



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ALIVIO DEL DOLOR POST-OPERATORIO EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGIA SUR DEL HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS ARVELO”. EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2013**

**Trabajo Especial de Grado para Optar al Título de Licenciada en Enfermería**

**Tutor:  
Licdo. Reinaldo Zambrano**

**Autores:  
Ospino Carmen  
C.I 13252554  
Serrano Dayana  
C.I 18369097**

**CARACAS, 2013.**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ALIVIO DEL DOLOR POST-OPERATORIO EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGIA SUR DEL HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS ARVELO”. EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2013**

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Aprobación de tutor.....	iii
Índice.....	iv
Lista de Cuadros.....	v
Lista de Gráficos.....	Vi
Resumen.....	vii
Introducción.....	1
<b>Capítulo I</b>	
<b>El Problema</b>	
Planteamiento del Problema.....	4
Objetivos de la investigación General y Específicos.....	10
Justificación.....	11
<b>Capítulo II</b>	
<b>Marco Teórico</b>	
Antecedente de la investigación.....	14
Bases Teóricas.....	20
Sistema de Variables.....	43
Operacionalización de Variables.....	44
<b>Capítulo III</b>	
<b>Marco Metodológico</b>	
Tipo de Estudio.....	45
Diseño de la investigación.....	45
Población y muestra.....	47
Técnica e instrumentos de Recolección de Datos.....	48
Validez y Confiabilidad.....	49
Procedimientos para la Recolección de Información.....	52
<b>Capítulo IV</b>	
<b>Presentación y Análisis de los Resultados</b>	
Presentación de los Resultados.....	54
Análisis de los Resultados.....	81
<b>Capítulo V</b>	
<b>Conclusiones y Recomendaciones</b>	
Conclusiones.....	82
Recomendaciones.....	83
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	84
<b>Anexos</b>	
Instrumento .....	87
Certificación de Validez	

## DEDICATORIA

A Dios, quien me a dado la vida, salud y fortaleza; y gracias a el es que un día como hoy estoy alcanzando una de las muchas metas propuesta.

A mis hijos Luis, Andrea y a mi madre por ser grandes pilares, fuente de inspiración y motivación en mi vida...! Que los bendiga y los cuide para que sigan a mi lado por mucho tiempo!

A mi esposo amigo y compañero, que a pesar de muchas adversidades fue un gran estímulo para el logro de esta meta.

A mi Amiga Dayana Serrano, por acompañarme en mis estudios y brindarme su apoyo y amistad incondicional...!

**Carmen Ospino**

La presente tesis está dedicada primordialmente a Dios por darme la paciencia, sabiduría y entendimiento para poder culminar este trabajo investigativo, a mi abuela materna (Rosa de Vásquez) que aunque no está cerca siempre a confiado y creído en mí, a ti mama ( Amelia Vásquez) por tus sermones diarios para que terminara la licenciatura .

Y para finalizar a mi persona por los grandes aprendizajes que he obtenido y a pesar de las dificultades no desistí, sino que seguí adelante hasta alcanzar la meta propuesta.

**Dayana Serrano**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios**, porque siempre me acompaño y me permitió compartir con mi familia y amigos, y alcanzar unas de mis metas en la vida.

**Gracias a la Licda. Ricarda Montaña** por su colaboración y ganas de ayudarnos cuando más lo necesitábamos y nunca perdió la confianza en nosotras.

**A la Capitán Vanessa Quintero** que siempre nos ofreció su cooperación para la realización de nuestro trabajo.

**Gracias a mis amigos y compañeros** por estar conmigo en estos últimos años y brindarme su apoyo y amistad. Y a todos aquellos que hicieron posible que este trabajo culminara de la mejor manera...! Gracias a Todos...!!!

**Carmen Ospino**

Muchos fueron los obstáculos para lograr esta meta y quiero agradecer a las personas que me estuvieron apoyando y contribuyeron de una u otra manera para culminar con el proyecto investigativo de tesis: a Dios por darme fuerza para no decaer, a mi Madre **Amelia Vásquez**, por haberme dado la vida y luchar por darme y enseñarme lo mejor para mí; a mis hermanos (**María, Marcos y Franco Serrano**) por estar ayudándome en cada momento, a ti mi negro bello (**Carlos Alberto Espinoza**) porque aunque ya no estés conmigo tú fuiste parte de este proyecto y muchas ideas aquí son tuyas. A todas mis amigas que de una u otra forma colaboraron con la tesis, por darme apoyo, ánimo y estar allí cada vez que los necesite, a ti comadre (**Carmen Ospino**) por ser mi fiel compañera durante toda mi carrera y a ti papá (**Marcos Serrano**) por obligarme indirectamente a ser responsable, a creer en mí y contar conmigo misma. **MIL GRACIAS A TODOS.**

**Dayana Serrano.**



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



## INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ALIVIO DEL DOLOR POST-OPERATORIO EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGIA SUR DEL HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS ARVELO”. EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2013

### **Autores:**

Ospino Carmen  
Serrano Dayana

### **Tutor:**

**Lcdo.** Reinaldo Zambrano

### **RESUMEN**

La presente investigación se ubica dentro del contexto de la línea asistencial, donde se evidencia la importancia de la intervención de enfermería en el alivio del dolor post-operatorio en pacientes con distintas lesiones orgánica. El estudio responde a una investigación de campo, con un diseño descriptivo ya que se describen los fenómenos reales del centro que se estudió, la población en estudio estuvo conformada por (14) profesionales de enfermería. La recolección de la información fue a través de una lista de cotejo, los cuales fueron sometidos a juicio de expertos aplicándole la prueba de confiabilidad de Alpha de Crombach, dando como resultado (0,89). Los resultados evidenciaron que existe un ochenta y ocho por ciento de intervención del profesional de enfermería en el alivio del dolor post-operatorio en los pacientes del servicio de cirugía sur. De la investigación surgieron algunas recomendaciones considerando importante, informar las pautas y procedimientos que deben regirse para mejorar la atención a los pacientes post-operados las cuales deben ser planificadas y ejecutadas de forma correcta en base a las necesidades de cada individuo.

Descriptores: Intervención de enfermería, dolor post-operatorio.

## INTRODUCCION

El enfermero(a), es un profesional humano dinámico, amable, cálido, accesible, analítico, eficiente, responsable, en permanente actualización y gestor de cambios, que ha adquirido competencias científico-técnicas en el marco del desarrollo de la ciencia, tecnología, institucional y del país para brindar cuidado postoperatorio mediato y ayuda al paciente quirúrgico, familia y/o comunidad.

El post-operatorio transcurre desde que el paciente ha sido llevado a la habitación después de la operación hasta el día en que es dado de alta. Es decir, en este lapso se realizan cuidados propios de enfermería. Asimismo, es fundamental el cuidado exhaustivo de la herida operatoria para prevenir infecciones.

El dolor post-operatorio es el resultado o la respuesta de una agresión planificada y deliberada, que aparece al inicio de la intervención y que finaliza con la curación de la enfermedad quirúrgica que lo ha generado. Su tratamiento y prevención es uno de los pilares más importantes para responder a las expectativas de los pacientes, así como lograr una recuperación rápida y libre de complicaciones.

Al respecto cabe señalar que la intervención de enfermería es de suma importancia para disminuir y eliminar el dolor pero para que se pueda dar un tratamiento oportuno y adecuado hay que evaluar de forma rápida y precisa el dolor que presenta el paciente para así realizar un diagnóstico con su respectivo plan de atención para apaciguar esa necesidad fisiológica que afecta al paciente. De allí la importancia de la investigación la cual radica en analizar la intervención del profesional de enfermería en el alivio del dolor post-operatorio.

La presente investigación estuvo orientada a analizar la intervención del profesional de enfermería en el alivio del dolor post-operatorio en los pacientes del Servicio de Cirugía Sur del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. En cuanto a información, métodos y técnicas utilizadas para aliviar el dolor.

La estructura de la presente investigación comprende los siguientes tópicos:

El Capítulo I trata sobre el planteamiento del problema, los objetivos del estudio, interrogantes, formulación y justificación de la investigación.

El Capítulo II lo constituye el marco teórico, en el cual se desarrollan los diferentes antecedentes que sustentan el estudio, las bases teóricas que fundamentan científicamente el estudio, en el que se desarrollara los aspectos relacionados con la intervención del profesional de enfermería en el alivio del dolor.

El Capítulo III continúa con la aplicación de los diferentes aspectos metodológicos utilizados para realizar el estudio, el cual está representado por el tipo y diseño de la investigación, la población y muestra estudiada, los métodos y técnicas para la recolección de la información y los procedimientos utilizados para la recolección de datos.

En el Capítulo IV se presentan los resultados y análisis de los datos obtenidos en la investigación,

En el Capítulo V, se incluyen las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio. Y finalmente encontramos las referencias bibliográficas y los anexos

Esperando que con dicha investigación aporte conocimientos y nociones básicas y fundamentales no solo al profesional de enfermería si no también al resto del equipo que integra el área del sector salud.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **Planteamiento del problema**

El dolor se puede definir como sensación de malestar en una parte del cuerpo debida a causas externas o internas. Sensación desagradable específica, consciente, engendrada por factores externos a la propia persona a partir de estados patológicos somáticos de la misma.

La definición más o comúnmente aceptada del dolor es la proporcionada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor que lo define como: "El dolor es una experiencia sensorial y emocional no placentera relacionada con daño potencial o real del tejido, o descrita en términos de tal daño. El dolor siempre es subjetivo y cualitativo"(p.49). En otras palabras: el dolor es algo intangible que solamente la persona que lo padece sabe el grado de magnitud del mismo.

La definición de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor destaca que el dolor está asociado a daño tisular o que se describe como producido por éste, pero evita decir claramente que el dolor esté producido por él mismo. Esto permite considerar que incluso en aquellas formas de dolor en las que no hay daño tisular que las ocasione, generalmente como consecuencia de lesiones Neurológicas, los pacientes describen el dolor como si estuviera producido por una lesión periférica.

En la valoración de un paciente con dolor, el personal de enfermería considera la descripción del dolor, así como otros factores que posiblemente influyan en este ejemplo: experiencias dolorosas previas, ansiedad y edad, además de la respuesta del paciente a las estrategias para aliviarlo. La documentación del nivel del dolor se marca con una escala del dolor, la cual se anexa al expediente del enfermo además de registrar el alivio del dolor obtenido con las intervenciones.

La valoración del dolor incluye entender que nivel de alivio del dolor cree el enfermo que se requiere para recuperarse con rapidez, o bien qué nivel de alivio requiere el paciente con enfermedades para estar cómodo. En otras palabras es necesario entender las expectativas del enfermo y las creencias erróneas sobre el dolor para así satisfacer o cubrir dicha necesidad fisiológica afectada.

Es más probable que una persona que entienda que el alivio del dolor no solo contribuye a la comodidad sino que apresura la recuperación, solicita medicamentos o se lo administre a si misma en forma adecuada. Solo el paciente puede describir y valorar de manera precisa su dolor y el grado que posee del mismo por otra parte la enfermera y los médicos a menudo, subestiman el nivel del dolor del enfermo.

De esta forma, la complejidad de los cuidados hace que el profesional de enfermería sea capaz de desarrollar un modelo de atención sistémico e integral, lo que implica poner en práctica la valoración de criterios preestablecidos sustentado en los estándares de enfermería validados por un proceso de análisis, diseño, desarrollo e implementación que se fundan en el método científico y solución de problemas, teniendo como base fundamental valoración del dolor por enfermería de alta calidad al paciente en el post-operatorio.

El hecho de una intervención quirúrgica representa para el enfermo una agresión física, con su consecuente dolor, y el desconocimiento de la causa y el significado de ese dolor le crean angustia y desasosiego. Debe ser, por tanto, y en la medida de lo posible, debidamente informado del tipo de operación y los posibles riesgos y debe suministrarse una medicación preanestesia que lo relaje y disminuya su ansiedad.

Por otra parte el postoperatorio inmediato se inicia una vez concluida la intervención: según Brunner, L. y Suddart, D. (2005). Refiere que: “abarca las seis horas siguientes, si bien puede prolongarse a veces hasta 36 horas” (p. 56). El paciente es conducido a la sala de recuperación post-quirúrgica, donde el equipo especializado controla sus constantes vitales (consciencia, frecuencia respiratoria, presión arterial y pulso) de forma continua.

El postoperatorio mediato equivale al período que transcurre desde que el paciente ha sido llevado a la habitación, según Brunner, L. y Suddart, D. (2005) Comprende un periodo de: “24 o 48 horas después de la operación hasta el día en que es dado de alta ”(p.56). Es decir, en este lapso se realizan cuidados propios de enfermería en la cual se controlan las constantes vitales de forma más espaciada y se debe restablecer el tránsito intestinal y reiniciar la alimentación normal por vía oral. Asimismo, es fundamental el control frecuente de la temperatura y de la herida operatoria.

El dolor postoperatorio es predecible, por cuanto es el resultado o la respuesta de una agresión planificada y deliberada, que aparece al inicio de la intervención y que finaliza con la curación de la enfermedad quirúrgica que lo ha generado. Su tratamiento y prevención es uno de los pilares más importantes para responder a las expectativas de los pacientes, así como lograr una recuperación rápida y libre de complicaciones, pero todavía, en las

salas de hospitalización, la imagen clásica del enfermo post-operado, sudoroso, demacrado, con miedo a la movilización y a respirar, dista mucho de estar erradicada.

Según B. Kozier (2008) la intervención de enfermería “es todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza el profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente” (P.194). En lo mencionado anteriormente por los autores refleja que las intervenciones de enfermería son las acciones que realiza el enfermero, según sus conocimientos, destrezas, habilidades para beneficiar al paciente a su pronta recuperación.

Según Long, L. Phipps L., Cassmeyer, F. (2005) refiere que “cuando un paciente se queja de dolor o solicita medicación para aliviarlo, es importante hacer una valoración rápida de forma tal que se recoja información subjetiva y objetiva antes de llevar cabo cualquier acción” (p.176)

De la misma manera la intervención de enfermería es de suma importancia para aliviar y eliminar el dolor pero para que se pueda dar un tratamiento oportuno y adecuado hay que evaluar de forma rápida y precisa y concisa el dolor que presenta el paciente para así realizar un diagnóstico con su respectivo plan de atención para aliviar esa necesidad fisiológica que afecta al paciente.

Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos; tratamientos puestos en marcha por profesionales de la enfermería, por médicos y por otros proveedores de cuidados.

Una intervención de enfermería indirecta es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del paciente. Las intervenciones de

enfermería indirectas incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria. (B. Kozier 2008) En el mismo orden de ideas el autor hace referencia a que la intervención indirecta se va a centrar en el bienestar del paciente proporcionando un ámbito confortable y agradable para el mismo

Una intervención de enfermería directa consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente. La intervención de enfermería directa comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales. (B. Kozier 2008) Es decir, que en dichas intervenciones se va a estar mas en contacto con el paciente se pueden dar acciones tanto de colocar las manos como las que son más bien de apoyo y asesoramiento en su naturaleza.

Dentro de este marco se contextualizo la investigación que se lleva a cabo, en el Servicio de Cirugía Sur del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. Dicho servicio cuenta con 13 habitaciones y 18 camas, por lo general todas siempre se encuentran ocupadas por pacientes pre-operados y post-operados que ingresan al servicio, de la misma manera el servicio de cirugía sur cuenta con un personal de cinco (05) profesionales de enfermería en el turno de la mañana, cinco (05) en el turno de la tarde y dos (02) para cada turno nocturno, haciendo un total de catorce (14) personas capacitadas para el cuidados de dichos pacientes, además el área cuenta con todos los equipos, recursos materiales y humanos para atender al paciente post-operado del mismo modo se pudo observar que el profesional de enfermería no valora el dolor del paciente, no indaga sobre el dolor que presenta, que tipo de dolor es, que grado de dolor presenta, no establece una comunicación terapéutica con el paciente post-operado ,si no que se limita a cumplir indicaciones médicas utilizando las medidas farmacológicas.

Para los efectos del trabajo de investigación se estudio la valoración del dolor en paciente en el postoperatorio. Ante la situación planteada surgen como interrogantes de estudio:

¿Utiliza el profesional de enfermería técnicas para la evaluación del dolor post-operatorio en los pacientes del Servicio de Cirugía sur del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo?

¿Qué métodos utiliza el profesional de enfermería para la valoración del dolor post-operatorio en los pacientes del Servicio de Cirugía sur del Hospital militar Dr. Carlos Arvelo?

¿Que medidas utiliza el profesional de enfermería para el alivio del dolor post-operatorio en los pacientes del Servicio de Cirugía sur del Hospital militar Dr. Carlos Arvelo

De acuerdo a las interrogantes se formula como problema de investigación:

¿Cuál es la intervención de enfermería en el alivio del dolor post-operatorio en los pacientes del Servicio de Cirugía sur del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo en el segundo trimestre del año 2013?

## **1.2. Objetivo de la Investigación**

### **1.2.1 Objetivo Generales**

Determinar la intervención del profesional de enfermería en el alivio del dolor post-operatorio en los pacientes del Servicio de Cirugía Sur del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo en el segundo trimestre del año 201

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

- Describir las técnicas que utiliza el profesional de enfermería para la valoración del dolor post-operatorio en los pacientes del Servicio de Cirugía Sur del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
- Identificar los métodos que utiliza el profesional enfermería para el alivio del dolor post-operatorio en los pacientes del Servicio de Cirugía Sur del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo
- Establecer las medidas que utiliza el profesional de enfermería en el alivio del dolor postoperatorio en los pacientes del Servicio de Cirugía Sur del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo.

### **1.3. Justificación**

El presente trabajo esta orientado a determinar la intervención del profesional de enfermería en el alivio del dolor post-operatorio en los pacientes del Servicio de Cirugía sur del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. Por consiguiente se consideró importante realizar el presente trabajo ya que permite conocer las técnicas, métodos y medidas que utiliza el profesional de enfermería para el alivio del dolor en los pacientes post-operados.

La interacción en el ejercicio profesional de la enfermería debe sustentarse en tres pilares básicos: Responder las necesidades del paciente, mejorar continuamente los servicios, crear los sistemas apropiados para la mejor producción, esto implica cuatro conceptos básicos: Cuidado, Persona, Salud y Entorno, los cuales configuran el paradigma enfermería a lo largo de la historia.

En otras palabras, el profesional de enfermería debe cubrir las necesidades del paciente según los parámetros de de su experiencia y

mantener el cuidado de los centros de salud para proporcionarles un buen servicio, de la misma manera se debe escuchar cuidadosamente la descripción que hace el paciente de cómo se siente la parte afectada y cualquier queja subjetiva adicional que el presente.

Por consiguiente se debe tener una visión del qué, el porqué y para qué de la profesión de enfermería como disciplina científica, enmarcada en el cuidado de las respuestas humanas, dirigiendo su práctica hacia la persona sana o enferma en forma individual o colectiva, buscando como fundamento de acción profesional la salud desde la perspectiva clínica, de ayudar al paciente a mejorar su estado de salud y se reintegre lo mas pronto posible a sus actividades cotidianas. En otras palabras el profesional de enfermería debe tomar en cuenta que es una profesión vocacional para poder ayudar al individuo a recuperarse lo antes posible y seguir cumpliendo con las funciones que desempeñaba anteriormente.

El dolor es una experiencia personal privada, es imposible para nosotros conocer con precisión el dolor que padece otra persona, podemos vernos tentados a abandonar cualquier intento de medir el dolor. Sin embargo, un fenómeno como el dolor debe de ser medido habiéndose ideado numerosos instrumentos para determinar su intensidad. Medir el dolor es vital tanto para el diagnóstico de los pacientes como para la aplicación de tratamiento.

De esta forma el aporte de los resultados de la investigación, permite desarrollar al profesional de enfermería técnicas que pueden ayudar a obtener del paciente en el postoperatorio la explicación de su vivencia de la enfermedad, de cómo él la experimenta, en esto redundaría la búsqueda de alternativas para proporcionar una mayor satisfacción al mismo y de forma oportuna. Las personas con dolor tienen que estar informadas y participar en

la valoración de su dolor, y las enfermeras tienen que aceptar la percepción y la cuantificación que ellos hagan del mismo.

Por otra parte, el profesional de enfermería con los resultados de la investigación, puede poner en práctica las técnicas de valoración del dolor dándole mayor importancia en el proceso de cuidados proporcionado como exigencia de su rol asistencial; pudiendo así aliviar el dolor del paciente. Del mismo modo, los aportes le conducirán a consolidar el objetivo prioritario: Restablecer y preservar la salud.

En este mismo orden de ideas la investigación permite facilitar a los pacientes métodos, técnicas y medidas el cual pueda utilizar para aliviar el dolor que posea o describir con más exactitud el dolor para facilitar un tratamiento oportuno y exacto para cubrir y satisfacer su necesidad.

En cuanto al Hospital, como centro asistencial que proporciona cuidado a nivel regional debe ofrecerlo con calidad, la cual se refleja en el servicio prestado, y éste último es la imagen que proporciona el equipo de salud, especialmente el profesional de enfermería quien atiende directamente a los pacientes, los cuales serán tratados de forma digna y con respeto, contribuyendo en su recuperación oportuna y satisfactoria por tanto la investigación tiene relevancia.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

Según Arias G. Fidas (2012) el marco teórico, “es el producto de la revisión documental-bibliografía, y consiste en una recopilación de ideas, posturas de autores, conceptos y definiciones, que sirven de base a la investigación por realizar” (P.106).De acuerdo a lo referido anteriormente en el marco teórico están contenidos los antecedentes referidos a la investigación y las bases teóricas, que sustentan el estudio.

#### **2.1. Antecedentes**

Ferre C. y Cols (2008), realizaron un estudio titulado “Influencia en la unidad del dolor agudo (U.D.A) en la evolución el post-operatorio tras-toracotomía”.El cual tenia como objetivo valorar la eficacia de una unidad del dolor agudo (U.D.A) sobre el alivio del dolor tras-toracotomía valorando morbilidad y tiempo de estancia post-operatoria y comparando los resultados del tratamiento analgésico consistente en A.I.N.E.S (Analgésicos no Esteroideos) intravenoso programado más narcótico a demanda. El estudio fue de tipo retrospectivo sobre 44 historias clínicas de pacientes sometidos a lobectomías o neumectomias en los años 1991-1992,22 de los cuales recibieron :como terapia analgésica metamizol analgésico intravenosa cada 6 horas mas meperidina subcutánea(a demanda) y los otros 22 tratamientos específicos pautado por la unidad de tratamiento agudo del hospital Virgen de la Arrivaca de Murcia, consistente en narcóticos (morfina o fentanilo)mas anestésicos locales (bupivacaina)vía epidural de forma continua asociados a AINES (metamizol magnésico) , de igual forma en los pacientes post-operado

en planta y las complicaciones post-operatorias reflejada en la historia clínica (dolor, fiebre, disnea, atelectasia).

En lo mencionado por los autores, se pudo inferir en que el tratamiento adecuado del dolor post-operatorio disminuye la morbilidad post-operatoria, el tiempo medio de estancia y el costo médico de las intervenciones, y se concluyó en que influye en la evolución del paciente post-operado de toracotomía, el tratamiento oportuno para disminuir y eliminar el dolor y de la misma manera contribuir a la pronta y eficaz recuperación del paciente. Con respecto al trabajo investigativo, se relaciona con el presente ya que tienen como objetivo emplear métodos y acciones para el manejo del dolor en pacientes post-operado

Otro estudio realizado en el 2010 por Palomino Jiménez y María teresa Carrasco plantean la evaluación de la respuesta neuroendocrina con el dolor post-operatorio tras la administración de distintos opiáceos por vía epidural, el objetivos: que evalúan es la respuesta neuroendocrina frente al dolor postoperatorio de mediana-gran intensidad y sus modificaciones tras administrar tres opioide por vía epidural. También hemos analizado el grado de analgesia obtenido con métodos subjetivos de valoración del dolor, así como la aparición de posibles complicaciones. Material y métodos: Es un estudio randomizado, prospectivo y a doble ciego sobre cuarenta y cinco pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas abdominales electivas (colecistectomías abiertas e histerectomías abdominales), distribuidas en tres grupos según el analgésico empleado: morfina, alfentanilo y tramado. Evaluamos cada seis horas parámetros hemodinámicas y respiratorio, así como escalas de dolor y sedación, hasta completar las primeras veinticuatro horas. Registramos las complicaciones aparecidas. Resultados y conclusiones: Los tres fármacos consiguen modular la respuesta al estrés frente a dolor postoperatorio, aunque no la consiguen bloquear

completamente. Los tres controlan el dolor, pero aunque no encontremos diferencias significativas entre ellos, clínicamente podemos comprobar que la mejor respuesta analgésica y menor número de complicaciones presenta, es la morfina.

El trabajo investigativo realizado por los autores Palomino Jiménez y María Teresa Carrasquel, se relaciona con el presente debido a que ambos buscan aliviar el dolor en este caso planteado por dichos autores utilizando métodos farmacológicos para el alivio del mismo, y de esta manera controlar el dolor en los pacientes post-operado, de igual forma también utilizan la valoración y evaluación luego de la aplicación de distintos analgésicos, para así poder registrar las evoluciones de los pacientes post –operados , evitar posibles complicaciones, y lograr la pronta recuperación del usuario y pueda volver a sus actividades cotidianas.

Un estudio realizado en el 2009 por Mogollón, Carmen y Pinto, Zoila titulado Comunicación terapéutica en la satisfacción de las necesidades de los enfermos en el post operatorio inmediato el cual se ubica dentro del contexto de la línea asistencial, donde se evidencia la importancia de la comunicación terapéutica como herramienta del profesional de enfermería en la satisfacción de las necesidades de los enfermos. El objetivo de la misma es determinar la comunicación terapéutica en la aplicación de los principios de la comunicación y la satisfacción de las necesidades de los enfermos en el postoperatorio inmediato en la Unidad de Recuperación del Hospital Central de Maracay. Para ello se desarrolló un estudio cuyos fundamentos teóricos se sustentaron en los principios de la comunicación terapéutica planteados por diversos autores y en los Modelos de Enfermería de Jean Watson e Imógenes Kings. La metodología se basó en una investigación de campo, descriptiva – prospectiva, la población la constituyeron 10 profesionales de enfermería que laboran en la Unidad; la muestra la

conformaron el 100% de los profesionales. Como instrumento de recolección de datos se aplicó una guía de observación dirigida a los profesionales de enfermería al proceso de validación y confiabilidad respectivamente. Entre los resultados destacan que el 50% de los profesionales de enfermería aplica los principios de la comunicación terapéutica en la satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de los enfermos, lo que llevó a concluir que existían limitaciones en la misma, y por ende en la satisfacción de necesidades de los enfermos en el post-operatorio inmediato. Por tanto se recomendó hacer del conocimiento de las autoridades del hospital acerca de los resultados de la investigación, establecer un programa de educación dirigido a los profesionales de enfermería enfatizando el manejo de la comunicación terapéutica y su influencia en la satisfacción de las necesidades de los enfermos e implementar planes de trabajo o talleres donde desarrollen habilidades y destrezas de la comunicación terapéutica.

En resumen el trabajo anteriormente expuesto plantea que la comunicación terapéutica constituye una herramienta de trabajo realmente significativa para los profesionales de enfermería para ayudar a la satisfacción de las necesidades de los enfermos durante el post-operatorio la misma ayudará de manera productiva y eficaz a la recuperación y reestablecimiento de dichos pacientes con la finalidad de recobrar su salud lo antes posible.

De la misma manera guarda relación con el presente trabajo investigativo porque plantean métodos aplicados por la enfermera como lo es la comunicación terapéutica para satisfacer las necesidades en los pacientes post-operados, de igual forma realizan acciones de enfermería para cubrir y satisfacer diferentes necesidades en dichos pacientes como en el actual trabajo que es cubrir y aliviar el dolor de los pacientes empleando

diferentes intervenciones realizada por los profesionales de enfermería especialmente en pacientes post-operados.

También se realizó un estudio en España en el (2009), realizada por Dueña López y Carmen Zas titulado “El control del dolor post-operatorio como Indicador de calidad en la atención de enfermería y Repercusiones de la creación de una Unidad de dolor Agudo Post- operatorio” los objetivos planteados fueron Ofrecer un postoperatorio más confortable, Disminuir las complicaciones postoperatorias Aumentar la calidad de la asistencia , utilizaron como material y método Para ver la realidad sobre la existencia de dolor postoperatorio y sus causas, se realizó por parte de Enfermería un estudio sobre 400 pacientes en el que entre otras variables se estudió la prevalencia de dolor con los medios utilizados en ese momento, según escala numérica de 0 a 10.

El resultado obtenido fue de un porcentaje de dolor de moderado a severo del 86,25%, asociado en gran medida a las pautas de analgesia a demanda .Revisado el estudio por el Departamento de anestesia, éste decidió realizar un estudio piloto para lo cual se decidió prescribir la analgesia desde Sala de Despertar aumentándose el número de bombas elastómeros e introduciendo bombas de PCA. La analgesia fue igualmente revisada y actualizada. Los resultados obtenidos reflejaron una inversión de la curva de dolor, por lo que se decide informar a la Gerencia del hospital, así como solicitar la apertura de una unidad de dolor agudo postoperatorio, dotándola de los recursos humanos y materiales necesarios para su buen funcionamiento.

En Enero de 2.009 se inaugura la unidad, con la dotación de una enfermera dedicada única y exclusivamente a la atención del dolor postoperatorio. Dicha enfermera visita a los pacientes en planta a las 24 y

48 horas del postoperatorio, realizando valoraciones del efecto analgésico, complicaciones, así como la toma de constantes vitales: presión arterial, pulso, SatO2 etc. Los pacientes procedentes de quirófano, a los cuales se les ha aplicado la pauta de analgesia, permanecen en Sala de Despertar durante un mínimo de 6 horas, durante las cuales las enfermeras de la sala realizan y registran los controles antes descritos. Luego de empleados estos métodos llegaron a la conclusión que Con la creación de la UDAP se ha mejorado el confort del paciente en el postoperatorio así como la calidad de la asistencia. Se ha demostrado que el método empleado es muy efectivo para el control del dolor postoperatorio, los cuales han podido valorar el antes y el después de la implantación de la UDAP, mostrándose muy satisfechos.

La valoración del dolor, se ha revelado como una herramienta imprescindible para su control, y a partir de ella se pueden obtener datos que indicarán nuestros resultados y nos ayudarán a mejorar en el control del dolor.

El papel de enfermería en la consecución de los objetivos planteados ha sido esencial. Se ha demostrado que la implicación decidida de la enfermera, formando parte de un equipo multidisciplinar, no es solo necesaria, sino imprescindible para un buen control del dolor postoperatorio. Para ello es fundamental la preparación y sensibilización desde las Escuelas de enfermería hacia los futuros profesionales, así como el reciclaje continuo de las plantillas de hospitalización quirúrgica.

## **2.2. Bases teóricas**

Intervención del profesional de enfermería en el alivio del dolor postoperatorio en los pacientes.

La atención de enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas (Iyer Patricia W. 1997). En otras palabras son las funciones que realiza el personal de enfermería para cubrir o satisfacer las necesidades en deficiencia que posee un individuo para lograr su bienestar. La atención inmediata al paciente en la etapa posquirúrgica se lleva a efecto, una vez que ha sido concluida su intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación post-anestésica, el inicio de esta etapa se considera al ser ingresado a la sala de recuperación post-anestésica (PAR) o unidad de cuidados postanestésicos (PACU). Su ubicación es dentro de las instalaciones del quirófano, o bien con acceso directo a la misma. En la etapa posquirúrgica la atención de la enfermera (o) se centra, en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez. Es indispensable que el personal del área de recuperación tenga contacto (comunicación) con el paciente y sus familiares antes de que el paciente ingrese a la sala de operaciones.

Así mismo el profesional de enfermería debe de emplear la anamnesis, que es el examen clínico de los antecedentes patológicos del enfermo.

Son los datos o información relevante acerca del paciente, su familia, el medio en que ha vivido, las experiencias que ha tenido, incluyendo sensaciones anormales, estados de ánimo o actos observados por el paciente o por otras personas con la fecha de aparición y duración y resultados del tratamiento.

Es la obtención de datos acerca de un paciente con el propósito de identificar los problemas actuales de salud. Incluye datos objetivos y subjetivos:

**Objetivos:** Son la parte observable de la información. Se pueden medir y se obtienen por técnicas de exploración y valoración. Técnicas de obtención de datos objetivos: Inspección, palpación, auscultación, percusión

**Subjetivos:** Son los datos aparentes para la persona afectada y pueden describirse sólo por esa persona. Corresponde a los síntomas.

La intervención de enfermería en el manejo del dolor del paciente post-operado se va a desarrollar de acuerdo al tipo e intensidad del dolor para poder brindar un manejo oportuno del mismo. Asimismo el alivio del dolor siempre tiene prioridad en la acción de enfermería. Sin embargo, en ciertas circunstancias es más urgente que en otras, así como su tratamiento inmediato resulta esencial para salvar la vida de una persona o evitar daños a las estructuras corporales. El juicio de la enfermera sobre el estado del paciente es muy importante. Si observa signos de debilidad y postración, como palidez muy intensa o hipotensión arterial y pulso débil en un enfermo con dolor, debe de inmediato tomar las medidas pertinentes.

Otra situación en que es esencial aliviar de inmediato el dolor se refiere al cuidado de pacientes quirúrgicos. La inquietud que acompaña al dolor creciente puede dañar los tejidos recién suturados. En consecuencia, el enfermo siempre debe estar cómodo durante el postoperatorio. Suelen prescribirse analgésicos mientras sea necesario durante las primeras 48 h siguientes de la cirugía. La intervención de la enfermera en el cumplimiento de los analgésicos es de suma importancia debido a que las acciones que implemente va a ayudar a la pronta recuperación del paciente, a satisfacer la

necesidad fisiológica afectada (alivio dolor), y a disminuir su permanencia en el centro de atención.

De la misma manera el alivio del dolor no siempre implica administrar un medicamento. Con gran frecuencia resultan igual de eficaces, acciones independiente de enfermería como pueden ser: el cambio de posición, estirar las sabanas o ayudar a vencer la ansiedad. También al juzgar las medidas adecuadas que deben tomarse, la enfermera utiliza sus conocimientos sobre el estado médico de cada enfermo, así como su reacción al dolor.

Según Brunner L. y Suddart. D. (2005). “antes de examinar lo que la enfermera puede hacer para intervenir en el dolor del paciente, se revisa el papel que esta desempeña en el tratamiento del dolor” (P.125).Es decir, la enfermera ayuda al alivio del dolor mediante diversas intervenciones en esa dirección (que incluyen la administración de fármacos y las técnicas no farmacológicas)

La enfermera valora la efectividad de dichas intervenciones, vigila los efectos adversos que pudieran tener y brinda apoyo al paciente cuando la intervención prescrita es ineficaz para aliviar el dolor. Además de esto, tiene la tarea de enseñar al enfermo y a sus familiares la manera de poner en práctica las intervenciones prescritas cuando sea apropiado, asimismo la enfermera debe valora al paciente para detectar signos y síntomas como: Padecimiento (dolor), Palidez, Parálisis, Parestesias y las constantes vitales, al igual valorar los sentimientos del paciente relacionado con su imagen corporal y ofrecerle apoyo emocional con el fin de determinar el estado del paciente.

Por otro lado Dugas, B. (2000) refiere que: “es importante disminuir la movilización de los pacientes debido al dolor ya que se ha comprobado las complicaciones post-operatorias que genera, por lo tanto, es esencial aliviar el dolor de pacientes quirúrgicos”. (P.464). En otras palabras, la inmovilización del paciente juega un papel importante para tratar de minimizar el dolor y mantener su comodidad y de esta manera ayuda a disminuir la estadía en el hospital.

Los cuidados de enfermería tiene como objetivo la recuperación del equilibrio fisiológico, prevención de complicaciones tratamiento del dolor y restablecimiento del paciente como un ser integral (Brunner. L. 2005). En cuanto a lo mencionado por el citado autor los cuidados y acciones o intervenciones que emplee la enfermera o el profesional de enfermería con el paciente las debe de realizar de manera holística y coordinada con la finalidad de cubrir y satisfacer la necesidad en déficit que presente el paciente y de esta forma contribuir en su recuperación.

En relación a la variable estudiada Intervención del profesional de enfermería en el alivio del dolor post-operatorio en los pacientes. Es importante reseñar algunos aspectos significativos con respecto al dolor, así se puede mencionar que muchos individuos, ante una situación de máximo estímulo doloroso, no perciben el dolor, en otros en cambio, un mínimo estímulo doloroso ocasionaría intenso dolor, como lo afirma Rico A. (2005):

“El dolor es expresado por el paciente Como una sensación desagradable, que ocurre como respuesta a una lesión de tejido, permitiendo producir al mismo.”  
(P.9)

En lo mencionado por los autores, la percepción del dolor puede estar modificada, no solo por la personalidad del individuo, que es variable de un paciente a otro sino por el condicionamiento previo y la racionalización de las

consecuencias del estímulo doloroso, de tal forma que la respuesta será variable y estará medida por factores familiares y culturales.

Las influencias nerviosas sobre la percepción y el umbral del dolor, resultan de factores reguladores e inhibidores a nivel de la médula espinal. El asta dorsal de la médula espinal constituye el foco central para modificar la percepción dolorosa.

También la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor indica que es una: "Experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con daño a los tejidos, real o potencial, o descrita por el paciente como relacionada con dicho daño"(p.92). En otras palabras, el dolor es también un problema físico, psicológico y social, que puede afectar el desenvolvimiento y conducta normal de un individuo. Es una sensación desagradable o experiencia emocional asociada con el daño potencial o real del tejido y afecta o interrumpe el estado de salud de un individuo.

**Hay 4 clasificaciones del dolor (Díaz, R. 1996):**

- Dolor agudo. Dolor que puede ser provocado por una inflamación, daño en un tejido, lesión, enfermedad o cirugía reciente. El dolor agudo puede ser ligero y durar solo un momento, como el causado por una inyección. O puede ser severo y durar semanas o meses, como el dolor causado por quemadura, fractura o un músculo lesionado. Cuando existe un dolor agudo, la persona sabe exactamente dónde le duele como, el dolor de una muela y al ser tratada el dolor desaparece.
- Dolor crónico. El dolor crónico persiste aún después de tratado y curado el problema. El dolor es descrito como crónico cuando ha durado más de 6 meses o más. A diferencia del dolor agudo, con el dolor crónico la persona no puede saber la razón del dolor. La lesión original muestra que ha sido curada, pero el dolor permanece o se ha vuelto más intenso.

- Dolor visceral: se puede decir que es aquel que esta ocasionado por la activación de nociceptores por infiltración, compresión, distensión, tracción o isquemia de viseras pélvicas, abdominales o torácico.
- Dolor superficial: se puede señalar que se genera por la estimulación breve de los nociceptores del dolor, que provocan una activación de las vías neuroreceptivas, manifestadas por una sensación dolorosa de pocos minutos.

Es difícil diferenciar un dolor agudo de un dolor crónico, o dolor superficial o visceral, pues el dolor cursa de forma oscilante y a veces a períodos de tiempo sin dolor. El dolor postoperatorio se puede considerar como un dolor agudo, pero a veces se prolonga durante varias semanas.

Asimismo, el profesional de enfermería debe poseer conocimientos sobre el dolor para proporcionar cuidados, establecer prioridades para brindar una mejor calidad de atención al paciente y un adecuado tratamiento farmacológico o no farmacológico para el alivio del dolor que presente el paciente post-operado ya sea tanto agudo como crónico.

En cuanto a las características del dolor se puede conocer su origen o etiología y por lo tanto su diagnóstico, su gravedad o pronóstico y tratamiento. Estas características van a depender de su localización, tipo, duración, intensidad, irradiación y signos y síntomas de relevancia, y es de suma importancia que la enfermera conozca las características del dolor que posea el paciente para que pueda intervenir de una manera rápida y eficaz.

En lo referente a la fisiopatología del dolor (Merck y Dohmer 1998) utilizan cuatro componentes para su descripción que son:

1. La nocicepción: Es la única etapa común en todas las personas pues es una etapa bioquímica. A su vez se divide en tres sub-etapas que son la transducción, transmisión y modulación del dolor.
2. La percepción.
3. El sufrimiento.
4. El comportamiento del dolor.

Con respecto a lo antes citado por el autor para ser un poco más específico, cuando se producen lesiones o traumatismo sobre un tejido por estímulos mecánicos, térmicos o químicos se produce daño celular, desencadenándose una serie de sucesos que producen la activación de terminales nociceptivos aferentes con liberación de sustancias como potasio, síntesis de bradiquinina del plasma, y síntesis de prostaglandinas en la región del tejido dañado, que a la vez aumentan la sensibilidad del terminal a la bradiquinina y otras sustancias productoras del dolor.

Después también se activan nociceptores aferentes primarios que se propagan no sólo a la médula espinal sino que lo hacen a otras ramas terminales donde estimulan la liberación de péptido incluyendo sustancia P que está asociada con aumento en la permeabilidad vascular y ocasiona una liberación marcada de bradiquinina con un aumento en la producción de histamina desde los mastocitos y de la serotonina desde las plaquetas. Tanto la histamina como de serotonina son capaces de activar poderosos nociceptores.

La liberación de histamina combinada con liberación de sustancia P aumenta la permeabilidad vascular. El aumento local de histamina y serotonina, por la vía de activación de nociceptores ocasiona un incremento de la sustancia P que auto perpetúa el estímulo doloroso.

En lo referente al dolor postoperatorio lo experimenta casi todo el mundo. Se trata de un dolor constante e intermitente que empeora cuando el paciente se mueve, tose, ríe o respira profundamente, o cuando se procede al cambio de los vendajes sobre la herida quirúrgica.

Después de la cirugía es habitual que se prescriban analgésicos opiáceos (narcóticos), cuya eficacia será mayor si se administran unas horas antes de que el dolor sea demasiado intenso. Se puede incrementar o complementar la dosis con otros fármacos si el dolor aumenta transitoriamente, si la persona necesita ejercitarse, o en el momento de cambiar el vendaje.

Con demasiada frecuencia se trata el dolor de forma inadecuada debido a que existe una preocupación excesiva acerca de la aparición de una dependencia con el uso de estos fármacos opiáceos. A pesar de ello, las dosis deberían administrarse según los requerimientos de cada caso. Tanto el personal de la salud como los familiares deben estar atentos a la aparición de cualquier efecto secundario de los opiáceos, como náusea, sedación y confusión.

En relación con lo que se señalaba en líneas anteriores con respecto al dolor postoperatorio existen factores que afectan la severidad del mismo como lo son: El tipo de cirugía: que determina la intensidad del dolor, especialmente debido al tipo de incisión, naturaleza y duración de la intervención y la importancia del trauma quirúrgico, La técnica anestésica; ya sean loco- regionales y la administración de analgésicos (AINES) de forma previa a la agresión, disminuyen el dolor.

También se encuentran las características del paciente, van referidas a las grandes variaciones individuales encontradas en la respuesta del

paciente a la lesión quirúrgica, pueden ser en ocasiones explicadas por variables psicológicas, estas influyen en las necesidades de analgesia. La confianza del paciente en que se aplicará la analgesia que precise, cuando la necesite y el grado de control de la situación que sienta tener, disminuyen los requerimientos analgésicos.

En cuanto a las repercusiones psico-fisiopatológicas del dolor postoperatorio, se plantean:

Complicaciones respiratorias, que se pueden presentar de acuerdo al tipo de intervención ya sean hipoxemia, atelectasia, neumonías entre otras  
Complicaciones cardiocirculatorias: Son causa importante de mortalidad postoperatoria, se asocian al 23 % de las muertes en el postoperatorio y pueden ser:

- A nivel local: provoca disminución del flujo sanguíneo en la zona lesionada, que interfiere en la cicatrización.
- A nivel sistémico: aumento de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial, con incremento del trabajo del corazón y del consumo de oxígeno miocárdico en este nivel pueden influir los antecedentes médicos importantes que haya padecido o padezca el paciente.
- Complicaciones endocrinometabólicas: Incremento de la liberación de catecolamina con hipercatabolismo proteico y además hiperglicemia con intolerancia a la glucosa.

Complicaciones renales: disminución de la diuresis, retención de líquidos, retraso en la cicatrización e incremento de infecciones, retención urinaria por hipo motilidad uretral y vesical.

Las náuseas y vómitos son molestias postoperatorias que se pueden presentar por incremento de presiones intracraneales, intratorácica e intraabdominal con dehiscencia de suturas, el aumento de la incidencia de úlceras de estrés, etc.

Por otra parte la presencia del dolor postoperatorio en los pacientes, es considerada un fallo asistencial de los servicios hospitalarios.

Las expectativas de los pacientes ante la medicina han cambiado, y el no sufrir dolor es una de sus exigencias. El dolor durante la intervención quirúrgica y con posterioridad era inevitable en la antigüedad, donde existían métodos anestésicos muy rudimentarios. Teniendo en cuenta que en la actualidad el dolor post-quirúrgico es predecible y se puede tratar, utilizando diferentes métodos como los farmacológicos y no farmacológicos que las siguientes líneas posteriores se explicaran más detalladamente.

### **Métodos de Valoración del Dolor.**

Los métodos de valoración del dolor son aquellas acciones que utiliza el profesional de enfermería para valorar el dolor en los pacientes post operados. Según Brunner, L. (2005) existen básicamente tres abordajes para medir el dolor clínico:

”En primer lugar, lo más sencillo es conseguir información subjetiva del propio paciente, si éste está consciente. En segundo lugar se puede observar la conducta del enfermo; si tiene dolor se mostrará agitado, nervioso, puede que llore, grite o haga gestos de dolor. Por último podemos valorar la aparición de respuestas autonómicas frente al dolor, como el aumento de la T/A, FC, frecuencia respiratoria...” (P.206)

Es decir, la descripción y señalización del propio paciente es probablemente el mejor indicador del dolor debido a que el paciente es el que conoce la intensidad del dolor que posee; se han creado múltiples escalas que precisan la colaboración del paciente para cuantificar la intensidad del mismo.

Por otro lado, la mayoría de ellas están orientadas a valorar el dolor crónico, En consecuencia, no serán útiles. Para objetivar el grado de dolor que pueda sufrir un paciente crítico, que la mayoría de las veces estará inconsciente o al menos sedado, y generalmente su dolor estará causado por un proceso agudo. La más sencilla de estas escalas y quizá de las más utilizadas es la escala visual analógica, en la que se le muestra al paciente una línea continua con los dos extremos marcados por dos líneas verticales; en uno de ellos se lee “no dolor” y en el otro “el peor dolor posible”, y se le pide que marque sobre la línea la intensidad de su dolor en relación con los extremos de la misma. Una variante es pedirle al paciente que sitúe la intensidad de su sensación dolorosa en una escala del 0 (ausencia de dolor) al 10 (el peor dolor).

La intensidad del dolor es uno de los síntomas más difíciles de evaluar en clínica y en el contexto del período postoperatorio ya que puede variar por los factores analizados anteriormente.

Según B. Kozier y Blais, K. (2008):

“el indicador aislado mas importante de la existencia e intensidad del dolor es el informe del cliente sobre el dolor, todos los centros sanitarios suelen disponer escalas para la graduación de la intensidad del dolor, dichas escalas proporcionan unas bases con la que comunicarse con el cliente y con otras enfermeras” (P.1043)

En otras palabras, cuando la persona que sufre o padece de dolor recibe atención por parte de la enfermera, para que la misma pueda tener conocimiento sobre la intensidad o grado de dolor que el paciente padece para ello emplea métodos como lo es las escalas de dolor, la misma permite valorar la localización, la intensidad, el patrón de dolor entre otros aspectos de relevancia para poder emplear acciones para aliviar o eliminar el dolor.

Entre las escalas que se proponen se encuentran: Escala de valoración verbal o descriptiva simple, en la cual el sujeto o paciente selecciona el adjetivo o adverbio que se ajuste a la característica del dolor, valora en puntos diferentes intensidades del dolor:

- 0 - No dolor.
- 1 - Dolor leve.
- 2 - Dolor moderado.
- 3 - Dolor intenso.
- 4 - Dolor insoportable

**Escalas numéricas:** el paciente indica la intensidad del dolor que padece en una escala del 0 al 10 donde 0 indica ausencia del dolor y 10 es el máximo dolor imaginable (María, Ribero. 2002)

Ambas escalas son de fácil aplicación y comprensión por parte del paciente, presentan un alto valor orientador al tratamiento del dolor. Estos métodos deben ser aplicados como un proceder más en el postoperatorio del paciente con dolor. De esta forma se brindará tratamiento oportuno que favorecerá a la recuperación del paciente post-operado.

Según B. Kozier (2008) las herramientas no verbales de valoración se utilizan en niños o en pacientes mayores que presentan dificultades con la

capacidad mental o de lenguaje, dos de estas escalas son: escala de cara Wong/Baker las herramientas de colores” (P.1043).

En otras palabras, es plantearle al paciente que cada cara representa a una persona que está feliz, con poco dolor, siente poco dolor o mucho dolor para determinar el grado de intensidad de dolor que presenta el paciente.

En lo relativo al control del dolor hay maneras de evitarlo después de una operación como son las siguientes a señalar:

Aprender a controlar el dolor puede ayudarnos a tener menos molestias mientras sanamos, y a sanar más rápidamente. Al sentir menos dolor, podemos empezar a movernos y recuperar la fuerza más rápidamente.

También podemos mejorar los resultados de la operación, ya que las personas que sienten menos dolor parecen recuperarse mejor después de una cirugía.

Tanto los tratamientos en los que se usan medicinas como los que no las usan ayudan a prevenir y controlar el dolor eficazmente. Es importante conocer los métodos más comunes para controlar el dolor para poder decidir junto al médico cuáles métodos son los mejores en cada caso. La cooperación e interacción del paciente es muy importante, ya que es la única persona que sabe cuánto dolor siente y cómo lo hace sentirse.

Otro aspecto a señalar para poder aliviar el dolor post-operatorio son las medidas a utilizar para disminuir o erradicar el mismo. Entre ellos se plantean las medidas farmacológicas y los no farmacológicos, las cuales la enfermera debe de poseer conocimientos para poderla implementar y de la misma manera poder intervenir para lograr el fin propuesto-

Según J.M. Mosquera-P. Galdor (2006) señala: “la respuesta dolorosa se produce por diversos estímulos en forma que el dolor no solo se controla con fármacos analgésicos, sino también con otras intervenciones terapéuticas.” (P.81). En otras palabras lo referido por el autor es que no son solo los analgésicos, es decir los fármacos lo que van a calmar el dolor sino que también se pueden emplear diversos métodos terapéuticos para aliviar el mismo.

### **Cuidados De Enfermería**

Los cuidados de enfermería están basados en El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
  - Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

### **Comunicación terapéutica**

Según Kozzier, B. (2008) indica que dentro de la práctica de enfermería se encuentra la comunicación terapéutica, citando de Ruesch, F. (1961) la definición "... un proceso de ayuda a vencer temporalmente el estrés, a entenderse con otras personas, a ajustarse a lo inalterable, y a vencer los bloqueos psicológicos que hay en el proceso de autorrealización" (p. 326); de acuerdo a lo expuesto se puede indicar que la misma la utiliza el profesional de enfermería cuando su intención es ayudar y apoyar emocionalmente al enfermo post-operado , el cual debe reducir sus niveles de estrés o tensión, angustia y superar el trauma del acto quirúrgico a través del contacto visual, físico, hablándole de forma comprensiva, anticipándose a sus necesidades.

En este contexto, pueden señalarse los factores que influyen en el proceso comunicacional entre ellos la forma de transmitir los mensajes, como lo indican Protter, P. y Griffing, A. (1996), enfatizan "...los individuos mientras hablan se expresan también mediante movimientos, el tono de voz, la expresión del rostro y su aspecto personal en general. Estas formas pueden expresar el mismo mensaje u otros muy distintos" (p.212). Lo expuesto por los autores es significativo para el profesional de enfermería al acercarse al enfermo requiere expresar su mensaje verbal, el cual va acompañado de gestos, miradas, contacto físico, posiciones corporales, que deben estar en correspondencia con lo que manifiestan, ello genera un ambiente o clima de

seguridad, cordial y de confianza que le permite al enfermo expresar sus necesidades con libertad.

Por tanto el profesional de enfermería al establecer la comunicación con el enfermo deberá hacer gestos que transmitan interés, por su situación hará contacto visual y asumir posturas corporales que denoten disposición de ayuda al expresar sus inquietudes y necesidades. Con el conocimiento del mismo, el profesional de enfermería dispondrá de los elementos necesarios para proporcionar satisfacción de las necesidades con cuidados con calidad, es decir seguros, oportunos, adecuados y libres de riesgos para ayudar a aliviar y disminuir el dolor post quirúrgico.

### **Registro de enfermería**

Es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad, técnica- científica, humana, éticas y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no solo su práctica, sino también el suplemento de los deberes del colectivo, respecto al paciente/usuario.

Las notas son una narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de los datos y conocimientos, tantos personales como familiares que sirven para saber de base para el juicio definitivo del tipo de dolor que presenta el post-operatorio.

En otras palabras, el registro es un documento básico en todas las etapas en el proceso de atención de enfermería, el cual debe de ser concebido como una forma de desarrollo de la profesión que favorece en la disciplina del enfermero, pero además posibilita el intercambio de información sobre cuidados mejorando la calidad de la atención que se presta en los pacientes para aliviar el dolor post-operatorio

## **Medidas para aliviar el dolor**

Las medidas para aliviar el dolor van referidas a aquellas acciones que se van a implementar para aliviar el dolor post operatorio entre ellas tenemos las medidas farmacológicas y las no farmacológicas.

### **Medidas no farmacológicas de manejo del dolor:**

Estas medidas se refieren a las intervenciones ambientales y conductuales, las cuales pueden reducir de manera indirecta el dolor, al disminuir la cantidad total de estímulos nocivos, reduciendo el temor, la ansiedad o el efecto negativo, entre ellas se encuentran:

**Calor y frío:** Son coadyuvantes en el alivio del dolor porque disminuyen el espasmo muscular y la rigidez articular. El calor aumenta el flujo sanguíneo local de la piel y los tejidos superficiales y disminuye el de los órganos inactivos. La aplicación de calor disminuye el número de impulsos nerviosos y el tono muscular.

El calor aplicado al organismo puede ser superficial o profundo. Las modalidades de calor superficial incluyen la conductividad por medio de bolsas con agua caliente; la convección, que se logra por la hidroterapia o el uso de bañeras; y las que usan calor radiante por la acción de rayos infrarrojos. Estas modalidades se aplican sobre la piel y el tejido subcutáneo.

El frío se aplica mediante bolsas de hielo durante 10 a 20 minutos; también frotando la piel con un bloque de hielo que produce enfriamiento, ardor y entumecimiento, útil para áreas pequeñas; otra forma de aplicación es el baño de agua fría finalmente, se utiliza la aspersion de cloruro de etilo y

fluoro metano en los puntos disparadores de dolor. Actualmente el frío se utiliza como coadyuvante en el tratamiento del dolor post-operatorio en cirugías de las articulaciones.

La aplicación del frío no debe ser prolongada; algunos pacientes pueden presentar reacciones de hipersensibilidad o agravamiento del síndrome de Reynaud, que contraindican esta terapia.

Relajación: Se ha comprobado que la tensión muscular, la ansiedad y el dolor están relacionados. De allí que los métodos que disminuyan la tensión sean útiles en el tratamiento del dolor. Son varias las modalidades de relajación muscular que tienen por objeto alterar la actividad conductual, cognoscitiva y fisiológica. Los más utilizados son la relajación pasiva, la relajación muscular progresiva, la meditación, la técnica autogenita, la imaginación o visualización la música-terapia.

La relajación pasiva busca centrar sistemáticamente la atención en la sensación de calor y en la disipación de la tensión en varias partes del cuerpo. La relajación muscular progresiva es un proceso mediante el cual el paciente contrae y relaja alternadamente algunos grupos musculares. El objetivo es relajar los músculos tensionados por el dolor. Es fácil de realizar y de comprender.

Música terapia: Es una antigua técnica utilizada para aliviar el dolor y el sufrimiento. Si bien es cierto que muchas personas encuentran descanso al escuchar música lo ideal es tener la presencia del terapeuta que conoce las facetas históricas, teóricas y prácticas, las ciencias conductuales y los modelos terapéuticos e instruccionales. Estos profesionales utilizan la música para aliviar la ansiedad, facilitar la comunicación y aliviar el dolor. La música tiene efectos físicos al promover la relajación muscular y aliviar la ansiedad y

la depresión alterando la percepción del dolor. También facilita la participación en las actividades de la vida diaria.

### **Movilización:**

Es una actividad esencial en la vida del hombre, contribuye a la eficacia del funcionamiento de todos los procesos corporales, y al estar ausente disminuye el concepto que la persona tiene de sí misma. Al respecto Riopelle, G. (1993) refiere que "moverse y mantener una buena postura es una necesidad para todo ser vivo, estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y bien alineados permite la eficacia de las diferentes funciones del organismo. La circulación sanguínea se ve favorecida por los movimientos y las actividades físicas". (Pág.23)

En el mismo orden de idea, la Enfermera al proporcionar los cuidados, establece prioridad en las acciones en pacientes con limitación de los movimientos e identifica quienes requieren movimientos oportunos, previniendo así el deterioro de otras capacidades funcionales y ayudando a disminuir el dolor que pueda ocasionar una misma postura luego de un paciente ser operado, para lo cual proporciona cuidados de Enfermería, mejorando la nutrición de la piel y disminuyendo el estrés y el dolor.

Es importante resaltar que estos métodos no farmacológicos no sustituyen el tratamiento farmacológico del dolor y que no están respaldados por un apoyo científico importante al enfermo.

## **Medidas Farmacológicas**

Se puede decir que son aquellos fármacos empleados para el tratamiento del dolor, dichos fármacos son:

**Fármacos analgésicos:** Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) son sustancias químicas con efecto antiinflamatorio, analgésico y antipirético, efectos que son similares a los de los corticoides pero sin las consecuencias secundarias. Actúan bloqueando la síntesis de prostaglandinas.

Los opioides son un grupo de neurotransmisores y neuromoduladores, algunos de los cuales, como las endorfinas, son semejantes en su estructura y en su función a la morfina. Los analgésicos empleados para el tratamiento del dolor en los pacientes post-operados son los opioide agonistas puros, prefiriendo la morfina y el fentanyl. No se recomienda la utilización de meperidina, por su metabolito neurotóxico (normeperidina), cuya duración es de 15 a 20 horas, su acción no puede ser revertida por la naloxona (antagonista opioide). También se suelen utilizar otros fármacos tales como: Ketoprofeno

En el Servicio de Cirugía Sur del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, se recomienda la escalera analgésica de la OMS, aplicándola básicamente en su escalón cuarto (colocación de catéteres, bombas de infusión continua, procedimientos invasivos como bloqueos) y en el tercero (opioide).

### **Administración y dosificación de analgésicos:**

La administración y dosificación de analgésicos son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, en las cuales la enfermera (o) debe enfocarse a reafirmar los conocimientos y aptitudes

necesarias para aplicar un fármaco al paciente, asimismo, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración. Así mismo el profesional de enfermería debe utilizar los cinco correctos para la administración de medicamentos, el cual le permiten, seguir algunas precauciones estándares, para evitar o minimizar al máximo la posibilidad de un error.

### **Los cinco correctos son:**

#### **Paciente correcto**

El enfermero siempre debe asegurarse sobre la identidad de la persona que va a recibir la medicación (la manera mas fácil es preguntando al mismo paciente, si este esta lucido, o a algún acompañante o familiar)

#### **Hora correcta**

Todos los medicamentos de prescripción médica tienen por escrito el intervalo al cual se deben administrar. El enfermero debe asegurarse que se esta cumpliendo el intervalo horario y que la medicación no esta siendo suministrada ni antes ni después de ese horario.

#### **Medicamento correcto**

El medicamento correcto se verifica antes y en el momento mismo de la administración. Si la cantidad de medicamentos a administrar es mayor a uno se debe:

- Rotular las jeringas (si el medicamento se ha de administrar con ellas).
- Disponer todas las medicaciones a administrar en una sola bandeja, a la hora de administrar la medicación, bandeja que pertenecerá a un solo paciente.

-Nunca se deben disponer en una misma bandeja medicaciones pertenecientes a varios pacientes ya esto aumenta la posibilidad de error.

### **Dosis correcta**

El enfermero debe tener claro cual será la dosis a administrar, y tener presente que algunos medicamentos como la insulina requieren revisión doble.

### **Vía de administración correcta**

La vía seleccionada siempre deberá ser la más segura el enfermero debe conocer la vía por la que deberá administrar la medicación.

### **Evaluación del dolor luego de la administración de la analgesia**

Esta es la fase del proceso enfermero, en la que se determinan el logro de los objetivos, y se decide si hay que mantener, modificar o dar por finalizado el plan de acción de enfermería en el cual se valora nuevamente el dolor, luego de haber aplicado la analgesia al paciente post-operado, para ello, utilizando la observación y las escalas de valoración del dolor.

### 2.3. Sistema de Variable

**Variable Única:** Intervención de enfermería en el alivio del dolor post-operatorio.

**Definición Conceptual:** El dolor según B. Myers, (2006), es una experiencia universal, compleja y subjetiva presente desde el comienzo de la humanidad. El dolor es aquello que la persona que esta experimentándolo dice lo que es y existe donde dice que esta.

**Definición Operacional:** Se refiere al desarrollo de actividades por parte de enfermería de atención directa en el manejo del dolor del post operado en los componentes: técnicas, métodos y medidas para aliviar el dolor.

## 2.4. Operacionalización de la variable:

**Variable Única:** Intervención de enfermería en el alivio del dolor post- operatorio

**Definición Operacional:** Se refiere al desarrollo de actividades por parte de enfermería de atención directa en el manejo del dolor del post operado en los componentes: Técnicas, métodos y medidas para aliviar el dolor.

Dimensión	Indicador	Sub Indicador	Ítems
<p>1.- <b>Técnicas:</b> son los procedimientos o normas que utiliza el profesional de enfermería para evaluar el dolor en pacientes post-operados.</p> <p>2.-<b>Métodos:</b> es la acción que utiliza el profesional de enfermería para valorar el dolor en los pacientes post-operados.</p> <p>3.-<b>Medidas para aliviar el dolor:</b> refiriéndose a las medidas farmacológicas y no farmacológicas aplicadas por el profesional de enfermería al paciente post-operado para aliviar el dolor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención inmediata</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención inmediata</li> <li>Atención de enfermería</li> <li>Localización de zona</li> </ul>	1 al 2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escala de valoración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escala de valoración</li> <li>Numérica</li> <li>Verbal</li> <li>Punto de intensidad</li> <li>Comunicación terapéutica</li> </ul>	3 al 6  7 al 11
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medidas farmacológicas y no farmacológicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medidas farmacológicas</li> <li>Analgésico.</li> <li>Medidas farmacológicas. no</li> <li>Calor –frío</li> <li>Relajación</li> <li>Música terapia</li> <li>Movilización</li> </ul>	12 al 14  15 al 24

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

Según Tamayo, M. (2008) dice que el marco metodológico es “un procedimiento general para lograr de manera precisa el objetivo de la investigación, por lo cual nos presenta los métodos y técnicas para la realización” (P.175).

Por consiguiente en este capítulo se describió el tipo de investigación, población, muestra así como el procedimiento utilizado para la ejecución de la investigación.

#### **3.1. Tipo y diseño de la investigación**

El estudio correspondió a una investigación de campo la cual es definida según Arias, G. Fidiás (2012) como “la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variables alguna”.

De tal manera este estudio correspondió a una investigación o trabajo de campo por cuanto se recolectaron datos directamente del sitio donde se realizó la investigación, aquí se observó la intervención de los profesionales de enfermería para el alivio de dolor de los pacientes post operados del servicio de cirugía sur del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo ubicado en San Martín Caracas, es decir, se identificaron los métodos, y las acciones del profesional de enfermería que laboran en dicha unidad para el alivio del dolor en los pacientes post-operados residentes en el Hospital Militar, aplicando estrategias para la disminución del dolor.

Según el problema y los objetivos en la investigación planteada, la investigación correspondió a un estudio de tipo descriptivo.

En este sentido Canales, F. (2008), señala que el tipo de estudio descriptivo “son la base y punto inicial de los otros tipos y son aquellos que están dirigidos a determinar “como es” o “como esta” la situación de las variables que deberán estudiar en una población” (P.138). Según lo citado por el autor, la investigación fue descriptiva por que estuvo orientada a describir la intervención de enfermería para el alivio del dolor de los pacientes post-operados, de igual manera se describieron métodos y técnicas implementados por el profesional de enfermería que labora en el Servicio de Cirugía Sur del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo.

El diseño se consideró no experimental el cual es definido por Hernández, S. (2008) como:

...investigación sistemática o empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa y dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural. (P.267)

Para los autores, este diseño tiene relación con la investigación ya que no se tiene un control directo de las variables; en este caso las variables fueron descritas y estudiadas en su contexto natural durante el segundo trimestre del año 2013.

## **3.2. Población y Muestra**

### **Población**

Según Tamayo, M. (2008) una población:

Es la totalidad de un fenómeno de estudio, incluye la totalidad de unidades de análisis o entidades de población que integran dicho fenómeno y que debe cuantificarse para un determinado estudio integrando un conjunto N de entidades que participan de una determinada característica y se le denomina población por constituir la totalidad del fenómeno adscritos a un estudio o investigación. (P.176)

En otras palabras la población es cualquier conjunto de elementos o situaciones que en un momento determinado sea objeto de estudio de la investigación.

En este sentido la población de esta investigación esta constituida por, (14) profesionales de enfermería que laboren en los diferentes turnos del servicio de cirugía sur del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". La población de esta investigación se consideró finita al respecto.

### **Muestra**

Según Tamayo, M. (2008), considera la muestra como: "el conjunto de operaciones que se realizan para estudiar la distribución de determinados caracteres en la totalidad de una población, universo o colectivo, partiendo de la observación de una fracción de la población considerada". (P.P.92-93)

Lo que es lo mismo, la muestra es un sub- conjunto o parte de la población, la cual tiene que llevar las características de la misma y a la vez tiene que ser representativa. La muestra de la investigación esta conformada por catorce (14) por profesionales de enfermería que laboran en los

diferentes turnos del servicio de cirugía sur del hospital militar “ Dr. Carlos Arvelo”. Se tomo La totalidad de la población como muestra por ser esta pequeña, considerándose una muestra censal.

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

Ramírez, T. (2009) dice: “el instrumento de recolección de datos es un dispositivo de sustrato material que sirve para registrar los datos obtenidos a través de diferentes fuentes” (P.95) Es decir, las técnicas o instrumentos de recolección de datos son las distintas formas o maneras de recopilar información. Como método de recolección de datos se utilizó la observación, la cual consiste en el uso sistemático de los sentidos orientados a la captación de la realidad que se quiere estudiar (Pág. 132). La observación, para Sampieri (2008) “...consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamiento o conducta manifiesta. Puede utilizarse como instrumento de medición en muy diversas circunstancias” (Pág. 316). Es la percepción visual de los fenómenos o conductas visibles y se emplea para indicar todas las formas de percepción utilizadas para el registro de respuesta tal como se presenta a los sentidos.

Como instrumento para la recolección de datos utilizamos la lista de cotejo que es una herramienta que nos permite obtener información más precisa sobre el nivel de logro de un comportamiento o actitud, indicando su presencia o ausencia.

De acuerdo a la información que se desea obtener se realizo la lista de cotejo como instrumento: constituido por siguiente manera: I una parte referida a los datos demográficos una II parte compuesta por veinte y cuatro (24) ítems dirigidos a la intervención de enfermería y a la evaluación de los pacientes post-operados de dicho servicio; utilizando la escala de likert con

cinco opciones. Cada opción tendrá una escala cualicuantitativa, dichas expresiones fueron: siempre, casi siempre, algunas veces, rara vez, nunca.

### **3.4. Validación del Instrumento**

Hernández, S. (2009), define validez en términos generales como: “el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.”(P. 236).

Lo que es lo mismo, se relaciona con la capacidad de una metodología de ser relevante y significativa, así como apropiada a la misión de una organización.

En tal sentido el instrumento fue sometido a juicio de expertos la cual es definido por Canales, F. (2008) como “Personas expertas en el tema que se está investigando para que revisen el instrumento a fin de determinar si cumple con la finalidad establecida.” (P.172)

A tal efecto el instrumento fue estudiado y analizado por una Licenciada en enfermería, una licenciada en estadística y un experto en metodología a fin de verificar la congruencia entre los ítems y los indicadores así como el contenido. Los expertos estudiaron y analizaron los instrumentos, para ser aplicado a la prueba piloto que se realizó en el hospital Militar “ Dr. Carlos Arvelo” ubicada en la avenida Lamas, San Martín , en el servicio de obstetricia piso 8 a diez (10) profesionales en enfermería que laboran en dicho servicio en los diferentes turnos.

### **3.5. Confiabilidad**

Según Canales, F. (2008), la confiabilidad se refiere “a la capacidad del instrumento para arrojar datos o mediciones que correspondan a la

realidad que se pretenden conocer, es decir la exactitud de la medición en diferentes momentos” (P. 171)

En otras palabras la confiabilidad es la veracidad, precisión que presenta el instrumento de mostrar datos confiables

De igual manera Hernández, S. (2009) dice que “la confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo a sujeto u objeto produce iguales resultados” (P. 235)

Asimismo se realizó la prueba piloto a diez enfermeros, que laboran en el servicio de obstetricia del Hospital militar que no formaban parte de la muestra seleccionada, de la misma manera a los resultados obtenidos se le aplico el alfa de crobach, el cual dio como resultado (0,89).

El alfa de Crobach definido por Hernández, S. (2009) “como un instrumento que requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1. (P.410)

De la misma manera el coeficiente de confiabilidad puede oscilar entre 0 y 1, donde un coeficiente de cero significa nula y uno representa un máximo de confiabilidad (entre más se acerque el coeficiente a cero hay mayor error de la medición y mientras más se acerque a uno, mayor será su grado de confiabilidad), debido a esto el instrumento se consideró válido y confiable.

### **3.6. Plan de tabulación y Análisis**

Según Canales, F. (2001) dice que el plan de tabulación de datos consiste “en determinar qué resultados de variables se presentaran y que relaciones entre estas variables se necesita, a fin de dar respuesta al

problema y objetivos planteados.”(P. 189). En este sentido los datos se tabularon de forma manual.

En otras palabras, el plan de tabulación de datos especifica brevemente el proceso que se seguirá para ordenar y organizar los datos para su presentación sistemática y análisis.

Campos M.(2001) afirma; que el plan de análisis de datos significa “exponer el plan que se deberá seguir para el tratamiento estadístico de los datos, en general consiste en describir como será analizada estadísticamente la información.” (P. 190)

Por consiguiente en esta investigación se tabulo a través de un sistema manual que permitió organizar y ordenar los datos para su presentación. La información se vació en tablas estadísticas utilizándose para su respectivo análisis un estadístico simple como es la frecuencia y el porcentaje que permitió hacer el análisis del comportamiento de la variable.

### **3.7. Procedimiento**

Para realizar la investigación se cumplieran las siguientes etapas:

- ✓ **Fase inicial:** Se realizo una exploración del contexto a estudiar para identificar la situación del problema que se pretendió investigar con el propósito de analizar la intervención del profesional de enfermería en el alivio del dolor de los pacientes post-operados del servicio de cirugía sur del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, ubicado en San Martín.
  
- ✓ **Fase Documental:** Para desarrollar esta investigación se recopiló información y realizo revisiones bibliográficas, igualmente se utilizó técnicas de resumen, análisis de contenido que permitió a los

investigadores la extracción de ideas, conceptos y teorías que contribuyeron a construir el marco teórico de la investigación.

- ✓ **Fase de campo:** en esta etapa se procedió a seleccionar la población la cual quedo conformada por 14 profesionales de enfermería de los diferentes turnos del servicio de cirugía sur del hospital militar Dr. Carlos Arvelo; por lo tanto la muestra seleccionada se tomó la totalidad de la misma.
- ✓ Luego de seleccionada la muestra se procedió a la recolección de datos a través de un método como es la observación instrumentos la lista de cotejo.

El instrumento fue aplicado a catorce profesionales de enfermería, estructurado en dos partes la primera (I) los datos demográficos y la segunda (II) constituida por veinticuatro (24) ítems a fin de identificar la intervención que posee el profesional de enfermería en el alivio del dolor en los pacientes post operados.

También se realizó una prueba piloto de diez (10) profesionales en enfermería no pertenecientes al servicio en estudio, a fin de lograr la confiabilidad del instrumento utilizando el alfa de Cronbach.

La información se vació en tablas estadísticas utilizándose para su respectivo análisis un estadístico simple como es la frecuencia y el porcentaje lo que permitió hacer el análisis del comportamiento de la variable.

- ✓ **Fase de Conclusiones:** en esta etapa se establecieron las conclusiones del estudio y se formularon las recomendaciones pertinentes a las necesidades del problema planteado.

✓

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

A continuación el siguiente capítulo corresponde a los resultados obtenidos de la investigación con su respectivo análisis.

Los resultados se expondrán por medio de cuadros estadísticos enmarcados por medio de frecuencias absolutas y porcentajes.

En ese sentido, se presentan dando así respuestas a los objetivos planteados en la investigación.

### Cuadro N°1

#### Distribución de las edades de los profesionales de Enfermería del área Hospital Militar Dr. Carlos Arvelos, 2do trimestre. 2013.

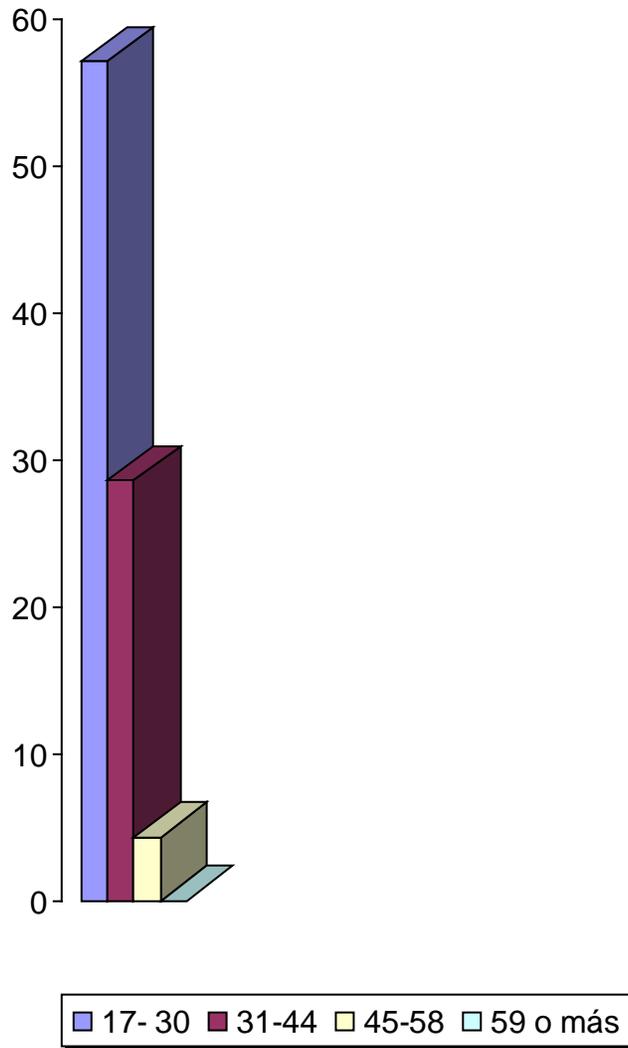
<b>Edad</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
17 a 30 años	8	<b>57,1</b>
31 a 44 años	4	<b>28,6</b>
45 a 58 años	2	<b>4,3</b>
59 o mas	0	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Instrumento Aplicado.

Los datos presentados, se aprecian que las edades de la población en estudio oscilan entre los diecisiete (17) y treinta (30) años de edad, representando el cincuenta y siete como uno por ciento (57,1%) de la misma, mientras que el otro treinta y dos como nueve (32,9%), se encuentra entre los treinta y uno (31) y mayores de cincuenta y nueve (59) años de edad. De acuerdo a los resultados de las edades de las enfermeras el mayor porcentaje se encuentra entre 17 a 30 años.

**Grafico N°1**

**Distribución de las edades de los profesionales de Enfermería del área Hospital Militar Dr. Carlos Arvelos, 2do trimestre. 2013.**



**Fuente:** Cuadro N°1

## Cuadro N°2

### Distribución del sexo de los profesionales de Enfermería del área Hospital Militar Dr. Carlos Arvelos, 2do trimestre. 2013.

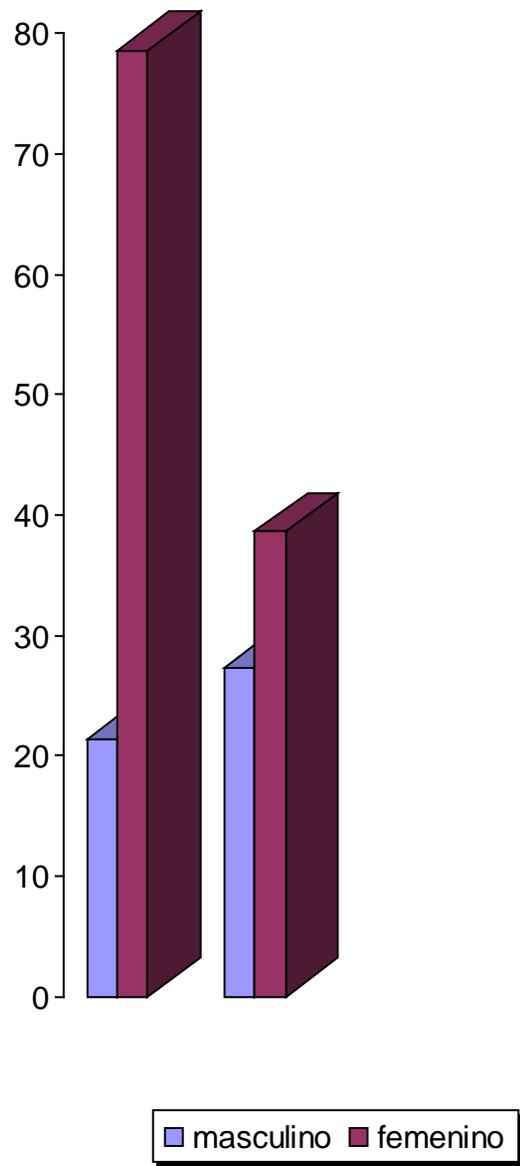
<b>Edad</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Masculino	3	21,4
Femenino	11	78,6
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Instrumento Aplicado.

En referente al sexo de la población, la mayoría esta representada por el 78,6% del Sexo Femenino y el restante corresponden aun 21,4%, correspondiente al sexo masculino. En atención a los resultados presenta una mayor tendencia al sexo femenino.

**Grafico N°2**

**Distribución del sexo de los profesionales de Enfermería del área Hospital Militar Dr. Carlos Arvelos, 2do trimestre. 2013.**



**Fuente:** Cuadro N°2

### Cuadro N°3

**Distribución del nivel académico de los profesionales de Enfermería del área Hospital Militar Dr. Carlos Arvelos, 2do trimestre. 2013.**

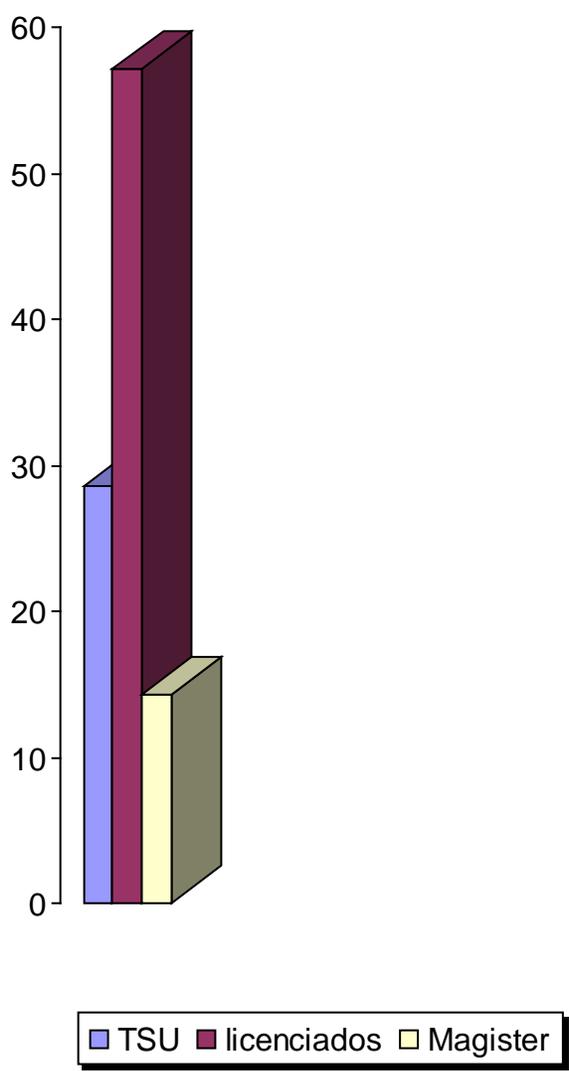
<b>Edad</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
T.S.U.	4	28.4
Licenciados (a)	8	57.1
Magíster	2	14.3
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Instrumento Aplicado.

En lo que se refiere al nivel académico de las enfermeras, la mayoría esta representada en un 57,1% por licenciadas en Enfermería, el 28,6% por TSU., y el restante de la población, en un 14,3%, por magíster. En lo referente a los resultados se presenta una mayor tendencia de enfermeras/os hacia el nivel académico de licenciados.

**Grafico N°3**

**Distribución del nivel académico de los profesionales de Enfermería del área Hospital Militar Dr. Carlos Arvelos, 2do trimestre. 2013.**



**Fuente:** Cuadro N°3

#### Cuadro N°4

**Distribución de las respuestas de los profesionales de Enfermería sobre el sub indicador atención inmediata del área de cirugía Sur Hospital Militar Dr. Carlos Arvelos, 2do trimestre. 2013.**

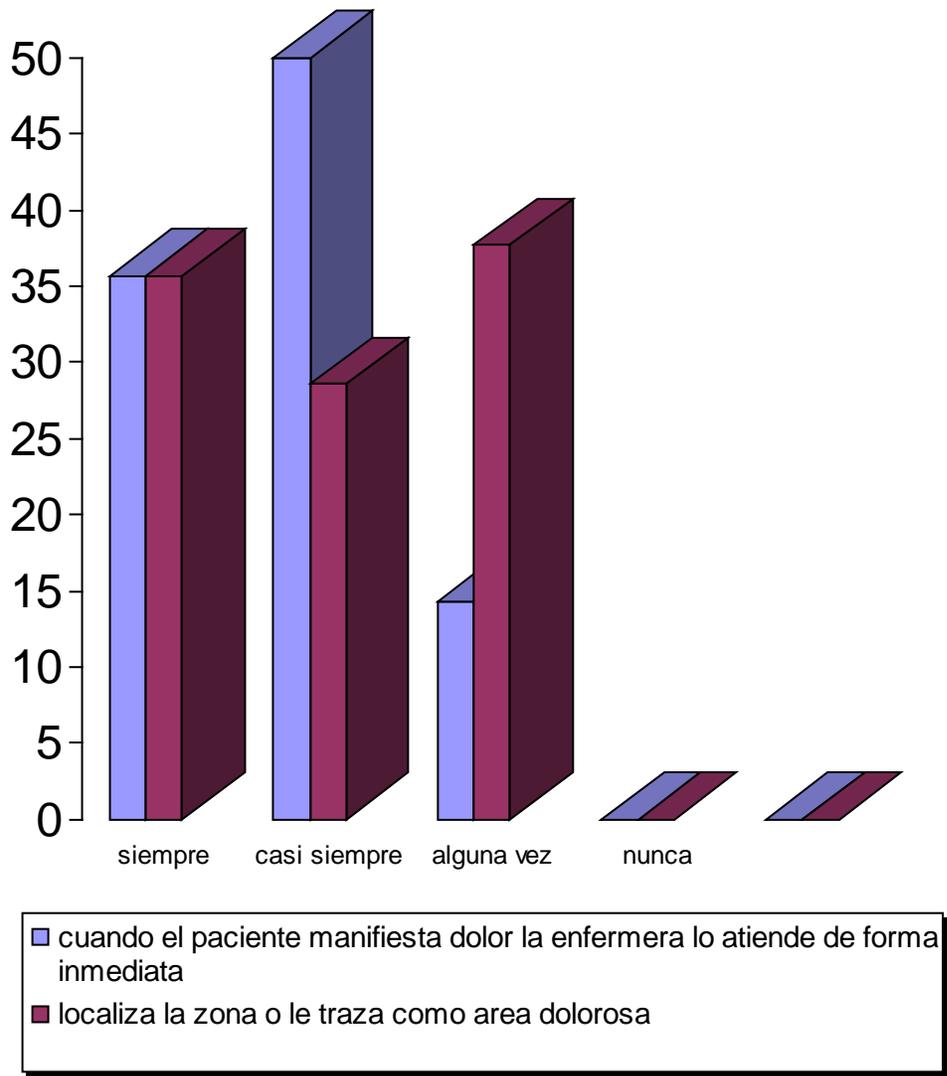
Ítems	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	Total
1. Cuando el paciente manifiesta dolor la enfermera/o lo atiende de forma inmediata.	5	35.7	7	50	2	14.3	0	0	0	0	14/100
2. Localiza la zona o le traza como área dolorosa	5	35.7	4	28.6	5	37.7	0	0	0	0	14/100

**Fuente:** Instrumento Aplicado.

Las respuestas obtenidas del sub indicador atención inmediata señala: del ítem, número uno sobre cuando el paciente manifiesta dolor la enfermera lo atiende de forma inmediata, de un grupo de catorce (14) enfermeros (as) entrevistados (as) equivalente 100% de la población señala que 5 personas correspondiente al 37,7%, respondieron Siempre, (7) personas correspondiente al 50% respondieron casi siempre, (2) personas concernientes al 14,3% contestaron algunas veces y (0) personas respondieron rara vez y nunca. En atención a los resultados del sub indicador atención inmediata se expresa una mayor tendencia a la categoría Siempre.

**Grafico N°4**

**Distribución de las respuestas de los profesionales de Enfermería sobre el sub indicador atención inmediata del área de cirugía Sur Hospital Militar Dr. Carlos Arvelos, 2do trimestre. 2013.**



**Fuente: Cuadro N°4**

## Cuadro N°5

**Distribución de las respuestas de los profesionales de Enfermería sobre el sub indicador escala de valoración del área de cirugía Sur Hospital Militar Dr. Carlos Arvelos, 2do trimestre. 2013.**

Ítems	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	Total
3. Utiliza la valoración del dolor empleando escala numérica	3	21.4	5	35.7	4	28.6	2	14.3	0	0	14/100
4. Entre la escala de valoración del dolor la enfermera/o habla con el paciente en la descripción del dolor	5	35.7	2	14.3	4	28.6	3	21.4	0	0	14/100
5. Facilita por medio de la expresión verbal a que el paciente diga las características del dolor.	5	35.7	4	28.6	4	28.6	1	7.1	0	0	14/100
6 Valora en puntos diferentes la intensidad del dolor presente en el paciente	3	21.4	1	7.1	7	50	3	21.4	0	0	14/100

**Fuente:** Instrumento Aplicado.

Los resultados obtenidos del sub indicador escala de valoración señalan en el ítem número 3 sobre la utiliza la valoración del dolor empleando la escala numérica, de un grupo de (14) enfermeros (as) entrevistados, equivalente al 100% de la población, señalan que (3) personas correspondientes al 21,4% del grupo de profesionales estudiados respondieron Siempre, (5) personas pertenecientes al 73,5% indicaron casi

siempre, (4) personas equivalentes al 28,6% respondieron Alguna veces, mientras que (2) personas correspondientes al 14,3% Contestaron Rara vez, y (0) personas respondieron Nunca.

En los datos que se presentan en el ítem número cuatro con relación a si entre la escala de valoración del dolor la enfermera/o habla con el paciente en la descripción del dolor, de un grupo de (14) enfermeros, entrevistados, equivalente al 100% de la población, señalan que (5) equivalentes al 35,7% correspondieron Siempre. Mientras que (2) correspondieron al 14,3% contestaron Casi Siempre. Por otro lado (4) elementos concernientes al 28,6% indicaron la opción Alguna Vez. (3) componentes equivalentes al 21,4% respondieron Rara Vez, (0) profesionales estudiados contestaron Nunca.

Las respuestas obtenidas en el ítem número cinco referente a su facilidad por medio de la expresión verbal a que el paciente diga las características del dolor, de un grupo (14) enfermeros (as) entrevistados (as) equivalente al 100% de la población, señalan que (5) personas equivalentes al 35,7% del grupo de profesionales estudiados respondieron Siempre, (4) correspondieron 28,6% de la muestra contestaron Casi Siempre, (4) concernientes al 28,8% indicaron la opción Algunas veces, (1) equivalente al 7,1% respondió Rara Vez, mientras que (0) contestó Nunca.

En lo que se refiere a los resultados del ítem número seis sobre valora en puntos diferentes la intensidad del dolor presente en el paciente (no dolor – leve moderado-intenso o insoportable) (3) equivalentes al 21,4%

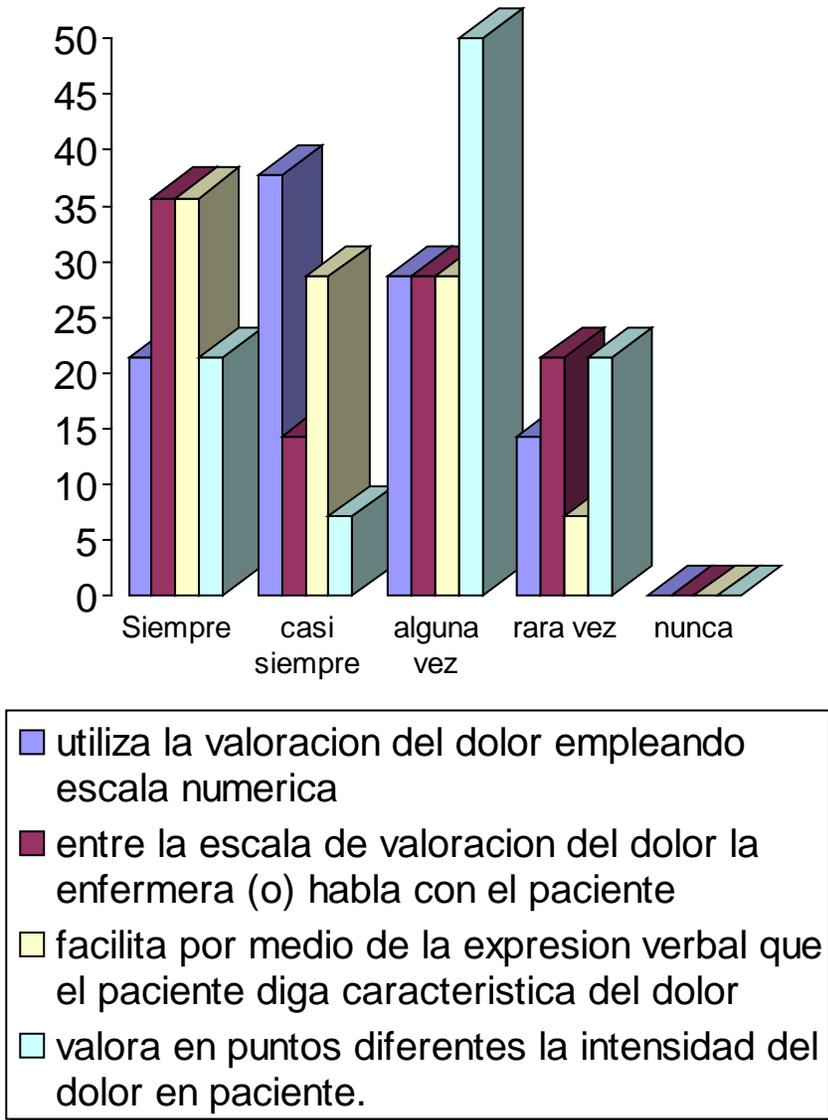
respondieron Siempre, mientras que (1) concernientes al 7,1% contestaron Casi Siempre, (7) personas correspondientes al 50% indicaron la respuestas Alguna Veces, mientras que (3) concernientes al 21, 4% contestaron Rara Vez, y un (0%) indico Nunca.

En los resultados obtenidos en el sub indicador escala de valoración la propensión de estos datos demostraron que el 31% del profesional de enfermería aplica métodos para evaluar o valorar el dolor en los pacientes post operados, las cuales son de gran importancia para la aplicación de dichos métodos, mientras que un 27,3% del profesional de enfermería utiliza las técnicas para el alivio del dolor, un 30,9% aplican muy pocas veces los métodos para el alivio del dolor ya que esto da a entender que hay un significativo porcentaje de profesionales que desconocen dicha información, mientras que el 10,7% y el 0% de la población restante rara vez o nunca emplea los conocimientos.

A criterio de los autores, se puede decir, con respecto a los resultados obtenidos, que el profesional de enfermería en su mayoría utiliza métodos para valorar el dolor en los pacientes post – operados, sin embargo, se pudo observar que algunos solamente se limitan al reconocimiento de la escala de valores de reconocimientos de la presencia de dolor en los post operados.

**Grafico N° 5**

**Distribución de las respuestas de los profesionales de Enfermería sobre el sub indicador escala de valoración del área de cirugía Sur Hospital Militar Dr. Carlos Arvelos, 2do trimestre. 2013.**



**Fuente:** Cuadro N°5

## Cuadro N°6

**Distribución de las respuestas de los profesionales de Enfermería sobre el sub indicador Comunicación terapéutica del área de cirugía Sur Hospital Militar Dr. Carlos Arvelos, 2do trimestre. 2013.**

Ítems	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	Total
7. Le pregunta al paciente los síntomas asociados que acompañan al dolor	3	21.4	4	28.6	4	28.6	3	21.4	0	0	14/100
8. Le pregunta al paciente cuando comenzo el dolor (tiempo)	6	42.9	2	14.3	4	28.6	2	14.4	0	0	14/100
9. Le pregunta a paciente con que frecuencia aparece el dolor luego del post operatorio	2	14.3	2	14.3	5	35.7	3	21.4	0	0	14/100
10. Hace que el paciente exprese si el dolor es constante	3	21.4	4	28.6	3	21.4	3	21.4	1	7.1	14/100
11. Verbaliza con el paciente a lo que ha ayudado con anterioridad a controlar el dolor.	1	7.1	6	42.9	4	28.6	3	21.4	0	0	14/100

**Fuente:** Instrumento Aplicado.

En relación a las respuestas del sub indicador comunicación terapéutica estos señalan: Respuestas obtenidas del item numero siete sobre si se le pregunta paciente los síntomas asociados al dolor, de un grupo de catorce, (14) enfermeros (as) entrevistados (as) equivalente al 100% de la

población señala que (3) personas correspondiente al 21,4% respondieron Siempre. (4) personas correspondiente al 28.6% respondieron Casi Siempre, (4) personas correspondientes l 28,6% respondieron alguna vez. (3) equivalentes al 21,4% respondió Rara Vez y un (%9 respondió nunca.

Las respuestas obtenidas del item numero ocho, con relación a si le preguntan al paciente cuando comenzó el dolor (tiempo, de un grupo de catorce enfermeros entrevistados equivalente al 100% de la población, señalan que seis personas correspondientes al 42,9% del grupo de profesionales estudiado respondieron Siempre, (2) personas concernientes al 14,3% contestaron Casi Siempre, cuatro personas pertenecientes al 28,6% objetaron Alguna Vez, dos de la población de estudio correspondientes al 14,3%. Respondieron Rara vez. Mientras que un 0% contestaron Nunca.

Los resultados obtenidos en el item, numero nueve, sobre si le preguntan al paciente con frecuencia aparece el dolor del post operatorio, de un grupo de 14 enfermeros entrevistados equivalente al 100% de la población , señalan que dos personas correspondiente al 14, 3% del grupo de profesionales estudiados respondieron Siempre, dos personas pertenecientes al 14,3% indicaron Casi siempre. Cinco personas equivalentes al 35,7% respondieron algunas veces, tres personas correspondientes al 21,4% contestaron Rara Vez, y 0% de personas respondieron Nunca.

En los datos que se presentan en el item numero diez con relación a si hace que el paciente exprese si el dolor es constante o intermitente, de un

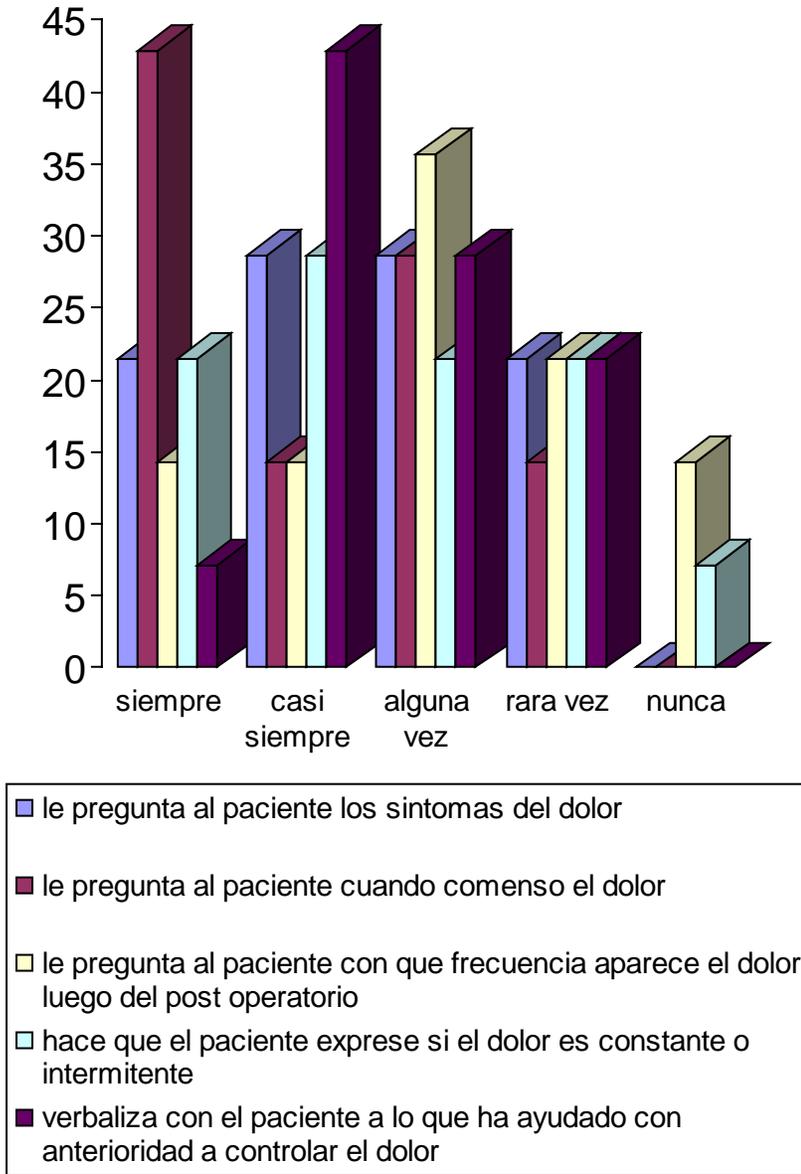
grupo de catorce enfermeros, entrevistados equivale al 100% de la población señalan que 3 personas equivalentes al 21,4% respondieron Siempre. Mientras que cuatro correspondientes al 28,6% contestaron Casi Siempre, por otro lado tres elementos concernientes al 21,4% indicaron la opción alguna vez tres componentes equivalentes al 21,4% respondieron Rara Vez, y un profesional entrevistado correspondiente al 7.1% respondió Nunca.

La respuesta obtenidas en el ítem número once referente a si verbaliza con el paciente a lo que haya ayudado con anterioridad a controlar el dolor, de un grupo de 14 enfermeros entrevistados (as) equivalente al 100% de la población, señalan que una persona equivalente al 7,1% del grupo de profesionales estudiados respondieron Siempre, seis correspondientes al 42,9% de la muestra contestaron Casi Siempre, cuatro concernientes al 28,6% indicaron la opción. Alguna Veces, tres equivalente al 21,4% respondieron Rara Vez, mientras que un 0% respondió Nunca.

De acuerdo a los resultados del sub indicador comunicación terapéutica se observa una mayor tendencia a la categoría Casi Siempre.

**Grafico N°6**

**Distribución de las respuestas de los profesionales de Enfermería sobre el sub indicador Comunicación terapéutica del área de cirugía Sur Hospital Militar Dr. Carlos Arvelos, 2do trimestre. 2013.**



**Fuente:** Cuadro N6

## Cuadro N°7

**Distribución de las respuestas de los profesionales de Enfermería sobre el sub indicador medidas farmacológicas analgésico del área de cirugía Sur Hospital Militar Dr. Carlos Arvelos, 2do trimestre. 2013.**

Ítems	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	Total
12. Administrar analgésicos antes de ocurra el dolor	4	28.6	3	21.4	0	0	1	7.1	6	42.9	14/100
13. Administrar analgésico antes que el dolor se haga grave	10	71.4	3	21.4	0	0	0	0	1	7.1	14/100
14. Despierta al paciente para administrar analgésicos con horarios fijos.	7	50	4	28.6	0	0	2	14.3	1	7.1	14/100

**Fuente:** Instrumento Aplicado.

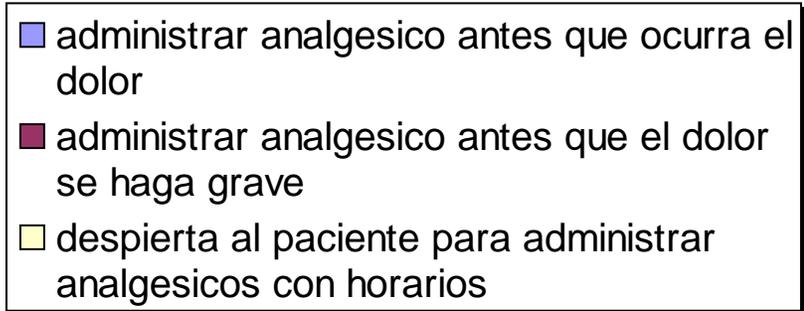
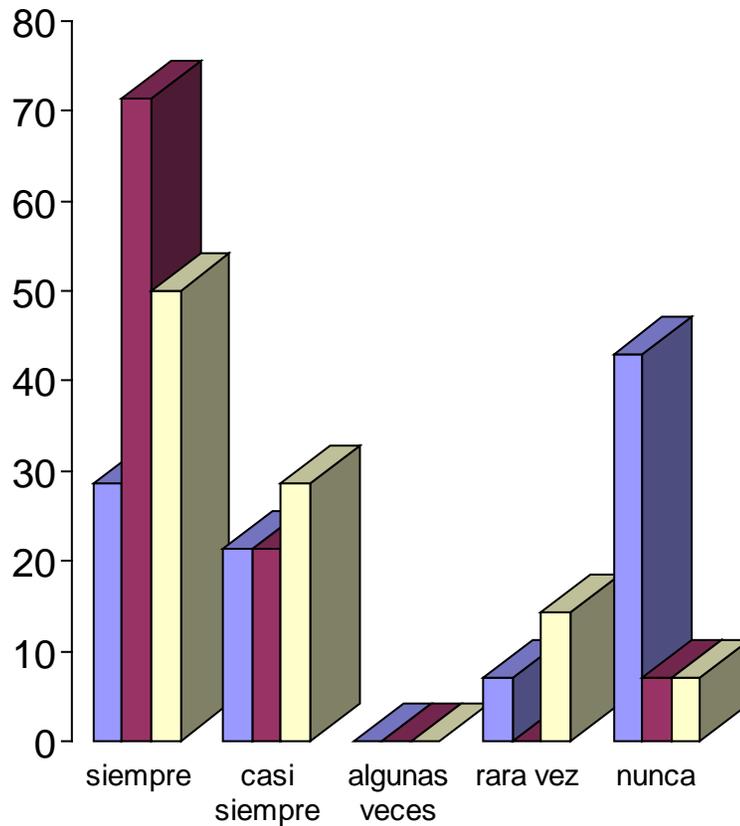
Las respuestas obtenidas del item doce sobre si se le administra analgésico antes que ocurra el dolor, de un grupo de catorce profesionales de enfermería, entrevistados equivalente al 100% de la población señala que cuatro personas correspondiente al 28,6% respondieron Siempre, tres personas correspondiente al 21,4% respondieron Casi Siempre, 0 personas concernientes al 00 personas contestaron Alguna Vez, una equivalentes al 7,1%. Respondieron Rara vez y un seis equivalente a un 42,9%, contestaron Nunca.

Las respuestas obtenidas del ítem número trece con relación a su le administra el analgésico antes que el dolor se haga grave, de un grupo de catorce enfermeros, entrevistados equivalente al 100% de la población, señalan que 10 personas correspondientes al 71,% del grupo de profesionales estudiando respondieron Siempre, tres personas concernientes al 21,4% respondieron Casi Siempre, cero personas pertenecientes al 0% objetaron Alguna vez al igual como el 0% de las personas respondieron Rara vez, mientras que un 1 % correspondiente al 7.1% contestaron nunca.

Los resultados obtenidos en el ítem número catorce sobre si despierta al paciente para administrar analgésicos con horarios fijos, de un grupo de catorce enfermeros profesionales, entrevistados equivalente al 100% de la población, señalan que siete personas correspondientes al 50% del grupo de profesionales estudiados respondieron Siempre, cuatro personas pertenecientes al 28,6% respondieron Casi siempre, cero personas equivalentes al 0% respondieron alguna vez, dos personas correspondientes al 14,3% , contestaron Rara vez y una persona correspondiente al 7.1% respondió nunca.

Grafico N°7

Distribución de las respuestas de los profesionales de Enfermería sobre el sub indicador medidas farmacológicas analgésico del área de cirugía Sur Hospital Militar Dr. Carlos Arvelos, 2do trimestre. 2013



Fuente: Cuadro N°7

### Cuadro N°8

**Distribución de las respuestas de los profesionales de Enfermería sobre el sub indicador medidas no farmacológica para alivio del dolor del área de cirugía Sur Hospital Militar Dr. Carlos Arvelos, 2do trimestre. 2013.**

Ítems	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	Total
15. Aplica métodos de calor como terapia para alivio del dolor del paciente	3	21.4	1	7.1	2	14.3	2	14.3	6	42.9	14/100
16. Utiliza el metodo aplicación de frío como terapia para alivio del dolor del paciente	0	0	1	7.1	3	21.4	4	28.6	6	42.9	14/100
17. Da masajes (manipulación de los tejidos corporales) como una forma de aliviarle el dolor al paciente.	1	7.1	1	7.1	2	14.3	2	14.3	8	57.1	14/100
18. Trata de cumplir con el cambio de posición del paciente en la medida de lo posible, en la búsqueda del alivio del dolor	3	21.4	2	14.3	0	0	4	28.6	5	35.7	14/100
19. Promueve la relajación del paciente por medio del ordenamiento de sabanas (camas)	2	14.3	4	28.6	1	7.1	3	21.4	4	28.6	14/100
20. Busca la armonía en el entorno del paciente como punto de relación contra el dolor	0	0	8	57.1	3	21.4	2	14.3	1	7.1	14/100
21. Evalúa el grado del bienestar del paciente en escala del 0 sin dolor a 5 alivio completo.	3	21.4	5	35.7	2	14.3	1	7.1	3	21.4	14/100

22. La evaluación del dolor después de la medición la hacer en función de reconocer si empeora o mejora	3	21.4	5	35.7	5	35.7	0	0	1	7.1	14/100
23. Lleva registro de evolución y control del manejo del dolor del paciente posterior a los cuidados no analgésicos.	1	7.1	4	28.6	5	35.7	2	14.3	2	14.3	14/100
24. Durante el intercambio de turno hace entrega de la evolución del dolor del paciente	8	57.1	3	21.4	2	14.3	1	7.1	0	0	14/100

**Fuente:** Instrumento Aplicado.

Las respuestas obtenidas del ítem quince sobre si aplica el método de calor como terapia para el alivio del dolor del paciente, de un grupo de catorce (14) enfermeros (as) entrevistados (as) equivale al cien por ciento (100%) de la población señala que tres (03) personas correspondiente al 21,4% respondieron Siempre, uno (1) personas correspondiente al 7,1% respondieron Casi siempre, dos (2) personas concernientes al 14,3% contestaron, Alguna Veces, 2 personas correspondiente al catorce como tres por ciento 14,3% respondieron Rara vez, y 6 personas concernientes al 42,9% respondieron Nunca.

La respuestas obtenidas del ítem numero dieciséis con relación a si utiliza el método de aplicación del frío como terapia para el alivio del dolor en

el paciente, de un grupo de 14 enfermeros entrevistados, equivalente al 100% de la población, señalan que (0) personas correspondientes al 0% del grupo de profesionales estudiado respondieron Siempre, (1) personas concernientes al 7,1% contestaron Casi Siempre, (3) personas pertenecientes al 21,4%, objetaron Alguna Vez, cuatro (4) personas correspondientes al 28,6% contestaron Rara Vez y (6) personas concernientes al 42,9% respondieron Nunca.

Los resultados obtenidos en el ítem numero diecisiete sobre si da masajes (manipulación de los tejidos corporales) como una forma de aliviarle el dolor al paciente, de un grupo de (14) enfermeros, entrevistados equivalente al 100% de la población, señalan que 1 personas correspondientes al 7.1%, del grupo de profesionales estudiados respondieron Siempre, (1) personas pertenecientes al 7,1% Indicaron Casi siempre, (2) personas equivalentes al 14,3% respondieron algunas veces, mientras que dos (2) personas correspondientes al 14,3% contestaron Rara vez, y (8) personas correspondientes al 57,1% respondieron Nunca.

En los datos que se presentan en el ítem numero dieciocho con relación a su trata de cumplir con el cambio de posición del paciente en la medida posible en la búsqueda del alivio del dolor, de un grupo de (14) enfermeros (as) entrevistados (as) equivalente al 100% de la población señalan que (3) equivalentes al 21,4% respondieron Siempre, mientras que

dos (2) correspondientes al 14,3% contestaron Casi siempre, por otro lado (0) elementos concernientes al 0% indicaron la opción Alguna Veces, (4) componentes equivalentes al 28,6% respondieron rara vez, y cinco profesionales estudiantes correspondientes al 35,7% contestaron Nunca.

La respuesta obtenidas en el ítem número diecinueve referente a su promueve la relajación del paciente por medio del ordenamiento de sabanas (camas), de un grupo de catorce (14) enfermeros (as) entrevistados (as) equivalente al 100% de la población, señalan que dos personas equivalentes al 14,3% del grupo de profesionales estudiados respondieron Siempre, cuatro correspondieron al 28,6% de la muestra contestaron Casi Siempre, uno concernientes al 7,1% indicaron la opción alguna vez, 3 equivalente al 21,4% respondió rara vez, mientras que cuatro personas equivalente al 28,6% contesto nunca.

En los datos que se presentan en el ítem número veinte con relación así busca la armonía al entorno del paciente como punto de relajación contra el dolor, de un grupo de catorce enfermeros (as) entrevistados equivalente al 100% de la población, señalan que cero (0) equivalentes al 0% respondieron Siempre, mientras que ocho personas le correspondió el 57,1% contestaron Casi siempre, por otro lado tres elementos concernientes al 21,4% indicaron la opción Alguna vez , dos componentes equivalentes 14,3% respondieron

Rara vez, y una profesionales estudiados correspondientes al 7.1% contestaron Nunca.

La respuestas obtenidas en el ítem numero veintiuno referente a si evalúa el grado de bienestar del paciente es escala del 0= sin alivio, 5 = alivio suficiente, de un grupo de catorce enfermeros (as) entrevistados (as) equivalente al cien por ciento (100%) de la población, señalan que tres personas equivalente al 21,4%, de la población, señalan que tres personas equivalentes al 21,4% del grupo de profesionales estudiados respondieron Siempre, cinco correspondientes al 35,7% de la muestra contestaron Casi siempre, dos concernientes al 14,3% indicaron la opción alguna vez, uno equivalente al 7,1% respondió rara vez, mientras que tres personas correspondientes al 21,4% contesto nunca.

Las respuestas del ítem numero veintidós sobre si la evaluación del dolor después de las medicación la hace en función de reconocer si empeora o mejora el dolor, de un grupo de catorce (14) enfermeros (as) entrevistados, equivalente al 100% de la población señala que tres personas correspondiente al 21,4% respondieron, Siempre, cinco personas correspondiente al 35,7% respondieron casi siempre, cinco personas concernientes al 35,7% contestaron alguna vez y una persona concernientes al 7,1% respondieron Nunca.

Las respuestas obtenidas del ítem número veintitrés con relación a si lleva registro de evolución y control del manejo del dolor del paciente posterior a los cuidados no analgésicos, de un grupo de catorce (14) enfermeros (as) entrevistados (as) equivalente al 100% de la población, señalan que una persona correspondiente al 7,1% del grupo de profesionales estudiado respondieron siempre, cuatro personas concernientes al 28,6% contestaron Casi siempre, cinco personas pertenecientes al 35,7% objetaron algunas veces, dos personas correspondientes al 14,3% contestaron rara vez y dos personas concernientes al 14,3% respondieron Nunca.

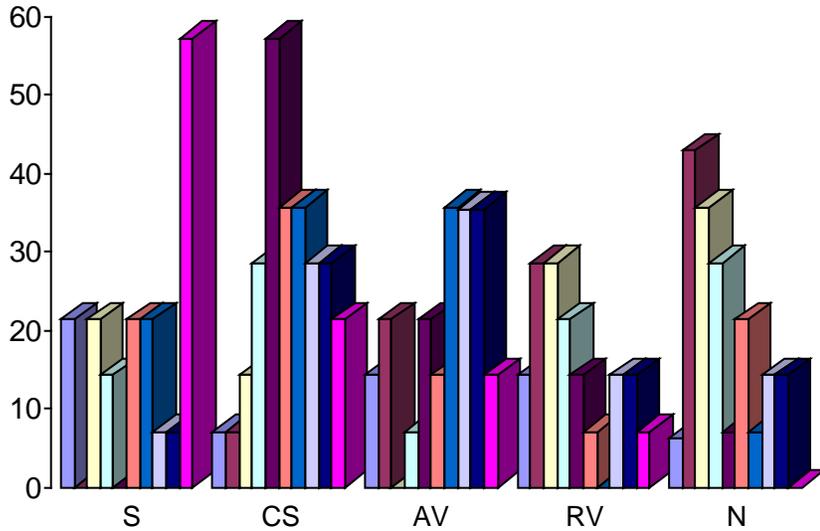
Los resultados obtenidos en el ítem veinticuatro sobre si durante el intercambio de turno hace entrega de la evolución del dolor del paciente, de un grupo de 14 enfermeros (as) entrevistados (as) equivalente al 100% de la población, señalan que ocho personas correspondientes al 57,1% del grupo de profesionales estudiados respondieron Siempre, tres personas pertenecientes al 21,4% indicaron casi siempre, dos personas equivalentes al 14,3% respondieron alguna vez, mientras que una persona correspondientes al 7,1% contestaron rara vez, y cero personas correspondientes al 0% respondieron nunca.

A criterio de los autores, los resultados demuestran que el profesional de enfermería aplica las medidas farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor, aunque se destaca que las medidas no farmacológicas no

son aplicadas en algunos casos ya que no existen condiciones para ponerlas en prácticas. Generalmente hay la creencia que el dolor que presenta el paciente es por la herida quirúrgica, pero muchas veces es por la posición en la que se encuentra en la cama o la irradiación del dolor en el grupo; no obstante el profesional de enfermería no realiza la valoración del paciente para determinar si el dolor es ocasionado por la intervención quirúrgica o asociado a la misma, solo se limita a administrar analgésicos.

**Cuadro N°8**

**Distribución de las respuestas del sub indicador medidas no farmacológicas para alivio del dolor del área de cirugía Sur Hospital Militar Dr. Carlos Arvelos, 2do trimestre. 2013.**



- aplica metodos de calor como terapia para alivio del dolor
- utiliza el metodo aplicación de frio como terapia.
- da masaje como forma de aliviarle el dolor
- trata de cumplir con el cambio de posicion del paciente
- promueve la relajacion del paciente por medio de cambio d sabana
- bsuca armonia en el entorno del paciente
- evalua el grado del bienestar del paciente
- la evaluacion del dolor la hace en funcion de reconocer si empeora o no
- lleva registro de evolucion y control del manejo del dolor
- durante el intercambio de turno hace entrega de evolucion del paciente

## **Análisis e Interpretación de los Resultados**

A continuación se expresan los análisis de los resultados obtenidos de la investigación estos análisis se plantean de acuerdo a los resultados de las dimensiones: Técnicas, Métodos y Medidas para aliviar el dolor

En las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en cuanto a la aplicación de técnicas para evaluar o valorar el dolor en el paciente post-operado en el servicio de cirugía se evidencio que el personal las ejecuta.

En relación a los métodos que aplica el profesional de enfermería para el alivio del dolor en paciente post-operados se pudo evidenciar que el personal si utiliza dichas medidas, sin embargo, implementa en su mayoría las farmacológicas, dejando a un lado la aplicación de las medidas no farmacológicas.

De acuerdo a lo anterior se puede establecer la intervención del profesional de enfermería en un 88% en el alivio del dolor post-operatorio en los pacientes del servicio de cirugía sur.

Como se observa el personal de enfermería tiene una intervención parcial en lo referente a la atención inmediata en el paciente post intervenido quirúrgicamente que en lo posible disminuya la presencia de pacientes con dolores. En ese sentido se hace necesario que enfermería por medio de su intervención utilice técnicas y métodos hacia lo que corresponde aliviar de manera oportuna liberar el dolor en el paciente post operado.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

De acuerdo a los objetivos de la investigación y del análisis de los resultados se presentan las siguientes conclusiones y recomendaciones.

#### **5.1. Conclusiones**

- 1.** En las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería en cuanto a la aplicación de técnicas para evaluar o valorar el dolor en el paciente post-operado en el servicio de cirugía se evidencio que el personal las ejecuta.
- 2.** En relación a los métodos que aplica el profesional de enfermería para el alivio del dolor en paciente post-operados se pudo evidenciar que el personal si utiliza dichas medidas, sin embargo, implementan en su mayoría las farmacológicas, dejando a un lado la aplicación de las medidas no farmacológicas.
- 3.** De acuerdo a lo anterior se puede establecer la intervención del profesional de enfermería en un 88% en el alivio del dolor post-operatorio en los pacientes del servicio de cirugía sur.

## **5.2. Recomendaciones**

1. Informar al personal de enfermería y mejorar las pautas y/o procedimientos que deben regirse para mejorar la atención a los pacientes post-operados las cuales deben ser planificadas y ejecutadas de forma correcta en base a las necesidades de cada individuo.
2. Capacitar a todo el personal que recibe a un paciente post-operados, es decir que todos los profesionales de la salud deben conocer las técnicas y procedimientos que se aplican en la atención a este tipo de pacientes, todo esto realizado en forma organizada y planificada garantizando una atención de calidad a los pacientes post-operados
3. A las autoridades y a los profesionales de enfermería implementar planes de trabajo o talleres, donde permitan desarrollar habilidades y destrezas en la aplicación de medidas no farmacológicas para el alivio del dolor post-operatorio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Arias G. Fidias** (2012).El Proyecto de Investigación 6ta.Edición. Pág.

**Bautista V, Alicia.** (2000) Practica de Enfermería en la Aplicación de Medidas No Farmacológicas para el Alivio del Dolor a Gestantes durante la Primera Etapa del Trabajo de Parto. Trabajo Especial de Grado U.C.V. de Venezuela, Caracas.

**Bernal, Mónica.** (2000) Información que Posee el Personal de Enfermería en el área de Hospitalización de la Clínica Santa Sofía en Relación a la Analgesia Peridural Controlada por el Paciente para el Manejo del Dolor Post-operatorio.

**Brunner, L. Y Doris Suddart.** (2005) Enfermería Medico- Quirúrgico: México Editorial Interamericana 10ma Edición.

**Canales, F,** (2001) “Metodología de la investigación” Manual para el desarrollo del personal de Salud. Editorial Limosa, S.A de CV Noriega.

**Díaz R .**(1996) Etiología del dolor y algo más. Revista del dolor

**Dueña López, Carmen Zas** (2009) “ El control de dolor post operatorio como indicador de calidad en la atención de enfermería y repercusiones de la creación de la unidad de dolor agudo post operatorio”

**Dugas, B. W** (2000) Tratado de Enfermería Practica 4ta. Edición Editorial Interamericana P.453-472.

**Duran, M; PAP, R; Sanabria, A.** (1989) Los Grandes Síndromes. Venezuela. Editorial Disinlimed. p. 9-57.

**Ferre, C** (2008) “Influencia de la Unidad de Dolor Agudo (U.D.A.)en la Evolución del Post-operatorio Tras Toracotomía” Revista de la Sociedad Española del Dolor Publicado por Aran Ediciones, S.A.16 P.1-3.

**Hernández, S.** (2003). “Metodología de la investigación Científica” Editorial Mc Graw Hill: México, DF

**Iyer Patricia W., Taptich Bárbara, Benochi-Losey Donna.** (1989). Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Interamericana Mc Graw - Hill

**Kozier, B., Blais, K.** (2008) "Fundamentos de Enfermería, Conceptos, procesos y practicas" 8va Edición, Vol. 2.

**Long , Phipps , Cassmeyer .**(2002) " Enfermería Medico Quirúrgica" 3 era Edición, Vol.2 **Manual de Enfermería.** Editorial Océano-Centrum; (2012).

**Mc. Caffery, M., Ferrel R.Betty** (1997) "Conocimiento de las Enfermeras sobre Valoración y Manejo del Dolor" Journal of Pain and Sympton Management 14. (3) P .175-188.

**Merck, S. y Dohme** (1998) **El Dolor.** Asociación Internacional del Estudio del Dolor. España.

**Mogollón Carmen, Pinto Zoila** (2009) "Comunicación Terapéutica en la satisfacción de las necesidades de los enfermos en el post-operatorio inmediato" Trabajo Especial de Grado. Maracay

**Mosquera, J.M ,P. Galdos** (2006) " Farmacología Clínica Para Enfermería " 4ta Edición.

**Palomino Jiménez , María Teresa Carrasco (2010)** " Evaluación de la respuesta neuroendocrina frente al dolor post operatorio tras la administración de distintos opiáceos por vía epidural.

**Protter, P. y Griffing, A.** (1996), Buena comunicación. Revista de comunicación social Universidad Santa Maria . Caracas

**Ramírez, Betty, Rivero Zaide,** Calidad de los Cuidados de Enfermería y su Relación con la Satisfacción de Necesidades Fisiológicas Referidas a Oxigenación, eliminación y Control del Dolor a pacientes Atendidos en Emergencia de Adultos en el Hospital Dr. Jesús Yerena de Lidice en el primer Semestre del año 1998.Trabajo Especial de Grado U.C.V.de Venezuela, Caracas.

**Ramírez, T.**(1999) “Como Hacer Un Proyecto de Investigación”  
Editorial Panapo de Venezuela C.A. Caracas 1era Edición.

**Rico A.** ( 2005) El Dolor y su Cronificacion, Entiendo el Problema.  
Revista del dolor.

**Sierra Brava, R.** (1985) “Metodología de las Ciencias Sociales”  
Madrid: Editorial Parafino.

**Sociedad Española de Farmacología Clínica** “La Utilización de  
Fármacos para el Tratamiento del Dolor, post-operatorio en la Cirugía.  
(1999).

**Tamayo, M.** (2005) “El Proceso de la Investigación Científica” Editorial  
Limusa, S.A. de C.V. Grupo Noriega: México D.F 4ta Edición.

UPEL. (2003). **Manual de Trabajos de Grado de Maestrías y Tesis  
Doctorales.** 2º Edición. Venezuela.

**ANEXOS**  
**INSTRUMENTO**

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**LISTA DE COTEJO DIRIGIDO A PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
DURANTE LA INTERVENCIÓN EN EL ALIVIO EL DOLOR POST  
OPERATORIO EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA SUR  
DEL HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS ARVELO”**

Tutor:  
Licdo. Reinaldo Zambrano

Autoras:  
- Ospino Carmen  
- Serrano Dayana

**Caracas, 2013**

## **Objetivo General de la investigación**

Determinar la intervención del profesional de enfermería en el alivio del dolor post operatorio en los pacientes del servicio de cirugía sur del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo para el segundo trimestre del 2013

## **Objetivos Específicos de la Investigación**

- Describir las técnicas que utiliza el de enfermería para la valoración del dolor post-operatorio en los pacientes del servicio del cirugía sur del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo en el segundo trimestres del 2013
- -Identificar los métodos que utiliza el profesional de enfermería para el alivio del dolor post-operatorio en los pacientes del servicio de cirugía sur del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo para el segundo trimestre del año 2013
- -Establecer las medidas que utiliza el profesional de enfermería en el alivio del dolor post-operatorio en los pacientes del servicio de cirugía sur del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo en el segundo trimestre del año 2013

**Lista de Cotejo dirigido a profesionales de enfermería durante la intervención en el alivio del dolor del paciente post-operado.**

**DATOS DEMOGRÁFICOS**

EDAD:        17 A 30 AÑOS                    \_\_\_\_\_  
                  31 A 44 AÑOS                    \_\_\_\_\_  
                  45 A 58 AÑOS                    \_\_\_\_\_  
                  59 O MAS                                \_\_\_\_\_

SEXO:        MASCULINO                                \_\_\_\_\_  
                  FEMENINO                                \_\_\_\_\_

GRADO DE INSTRUCCIÓN:  
                  T.S.U                                        \_\_\_\_\_  
                  LICENCIADO                                \_\_\_\_\_  
                  MAGISTER                                 \_\_\_\_\_

<b>INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL ALIVIO DEL DOLOR POST-OPERATORIO</b>	siempre	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	nunca
1.¿Cuando el paciente manifiesta que tiene dolor la enfermera/o atiende de manera inmediata?					
2.¿Localiza la zona o la traza como área dolorosa?					
3.¿Utiliza la valoración del dolor empleando la escala numerica?					
4.¿Entre las escalas de valoración del dolor la enfermera/o habla con el paciente en la descripción del dolor?					
5.¿Facilita por medio de la expresión verbal a que el paciente diga las características del dolor?					
6.¿Valora en puntos diferentes la intensidad del dolor presente en el paciente (no dolor, leve, moderado, intenso, insoportable)					
7.¿Le pregunta al paciente los síntomas asociados que acompañan al dolor?					
8.¿Le pregunta al paciente cuando comenzó el dolor (tiempo)?					
9.¿Le pregunta al paciente con qué frecuencia aparece el dolor (luego del post-operatorio)?					
10.¿Hace que el paciente exprese si el dolor es constante o intermitente?					
11.¿Verbaliza con el paciente a lo que a ayudado con anterioridad a controlar el dolor?					
12.¿Administra el analgésico antes que ocurra el dolor?					
13.¿Administra el analgésico antes que el dolor se haga grave?					
14.¿Despierta al paciente para					

administrar analgésico con horarios fijos?					
15.¿Aplica el método de calor como terapia para alivio del dolor del paciente ?					
16.¿utiliza el método de aplicación del frio como terapia para alivio del dolor en el paciente?					
17.¿Da masajes (manipulación de los tejidos corporales) como una forma de aliviarle el dolor al paciente?					
18.¿Trata de cumplir con el cambio de posición del paciente en la medida de lo posible , en la búsqueda del alivio del dolor?					
19.¿Promueve la relajación del paciente por medio del ordenamiento de sabanas (camas)?					
20.¿Busca la armonía en el entorno del paciente como punto de relajación contra el dolor?					
21.¿Evalua el grado de bienestar del paciente en escala de 0= Sin Alivio 5= Alivio Completo?					
22.¿La evaluación del dolor después de la medicación la hace en función de reconocer si empeora o mejora?					
23.¿Lleva registro de evolución y control del manejo del dolor del paciente?					
24.¿Durante el intercambio de turno hace entrega de la evolución del dolor del paciente?					

## Confiabilidad

RELIABILITY /VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004  
VAR00005 VAR00006 VAR00007 VAR00008 VAR00009 VAR00010  
VAR00011 VAR00012 VAR00013 VAR00014 VAR00015 VAR00016  
VAR00017 VAR00018 VAR00019 VAR00020 VAR00021 VAR00022  
VAR00023 VAR00024 /SCALE(Intervención de enfermería en el alivio del  
dolor post- operatorio) ALL /MODEL=ALPHA /STATISTICS=SCALE CORR  
COV /SUMMARY=COV CORR.

## Reliability

**Scale:** Intervención de enfermería en el alivio del dolor post- operatorio

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	5	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	5	100,0

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

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,894	,894	24

### Inter-Item Correlation Matrix

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006
VAR00001	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00002	-1,000	1,000	-1,000	-1,000	-1,000	-1,000
VAR00003	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00004	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00005	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00006	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

VAR00007	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00008	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00009	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00010	-1,000	1,000	-1,000	-1,000	-1,000	-1,000
VAR00011	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00012	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00013	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00014	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00015	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00016	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00017	-1,000	1,000	-1,000	-1,000	-1,000	-1,000
VAR00018	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00019	-1,000	1,000	-1,000	-1,000	-1,000	-1,000
VAR00020	-1,000	1,000	-1,000	-1,000	-1,000	-1,000
VAR00021	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00022	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00023	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00024	1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

**Inter-Item Correlation Matrix**

	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011	VAR00012
VAR00001	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000
VAR00002	-1,000	-1,000	-1,000	1,000	-1,000	-1,000
VAR00003	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000
VAR00004	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000
VAR00005	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000
VAR00006	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000
VAR00007	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000
VAR00008	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000
VAR00009	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000
VAR00010	-1,000	-1,000	-1,000	1,000	-1,000	-1,000
VAR00011	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000
VAR00012	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000

VAR00013	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000
VAR00014	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000
VAR00015	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000
VAR00016	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000
VAR00017	-1,000	-1,000	-1,000	1,000	-1,000	-1,000
VAR00018	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000
VAR00019	-1,000	-1,000	-1,000	1,000	-1,000	-1,000
VAR00020	-1,000	-1,000	-1,000	1,000	-1,000	-1,000
VAR00021	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000
VAR00022	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000
VAR00023	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000
VAR00024	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000	1,000

**Inter-Item Correlation Matrix**

	VAR00013	VAR00014	VAR00015	VAR00016	VAR00017	VAR00018
VAR00001	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000
VAR00002	-1,000	-1,000	-1,000	-1,000	1,000	-1,000
VAR00003	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000
VAR00004	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000
VAR00005	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000
VAR00006	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000
VAR00007	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000
VAR00008	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000
VAR00009	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000
VAR00010	-1,000	-1,000	-1,000	-1,000	1,000	-1,000
VAR00011	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000
VAR00012	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000
VAR00013	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000
VAR00014	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000
VAR00015	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000
VAR00016	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000
VAR00017	-1,000	-1,000	-1,000	-1,000	1,000	-1,000
VAR00018	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000

VAR00019	-1,000	-1,000	-1,000	-1,000	1,000	-1,000
VAR00020	-1,000	-1,000	-1,000	-1,000	1,000	-1,000
VAR00021	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000
VAR00022	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000
VAR00023	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000
VAR00024	1,000	1,000	1,000	1,000	-1,000	1,000

**Inter-Item Correlation Matrix**

	VAR00019	VAR00020	VAR00021	VAR00022	VAR00023	VAR00024
VAR00001	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00002	1,000	1,000	-1,000	-1,000	-1,000	-1,000
VAR00003	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00004	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00005	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00006	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00007	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00008	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00009	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00010	1,000	1,000	-1,000	-1,000	-1,000	-1,000
VAR00011	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00012	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00013	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00014	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00015	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00016	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00017	1,000	1,000	-1,000	-1,000	-1,000	-1,000
VAR00018	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00019	1,000	1,000	-1,000	-1,000	-1,000	-1,000
VAR00020	1,000	1,000	-1,000	-1,000	-1,000	-1,000
VAR00021	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00022	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00023	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
VAR00024	-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

**Case Processing Summary**

		N	%				
Cases	Valid	5	100,0				
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0				
	Total	5	100,0				
VAR00031		-1,000	-1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

**Inter-Item Correlation Matrix**

**Inter-Item Correlation Matrix**

**Inter-Item Covariance Matrix**

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006
VAR00001	,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00002	-,500	,500	-,500	-,500	-,500	-,500
VAR00003	,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00004	,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00005	,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00006	,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00007	,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00008	,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00009	,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00010	-,500	,500	-,500	-,500	-,500	-,500
VAR00011	,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00012	,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00013	,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00014	,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00015	,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00016	,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00017	-,500	,500	-,500	-,500	-,500	-,500
VAR00018	,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00019	-,500	,500	-,500	-,500	-,500	-,500
VAR00020	-,500	,500	-,500	-,500	-,500	-,500
VAR00021	,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00022	,500	-,500	,500	,500	,500	,500

VAR00023	,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00024	,500	-,500	,500	,500	,500	,500

**Inter-Item Covariance Matrix**

	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011	VAR00012
VAR00001	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00002	-,500	-,500	-,500	,500	-,500	-,500
VAR00003	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00004	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00005	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00006	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00007	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00008	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00009	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00010	-,500	-,500	-,500	,500	-,500	-,500
VAR00011	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00012	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00013	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00014	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00015	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00016	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00017	-,500	-,500	-,500	,500	-,500	-,500
VAR00018	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00019	-,500	-,500	-,500	,500	-,500	-,500
VAR00020	-,500	-,500	-,500	,500	-,500	-,500
VAR00021	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00022	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00023	,500	,500	,500	-,500	,500	,500
VAR00024	,500	,500	,500	-,500	,500	,500

**Inter-Item Covariance Matrix**

	VAR00013	VAR00014	VAR00015	VAR00016	VAR00017	VAR00018
VAR00001	,500	,500	,500	,500	-,500	,500

VAR00002	-,500	-,500	-,500	-,500	,500	-,500
VAR00003	,500	,500	,500	,500	-,500	,500
VAR00004	,500	,500	,500	,500	-,500	,500
VAR00005	,500	,500	,500	,500	-,500	,500
VAR00006	,500	,500	,500	,500	-,500	,500
VAR00007	,500	,500	,500	,500	-,500	,500
VAR00008	,500	,500	,500	,500	-,500	,500
VAR00009	,500	,500	,500	,500	-,500	,500
VAR00010	-,500	-,500	-,500	-,500	,500	-,500
VAR00011	,500	,500	,500	,500	-,500	,500
VAR00012	,500	,500	,500	,500	-,500	,500
VAR00013	,500	,500	,500	,500	-,500	,500
VAR00014	,500	,500	,500	,500	-,500	,500
VAR00015	,500	,500	,500	,500	-,500	,500
VAR00016	,500	,500	,500	,500	-,500	,500
VAR00017	-,500	-,500	-,500	-,500	,500	-,500
VAR00018	,500	,500	,500	,500	-,500	,500
VAR00019	-,500	-,500	-,500	-,500	,500	-,500
VAR00020	-,500	-,500	-,500	-,500	,500	-,500
VAR00021	,500	,500	,500	,500	-,500	,500
VAR00022	,500	,500	,500	,500	-,500	,500
VAR00023	,500	,500	,500	,500	-,500	,500
VAR00024	,500	,500	,500	,500	-,500	,500

**Inter-Item Covariance Matrix**

	VAR00019	VAR00020	VAR00021	VAR00022	VAR00023	VAR00024
VAR00001	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00002	,500	,500	-,500	-,500	-,500	-,500
VAR00003	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00004	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00005	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00006	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500

VAR00007	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00008	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00009	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00010	,500	,500	-,500	-,500	-,500	-,500
VAR00011	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00012	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00013	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00014	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00015	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00016	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00017	,500	,500	-,500	-,500	-,500	-,500
VAR00018	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00019	,500	,500	-,500	-,500	-,500	-,500
VAR00020	,500	,500	-,500	-,500	-,500	-,500
VAR00021	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00022	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00023	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500
VAR00024	-,500	-,500	,500	,500	,500	,500

**Summary Item Statistics**

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Inter-Item Covariances	,074	-,500	,500	1,000	-1,000
Inter-Item Correlations	,148	-1,000	1,000	2,000	-1,000

**Summary Item Statistics**

	Variance	N of Items
Inter-Item Covariances	,245	24
Inter-Item Correlations	,979	24

**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
55,5000	89,500	9,19239	24