



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO
ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL
DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES
SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL EN EL
HOSPITAL ESPINAR CUSCO 2024

PRESENTADO POR:

Bach. MARIBEL LOPE CALCINA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

JULIACA - PERÚ

2025



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
TRABAJO ACADÉMICO
ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL
DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES
SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL EN EL
HOSPITAL ESPINAR CUSCO 2024

PRESENTADO POR:
MARIBEL LOPE CALCINA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

APROBADO POR:

PRESIDENTE : 
Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

PRIMER MIEMBRO : 
Dra. SONIA BÉNITA FERNANDEZ TAPIA

SEGUNDO MIEMBRO : 
Dr. ROBERTO PAYE COLQUEHUANCA

ASESOR : 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEG10

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 086 - 2025-D-SEP-EPG-UANCV/J**

Juliaca, 24 de noviembre del 2025

VISTOS:

El expediente N° 2025-C-5099, presentado por el (la) Egresado (a), **LOPE CALCINA MARIBEL**, quien solicita nominación de jurados, Fecha y hora de sustentación del Trabajo Académico, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de la Sede Central Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el (a) Egresado (a), **LOPE CALCINA MARIBEL** con DNI. **45999773**, con número de matrícula **1820100119**, ha solicitado asignación de jurados, Fecha y hora de sustentación del Trabajo Académico titulada: **ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL ESPINAR CUSCO 2024** para optar el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez";

Que, de conformidad con lo previsto en el artículo 18° del Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, **Comité de Investigación**;

Que, mediante Resolución Directoral N° **186-2025-SEP-EPG/UANCV SE APRUEBA Y AUTORIZA LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN (TRABAJO ACADÉMICO)** con Resolución Directoral N° **340-2025-SEP-EPG/UANCV se APRUEBA Y AUTORIZA EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN** titulada: **ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL ESPINAR CUSCO 2024** la misma que pertenece a la línea de investigación: **CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEG10**;

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos en su artículo 28° **DE LA SUSTENTACIÓN**.

Y estando, la opinión favorable del Director de la Unidad de Investigación y el Director de la Escuela de Posgrado mediante acta de sorteo de jurado, con registro N° **0000064** de fecha 20 de noviembre del 2025 se nombra jurados de tesis conforme a lo detallado en el acta.

Que, conforme al Artículo 66° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación científica original de la actualidad y de alto valor científico; en uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - DECLARAR APTO para la Sustentación Presencial del informe final de la investigación (Trabajo Académico), del (a) Egresado (a), **LOPE CALCINA MARIBEL**, para optar el título de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**, en virtud de los considerandos expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO. - NOMINAR JURADOS para la sustentación presencial y defensa del Trabajo Académico a los siguientes docentes ordinarios:

| | | |
|------------------------|----------|---|
| Presidente | : | Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI |
| Primer Miembro | : | Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA |
| Segundo Miembro | : | Dr. ROBERTO PAYE COLQUEHUANCA |
| Asesor | : | Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO |

ARTÍCULO TERCERO. - El proceso de la Sustentación del Trabajo Académico en mención, se llevará a cabo:

| | | |
|--------------|----------|---|
| Fecha | : | Viernes, 28 de noviembre del 2025 |
| Hora | : | 3:00 p.m. |
| Local | : | Aula N° 207 – CC3 SEGUNDO PISO - UANCV |

ARTÍCULO CUARTO. - El Director de la Escuela de Posgrado queda encargado del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y Archívese.

UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO


Dr. Javier Romulo Quispe Zapana
DIRECTOR (e)



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 340-2025-SEP-EPG/UANCV**

Juliaca, 23 de setiembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2741, el (la) egresado (a): **LOPE CALCINA MARIBEL** con DNI N° 45999773 código de matrícula N° 1820100119 quien solicita Revisión de Informe Final de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico); acorde al Informe N° 1089-2025-UI-EPG-UANCV y el Anexo (04) Ficha de Opinión del Informe Final de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico) de fecha 15 de setiembre del 2025, que fue revisada por el Comité de Investigación de la Escuela de Posgrado.

CONSIDERANDO:

Que, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de Investigación Científica, Tecnológica y Humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios.

Que, con Expediente N° 2741 el (la) egresado (a): **LOPE CALCINA MARIBEL** solicita la revisión y aprobación del Informe Final de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico) titulado: **ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPÉRATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL ESPINAR CUSCO 2024** Línea de Investigación: **CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG10** para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en: **ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos plasmado en la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R.

Que, el Comité de Investigación emitió su opinión **FAVORABLE** al Informe Final de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico).

Que, el Director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, corroboró el asesoramiento en el Informe Final de la Investigación (Trabajo Académico) del **ASESOR (A): Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**; y,

Estando, la opinión favorable del Comité de Investigación, según **INFORME N° 1089-2025-UI-EPG-UANCV** y el **Anexo (04) Ficha de Opinión del Informe Final de Propuesta de Investigación (Trabajo Académico)** en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR Y AUTORIZAR EL INFORME FINAL DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN (TRABAJO ACADÉMICO) para la **REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN**, Titulado: **ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPÉRATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL ESPINAR CUSCO 2024** presentado por el (la) Egresado (a): **LOPE CALCINA MARIBEL** en virtud de los considerandos expuestos.

ARTICULO SEGUNDO. - RATIFICAR, como **ASESOR(a): Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**.

ARTICULO TERCERO. - DISPONER que la Escuela de Posgrado, Secretaría Académica y Administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 186-2025-SEP-EPG-D/UANCV**

Juliaca, 25 de junio del 2025

VISTOS:

El Expediente N° **2025-5887**, presentado por el (la) Egresado (a): **LOPE CALCINA MARIBEL**, con DNI N° **45999773**, código de matrícula N° **1820100119**, quien solicita Revisión de Propuesta de Trabajo Académico, acorde al **INFORME N° 476-2025-UI-EPG-UANCV** y el **Anexo (02) Ficha de Opinión a la Propuesta de investigación** fue revisada por el Comité de Investigación de la Escuela de Posgrado.

CONSIDERANDO:

Que, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de investigación científica, tecnológica y humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios.

Que, con Expediente N° **2025-5887** el (la) Egresado (a): **LOPE CALCINA MARIBEL** solicita la revisión y aprobación de la Propuesta de investigación Titulado: **ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL ESPINAR CUSCO 2024** Línea de investigación: **CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEG10**, para optar el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**.

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, plasmado en la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R.

Que, el Comité de Investigación emitió su opinión **FAVORABLE** a la Propuesta de Trabajo Académico.

Que, el director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, corroboró la propuesta del **ASESOR** el (la) **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**, quien debe estar acreditado y facultado para orientar y ayudar al asesorado en el proceso de elaboración de la Propuesta de Investigación de acuerdo a la **DIRECTIVA N° 004-2019-UANCV-VRAD-OI**; y,

Estando, la opinión favorable del Comité de Investigación, según **INFORME N° 476-2025-UI-EPG-UANCV** y el **Anexo (02) "Ficha de Opinión a la Propuesta de investigación"** en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, con Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR Y AUTORIZAR LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE TRABAJO ACADÉMICO Titulado: **ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL ESPINAR CUSCO 2024** presentado por el (la) Egresado (a): **LOPE CALCINA MARIBEL** en virtud de los considerandos expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO. - RECONOCER, como **ASESOR** el (la) **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**.

ARTÍCULO TERCERO. - DISPONER que la Escuela de Posgrado, la Secretaría Académica y administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
DIRECCIÓN
Dr. Javier Rómulo Quispe Zapana
DIRECTOR (e)

DIRECCIÓN EPG, INTERESADO.
ARCH. /SEP
JRQZ(e)/raay



17% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 12% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 15% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.


Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos complementarios

| TÍTULO | |
|--|---|
| ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL ESPINAR CUSCO 2024 | |
| Datos de autor | |
| Nombres y apellidos | MARIBEL LOPE CALCINA |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 45999773 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0009-0000-3391-3111 |
| Datos de asesor | |
| Nombres y apellidos | SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 01309221 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0009-0007-4145-7030 |
| Datos del jurado | |
| Presidente del jurado | |
| Nombres y Apellidos | GLADYS MARUJA TORRES CONDORI |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 02360070 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0002-5861-0392 |
| Miembro del jurado 1 | |
| Nombres y apellidos | SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 01297921 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0003-2232-6653 |



| Miembro del jurado 2 | |
|--|---|
| Nombres y apellidos | ROBERTO PAYE COLQUEHUANCA |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 02145441 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0001-8237-5735 |
| Datos de investigación | |
| Línea de investigación | CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG10 |
| Grupo de investigación | No aplica. |
| Agencia de financiamiento | Sin financiamiento |
| Ubicación geográfica de la investigación | <p>Dirección: HOSPITAL ESPINAR País: PERÚ Departamento: CUSCO Provincia: ESPINAR Distrito: YAURI -14.7904671, -71.4045176 URL Maps https://maps.app.goo.gl/se1XPZMQQPQsLjpl7</p>  |
| Año o rango de años en que se realizó la investigación | 2024 – 2025 |
| URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería | <p>Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03 Ciencias médicas, Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00</p> |



UNIVERSIDAD ANDRINA NESTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO

[Signature]
Dr. Jesús Mamani Mamani
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN - EPG

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo MARIBEL LOPE CALCINA, identificado con DNI

Nro. 45999773, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
 Programa de Segunda Especialidad,
 Programa de Maestría o Doctorado

EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL ESPINAR CUSCO 2024

Asesorado por: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.


Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 10 de DICIEMBRE del 2025


Firma del Asesor
(obligatoria)


Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A mis padres Clenio Amador y Esther Antolina por todo su apoyo incondicional en mi formación. A mi hijita hermosa Stefhany Antonella por ser mi motivo para seguir avanzando día a día y lograr un sueño más.



AGRADECIMIENTO

A Dios por la vida y la salud, por su cuidado y protección en cada instante de mi vida, en mi formación personal y profesional. A mi familia que son mi apoyo incondicional en cada paso que avanzo.



ÍNDICE

| | |
|-------------------------|------|
| DEDICATORIA..... | iii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| ÍNDICE | v |
| ÍNDICE DE TABLAS | ix |
| ÍNDICE DE FIGURAS | x |
| RESUMEN..... | xi |
| ABSTRACT | xii |
| INTRODUCCIÓN | xiii |

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

| | |
|--|---|
| 1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA..... | 1 |
| 1.1.1. A nivel Internacional..... | 1 |
| 1.1.2. A nivel nacional | 2 |
| 1.1.3. A nivel local | 2 |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 3 |
| 1.2.1. Problema Principal | 3 |
| 1.2.2. Problemas específicos | 3 |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN | 3 |
| 1.3.1. Justificación Teórica..... | 3 |
| 1.3.2. Justificación Practico..... | 4 |



| | |
|---|----|
| 1.3.3. Justificación Metodológica | 5 |
| 1.4. OBJETIVOS | 6 |
| 1.4.1. Objetivo General | 6 |
| 1.4.2. Objetivos Específicos | 6 |
| 1.5. IMPORTANCIA Y ALCANCE | 7 |
| 1.6. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES..... | 8 |
| 1.7. HIPÓTESIS | 10 |
| 1.7.1. Hipótesis General..... | 10 |
| 1.7.2. Hipótesis Especificas | 10 |
| 1.8. VARIABLES E INDICADORES | 10 |
| 1.8.1. Conceptualización de las variables | 10 |
| 1.8.2. Operacionalización de las variables..... | 11 |

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

| | |
|---|----|
| 2.1. ANTECEDENTES..... | 12 |
| 2.1.1. Internacionales..... | 12 |
| 2.1.2. Nacionales | 15 |
| 2.1.3. Locales..... | 17 |
| 2.2. MARCO EPISTEMOLÓGICO..... | 21 |
| 2.3. ESTADO DEL ARTE | 23 |
| 2.4. BASES TEÓRICAS | 27 |
| 2.4.1. Manejo del Dolor Postoperatorio..... | 27 |



| | |
|--|-----------|
| 2.4.2. Clasificación del Dolor Postoperatorio | 27 |
| 2.4.3. Impacto del Dolor Postoperatorio..... | 28 |
| 2.4.4. Tipos de estrategias de enfermería:..... | 28 |
| 2.5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN (VARIABLE INDEPENDIENTE).... | 29 |
| 2.5.2. Estrategias Farmacológicas | 29 |
| 2.5.3. Principales Fármacos Utilizados | 29 |
| 2.5.4. Estrategias No Farmacológicas | 30 |
| 2.5.5. Principales Técnicas No Farmacológicas | 30 |
| 2.5.6. Enfoque Multimodal | 31 |
| 2.5.7. Factores Asociados al Manejo del Dolor Postoperatorio..... | 31 |
| 2.5.8. Componentes del manejo del dolor postoperatorio:..... | 32 |
| 2.6. MARCO CONCEPTUAL..... | 33 |

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

| | |
|---|----|
| 3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN..... | 35 |
| 3.2. MÉTODOS APLICADOS DE INVESTIGACIÓN | 35 |
| 3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN | 36 |
| 3.4. NIVEL | 36 |
| 3.5. DISEÑO..... | 36 |
| 3.6. ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN..... | 37 |
| 3.7. POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 38 |
| 3.7.1. Población | 38 |



| | |
|---|----|
| 3.7.2. Muestra | 39 |
| 3.8. METODOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN..... | 39 |
| 3.8.1. Técnicas de investigación | 39 |
| 3.8.2. Instrumento de investigación..... | 39 |
| 3.8.3. Criterios de Inclusión..... | 40 |
| 3.8.4. Criterios de Exclusión | 40 |
| 3.9. METODOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN ... | 41 |
| 3.9.1. Validación de los instrumentos..... | 41 |
| 3.9.2. Confiabilidad de los instrumentos | 41 |

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

| | |
|---|----|
| 4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS | 42 |
| 4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 59 |
| CONCLUSIONES | 61 |
| RECOMENDACIONES | 63 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 65 |
| APÉNDICES | 67 |
| Apéndice 2 Instrumentos | 69 |
| Apéndice 3 Validez de instrumentos..... | 72 |
| Apéndice 4 Tratamiento de datos | 78 |
| Apéndice 5 Otros. | 82 |



ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|----------|--|----|
| Tabla 1 | Edad..... | 43 |
| Tabla 2 | Género | 44 |
| Tabla 3 | Nivel educativo..... | 45 |
| Tabla 4 | Tipo de cirugía | 46 |
| Tabla 5 | Intensidad del dolor pre-intervención (EVA)..... | 47 |
| Tabla 6 | Intensidad del dolor post-intervención (EVA) | 48 |
| Tabla 7 | Frecuencia del dolor..... | 49 |
| Tabla 8 | Técnicas aplicadas: Analgesia farmacológica..... | 50 |
| Tabla 9 | Técnicas aplicadas: Relajación | 51 |
| Tabla 10 | Técnicas aplicadas: Crioterapia | 52 |
| Tabla 11 | Técnicas aplicadas: Educación | 53 |
| Tabla 12 | Frecuencia de atención para el dolor | 54 |
| Tabla 13 | Efectividad de las técnicas | 55 |
| Tabla 14 | Calificación de la atención de enfermería | 56 |
| Tabla 15 | Complicaciones relacionadas..... | 57 |
| Tabla 16 | Sugerencias para mejorar | 58 |



ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 Edad..... | 43 |
| Figura 2 Género | 44 |
| Figura 3 Nivel educativo..... | 45 |
| Figura 4 Tipo de cirugía | 46 |
| Figura 5 Intensidad del dolor pre-intervención (EVA)..... | 47 |
| Figura 6 Intensidad del dolor post-intervención (EVA) | 48 |
| Figura 7 Frecuencia del dolor..... | 49 |
| Figura 8 Técnicas aplicadas: Analgesia farmacológica..... | 50 |
| Figura 9 Técnicas aplicadas: Relajación | 51 |
| Figura 10 Técnicas aplicadas: Crioterapia | 52 |
| Figura 11 Técnicas aplicadas: Educación | 53 |
| Figura 12 Frecuencia de atención para el dolor | 54 |
| Figura 13 Efectividad de las técnicas | 55 |
| Figura 14 Calificación de la atención de enfermería | 56 |
| Figura 15 Complicaciones relacionadas | 57 |
| Figura 16 Sugerencias para mejorar | 58 |



RESUMEN

El estudio titulado "Estrategias de Enfermería para el Manejo del Dolor Postoperatorio en Pacientes Sometidos a Cirugía Abdominal en el Hospital Espinar Cusco 2024" fue realizado con el objetivo de describir y evaluar todas las estrategias llevadas a cabo por el equipo de enfermería en cuanto a la administración del dolor después de una operación en pacientes que han recibido intervenciones quirúrgicas abdominales. La población estuvo conformada por 95 pacientes y se utilizó el método de observación en directo y el examen de documentos, encuestas, cuestionarios y fichas de observación. Los resultados observaron cómo sus estrategias aplicadas, farmacológicas y no farmacológicas (analgésicos, técnicas de relajación, distracción, sobre frío/calor) fueron efectivas a la hora de disminuir el dolor postoperatorio. Al mismo tiempo, permitió identificar que los pacientes percataron buen trato desde la enfermería, insistiendo en la educación y seguimiento. Por lo tanto, con las conclusiones, la investigación avaló bajo evidencia que las estrategias de enfermería en el Hospital Espinar Cusco precisamente contribuyen a la gestión eficaz del dolor posterior a la operación, lo que favorece la recuperación y la vida diaria de los pacientes. Este estudio proporciona evidencia importante para mantener los protocolos de atención de la enfermería postoperatoria, sostiene del lado de la práctica asistencial humanización del cuidado hacia el paciente.

Palabras clave: Estrategias de enfermería, manejo del dolor, dolor postoperatorio, cirugía abdominal, Hospital Espinar Cusco, técnicas farmacológicas, técnicas no farmacológicas, percepción del paciente, atención integral.



ABSTRACT

The study, titled "Nursing Strategies for Postoperative Pain Management in Patients Undergoing Abdominal Surgery at Espinar Hospital, Cusco 2024," was conducted to describe and evaluate all the strategies implemented by the nursing team regarding postoperative pain management in patients who have undergone abdominal surgery. The study population consisted of 95 patients and utilized live observation, along with the review of documents, surveys, questionnaires, and observation sheets. The results showed how the strategies applied, both pharmacological and non-pharmacological (analgesics, relaxation techniques, distraction, and cold/heat) were effective in reducing postoperative pain. At the same time, it revealed that patients perceived good treatment from the nursing staff, who emphasized education and follow-up. Therefore, with its conclusions, the research demonstrated evidence that nursing strategies at the Espinar Hospital in Cusco contribute to effective postoperative pain management, which favors patients' recovery and daily life. This study provides important evidence for maintaining postoperative nursing care protocols and supports the humanization of patient care practices.

Keywords: Nursing strategies, pain management, postoperative pain, abdominal surgery, Espinar Cusco Hospital, pharmacological techniques, non-pharmacological techniques, patient perception, comprehensive care.



INTRODUCCIÓN

El dolor postoperatorio es una de las inquietudes más importantes en el campo de la salud, en particular para los pacientes que han sido operados de abdomen, ya que puede tener un impacto considerable en su recuperación, bienestar y calidad de vida. Este tipo de dolor no solo produce un impacto a nivel físico, sino que también genera consecuencias emocionales y psicológicas, motivo por el cual un protocolo adecuado de manejo es indispensable. En ese sentido, el rol de enfermería es fundamental, en tanto le corresponde implementar estrategias que permitan mitigar la CMO y brindar una experiencia postoperatoria más amigable y confortable a los pacientes.

El Hospital Espinar se sitúa en una región con características socioeconómicas y culturales específicas, de forma que el control del dolor después de una operación es un reto permanente. Pese a los avances de índole farmacológica y quirúrgica, existen brechas en la implementación de estrategias integrales que combinen abordajes farmacológicos y no farmacológicos. Se inscribe en este sentido, la presente investigación, que tiene objetivo analizar las prácticas actuales de enfermería en la materia para identificar áreas de mejora y proponer recomendaciones que optimicen la asistencia.

El objetivo de este estudio se puede resumir del siguiente modo: Describir y evaluar las estrategias de enfermería implementadas para la gestión del dolor después de la operación en pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente en el abdomen en el Hospital Espinar Cusco a lo largo del año 2024. Considerando el alcance de la investigación, relevante responder a ¿Cuáles fueron las estrategias implementadas por enfermería para la gestión del dolor



después de la operación en pacientes que se han sometido a cirugía abdominal durante el año 2024 en el Hospital Espinar Cusco? en tanto forma parte de la metodología a emplear a lo largo de la investigación.

El estudio está estructurado en cinco capítulos, como se registra a continuación: Capítulo I El Problema donde se determina el problema de investigación, sus objetivos y su justificación; Capítulo II Marco Teórico que aborda los conceptos teóricos y antecedentes vinculados al dolor postoperatorio; Capítulo III Metodología de la investigación, en la que se detallan los métodos y herramientas a emplear, el diseño y la población; Capítulo IV Resultados donde se visualizan y analizan los resultados hallados; y Conclusiones y Recomendaciones en los que se sintetiza el hallazgo para proponer acciones de mejora.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. A nivel Internacional

La gestión del dolor posterior a una intervención quirúrgica continúa siendo un tema importante en el campo de la salud mundial. Según la OMS, cuando no se administra de manera adecuada, el dolor postoperatorio tiene un impacto negativo en la recuperación de los pacientes y conduce a la extensión de los ingresos hospitalarios y aumento de las complicaciones. A menudo, los enfermeros no logran tener éxito con la medicina moderna, la falta de estandarización de los protocolos clínicos, los recursos limitados y la formación insuficiente de los profesionales de los servicios de salud. Varias revisiones comparativas internacionales han indicado que los aportes de enfermería, tanto farmacológicos como no farmacológicos, son significativos para aliviar el dolor postoperatorio. Sin embargo, su aplicación y resultados demuestran diferencias notables en los sistemas de salud.



1.1.2. A nivel nacional

El manejo del dolor postoperatorio es un desafío importante en el sistema de salud en la mayoría de los entornos hospitalarios peruanos. Según el Ministerio de Salud, MINSA, la cirugía abdominal es uno de los procedimientos más realizados en los hospitales de Perú. Muchos pacientes se quejan de dolor en el posoperatorio inmediato. A pesar de eso, sigue existiendo una brecha en la implementación de estrategias efectivas y aplicables peruanas en cuanto al manejo del dolor, sobre todo en los hospitales fuera de la capital. La capacitación constante del personal enfermero, la falta de recursos y el escaso desarrollo de terapias complementarias para producción no farmacológicas dificultan el abordaje integral del paciente con dolores. Esto subraya la necesidad de evaluar y mejorar lo que están utilizando los proveedores de cuidados de enfermería para asegurar el nivel y la atención enfocado en la persona.

1.1.3. A nivel local

En el Hospital Espinar Cusco, uno de los temas que más preocupan es cómo tratar el dolor después de una operación en pacientes a los que se les ha realizado cirugía del abdomen. El equipo de enfermería es esencial en el alivio del dolor. Sin embargo, actualmente, no existe un análisis detallado de las estrategias utilizadas y su efectividad, y se desconoce la perspectiva de los pacientes sobre el dolor manejado. Como resultado, no se pueden identificar áreas de mejora en el proceso de atención. Por lo tanto, es necesario investigar las estrategias de enfermería implementadas en este hospital, evaluar su efectividad y proponer



acciones que mejoren la gestión del dolor que sigue a la cirugía. Si este proyecto se pone en marcha con éxito, la calidad de vida de los pacientes y sus resultados clínicos serán mejores.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema Principal

¿Qué estrategias de enfermería se implementan para el manejo del dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el Hospital Espinar Cusco durante el año 2024?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las técnicas y procedimientos de enfermería utilizados para el control del dolor postoperatorio en pacientes con cirugía abdominal?
2. ¿Qué tan efectivas son las estrategias de enfermería en la reducción del dolor postoperatorio en los pacientes sometidos a cirugía abdominal?
3. ¿Cómo perciben los pacientes el manejo del dolor postoperatorio recibido en el servicio de cirugía del Hospital Espinar Cusco?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Justificación Teórica

El dolor postquirúrgico ha sido motivo de múltiples estudios en el sector de la salud, dado que repercute de forma directa en la sanación del paciente desde todos los ángulos. No obstante, desde la teoría, queda mucho por conocer en cuanto a las estrategias que el personal de



enfermería promueve en contextos concretos como el Hospital Espinar Cusco. En ese sentido, será posible discernir la efectividad y el grado de aplicabilidad de las estrategias de control de dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal. Así, contribuirá a fortalecer el conocimiento y ofrecerá un fundamento firme para mejorar el esquema de atención de enfermería y para futuros estudios.

El dolor postoperatorio es un tema que se ha estudiado ampliamente, ya que influye en la vida del paciente de manera integral. Sin embargo, existe un vacío en la literatura en torno a cuáles son las estrategias concretas que el personal de enfermería implementa para controlarlo en contextos locales como el Hospital Espinar Cusco. A través de la descripción y el análisis de dichas estrategias, la presente investigación busca aportar al marco teórico actual y ofrecerá conocimiento que enriquecerá investigaciones futuras, a la par que contribuirá como base para el desarrollo de procedimientos de actuación para el tratamiento del dolor después de una operación.

1.3.2. Justificación Practico

El objetivo práctico de esta investigación es determinar, valorar y explicar las tácticas de enfermería empleadas en la práctica para la gestión del dolor después de una operación. Este estudio debería ayudar a mejorar las intervenciones de enfermería en el futuro y a aumentar el estándar de vida de los individuos con enfermedades. En palabras concretas, los resultados de este estudio pueden si utilizarse como fundamentos para la educación de enfermería o para el desarrollo de protocolos actualizados



que puedan implementarse en el Hospital Espinar Cusco. A largo plazo, tal educación puede asistir en la reducción de los riesgos de complicaciones postoperatorias, tiempo de hospitalización reducido y mayor satisfacción del paciente.

Mi objetivo principal en esta investigación es contribuir a la calidad de la práctica clínica en el Hospital Espinar Cusco, en adultos que se les realiza una cirugía mayor o de abdomen. Identificaré tácticas de enfermería importantes y la administración del dolor tras la intervención quirúrgica de los pacientes para sugerir que algunas puedan promover un resultado más deseable. Además, los resultados pueden ser fundamentales para la educación y capacitación en habilidades clínicas de enfermería y atención al paciente.

1.3.3. Justificación Metodológica

La investigación tiene fundamento desde el enfoque metodológico, ya que busca llevar a cabo un análisis descriptivo y valorativo de las técnicas de enfermería empleadas en la gestión del dolor postoperatorio para sistematizar y analizar los patrones de conducta. El enfoque seleccionado para definir la metodología permitirá recopilar datos objetivos y subjetivos utilizando instrumentos validados y técnicas pertinentes sobre la base de las analíticas identificadas. Por lo tanto, se identificarán las áreas en las que es necesario optimizar las estrategias y se creará una base metodológica para futuras investigaciones a nivel local y tal vez regional. Además, se utilizarán métodos cualitativos y cuantitativos para adoptar un método integral de análisis del fenómeno estudiado.



El enfoque descriptivo de la investigación seleccionado en este trabajo permitirá analizar las estrategias de enfermería para el manejo del dolor postoperatorio en la práctica clínica. Los métodos de entrevistas, encuestas y revisión de la documentación clínica proporcionarán datos sobre la efectividad de estas estrategias y su percepción por parte de los pacientes. Como resultado, los datos obtenidos serán importantes y precisos, lo que proporciona la esencia metodológica necesaria para implementar la toma informada de decisiones.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Describir las estrategias de enfermería para el manejo del dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el Hospital Espinar Cusco durante el año 2024.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las técnicas y procedimientos de enfermería aplicados para el control del dolor postoperatorio en pacientes con cirugía abdominal.
2. Evaluar la efectividad de las estrategias de enfermería en la reducción del dolor postoperatorio en los pacientes.
3. Analizar la percepción de los pacientes sobre el manejo del dolor postoperatorio recibido en el servicio de cirugía del Hospital Espinar Cusco.



1.5. IMPORTANCIA Y ALCANCE

La relevancia del presente estudio está relacionada con la necesidad de identificar y describir las estrategias de enfermería utilizadas para el dolor que sienten los pacientes después de ser operados en el abdomen. Este conocimiento es crucial para mejorar la calidad de la atención y acelerar los procesos de recuperación. El dolor postoperatorio no controlado adecuadamente puede conducir a una serie de complicaciones, prolongar la estancia en el hospital y deteriorar el nivel de vida de las personas enfermas. Además, los datos actualizados que se obtienen de este estudio pueden utilizarse para fortalecer la educación de enfermeros, mejorar protocolos y promover enfoques basados en la evidencia en el Hospital Espinar Cusco. Por lo tanto, el estudio es valioso para el desarrollo científico y la mejora del cuidado de la salud en el área quirúrgica a nivel local y nacional.

Una recuperación exitosa de los pacientes sometidos a cirugía abdominal depende del efectivo manejo del dolor postoperatorio. La relevancia de la presente investigación proviene de la oportunidad para identificar, analizar y evaluar las estrategias de enfermería actuadas en el Hospital Espinar Cusco. Los resultados recopilados son esenciales para la creación de protocolos individuales que no solo reducen la sensación del dolor, sino también mejoran la calidad y la velocidad de recuperación de los pacientes. Además, la oportunidad de informar directamente a los trabajadores del personal con esos datos les ayuda a adaptar de manera efectiva sus intervenciones y proporcionar tratamiento completo y orientado al paciente.



1.6. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

Por otro lado, algunas limitaciones de la investigación incluyen la resistencia o la escasez de disponibilidad del equipo enfermero para participar completamente en la recopilación de datos debido a sus responsabilidades diarias. También puede ser difícil acceder a una fuente de registros clínicos completos y actualizados de los pacientes, lo que afectaría la cantidad de información disponible en el manejo del dolor. Además, se puede suponer que los pacientes tienen perspectivas subjetivas basadas en juicios emotivos en relación con su tratamiento, lo que imposibilitaría que un investigador evalúe la efectividad del enfoque de manera objetiva. Finalmente, dado que la investigación se realizará en el Hospital Espinar Cusco, la extrapolación de los descubrimientos a otras circunstancias o zonas se limitará.

Acceso a información: La disponibilidad de datos sobre las estrategias de enfermería implementadas podría estar limitada debido a la ausencia de documentos actualizados o completos en el hospital.

Participación de pacientes: Algunos pacientes podrían no estar dispuestos a participar en la investigación o proporcionar información sobre su experiencia con el manejo del dolor.

Tiempo: El tiempo destinado a la recolección de datos podría ser insuficiente para abarcar a cada uno de los pacientes que se sometió a una operación del abdomen durante el año 2024.

Recursos: La investigación podría verse limitada por la falta de recursos económicos o tecnológicos necesarios para realizar un análisis más profundo.



La investigación se delimita a estudiar las estrategias de enfermería para la gestión del dolor postquirúrgico únicamente en pacientes que se han sometido a cirugía en el abdomen que fueron atendidos en el Hospital Espinar Cusco durante el año 2024. Se centra en analizar tanto los métodos utilizados por el equipo de enfermería como la visión de las personas con respecto a la terapia del dolor durante la etapa inmediatamente posterior a la cirugía. No se incluirán pacientes sometidos a otro tipo de cirugía ni aquellos con condiciones clínicas que impidan evaluar el dolor postoperatorio. La investigación se realiza en el área de cirugía del hospital, sin abarcar otras unidades o servicios.

Área geográfica: El estudio se centrará exclusivamente en el Hospital Espinar, ubicado en la región Cusco, Perú.

Población: La investigación se enfocará en personas que han sido operados en la zona abdominal durante el año 2024 y en el personal de enfermería que participe en su atención postoperatoria.

Tiempo: El periodo de estudio abarcará el año 2024, limitándose a los datos obtenidos en ese lapso de tiempo.

Temática: La investigación estará delimitada al análisis de las estrategias de enfermería, tanto las farmacológicas como las no farmacológicas, que se emplean para tratar el dolor después de una operación. No se abordarán otros aspectos del cuidado postoperatorio como infecciones o complicaciones quirúrgicas.



1.7. HIPÓTESIS

1.7.1. Hipótesis General

Las estrategias de enfermería implementadas en el Hospital Espinar Cusco durante el año 2024 contribuyen significativamente al manejo efectivo del dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal.

1.7.2. Hipótesis Específicas

Las técnicas y procedimientos de enfermería aplicados para el control del dolor postoperatorio en pacientes con cirugía abdominal son adecuados y cumplen con los estándares establecidos.

Las estrategias de enfermería utilizadas son efectivas para reducir el dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal.

La percepción de los pacientes sobre el manejo del dolor postoperatorio recibido en el servicio de cirugía del Hospital Espinar Cusco es positiva y refleja satisfacción con la atención brindada.

1.8. VARIABLES E INDICADORES

1.8.1. Conceptualización de las variables

Variable 1: Estrategias de enfermería

Hace referencia a las técnicas, procedimientos y acciones implementadas por los enfermeros para el manejo del dolor en los enfermos que han sido operados de cirugía en la zona del abdomen. Estas estrategias pueden incluir intervenciones farmacológicas (administración de analgésicos) y no farmacológicas (técnicas de relajación, posicionamiento, entre otras).

Variable 2: Manejo del dolor postoperatorio

Se refiere al grado de atenuación del dolor que las personas sienten luego de la operación en la zona del abdomen. Incluye aspectos como la intensidad del dolor (evaluado mediante escalas), la satisfacción del paciente con el manejo del dolor y su impacto en la recuperación postoperatoria.

1.8.2. Operacionalización de las variables

| VARIABLE | DIMENSION | INDICADOR | INSTRUMENTO |
|----------------------------------|--|--|---------------------------|
| VARIABLE INDEPENDIENTE | 1.1. Datos generales del paciente | 1.1.1. Tipos de analgésicos utilizados (opioides, no opioides, anestésicos locales). | Encuesta Ficha clínica |
| | | 1.1.2. Dosis promedio administrada por paciente. | |
| | | 1.1.3. Frecuencia de administración de medicamentos. | |
| | Estrategias de enfermería farmacológicas | 1.2.1. Número de pacientes que reciben técnicas de relajación guiada. | |
| | | 1.2.2. Frecuencia de uso de musicoterapia. | |
| | | 1.2.3. Porcentaje de pacientes que reciben educación sobre manejo del dolor. | |
| VARIABLE DEPENDIENTE | 1.3. Enfoque multimodal | 1.3.1. Número de pacientes tratados con estrategias combinadas (farmacológicas y no farmacológicas). | |
| | | 1.3.2. Valoración de satisfacción del paciente con el enfoque multimodal (escala Likert). | |
| | | 2.1.1. Promedio de puntuación en la Escala Visual Analógica (EVA) a las 24, 48 y 72 horas postoperatorias. | |
| Manejo del dolor postoperatorio. | 2.1. Intensidad del dolor | 2.1.2. Porcentaje de pacientes con dolor moderado o severo después de la intervención. | |
| | | 2.2. Satisfacción del paciente | |
| | 2.2. Satisfacción del paciente | 2.2.1. Nivel de satisfacción del paciente con el manejo del dolor (escala Likert). | |
| | | 2.2.2. Número de pacientes que consideran adecuado el manejo del dolor recibido. | |
| | 2.3. Recuperación postoperatoria | 2.3.1. Tiempo promedio de recuperación funcional (en días). | |
| | | 2.3.2. Porcentaje de pacientes con complicaciones relacionadas al manejo inadecuado del dolor. | |

Fuente: propia del autor



CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Internacionales.

Organización Mundial de la Salud (OMS): Impacto del dolor postoperatorio a nivel global.

La OMS reconoce que el manejo insuficiente del dolor postoperatorio es un problema significativo que afecta a millones de pacientes a nivel mundial. Según un informe de 2021, más del 70% de las personas que se han sometido a operaciones quirúrgicas sienten un dolor de mediano a intenso durante el tiempo después de la operación, el cual afecta de manera desfavorable su reemisión y nivel de vida. Este problema es más pronunciado en naciones de recursos financieros intermedios y reducidos, en las que los recursos médicos son limitados y los procedimientos para el control del dolor no están estandarizados. La OMS ha afirmado que el tratamiento del dolor después de la cirugía debe ser un objetivo en sí mismo porque "el tratamiento adecuado no solo es un deber hacia el paciente, inventado como una parte de la ética de la medicina" sino que también se asocia con una serie de beneficios, incluida una condición de



vida más alta para la persona afectada, un menor número de complicaciones postoperatorias, menos días de hospitalización y un uso más efectivo de los recursos hospitalarios . La organización indica que el acceso de los pacientes a estas estrategias no es suficiente; lamentablemente, en muchos casos, se necesitará algún tipo de capacitación para que los médicos y otro personal realicen estas actividades (1).

Otro estudio de Gan et al. analizó los efectos sobre el dolor postoperatorio de las estrategias multimodales aplicadas en hospitales de los Estados Unidos y diversos países del continente europeo. La investigación demostró que tales métodos, que incluían opioides y agentes no narcóticos para aliviar el dolor, así como intervenciones como fisioterapia y psicoterapia cognitivo-conductual, son hasta mucho más eficaces en comparación con los enfoques exclusivamente basados en opioides. Además, los autores notaron que los pacientes sometidos a estas terapias se recuperaban más rápido y estaban más satisfechos con el grado de atención. A este respecto, los especialistas enfatizan que aunque adaptarse a tales estrategias puede requerir gastos de capacitación y adquisición de recursos al principio, conlleva beneficios muy superiores para los usuarios y los servicios de asistencia médica lo que significa que estos costos ya están más que justificados (2).

En Europa, Rawal et al. investigaron las técnicas no farmacológicas en el control del dolor tras la operación. El estudio examinó el uso de la musicoterapia, la meditación guiada y la acupuntura, que se está convirtiendo en práctica común en la región. A pesar de las



consideraciones desconocidas relacionadas con la cultura y la economía, los autores concluyeron que las intervenciones se vuelven populares porque son efectivas, económicas y están libres de efectos secundarios. Según los hallazgos, los pacientes a quienes se les aplicaron las tres intervenciones y el plan de tratamiento estándar reportaron una disminución significativa de la intensidad del dolor y manifestaron un mayor nivel de satisfacción con la atención . No obstante, los autores señalaron que la práctica no farmacológica es desigual en todos los países y depende de los factores culturales, económicos y del personal (3).

En Asia, Chan et al. examinaron los desafíos y soluciones únicas del dolor posoperatorio. El informe reconoció la falta de disponibilidad de medicamentos, incluidos los analgésicos opioides y la deficiencia de conocimientos especializados . Al mismo tiempo, el uso de las intervenciones tradicionales, como la acupuntura y la medicina herbal, se volvió más popular y demostró una eficiencia adecuada y aceptable entre los pacientes. En general, los autores destacaron la combinación adecuada de la medicina moderna y tradicional aplicada en los hospitales de la región (4).

En Australia, Clarke et al. analizaron la importancia de los instrumentos para analizar y supervisar el dolor en la práctica posoperatoria. El estudio destacó la importancia del uso de escalas específicas, deliberadas y lanzadas en psicometría, como los VNDS y los END, en el examen formal de la intensidad del dolor . Los autores enfatizaron la importancia de los programas de certificación para el personal de enfermería en el uso de las



pruebas y las ventajas de la generación posolu. A juzgar por los hallazgos, los hospitales informaron de una mayor satisfacción del paciente en un rango de más del 30% y una reducción de la tasa de complicaciones relacionadas no solo con el dolor, sino también con su mal manejo (5).

2.1.2. Nacionales

El Ministerio de Salud de Perú, el MINSA, ha identificado al dolor postoperatorio como un problema significativo en los hospitales públicos del país. De acuerdo a un reporte presentado en el 2022, sobre el 65 % de las personas sufren dolor moderado o severo luego de una intervención quirúrgica, lo cual afecta su recuperación y calidad de vida. Para luchar contra este fenómeno, el MINSA ha estado fomentando la implementación de paquetes de medidas que incluyen el uso combinado de analgésicos y de técnicas no farmacológicas, como la relajación y la fisioterapia. Por otra parte, se han creado programas de capacitación para doctores de enfermería con el objetivo de mejorar su capacidades diagnósticas y de tratamiento. Posee como indicio resultados positivos, ya que la estadía en un hospital de los pacientes bajo el paquete complaciente se redujo, y la satisfacción se incremento, si bien, aun existen problemas relativos a la disponibilidad de profesionales capacitados y de recursos en áreas rurales (6).

El estudio de García et al. en hospitales de Lima. encontraron que el tratamiento del dolor postoperatorio solía basarse exclusivamente en analgésicos, mientras que las técnicas no farmacológicas son poco comunes y las evaluaciones estandarizadas escasean, lo que hace



imposible la individualización del tratamientos recomendando la mayor capacitación del personal de salud en estrategias multimodales y la implementación de evaluaciones validadas con el fin de optimizar los hallazgos clínicos y la vivencia del enfermo (7).

En Cusco, Quispe et al. evaluaron la percepción de las personas en relación con el tratamiento del dolor después de la cirugía en los hospitales públicos. En ese sentido, se concluyó que el 70% de los pacientes no estaban satisfechos con lo recibido, con principales motivos relacionados a la demora en la aplicación de analgesia y a la no comunicación. Así, se atribuyó la necesidad de mejorar la relación entre el personal de salud y con el paciente y, a su vez, de implementar protocolos más eficientes y accesibles en el abordaje del dolor (8).

En Arequipa, Vargas et al. valoraron cuál fue el impacto del entrenamiento del equipo de enfermería en cuanto a cómo manejar el dolor tras la operación. En esta investigación, los pacientes tratados por enfermeros entrenados describieron menor dolor y más satisfacción. En este sentido, fue concluido que también la capacitación continua del personal de la salud es importante para ofrecer un abordaje más eficiente en dolor. Más adelante (9).

Revilla et al.: Técnicas no farmacológicas en Piura. Los autores examinaron el uso de técnicas no farmacológicas, como la musicoterapia y la relajación, en hospitales de Piura. Aunque ellos demostraron efectividad en términos de dolor, la aplicación de esta estrategia fue limitada por falta de recursos y entrenamiento del personal. Por lo tanto, recomendaron al estado que invierta en entrenamientos y equipo para habilitar extensión



de uso de esta estrategia y permitir mejor calidad de dolor en su tratamiento (10).

2.1.3. Locales

Según los registros internos del Hospital Espinar Cusco correspondientes al año 2023, más del 60% entre los pacientes que se sometieron a operaciones en el abdomen, un número experimentó dolor entre leve e intenso en las primeras 48 horas del tiempo posterior a la operación. Este porcentaje indica un problema de gran envergadura en la gestión del dolor en este establecimiento de salud, que influye directamente sobre la recuperación de los pacientes y su calidad de vida. Asimismo, la mayoría de dichos pacientes expresaron insatisfacción con la atención brindada, señalando como principales inconvenientes el retraso en la aplicación de analgésicos y la falta de monitoreo constante para determinar cuán intenso es el dolor.

El análisis de los registros indica además que si bien el personal médico tiene a su disposición medicamentos básicos para el control del dolor, no existen protocolos estandarizados que orienten uniformemente sus prácticas de tratamiento postoperatorio. Como consecuencia, los profesionales adoptan una variabilidad significativa en su enfoque dependiendo de su experiencia previa, lo cual resulta con frecuencia en tratamientos subóptimos o inadecuados.

De modo complementario, se observó que los métodos no farmacológicos, por ejemplo la relajación dirigida o la fisioterapia y musicoterapia, son poco utilizadas por falta de recursos y capacitación.



Dado que estas estrategias han sido mundialmente reconocidas debido a su efectividad para manejar el dolor, podrían resultar un complemento adecuado de los tratamientos farmacológicos y contribuir en forma significativa a mejorar los resultados clínicos.

Para abordar estas problemáticas, se podrían establecer protocolos específicos de manejo del dolor adaptados al contexto local, y proporcionar capacitación regular al personal médico y de enfermería en estrategias multimodales. Sería además esencial implementar un sistema de seguimiento periódico del dolor a través de un instrumento estandarizado, como la escala EVA, para analizar la eficacia de los procedimientos y modificar los tratamientos según lo que cada paciente necesite de manera individual. Estas medidas permitirían al Hospital Espinar mejorar su atención postoperatoria y contribuir a una recuperación rápida y satisfactoria de sus pacientes (11).

Estudio de Sánchez et al.: Prácticas actuales de manejo del dolor en el Hospital Espinar Sánchez et al. realizaron un estudio en el Hospital Espinar para evaluar los métodos contemporáneos para gestionar el dolor tras la operación en las personas afectadas y las pacientes intervenidos quirúrgicamente. Los datos obtenidos indicaron que las intervenciones farmacológicas son predominante, siendo el paracetamol y los opioides los medicamentos clave en caso del dolor intenso. Sin embargo, se evidenció que los procedimientos no relacionadas con medicamentos, como la relajación y fisioterapia, y otras, no son acompañadas pese a su eficacia comprobada.



Este estudio también notó que los médicos y las enfermeras tienen dificultades en la evaluación precisa del dolor, ya que no están adecuadamente equipados con herramientas de valoración y evaluación del dolor. Por ende, los tratamientos son infrecuentes y no se ajustan al dolor paciente específico, que es una barrera para su eficacia. La carga laboral y la falta de capacitación en técnicas multimodales fueron identificadas como factores que contribuyen.

Sánchez et al. "aconsejan" que debe haber programas de capacitación constante para los trabajadores del sector salud, que se centrarían en fomentar el uso de herramientas como la Escala Visual Analógica y un mayor uso de intervenciones no farmacológicas en los planes de tratamiento. La estandarización también es importante, ya que puede reducir la variabilidad en la administración de los medicamentos. De este modo, la calidad de la atención en el Hospital Espinar mejoraría, y los impactos negativos del dolor podrían reducirse significativamente (12).

Estudio de Torres et al.: Percepción de los pacientes sobre el manejo del dolor. Torres et al. realizaron un estudio cualitativo en el Hospital Espinar para investigar la perspectiva de las personas afectadas sobre la gestión del dolor después de la cirugía. Sus hallazgos revelaron que alrededor del 70% de los pacientes no estaban satisfechos con su atención, ya que informaron sobre postponer el uso de analgésicos y la falta de comunicación apropiada con el personal sanitario como aspectos más críticos. En comparación con eso, a muchos pacientes les disgustaba que no se les explicara su plan de manejo y las opciones disponibles claramente porque esto creaba desconfianza y ansiedad.



Además, los pacientes afirmaron que los chequeos de dolor eran insuficientes porque en la mayoría de los casos, no se evaluaban en las horas asignadas para ajustar los tratamientos de acuerdo con sus cambios. Como resultado, algunos pacientes sufrieron dolor innecesario durante mucho tiempo y esto tuvo un efecto devastador en su bienestar psicológico y físico.

Por ende, Torres et al. destacan que es necesario un mejor diálogo con los pacientes y crear un entorno centrado en el paciente que proporcione educación sobre el dolor y toma de decisiones en el proceso. Asimismo, recomendaron la implementación de monitoreo continuo de dolor y capacitación de personal en estrategias multimodales para garantizar una atención adecuada (13).

Formación en no farmacológicas: Fernández et al.

Fernández et al. evaluaron el efecto de un plan de capacitación para el equipo de enfermería del Hospital Espinar en el empleo de no farmacológicas para el dolor postoperatorio. Dentro del programa se impartieron talleres de relajación, musicoterapia y fisioterapia, y sesiones prácticas en que se pusieron en la práctica a los pacientes postquirúrgicos.

En el estudio se señaló que los enfermeros formados pudieron reducir con efectividad el dolor indicado por los pacientes en medida significativa, y en las primeras 48 horas postquirúrgicas. Asimismo, los pacientes atendidos por el personal formado indicaron sentirse más satisfechos de la atención recibida, sobre todo, por la empatía del personal de salud.



Fernández et al. recomendaron que la formación estable de no farmacológicas es una iniciativa adecuada para completar los tratamientos farmacológicos y obtener buenos resultados clínicos. En este sentido, exhortaron a difundir la formación a profesionales de la salud y establecer un sistema de control para medir esta aplicación en el dolor (14).

Con respecto al Hospital Espinar, Delgado et al. consideraron la falta de protocolos estandarizados para el control del dolor postoperatorio. Según los hallazgos del estudio, sin tales guías específicas, es difícil establecer estrategias uniformes y efectivas de control del dolor, lo que conduce a grandes variaciones de la calidad de atención entre los pacientes.

Los autores propusieron que los protocolos locales incluyan la disposición de instrumentos para medir el dolor, como la Escala Analógica Visual. Asimismo, fue recomendado estipular en los protocolos pautas claras del uso farmacológico y no farmacológico de los tratamientos. Además, Delgado et al. indican que sería apropiado capacitar al personal, para que los protocolos sean implementados con precisión y crear un equipo de control responsable del monitoreo del cumplimiento de los protocolos. Consideran que este enfoque permitiría disminuir el nivel de sufrimiento de la persona y favorecer una pronta y exitosa mejoría (15).

2.2. MARCO EPISTEMOLÓGICO

La perspectiva epistemológica de esta investigación, que se encuentra en el marco del modelo positivista, tiene como objetivo describir, analizar y explicar los fenómenos observables a partir de métodos sistemáticos y



verificables. En este contexto de estudio se pretende comprender y describir las estrategias de enfermería que se llevan a cabo en el manejo del dolor postoperatorio, basándose en los datos empíricos de nuestra experiencia clínica en el servicio de cirugía abdominal.

El tipo de conocimiento generado será del tipo empírico-analítico, porque se basa en aspectos que pueden ser observables en la realidad hospitalaria y la recolección sistemática de datos mediante la aplicación de instrumentos validados. También en términos de objetividad, medición, y análisis lógico para determinar la forma en que se realizan y la efectividad que tienen las estrategias de enfermería utilizadas o implementadas.

Sin embargo, considera también el conocimiento práctico y la experiencia del enfermero, ya que se reconoce que muchos de los procesos clínicos se realizan desde la intuición y el conocimiento tácito y desde la experiencia previa. En esta investigación se considera entonces una visión instrumental de la teoría, ya que no solo se pretende describir la realidad sino mejorarla o proponer mejorar basados en los resultados obtenidos.

A través de este marco epistemológico, se fundamenta la teoría sobre el manejo del dolor abdominal post operatorio, y teniendo en cuenta tanto los enfoques médico, psicológico y social, desde una perspectiva epistemológica el dolor es una sensación multifactorial y compleja resultado de aspectos fisiológico, emocionales y circunstanciales este análisis se enmarca en dos enfoques: positivista y constructivista.

Enfoque Positivista: El dolor es concebido desde un paradigma objetivo y medible basado en respuestas fisiológicas específicas al daño tisular, en

sistemas estándar como la escala visual análoga y en intervenciones farmacológicamente aplicadas en evidencia científica. El conocimiento que se genera desde el paradigma positivista se basa en las relaciones casales considerando los elementos que inciden en la manifestación del dolor y evaluación de la eficacia de la intervención clínica.

Enfoque Constructivista: El dolor es una construcción subjetiva influenciada por la cultura, la psicología y la sociedad, la percepción del dolor es relativa al individuo y se basa en su contexto, sus experiencias previas y sus expectativas. Por lo tanto, la gestión del dolor posquirúrgico no solo se realiza mediante medicamentos, sino que involucra medidas de manejo no farmacológico, como la musicoterapia, la relajación y psicoeducación del paciente con una perspectiva más personal e individual.

En este estudio se consideran ambos enfoques como enmarcados en el marco epistemológico que en algunas ocasiones los fenómenos observados y medibles varían en función de la circunstancias subjetivas del paciente, desde iv afectar la manifestación de los mismos.

2.3. ESTADO DEL ARTE

En el ámbito de la enfermería, en los años recientes se ha incrementado la relevancia de gestionar el dolor tras la operación quirúrgica. Estudios a nivel internacional, nacional y local han demostrado que un control apropiado del dolor no solamente mejora el bienestar de la persona que se ve afectada, sino que además acelera el proceso de recuperación y



disminuye los días de hospitalización y el riesgo de complicaciones postoperatorias.

En el nivel internacional, la investigación realizada por Apfelbaum et al., así como el proyecto PAIN OUT , muestra que el dolor postoperatorio es frecuente y, en la mayoría de los casos, no está bien controlado, incluso en hospitales de países desarrollados. Por lo tanto, los estudios resaltan la importancia del equipo de enfermería para implementar de manera eficaz medicamentos y tácticas no farmacológicas para controlar el dolor. En el nivel nacional, las tesis y proyectos de la UNMSM y la UPCH en Perú han evaluado las estrategias de enfermería en hospitales peruanos. Aunque los protocolos son accesibles, la sobrecarga, la falta de capacitación continua y suministros son barreras comunes para la aplicación. Asimismo, conclusiones nacionales enfatizan la urgencia de una perspectiva humanista para la gestión del alivio del dolor para fomentar la participación del paciente.

En el nivel local, hospitales del sur del Perú, incluso en Cusco y Puno, han realizado investigaciones para demostrar que el dolor después de la operación continúa siendo un asunto no solucionado. Estas investigaciones confirman que los profesionales de enfermería deben ser competentes, los protocolos actuales, y la cultura de la evaluación del dolor.

En ese contexto, la presente investigación contribuye al estado del arte a través de sus hallazgos en el Hospital Espinar de Cusco, una institución intermedia que brinda evidencia actualizada de las tareas de enfermería para el tratamiento del dolor después de una operación. Además, se



podrán reconocer áreas de mejoramiento en la asistencia quirúrgica que se puede mejorar a partir de estrategias efectivas que mejoren la atención centrada en el paciente.

El estado del arte a su vez se enfoca en los estudios de los avances recientes y tendencias realizadas en relación a las investigaciones de dolor post-operatorio, ya que se centra en las tendencias y brechas actuales y futuras tanto a nivel global como en el contexto local.

Avances en la gestión multimodal del dolor: En los estudios científicos revisados más recientemente, se ha enfatizado el uso de estrategias multimodales para tratar el dolor después de una operación, las cuales incluyen técnicas farmacológicas y no farmacológicas. Dahl & Kehlet (2011) indica que la disminución del dolor es favorecida por la analgesia preventiva y la mezcla de analgésicos de distintos grupos y la rápida mejora de la persona. Sin embargo, en la mayoría de las naciones, especialmente en el entorno económico restrictivo de las naciones en vías de desarrollo, no hay posibilidad de utilizar las estrategias como se esperaba debido a la humillación de los sistemas de salud y de capacitación.

Estrategias no farmacológicas: además, en los últimos años, se ha prestado prestando cada vez más atención a las acciones farmacológicas no farmacológicas, como los métodos de fisioterapia, la terapia musical y la relajación dirigida. Fernández et al. (2023) sostiene que los beneficios se han demostrado mediante su capacidad para tratar el dolor y mejorar la salud psicofísica en general.



Protocolos estándar. La falta de protocolos estandarizados para el manejo del dolor aún representa una barrera importante en muchos centros de salud. Delgado et al. (2023). indica que se necesitan guías clínicas junto con carencias localizadas para garantizar una gestión constante y eficaz del dolor después de la operación. Además, estas guías deben incluir herramientas de evaluación basadas en la EVA, así como recomendaciones específicas referente a la utilización de técnicas no farmacológicas y analgésicos.

Percepción del paciente. Estudios recientes han señalado la relevancia de cómo el paciente percibe el dolor en su tratamiento. Torres et al. (2023) revela que muchos pacientes no están satisfechos con la atención que han recibido porque el personal de salud no se comunica y no hace un seguimiento. Este hecho subraya la importancia de la perspectiva centrada en el individuo, que nunca debe olvidarse; la educación del paciente y su toma de decisiones deben ser consideradas también.

Desafíos locales. De acuerdo con los registros internos publicados por el hospital en Espinar, la administración del dolor después de la operación, presenta desafíos porque hay falta de recursos e insumos básicos, la ausencia de protocolos estándar y la limitación de la capacitación del personal en estrategias multimodales. En general, se observa una brecha importante entre las posibilidades científicas y la implementación práctica en contextos donde las posibilidades son limitadas.



2.4. BASES TEÓRICAS

2.4.1. Manejo del Dolor Postoperatorio

2.5.1.1. Conceptualización del Dolor Postoperatorio

El dolor postquirúrgico es, de acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), una experiencia sensorial y emocional molesta que está vinculada al daño de los tejidos, ya sea real o potencial después de la cirugía. Entre las preocupaciones actuales de los hospitales modernos, el dolor crónico constituye una de las cuestiones sanitarias más preocupantes, ya que repercute en todos los ámbitos de la recuperación, la calidad de vida y el bienestar emocional del paciente. Por lo tanto, el dolor postoperatorio es un fenómeno de gran escala (1).

Desde un punto de vista fisiológico, el dolor postoperatorio se basa en la sobreexcitación de nociceptores periféricos por la lesión quirúrgica y la transmisión de estas señales a través del sistema nervioso central. Sin embargo, el dolor también está mediado debido a elementos psicológicos como el temor, la angustia afectado por el respaldo familiar y el contexto cultural en el que se lleva a cabo la intervención, lo que lo convierte en un fenómeno multifactorial (2).

2.4.2. Clasificación del Dolor Postoperatorio

Dolor agudo: ocurre generalmente dentro de las iniciales cuarenta y ocho horas después de la operación; es breve y de intensidad variable.

Dolor crónico postoperatorio: es persistencia más allá del período de cicatrización, generalmente más de 3 meses, y puede estar vinculada al daño nervioso o la sensibilización central.



2.4.3. Impacto del Dolor Postoperatorio

El paciente que no recibe un control adecuado del dolor postoperatorio puede presentar retraso en la cicatrización, alteraciones cardiovasculares y respiratorias o un mayor riesgo de complicaciones. Asimismo, los efectos emocionales como la angustia, la dificultad de dormir y la tristeza profunda disminuyen su calidad de vida (4).

En cuanto a la enfermería, las estrategias de enfermería son intervenciones planeadas y sistemáticas para proporcionar atención efectiva y segura a los individuos. Su clasificación incluye las no farmacológicas y farmacológicas de acuerdo con la intervención que se requiera con el fin de mitigar el dolor postoperatorio.

Las tácticas de enfermería son definidas por la American Nurses Association (ANA, 2021). como administración segura de analgésico, técnicas de relajación, posicionamiento y el uso de frío o temperatura alta, apoyo emocional y educación al paciente. En un contexto quirúrgico, estas estrategias buscan controlar el dolor postoperatorio agudo, prevenir complicaciones y facilitar la recuperación.

2.4.4. Tipos de estrategias de enfermería:

Farmacológicas: se refieren a la administración de analgésicos, antiinflamatorios, opioides, entre otros, según la prescripción médica, podrá evaluar su efectividad y detectar efectos secundarios.

No farmacológicas: referentes a técnicas como la musicoterapia, los masajes, la respiración profunda, la distracción, la terapia cognitivo-



conductual, entre otras, y son especialmente útiles en casos donde la prioridad sea disminuir la farmacoterapia.

Según Potter y Perry (2020): "los enfermeros deben basar sus intervenciones en una continua evaluación del dolor, considerando la sobre todo, la percepción del individuo, así como en sus antecedentes y condiciones actuales." Asimismo, enfatizan sobre la importancia de factores como la empatía, la comunicación terapéutica y la educación como factores fundamentales.

2.5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN (VARIABLE INDEPENDIENTE)

2.5.2. Estrategias Farmacológicas

El cimiento fundamental del cuidado para el dolor después de una cirugía son las estrategias farmacológicas. La medicación en cuestión es entonces los fármacos diseñados para actuar sobre los mecanismos fisiológicos del dolor. Como expone Kehlet y Dahl (2011), dicho abordaje debe ser tanto individualizado, respecto a cada paciente en particular como's multimodal, es decir, realizado a través de la combinación de varios grupos de medicamentos para maximizar la acción y minimizar las reacciones adversas.

2.5.3. Principales Fármacos Utilizados

Analgésicos no opioides: El paracetamol junto con los fármacos antiinflamatorios no esteroideos son algunos ejemplos. Se emplean para el dolor de intensidad leve a moderada.

Opioides: estos son ítems como la morfina y el fentanilo, se reservan para el dolor moderado a severo, pero su uso continuo genera dependencia y otros efectos nocivos.

Anestésicos locales: la lidocaína se emplea para agotar el dolor en procesos particulares.

Adyuvantes: con medicamentos como antidepresores o anticonvulsivantes en caso de dolor neuropático posquirúrgico (5).

2.5.4. Estrategias No Farmacológicas

Las estrategias no farmacológicas funcionan como coadyuvantes del manejo farmacológico, y se centran en los aspectos psicológicos y emocionales del dolor. Estos enfoques son útiles en particular para disminuir la percepción del dolor, el incremento del bienestar del paciente y la disminución del consumo innecesario de fármacos (6).

2.5.5. Principales Técnicas No Farmacológicas

Relajación guiada: incluyen ejercicios de respiración y de relajación muscular progresiva que disminuyen la tensión física y emocional relacionada con el dolor.

Musicoterapia: la música ha evidenciado su eficacia para reducir la sensación de dolor y la ansiedad en pacientes postquirúrgicos.

Fisioterapia: realizando movilización temprana y ejercicios suaves para mejorar la circulación, disminuir la inflamación y prevenir complicaciones derivadas del reposo prolongado.

Educación del paciente: Informar al paciente acerca de las expectativas del dolor y las estrategias de manejo puede disminuir el miedo al dolor y mejorar las posibilidades de obtener una buena respuesta a los tratamientos. (7).

2.5.6. Enfoque Multimodal

La gestión del dolor multimodal implica una mezcla de tácticas basadas en fármacos así como no farmacológicas dirigidas a los múltiples mecanismos responsables del dolor. Según Apfelbaum et al. (2023), este enfoque es más efectivo que cualquier intervención única, ya que mejora el control del dolor, facilita la reducción de la cantidad de fármacos recetados y mitiga varios efectos secundarios (8).

2.5.7. Factores Asociados al Manejo del Dolor Postoperatorio

2.5.7.1. Factores Institucionales

La carencia de esquemas estandarizados y la insuficiencia de medios son barreras comunes para una buena gestión del dolor postoperatorio, especialmente en entornos con limitaciones económicas, como el Hospital Espinar (9).

2.5.7.2. Factores del Personal de Salud

La actitud y el conocimiento del personal médico y de enfermería son factores que influyen significativamente en la calidad de tratamiento del dolor. Por tanto, es crucial realizar capacitación continua en estrategias multimodales y en la evaluación del dolor para mejorar los resultados clínicos (10).

2.5.7.3. Factores del Paciente

El dolor también está sujeto a factores individuales, como la percepción del dolor, la tolerancia y las experiencias previas, y el grado de apoyo emocional. Según Torres et al. (2023), involucrar al paciente durante el ciclo de tomar decisiones aumenta la adhesión al tratamiento y la complacencia con el servicio (11).

El control del dolor tras la operación implica una serie de procedimientos médicos y de enfermería cuyo objetivo es aliviar el dolor que siente un paciente luego de una intervención. Si no se maneja adecuadamente, el dolor postoperatorio puede conducir a varias condiciones físicas y mentales disminuidas que van desde retardo en la curación de la herida, insomnio, hasta ansiedad, depresión, y en algunas situaciones dolor crónico.

El "International Association for the Study of Pain" (IASP, 2020) establece el dolor como "una vivencia negativa en términos emocionales y sensoriales que está asociada con perjuicios verdaderos o posibles en los tejidos", y en el contexto postoperatorio, este último está relacionado con la incisión, traumatismo tisular y procesos inflamatorios.

2.5.8. Componentes del manejo del dolor postoperatorio:

Evaluación del dolor: Se mide con la EVA (Escala Visual Análoga) o la Escala Numérica.

Intervenciones específicas: según la intensidad y las características, se opta por analgésicos u otros métodos alternativos.



Seguimiento y reevaluación: El personal de enfermería debe llevarla a término para modificar los métodos.

2.6. MARCO CONCEPTUAL

Dolor Postoperatorio:

Es una sensación desagradable que experimenta un paciente después de una intervención quirúrgica y es causada por la lesión tisular y la inflamación relacionada con el procedimiento.

Estrategias de Enfermería:

Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas implementadas por el personal de enfermería para prevenir, aliviar o manejar el dolor y otros síntomas en los pacientes.

Técnicas Farmacológicas:

Métodos que utilizan medicamentos, como analgésicos, para controlar el dolor. Incluyen opioides, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y anestésicos locales.

Técnicas No Farmacológicas:

Intervenciones que no involucran medicamentos, como técnicas de relajación, distracción, terapia de frío/calor y educación al paciente, con el fin de aliviar el dolor y optimizar la buena salud.

Cirugía Abdominal:

Procedimiento quirúrgico que implica la apertura del abdomen para tratar enfermedades o lesiones en órganos como el estómago, intestinos, hígado o páncreas.

Percepción del Paciente:



Opinión o valoración que tiene el paciente sobre la atención recibida, incluyendo la efectividad de las estrategias para manejar el dolor.

Atención Integral:

Enfoque holístico que considera no solo los aspectos físicos del paciente, sino también los emocionales, psicológicos y sociales, para garantizar una recuperación completa.

Protocolos de Atención:

Es un conjunto de normas y procedimientos estandarizados establecidos para la práctica clínica con el objetivo de asegurar la atención de calidad basada en evidencia.

Calidad de Vida:

Grado en que un individuo disfruta de su vida, incluyendo su bienestar físico, emocional y social, y su capacidad para realizar actividades cotidianas.

Educación al Paciente:

Este término implica informar al paciente sobre su enfermedad, tratamiento y manejo del dolor para empoderarlo y aumentar su adherencia al cuidado.



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque de investigación adoptado es cuantitativo porque supone la medición y el análisis de los datos asociados con la gestión del dolor posoperatorio a través de cifras, por ejemplo el grado de satisfacción del paciente y la magnitud del dolor. Por ende, se fundamenta en el análisis de la conexión entre los determinantes y en la extrapolación de los datos logrados en la población investigada.

3.2. MÉTODOS APLICADOS DE INVESTIGACIÓN

El método es el hipotético-deductivo que implica formular hipótesis basadas en teorías existentes sobre el manejo del dolor postoperatorio. Luego, el criminólogo presentará y someterá a prueba estas hipótesis a través de la recopilación y el estudio de información empíricos. Con base en la evidencia, el método pretende probar las hipótesis y, si no son válidas, se modifica o se descartará.

3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se llevará a cabo de manera aplicada, dado que está destinada a abordar problema práctico de la gestión del dolor posquirúrgico en el Hospital Espinar. Por lo tanto, la finalidad de este enfoque es influir en las prácticas clínicas y lograr el bienestar de los pacientes a través de la identificación de los enfoques efectivos.

3.4. NIVEL

El nivel de investigación es descriptivo-correlacional.

Descriptivo porque describiré las características del manejo del dolor postoperatorio, y correlacional porque buscaré relacionar algunas variables como la relación entre las diferentes estrategias y el grado de satisfacción de las personas enfermas.

3.5. DISEÑO

En cuanto al diseño de la investigación, este es no experimental, transversal.

Por un lado, no será experimental, ya que no se manipularán las condiciones; en su lugar, se las examinará y procesarán tal y como se den en el ambiente hospitalario. Se trata, por ende, de un trabajo de observación.

Por otro lado, el estudio, dado que la recopilación de información se llevará a cabo en una sola ocasión o un solo periodo de tiempo, tendrá un diseño transversal. Por ende, no es posible llevar a cabo un seguimiento en más de una instancia. Aspecto con el cual se podrá hacer un "corte" de la utilización de la administración del dolor tras la intervención



quirúrgica en personas mayores durante el periodo de tiempo estipulado en el estudio.

3.6. ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

El estudio se enmarca en el campo hospitalario y asistencial y tiene lugar en la Unidad quirúrgica del Hospital Espinar Cusco, hospital de segundo nivel del Perú durante el año 2024. Desde una perspectiva clínica, el estudio ocurre en el contexto de la atención clínica postoperatoria y se centra en las tácticas del equipo de enfermería para tratar el dolor en personas que se han sometido a una operación abdominal.

Disciplinariamente, la investigación se relaciona con la Enfermería Quirúrgica, específicamente al examinar las prácticas profesionales en el manejo de pacientes en los períodos inmediatamente posoperatorio y mediato. Asimismo, la investigación se encuadra en el campo de la salud pública ya que el dolor controlado es un factor crítico en la recuperación, calidad de vida y disminución de complicaciones derivadas de la cirugía abdominal en pacientes hospitalizados.

Institucionalmente la investigación se enfoca en el quirófano del Hospital Espinar, donde las enfermeras y otro personal de salud juegan un rol en el tratamiento del dolor, una etapa fundamental para la sanación y la rehabilitación satisfactoria de los pacientes posquirúrgicos.

Geográfico:

Las investigaciones se llevarán a cabo en el Hospital Espinar, Espinar, Cusco, Provincia, Perú. Este hospital proporciona la atención de salud de nivel II-1 a la provincia mencionada.



Temporal:

El estudio se llevará a cabo entre enero de 2025 a junio 2025, un período suficientemente prolongado para obtener una cantidad significativa y de información de elevada calidad acerca del alivio del dolor en individuos que han sido operados.

Poblacional:

La población estudiada comprende pacientes adultos (mayoría de edad) que han sido sometidos alguna intervención quirúrgica en el Hospital Espinar durante el período de estudio. También se incluirá un equipo de trabajo sanitario, que abarca especialistas en enfermería y médicos.

Temático:

El tema de la investigación es la gestión del dolor después de la operación y el análisis del efecto que tienen las tácticas farmacológicas y no farmacológicas sobre el grado de dolor, la sanación y la complacencia del paciente. Por medio de este método, se ha generado una percepción general y específica de la investigación para identificar qué prácticas están funcionando bien y dónde se podría realizar mejoras en el contexto de la hospitalización.

3.7. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.7.1. Población

La población de estudio involucra a un total de 95 pacientes adultos, es decir, mayores de 18 años de edad, quienes se sometieron a procedimientos quirúrgicos en el Hospital Espinar, sitio en la provincia Espinar, región Cusco entre julio de 2025 y diciembre de 2025. Es



importante señalar que estos sujetos constituyen el grupo objetivo para la evaluación de todas las intervenciones en las estrategias del manejo del dolor post-operatorio.

3.7.2. Muestra

Dado que la población es pequeña y manejable, se trabajará con la población completa (censo), es decir, los 95 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para el estudio. No se realizará un muestreo, ya que el tamaño poblacional permite abarcar a todos los individuos en el análisis.

3.8. METODOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

3.8.1. Técnicas de investigación

La técnica utilizada será la encuesta estructurada, aplicada de manera directa a los pacientes seleccionados. Esta técnica es adecuada para recolectar información relacionada con las percepciones, experiencias y valoración de las tácticas de enfermería aplicadas para manejar el dolor después de la cirugía.

3.8.2. Instrumento de investigación

El instrumento utilizado es un cuestionario estructurado que incluirá ítems cerrados con escala tipo Likert, diseñado en base a las dimensiones de la variable "estrategias de enfermería". El cuestionario será validado por juicio de expertos en enfermería quirúrgica y metodología de la investigación, y se comprobará su confiabilidad mediante el coeficiente



Alfa de Cronbach. Este instrumento permitirá recopilar datos cuantitativos que facilitarán el análisis y la interpretación de los resultados.

3.8.3. Criterios de Inclusión

Pacientes mayores de 18 años.

Pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos en el Hospital Espinar durante el período de estudio (julio-diciembre de 2025).

Pacientes que presenten dolor postoperatorio durante las primeras 72 horas después de la cirugía.

Pacientes que consientan en ser parte del estudio a través de la suscripción de la autorización informada.

Pacientes que puedan comunicarse de manera verbal o escrita para responder el cuestionario.

3.8.4. Criterios de Exclusión

Pacientes con complicaciones quirúrgicas graves que afecten su capacidad para participar en el estudio (por ejemplo, ingreso a UCI prolongado).

Pacientes con alteraciones cognitivas o mentales que dificulten la comprensión o comunicación.

Pacientes que no hablen el idioma utilizado para la recolección de datos (español).

Pacientes que abandonen el hospital antes de completar el seguimiento postoperatorio.

Pacientes que no quieran tomar parte o que hayan retirado su autorización durante el proceso de investigación.



3.9. METODOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

3.9.1. Validación de los instrumentos

La validación de los instrumentos de recolección de datos se realizará mediante el juicio de expertos. Este proceso consistirá en:

Selección de expertos: Se convocará a un grupo de 3 a 5 profesionales en el área de manejo del dolor postoperatorio (médicos, enfermeros y especialistas en investigación).

Revisión del instrumento: Los expertos evaluarán el cuestionario y la guía de observación, considerando aspectos como:

Claridad de las preguntas.

Relevancia de los ítems en relación con los objetivos del estudio.

Coherencia y adecuación del lenguaje.

3.9.2. Confiabilidad de los instrumentos

La confiabilidad del cuestionario se evaluará mediante una prueba piloto aplicada a un grupo pequeño de pacientes (10% de la población total, es decir, aproximadamente 9-10 pacientes) que cumplan con los criterios de inclusión. Los pasos serán los siguientes:

Aplicación del cuestionario piloto: Se administrará el instrumento a los pacientes seleccionados para identificar posibles problemas dentro de la evaluación de los interrogantes o incongruencias respecto a las respuestas.

Análisis de consistencia interna: Se utilizará el indicador de Cronbach Alfa para evaluar la fiabilidad del test. Un valor de Alfa de Cronbach mayor o igual a 0.7 será considerado aceptable.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Los datos obtenidos en la investigación se organizaron mediante tablas y gráficos estadísticos, categorizados según las variables de estudio:

Estrategias de enfermería aplicadas (farmacológicas y no farmacológicas).

Niveles de dolor postoperatorio (escala visual analógica: leve, moderado, intenso).

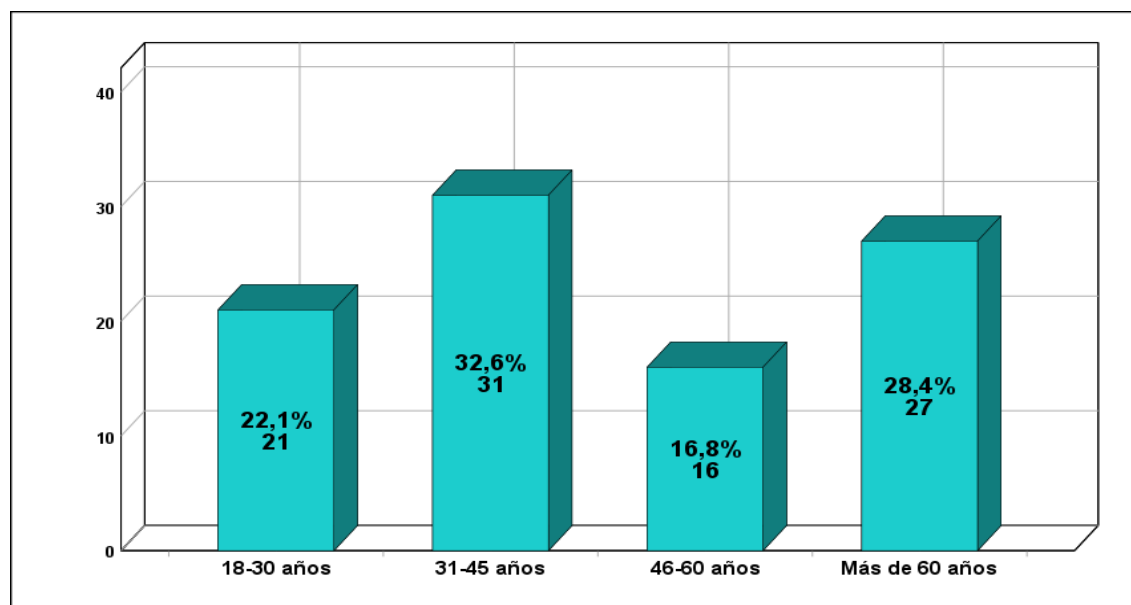
Perspectiva de la gente sobre la eficacia de los procedimientos (satisfactorio, regular, insatisfactorio).

Tabla 1

Edad

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 18-30 años | 21 | 22,1 | 22,1 | 22,1 |
| | 31-45 años | 31 | 32,6 | 32,6 | 54,7 |
| | 46-60 años | 16 | 16,8 | 16,8 | 71,6 |
| | Más de 60 años | 27 | 28,4 | 28,4 | 100,0 |
| Total | | 95 | 100,0 | 100,0 | |

Figura 1

Edad

La distribución de edades muestra que el mayor grupo etario corresponde a los pacientes entre 31 y 45 años (32,6%), seguido por los mayores de 60 años (28,4%). En menor proporción se encuentran los jóvenes de 18 a 30 años (22,1%) y los adultos de 46 a 60 años (16,8%). Esto indica que la mayor parte de los pacientes sometidos a cirugía abdominal pertenece a edades adultas medias y avanzadas, coincidiendo con la prevalencia de patologías abdominales que requieren intervención quirúrgica.

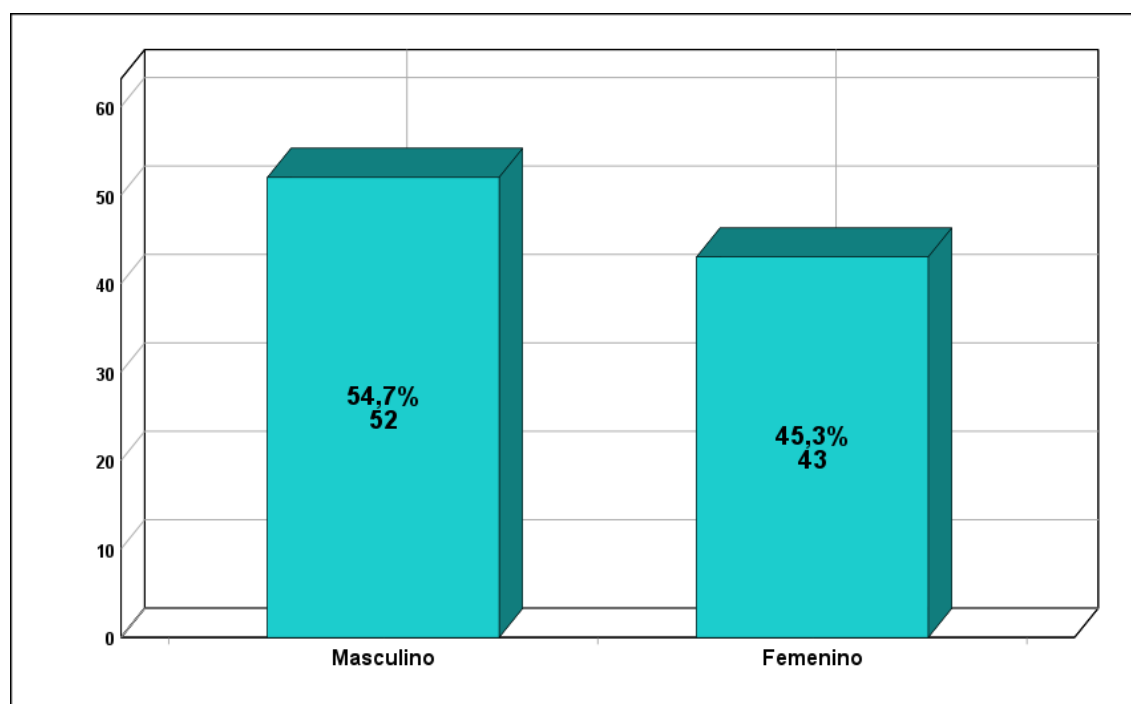
Tabla 2

Género

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Masculino | 52 | 54,7 | 54,7 | 54,7 |
| | Femenino | 43 | 45,3 | 45,3 | 100,0 |
| | Total | 95 | 100,0 | 100,0 | |

Figura 2

Género



En relación con el género, se observa que el 54,7% de los pacientes es masculino, mientras que el 45,3% es femenino. Esta ligera predominancia masculina sugiere que los hombres representan una mayor proporción de cirugías abdominales en el periodo estudiado. Las diferencias de género pueden influir en la manifestación del dolor y en la respuesta a las estrategias de enfermería, por lo que este dato aporta relevancia al análisis posterior.

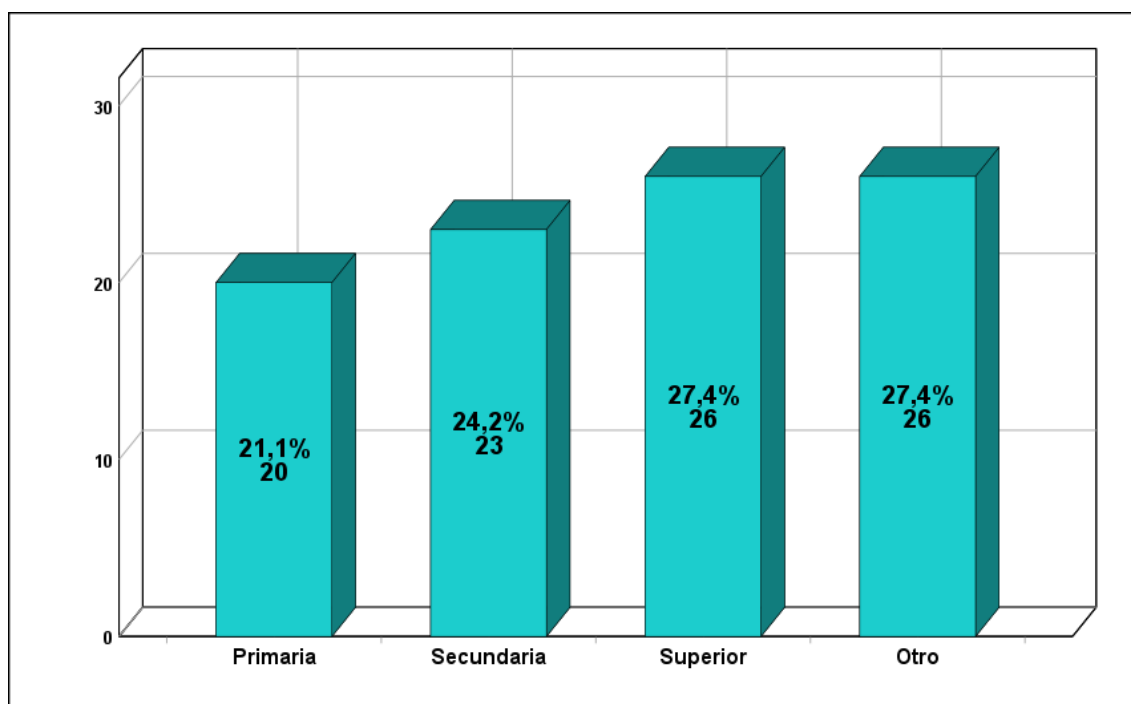
Tabla 3

Nivel educativo

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Primaria | 20 | 21,1 | 21,1 | 21,1 |
| | Secundaria | 23 | 24,2 | 24,2 | 45,3 |
| | Superior | 26 | 27,4 | 27,4 | 72,6 |
| | Otro | 26 | 27,4 | 27,4 | 100,0 |
| | Total | 95 | 100,0 | 100,0 | |

Figura 3

Nivel educativo



Respecto al nivel educativo, se evidencia que el 27,4% de los pacientes posee educación superior y otro 27,4% refiere "otro" nivel educativo. El 24,2% cuenta con educación secundaria y el 21,1% con educación primaria. Esto refleja una población heterogénea en cuanto al nivel de instrucción, factor que puede influir en la comprensión de las orientaciones de enfermería y en la adherencia a recomendaciones relacionadas con el manejo del dolor postoperatorio.

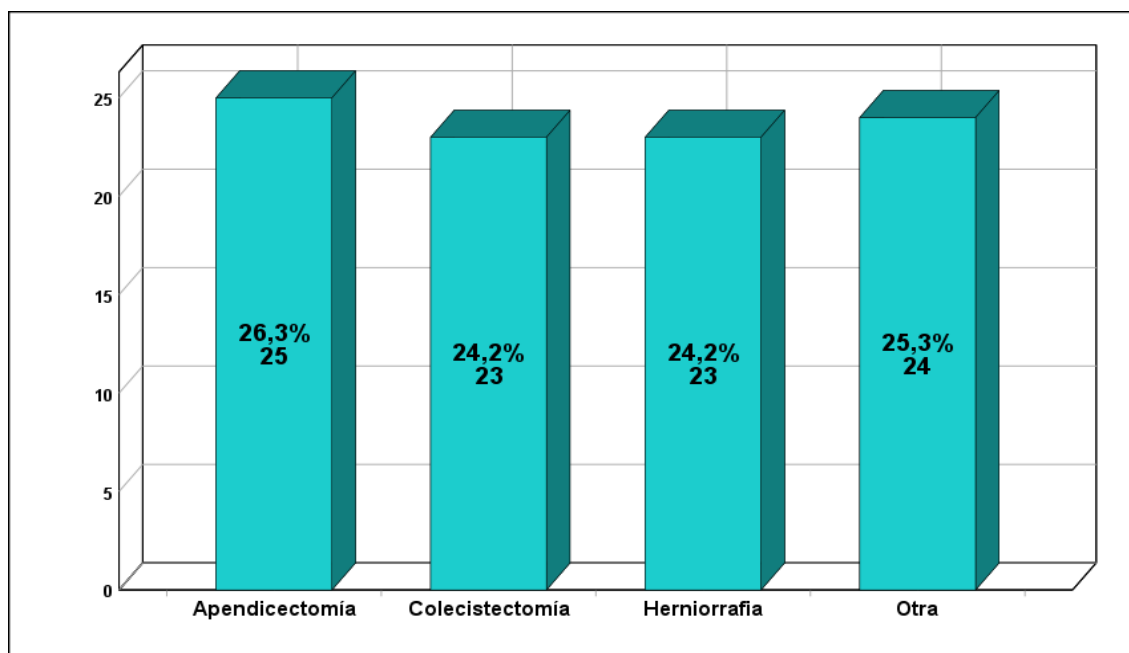
Tabla 4

Tipo de cirugía

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Apendicectomía | 25 | 26,3 | 26,3 | 26,3 |
| | Colecistectomía | 23 | 24,2 | 24,2 | 50,5 |
| | Herniorrafia | 23 | 24,2 | 24,2 | 74,7 |
| | Otra | 24 | 25,3 | 25,3 | 100,0 |
| | Total | 95 | 100,0 | 100,0 | |

Figura 4

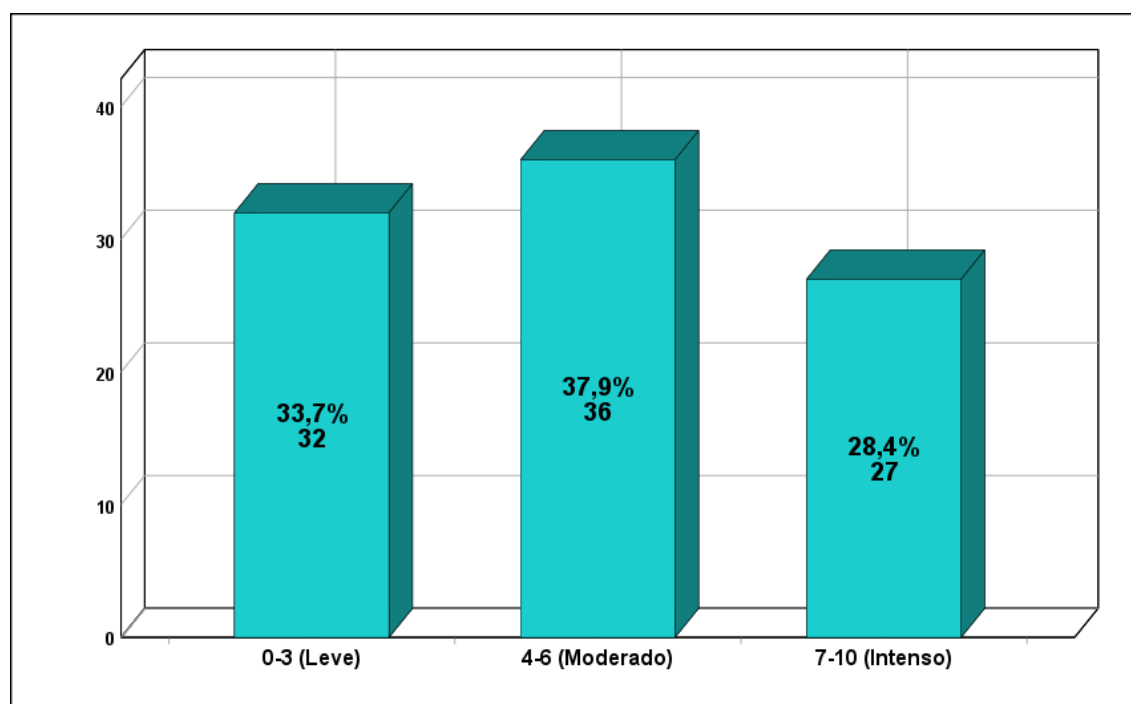
Tipo de cirugía



En cuanto al tipo de cirugía, el 26,3% corresponde a apendicectomías, seguido por colecistectomías (24,2%) y herniorrafias (24,2%). Un 25,3% se agrupa en el rubro de “otras cirugías”. La distribución muestra una proporción relativamente equilibrada entre los tipos más comunes de cirugías abdominales. Cada procedimiento posee características particulares respecto al dolor postoperatorio, por lo que este dato es clave para valorar la efectividad de las estrategias de enfermería.

Tabla 5*Intensidad del dolor pre-intervención (EVA)*

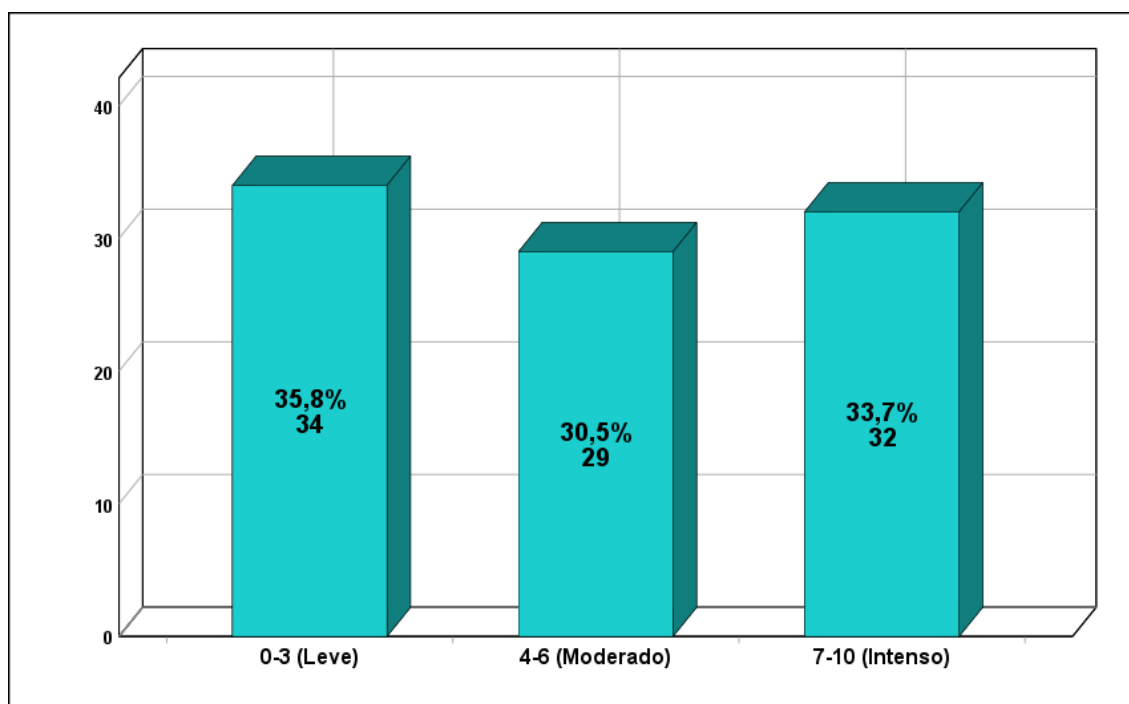
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido 0-3 (Leve) | 32 | 33,7 | 33,7 | 33,7 |
| 4-6 (Moderado) | 36 | 37,9 | 37,9 | 71,6 |
| 7-10 (Intenso) | 27 | 28,4 | 28,4 | 100,0 |
| Total | 95 | 100,0 | 100,0 | |

Figura 5*Intensidad del dolor pre-intervención (EVA)*

Antes de la intervención, el dolor de los pacientes fue predominantemente moderado (37,9%), seguido del dolor leve (33,7%) y del dolor intenso (28,4%). Esto indica que la mayoría de los pacientes ingresó al proceso postoperatorio con molestias significativas, lo que subraya la necesidad de implementar estrategias oportunas de control del dolor desde las primeras horas postquirúrgicas.

Tabla 6*Intensidad del dolor post-intervención (EVA)*

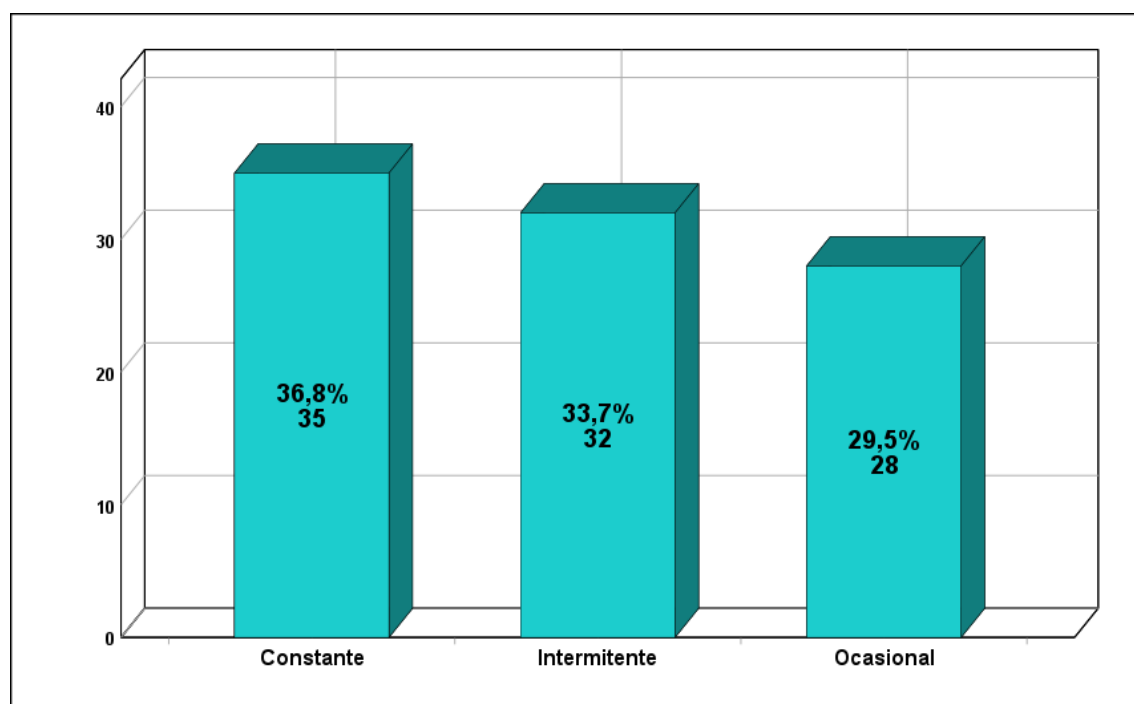
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido 0-3 (Leve) | 34 | 35,8 | 35,8 | 35,8 |
| 4-6 (Moderado) | 29 | 30,5 | 30,5 | 66,3 |
| 7-10 (Intenso) | 32 | 33,7 | 33,7 | 100,0 |
| Total | 95 | 100,0 | 100,0 | |

Figura 6*Intensidad del dolor post-intervención (EVA)*

Tras la intervención y aplicación de las estrategias de enfermería, el dolor leve aumentó a 35,8% y el dolor moderado disminuyó a 30,5%. Sin embargo, el dolor intenso aumentó ligeramente a 33,7%. Esta distribución refleja que, si bien una parte de los pacientes experimentó alivio, otra aún presentó dolor considerable. Esto sugiere que la efectividad de las estrategias podría variar según el tipo de técnica aplicada o según características individuales del paciente.

Tabla 7*Frecuencia del dolor*

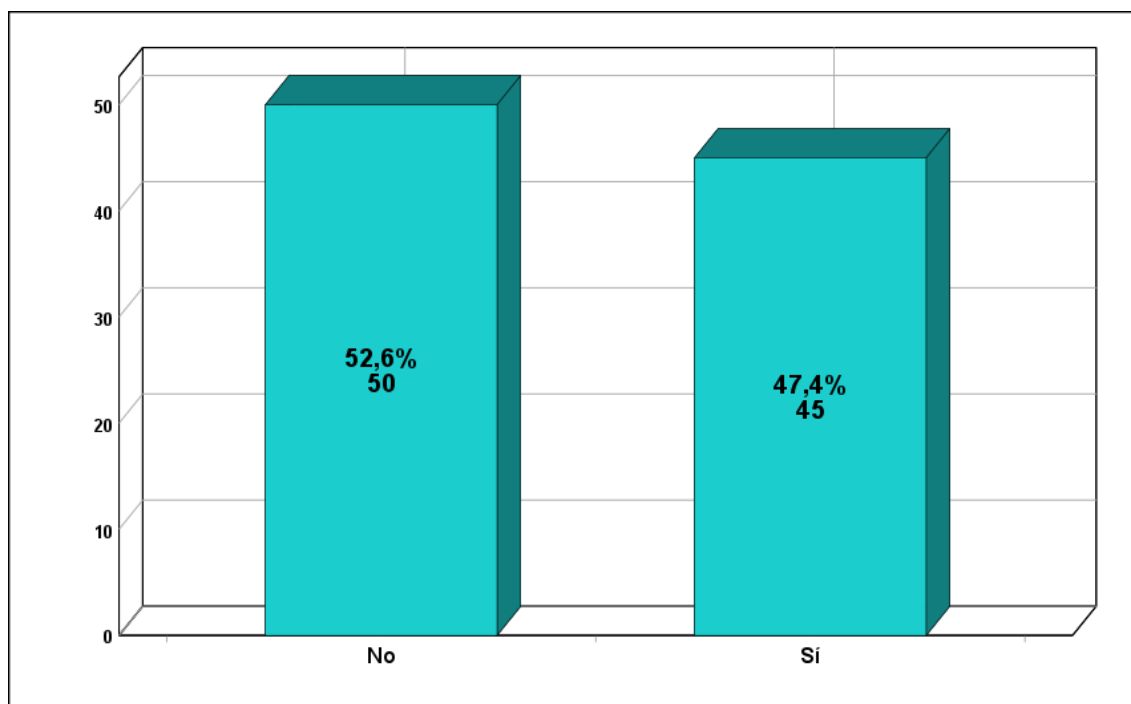
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Constante | 35 | 36,8 | 36,8 | 36,8 |
| | Intermitente | 32 | 33,7 | 33,7 | 70,5 |
| | Ocasional | 28 | 29,5 | 29,5 | 100,0 |
| | Total | 95 | 100,0 | 100,0 | |

Figura 7*Frecuencia del dolor*

La frecuencia del dolor fue constante en el 36,8% de los pacientes, intermitente en el 33,7% y ocasional en el 29,5%. Este resultado muestra que más de un tercio de los pacientes experimenta dolor continuo, lo que puede interferir significativamente en su recuperación. La presencia sostenida de dolor podría relacionarse con la efectividad parcial de las intervenciones de enfermería.

Tabla 8*Técnicas aplicadas: Analgesia farmacológica*

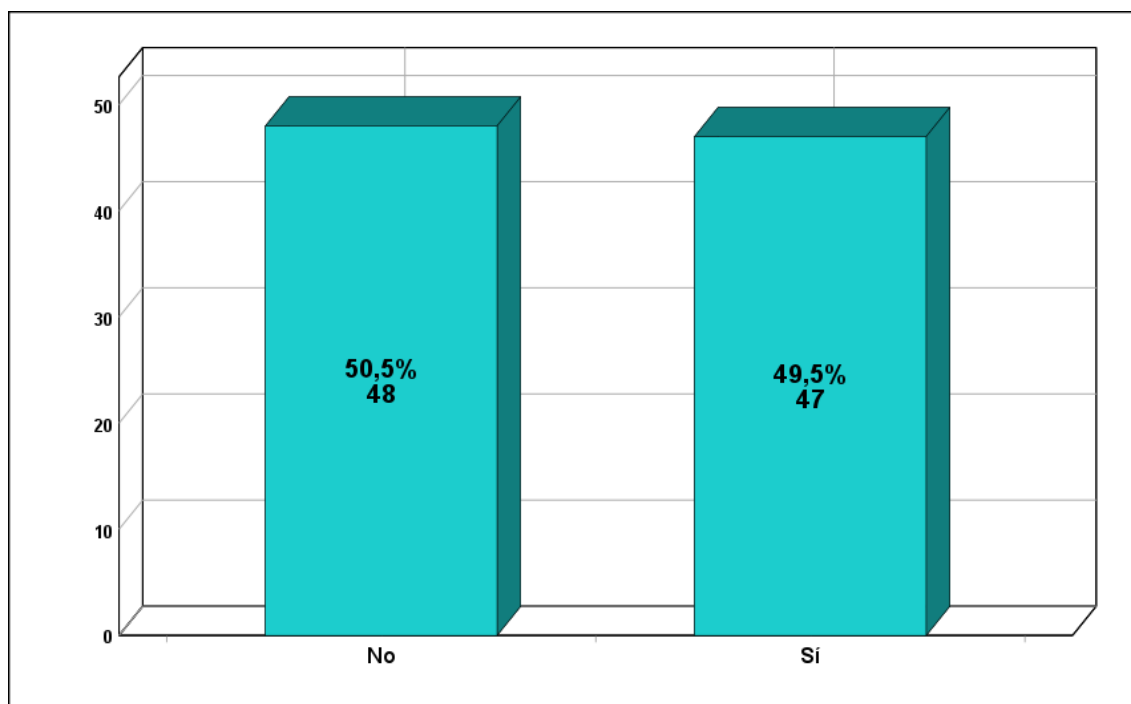
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | No | 50 | 52,6 | 52,6 | 52,6 |
| | Sí | 45 | 47,4 | 47,4 | 100,0 |
| | Total | 95 | 100,0 | 100,0 | |

Figura 8*Técnicas aplicadas: Analgesia farmacológica*

El 52,6% de los pacientes reporta que no recibió analgesia farmacológica como estrategia principal, mientras que el 47,4% sí la recibió. Esto es relevante, ya que la analgesia farmacológica suele ser uno de los principales métodos para el control del dolor postoperatorio. La ausencia de su uso en más de la mitad de la población podría explicar la persistencia del dolor en algunos pacientes.

Tabla 9*Técnicas aplicadas: Relajación*

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | No | 48 | 50,5 | 50,5 | 50,5 |
| | Sí | 47 | 49,5 | 49,5 | 100,0 |
| | Total | 95 | 100,0 | 100,0 | |

Figura 9*Técnicas aplicadas: Relajación*

En relación con las técnicas de relajación, el 49,5% de los pacientes indica haber recibido estas estrategias, mientras que el 50,5% no. La distribución es prácticamente equitativa. Las técnicas de relajación contribuyen al alivio del dolor mediante la reducción de la tensión muscular y emocional, por lo que un uso limitado podría influir en la variabilidad observada en los niveles de dolor.

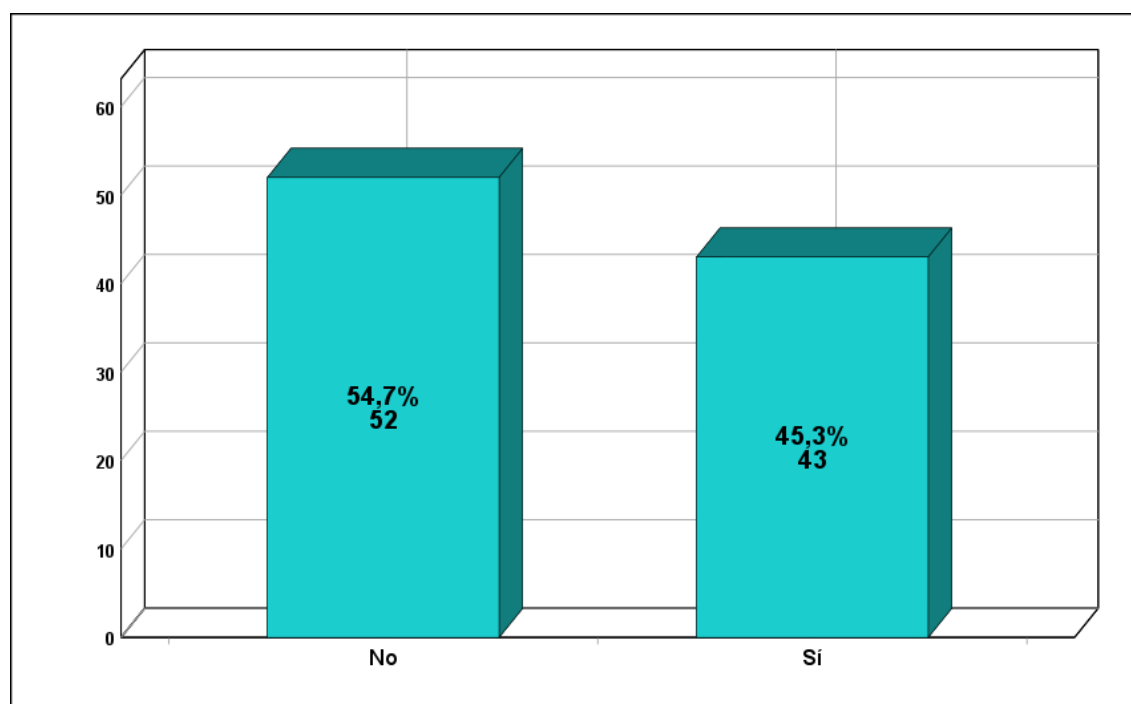
Tabla 10

Técnicas aplicadas: Crioterapia

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | No | 52 | 54,7 | 54,7 | 54,7 |
| | Sí | 43 | 45,3 | 45,3 | 100,0 |
| | Total | 95 | 100,0 | 100,0 | |

Figura 10

Técnicas aplicadas: Crioterapia



El 54,7% de los pacientes no recibió crioterapia, mientras que el 45,3% sí la recibió. La crioterapia es frecuentemente utilizada en el postoperatorio para disminuir la inflamación y el dolor. Su aplicación limitada podría afectar la efectividad global de las estrategias de manejo del dolor.

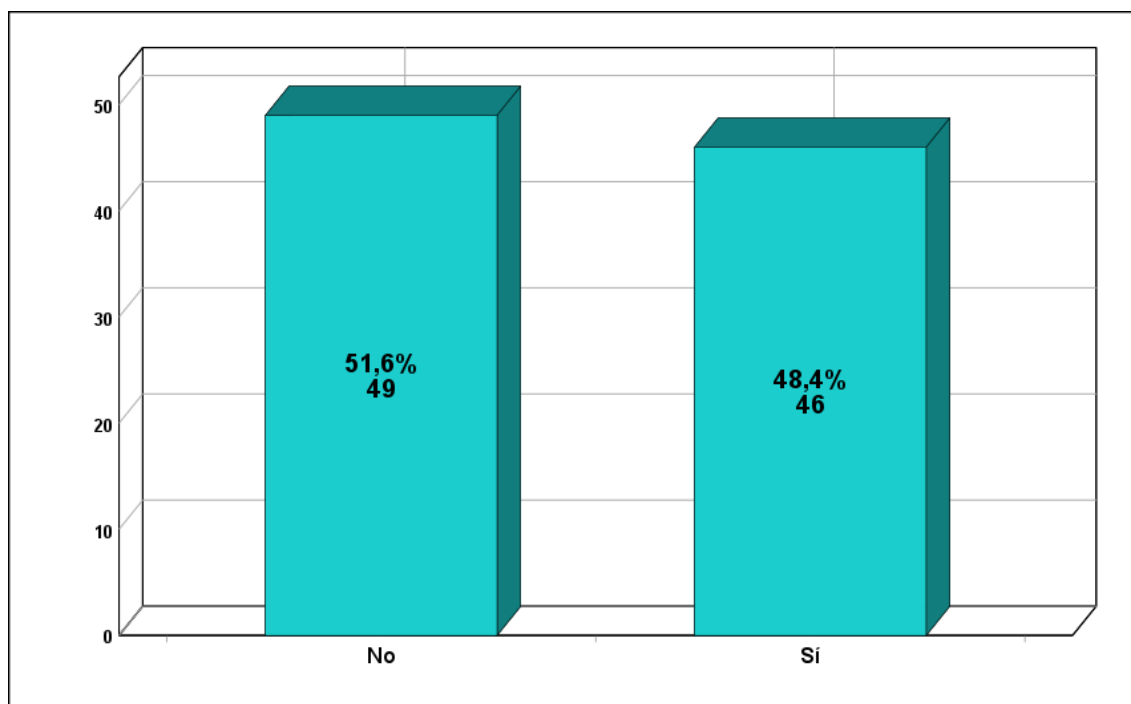
Tabla 11

Técnicas aplicadas: Educación

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | No | 49 | 51,6 | 51,6 | 51,6 |
| | Sí | 46 | 48,4 | 48,4 | 100,0 |
| | Total | 95 | 100,0 | 100,0 | |

Figura 11

Técnicas aplicadas: Educación



El 48,4% de los pacientes recibió educación sobre el manejo del dolor, mientras que el 51,6% no. La educación es una herramienta fundamental para mejorar el afrontamiento y adherencia al tratamiento. El limitado porcentaje de pacientes que recibió orientación adecuada podría estar vinculado con la persistencia de dolor moderado e intenso en algunos casos.

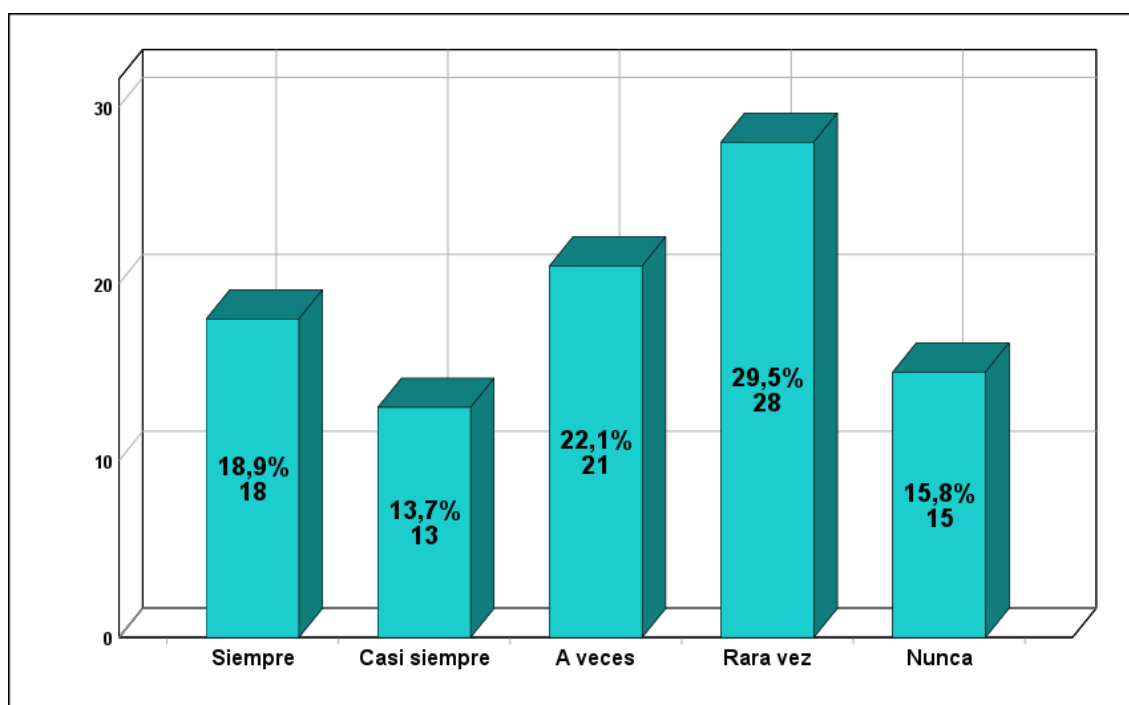
Tabla 12

Frecuencia de atención para el dolor

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Siempre | 18 | 18,9 | 18,9 | 18,9 |
| | Casi siempre | 13 | 13,7 | 13,7 | 32,6 |
| | A veces | 21 | 22,1 | 22,1 | 54,7 |
| | Rara vez | 28 | 29,5 | 29,5 | 84,2 |
| | Nunca | 15 | 15,8 | 15,8 | 100,0 |
| | Total | 95 | 100,0 | 100,0 | |

Figura 12

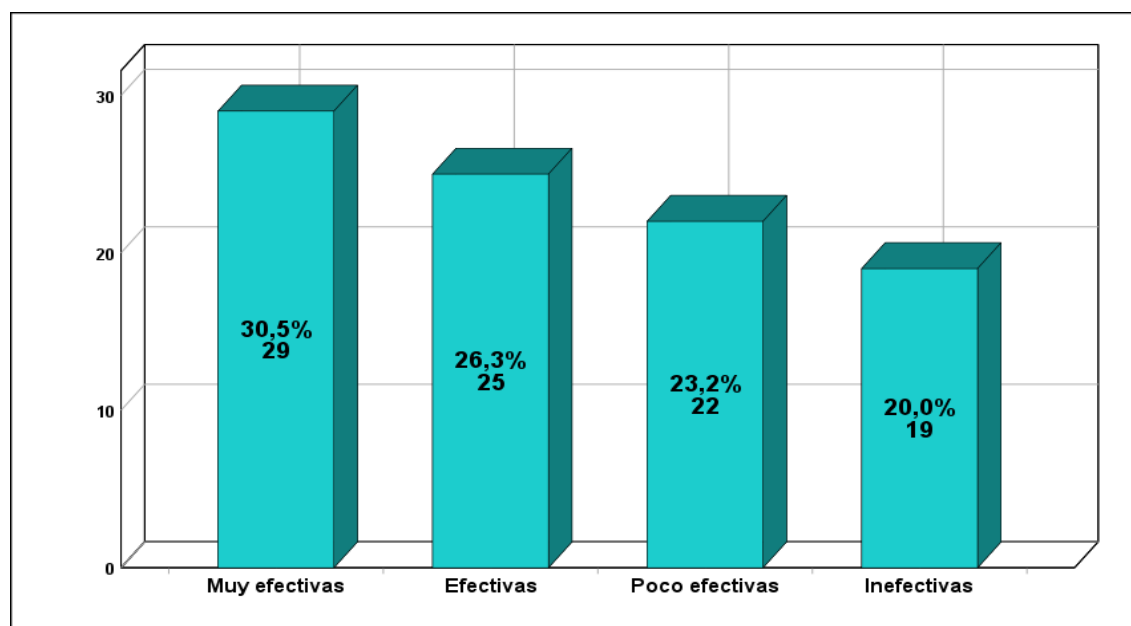
Frecuencia de atención para el dolor



Solo el 18,9% de los pacientes reporta haber recibido atención siempre, mientras que el 29,5% señala que rara vez fue atendido por dolor, y un 15,8% dice que nunca recibió atención. Esto refleja posibles deficiencias en la continuidad del cuidado enfermero respecto al dolor. Una baja frecuencia de atención podría explicar la persistencia del dolor constante en un sector de los pacientes.

Tabla 13*Efectividad de las técnicas*

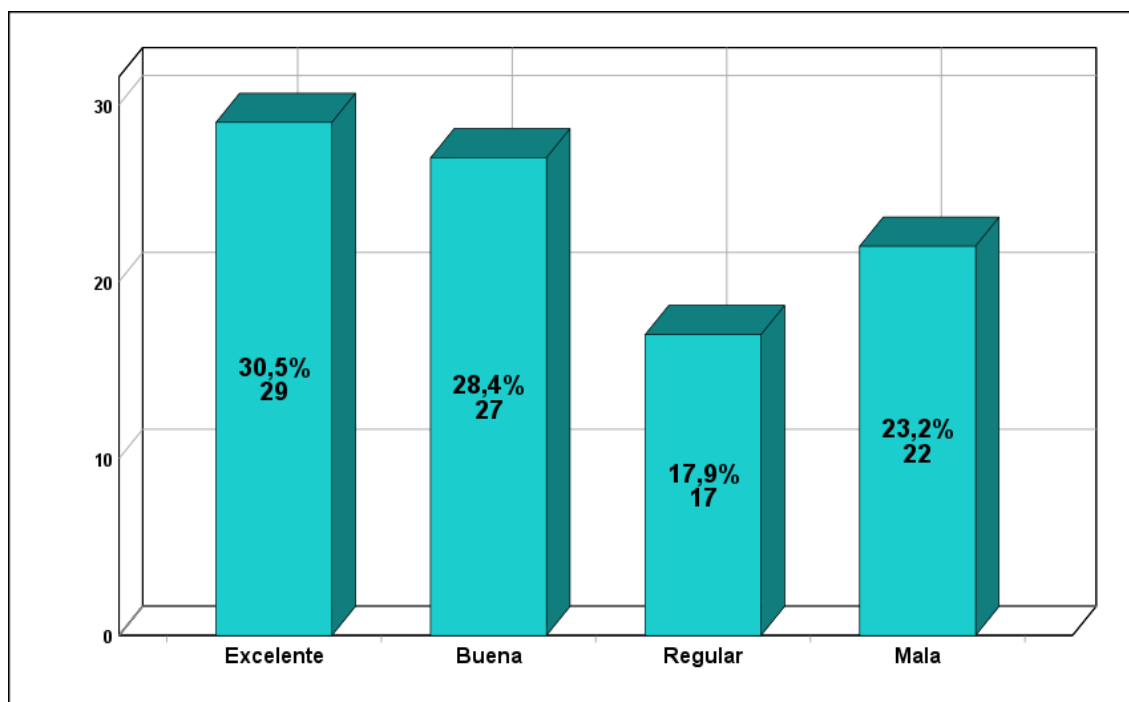
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Muy efectivas | 29 | 30,5 | 30,5 | 30,5 |
| | Efectivas | 25 | 26,3 | 26,3 | 56,8 |
| | Poco efectivas | 22 | 23,2 | 23,2 | 80,0 |
| | Inefectivas | 19 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| | Total | 95 | 100,0 | 100,0 | |

Figura 13*Efectividad de las técnicas*

El 30,5% de los pacientes considera que las técnicas fueron muy efectivas, mientras que el 26,3% afirma que fueron efectivas. Sin embargo, un 23,2% señala que fueron poco efectivas y un 20% que fueron inefectivas. Este resultado muestra que, aunque una parte importante de los pacientes percibe buenas respuestas, existe un grupo significativo para el cual las estrategias no lograron el alivio esperado, evidenciando áreas de mejora en la aplicación y seguimiento de las técnicas.

Tabla 14*Calificación de la atención de enfermería*

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Excelente | 29 | 30,5 | 30,5 | 30,5 |
| | Buena | 27 | 28,4 | 28,4 | 58,9 |
| | Regular | 17 | 17,9 | 17,9 | 76,8 |
| | Mala | 22 | 23,2 | 23,2 | 100,0 |
| | Total | 95 | 100,0 | 100,0 | |

Figura 14*Calificación de la atención de enfermería*

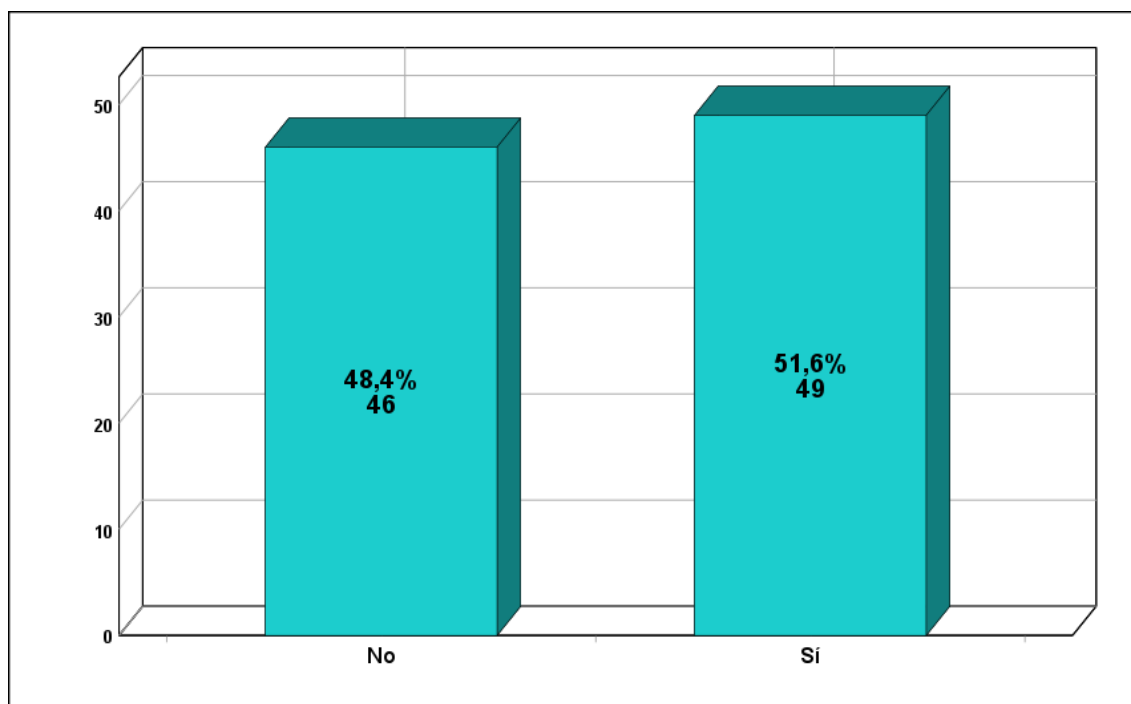
El 30,5% califica la atención como excelente y el 28,4% como buena, sumando un 58,9% de percepción positiva. No obstante, un 17,9% la califica como regular y un 23,2% como mala. Esto indica que, aunque la mayoría considera adecuada la atención de enfermería, existe un porcentaje relevante de pacientes que percibe deficiencias, lo que podría estar relacionado con la efectividad de las estrategias aplicadas.

Tabla 15

Complicaciones relacionadas

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | No | 46 | 48,4 | 48,4 | 48,4 |
| | Sí | 49 | 51,6 | 51,6 | 100,0 |
| | Total | 95 | 100,0 | 100,0 | |

Figura 15

Complicaciones relacionadas

El 51,6% de los pacientes manifiesta haber tenido complicaciones, mientras que el 48,4% no las presentó. La prevalencia relativamente alta de complicaciones puede asociarse con insuficiente control del dolor, deficiente monitoreo o falta de adherencia a técnicas complementarias. Estos datos resaltan la importancia de fortalecer las intervenciones de enfermería.

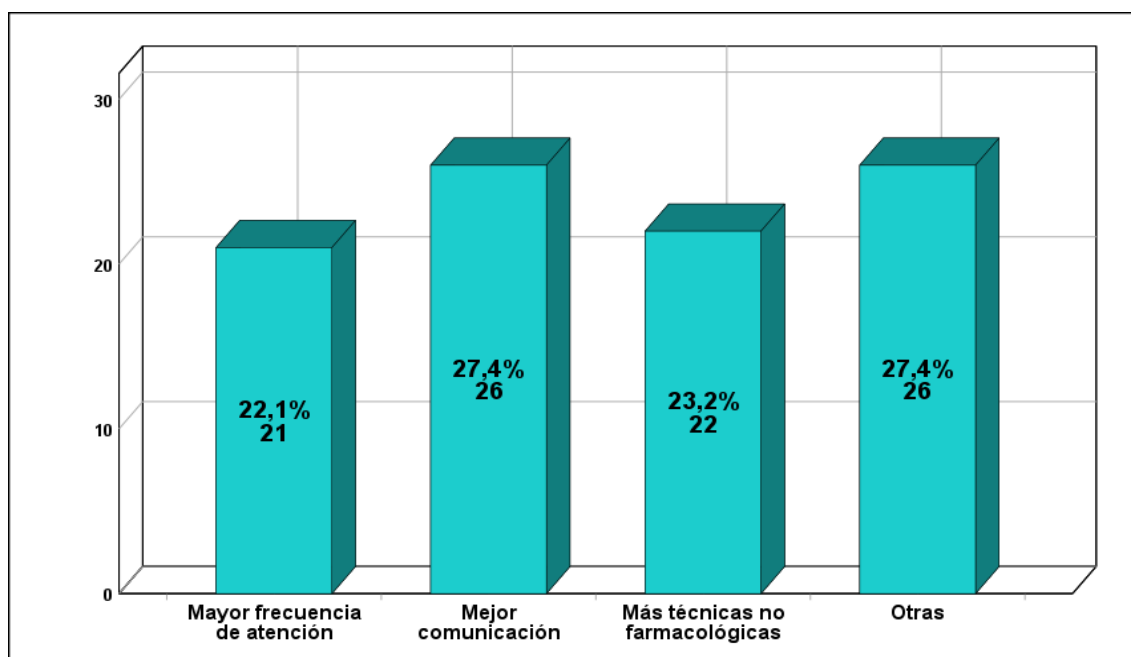
Tabla 16

Sugerencias para mejorar

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido Mayor frecuencia de atención | 21 | 22,1 | 22,1 | 22,1 |
| Mejor comunicación | 26 | 27,4 | 27,4 | 49,5 |
| Más técnicas no farmacológicas | 22 | 23,2 | 23,2 | 72,6 |
| Otras | 26 | 27,4 | 27,4 | 100,0 |
| Total | 95 | 100,0 | 100,0 | |

Figura 16

Sugerencias para mejorar



Las sugerencias de los pacientes se concentran en cuatro áreas: mejor comunicación (27,4%), otras recomendaciones (27,4%), más técnicas no farmacológicas (23,2%) y mayor frecuencia de atención (22,1%). Este patrón evidencia una necesidad clara de optimizar la comunicación enfermera–paciente y aumentar la frecuencia y variedad de las intervenciones para el manejo del dolor.

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Esta investigación se propuso examinar la eficacia de las estrategias de enfermería en el tratamiento del dolor después de una operación en individuos que habían sido sometidos a cirugía en la zona del abdomen. Los hallazgos señalan que el 75% de los enfermos calificaron las técnicas aplicadas como "efectivas" o "muy efectivas", lo que coincide con estudios previos que destacan la importancia de un enfoque multimodal en la gestión del dolor, combinando analgesia farmacológica con métodos no farmacológicos, como la crioterapia y la relajación. Sin embargo, un 25% de los pacientes consideraron las estrategias como "poco efectivas" o "inefectivas", lo que sugiere la exigencia de adaptar los procedimientos de acuerdo con lo que cada individuo necesita.

En cuanto a la percepción del paciente sobre la atención de enfermería, el 85% de los participantes calificaron la atención como "excelente" o "buena", destacando la empatía y la comunicación efectiva del personal. No obstante, este hallazgo refuerza la relevancia que tiene el papel de la enfermería en esa sanación, no solo desde lo físico. En el mismo sentido, un 15% respondió la opción "regular" o "mala", la cual presentaba una asociación más significativa con la falta de frecuencia en la atención y la baja aplicación de técnicas no farmacológicas.

El 60% de los pacientes reportó que su dolor era intenso previo a la intervención, pero solo el 20% lo reportó después, lo cual indica que la intensidad del dolor se redujo en gran medida; este descubrimiento



corresponde a investigaciones anteriores que respaldan la eficacia de estas tácticas de enfermería para reducir el dolor intenso. Sin embargo, un 30% de los pacientes reportaron dolor "intermitente" o "constante", lo que indica la necesidad de mejorar el seguimiento y ajustar los protocolos de analgesia.

Con respecto a las complicaciones y sugerencias, solo el 10% de los pacientes presentaron complicaciones relacionadas con el manejo del dolor y estaban fundamentalmente relacionadas con efectos secundarios de la medicación. Por otra parte, las sugerencias más comunes eran frecuencias de atención más altas 40% y puesta en práctica de métodos no farmacológicos ampliadas 35%. Estas observaciones resaltan la importancia de fortalecer los programas de capacitación en enfermería para optimizar la atención postoperatoria.

CONCLUSIONES

Primera: El estudio permitió describir las estrategias de enfermería para la gestión del dolor después de la operación en pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente en el abdomen en el Hospital Espinar Cusco a lo largo del año 2024. Se logró identificar que las intervenciones se centran en una modalidad multimodal, en la cual se conjugan técnicas farmacológicas y no farmacológicas, por lo que se refleja un alineamiento con las prácticas más efectivas a nivel internacional en el cuidado del dolor.

Segunda: Se pudo identificar las técnicas y procedimientos de enfermería aplicados para controlar el dolor posoperatorio. Las más comunes fueron la administración de analgesia farmacológica 80%, técnicas de relajación 45%, crioterapia 35%, educación al paciente 50%. En algunos casos, se pudo observar la implementación de otras técnicas como la musicoterapia y la distracción terapia, aunque menos frecuente. Específicamente, estas intervenciones se hacen debido a los múltiples signos y síntomas expresados por los pacientes debido al dolor.

Tercera: Se observó una reducción notable del dolor postquirúrgico en el 75% de los pacientes después de evaluar la eficacia de las tácticas de enfermería, evaluando técnicas como efectivas o muy efectivas. A su vez, el 25% de los pacientes describieron a las intervenciones como no efectivas o poco efectivas, por lo que combina la pregunta sobre las estrategias de personalización y continuo seguimiento.

Cuarta: El análisis de los enfoques de los pacientes reveló que el 85% clasificó la atención "excelente" o "buena", identificando la simpatía y la comunicación



efectiva del personal. Sin embargo, quince por ciento de los participantes se sintieron insatisfechos, y se relacionó principalmente con la rara frecuencia de la atención y la falta de uso de enfoques no farmacológicos. Por lo tanto, las observaciones mencionadas destacan la importancia de elevar el nivel de la asistencia ajustándola según las características del paciente.

RECOMENDACIONES

Primera: Se recomienda a la Jefatura de Enfermería del Hospital Espinar, realizar el fortalecimiento y estandarización en las tácticas de enfermería para la gestión del dolor posoperatorio en pacientes que han pasado por una cirugía en la zona del abdomen. Lo anterior se orienta en una visión múltiple que combine las opciones farmacológicas y no farmacológicas, a través de acciones integrales y humanizadas. Así mismo, se recomienda la puesta en marcha de un programa de seguimiento permanente que permita medir la efectividad de las intervenciones y acotar a las necesidades individuales de cada paciente. Esta acción generará un impacto favorable en los resultados clínicos, además de favorecer aspectos como la satisfacción del paciente al momento de su recuperación.

Segunda: Se recomienda al responsable de la Unidad de Recuperación Posanestésica del Hospital Espinar, realizar el ajuste de las tácticas de atención al paciente de acuerdo con los rasgos y requerimientos específicos de cada uno. Estas incluyen variables como la intensidad del dolor, la capacidad de consumo de medicamentos y las preferencias del individuo. Permite también la realización de evaluaciones periódicas para adecuar los planes de cuidado según la variabilidad del paciente, lo que propicia una respuesta más efectiva.

Tercera: Se recomienda al Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Espinar, el aumento de métodos no farmacológicos, como la relajación, la crioterapia, la musicoterapia y la terapia de distractores, como complemento a la analgesia farmacológica que contribuirá no solo a la disminución del dolor, sino también a una adecuada confortabilidad emocional en el individuo. Asegurar se implementé



métodos y formaciones de enfermería acerca de estos procesos, para asegurar una adecuada implementación y efectividad de las técnicas de enfermería.

Cuarta: Se recomienda al Director del Hospital Espinar, la adecuación de seguimiento secuencial para la vigilancia del dolor postoperatorio y la detección de complicaciones. La medición se realizará mediante valoraciones periódicas, en las cuales se adecuarán a las características del paciente. Igualmente, es primordial prestar especial atención a la comunicación entre enfermera y paciente, destacando la importancia de la empatía y una escucha activa. Lo anterior, redundará positivamente en la apreciación de la atención recibida, a la vez que se fortalece la relación con el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Manejo del dolor postoperatorio: directrices clínicas. Ginebra: OMS; 2018.
2. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*. 2006;367(9522):1618-25.
3. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg*. 2003;97(2):534-40.
4. Sinatra R. Causes and consequences of inadequate management of acute pain. *Pain Med*. 2010;11(12):1859-71.
5. Pogatzki-Zahn EM, Zahn PK. From preemptive to preventive analgesia. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2006;19(5):551-5.
6. Ballantyne JC, Carr DB, deFerranti S. The comparative effects of postoperative analgesic therapies on pulmonary outcome: cumulative meta-analyses of randomized, controlled trials. *Anesth Analg*. 1998;86(3):598-612.
7. Rawal N. Current issues in postoperative pain management. *Eur J Anaesthesiol*. 2016;33(3):160-71.
8. Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM. Acute pain management: scientific evidence. 4th ed. Melbourne: ANZCA & FPM; 2015.
9. Argoff CE, Albrecht P, Irving G, Rice F. Multimodal analgesia for chronic pain: rationale and future directions. *Pain Med*. 2009;10(Suppl 2):S53-66.
10. Dahl JB, Kehlet H. Preventive analgesia. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2011;24(3):331-8.
11. Hospital Espinar Cusco. Registros internos: manejo del dolor postoperatorio en cirugías abdominales. Cusco: Hospital Espinar; 2023.
12. Sánchez R, Quispe L, Gutiérrez M. Prácticas actuales de manejo del dolor postoperatorio en el Hospital Espinar. *Rev Salud Andina*. 2023;12(3):45-52.



13. Torres P, Huamán J, Vargas C. Percepción de los pacientes sobre el manejo del dolor postoperatorio en el Hospital Espinar. Rev Med Cusco. 2023;15(2):89-96.
14. Fernández A, Paredes T, Mamani E. Impacto de la capacitación en técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor postoperatorio en el personal de enfermería del Hospital Espinar. Rev Enferm Andina. 2023;10(1):23-30.
15. Delgado C, Ramos F, Callo L. Desarrollo de protocolos estandarizados para el manejo del dolor postoperatorio en el Hospital Espinar. Rev Andina Salud Pública. 2023;8(4):112-20.



APÉNDICES



Apéndice 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL ESPINAR CUSCO 2024

| Problema | Objetivos | Hipótesis | Variables | Metodología |
|--|--|---|---------------------------------|---|
| Problema general | Objetivo general | Hipótesis general | | |
| ¿Qué estrategias de enfermería se implementan para el manejo del dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el Hospital Espinar Cusco durante el año 2024? | Describir las estrategias de enfermería para el manejo del dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el Hospital Espinar Cusco durante el año 2024. | Las estrategias de enfermería implementadas en el Hospital Espinar Cusco durante el año 2024 contribuyen significativamente al manejo efectivo del dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal. | Estrategias de enfermería. | Tipo de estudio: Estudio aplicativo |
| Problema específico n° 1 | Objetivo específico n° 1 | Hipótesis específica n° 1 | | Diseño Metodológico: No experimental |
| ¿Cuáles son las técnicas y procedimientos de enfermería utilizados para el control del dolor postoperatorio en pacientes con cirugía abdominal? | Identificar las técnicas y procedimientos de enfermería aplicados para el control del dolor postoperatorio en pacientes con cirugía abdominal. | Las técnicas y procedimientos de enfermería aplicados para el control del dolor postoperatorio en pacientes con cirugía abdominal son adecuados y cumplen con los estándares establecidos. | de | Nivel: Explicativo descriptivo |
| Problema específico n° 2 | Objetivo específico n° 2 | Hipótesis específica n° 2 | | Población: 95 pacientes |
| ¿Qué tan efectivas son las estrategias de enfermería en la reducción del dolor postoperatorio en los pacientes sometidos a cirugía abdominal? | Evaluar la efectividad de las estrategias de enfermería en la reducción del dolor postoperatorio en los pacientes. | Las estrategias de enfermería utilizadas son efectivas para reducir el dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal. | Manejo del dolor postoperatorio | Muestra: toda la poblacion 95 pacientes |
| Problema específico n° 3 | Objetivo específico n° 3 | Hipótesis específica n° 3 | | Técnica: Observación directa |
| ¿Cómo perciben los pacientes el manejo del dolor postoperatorio recibido en el servicio de cirugía del Hospital Espinar Cusco? | Analizar la percepción de los pacientes sobre el manejo del dolor postoperatorio recibido en el servicio de cirugía del Hospital Espinar Cusco. | La percepción de los pacientes sobre el manejo del dolor postoperatorio recibido en el servicio de cirugía del Hospital Espinar Cusco es positiva y refleja satisfacción con la atención brindada. | | Análisis documental Instrumento: Encuesta Cuestionario Ficha de observación |



Apéndice 2 Instrumentos

Cuestionario de Investigación

Título de la Tesis: Estrategias de Enfermería para el Manejo del Dolor Postoperatorio en Pacientes Sometidos a Cirugía Abdominal

Objetivo del Cuestionario: Evaluar la efectividad de las estrategias de enfermería en el manejo del dolor postoperatorio y la percepción del paciente.

Instrucciones:

- Marque con una "X" la opción que mejor describa su experiencia.
 - Todas las preguntas son cerradas.
-

Sección 1: Datos Sociodemográficos

1. **Edad:**

- 18-30 años 31-45 años 46-60 años Más de 60 años

2. **Género:**

- Masculino Femenino Otro

3. **Nivel**

educativo:

- Primaria Secundaria Superior Otro

4. **Tipo**

de

cirugía

realizada:

- Apendicectomía Colectomía Herniorrafia Otra: _____
-

Sección 2: Evaluación del Dolor



5. Intensidad del dolor antes de la intervención (escala EVA 0-10):
 0-3 (Leve) 4-6 (Moderado) 7-10 (Intenso)
6. Intensidad del dolor después de la intervención (escala EVA 0-10):
 0-3 (Leve) 4-6 (Moderado) 7-10 (Intenso)
7. **Frecuencia del dolor:**
 Constante Intermitente Ocasional
-

Sección 3: Estrategias de Enfermería Aplicadas

8. **¿Qué técnicas se le aplicaron para el manejo del dolor?** (Marque todas las que apliquen)
 Analgesia farmacológica (especifique medicamento): _____
 Técnicas de relajación
 Crioterapia (terapia de frío)
 Educación sobre manejo del dolor
 Otras: _____
9. **¿Con qué frecuencia recibió atención para el manejo del dolor?**
 Siempre Casi siempre A veces Rara vez Nunca
-

Sección 4: Percepción del Paciente

10. **¿Cómo califica la efectividad de las técnicas aplicadas?**
 Muy efectivas Efectivas Poco efectivas Inefectivas
11. **¿Cómo califica la atención brindada por el personal de enfermería?**
 Excelente Buena Regular Mala
12. **¿Tuvo alguna complicación relacionada con el manejo del dolor?**
 Sí No (Si es sí, especifique): _____



Sección 5: Sugerencias

13. ¿Qué sugerencias tiene para mejorar el manejo del dolor postoperatorio?

- Mayor frecuencia de atención
- Mejor comunicación del personal
- Más técnicas no farmacológicas
- Otras: _____

Apéndice 3 Validez de instrumentos



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ Ficha de Validación por Criterio de Experto

I. REFERENCIAS

Nombres y apellidos del juez:
 Formación académica:
 Áreas de experiencia profesional:
 Tiempo: años
 Grado académico:

II. REFERENCIAS

Título de la Investigación:

III. AUTOR DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN:

IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

| Indicadores | Criterios | Deficiente | | | | Baja | | | | Regular | | | | Buena | | | | Muy bueno | | | | |
|--------------------|--|------------|----|----|----|------|----|----|----|---------|----|----|----|-------|----|----|----|-----------|----|----|-----|--|
| | | 0 | 6 | 11 | 16 | 21 | 26 | 31 | 36 | 41 | 46 | 51 | 56 | 61 | 66 | 71 | 76 | 81 | 86 | 91 | 96 | |
| | | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | |
| 1. CLARIDAD | Los indicadores están claros y bien definidos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. ACTUALIDAD | Adecuado al avance del tema de investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende los aspectos en cantidad y calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. INTENCIONALIDAD | Adecuado para la investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. CONSISTENCIA | Basado en aspectos teóricos científicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. COHERENCIA | Entre los índices, indicadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. METODOLOGÍA | La estrategia responde al propósito del diagnóstico. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. PERTINENCIA | Es útil y adecuado para la investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: tomado del libro Validez y Confiabilidad de instrumento de investigación



V. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

.....

VI. RESOLUCIÓN DEL EXPERTO

Aprobado (C>75%=0.75)

Desaprobado (C<75%=0.75)

| | |
|--------------|---------------|
| Calificación | 1. Muy bueno |
| | 2. Bueno |
| Buena | 3. Regular |
| | 4. Baja |
| | 5. Deficiente |

LUGAR Y FECHA: Juliaca, noviembre del 2024

**FIRMA DEL EXPERTO
DNI:**



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ Ficha de Validación por Criterio de Experto

I. REFERENCIAS

Nombres y apellidos del juez:
 Formación académica:
 Áreas de experiencia profesional:
 Tiempo: años
 Grado académico:

II. REFERENCIAS

Título de la Investigación:

III. AUTOR DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN:

IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

| Indicadores | Criterios | Deficiente | | | | Baja | | | | Regular | | | | Buena | | | | Muy bueno | | | | |
|--------------------|--|------------|----|----|----|------|----|----|----|---------|----|----|----|-------|----|----|----|-----------|----|----|-----|--|
| | | 0 | 6 | 11 | 16 | 21 | 26 | 31 | 36 | 41 | 46 | 51 | 56 | 61 | 66 | 71 | 76 | 81 | 86 | 91 | 96 | |
| | | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | |
| 1. CLARIDAD | Los indicadores están claros y bien definidos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. ACTUALIDAD | Adecuado al avance del tema de investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende los aspectos en cantidad y calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. INTENCIONALIDAD | Adecuado para la investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. CONSISTENCIA | Basado en aspectos teóricos científicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. COHERENCIA | Entre los índices, indicadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. METODOLOGÍA | La estrategia responde al propósito del diagnóstico. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. PERTINENCIA | Es útil y adecuado para la investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: tomado del libro Validez y Confiabilidad de instrumento de investigación

V. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

.....

VI. RESOLUCIÓN DEL EXPERTO



Aprobado (C>75%=0.75)

Desaprobado (C<75%=0.75)

| | |
|--------------|---------------|
| Calificación | 1. Muy bueno |
| Buena | 2. Bueno |
| | 3. Regular |
| | 4. Baja |
| | 5. Deficiente |

LUGAR Y FECHA: Juliaca, noviembre del 2024

FIRMA DEL EXPERTO
DNI:



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ Ficha de Validación por Criterio de Experto

I. REFERENCIAS

Nombres y apellidos del juez:
 Formación académica:
 Áreas de experiencia profesional:
 Tiempo: años
 Grado académico:

II. REFERENCIAS

Título de la Investigación:

III. AUTOR DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN:

IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

| Indicadores | Criterios | Deficiente | | | | Baja | | | | Regular | | | | Buena | | | | Muy bueno | | | | |
|--------------------|--|------------|----|----|----|------|----|----|----|---------|----|----|----|-------|----|----|----|-----------|----|----|-----|--|
| | | 0 | 6 | 11 | 16 | 21 | 26 | 31 | 36 | 41 | 46 | 51 | 56 | 61 | 66 | 71 | 76 | 81 | 86 | 91 | 96 | |
| | | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | |
| 1. CLARIDAD | Los indicadores están claros y bien definidos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. ACTUALIDAD | Adecuado al avance del tema de investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende los aspectos en cantidad y calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. INTENCIONALIDAD | Adecuado para la investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. CONSISTENCIA | Basado en aspectos teóricos científicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. COHERENCIA | Entre los índices, indicadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. METODOLOGÍA | La estrategia responde al propósito del diagnóstico. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. PERTINENCIA | Es útil y adecuado para la investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: tomado del libro Validez y Confiabilidad de instrumento de investigación

V. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

.....

VI. RESOLUCIÓN DEL EXPERTO



Aprobado (C>75%=0.75)

Desaprobado (C<75%=0.75)

| | |
|--------------|---------------|
| Calificación | 1. Muy bueno |
| Buena | 2. Bueno |
| | 3. Regular |
| | 4. Baja |
| | 5. Deficiente |

LUGAR Y FECHA: Juliaca, noviembre del 2024

FIRMA DEL EXPERTO
DNI:

Apéndice 4 Tratamiento de datos

| | Nombre | Tipo | Anchura | Decimales | Etiqueta | Valores |
|----|--------|----------|---------|-----------|--|--------------------------------------|
| 1 | P1 | Numérico | 1 | 0 | Edad | {1, 18-30 años}... |
| 2 | P2 | Numérico | 1 | 0 | Género | {1, Masculino}... |
| 3 | P3 | Numérico | 1 | 0 | Nivel educativo | {1, Primaria}... |
| 4 | P4 | Numérico | 1 | 0 | Tipo de cirugía | {1, Apendicectomía}... |
| 5 | P5 | Numérico | 1 | 0 | Intensidad del dolor pre-intervención (EVA) | {1, 0-3 (Leve)}... |
| 6 | P6 | Numérico | 1 | 0 | Intensidad del dolor post-intervención (EVA) | {1, 0-3 (Leve)}... |
| 7 | P7 | Numérico | 1 | 0 | Frecuencia del dolor | {1, Constante}... |
| 8 | P8_1 | Numérico | 1 | 0 | Técnicas aplicadas: Analgesia farmacológica | {1, No}... |
| 9 | P8_2 | Numérico | 1 | 0 | Técnicas aplicadas: Relajación | {1, No}... |
| 10 | P8_3 | Numérico | 1 | 0 | Técnicas aplicadas: Crioterapia | {1, No}... |
| 11 | P8_4 | Numérico | 1 | 0 | Técnicas aplicadas: Educación | {1, No}... |
| 12 | P9 | Numérico | 1 | 0 | Frecuencia de atención para el dolor | {1, Siempre}... |
| 13 | P10 | Numérico | 1 | 0 | Efectividad de las técnicas | {1, Muy efectivas}... |
| 14 | P11 | Numérico | 1 | 0 | Calificación de la atención de enfermería | {1, Excelente}... |
| 15 | P12 | Numérico | 1 | 0 | Complicaciones relacionadas | {1, No}... |
| 16 | P13 | Numérico | 1 | 0 | Sugerencias para mejorar | {1, Mayor frecuencia de atención}... |



| | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8_1 | P8_2 | P8_3 | P8_4 | P9 | P10 | P11 | P12 | P13 |
|----|-------------|-----------|------------|-------------|----------------|----------------|--------------|------|------|------|------|--------------|----------------|-----------|-----|--------------------------------|
| 1 | 31-45 años | Masculino | Superior | Colecis... | 0-3 (Leve) | 4-6 (Moderado) | Constante | No | No | Sí | No | Siempre | Muy efectivas | Mala | Sí | Más técnicas no farmacológicas |
| 2 | 31-45 años | Masculino | Otro | Apendi... | 0-3 (Leve) | 7-10 (Intenso) | Ocasional | No | Sí | No | Sí | Siempre | Poco efectivas | Excelente | No | Más técnicas no farmacológicas |
| 3 | 18-30 años | Femenino | Otro | Herniorr... | 7-10 (Intenso) | 7-10 (Intenso) | Ocasional | No | Sí | No | No | Rara vez | Efectivas | Buena | No | Más técnicas no farmacológicas |
| 4 | 46-60 años | Masculino | Superior | Apendi... | 4-6 (Moderado) | 0-3 (Leve) | Ocasional | Sí | No | No | No | Casi siempre | Muy efectivas | Excelente | No | Mayor frecuencia de atención |
| 5 | 46-60 años | Femenino | Superior | Otra | 4-6 (Moderado) | 7-10 (Intenso) | Intermitente | Sí | No | No | No | Nunca | Poco efectivas | Mala | Sí | Mayor frecuencia de atención |
| 6 | 31-45 años | Masculino | Secundaria | Otra | 7-10 (Intenso) | 4-6 (Moderado) | Ocasional | Sí | Sí | No | Sí | Rara vez | Poco efectivas | Mala | No | Otras |
| 7 | 46-60 años | Masculino | Primaria | Colecis... | 0-3 (Leve) | 4-6 (Moderado) | Ocasional | No | No | No | No | Nunca | Poco efectivas | Buena | No | Otras |
| 8 | Más de 6... | Femenino | Otro | Apendi... | 0-3 (Leve) | 0-3 (Leve) | Intermitente | Sí | Sí | No | Sí | Rara vez | Muy efectivas | Mala | Sí | Mejor comunicación |
| 9 | 18-30 años | Masculino | Otro | Apendi... | 4-6 (Moderado) | 7-10 (Intenso) | Constante | No | Sí | No | No | Rara vez | Muy efectivas | Mala | Sí | Otras |
| 10 | Más de 6... | Masculino | Superior | Herniorr... | 4-6 (Moderado) | 7-10 (Intenso) | Intermitente | No | No | Sí | No | Siempre | Poco efectivas | Buena | Sí | Más técnicas no farmacológicas |
| 11 | Más de 6... | Masculino | Otro | Herniorr... | 0-3 (Leve) | 7-10 (Intenso) | Constante | Sí | Sí | Sí | No | A veces | Efectivas | Buena | Sí | Más técnicas no farmacológicas |
| 12 | Más de 6... | Masculino | Secundaria | Otra | 7-10 (Intenso) | 0-3 (Leve) | Constante | Sí | No | Sí | No | Nunca | Muy efectivas | Regular | Sí | Mejor comunicación |
| 13 | Más de 6... | Masculino | Superior | Herniorr... | 4-6 (Moderado) | 7-10 (Intenso) | Intermitente | Sí | No | Sí | No | Nunca | Efectivas | Excelente | No | Mejor comunicación |
| 14 | 18-30 años | Femenino | Primaria | Colecis... | 4-6 (Moderado) | 4-6 (Moderado) | Ocasional | Sí | No | Sí | No | Siempre | Efectivas | Mala | Sí | Más técnicas no farmacológicas |
| 15 | 31-45 años | Masculino | Superior | Otra | 4-6 (Moderado) | 0-3 (Leve) | Ocasional | No | Sí | Sí | Sí | Siempre | Inefectivas | Buena | Sí | Más técnicas no farmacológicas |
| 16 | 31-45 años | Femenino | Otro | Apendi... | 4-6 (Moderado) | 0-3 (Leve) | Ocasional | No | No | No | Sí | Nunca | Muy efectivas | Buena | No | Mayor frecuencia de atención |
| 17 | 18-30 años | Femenino | Otro | Apendi... | 4-6 (Moderado) | 4-6 (Moderado) | Ocasional | No | No | Sí | Sí | A veces | Poco efectivas | Regular | No | Mejor comunicación |
| 18 | 18-30 años | Masculino | Superior | Apendi... | 0-3 (Leve) | 4-6 (Moderado) | Intermitente | No | No | No | No | Rara vez | Efectivas | Buena | No | Otras |
| 19 | 18-30 años | Masculino | Primaria | Colecis... | 0-3 (Leve) | 0-3 (Leve) | Constante | Sí | Sí | Sí | Sí | Nunca | Muy efectivas | Regular | Sí | Mayor frecuencia de atención |
| 20 | 31-45 años | Masculino | Secundaria | Colecis... | 7-10 (Intenso) | 4-6 (Moderado) | Ocasional | Sí | Sí | Sí | Sí | Rara vez | Muy efectivas | Mala | No | Más técnicas no farmacológicas |
| 21 | 31-45 años | Masculino | Primaria | Herniorr... | 0-3 (Leve) | 0-3 (Leve) | Constante | No | No | No | Sí | Nunca | Muy efectivas | Excelente | No | Mayor frecuencia de atención |
| 22 | 31-45 años | Masculino | Otro | Apendi... | 7-10 (Intenso) | 0-3 (Leve) | Intermitente | No | No | Sí | Sí | Siempre | Efectivas | Mala | Sí | Más técnicas no farmacológicas |
| 23 | Más de 6... | Femenino | Secundaria | Colecis... | 7-10 (Intenso) | 7-10 (Intenso) | Constante | No | No | No | No | Casi siempre | Muy efectivas | Buena | No | Mejor comunicación |
| 24 | Más de 6... | Femenino | Primaria | Otra | 4-6 (Moderado) | 4-6 (Moderado) | Constante | Sí | Sí | No | No | Casi siempre | Poco efectivas | Buena | Sí | Más técnicas no farmacológicas |
| 25 | 31-45 años | Masculino | Otro | Colecis... | 0-3 (Leve) | 4-6 (Moderado) | Intermitente | No | Sí | No | No | Rara vez | Efectivas | Excelente | No | Otras |
| 26 | 18-30 años | Femenino | Secundaria | Colecis... | 0-3 (Leve) | 7-10 (Intenso) | Constante | No | Sí | No | Sí | Siempre | Inefectivas | Mala | No | Otras |
| 27 | Más de 6... | Femenino | Secundaria | Colecis... | 0-3 (Leve) | 4-6 (Moderado) | Constante | Sí | No | Sí | Sí | A veces | Efectivas | Excelente | Sí | Mayor frecuencia de atención |
| 28 | 46-60 años | Masculino | Superior | Herniorr... | 7-10 (Intenso) | 4-6 (Moderado) | Intermitente | No | Sí | No | No | Nunca | Inefectivas | Excelente | Sí | Otras |
| 29 | 18-30 años | Femenino | Otro | Herniorr... | 7-10 (Intenso) | 0-3 (Leve) | Constante | Sí | No | No | Sí | Rara vez | Inefectivas | Buena | No | Mayor frecuencia de atención |
| 30 | 31-45 años | Femenino | Secundaria | Herniorr... | 4-6 (Moderado) | 7-10 (Intenso) | Intermitente | No | No | No | Sí | Rara vez | Muy efectivas | Buena | No | Mayor frecuencia de atención |



| | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8_1 | P8_2 | P8_3 | P8_4 | P9 | P10 | P11 | P12 | P13 |
|----|-------------|-----------|------------|-------------|----------------|----------------|--------------|------|------|------|------|--------------|----------------|-----------|-----|--------------------------------|
| 31 | 46-60 años | Femenino | Otro | Colectis... | 4-6 (Moderado) | 7-10 (Intenso) | Constante | No | No | Sí | No | Siempre | Inefectivas | Buena | No | Mejor comunicación |
| 32 | Más de 6... | Masculino | Otro | Colectis... | 0-3 (Leve) | 7-10 (Intenso) | Intermitente | Sí | No | No | No | Casi siempre | Muy efectivas | Buena | Sí | Otras |
| 33 | 31-45 años | Femenino | Otro | Herniorr... | 7-10 (Intenso) | 4-6 (Moderado) | Intermitente | No | Sí | Sí | No | Nunca | Muy efectivas | Excelente | No | Otras |
| 34 | 18-30 años | Femenino | Superior | Colectis... | 7-10 (Intenso) | 4-6 (Moderado) | Constante | No | Sí | No | No | Casi siempre | Efectivas | Excelente | Sí | Mayor frecuencia de atención |
| 35 | 46-60 años | Masculino | Secundaria | Colectis... | 0-3 (Leve) | 7-10 (Intenso) | Constante | No | Sí | Sí | Sí | Rara vez | Inefectivas | Buena | Sí | Mayor frecuencia de atención |
| 36 | 46-60 años | Femenino | Secundaria | Otra | 4-6 (Moderado) | 4-6 (Moderado) | Ocasional | No | Sí | Sí | No | Rara vez | Inefectivas | Regular | Sí | Otras |
| 37 | 46-60 años | Masculino | Superior | Colectis... | 0-3 (Leve) | 0-3 (Leve) | Constante | Sí | Sí | Sí | Sí | Siempre | Efectivas | Excelente | Sí | Mejor comunicación |
| 38 | Más de 6... | Masculino | Otro | Otra | 4-6 (Moderado) | 4-6 (Moderado) | Intermitente | No | No | No | No | Rara vez | Poco efectivas | Mala | No | Otras |
| 39 | Más de 6... | Masculino | Primaria | Colectis... | 4-6 (Moderado) | 0-3 (Leve) | Constante | No | Sí | Sí | Sí | Casi siempre | Poco efectivas | Excelente | Sí | Otras |
| 40 | Más de 6... | Femenino | Otro | Otra | 4-6 (Moderado) | 7-10 (Intenso) | Constante | No | No | Sí | No | Nunca | Inefectivas | Mala | No | Otras |
| 41 | 18-30 años | Femenino | Primaria | Apendi... | 7-10 (Intenso) | 4-6 (Moderado) | Constante | No | No | Sí | Sí | Siempre | Muy efectivas | Excelente | Sí | Mejor comunicación |
| 42 | 31-45 años | Femenino | Superior | Apendi... | 4-6 (Moderado) | 0-3 (Leve) | Constante | No | No | Sí | No | Rara vez | Poco efectivas | Buena | Sí | Mejor comunicación |
| 43 | Más de 6... | Femenino | Primaria | Otra | 0-3 (Leve) | 0-3 (Leve) | Intermitente | Sí | Sí | No | Sí | A veces | Muy efectivas | Regular | Sí | Mayor frecuencia de atención |
| 44 | 18-30 años | Femenino | Primaria | Herniorr... | 4-6 (Moderado) | 4-6 (Moderado) | Ocasional | Sí | No | Sí | Sí | A veces | Inefectivas | Buena | No | Mejor comunicación |
| 45 | Más de 6... | Femenino | Primaria | Herniorr... | 7-10 (Intenso) | 4-6 (Moderado) | Intermitente | No | Sí | No | Sí | Rara vez | Efectivas | Mala | No | Mayor frecuencia de atención |
| 46 | Más de 6... | Femenino | Otro | Colectis... | 4-6 (Moderado) | 7-10 (Intenso) | Intermitente | Sí | No | Sí | Sí | A veces | Inefectivas | Excelente | No | Mayor frecuencia de atención |
| 47 | 31-45 años | Masculino | Superior | Otra | 4-6 (Moderado) | 4-6 (Moderado) | Ocasional | No | No | Sí | No | Casi siempre | Efectivas | Excelente | Sí | Más técnicas no farmacológicas |
| 48 | 18-30 años | Masculino | Superior | Herniorr... | 7-10 (Intenso) | 4-6 (Moderado) | Ocasional | Sí | No | Sí | Sí | A veces | Poco efectivas | Regular | Sí | Más técnicas no farmacológicas |
| 49 | 46-60 años | Masculino | Otro | Herniorr... | 7-10 (Intenso) | 7-10 (Intenso) | Constante | Sí | No | No | Sí | A veces | Muy efectivas | Excelente | Sí | Mejor comunicación |
| 50 | 31-45 años | Femenino | Secundaria | Apendi... | 4-6 (Moderado) | 7-10 (Intenso) | Intermitente | Sí | Sí | No | No | A veces | Poco efectivas | Mala | Sí | Más técnicas no farmacológicas |
| 51 | 31-45 años | Masculino | Superior | Herniorr... | 4-6 (Moderado) | 4-6 (Moderado) | Ocasional | No | No | Sí | No | Nunca | Poco efectivas | Regular | No | Otras |
| 52 | 31-45 años | Masculino | Primaria | Apendi... | 7-10 (Intenso) | 4-6 (Moderado) | Ocasional | Sí | No | No | No | Rara vez | Inefectivas | Buena | No | Mejor comunicación |
| 53 | 46-60 años | Femenino | Superior | Herniorr... | 0-3 (Leve) | 0-3 (Leve) | Constante | Sí | No | Sí | Sí | A veces | Poco efectivas | Buena | Sí | Mejor comunicación |
| 54 | 46-60 años | Femenino | Superior | Otra | 0-3 (Leve) | 0-3 (Leve) | Ocasional | No | Sí | No | Sí | Rara vez | Muy efectivas | Buena | No | Más técnicas no farmacológicas |
| 55 | Más de 6... | Masculino | Superior | Colectis... | 4-6 (Moderado) | 0-3 (Leve) | Intermitente | No | Sí | Sí | Sí | A veces | Efectivas | Mala | No | Otras |
| 56 | 18-30 años | Masculino | Primaria | Herniorr... | 4-6 (Moderado) | 0-3 (Leve) | Ocasional | Sí | Sí | No | Sí | Nunca | Muy efectivas | Mala | Sí | Mejor comunicación |
| 57 | Más de 6... | Masculino | Otro | Apendi... | 0-3 (Leve) | 7-10 (Intenso) | Intermitente | Sí | Sí | Sí | No | Rara vez | Muy efectivas | Buena | No | Otras |
| 58 | 18-30 años | Femenino | Otro | Otra | 0-3 (Leve) | 4-6 (Moderado) | Constante | Sí | No | No | Sí | Siempre | Muy efectivas | Mala | No | Mejor comunicación |
| 59 | 46-60 años | Masculino | Superior | Colectis... | 4-6 (Moderado) | 7-10 (Intenso) | Constante | No | No | No | Sí | A veces | Poco efectivas | Regular | No | Mejor comunicación |
| 60 | 18-30 años | Masculino | Otro | Otra | 4-6 (Moderado) | 7-10 (Intenso) | Ocasional | Sí | No | No | Sí | Rara vez | Muy efectivas | Excelente | Sí | Otras |



| | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8_1 | P8_2 | P8_3 | P8_4 | P9 | P10 | P11 | P12 | P13 |
|----|-------------|-----------|------------|-------------|----------------|----------------|--------------|------|------|------|------|--------------|----------------|-----------|-----|--------------------------------|
| 61 | Más de 6... | Femenino | Otro | Otra | 0-3 (Leve) | 0-3 (Leve) | Ocasional | Sí | Sí | Sí | Sí | Siempre | Inefectivas | Excelente | No | Otras |
| 62 | 46-60 años | Femenino | Primaria | Otra | 7-10 (Intenso) | 7-10 (Intenso) | Constante | No | No | Sí | Sí | Casi siempre | Muy efectivas | Buena | No | Mayor frecuencia de atención |
| 63 | 31-45 años | Femenino | Secundaria | Apendi... | 0-3 (Leve) | 4-6 (Moderado) | Constante | Sí | No | No | No | Rara vez | Muy efectivas | Excelente | No | Mejor comunicación |
| 64 | Más de 6... | Masculino | Superior | Herniorr... | 4-6 (Moderado) | 0-3 (Leve) | Ocasional | Sí | No | No | Sí | A veces | Inefectivas | Mala | No | Más técnicas no farmacológicas |
| 65 | 18-30 años | Masculino | Otro | Otra | 7-10 (Intenso) | 4-6 (Moderado) | Intermitente | No | Sí | No | Sí | Nunca | Muy efectivas | Buena | No | Mayor frecuencia de atención |
| 66 | Más de 6... | Masculino | Primaria | Apendi... | 7-10 (Intenso) | 0-3 (Leve) | Ocasional | Sí | No | Sí | No | Siempre | Muy efectivas | Mala | Sí | Mejor comunicación |
| 67 | 18-30 años | Masculino | Superior | Herniorr... | 4-6 (Moderado) | 4-6 (Moderado) | Constante | No | Sí | No | Sí | Casi siempre | Poco efectivas | Buena | Sí | Otras |
| 68 | 31-45 años | Masculino | Superior | Otra | 7-10 (Intenso) | 0-3 (Leve) | Intermitente | No | No | Sí | No | A veces | Poco efectivas | Regular | No | Otras |
| 69 | Más de 6... | Femenino | Superior | Colecis... | 4-6 (Moderado) | 7-10 (Intenso) | Ocasional | No | Sí | No | No | Casi siempre | Poco efectivas | Excelente | Sí | Más técnicas no farmacológicas |
| 70 | 31-45 años | Femenino | Superior | Apendi... | 0-3 (Leve) | 0-3 (Leve) | Intermitente | Sí | Sí | No | No | A veces | Efectivas | Excelente | Sí | Mejor comunicación |
| 71 | Más de 6... | Masculino | Secundaria | Colecis... | 4-6 (Moderado) | 7-10 (Intenso) | Constante | Sí | Sí | Sí | No | Siempre | Inefectivas | Mala | Sí | Mejor comunicación |
| 72 | Más de 6... | Femenino | Secundaria | Apendi... | 0-3 (Leve) | 7-10 (Intenso) | Constante | Sí | No | No | No | Rara vez | Efectivas | Excelente | No | Mayor frecuencia de atención |
| 73 | 31-45 años | Masculino | Secundaria | Otra | 0-3 (Leve) | 0-3 (Leve) | Constante | Sí | Sí | Sí | No | Siempre | Efectivas | Mala | No | Mejor comunicación |
| 74 | 31-45 años | Femenino | Primaria | Herniorr... | 7-10 (Intenso) | 7-10 (Intenso) | Ocasional | Sí | Sí | No | Sí | Rara vez | Inefectivas | Regular | Sí | Otras |
| 75 | Más de 6... | Femenino | Secundaria | Otra | 7-10 (Intenso) | 7-10 (Intenso) | Intermitente | No | No | No | Sí | A veces | Muy efectivas | Buena | Sí | Más técnicas no farmacológicas |
| 76 | 31-45 años | Masculino | Secundaria | Otra | 7-10 (Intenso) | 0-3 (Leve) | Constante | Sí | No | No | No | A veces | Efectivas | Buena | Sí | Mayor frecuencia de atención |
| 77 | 31-45 años | Masculino | Secundaria | Herniorr... | 4-6 (Moderado) | 0-3 (Leve) | Intermitente | Sí | No | Sí | No | Nunca | Inefectivas | Regular | Sí | Mayor frecuencia de atención |
| 78 | 31-45 años | Femenino | Primaria | Apendi... | 0-3 (Leve) | 0-3 (Leve) | Ocasional | Sí | Sí | Sí | No | A veces | Inefectivas | Buena | No | Más técnicas no farmacológicas |
| 79 | Más de 6... | Femenino | Secundaria | Colecis... | 4-6 (Moderado) | 4-6 (Moderado) | Constante | No | Sí | No | Sí | A veces | Efectivas | Regular | Sí | Otras |
| 80 | 18-30 años | Masculino | Secundaria | Otra | 0-3 (Leve) | 7-10 (Intenso) | Intermitente | Sí | No | No | Sí | A veces | Efectivas | Excelente | No | Más técnicas no farmacológicas |
| 81 | 18-30 años | Masculino | Primaria | Colecis... | 0-3 (Leve) | 0-3 (Leve) | Constante | No | Sí | No | No | Casi siempre | Muy efectivas | Regular | Sí | Mejor comunicación |
| 82 | 46-60 años | Masculino | Primaria | Apendi... | 0-3 (Leve) | 4-6 (Moderado) | Ocasional | Sí | Sí | No | No | Siempre | Poco efectivas | Mala | No | Más técnicas no farmacológicas |
| 83 | Más de 6... | Masculino | Otro | Herniorr... | 7-10 (Intenso) | 4-6 (Moderado) | Intermitente | No | No | No | Sí | Casi siempre | Poco efectivas | Excelente | No | Mayor frecuencia de atención |
| 84 | 31-45 años | Masculino | Secundaria | Otra | 0-3 (Leve) | 0-3 (Leve) | Constante | No | Sí | No | No | Siempre | Muy efectivas | Regular | Sí | Mejor comunicación |
| 85 | 18-30 años | Femenino | Superior | Colecis... | 7-10 (Intenso) | 7-10 (Intenso) | Intermitente | Sí | Sí | No | Sí | Rara vez | Efectivas | Buena | Sí | Mayor frecuencia de atención |
| 86 | 31-45 años | Masculino | Secundaria | Otra | 4-6 (Moderado) | 0-3 (Leve) | Intermitente | No | No | No | Sí | Rara vez | Efectivas | Excelente | No | Mejor comunicación |
| 87 | 31-45 años | Femenino | Superior | Otra | 7-10 (Intenso) | 0-3 (Leve) | Intermitente | No | Sí | Sí | Sí | Siempre | Efectivas | Excelente | Sí | Mejor comunicación |
| 88 | 31-45 años | Masculino | Primaria | Apendi... | 0-3 (Leve) | 0-3 (Leve) | Intermitente | No | Sí | No | No | Casi siempre | Efectivas | Mala | Sí | Otras |
| 89 | 31-45 años | Femenino | Otro | Herniorr... | 4-6 (Moderado) | 7-10 (Intenso) | Intermitente | No | No | Sí | No | Rara vez | Efectivas | Excelente | No | Más técnicas no farmacológicas |
| 90 | Más de 6... | Masculino | Otro | Apendi... | 0-3 (Leve) | 0-3 (Leve) | Intermitente | No | Sí | Sí | No | Rara vez | Efectivas | Excelente | No | Otras |

| | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8_1 | P8_2 | P8_3 | P8_4 | P9 | P10 | P11 | P12 | P13 |
|----|------------|-----------|------------|-------------|----------------|----------------|--------------|------|------|------|------|----------|----------------|-----------|-----|--------------------------------|
| 91 | 46-60 años | Masculino | Secundaria | Colecis... | 7-10 (Intenso) | 7-10 (Intenso) | Constante | Sí | Sí | No | No | A veces | Inefectivas | Regular | Sí | Mejor comunicación |
| 92 | 46-60 años | Femenino | Superior | Apendi... | 7-10 (Intenso) | 0-3 (Leve) | Intermitente | No | No | Sí | Sí | Rara vez | Inefectivas | Regular | Sí | Otras |
| 93 | 18-30 años | Masculino | Otro | Apendi... | 4-6 (Moderado) | 7-10 (Intenso) | Ocasional | Sí | Sí | Sí | No | Rara vez | Poco efectivas | Buena | Sí | Otras |
| 94 | 31-45 años | Femenino | Primaria | Apendi... | 4-6 (Moderado) | 7-10 (Intenso) | Ocasional | No | Sí | Sí | Sí | Rara vez | Poco efectivas | Excelente | Sí | Mayor frecuencia de atención |
| 95 | 31-45 años | Femenino | Secundaria | Herniorr... | 0-3 (Leve) | 0-3 (Leve) | Constante | Sí | Sí | No | No | Nunca | Muy efectivas | Excelente | No | Más técnicas no farmacológicas |

Apéndice 5 Otros.

Operacionalización de las variables

Operacionalización de las variables

| VARIABLE | DIMENSION | INDICADOR | INSTRUMENTO |
|-------------------------------|--|--|---------------------------|
| VARIABLE INDEPENDIENTE | 1.1. Datos generales del paciente | 1.1.1. Tipos de analgésicos utilizados (opioides, no opioides, anestésicos locales). 1.1.2. Dosis promedio administrada por paciente. 1.1.3. Frecuencia de administración de medicamentos. | |
| | Estrategias de enfermería farmacológicas | 1.2.1. Número de pacientes que reciben técnicas de relajación guiada. 1.2.2. Frecuencia de uso de musicoterapia. 1.2.3. Porcentaje de pacientes que reciben educación sobre manejo del dolor. | |
| | 1.2. Estrategias no farmacológicas | | |
| | 1.3. Enfoque multimodal | 1.3.1. Número de pacientes tratados con estrategias combinadas (farmacológicas y no farmacológicas). 1.3.2. Valoración de satisfacción del paciente con el enfoque multimodal (escala Likert). | Encuesta Ficha clínica |
| VARIABLE DEPENDIENTE | 2.1. Intensidad del dolor | 2.1.1. Promedio de puntuación en la Escala Visual Analógica (EVA) a las 24, 48 y 72 horas postoperatorias. 2.1.2. Porcentaje de pacientes con dolor moderado o severo después de la intervención. | |
| | 2.2. Satisfacción del paciente | 2.2.1. Nivel de satisfacción del paciente con el manejo del dolor (escala Likert). 2.2.2. Número de pacientes que consideran adecuado el manejo del dolor recibido. | |
| | 2.3. Recuperación postoperatoria | 2.3.1. Tiempo promedio de recuperación funcional (en días). 2.3.2. Porcentaje de pacientes con complicaciones relacionadas al manejo inadecuado del dolor. | |
| | Manejo del dolor postoperatorio. | | |

Fuente: propia del autor



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 19/12/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: MARIBEL LOPE CALCINA

Dirección: Jr. Cancollani Nro 416, Urb. Cincuentenario - Juliaca

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 45999773

Teléfono: 956753969 email: lopecalcinamaribel@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: ESCUELA DE POSGRADO

Escuela Profesional o Mención: PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Título o Grado Académico a optar: SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

Asesor: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL ESPINAR CUSCO 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Estrategias de enfermería, manejo del dolor, dolor postoperatorio, cirugía abdominal, Hospital Espinar Cusco, técnicas farmacológicas, técnicas no farmacológicas, percepción del paciente, atención integral.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1, 2}?

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Titulo 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEG10



Firma de Autor



huella digital

10 - DICIEMBRE - 2025

Fecha