dolor real, aunque no tiene una base orgánica

real explicable, se presenta en sujetos personalmente predisuesto con reacciones exageradas a mínimos estímulos.

## **2-Según su duración:**

A.- Dolor Agudo, cuando ciertos estímulos nociceptivos impacta la piel o tejidos profundos , pueden ser mecánicos (pinchazos), térmicos (calor frío), Químicos (ácidos, picaduras de abejas), y artificiales (shock eléctrico), el dolor agudo genera ansiedad, tiene una duración inferior a los 3 meses y es el resultado de una lesión, que alerta al individuo que algo no funciona correctamente, el dolor agudo dura un lapso de tiempo relativamente limitado y por lo común desaparece cuando se resuelve la alteración que lo provocó.

b.- Dolor Crónico, dolor crónico Neuropático, generado por disfunción del sistema nervioso central o periférico, es de naturaleza quemante, paroxital, punzante o similar a un shock eléctrico, se incluyen las neuralgias herpéticas, neuropatías diabéticas, dolor miembro fantasma, dolor por injuria espina. Se establece de 3-6 meses, ocurre en intervalos de meses o años o se asocia a patologías permanentes

## **3- Según su intensidad;**

Refleja como una persona lo experimenta, se mide con escala que refleja la forma como se percibe, la más utilizada es de (0-10), donde:

0, no es dolor, o ausencia, y 10 es el máximo dolor insoportable.

La escala visual análoga (EVA), corresponde a una gráfica,

1.- Leve. - Interviene la piel, sensación cutánea por medio de los receptores de presión, temperatura, tacto fino, que pueden ser lesionados por quemaduras, leves. Machucones, golpes. Se considera (1-3)

2.- Moderado. - Es un estado intermedio entre el dolor leve y severo, está involucrado la epidermis y el tejido celular sub cutáneo, se considera (4-6)

3.- Severo. - compromete los músculos, las articulaciones, los huesos, y los otros tejidos (tendones, tejido conectivo, se considera (7-10).

La evaluación interdisciplinaria del dolor: implica conocer la naturaleza multidimensional que lo integra los síntomas relacionados con las respuestas nociceptivas o la afectación del sistema nervioso. También la de los síntomas derivados de la afectación de estructuras somáticas y viscerales de los procedimientos de diagnósticos y tratamientos incluidos fármacos. La revisión del historial clínico implica conocer todos los detalles relacionados con el paciente, desde los diagnósticos y tratamientos previos hasta los datos referidos o demandas legales o procedimientos relacionados con accidentes laborales o de otra naturaleza.

La historia debe incluir el examen físico, la evaluación funcional, psicológica y social, con las pruebas complementarias que sean precisas. En definitiva, en nuestro medio y en nuestros tiempos, es una necesidad básica incrementar la educación en materia de dolor, no sólo en la población general sino también y con mayor urgencia si cabe en los profesionales de la salud, en definitiva, con vectores de educación de educación sanitaria, responsables últimos de preservar un derecho humano, el derecho al más alto nivel de salud.

La valoración global del dolor debe incluir tres aspectos fundamentales: La subjetividad, la multidimensionalidad, la variabilidad del dolor.

Las dimensiones del concepto de multidimensionalidad. Según:

(Mac.Guire, 1992) define (19)

- Área Fisiológica; Describe las características de localización y duración del dolor.
- Área Sensitiva: Describe las características de intensidad, calidad del dolor y patrón de comportamiento.
- Área Afectiva: describe las distintas variables relacionadas con el estado de ánimo que acompaña a la percepción del dolor, la ansiedad y la alteración del humor.
- Área Cognitiva: explica que el paciente da al dolor, las experiencias previas o las posibilidades de adaptación.
- Área Conductual: Describe las posibilidades de actividad Física, de

comunicación o de necesidad de reposo o inactividad que condiciona la presencia del dolor.

- Área Sociocultural: describe las actitudes con el entorno social, las posibilidades de afrontamiento y las posibilidades de recibir cuidados.

Los métodos de evaluación del dolor se tiene medidas subjetivas, como la entrevista clínica, los auto informes, las valoraciones unidimensionales un instrumento adecuado que el paciente realice una estimación de la intensidad del dolor. Como el EVA., tenemos los autores registros, son los métodos que el paciente registra la aparición ciertas conductas, el paciente anota o registra determinados aspectos del dolor y lo hace inmediatamente o en breve plazo tras su ocurrencia., conocido como el diario del dolor. (20)

## **TEORÍAS QUE EXPLICAN EL DOLOR**

### **Abordajes teóricos para comprender el dolor humano**

Según Beatriz Sánchez Herrera (21)

Existen teorías que explican al dolor como una experiencia total y compleja que afecta al ser humano

#### **1. Teoría de la especificidad del dolor**

Considerada como la más antigua, sostiene que hay una relación de causa-efecto en la percepción del dolor, con receptores específicos al dolor (nociceptores), que llevan los impulsos sobre las vías nerviosas específicas de dolor (A-delta y fibras C) por la médula espinal hacia el cerebro.

#### **2. Teoría del patrón del dolor**

Esta teoría sostiene que no hay nociceptores específicos para el dolor existen estímulos como la presión y la temperatura, los cuales originan estímulos que llevan impulsos en el cuerno dorsal de la médula espinal.

### **3. Teoría del control de las compuertas en la percepción del dolor**

Basada se en las anteriores teorías y utilizada ampliamente, aunque no tiene completo sustento experimental. Propuesta originalmente por Melzack y Wall, en 1965. Sostiene que el dolor pasa por una serie de vías nerviosas, atravesando compuertas. El dolor alcanza un nivel de conciencia antes de ser percibido, y si este puede ser prevenido, la percepción disminuye o se elimina. Las fibras nerviosas periféricas hacen sinapsis en la materia gris del cuerno dorsal, la cual sirve como compuerta, y permite o inhibe la transmisión de los impulsos dolorosos. El mecanismo de cierre de las compuertas puede ser estimulado de varias formas, para contribuir al alivio del dolor. Son tres formas de estímulo de esas compuertas, que incluyen:

1. La activación de fibras nerviosas de diámetro grueso. formada por la piel la cual posee gran número de fibras de este tipo, la que son estimuladas resultando el cierre efectivo de compuertas en las fibras de conducción dolorosa, ocasionando alivio de la sensación dolorosa. Producida por un masaje, frotación.
2. La generación de estímulos sensoriales diferentes al dolor. En el sistema reticular del tronco del encéfalo se puede inhibir los estímulos dolorosos que le llegan, si la persona está recibiendo estímulos sensoriales diferentes, emite señales que cierran las compuertas. Con base en ello se emplea la visualización dirigida, que implica concentración en experiencias visuales imaginadas.
3. Disminuir la angustia o la depresión innecesarias. Las compuertas se cierran mediante señales inhibitorias procedentes de la corteza cerebral y el tálamo, producidas al recibir información adecuada sobre las condiciones que genera la sensación dolorosa. Lo cual la sensación de control, a través de información precisa o de evocación de experiencias pasadas en donde se manejó el dolor adecuadamente, inhibe el estímulo doloroso. La compañía puede disminuir la angustia, apoyando en el alivio del dolor, más aún si quien la brinda genera mecanismos que disminuyan la sensación de

impotencia en estas personas. Esta teoría de control de la compuerta es útil para la enfermera porque presenta un modelo conceptual integrado para la apreciación de los diversos factores que contribuyen en la experiencia y el alivio del dolor.

#### **4. Teoría de las endorfinas y de los no opiáceos para la percepción del dolor**

Las endorfinas son sustancias secretadas por el cuerpo humano semejantes a los narcóticos, actúan encajándose en los receptores narcóticos de las terminaciones nerviosas, en el cerebro y la médula espinal, para bloquear la transmisión de la señal dolorosa y así evitar que el impulso alcance el nivel de conciencia.

Según esta teoría, cada persona tiene niveles diferentes de endorfinas por lo que los distintos estímulos pueden generar mayor o menor nivel de generación de estas sustancias, con lo cual se explican algunos factores relacionados la percepción o el umbral del dolor de las diferentes personas, y de una misma persona en distintas situaciones. Entre los factores conocidos que tienden a aumentar o disminuir las endorfinas se encuentran los siguientes:

1. Factores que las incrementan: Estrés breve, el ejercicio físico, la acupuntura, la estimulación eléctrica transcutánea, la actividad sexual, dolor breve.
2. Factores que las disminuyen: La ansiedad y la depresión, el dolor prolongado, el estrés recurrente.

Recientes Investigaciones señalan que en el cerebro y en la médula espinal existen regiones específicas que presentan afinidad por los opiáceos y estos receptores cerebrales se localizan en las mismas áreas donde se piensa que están los centros receptores para el dolor. El propio organismo produce compuestos, llamados las encefalinas, que reducen el dolor, y que están formados por cinco aminoácidos producidos por la hipófisis, que

pueden deprimir las neuronas de todo el SNC. La administración de endorfinas, produce efectos similares a los originados por los opiáceos.

Aunque esta teoría ha permitido avances en la comprensión del dolor, se ha conocido, con posterioridad a la misma, que la analgesia por endorfinas no es un sistema único para el alivio del dolor; en ese sentido, se ha hecho necesario aceptar la analgesia por vías no opiáceas.

### **5. Teoría de los multirreceptores opiáceos para la sensación dolorosa**

La teoría de los multirreceptores opiáceos es la más reciente, expone que en el SNC, a nivel espinal y supra espinal, los narcóticos alivian el dolor por diversas vías, que pueden complementarse, competir o ser específicas para ello.

Inicialmente se explica que existen tres zonas receptoras efectivas para el uso acertado de los narcóticos, denominadas zonas miu, kappa y sigma.

La zona receptora (miu), produce analgesia supra espinal, depresión respiratoria, dependencia física, tolerancia, estreñimiento y euforia. La zona receptora (kappa), produce analgesia a nivel espinal y sedación, pero no depresión respiratoria, ni dependencia física, y la zona receptora sigma produce estimulación vasomotora, activa musculo liso, funciones endo y exocrinas, y posibles efectos psicoticomiméticos (alucinaciones).

Los fármacos se unen a las zonas receptoras de opiáceos con distintos grados de afinidad o intensidad; es decir, algunos se unen muy estrechamente, y se denominan "puros", y otros lo hacen de manera débil, y se denominan "parciales". (22)

### **6. Teoría psicológica del dolor**

Se basa en el comportamiento humano, considerando al paciente como producto de la interacción de su personalidad, de sus valores sociales aprendidos, generando una respuesta individual. Considera al dolor es como un concepto abstracto, una sensación personal y privada de daño, es

una experiencia emocional desagradable, que genera un estado de necesidad. Existen múltiples factores individual o colectivo que influyen en la percepción y en la expresión dolorosa. Los factores pueden ser propios del individuo (endógenos), como la personalidad, y los exógenos, como el medio ambiente, los culturales, sociales y educativos.

Esta teoría considera importante que se debe tener en cuenta no es la idea que tenemos sobre el dolor que sufre el paciente, sino cómo lo percibe el mismo, se proponen como medidas psicológicas para aliviar el dolor:

1. La relajación y técnicas de sugestión.
2. La administración de placebos.
3. El facilitar elementos de distracción.
4. Buscar el cambio de una actitud personal dolorosa hacia la experiencia dolorosa.

## **7. Teoría de mediano rango de los síntomas desagradables**

Recientemente, la enfermera ha contribuido al abordaje teórico del dolor. Esta teoría considera la naturaleza compleja de los síntomas desagradables, lo que está relacionado con algunos factores, una forma de expresión particular y unas implicaciones de la experiencia.

Los factores relacionados son tres e incluyen los fisiológicos, los psicológicos y los situacionales.

-Los factores fisiológicos están relacionados con los sistemas orgánicos normales, las patologías y los niveles de nutrición, entre otros.

-Los factores psicológicos asociados con el estado anímico, la personalidad y el grado de ansiedad.

-Los factores situacionales se relacionan con las experiencias personales, el estilo de vida y el apoyo social.

Las expresiones describen la experiencia del síntoma desagradable, incluyen la duración y frecuencia del síntoma, su calidad y su intensidad, y la angustia,

La experiencia de un síntoma desagradable se puede ver a nivel funcional

o de desempeño del rol; a nivel físico o de actividad, y a nivel cognitivo o de capacidad de resolver problemas.

Esta teoría a diferencia de las anteriores, analiza la experiencia dolorosa, para poder hacer un análisis de la situación en la que se aborde el cuidado de la experiencia de la salud humana. Parte de su importancia radica en que ella constituye un ejemplo en la construcción colectiva de un postulado teórico, con base en el cual se puede direccionar la valoración de los condicionantes, las expresiones y las implicaciones de este y otros síntomas desagradables. Tiene un alto nivel de aplicabilidad directa en la práctica, donde es evidente que la aparición, expresión y consecuencias del dolor se asocian. Esta característica es útil en la investigación, usada en las clasificaciones internacionales de diagnóstico para la práctica de la enfermería (NANDA) y con la clasificación internacional de intervenciones de esta misma profesión (NIC).

En enfermería es esencial valorar los factores, las características del dolor, permite interpretar las experiencias del dolor como las vive la persona y da opciones de cuidado de enfermería que son complementarias a la administración de analgésicos o inclusive pueden llegar a reducir la necesidad de suministrar estos. Así mismo, esta teoría da herramientas para evaluar la efectividad del plan, porque tiene en cuenta la funcionalidad de cada individuo.

Esta teoría permite incluir al cuidador de la persona enferma, ya que el mismo hace parte de la situación o del contexto de la experiencia dolorosa, con lo cual se operacionaliza el carácter integral con que la enfermería aborda al ser humano.

#### **8. Teoría de mediano rango del equilibrio entre la analgesia y los Efectos colaterales, propuesta por la enfermería**

Esta teoría de enfermería posee un rango medio, propone los pasos para orientar la acción de la enfermera en el alivio del dolor agudo.

Esta validado por un grupo de enfermeras norteamericanas quienes

iniciaron una investigación basada en la revisión de guías para el manejo del dolor agudo, una revisión de la literatura sobre el manejo, la opinión de algunos usuarios y la de expertos propusieron la teoría en el manejo del dolor agudo postoperatorio, cuya meta fue lograr el equilibrio entre la analgesia y los efectos secundarios. Los pasos propuestos incluyen que la enfermera realice lo siguiente:

1. Administrar al paciente una medicación potente para el dolor agudo, junto con ayuda farmacológica.
2. Valorar de manera continua el dolor y sus efectos secundarios, para identificar las situaciones en que o bien no hay alivio o los efectos secundarios son evidentes.
3. Intervenir, cuando sea necesario, con nueva valoración de seguimiento y re intervención.
4. Enseñar al paciente y establecer con él las metas para el alivio del dolor. Con el surgimiento de esta nueva teoría, para aplicación en el dolor postoperatorio agudo, se hace tangible que las guías de evidencia científica son aportes importantes para la construcción de una mejor práctica en enfermería. Aquí se permite buscar un equilibrio entre la analgesia y los efectos secundarios, con valoración, seguimiento, ayudas farmacológicas y no farmacológicas, y con la participación del paciente y su cuidador.

### **UTILIDAD DEL ABORDAJE TEÓRICO SOBRE EL DOLOR EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

El óptimo cuidado de la salud ha sido permanente motivo de preocupación para la enfermera, conocer los conceptos relacionados a protección de la salud, sus fuentes, sus criterios, los tipos de conocimiento posible, el grado con el que cada uno resulta cierto y la relación exacta entre el que conoce y el objeto conocido, buscando siempre como profesionales un conocimiento fiable y objetivo, para responder a fenómenos de cuidado de la salud humana.

Las teorías proporcionan conceptos y diseños, que definen el lugar de la enfermería en el cuidado de la salud, y al mismo tiempo suministran estructura y terreno para fortalecer la práctica.

Existen múltiples teorías relacionadas con el dolor humano y en su mayoría han surgido de otras disciplinas. La enfermería conoce y analiza estos abordajes desde su perspectiva, para que de esta forma le resulten útiles. En las últimas décadas se han generado muchos avances por parte de la enfermería, para exponer el dolor humano como un fenómeno de totalidad. Su comprensión y empleo permite que se entienda el fenómeno, y se pueda relacionar, explicar y anticipar en muchos casos. La cualificación de la práctica del cuidado, evitando o aliviando el dolor innecesario, hace parte de la respuesta social que la profesión se debe exigir en la cotidianeidad.

El dolor humano conceptualizado como una experiencia sensitiva y emocional desagradable y nociva, exige a la enfermera tener esquemas simples que lleven a minimizar su impacto, el abordajes teóricos pretende apoyar la sistematización y comprensión de la información del dolor humano a través de la investigación y la educación y con miras a generar alivio del dolor en las personas con quienes se interactúa en el cuidado.

### **2.2.3 Teórico –Conceptual en el manejo del dolor**

El Manejo del dolor tiene que ver con la curación o el alivio (paliación) del síntoma. Su importancia radica en el hecho que el dolor es uno de los trastornos que más afecta y preocupa a las personas y es el síntoma acompañante que con mayor frecuencia motiva una consulta médica. El correcto manejo del dolor se aplicará previa a la Consulta Médica y en el servicio donde se encuentra el paciente hospitalizado, el médico tratante debe hacer la prescripción médica. El objetivo prioritario es aplicar la intervención educativa para el manejo del dolor en los pacientes. Para mejorar la calidad asistencial se debe elaborar y utilizar indicadores para monitorizar la implementación efectiva de una práctica correcta.

En todo tratamiento se debe tener en cuenta la evaluación del paciente

realizado por un médico y considerar la receta con indicaciones respectivas y dar inicio al tratamiento en el manejo del dolor realizado por la enfermera y de importancia la colaboración del familiar que se encuentra cargo del paciente si este se encuentra en forma ambulatoria. El médico prescribe medicamentos específicos para el tratamiento del dolor o pueden insertar también un catéter inverso para administrar los analgésicos, de manera alternativa; un anestesiólogo puede insertar un catéter epidural para la administración de los fármacos, corresponde a la enfermera mantener el estado de analgesia, valorar su eficacia e informar si la medida es eficaz o produce efectos adversos.

2.2.3.1.- Marco Filosófico en el dolor corresponde a la enfermera mantener el estado de analgesia, valorar su eficacia e informar si la medida es eficaz o produce efectos adversos dentro del centro del paciente.

La enfermera debe tener los conocimientos sobre el dolor que es el sufrimiento del paciente ya son temas de discusión en la mejora en educación universitaria y especialidades en el Perú,

Hemos considerado los puntos de interés y de reflexión para la evaluación del paciente y familia que son los intervinientes del entorno como sus dimensiones físicas, Psíquicas y la espiritualidad en que representa.

Se considera lo siguiente

1- Valoración previa a la medicación.

Antes de administrar cualquier medicamento, la enfermera pregunta al enfermo sobre alergias a fármacos y la naturaleza de las respuestas alérgicas previas. Las verdaderas respuestas alérgicas o anafilácticas a los opioides son raras, pero no es extraño que un paciente informe alergia a unos de los opioides.

2.- Tratamiento

Según la OMS tenemos:

Agentes anestésicos locales.

Los anestésicos locales bloquean la conducción nerviosa cuando se aplican directamente a las fibras nerviosas. Pueden aplicarse de forma directa en el sitio de la lesión ejemplo: un anestésico tópico en atomizador para las quemaduras solares, los anestésicos locales se absorban con rapidez en el torrente sanguíneo, lo cual puede incrementar el riesgo de toxicidad.

Analgésicos no narcóticos.

Los analgésicos no narcóticos son el primer grupo en la escala analgésica, en otras palabras, deben utilizarse primero para el alivio del dolor leve o moderado. Su mecanismo de acción es por medio del cual inhibe la síntesis de prostaglandinas que son las sustancias que desencadenan el dolor. Están clasificados en naturales, sintéticos y semi sintéticos.

Analgésicos Opiáceos (Narcóticos)

Son los más potentes de todos los analgésicos, los narcóticos son Opioides que actúan a nivel del SNC, estos son los más potentes y constituyen la base para el tratamiento del dolor severo, agudo y crónico causado por el cáncer y otras enfermedades graves. Incluyen derivados de opio como la morfina o la codeína.

- Analgésicos opioides: Los opioides son administrados a través de diversas vías que incluyen oral, intravenosa, subcutánea, intramedular e intradérmica. Son importantes los opioides porque aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida del paciente por ello, se determinan según las necesidades individuales, características de dolor del estado general del paciente, la respuesta a los analgésicos y descripción del paciente sobre su dolor. Aunque se prefiere la vía oral para administración de opioides, esta opción requiere que se suministre con bastante frecuencia y en dosis suficientemente altas para que sean eficaces. Los analgésicos opioides administrados por vía oral proporcionan valores séricos más consistentes que los aplicados por vías intramusculares.

Debe considerarse y anticiparse los efectos secundarios de los opioides cuando son administrados por cualquier vía.

Analgésicos Coadyuvantes:

Los analgésicos coadyuvantes se debe considerar después de la mejorar la clínica con los opiáceos, disminuyen ciertos tipos de dolor crónico y, se utiliza para optimizar una respuesta y una mejora por su efecto primario por ejemplo los sedantes y tranquilizantes pueden ayudar a reducir la ansiedad, el estrés y la tensión, en general es menos eficaces que los opioides respuesta en ocasiones, además de su efecto primario, por ejemplo, los sedantes o tranquilizantes pueden ayudar a reducir la ansiedad, el estrés y la tensión, dentro de este grupo tenemos: corticoides, antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivantes, anestésicos locales, bifosfanatos.(23)

Escalera Analgésica para el control del dolor Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) tenemos el tratamiento según los escalones:

1er escalón: dolor leve a moderado

Aines (analgésicos antiinflamatorios y derivados: paracetamol, metamizol, ibuprofeno, diclofenaco, ketorolaco). Estas drogas presentan un “techo analgésico” no aumentan la analgesia al aumentar la dosis, ni se potencian con la asociación de los AINES.

2do escalón: dolor moderado a intenso AINES \* Opioides (codeína, dihidrocodeína o tramadol)

3er escalón: dolor intenso no controlable con tratamiento anterior

El opioide mayor tenemos especialmente la morfina. La vía de administración, la titulación y la dosis son absolutamente individuales y por tanto muy variables.

Se indica realizar rotación opioide tener en cuenta: la tolerancia, la toxicidad, la ingesta, evacuación y dar solución oportuna a la evaluación del médico tratante.

4to escalón: dolor muy intenso

Medidas analgésicas invasivas (administración de morfina por vía intratecal o epidural, infiltraciones de anestésico locales, colocación de parches de analgesia de opioide. etc.)

### 3.- Medición del dolor

Hay herramientas que el profesional podría emplear para describir el dolor. Siendo la escala del 0 al 10 una de las herramientas más comunes para calificar el dolor. Conocida como la "escala visual análoga" o "VAS", por sus siglas en inglés. Clasifica el dolor de menos intenso a más intenso: el 0 representa la ausencia de dolor y el 10, el peor dolor que se puede imaginar.

#### Escala de Dolor para Adultos

- 1- Escala Verbal Numérica, el paciente tasa el dolor en una escala del 0 al 10. Cuando se usan las escalas para tasar el dolor se recomienda una línea basal de 10 cm. La Calidad Del Dolor, ayudan a la persona a comunicar la calidad del dolor. Por ejemplo, una cefalea puede ser descrita como "martillante". La información que brinda el paciente debe ser valorada, tener en cuenta las palabras que el paciente define al dolor para el diagnóstico y elección de los medicamentos.
- 2- Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor el paciente nos describe el máximo dolor. Consiste en una línea Horizontal de 10 cm en cuyos extremos se encuentra la expresión no dolor y al otro máximo dolor (anexo 1).

#### Factores desencadenantes.

Hay ciertas actividades que preceden ocasionalmente el dolor, por ejemplo, el esfuerzo físico puede preceder el dolor torácico, o se puede producir un dolor abdominal después de comer.

A) Factores ambientales: Como frio o el calor extremo y una humedad muy elevada o muy baja, pueden afectar a ciertos tipos de dolor.

B) Actividades: El esfuerzo físico puede precipitar el dolor torácico.

C) Factores estresantes físicos y emocionales: También pueden percibir el dolor.

Se asocia a otros síntomas como náuseas, vómitos, mareo y diarrea. Alterándose el Sueño, Apetito, Concentración, Trabajo/colegio, Relaciones interpersonales, Relaciones conyugales/sexo, Actividades del hogar, Conducción/deambulaci3n, Situaci3n emocional (estado de 3nimo, irritabilidad, depresi3n, ansiedad.).

#### 4.- Diario Del Dolor

Un diario del dolor puede ayudar al paciente y a la enfermera a identificar patrones de dolor y factores que miden la respuesta dolorosa.

El registro puede incluir: Tiempo o inicio del dolor, Actividad anterior al dolor, Posturas o conductas relacionadas con el dolor, Empleo de analg3sicos u otras medidas de alivio, Duraci3n del dolor, Tiempo invertido en actividades para el aliviarlo.

Este es un cuaderno donde el paciente anota las conductas, sntomas durante el dfa incluye hora de inicio, duraci3n y recurrencia, o intervalos del dolor. La enfermera determinara cuando empez3 el dolor, cu3nto dura el dolor, y cuando se produjo el dolor por 3ltima vez para realizar informaci3n al m3dico tratante y dar tratamiento y prescripci3n oportuna para aliviar el dolor del paciente. (24)

Intervenciones de Enfermerfa en el Manejo de Dolor segun Proceso de Atenci3n de Enfermerfa Diagnostico NANDA

Manejo del dolor (1400). Realizar una valoraci3n exhaustiva del dolor que incluya localizaci3n, frecuencia, calidad e intensidad.

- Observar claves no verbales de molestias.
- Asegurarse de que el paciente recibe los cuidados analg3sicos correspondientes.
- Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.
- Determinar el impacto de experiencia de dolor sobre la calidad de vida

(sueño, apetito, actividad, función cognitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).

-Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos). -Animar al paciente y la familia a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia, incluso con técnicas no farmacológicas.

-Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo de dolor cuando corresponda.

Administración de analgésicos (2210).

-Comprobar las órdenes médicas en cuánto al medicamento, dosis, frecuencia del analgésico prescrito.

-Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia.

-Comprobar el historial de alergias a medicamentos.

-Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales.

-Observar si hay signos y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).

-Enseñar al paciente y familia el uso de técnicas no farmacológicas de alivio del dolor como: relajación muscular progresiva, terapia musical, masajes -Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos sobre todo los opiáceos.

-Administrar la medicación adicional al paciente antes de una actividad que le va a provocar dolor.

Manejo de la medicación (2380).

Revisar periódicamente con el paciente y/o familia los tipos y dosis de medicación tomadas.

-Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procede. -Enseñar al paciente y/o familia el método de administración de los fármacos, si procede.

-Explicar al paciente y/o familia la acción y los efectos secundarios

esperados de la medicación.

-Proporcionar al paciente y/o familia información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos según sea necesario.

(25)

### **Efectividad.**

Stephen Covey define como el Equilibrio entre la eficacia y la eficiencia entre la producción y la capacidad de producción. (26)

Es la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera es la calidad de efectivo, lo efectivo es lo que es lo real y verdadero.

Es el grado con el que un individuo logra los objetivos deseados.

Indicadores de la efectividad el control, es el proceso para asegurar que las actividades reales se ciñen a las actividades proyectadas, los pasos a seguir en el control son. Establecer normas y métodos para medir el rendimiento.

Fundamentos de la efectividad:

- Paradigmas. - Es el modo como las personas ven al mundo
- Principios. - Son las leyes naturales que gobiernan la humanidad y no pueden quebrantarse. Son verdades universales, fundamentales como, por ejemplo. Respeto a la confiabilidad de la información.
- Proceso de adentro hacia afuera. El proceso de desarrollo y cambio personal se produce de adentro hacia afuera.
- Hábitos de efectividad. - Sustentados en hábitos de responsabilidad, liderazgo administración, beneficio mutuo, comunicación.

Niveles de Efectividad:

Se basa en cuatro niveles que son:

- Efectividad personal. - Basada en el principio de confianza en relación conmigo mismo.
- Efectividad interpersonal. - Se basa en la confianza e interacción con los demás
- Efectividad organizacional. - Se sustenta en principios de alineamientos

organizacionales, personal con principios de planeación, organización, administración de personal dirección y control.

Medición de la efectividad

Para algunos autores se relaciona con el logro de los objetivos y se fundamentan en el éxito. Según Peter Drucker se mide en el tiempo y forma. Peter Drucker diseño Organizacional

## **TEORÍA DE ENFERMERÍA: EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

### **El cuidado de atención de enfermería:**

Es una actividad que conjuga una relación humana con unos procesos, la enfermera en el cuidado del paciente o de la sociedad es importante central su actividad, implica al paciente o grupos humanos o al profesional como receptores y trasmisores simultáneamente

El trabajo de la enfermera tiene que ver con la Protección, la mejora y la preservación de la dignidad humana, el cuidado involucra valores, voluntad, y un compromiso que se dedica al cuidado de la salud. En Los Cuidados de Enfermería tenemos involucrados varias modelos. El modelo conceptual de Virginia Henderson, tiene visión clara de los cuidados de enfermería y menciona los postulados, los valores y conceptos; abarca los términos salud-cuidados- Persona-entorno, desde una perspectiva holística. Planea valora las necesidades del paciente, las condiciones, estados patológicos que lo altera, puede modificar el entorno en las cosas que se requieren y se debe identificar al paciente y familia como una unidad menciona una jerarquía de necesidad y son las 14 necesidades básicas del paciente.

Respirar con normalidad: captar oxígeno y eliminar el gas carbónico

1.- N. de respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar el gas carbónico

2.- N. de Comer y beber alimentos: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento

3.- N. de eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4.- N. de movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5.- N. de dormir y descansar: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

6.- N. de escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad del movimiento.

7.- N. de mantener la temperatura dentro de los límites normales: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baño diarias, lavarse las manos, etc.

Necesidad de seguridad

8.- N. de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: Aseado y mantener los tegumentos.

9.- N. de evitar los peligros ambientales y evitar lesiones a otras personas: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

Necesidad de afiliación

10.- N. comunicarse: Expresar las emociones, comunicar el miedo u opiniones, proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesible unas a otras.

Necesidad de reconocimiento

11.- N. de visión de acuerdo con los propios valores y creencias; ejercer culto a Dios, acorde con la región, mantener nuestra fe de acuerdo a cuál sea la región sin distinciones por parte del paciente enfermo.

Dependencia (mantenimiento y Preservación de la salud)

12.- N. de ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal; trabajar en forma que permite sentirse realizado, las

acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

13.- N. de participar en actividades de recreación y ocio: divertirse con una ocupación agradable con el objeto de obtener un descanso físico y psicológico.

14.- N. de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo social: adquirir conocimientos y habilidades para la modificación.

### **2.3. Definición de Términos básicos**

- **Efectividad:** Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera.
- **Intervención educativa:** conjunto de actividades de enseñanza aprendizaje planeadas siguiendo una secuencia que utiliza la enfermera para disminuir el dolor de los pacientes de la unidad funcional de soporte de enfermedades crónicas Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- **Dolor:** Es una experiencia sensorial y emocional no placentera que se asocia con daño tisular real o potencial.
- **Conocimientos de Manejo del dolor:** Es la intervención de la enfermera basada en el aprendizaje teórico práctico para tratar el dolor, mejorar la calidad asistencial del paciente con dolor.

## **CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1. Hipótesis.**

Ha: La aplicación de la intervención educativa “es efectiva en el conocimiento del manejo del dolor en las enfermeras que trabajan en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins

H0: La aplicación de la intervención educativa “no es efectiva en el conocimiento del manejo del dolor” en enfermeras en el hospital Edgardo Rebagliati Martins

### **3.2. Operacionalización de variables.**

Es este trabajo se considera:

Efectividad de una Intervención Educativa en el conocimiento del manejo del dolor en enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

#### **Definición de Variable**

Variable Independiente: Efectividad de la intervención Educativa: conjunto de actuaciones, intervenciones que realiza la enfermera en el manejo del dolor.

Variable Dependiente: conocimientos del manejo dolor, Es la intervención de la enfermera basado en el aprendizaje teórico practico para tratar el dolor, mejorar la calidad asistencial del paciente

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicador	Ítem	Evaluación: Valor Final
V.D Aprendizaje del manejo del dolor	Adquisición de conocimientos, teórico práctico habilidades, y actitudes, de la enfermera para tratar el dolor, mejorar la calidad asistencial del paciente.	Conocimientos del manejo del dolor.	Generalidades de dolor: -duración del dolor -intensidad del dolor -valoración del dolor -escala del dolor  Teorías del dolor  Fármacos: -uso de fármacos -uso de placebo -vía de administración	6,7,8, 9,10,11, 12,13,14,15  16,17,18,19,20  21,22,23,24,25,26, 27,28.	-Conoce El aprendizaje   -No conoce El aprendizaje
V.I Intervención educativa: Conocimiento Del manejo del dolor	Conjunto de actividades de enseñanza - aprendizaje de manejo de dolor que realiza la enfermera.	-Planeación  -Ejecución: . Valoración del dolor  . Tratamiento  . Medición del dolor  -Evaluación	Elaboración del plan de Gestión  Sesión educativa 1  Sesión educativa 2  Sesión educativa 3  Efectiva / No efectiva	-Dolor concepto. Generalidades y Teorías. Valoración del paciente.  -Medición del dolor Aplicación del tratamiento dosis, vía de administración - Taller Ítem 29,30	Pre -test   Post-test

## CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.1. Tipo y Diseño de la Investigación

El tipo de investigación es cuantitativo porque los datos encontrados serán medibles y analizados mediante herramientas estadísticas e informáticas.

El diseño de la investigación es cuasi experimental, porque se tomó un pre y post, luego de aplicar la intervención educativa al grupo experimental.

Descriptivo explicativo, correlacional

De corte transversal, estudia la variable en un periodo de tiempo

Diseño:

$$\begin{array}{cccc} \text{G.E} & 0.1 & \times & 02 \\ \text{G.C} & \frac{01}{\quad} & \quad & 02 \end{array}$$

Donde:

G.E.: Grupo experimental

G.C.: Grupo control

O.I.: Observación inicial

X.: Intervención

O2 Observación final

### 4.2. Población y muestra

La población estuvo conformada por 40 enfermeras, que trabajan en las áreas donde se atiende pacientes con dolor: enfermeras de la unidad funcional de soporte de enfermedades crónicas (USEC), sala de operaciones 10 B y servicio 6to B donde están hospitalizados pacientes con dolor crónico.

La población está dividida en dos grupos

-Grupo experimental: Formado por 20 enfermeras al cual se le aplicó la variable Independiente Intervención Educativa

-Grupo control: Formado por 20 enfermeras al cual no se le aplicó la variable independiente

Tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia

-Criterios de Inclusión:

Enfermeras que desean participar

Enfermeras que trabajan, con pacientes con dolor y que realicen terapias de dolor, pacientes ambulatorios adultos, con dolor crónico.

-Criterios de exclusión:

Enfermeras que no desean participar.

Que no cumplan los requisitos de Inclusión.

Enfermeras con menos de 1 año de trabajo.

#### **4.3. Técnicas e instrumentos de Recolección de la información**

Para el estudio se utilizó como técnica un cuestionario con 30 preguntas dirigidas a las enfermeras, el instrumento fue validado y valorado en un trabajo de Investigación anterior (prueba de consistencia interna de los instrumentos a través del coeficiente Alpha de Cronbach ( $\alpha = 0.80$ )). Ortega López, 2018 (anexo 3) Las 09 primeras referidas a datos de identificación, formación y experiencia laboral de la población y las 21 preguntas sobre conocimiento, valoración y manejo de dolor.

Tomándose en cuenta las respuestas binarias de 40 enfermeras sobre 26 ítem (preguntas de conocimiento sobre manejo del dolor), se buscó conocer si una intervención educativa en las personas encuestadas podría mejorar su conocimiento sobre manejo de dolor. Para ello se empleó un cuestionario de 26 preguntas referido al tema, con respuesta binaria de "sí" o "no". Cada pregunta contestada correctamente valía 1 punto, con nota máxima total de 26 puntos y nota desaprobatoria de menos de 13 puntos.

- Las preguntas fueron consideradas como variables para el análisis estadístico.

#### **4.4. Plan de trabajo de campo**

Para la realización del presente estudio se realizó gestiones con el área de capacitación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, departamento de enfermería, coordinaciones con las coordinadoras de los servicios de sala de operaciones 10B, coordinadora de la Unidad de cophoes, y del piso 6toB, según horarios de trabajo, disponibilidad de tiempo y así contar con su colaboración y participación en el presente estudio. (Anexo 4). Tiempo de recolección de datos 10 minutos, realizado por las mismas investigadoras

#### **4.5. Análisis y procesamiento de datos**

. Luego de la aplicación del instrumento se procedió a codificar e ingresar los datos al paquete estadísticos stata 14 para su proceso de análisis y representación en tablas y gráficos. Las respuestas son dicotómicas catalogadas como correctas que tienen valor 1, incorrectas con valor 0

- Variables cualitativas= 26
- Software estadístico= Stata 14 (<http://www.stata.com>)
- Análisis realizados= Escalamiento multidimensional clásico

La información fue vertida en una base de Excel donde los individuos (casos) se colocaron en las filas y las preguntas (ítem) fueron colocadas en las columnas. Cada respuesta correcta fue codificada con el número "1" y cada respuesta incorrecta fue codificada con el número "0". Con dicha base se procedió a realizar el análisis estadístico. El objetivo era conocer si el grupo experimental que recibió la intervención mejoro sus conocimientos, mas no así el grupo control , el cual no se aplicó la intervención educativa.

Además, se quería conocer si tal cambio de los individuos experimentales de post test mostraría mejores calificaciones. Tratándose de respuestas binarias, se eligió la medida de disimilaridad

de pareo, para generar agrupaciones de individuos según sus semejanzas o diferencias en las respuestas del cuestionario.

Se trabajó con el total de la población, por eso no se usó ninguna prueba estadística para comprobación de hipótesis, por lo tanto, los resultados encontrados son aplicables a toda la población.

## CAPITULO V. RESULTADOS

**Cuadro 5.1 Características del grupo experimental y grupo control.**

Variable	Grupo experimental	Grupo Control
	n (%)	n%
Edad (41-50a)	12 ( 60 )	9 (45%)
Sexo Femenino	18 ( 90 )	20 ( 100% )
Tiempo de servicio (más de 15 años)	15 ( 75 )	10 ( 50% )
Título universitario alcanzado	19 ( 95 )	20 ( 100% )
	N=20	N=20

Fuente: Elaboración propia

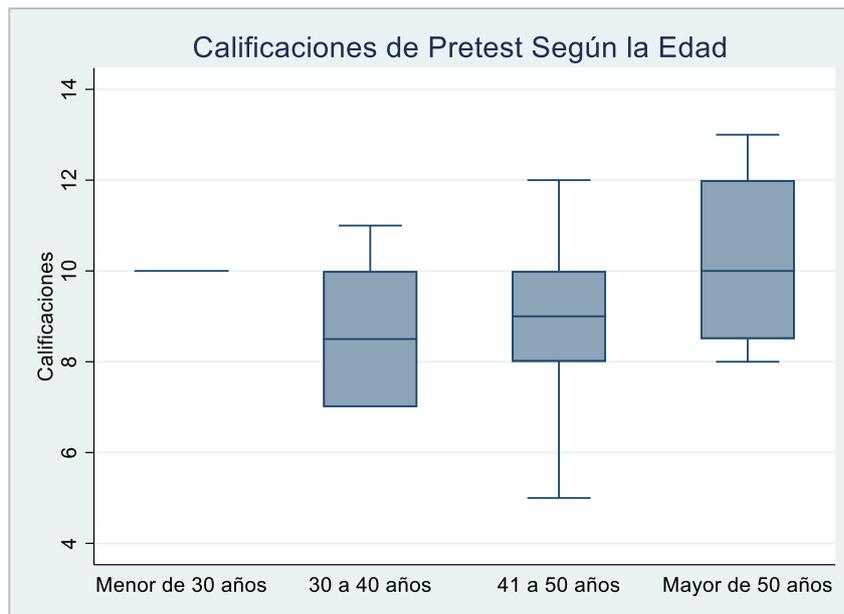
Este resultado muestra a la población en estudio según grupos control y experimental, se observa que el grupo etario que predomina es el de 41 a 50 años, en ambos grupos resaltando el sexo femenino en ambos grupos, con tiempo de servicio más de 15 años, y referente al título académico alcanzado, se observa que solo 01 enfermera tiene estudios de maestría y las demás solo tienen especialidad (grupo experimental). En el grupo control la totalidad solo tiene estudios de especialidad.

**Cuadro 5.2: Conocimientos de las enfermeras sobre el manejo de dolor antes de la intervención educativa según edad.**

<b>Puntaje en el manejo de dolor (Pre-test ) tanto en el grupo experimental como en el control según edad</b>									
Edad	N	Mínimo	Máximo	Media	Sd	Mediana	1er cuartil	3er cuartil	
Menor de 30 años	1	10	10	10.00	-	10	10	10	
30 a 40 años	6	7	11	8.67	1.63	8.5	7	10	
41 a 50 años	21	5	12	9.05	1.80	9	8	10	
Mayor de 50 años	12	8	13	10.25	1.96	10	8.5	12	
Total	40	5	13	9.38	1.86	9	8	10.5	

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 5.1: Gráfico de caja y bigote de los puntajes de los enfermeras del pretest según su edad (N=40).**



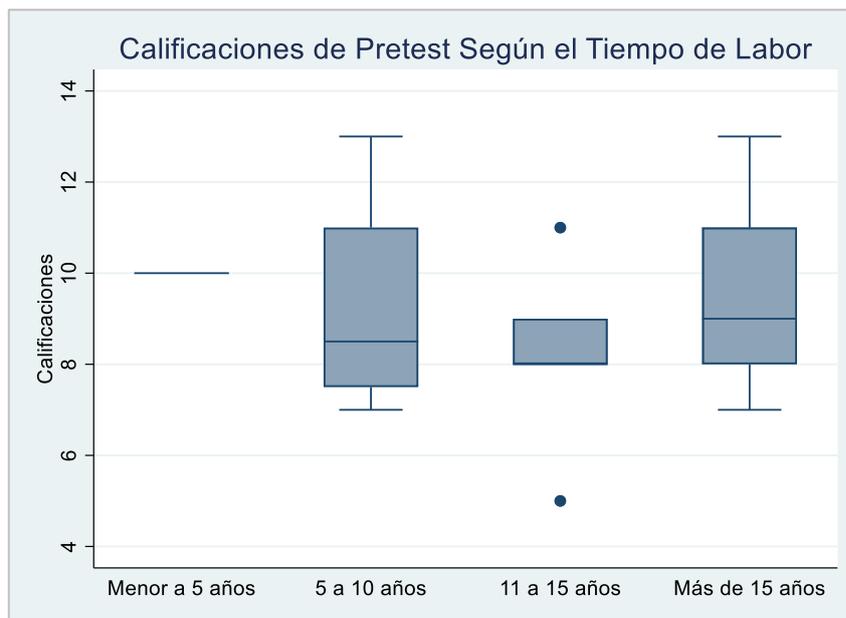
Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 5.3: Conocimientos de las enfermeras sobre el manejo de dolor antes de la intervención educativa según tiempo de servicio.**

<b>Calificaciones de las enfermeras de Pretest (Experimentales y Controles)</b>								
tiempo de labor	N	Mínimo	Máximo	Media	sd	Mediana	1er cuartil	3er cuartil
Menor a 5 años	2	10	10	10	0	10	10	10
5 a 10 años	4	7	13	9.25	2.63	8.5	7.5	11
11 a 15 años	9	5	11	8.33	1.58	8	8	9
Más de 15 años	25	7	13	9.72	1.84	9	8	11
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>9.38</b>	<b>1.86</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>10.5</b>

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 5.3: Gráfico de caja y bigote de las calificaciones de las enfermeras de pretest según su tiempo de servicio (n=40).**



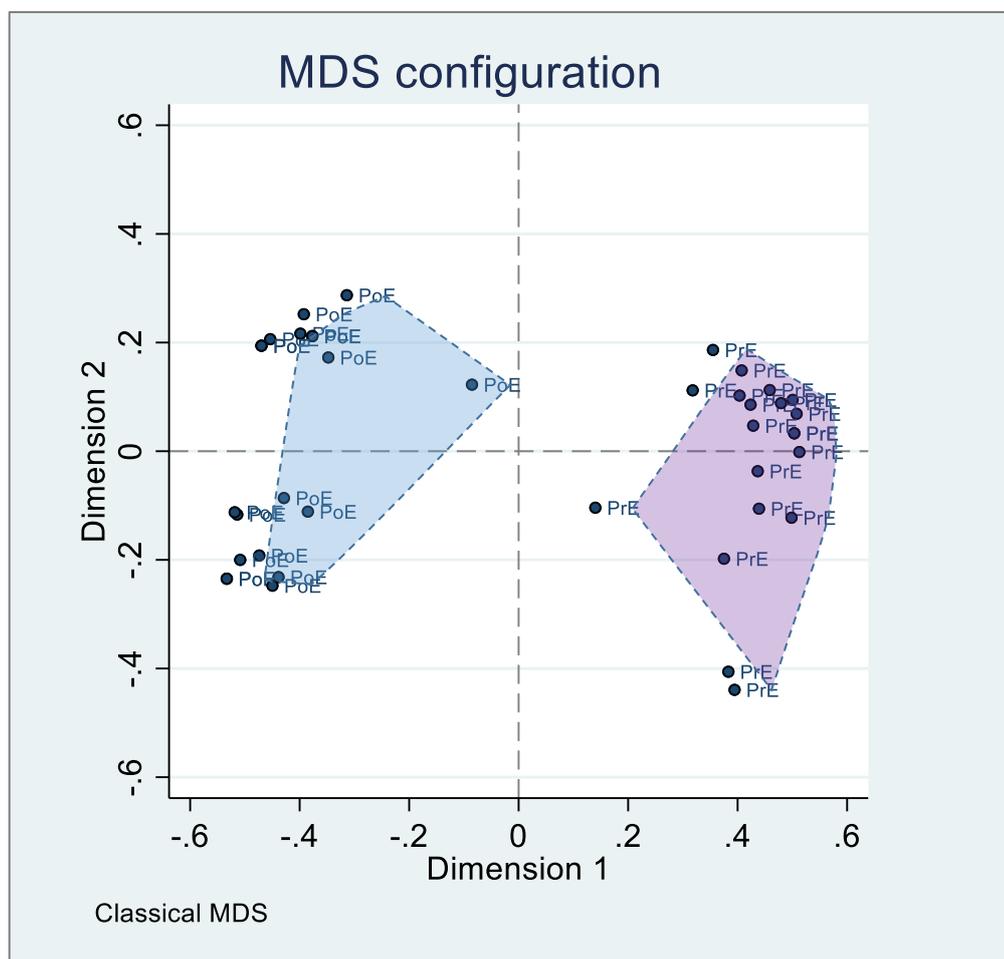
Fuente: Elaboración propia

Se observa que los 40 enfermeros antes de la intervención educativa, no presentaban diferencias notorias respecto a la media de los puntajes del cuestionario de manejo del dolor, según su edad y tiempo de servicio (cuadro y gráfico 5.2. 5.3), mostrando en todos los casos calificaciones igual o menores a 13 puntos, sobre un total de 26 puntos. Considerando a los puntajes menores a 13 como desaprobadas, ya que implica haber

contestado correctamente menos de la mitad de las preguntas. Otras variables como “sexo” y “título académico” no se consideró como ser constante en ambos tiempos (pre y post).

La comparación de los conocimientos del manejo del dolor en el grupo experimental antes y después de la intervención educativa generó un gráfico bidimensional (gráfico 5.4).

**Gráfico 5.4: Comparación de los conocimientos antes y después de la intervención educativa- Grupo experimental**

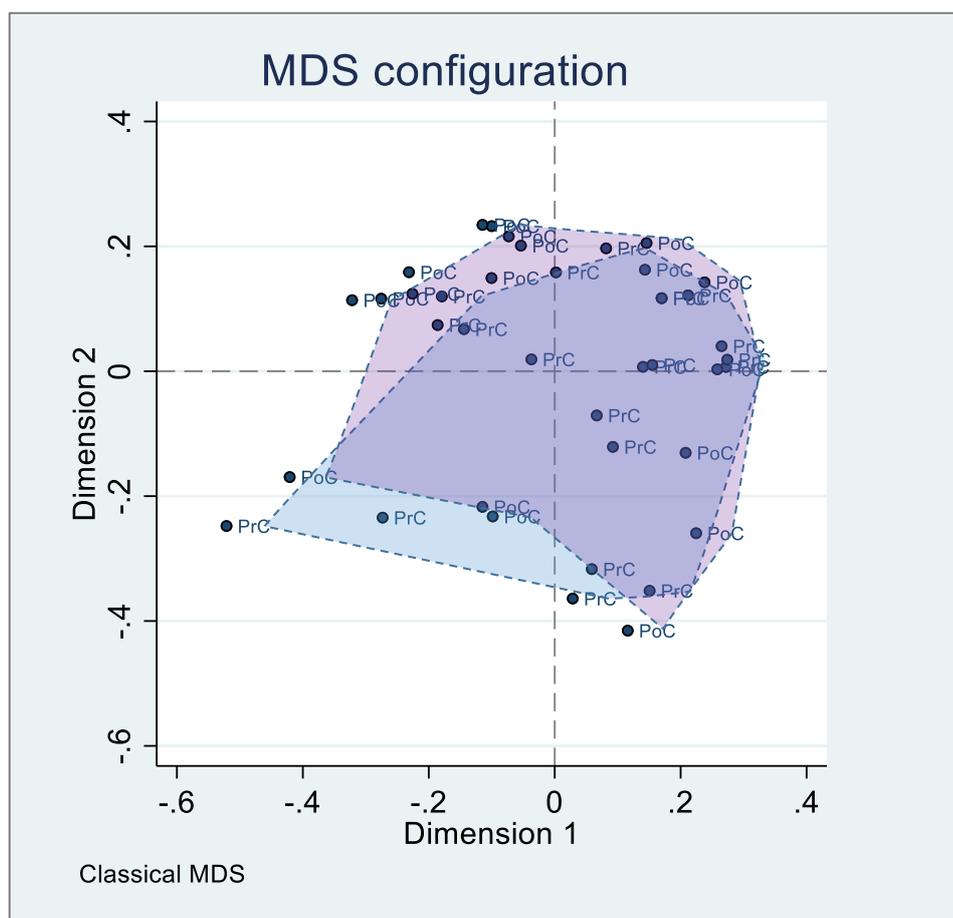


Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en el gráfico bidimensional (fig. 5.4), los conocimientos del grupo experimental antes (PoE) y después de la intervención educativa (PrE) generan dos grupos separados entre sí, Ello evidencia que la intervención educativa aplicada al grupo experimental

genero respuestas notoriamente diferentes. Nótese que los conocimientos del manejo del dolor en el grupo experimental antes de la intervención educativa se agrupan entre sí y se separan notoriamente de los conocimientos después de la intervención educativa (post test).

**Gráfico 5.5 Comparación de los conocimientos antes y después de la intervención educativa- Grupo Control**

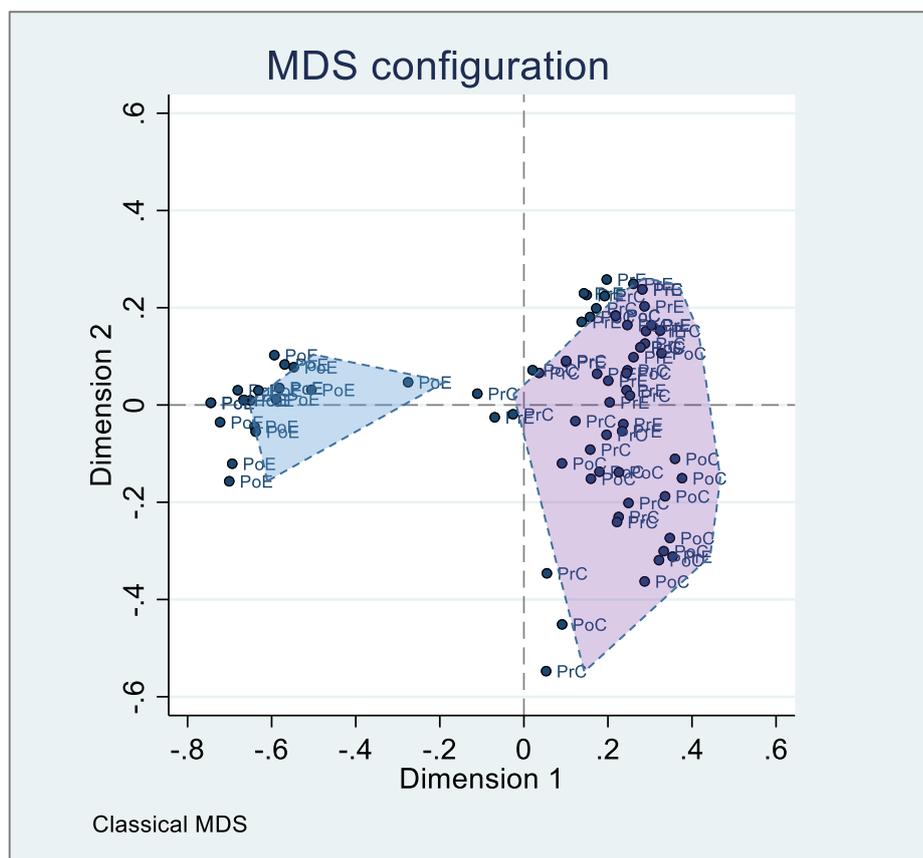


Fuente: Elaboración propia

Nótese en el gráfico 5.5 los conocimientos del grupo control antes y después de la intervención educativa, se observa que se intersectan las figuras en su mayor área Lo que nos demuestra que las respuestas del pre test y pos test no varían notoriamente, se mantienen las respuestas del cuestionario, los puntajes del conocimiento del manejo del dolor no han

variado pues no se les aplicó la intervención educativa antes por eso se no hay ninguna modificación del conocimiento.

**Gráfico 5.6 Comparación de los conocimientos antes y después de la intervención educativa en el Grupo Control y grupo experimental**



Fuente: Elaboración propia

Nótese que los puntajes obtenidos al aplicar el post-test (PoE) en el grupo experimental se agrupan entre sí y se separan notoriamente de los puntajes del pre-test (PrE), experimental y de los puntajes del pre-test (PrC) y post-test (PoC) del grupo control.

El gráfico de dispersión de puntos resultante (fig. 5.6) ha generado dos agrupaciones claras. Por un lado, los puntajes obtenidos en el post test (PoE), por el grupo experimental (PoE), y por otro lado los puntajes del pre-test tanto del grupo experimental (PrE) como del control (PrC) y los individuos de post-test de control (PoC). Se puede observar que éstos tres últimos aparecen ocupando la misma área del gráfico, permitiendo afirmar

que las respuestas del cuestionario por parte de las personas de pre-test tanto experimentales como controles y post-test control siguen un comportamiento similar, y contrastan con las respuestas de post-test experimental. Se puede decir que la intervención educativa aplicada a las enfermeras del grupo experimental ha incrementado sus conocimientos sobre el manejo de dolor.

**Cuadro 5.4: comparación de respuestas correctas antes y después de la intervención educativas en el grupo control y grupo experimental**

Respuestas Correctas			
Grupo Experimental		Grupo Control	
Pre Test	Post Test	Pre Test	Post Test
8	18	7	11
9	19	9	7
8	21	10	8
10	22	13	9
8	20	8	6
12	20	9	9
9	20	7	5
8	20	8	8
11	15	10	6
9	22	7	6
5	22	11	13
8	22	10	5
9	22	8	6
12	20	10	12
12	21	10	8
11	25	9	9
13	23	13	9
9	25	12	7
8	21	8	10
9	23	8	8

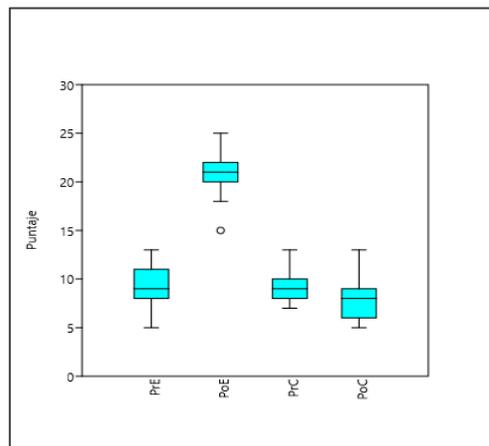
Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 5.5: Estadísticos descriptivos de las respuestas correctas antes y después de la intervención educativas en el grupo control y grupo experimental**

Estadísticas de Respuestas Correctas				
	Experimental		Control	
	Pre Test	Post Test	Pre Test	Post Test
N	20	20	20	20
Min	5	15	7	5
Max	13	25	13	13
Sum	188	421	187	162
Media	9.40	21.05	9.35	8.10
Std. Error	0.43	0.51	0.41	0.50
Varianza	3.73	5.21	3.40	4.94
Stand. Dev	1.93	2.28	1.84	2.22
Median	9.00	21.00	9.00	8.00
25 prcnil	8.00	20.00	8.00	6.00
75 prcnil	11.00	22.00	10.00	9.00
Skewness	0.05	-0.60	0.66	0.60
Kurtosis	0.19	1.71	-0.28	-0.10
Geom.				
Mean	9.20	20.93	9.19	7.82
Coeff. Var	20.54	10.84	19.71	27.43

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 5.2: caja y bigotes de las respuestas correctas antes y después de la intervención educativa (grupo experimental y grupo control y).**



Fuente: Elaboración propia

El gráfico de caja y bigote mostrando la distribución total de los valores de los grupos control y experimental. Se observa que en el post-test (PoE) del

grupo experimental tuvieron mayores puntajes en el cuestionario sobre el dolor.

Como se puede observar en los gráficos de caja y bigote (fig.5.6), en el post test del grupo experimentales (PoE) se caracterizan por presentar mayores puntajes y por ende mayor frecuencia de preguntas contestadas correctamente, mientras que el resto de individuos, pretest control (PrC), posttest control (PoC) y pretest experimental (PrE), presentan puntajes similares entre sí y marcadamente menores al del grupo posttest experimental (PoE).

**Cuadro 5.6:** Porcentaje de aprobados y desaprobados de los grupos experimentales y control (calificación máxima= 26)

	Desaprobado	Aprobado
	< 13	≥ 13
Pre-test Experimental	95%	5%
Post-test Experimental	0%	100%
Pre-test Control	90%	10%
Post-test Control	95%	5%

Fuente: Elaboración propia

Por último, debe señalarse, que el resultado de desaprobados y aprobados es similar de los grupos que no recibieron ninguna intervención para mejorar sus conocimientos sobre el dolor.

## CAPITULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 6.1 Contrastación de Hipótesis

En salud las nuevas tecnologías aplicadas al mundo de la información y la comunicación exige formación específica para la población adulta por encima de sus decisiones individuales, todo este panorama sólo viene a corroborar la necesidad actual de estar permanentemente aprendiendo, el aprendizaje en el adulto auto motivado por sus necesidades, su problemática que le rodea, desarrolla la habilidad de la autoeducación y motivado cuando el conocimiento satisface las necesidades que surgen de la práctica.

**La intervención educativa** es una herramienta usada por la enfermera para llegar a la población adultas y abordar temas relacionados al cuidado de la salud. Se intervino a enfermeras que trabajan con pacientes con dolor impartiendo una intervención educativa sobre conocimientos de manejo del dolor, en el estudio se observa que las enfermeras del grupo experimental formaban un grupo diferenciado con mayor conocimiento del manejo del dolor, se empleó un método estadístico multivariante. La herramienta elegida fue el escalamiento multidimensional clásico, el cual representa en un gráfico bidimensional a los individuos como puntos y sus semejanzas son representadas por la distancia corta entre tales puntos. Si dos individuos son diferentes, los puntos que los representan se alejan, el análisis de los resultados encontrados demuestra que las enfermeras modificaron sus conocimientos de manejo del dolor, incrementando sus notas en el post test; lo que no ocurrió en el grupo control. Por lo tanto, aceptamos la hipótesis propuesta La aplicación de la intervención educativa “es efectiva en el conocimiento del manejo del dolor en las enfermeras que trabajan en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

El incremento significativo de conocimiento aprendido por las enfermeras está basado en la voluntad y entusiasmo, ya que nuevos conocimientos son importantes que tienen valor inmediato en sus vidas

el desempeño laboral como la voluntad de aprender, la experiencia, el tiempo de servicio hace a la enfermera autónoma, autosuficiente e independiente en el actuar frente a sus actividades diarias con el paciente, todo esto están conectados a sus conocimientos basados en el aprendizaje teórico práctico para tratar y mejorar la calidad asistencial del paciente y familia.

## **6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares**

Las personas adultas se encuentran de modo permanente en situaciones de aprendizaje están motivadas, asumen compromisos consigo mismo y también con otros, cuenta siempre con un bagaje experiencial que supone una fuente de aprendizaje en sí mismo (curso agente de la educación para personas adultas)

El presente estudio muestra que los conocimientos de manejo de dolor según tiempo de servicio poseen las enfermeras con mayor de 15 años de servicio, considerando a los puntajes menores a 13 como desaprobados y mayor de 13 como aprobatorio que implica haber contestado correctamente más de la mitad de las 26 preguntas. Así también el grupo etario de 45 a 50 años de edad obtuvo mayor puntaje en ambos grupos de estudio y referente al título universitario alcanzando se observa que solo 01 enfermera tiene estudios de maestría y las demás solo tienen estudios de especialidad, iguales resultados encontramos:

**-En el estudio de Do Carmo**, se observa que la mayoría de las enfermeras (83,3%) era del sexo femenino, de los cuales (33,3%) con más de 10 años de formación, se destaca que ningún enfermero posee especialización en el entrenamiento del dolor.

La capacitación y conocimiento del manejo del dolor en las enfermeras es importante para mejorar la calidad de vida del paciente con dolor, por lo que es necesario impulsar todo tipo de iniciativas que tengan como consecuencias una educación permanente como es la intervención educativa en el manejo del dolor en enfermeras que trabajan en dolor, en

el Hospital Nacional Edgardo Rebalati Martins 2018, demuestran la efectividad de la intervención educativa en sus conocimientos , resultados similares se observa:

- **En el estudio de ortega López**, donde concluye que la intervención de la enfermera fue efectiva en los conocimientos sobre manejo del dolor de 40,6 y máximo 90,6 posterior a la intervención educativa se encontró mayor conocimiento en el personal de enfermería ( $t(41) = -12,98; p(8)$ ). El programa de capacitación para el personal de enfermería tuvo un impacto positivo en enfermería sobre la valoración y el manejo del dolor. En lo referente a la efectividad educativa para aumentar el conocimiento del manejo del dolor, se obtuvo una significación alta ( $P=0.001$ ), lo que puede influenciar positivamente las conductas de la práctica de enfermería y las actitudes hacia los pacientes.

- **En el estudio de Vargas Escobar, Lina María Bolivia (2017)**, “Intervención educativa para enfermería : Cuidado espiritual durante la enfermedad crónica”, muestra que la intervención educativa aplicada a enfermeras en un estudio cuasi experimental modificó significativamente la percepción final total de la espiritualidad y el cuidado espiritual ( $<0,0,016$ ), con un tamaño del efecto de  $= 0,4$  y una  $P =0,84$ . Esto significa que la intervención educativa, la capacitación adquirida fue efectiva modificó los conceptos, la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual.

- **Caño-García. Laura** España. 2014, en el estudio realizado: “Efectividad de un programa educacional multidisciplinario estandarizado en enfermos de artritis reumatoide, lupus eritematosos sistémicos y espondilitis anquilosante produce una modificación en el autocuidado de los pacientes con enfermedades IMID, que mejora aspectos tan importantes como el dolor, la fatiga, la calidad de vida y el sueño.

La Intervención educativa es efectiva se evidencia que el conocimiento sobre el dolor, fueron positivas y generó una mejora marcada en el grupo posttest experimental (cuadro 7). Es así que en los grupos donde no hubo una intervención para mejorar los conocimientos, de 90% a más de los casos salieron desaprobados, es decir, contestaron correctamente menos de la mitad de las preguntas. El grupo que recibió la intervención,

contestaron el 100% de los casos más de la mitad de las preguntas correctamente, y por ende su calificación fue aprobatoria, iguales resultados hay en estudios que demuestran la importancia de la intervención de enfermería en el manejo del dolor, se evidencia en el **estudio de Flores Aguilar N**, se muestra que los pacientes antes de la intervención educativa tienen un nivel de ansiedad moderada 65%, leve 25% y grave 10%; y después de la intervención educativa la ansiedad es de nivel leve 80%, moderada 15% y grave 5%. Se ha comprobado de manera porcentual que hay una variación del estado de ansiedad moderado a leve lo cual evidencia los resultados positivos de la intervención educativa implementada por el profesional de Enfermería para pacientes quirúrgicos.

Por último, se muestra el estudio de Timana, donde se encontró que estadísticamente, no existe evidencia en que la intervención educativa con el CD multimedia sea más efectiva en mejorar el nivel de conocimientos y la percepción de riesgo de ITS e infección por VIH/SIDA en adolescentes del 3º al 5º año de secundaria de las instituciones educativas del sector público de la Región Callao, en comparación a la IET a una intervención educativa tradicional de tipo expositivo. Lo cual da realce a la metodología usada en el presente estudio que se usó la técnica tradicional.

Con esto se comprueba que toda intervención educativa modifica, mejora los conocimientos en enfermeras y por tanto mejora sus habilidades y destrezas, la atención al paciente es de mayor calidez.

### **6.3 Responsabilidad Ética**

Para el desarrollo de la presente investigación, se realizó gestiones en la oficina de capacitación solicitando permiso para aplicar el cuestionario y tener acceso al servicio.

Asimismo, se solicitó la participación de médicos anestesiólogos para la revisión de la Intervención Educativa y la participación de las

enfermeras, se les explico en que consiste el trabajo y sobre todo su participación en el estudio, se le solicito su apoyo y consentimiento informado

Los resultados son de uso exclusivo para la investigación, considerando los principios éticos y técnicos para el desarrollo del estudio los datos serán de conocimiento solo de las investigadoras bajo los principios de confidencialidad.

No maleficencia: no producirá ningún tipo de daño a las personas que participen su participación será voluntaria, las enfermeras serán capacitadas y el estudio es benéfico tanto para las enfermeras como para los pacientes.

## CONCLUSIONES

- La aplicación de una intervención educativa es efectiva porque incrementa los conocimientos de manejo del dolor en enfermeras que trabajan en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, ESSALUD.
- El grupo etario de 45 a 50 años y tiempo de servicios mayor de 20 años de las enfermeras alcanzaron mayor conocimiento del manejo de dolor después de la intervención educativa.
- Las enfermeras que recibieron la intervención educativa mejoraron los conocimientos sobre manejo de dolor, mostraron un cambio positivo respecto a su situación anterior antes de la intervención educativa
- Las enfermeras del grupo control no presentaron ningún cambio en su puntaje del conocimiento de manejo del dolor, porque no se les aplicó ninguna intervención

## RECOMENDACIONES

- Incrementar la formación de la enfermera en las intervenciones educativas en el conocimiento del manejo del dolor por que refleja las acciones aprendidas y mejora sus conocimientos para la buena práctica y en la satisfacción del paciente y familia.
- La Intervención de la enfermera es útil y necesario en el cumplimiento de la atención al paciente personalizado por lo que debe extenderse a otro tipo de paciente en diferentes áreas de salud.
- Importante que la enfermera realice la valoración del dolor: EVA 0-10 en la hoja grafica de la historia clínica para ayudar a un mejor diagnóstico Clínico.
- Se recomienda realizar estudios comparativos relacionados a la intervención educativa en el conocimiento del manejo del dolor por ser estudios con resultados positivos y satisfactorios y ver su impacto en los pacientes.
- Que la institución apoye en la formación y capacitación en el tema.
- Motivar al personal enfermero en seguir estudios académicos, formación profesional, investigaciones científicas propulsando el avance científico en la profesión y reconocimiento en la sociedad

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes Chiquete DJC, Gonzales Ortiz A, Betancourt M, A MG. Epidemiología del dolor por cáncer Madrid - España; 2011.
2. [https://rumboeconomico.com/2016/12/03/el-dolor-1-de-cada-5-personas-adultas-de-padece-dolor-cronico/..](https://rumboeconomico.com/2016/12/03/el-dolor-1-de-cada-5-personas-adultas-de-padece-dolor-cronico/)
3. Vargas Escobar LM. Intervención Educativa para Enfermera: Cuidado Espiritual Durante la Enfermedad Crónica. Bolivia; 2017.
4. Montealegre Gomez DC. Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización Bogotá; 2014.
5. Parra De La Cruz RA. Documentación de Enfermería sobre validación y manejo del dolor en Pacientes Pos Operador Hospitalizados. Bolivia; 2011.
6. Reñones Crego MDLC, Pérez F. Estrategias par ala mejor adel cuidado del paciente oncológico: Resultado del proyecto SHARE (Sesiones interhospitalarias de Análisis y Revisión en Enfermería). Enfermería Clínica.; 2016.
7. URRUTIA IB. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA SOBRE LA MODIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CORONARIOS chile; 2014.
8. Ortega Lopez RM. Intervención Educativa para el manejo del Dolor en Personal de Enfermería.
9. Caño García L. Efectividad de un Programa Educativo Multidisciplinario Estandarizado en Enfermos de Artritis Reumatoide, Lupus Entematoso Sistémicos y Espondilitis Anquilosante España; 2014.
10. Timaná Yenque L.. Efectividad de una intervencion edujscaativa con CD multimedia en conocimientos y percepcion de riesgo acerca de Infecciones de transmision sexual, en adolescentes del 3o al 5o año de secundaria de la region Callao. Perú; 2014.

11. Ahuanani Ramirez A. Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima, 2016 Perú; 2016.
12. Ramirez Aliaga R.. “Efectividad de una intervención educativa en el conocimiento de loncheras Saludables y su contenido en las madres de preescolares. 2015.
13. Flores Alguiar NV. “Efecto de una intervención educativa en el manejo de ansiedad en pacientes durante el periodo preoperatorio mediato en el servicio de cirugía del hospital maría auxiliadora junio – 2017” Lima, Perú; 2018.
14. Rojas PR. LA ANDRAGOGÍA Y EL CONSTRUCTIVISMO EN LA SOCIEDAD DEL CONOCIMIENTO. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portuga. 2003 SETIEMBRE;(15).
15. [Online].; Published on: 22/04/2017 [cited 2019 marzo 17. Available from: <https://lorbada.com/teorias-de-aprendizaje-para-adultos-para-disenar-con-eficacia>.
16. Protocolo de Práctica Asistencial, 2015..
17. Centeno Pascual F. Diario Información. [Online].; 2013 [citad 2018 noviembre 30. Available from: <https://www.diarioinformacion.com/vida-y-estilo/salud/expertos/2013/09/26/complejidad-dolor/1419469.html>.
18. Protocolo de Practica Asistencial, 2017..
19. Guire M. La verdad sobre el dolor. [Online].; 1992 [cited 2018 noviembre 26. Available from: <http://www.quironsalud.es/blogs/es/doloralia/verdad-dolor>.
20. Rodríguez L, Jiménez S. Desempeño laborla de los enfermeros(a) egresados de la Universidad Francisco de Paula Santander. Revista Ciencia y Cuidado. 2012.
21. Sanchez Herrera B. Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. 2003; Aquichan vol.3 no.1 Bogotá Jan./Dec. 2003.
22. Pérez Azanra C, Macías Boub B, Maganto Sancho A. Protocolo del manejo de dolor en urgencias.

23. <http://www.comsegovia.com/paliativos/pdf/curso2014/sesion2/3%20ENFERMERIA%20EN%20DOLORCP.SESION2.pdf>. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PALIATIVO CON DOLOR. Ciclo Formativo. UCPD Segovia. 2014.
24. Curso Agentes De La Educación Para Personas Adultas. [Online]. [cited 2018 diciembre 18. Available from: [http://www.it.educaion.es/formacion/materiales/124/cd/pdf/agentes\\_m\\_n.pdf](http://www.it.educaion.es/formacion/materiales/124/cd/pdf/agentes_m_n.pdf).
25. Do Carmo , y otros. Conocimiento de médicos y enfermeras sobre dolor en pacientes sometidos a la craniotomía.
26. Victoria AF. Universidad Privada San Juan Bautista. [Online].; 2018 [cited 2018 diciembre 8. Available from: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1679>.
27. Yenque T, Zedeyda L. [Online].; 2014 [cited 2018 diciembre 12. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3935>.
28. Redhead García R. [Online]. Available from: [https://www.google.com/search?q=Calidad+de+Servicio+y+Satisfacci%C3%B3n+del+Usuario+en+el+Centro+de+Salud+Miguel+Grau%2C+Distrito+de+Chaclacayo%2C+2013%E2%80%9D&rlz=1C1CHBF\\_esPE817PE817&oq=Calidad+de+Servicio+y+Satisfacci%C3%B3n+del+Usuario+en+el+Centro+d](https://www.google.com/search?q=Calidad+de+Servicio+y+Satisfacci%C3%B3n+del+Usuario+en+el+Centro+de+Salud+Miguel+Grau%2C+Distrito+de+Chaclacayo%2C+2013%E2%80%9D&rlz=1C1CHBF_esPE817PE817&oq=Calidad+de+Servicio+y+Satisfacci%C3%B3n+del+Usuario+en+el+Centro+d).
29. Monchon P, Y M. Nivel de calidad del cuidado de enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia, hospital III-Essalud, Chiclayo 2013: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014.
30. Medina-Lezama M, Esquicha-Medina A. Grado de satisfacción de los pacientes asegurados hospitalizados en la Clínica Virgen de las Mercedes, Hospital Militar de Lima: Revista Enfermería Herediana; 2014.

31. Araujo Maguiña E, Trujillo Rosales J, Julca Montalván Y. [Online].; 2017 [cited 2018 diciembre 11. Available from: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/804>.
32. otros SZSy. Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes del tercer año de secundaria del Colegio "Los Jazmines de Naranjal" de Lima, 2014 Lima; 2014.

## **ANEXOS**

**Anexo 1**  
**Matriz de Consistencia**

TITULO: "INTERVENCION EDUCATIVA EN LOS CONOCIMIENTOS DEL MANEJO DEL DOLOR EN LAS ENFERMERAS HNERM ES SALUD 2018

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACION Y MUESTRA
<p><b>Problema general.-</b> Cuál es la efectividad de una intervención educativa en el conocimiento del manejo del dolor en enfermeras del HNERM ESSALUD 2018?</p> <p><b>Problema. específico. -</b> Cuáles son los conocimientos en la valoración, tratamiento y medición del dolor que tiene las enfermeras del HNERM ESSALUD 2018 antes de la</p>	<p><b>-Objetivo general.-</b> Determinar la Efectividad de una intervención educativa en el conocimiento del manejo del dolor en enfermeras del HNERM ESSALUD 2018</p> <p><b>-Objetivos específicos</b>  -Evaluar los conocimientos en la valoración, tratamiento y medición del dolor que tienen las enfermeras. HNERM ESSALUD 2018 antes de la</p>	<p><b>Hipótesis general</b> La aplicación de la intervención educativa "es efectiva en los conocimientos del manejo de dolor" en las enfermeras de la unidad del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, ESSALUD 2018</p>	<p>V.I Efectividad de la intervención educativa en el conocimiento del manejo del dolor</p> <p>V.D aprendizaje del Manejo de dolor</p>	<p><b>-Enfoque:</b> Cuantitativo</p> <p><b>-Diseño:</b> Cuasi -experimental Corte transversal</p> <p>G.E. 0.1 X 02 ----- G.C. 01 _____02</p> <p>Dónde: GE: G. Experimental GC: G. Control O.I.: Observación Inicial X: Intervención 02 Observación final</p> <p><b>-Técnica:</b> Cuestionario</p>	<p>Enfermeras 40 distribuidos en dos grupos experimental y grupo control</p>

<p>intervención educativa (pre test)?</p> <p>-¿Cuáles son los conocimientos en la valoración tratamiento y medición del dolor que tiene el personal de enfermería del HNERM 2018 <b>después</b> <b>ESSALUD</b> de la intervención educativa (pos test)?</p> <p>-Comparar el conocimiento del dolor en el grupo control y el grupo experimental antes y después de la intervención educativa.</p>	<p>intervención educativa (pre test)</p> <p>-Evaluar los conocimientos en la valoración, tratamiento y medición del dolor que tienen las enfermeras que trabajan en dolor. HNERM 2018 después de la intervención educativa</p> <p>-Comparar el conocimiento en valoración tratamiento y medición de dolor en el grupo control y el grupo experimental antes y después de la intervención educativa.</p>			<p><b>-Instrumento:</b>          Coeficiente de Cronbach (alpha=0.80)          Se aplicó el software estadístico stata 14          El análisis fue escalamiento multidimensional clásico.          la interpretación de los datos se realizaron tablas y gráficos de dispersión, caja y bigote, mostrando la distribución de los valores que contrastan respuestas del pret y post-test.</p>	
--	---	--	--	--	--

## Anexo 2:

### Programa Intervención educativa en el manejo del dolor en los pacientes de la unidad funcional de soporte enfermedades crónicas Servicio Cophoes, Sala de Operaciones 10B, Servicio 6B Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins -2018

**INTRODUCCIÓN:** El manejo del dolor en los pacientes con dolor crónico requiere una atención especializada a los pacientes que implica que la enfermera conozca y domine una serie de procedimientos tales como conocimientos sobre dolor y la terapia medicamentosa que le permita brindar cuidados de enfermería especiales a este tipo de paciente, una atención con calidad y calidez

#### **DEFINICIÓN:**

Es la atención integral y especializada que brinda la enfermera al paciente con dolor crónico

#### **OBJETIVOS:**

- Brindar atención de enfermería con calidad y calidez al paciente con dolor crónico
- Disminuir los riesgos y/o complicaciones en la salud del paciente con dolor crónico

#### **METODOLOGIA**

Expositivo. Teórico, práctico

**ESTRATEGIA EDUCATIVA:** PPT, material didáctico, tríptico informativo

#### **LUGAR DONDE SE LLEVARÁ A CABO:**

Unidad de copohes del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins

Servicio de sala de operaciones 10B Oftalmología.

6to B, ambiente de cophoes

TEMA	RESPONSABLES	METODOLOGIA	FECHA tiempo
Dolor, generalidades, teorías y concepto Valoración del paciente	Lic. Betty D. Alcántara Plasencia	Expositiva	3-Nov. 2018 20 minutos
Medición del dolor	Lic. Betty D. Alcántara Plasencia	Expositiva demostrativa	5 – 9 Nov. 2018 30 minutos
Aplicación del tratamiento dosis, vía de administración Educación a la familia.	Lic. .Betty D. Alcántara Plasencia. Lic. Karina Márquez Eguiluz	Expositiva- Demostrativo. Taller	11 al 15 nov. 2018 30 minutos

## CONTENIDO:

### DOLOR CRÓNICO

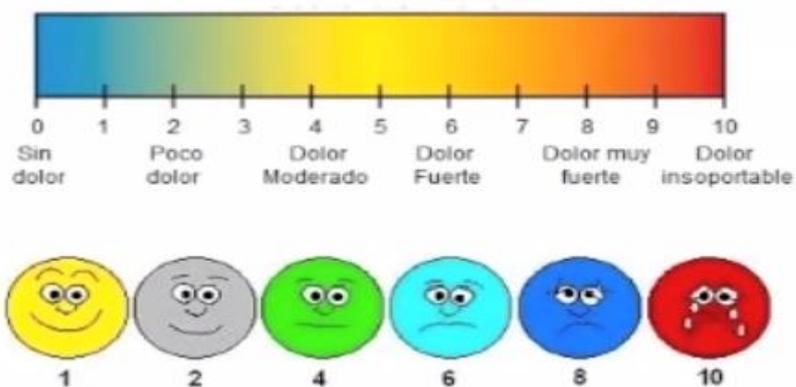
Concepto. -

Dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística presente o potencial

Clasificación Del Dolor

1. Según Su Origen: Espiritual, Físico, Psicológico, Social,
2. Según su Intensidad: Leve, moderado, Severo.
3. Según Su Localización:
  - Localizado: Agudo - Crónico
  - Diferido: Irrradiado – Referido (Esquelético o Neural )
4. Velocidad

### Escalas de dolor



Escala del Dolor

Evaluación Visual del Dolor: EVA: 0-10

### DOLOR ONCOLÓGICO

- Es una urgencia que debe tratarse de inmediato.
- Está representado por todos los tipos de dolor posibles.
- Es producido por una neoplasia – cáncer o tumor.
- El dolor depende de la evolución de la enfermedad.
- Un tratamiento oportuno.

### PROCEDIMIENTO:

#### 1. Antes del procedimiento:

\_ Preparar y organizar los materiales y equipos necesarios a ser utilizados en el procedimiento.

\_ Identificar precozmente alguna complicación o problema potencial

-Orientar y explicar de manera y adecuada sobre el procedimiento que le va a realizar

- Cuidar su privacidad durante el procedimiento, trato con amabilidad, respeto y paciencia

**Valoración:**

- a. examen de la zona a colocar el tratamiento.
- b. Palpar el sitio de inserción, en busca de induración o absceso
- c. Observar gestos de dolor.
- g. Inspeccionar la zona en busca de enrojecimiento, edema, secreciones
- h. Vigilar al paciente durante el procedimiento

**ADMINISTRACIÓN DE LOS FÁRMACOS**

- Medicamento: Morfina.
- Vía: Subcutánea.
- Dilución: Cloruro de sodio al 9%
- Flujo: Goteo, 0.5 ml / hr.
- Equipo: Infusor elastomérico.
- Dosis: Morfina 10 mg. (= 1 amp.) x 3 = 30 mg. (día) 30 mg.x 7 días = 210mg. (210mg. es igual a 21 amp. cada Semana.)
- Rescate: 10% = 21 mg.

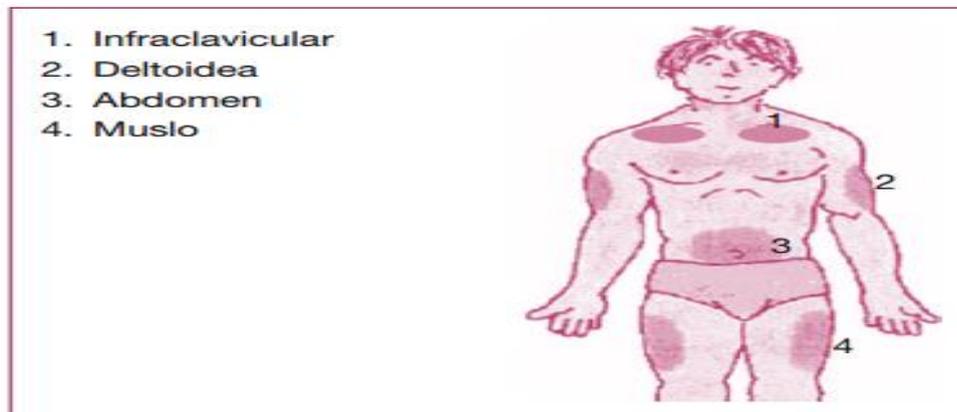
**Preparación de Fármaco (morfina) para Rescate**

- Morfina de 20 mg. (1 ampolla)
- Cloruro de Sodio 9%
- Aguja #18
- Jeringa tuberculina de 1 CC
- Algodón
- Alcohol puro o yodado

**Aplicación Subcutánea**

**Como Aplicar vía Subcutánea**

- Limpiar la zona escogida con 10 unidades de gasa estéril, yodopovidona al 2- 4% y alcohol yodado
- Jeringa preparada de rescate
- Inserta aguja #23 en ángulo de 40° a la piel
- Aplicación de dosis según indicación: ejemplo  
Aplicar 1/2 de jeringa de 1 CC, c/6 hrs si fuera requerido.



### **Reflexión**

El tratamiento adecuado del dolor crónico oncológico mejora la calidad de vida individual y familiar del paciente

### **EDUCACIÓN A LA FAMILIA**

-Los pacientes que reciben terapia de dolor en su mayoría son pacientes con enfermedad terminal, oncológicos por lo que necesitan bastante apoyo emocional de los seres queridos, acompañarlos en sus terapias, no dejarlos solos, fomentar actividades recreativas, mantenerlos ocupado en actividades que ellos puedan realizar.

Vigilar la respiración, alimentar con comida saludable, fraccionada y bebidas. Vigilar la ingesta e eliminación, dar bebidas. El cuidado de la piel limpia e hidratada, hacer ejercicios posturales y de flexión, tratar de dar un ambiente cómodo libre de ruidos y bien ventilados, para dar prioridad al descanso, ayudar a la vestimenta limpia y a vestirse como proteger de agresiones físicas. Prestar atención en su alimentación comidas saludables en buen estado de conservación, alimentación variada que contenga cantidades adecuadas de nutrientes.

Estar alerta de posibles complicaciones y descompensación observar signos de alarma.

**Anexo 3:  
Encuesta**

ENCUESTA PARA VALORAR UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL CONOCIMIENTO DEL MANEJO DEL DOLOR EN ENFERMERAS DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS- ESSALUD 2018	
Nombre del encuestador	NRO

1. EDAD: menor de 30 ( ) 31 40 ( ) 41 50 ( ) mayor de 50 ( )
2. Sexo. F ( ) M ( )
3. Tiempo que labora: en el servicio menor de 5 6 -10( ) 11-15 ( ) 16-20 ( )
4. Formación universitaria: Especialidad ( ) Magister ( ) Dr. ( ) Diplomado ( )
5. Ha recibido formación universitaria en dolor SI..... NO....
6. Cree Ud. que necesita formación en dolor
7. Aplica alguna herramienta para medir dolor SI..... NO.... Cual.....
8. Refleja en la H.C del paciente el valor obtenido en la escala
9. La institución apoya en su capacitación SI ( ) NO ( )
10. Los pacientes pueden dormir a pesar del dolor severo SI ..... NO
11. Los signos vitales siempre son indicadores confiables de la intensidad del dolor  
SI ----- NO.....
12. Los pacientes que pueden distraerse del dolor por lo general no tienen dolor  
severo SI..... NO.....
- 13.-Los agentes anti-inflamatorios no esteroideos aspirina y otros analgésicos no son eficaces para metástasis óseas d olorosas  
SI..... NO.....
- 14.-La depresión respiratoria rara vez ocurre en pacientes que reciben opiáceos en un periodo de varios meses  
SI..... NO-----
- 15.-La Escalera Analgésica de la Organización Mundial de la Salud sugiere utilizar en el manejo del dolor combinación de diferentes medicamentos analgésicos  
SI..... NO.....

- 16.-Los opioides no deben utilizarse en pacientes con antecedentes de abuso de sustancias  
SI..... NO
- 17.-La morfina tiene un techo analgésico (es decir, aunque se aumente la dosis del medicamento no aumenta el alivio del dolor  
SI ..... NO.....
- 18.-Los pacientes ancianos no pueden tolerar los opioides para aliviar el dolor  
SI..... NO.....
- 19.-Basado en las creencias religiosas de cada persona, un paciente puede pensar que el dolor y el sufrimiento son necesarios  
SI..... NO.....
- 20.-Después de administrar dosis inicial de opioides, las dosis posteriores se ajustan a la respuesta individual del paciente  
SI ... NO.....
- 21.-Dar a los pacientes agua estéril por inyección (placebo) es prueba útil para determinar si el dolor es real  
SI..... NO.....
- 22.-La vía de administración recomendada de analgésicos opioides para pacientes con dolor agudo de aparición repentina, como un trauma o dolor postoperatorio es: Intravenosa.  
SI ..... NO.....
- 23.-Si se desconoce la fuente de dolor del paciente, los opioides no deben utilizarse, podría enmascarar el diagnóstico de la causa del dolor  
SI..... NO.....
- 24.-El analgésico para el dolor posoperatorio inicialmente se debe dar: Con horario fijo.  
SI ..... NO-----
- 25.-El juez más exacto de la intensidad del dolor en el paciente es: El Paciente  
Si..... NO.....

26.- Después de la interrupción brusca de un opiáceo, la dependencia física se manifiesten el paciente con sudoración, bostezos, diarrea, agitación

SI..... NO.....

27.- Los pacientes deben ser evaluados individualmente para determinar las influencias culturales

SI ..... NO .....

28.- Al paciente con dolor se le debe alentar a soportar el dolor antes de solicitar analgésico.

SI ..... NO.....

29.- Carlos tiene 22 años es su primer día después de una cirugía abdominal. Usted entra al cuarto, está sentado en el sofá sonríe y continúa hablando y bromeando con su visitante. Su valoración revela la siguiente información: PA = 120/80; FC = 80; R = 18; en una escala del 0 al 10

(0 = sin dolor; 10 = el peor dolor), él califica su dolor como 8.

SI ..... NO.....

30.- Roberto tiene 25 años es su primer día después de una cirugía abdominal. Esta acostado en la cama y llora al realizar movimientos.

Su valoración revela la siguiente información: PA = 120/80; FC = 80; R = 18; en una escala del 0 al 10

(0 = sin dolor; 10 = el peor dolor), él califica su dolor como 8.

SI ..... NO....

**CUESTIONARIO TOMADO DE Mg. Ortega-López y col. (2018). Intervención en el personal de enfermería para el manejo de dolor**

**Anexo 4:**  
**Consentimiento Informado**

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

---

Institución:

Universidad Nacional Del Callao

Las Investigadoras Lic. Betty Alcántara Plasencia y Lic. Karina Marquez Eguiluz del trabajo de investigación “Titulado Intervención Educativa en el Conocimiento del Manejo del dolor en Enfermeras del Hospital Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD 2018” de la Red Asistencial Rebagliati – EsSalud.

Propósito del Estudio: Lo estamos invitando a participar en la presente investigación que tiene como objetivo conocer la efectividad de una intervención educativa en el conocimiento del manejo del dolor e incentivar a las enfermeras aplicar una la intervención en el manejo de Dolor, para lo cual es importantes su participación. Se realizará la presente encuesta teniendo en cuenta dos aspectos: primera parte abarca datos personales y la segunda considera los conocimientos sobre valoración tratamiento y medición del dolor. Su participación no le ocasionara ningún riesgo, no realizara ningún pago a la institución. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar para un mejor cuidado al paciente.

Los datos obtenidos son datos generales que serán usados con Confidencialidad: serán registrados con un código Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**CONSENTIMIENTO Acepto voluntariamente participar en este estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.**

Participante Nombre:

DNI

Fecha

Nombre Investigador:

## Anexo 5

### Otros

#### Conocimientos de las enfermeras grupo experimental según escalamiento multidimensional de variables

Escalamiento multidimensional métrico clásico		Número de observaciones = 40	
Similaridad: coincidencia calculada en 25 variables		Medida de ajuste Mardia 1 = 0.6227	
Disimilaridad: $\sqrt{2(1-\text{similarity})}$		Medida de ajuste Mardia 2 = 0.9525	
Autovalores > 0 =	21		
Dimensiones retenidas =	2		

Dimensión	Autovalores	abs(Autovalores)		(Autovalores) <sup>2</sup>	
		Porcentaje	Acumulado	Porcentaje	Acumulado
1	7.5141505	52.76	52.76	92.25	92.25
2	1.3543327	9.51	62.27	3	95.25
3	1.0038194	7.05	69.32	1.65	96.89
4	0.72239647	5.07	74.39	0.85	97.75
5	0.62434709	4.38	78.77	0.64	98.38
6	0.54521362	3.83	82.6	0.49	98.87
7	0.49822263	3.5	86.1	0.41	99.28
8	0.38170748	2.68	88.78	0.24	99.51
9	0.28872527	2.03	90.81	0.14	99.65
10	0.28582014	2.01	92.82	0.13	99.78

Fuente: Elaboración propia

**Varianza del gráfico de escalamiento multidimensional clásico del grupo control.**

Escalamiento multidimensional métrico clásico  
 Similaridad: coincidencia calculada en 25 variables  
 Disimilaridad:  $\sqrt{2(1-\text{similarity})}$

			Número de observaciones	40
			=	
Autovalores > 0	=	21	Medida de ajuste Mardia 1 =	30.24
Dimensiones retenidas =		2	Medida de ajuste Mardia 2 =	51.72

Dimensión	Autovalores	abs(Autovalores)		(Autovalores) <sup>2</sup>	
		Porcentaje	Acumulado	Porcentaje	Acumulado
1	1.6451775	16.42	16.42	30.24	30.24
2	1.3866398	13.84	30.26	21.48	51.72
3	0.97503546	9.73	40	10.62	62.34
4	0.95577401	9.54	49.54	10.2	72.54
5	0.90107051	8.99	58.53	9.07	81.61
6	0.61924022	6.18	64.71	4.28	85.89
7	0.57671601	5.76	70.47	3.72	89.61
8	0.49509343	4.94	75.41	2.74	92.35
9	0.44006458	4.39	79.8	2.16	94.51
10	0.41292522	4.12	83.93	1.9	96.42

Fuente: Elaboración propia

**Varianza del gráfico de escalamiento multidimensional clásico del grupo control y experimental.**

---

Escalamiento multidimensional métrico clásico  
 Similaridad: coincidencia calculada en 25 variables  
 Disimilaridad:  $\sqrt{2(1-\text{similarity})}$

Número de observaciones = 80  
 Autovalores > 0 = 24 Medida de ajuste Mardia 1 = 0.4851  
 Dimensiones retenidas = 2 Medida de ajuste Mardia 2 = 0.8943

Dimensión	Autovalores	abs(Autovalores)		(Autovalores) <sup>2</sup>	
		Porcentaje	Acumulado	Porcentaje	Acumulado
1	11.173887	40.07	40.07	85.63	85.63
2	2.3531273	8.44	48.51	3.8	89.43
3	1.961399	7.03	55.55	2.64	92.06
4	1.6698907	5.99	61.53	1.91	93.98
5	1.4483916	5.19	66.73	1.44	95.42
6	1.2983046	4.66	71.39	1.16	96.57
7	1.0107141	3.62	75.01	0.7	97.27
8	0.88908765	3.19	78.2	0.54	97.81
9	0.79736261	2.86	81.06	0.44	98.25
10	0.77261592	2.77	83.83	0.41	98.66

Fuente: Elaboración propia