

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA



**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MANEJO DEL
DOLOR EN PACIENTES DE EMERGENCIA.
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA, ICA 2019”**

Tesis presentada por las licenciadas:

**ALARCON DE LA CRUZ, KATHERINE
ESTHEFANY**

LLANOS JAIME, SANDRA NATALIA

Para optar el Título de:

Segunda Especialidad en Enfermería, con
mención en: Emergencia

Asesora:

Mg. Felicitas Bina Ramírez de Ojeda

AREQUIPA-PERÚ

2019

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	12
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
B. OBJETIVOS	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
A. ANTECEDENTES	16
B. BASE TEÓRICA	18
C. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	35
D. ALCANCES Y LIMITACIONES	36
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	37
A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	37
B. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO	38
C. POBLACIÓN Y MUESTRA	39
D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	43
B. DISCUSIÓN	70
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
A. CONCLUSIONES	73
B. RECOMENDACIONES	75
BIBLIOGRAFÍA	76
ANEXOS	81

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 01 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN POR EMERGENCIA AL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	44
TABLA 02 POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBE INFORMACIÓN SOBRE MEDICINAS PARA EL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019	46
TABLA 03 POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE LE SOLICITAN EL CONSENTIMIENTO AL ADMINISTRAR MEDICINAS PARA EL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	47
TABLA 04 POBLACIÓN DE ESTUDIO POR MEDICIÓN DE INTENSIDAD DEL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	48
TABLA 05 POBLACIÓN DE ESTUDIO POR: SI LAS ENFERMERAS PREGUNTAN CÓMO SE SIENTEN AL ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO PARA EL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	49
TABLA 06 POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE EVALÚAN AL RECIBIR LAS MEDICINAS PARA EL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	50
TABLA 07 POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE LE	51

	ADMINISTRAN LAS MEDICINAS PARA EL DOLOR CUIDADOSAMENTE. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	
TABLA 08	POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBE MEDICINAS PARA EL DOLOR A LA HORA INDICADA. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	52
TABLA 09	POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBE DOSIS INDICADA DE LAS MEDICINAS PARA EL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	53
TABLA 10	POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBE INFORMACIÓN SOBRE SUS FUNCIONES VITALES. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	54
TABLA 11	POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE SE DIRIGEN POR SU NOMBRE Y APELLIDOS AL RECIBIR LAS MEDICINAS PARA EL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	55
TABLA 12	POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE REVISAN SU VÍA PERIFÉRICA AL RECIBIR MEDICINAS PARA EL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	56
TABLA 13	POBLACIÓN DE ESTUDIO AL QUE LE BRINDAN TRATAMIENTO CONDICIONAL AL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-	57

	HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	
TABLA 14	POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBE INFORMACIÓN SOBRE MEDICINAS PARA EL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	58
TABLA 15	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR FARMACOLÓGICO EN PACIENTES QUE INGRESAN POR EMERGENCIA AL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	59
TABLA 16	POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE LE MUESTRAN TRATAMIENTO ALTERNATIVO PARA EL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	60
TABLA 17	POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBEN COMODIDAD Y CONFORT. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	61
TABLA 18	POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBE ESCUCHA ACTIVA. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	62
TABLA 19	POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBE MEDIOS DE DISTRACCIÓN PARA DISMINUIR EL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	63
TABLA 20	POBLACIÓN DE ESTUDIO AL QUE UTILIZAN TONO AMIGABLE PARA REFERIRSE A ELLOS.	64

	SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	
TABLA 21	POBLACIÓN DE ESTUDIO AL QUE UTILIZAN COMPRESAS FRÍAS O CALIENTES, PARA ALIVIAR SU DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	65
TABLA 22	POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBE INFORMACIÓN SOBRE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN. SERVICIO DE EMERGENCIA- HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	66
TABLA 23	POBLACIÓN DE ESTUDIO AL QUE ORIENTAN A SUS CUIDADORES PARA DISMINUIR EL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA- HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	67
TABLA 24	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES QUE INGRESAN POR EMERGENCIA AL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	68
TABLA 25	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES QUE INGRESAN POR EMERGENCIA AL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019.	69

RESUMEN

La investigación: “Intervención de enfermería en el manejo del dolor en pacientes que ingresan por emergencia al Hospital Augusto Hernández Mendoza, Ica 2019”, tuvo como objetivo de determinar la intervención de enfermería en el manejo del dolor que ingresan por emergencia al Hospital Augusto Hernández Mendoza. El estudio es cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal. La muestra la conformaron 50 pacientes. Se utilizó el cuestionario de manejo del dolor. Se analizó de forma descriptiva, y se comprobó la hipótesis. Como método se utilizó la encuesta y como instrumentos un cuestionario validado por Ahuanari A. con 28 ítems en forma de escala de Likert. Los resultados indican según las características sociodemográficas que el 52% de los encuestados sus edades comprenden entre 22 a 25 años, respecto al sexo la mayoría de los encuestados son de sexo femenino con un 68%, el 60% presentan estado civil solteros, el 72% son precedentes de la costa, el 48% son de grado de instrucción técnicos y según el tiempo en el servicio el 46% tienen menos de 12 horas. Se observa los resultados sobre la intervención de enfermería en el manejo del dolor, en donde el 70,0% de los encuestados respondieron que las intervenciones de enfermería están presentes y un 30,0% están ausentes. Según el manejo farmacológico se encontró que el 94,0% de los encuestados respondieron que las intervenciones están presentes y un 6,0% están ausentes; y según el manejo no farmacológico el 56,0% de los encuestados respondieron que las intervenciones están ausentes y un 44,0% están presentes.

Palabras clave: Intervención de enfermería – manejo del dolor – pacientes de emergencia.

SUMMARY

The research: "Nursing intervention in pain management in patients admitted to the Augusto Hernández Mendoza Hospital, Ica 2019", aimed to decide the nursing intervention in pain management admitted by emergency to the Augusto Hernández Hospital Mendoza. The study is quantitative, descriptive type, cross-sectional. The sample was made up of 50 patients. The pain management questionnaire was used. It was analyzed descriptively, and the hypothesis was tested. As a method the survey was used and as instruments a questionnaire validated by Ahuanari A. with 28 items in the form of a Likert scale. The results indicate according to sociodemographic characteristics that 52% of respondents their ages range between 22 to 25 years, with respect to sex, the majority of respondents are female with 68%, 60% have single marital status, 72 % are precedents of the coast, 48% are of technical education degree and according to the time in the service 46% have less than 12 hours. The results on nursing intervention in pain management are observed, where 70.0% of respondents responded that nursing interventions are present and 30.0% are absent. According to the pharmacological management, it was found that 94.0% of respondents responded that interventions are present and 6.0% are absent; and according to the non-pharmacological management, 56.0% of the respondents responded that the interventions are absent and 44.0% are present.

Keywords: nursing intervention - pain management - emergency patients.

INTRODUCCIÓN

La intervención de enfermería en el manejo del dolor en pacientes que ingresan por emergencia al Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica 2019, es una estrategia para la valoración del dolor y su mejor manejo de los pacientes con dolor.

El dolor es un síntoma de múltiples enfermedades, con frecuencia se describe con una experiencia sensorial y emocional desagradable, que generalmente se asocia con una lesión presente o potencial que se expresa como si esta existiera. La presencia del dolor depende mucho del tipo y de la extensión de la enfermedad, así como también de la propia tolerancia individual de los pacientes al dolor. Se calcula que el dolor es el síntoma principal de los 40% de los pacientes hospitalizados.¹

El dolor es una sensación subjetiva desagradable que manifiesta el paciente, el cual interfiere en la calidad de vida de los pacientes y en la evolución de las patologías que los aqueja, es por ello que en la actualidad se le da mucha importancia a su manejo y al tratamiento. Actualmente existen cuantiosos medicamentos disponibles en el mercado para solventar estos problemas, sin embargo no se ha conseguido controlarlo en todos los casos. Existen diferentes patologías que se asocian a los dolores intensos, cuyo manejo es más complicado. Pero un mejor conocimiento de las mismas conllevaría a un tratamiento acertado. Otro de los problemas con respecto al manejo del dolor es la cuantificación ya que al tratarse de una sensación subjetiva se ha intentado cuantificar pero aun no con un logro completo sino a medio objetivo.²

El dolor se puede controlar en la mayoría de los pacientes, aunque no siempre se puede aliviar por completo pero hay maneras para disminuir el dolor en la mayoría de los pacientes. El control del dolor puede mejorar la calidad de vida de muchos de los pacientes, es útil iniciar el control del dolor antes de comenzar con cualquier procedimiento. En ocasiones se usan algunos medicamentos para ayudar a que se sientan tranquilos o estén somnolientos. Los tratamientos como la imaginería o la relación también pueden ayudar a controlar el dolor y la ansiedad.³

Independientemente del tipo del dolor que experimente el paciente, es esencial que informe al médico de turno, enfermera o algún miembro del equipo de la atención médica. Es importante recordar que si no resuelve el dolor relacionado con la enfermedad, esto puede hacer que otros síntomas o efectos secundarios de la enfermedad que padezcan puedan empeorar. Una persona también puede experimentar fatiga, depresión, preocupación, ira o estrés innecesarios. Para buscar una solución se necesita que los pacientes estén activos, que duerman mejor, y disfrutar de la visita de los familiares y sus amigos.⁴

La intervención de enfermería es el cuidado que las enfermeras le dan a los pacientes, cuyas principales características depende del estado y de la gravedad en la que se encuentre, aunque a nivel general se orienta al monitoreo constante de la salud y a la asistencia sanitaria.⁵

La intencionalidad de la propuesta de intervención, se apoyó en la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson, quien explica que ante el riesgo de deshumanización del cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. Watson considera en el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. A través de su pensamiento y basándose en otras teoría filosóficas de otros profesionales.⁶

La investigación desarrollada fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Al contacto con los pacientes se aprovechó para obtener los datos sociodemográficos y el manejo de dolor. Una vez encuestados se sometió a una revisión de la calidad de información vertida en dichos documentos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Según la Asociación Internacional para el estudio del dolor menciona que “el dolor como es una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial. En el momento del diagnóstico de una neoplasia, entre el 30-50% de los pacientes presentan dolor, que en las fases avanzadas de la enfermedad puede llegar al 70-90%. En los pacientes con cáncer avanzado, el 70% de los dolores tienen su origen en la progresión de la propia neoplasia, mientras que el 30% restante se relaciona con los tratamientos y patologías asociadas. En la mayoría de las ocasiones el dolor oncológico es crónico. Para una correcta valoración del dolor es conveniente conocer varias cuestiones como su variación temporal (agudo, crónico), patogenia, intensidad”.⁷

Según la Organización Mundial de la Salud menciona que “la región no está manejando adecuadamente el tratamiento del dolor lo dicen los indicadores y especialistas como los de la empresa farmacéutica alemana Grünenthal, que hace cinco años puso en marcha en América Latina un plan de educación continuada sin fines comerciales con el propósito de ayudar a cambiar esa situación, el consumo de opiáceos para el dolor es de 2 a 15 microgramos per cápita, mientras que en Estados Unidos, que está en el lado opuesto de la balanza, la cifra es 700 microgramos. El dolor y su tratamiento incorrecto son unas de las principales causas de pérdida de calidad de vida, sin embargo, en América Latina el uso de opioides para tratar el dolor moderado y severo está en niveles muy por debajo de los recomendados. Esto tiene un impacto negativo tanto en la salud física y mental del paciente como en sus cuidadores y eventualmente en la economía del país, ya que se estima que los pacientes que sufren de dolor pierden hasta un 20 % más de días laborales que la población en general”.⁸

Según la Asociación Latinoamericana de cuidados Paliativos menciona que “en Latinoamérica hay una demanda crecientes de cuidados paliativos: de casi 4 millones de personas que necesitan cuidados paliativos solo el 1% accede a ellos. Se calcula más de 246 millones de días de sufrimiento por dolor solo en los pacientes de Latinoamérica, por lo que es de suma importancia aliviar este sufrimiento como para el fortalecimiento de los sistemas sociosanitarios”.⁹

A nivel nacional un estudio realizado por Batista J. demostró que “hay una cifra basada en una prevalencia del dolor crónico en un 27-42% de la población. Ante esta situación, los analgésicos opioides surgen como una opción para controlar y aliviar el dolor crónico; sin embargo, a la fecha, cerca del 80% de la población mundial tiene poco o nulo acceso a este tipo de tratamiento. En América Latina, el 96% de esta necesidad médica no está cubierta y en el Perú la situación es aún más

compleja: solo se consumía un total de 1.77 mg/per cápita, mientras que la media en la región era de 7.97 mg, muy lejos de los 522.2 mg/per cápita consumidos en Europa y Norteamérica. Existe el acceso limitado a tratamientos, a la falta de especialistas en dolor, y a la falta del conocimiento sobre el manejo adecuado del dolor que se convierte en una barrera importante”.¹⁰

A nivel local un estudio realizado por Urure I, Pacheco L. En el año 2017 encontraron que “Las características dimensionales del cuidado de enfermería el promedio ponderado fue de 3,56, la valoración de la matriz aplicada a la dimensión experiencia dolorosa el promedio ponderado fue de 1,85 resultando ambas dimensiones con desempeño regular, respecto a la matriz aplicada a asistencia del manejo del dolor postoperatorio el promedio ponderado resulto de 1,54, teniendo un desempeño más bajo a las anteriores dimensiones estudiadas, con una valoración de la matriz de satisfacción global de 3,75, ubicándose en el nivel de algo satisfecho y satisfecho con el cuidado de enfermería al paciente con dolor en el servicio”.¹¹

La intervención de enfermería en el manejo del dolor es muy importante, la cual constituye un elemento clave, con el fin de promover el bienestar de los pacientes que ingresan al servicio de emergencia por algún mal. Se enfatiza el estudio en el servicio de emergencia, por la naturaleza del trabajo .Se espera que los hallazgos sirvan de base para la planificación de actividades sostenibles posteriores para el manejo del dolor.

Frente a los hechos presentados surge la necesidad de responder la siguiente interrogante:

¿Cuál es la mejora en el manejo del dolor en los pacientes que ingresan por emergencia al Hospital Augusto Hernández, Ica 2019?

B. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la intervención de enfermería en el manejo del dolor en pacientes que ingresan por emergencia al Hospital Augusto Hernández Mendoza, Ica 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a la población en estudio según: Edad, sexo, lugar de procedencia, grado de instrucción, tiempo en el servicio de emergencia.
2. Identificar la intervención de enfermería en el manejo del dolor en la dimensión farmacológica en los pacientes de emergencia.
3. Identificar la intervención de enfermería en el manejo del dolor en la dimensión no farmacológica en los pacientes de emergencia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

Monleón M. (2018) Madrid, informa que las intervenciones de enfermería que comúnmente fueron registradas en la historia de los pacientes con un porcentaje de $p < 0,05$ fueron el control del dolor desde la perspectiva física y la medicación prescrita, seguido de intervenciones dirigidas al cuidado emocional y a la educación que se le da a los pacientes. También encontraron que existe diferencia entre la elección de la intervención de enfermería relacionadas con el sexo, la edad, antigüedad laboral y la especialidad que desempeña la enfermera en un porcentaje de $p < 0,01$.¹²

Ortega R, Aguirre M, Pérez M, Aguilera P, Sánchez M, et al. (2017) México, comunican que en su estudio de intervención de enfermería encontró que en el pretest fue de 50.9 (DE=9.65), valor mínimo de 28.1

y máximo 78.1; y en el posttest a media fue de 70.4 (DE=10.9) con un valor mínimo de 40.6 y con un máximo de 90.6. Evidenciando que posterior a la intervención el personal de enfermería mejoro sus conocimientos sobre el manejo del dolor en los pacientes, ya que en pretest que brindaron una menor atención y cuidados a lo que paso posterior a la intervención.¹³

Castanera A. (2017) España, refiere que la edad que predomino de los participantes fue de 67 años con un 67,6% predominando el sexo masculino, los pacientes manifestaron un dolor de leve a moderado con valores medios inferiores a 2 de la escala de EVA en los diferentes controles en las 32 horas de ingresado. Evidenciaron que a los pacientes a los que se les aplico la guía de CIPPC experimentaron menos dolor y obtuvieron una estancia hospitalaria menor que los pacientes del grupo control a los cuales no se les aplico la guía.¹⁴

Morales A. (2016) España, indica que la mayoría de la población de estudio era de sexo femenino con un 67.7%, con edad promedio de 53.3%. En su mayoría presentan dolor mixto localizado en miembros inferiores, según la intensidad del dolor encontró que la mayoría marco 6 para el dolor en reposo y de 8,1 en movimiento. Indicó también que existe una relación en la ansiedad y depresión con $d=0.35$ y $d=0.39$ respectivamente y la intensidad del dolor con $d=0.43$ y $d=0.32$ en función de reposo o en movimiento.¹⁵

Godoy A, Oliva A. (2016) Argentina, informan que la mayor parte del personal de enfermería es el 94% de sexo femenino, la mayoría tiene entre 20 a 25 años con un 41%. En formación académica el 47% de las enfermeras son universitarias, poseen menos de 1 año de experiencia con un 53%, el 82% afirma que no existe un protocolo escrito para el manejo y control del dolor en los pacientes con un 70% contesto

correctamente, en cuanto a identificación del dolor el 76% contesto correctamente.¹⁶

Trebejo L, Serna J. (2018) Lima, comunicaron que el 30% de las evidencias sobre las intervenciones de enfermería para la valoración y manejo del dolor en los pacientes del servicio de emergencia son eficaces. Sin embargo el 70% de las evidencias indican que las intervenciones necesitan perfeccionarse para alcanzar mejores resultados en su aplicación.¹⁷

Ahuanari A. (2016) Lima, informo que el 60% de los pacientes opinan que la intervención de enfermería en el manejo del dolor es ausente. Con manejo farmacológico 65% que la intervención está presente, el 35% que es ausente; 70 y 60% respectivamente, indicaron que la administración de medicamentos y la evaluación del efecto del medicamento para el dolor está presente, 55% que la valoración de dolor está ausente. En el manejo no farmacológico el 65% que la intervención es ausente y el 35% que está presente.¹⁸

Guzmán S. (2016) Lima, refiere que existe una realización significativa en 70% en el manejo del dolor con musicoterapia, la disminución es significativa del dolor sino también la disminución de la ansiedad, se encontraron también que sus funciones vitales se normalizaron. Llegando a la conclusión de que la música puede ser usada como un método simple, seguro y eficaz en reducción de las respuestas fisiológicas potencialmente perjudiciales.¹⁹

B. BASE TEÓRICA

1. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN TEORÍA DE JEAN WATSON DEL CUIDADO HUMANIZADO

Las intervenciones (actividades o acciones de enfermería), son aquellas que están encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que, en el Proceso de Atención de Enfermería, se debe de definir las intervenciones necesarias para alcanzar los criterios de resultados establecidos previamente, de tal forma que la intervención generada, llevará aparejadas a varias acciones.²⁰

Existen dos tipos diferentes de intervenciones:

- Intervenciones propias o independientes, emanadas de la propia enfermera en los diagnósticos de enfermería.
- Intervenciones de colaboración, provenientes de otros profesionales en los problemas interdisciplinarios.

Tanto las intervenciones propias como las de colaboración, necesitan de un juicio de enfermería independiente, ya que es la enfermera el profesional que legalmente debe determinar si es adecuado iniciarlas. La realización de una intervención de enfermería requiere de la ejecución de una serie de acciones concretas denominadas Actividades de enfermería.²¹

Para Watson J. "Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente por la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, es necesario rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería".²²

1.1. Elaboración de la teoría

1. Interacción enfermera-paciente: define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.
2. Campo fenomenológico: corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones. Es decir, es todo lo que construye la historia de vida del individuo tanto en el pasado, presente y futuro.
3. Relación transpersonal de cuidado: para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son:
 - Transpersonal: ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente
 - Cuidado transpersonal: intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.

4. Momento de cuidado: es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana.

1.2. Teoría del cuidado humano

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

1.3. Factores curativos de la ciencia del cuidado

- a) Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.
- b) Inculcación de la fe-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.
- c) Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.
- d) Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.
- e) Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe

reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

- f) Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.
- g) Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.
- h) Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.
- i) Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor

rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.

- j) Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas: la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud.

Los tres primeros factores del cuidado forman la base “filosófica”. Es una teoría filosófica en la que considera a la persona como "un ser en el mundo". La misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta. Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría:

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior,

los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes”.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol”.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado”.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.²³

Según González “El cuidado humanizado basado en valores, enfocado al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado

familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona. El cuidado humano implica valores, deseo y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias. Se debe saber quién es el otro, sus necesidades, limitaciones y fortalezas, que conducen a su crecimiento”.²⁴

2. EL DOLOR

El dolor es una señal del sistema nervioso de que algo no anda bien. Es una sensación desagradable, como un pinchazo, hormigueo, picadura, ardor o molestia. El dolor puede ser agudo o sordo. Puede ser intermitente o ser constante. Puede sentir dolor en algún lugar del cuerpo, como la espalda, el abdomen, el pecho o la pelvis. O puede sentir dolor generalizado. El dolor puede ayudar a diagnosticar un problema. Sin dolor, usted podría lastimarse gravemente sin saberlo o no darse cuenta de que tiene un problema médico que requiere tratamiento.²⁵

Se puede clasificar al dolor de acuerdo a su duración en dolor agudo y dolor crónico y a su intensidad en leve, moderado o severo. Puede ser percibido con distinta intensidad de acuerdo a la personalidad del individuo, a las circunstancias y al tipo del dolor, ya que posee un cierto carácter subjetivo. Un ejemplo de dolor agudo es el producido cuando nos quemamos, durante el parto o cuando se sufre un ataque cardíaco.

En contraste el dolor crónico es un dolor mantenido o recurrente, presente durante un período de tiempo prolongado, debido a distintas enfermedades y trastornos. Un ejemplo de este tipo de dolor es el sufrido en la artrosis. En el paciente con dolor crónico es habitual la presencia de trastornos psicoafectivos que alteran su entorno familiar y

laboral. Son significativas las manifestaciones depresivas en forma de alteraciones del sueño, irritabilidad o desinterés, convirtiéndose el dolor no en un síntoma como en el caso del dolor agudo, sino en una enfermedad y puede acompañar al individuo durante parte importante de su vida, disminuyendo su calidad de vida y provocando mucho sufrimiento. Así un 30% de los ancianos acuden a la consulta médica por dolores óseos y de las articulaciones. Siendo una de las causas más comunes de consulta médica en España.

Actualmente disponemos de diferentes tipos de fármacos y técnicas aplicables al tratamiento del dolor. Se utilizan fármacos analgésicos y antiinflamatorios de diferentes clases, según la naturaleza del dolor. Los analgésicos más utilizados son el ácido acetil salicílico, el paracetamol y el ibuprofeno. Para el tratamiento de dolores agudos leves o moderados se utiliza también diferentes técnicas, como la aplicación de calor, frío, o friegas alcohólicas. El frío además de reducir la sensación dolorosa disminuye la inflamación, con lo cual es muy útil en dolores producidos por contusiones o golpes. Por otro lado el calor produce el efecto contrario y se utiliza para la relajación muscular e incrementa el flujo de sangre en la zona dolorida, siendo muy útil en las lumbalgias.²⁶

El dolor es una sensación molesta y algunas personas hacen lo imposible para intentar aliviarlo. Si no pudiéramos sentir dolor, seríamos incapaces de evitar lesionarnos una y otra vez o causar daños a nuestro cuerpo de manera permanente. El dolor se ha convertido en un mecanismo de defensa que nos avisa de la existencia de lesiones y así contribuye a proteger el cuerpo.

El dolor está controlado por el sistema nervioso y es un proceso complejo. Se produce cuando un estímulo externo, activa las células nerviosas receptoras para que envíen un mensaje desde la médula

espinal al cerebro. Dichas células receptoras son capaces de sentir calor, frío, luz, tacto, presión y dolor. El dolor puede asimismo ir acompañado de otros síntomas físicos, como náuseas, mareo y debilidad. En muchas ocasiones, el primer impulso al notar dolor es dejar de movernos. Mucha gente cree que el reposo facilita la recuperación, pero en realidad el ejercicio moderado puede contribuir a que nos recuperemos antes.²⁷

2.1. Actitudes sobre el dolor

Cada persona reacciona al dolor de manera diferente. Algunas personas sienten que deben ser valientes y no quejarse cuando tienen dolor. Otras personas no dudan en decir que algo les duele y en pedir ayuda. Preocuparse por el dolor es algo común. Esta preocupación puede hacer que le dé miedo mantenerse activo y puede apartarle de sus amigos y su familia. Con la ayuda del médico, usted puede encontrar formas de continuar participando en actividades físicas y sociales a pesar de tener dolor.

Algunas personas posponen ir al médico porque piensan que el dolor es parte del envejecimiento y que nada puede ayudar. Es importante que visite al médico si tiene un dolor nuevo. Encontrar una manera de manejar el dolor es a menudo más fácil si el dolor se confronta temprano.²⁸

2.2. Vías del dolor

El dolor producido por una lesión comienza por la estimulación de un receptor del dolor de todos los que hay repartidos por el cuerpo. Estos receptores del dolor transmiten señales como impulsos eléctricos a lo largo de los nervios de la médula espinal y luego hacia arriba hasta el cerebro. En ocasiones, la señal provoca una respuesta refleja. Cuando la señal llega a la médula espinal, se manda otra señal de vuelta a lo largo de los nervios motores hasta

el punto donde se originó el dolor, haciendo que los músculos se contraigan sin la participación del cerebro. Esto es lo que sucede cuando al tocar algo muy caliente inadvertidamente, nos apartamos de inmediato de la fuente de calor. Esta reacción refleja es útil para evitar un daño permanente. La señal de dolor también es enviada al cerebro. Solo cuando el cerebro procesa la señal y la interpreta como dolor, la persona toma conciencia de este.

Los receptores del dolor y sus vías nerviosas difieren según las distintas partes del cuerpo. Por este motivo, la sensación de dolor varía según el tipo de lesión y su localización. Por ejemplo, los receptores del dolor de la piel son numerosos y capaces de transmitir una información precisa, incluyendo tanto la localización de la lesión como la causa de la agresión: cortante, como la herida de un cuchillo, o sorda, como presión, calor o frío. En cambio, los receptores del dolor en los órganos internos, como el intestino, son limitados e imprecisos. Así, el intestino se puede pinchar, cortar o quemar sin generar ninguna señal de dolor. Sin embargo, el estiramiento y la presión en el intestino provocan un dolor intenso, incluso por algo tan inocuo como una burbuja de gas atrapada. El cerebro no puede identificar la localización exacta del dolor intestinal, de manera que resulta difícil de localizar y se suele sentir sobre un área extensa.²⁹

2.3. Valoración del dolor con la escala de EVA

La Escala Analógica Visual (EVA) es otro abordaje válido para medir el dolor y conceptualmente es muy similar a la escala numérica. La EVA más conocida consiste en una línea de 10 cm. con un extremo marcado con “no dolor” y otro extremo que indica “el peor dolor imaginable”. El paciente marca en la línea el punto que mejor describe la intensidad de su dolor. La longitud de la línea del paciente es la medida y se registra en milímetros. La ventaja de

la EVA es que no se limita a describir 10 unidades de intensidad, permitiendo un mayor detalle en la calificación del dolor.³⁰

2.4. Tipos de dolor

Dolor musculoesquelético o mecánico: se produce en o por encima del nivel de una lesión de la médula espinal y puede derivar de la sobreexplotación de los músculos funcionales restantes o los utilizados en actividad que no les corresponde usualmente. La propulsión y las transferencias en silla de ruedas son responsables de la mayoría de los dolores mecánicos.

Dolor central o dolor por desaferentación: se siente por debajo del nivel de la lesión y generalmente se caracteriza por ardor, dolor y/o picazón. El dolor central no aparece de inmediato. Puede tomar semanas o meses para aparecer y a menudo está asociada con la recuperación en la función de la médula espinal. Este tipo de dolor es menos común en las lesiones completas. Otras irritaciones, tales como úlceras por presión o fracturas, pueden aumentar el ardor del dolor central.

El dolor psicológico: el aumento de la edad, la depresión, la ansiedad y el estrés se asocian con dolor aumentado tras la lesión medular. Esto no significa que la sensación de dolor en su cabeza es real, pero el dolor parece tener un componente emocional también.

2.5. Manejo del dolor

El dolor es una percepción compleja que difiere enormemente de una persona a otra, incluso entre quienes parecen tener lesiones o enfermedades idénticas. Las personas que viven con parálisis con frecuencia tienen lo que se llama dolor neurogénico (resultante de daños en los nervios del cuerpo, en la médula espinal o el cerebro

mismo). Las opciones de tratamiento para el dolor crónico incluyen medicamentos, acupuntura, estimulación eléctrica local, estimulación cerebral y cirugía. También se pueden emplear la psicoterapia, tratamientos farmacológicos y de relajación, retroalimentación biológica y modificación de conductas.

El objetivo del manejo del dolor es mejorar la función, permitiendo que las personas trabajen, asistan a la escuela o participen en otras actividades cotidianas. Los siguientes son algunos de los tratamientos más comunes:

- Tratamientos de calor y masajes: a veces son efectivos para los dolores musculoesqueléticos relacionados con la lesión de la médula espinal.
- Acupuntura: esta práctica se remonta 2500 años en China y consiste en la aplicación de agujas en puntos precisos del cuerpo. Mientras que algunas investigaciones sugieren que esta técnica aumenta los niveles de los analgésicos naturales del cuerpo (endorfinas), la acupuntura no es plenamente aceptada en la comunidad médica. De todas formas, es no invasiva y es barata comparada con otros tratamientos para el dolor. En algunos estudios limitados, este método ayudó a aliviar el dolor de la LME.
- Ejercicio: las personas que viven con la LME que se sometieron a un programa regular de ejercicios mostraron una mejora significativa en las puntuaciones del dolor, así como mejoras de las puntuaciones de depresión. Incluso el movimiento o la natación ligera a moderada pueden contribuir a una sensación general de bienestar mejorando el flujo de sangre y oxígeno a los músculos tensos y débiles. Menos estrés equivale a menos dolor.

- Hipnosis: terapia de imaginería visual, que utiliza imágenes guiadas para modificar el comportamiento. Ayuda a algunas personas a aliviar el dolor al cambiar la percepción de incomodidad.
- Retroalimentación: entrena a la gente a ser consciente y obtener control de ciertas funciones corporales, como la tensión muscular, la frecuencia cardíaca y la temperatura de la piel. Uno también puede aprender a efectuar un cambio en sus respuestas al dolor, por ejemplo, usando técnicas de relajación. Al modificar conscientemente los ritmos cerebrales fuera de equilibrio, las personas pueden mejorar los procesos del cuerpo y la fisiología cerebral. Hay muchos argumentos a favor de tratar el dolor crónico con la retroalimentación, especialmente utilizando información de ondas cerebrales.
- Estimulación eléctrica transcraneal: los electrodos se aplican al cuero cabelludo del individuo, permitiendo que la corriente eléctrica estimule al cerebro subyacente. Los estudios recientes indican que este tratamiento puede ser útil en la reducción del dolor crónico relacionado a la lesión medular.
- Neuroestimulación eléctrica transcutánea: se ha demostrado que ayuda con el dolor musculoesquelético. En general, no ha sido tan eficaz para el dolor por debajo de la lesión.
- Estimulación magnética transcraneal: son impulsos electromagnéticos que se aplican al cerebro. Ha ayudado con el dolor tras el accidente cerebrovascular y, en estudios limitados, ha reducido el dolor de la LME con el uso a largo plazo.
- Estimulación en la médula espinal: electrodos son insertados quirúrgicamente dentro del espacio epidural de la médula espinal. El paciente activa un pulso de electricidad a la médula espinal usando un pequeño receptor. Esto es comúnmente utilizado para el dolor en la parte baja de la espalda, pero

algunas personas con esclerosis múltiple o parálisis pueden beneficiarse también.

- Estimulación cerebral profunda: considerada un tratamiento extremo e involucra la estimulación quirúrgica del cerebro, generalmente el tálamo. Se utiliza para un número limitado de afecciones, incluyendo el síndrome de dolor central, el dolor del cáncer, el miembro fantasma y otros tipos de dolor neuropático.
- Imanes: generalmente considerados pseudociencia; sus proponentes ofrecen la teoría de que los campos magnéticos pueden efectuar cambios en las células o la química corporal, produciendo así alivio del dolor.
- Inyecciones de toxina botulínica (Botox): se utiliza comúnmente para tratar la espasticidad focal, también pueden tener un efecto sobre el dolor.
- Bloqueos nerviosos: medicamentos, agentes químicos o técnicas quirúrgicas que interrumpen la transmisión de mensajes de dolorosos entre áreas específicas del cuerpo y el cerebro. Los tipos de bloqueos nerviosos incluyen la neurectomía, rizotomía de la médula dorsal, craneal y del trigémino, y bloqueo simpático.
- Fisioterapia y la rehabilitación: se utiliza a menudo para aumentar la función, controlar el dolor y acelerar la recuperación de la persona.
- Cirugías: incluyen la rizotomía, en la cual un nervio cerca de la médula espinal se corta y cordotomía, donde grupos de nervios dentro de la médula espinal son seccionados.
- Cordotomía: se utiliza para tratar el dolor asociado con el cáncer terminal. La cirugía de la zona de entrada de la raíz dorsal, o DREZ por sus siglas en inglés, destruye las neuronas espinales que corresponden al dolor del paciente. Esta cirugía puede realizarse con electrodos que dañan selectivamente las neuronas en un área determinada del cerebro.

- Marihuana: aunque ilegal en muchos estados, sus proponentes la colocan junto con otros analgésicos. De hecho, durante muchos años, fue vendida en forma de cigarrillos por parte del gobierno de los Estados Unidos sólo para ese propósito. Parece que la marihuana se une a los receptores que se encuentran en muchas regiones cerebrales que procesan la información dolorosa.³¹

2.6. Detección del dolor en urgencias

El dolor pertenece a la subjetividad del paciente y sólo puede ser conocido por nosotros a partir de la información que éste nos transmite mediada por expresión verbal o gestual, y en función tanto de nuestros conocimientos y experiencias profesionales, como de nuestras propias experiencias personales de dolor. El médico tiende, especialmente en urgencias, a minusvalorar la intensidad y la importancia clínica del dolor expresado por el paciente y tiende a centrar más su atención en otros datos y alteraciones observables. Aún es más crítica y distante la actitud si percibe que el dolor no responde o es desproporcionado a lesiones o patologías objetivables.

Los conocimientos neurofisiológicos y neuropsicológicos sobre dolor, señalan que es siempre y sin excepción un producto de la elaboración neuropsicológica de las señales dolorosas periféricas, y que el componente psicógeno es tan genuino en el sentido de fisiología y clínica del dolor como el lesional. Este planteamiento es una vía hacia el error, porque facilita sesgar hacia diagnósticos de funcionalidad a los dolores expresados por personalidades con rasgos y expresividad neurótica, con graves consecuencias potenciales. En urgencias esta actitud es especialmente peligrosa, porque recibimos a pacientes que no conocemos, los recibimos en una situación de ansiedad personal y con frecuencia de irritación

por una espera prolongada y no tenemos posteriormente opción a comprobar su curso. Siempre, pero especialmente en urgencias, es muy importante considerar que el dolor del paciente es el que él nos refiere y en el sitio e intensidad en que lo sitúa, de forma que siempre que un paciente dice que tiene dolor, hemos de pensar que tiene dolor.

Esta actitud de respeto a los sentimientos del paciente, no debe de ser obstáculo de que seamos capaces de valorar con el paciente aquellos elementos de su vida psíquica que pueden estar favoreciendo o condicionando la percepción y expresión del dolor en la forma y con la intensidad en que lo hace, pero siempre con la reserva de que estos elementos no son excluyentes con otros diagnósticos o lesiones en relación al dolor. Tampoco debe ser obstáculo para detectar, contener y manejar con profesionalidad cualquier forma de instrumentalización que el paciente puede hacer de forma no consciente o deliberada de su dolor.

El respeto a los sentimientos y necesidades del paciente en urgencias, no sólo alcanzan a la aceptación del dolor en los términos expresados por el paciente, sino también al carácter subjetivo de la urgencia. Es relativamente recuente que un paciente pueda tolerar un dolor durante días o semanas sin consultar a ningún profesional y por cualquier motivo o circunstancia la alarma por el dolor contenida o negada hasta entonces, se descontrola en una espiral de ansiedad que hace claudicar al paciente e ir a urgencias. También en estos casos es necesario atender sin rechazo ni prejuicios las necesidades objetivas y subjetivas de estos pacientes y sólo después de haber aclarado la relevancia clínica del caso y después de haber aliviado el dolor o la ansiedad generadoras de la urgencia se puede re situar la posterior asistencia en el marco adecuado, sin correr riesgos mayores.³²

C. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES:

- **Edad:** Es el tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.
- **Sexo:** Condición orgánica que distingue a las mujeres de los hombres.
- **Estado civil:** Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no tiene pareja.
- **Lugar de procedencia:** El lugar donde de donde nació la persona.
- **Grado de instrucción:** Es el nivel de instrucción de una persona ha realizado en el rubro académico.
- **Tiempo de servicio:** Es la estancia que lleva el paciente en el servicio de emergencia.

2. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Son todas aquellas acciones relacionadas con el dolor, en el momento de ingreso al servicio de emergencia.

3. MANEJO DEL DOLOR

Son todas aquellas intervenciones que realiza el personal de salud para disminuir el dolor que aqueja al paciente.

- Farmacológicas: Uso de medicamentos para disminuir el dolor.
- No farmacológicas: Uso de otros medios distractorios, como comodidad y confort para la disminución del dolor

D. ALCANCES Y LIMITACIONES

1. ALCANCES

Los resultados de la investigación serán generalizados a la población total.

2. LIMITACIONES

En la presente investigación no se presentaron limitaciones para la realización del estudio.

CAPÍTULO III

MARCO OPERACIONAL

A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

PROCEDIMIENTOS

1. Se determinó como área de estudio para la presenta investigación el Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica en el servicio de Emergencia.
2. Se realizó las coordinaciones con el director del Hospital Augusto Hernández Mendoza de la misma manera con la jefa de enfermeras, a quien se le dio a conocer el cronograma de actividades de recolección de datos hasta el procesamiento de la información, todo ello a fin de obtener las facilidades y los permisos respectivos para la aplicación de nuestro instrumento.

Obteniéndose el permiso para la recolección de los datos mediante la encuesta.

3. Se preparó la logística para el desarrollo del estudio.
4. Se obtuvo el consentimiento informado de las unidades de análisis.
5. Se realizó el trabajo de campo y se aplicó el instrumento de recolección de datos durante la investigación. Los datos fueron recolectados diariamente en función a los encuestados para participar en el estudio, teniendo en cuenta los documentos respaldados por el Comité de Institucional de Ética como: El consentimiento informado y el compromiso de confidencialidad y protección de datos, a quienes se les entregó una copia para que se lo lleven y las investigadoras contaron con una para utilizarlo como documento legal si fuera el caso.
6. En el primer contacto con los pacientes se aprovechó para obtener los datos sociodemográficos y el manejo de dolor. Una vez encuestados se sometió a una revisión de la calidad de información vertida en dichos documentos.
7. Posteriormente se realizó el procesamiento y análisis estadístico en el programa SPSS Vs 20 para Windows y Excel.
8. Se analizaron los datos e interpretaron según los resultados, confrontándolo con los antecedentes encontrados y con la base teórica disponible.
9. Elaboración y presentación del informe final.

B. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO

En los últimos años el incremento de pacientes que ingresan por el servicio de emergencia se ha incrementado, generando intervenciones inmediatas por parte del personal de enfermería a fin de satisfacer las necesidades que por naturaleza ponen en riesgo la vida de los pacientes.

Sin embargo, el manejo del dolor de los pacientes que acuden por emergencia es sumamente importante pero muchas veces se ve desmerecido el rol del personal en esta área ya que se observa un cuidado mecanizado y por mostrar poco o ningún interés en los cuidados frente al dolor de los pacientes, ya que al manifestarse el dolor solo se usan los fármacos para aliviar el dolor y no se intenta realizar algún tratamiento diferente al farmacológico.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por todos los pacientes que acudieron por emergencia en los meses de setiembre a noviembre al Hospital Augusto Hernández Mendoza con dolor, con un promedio de 100 pacientes por el mes de setiembre en el año 2019 y además cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

Pacientes que:

- Deseen participar de la investigación
- Estén lúcidos y se encuentren orientados en tipo, espacio y persona.
- Presenten episodios de dolor.
- Tengan edades comprendidas entre 18 a 30 años.

Criterios de exclusión

Pacientes que:

- No deseen participar de la investigación.
- Hablen otro lenguaje y no se entienda.
- Ingresen por otras patologías que no produzcan episodios de dolor.
- Sus edades sean inferiores a 18 años y superiores a 30 años.

La muestra se obtuvo mediante un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia. Se obtuvo como muestra según la fórmula de población finita:

$$n = \frac{\alpha (p) (q)N}{E^2(N-1)+ \alpha (p) (q)}$$

$$n = \frac{4 (100) (20) 100}{9^2(100-1)+4(100) (20)}$$

$$n = \frac{800000}{81 (99) + 8000}$$

$$n = \frac{800000}{8019+8000}$$

$$n = \frac{800000}{16019}$$

$$n= 50$$

La muestra fue de 50 pacientes.

D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El método utilizado fue la encuesta, como técnica de recolección de datos fue el cuestionario.

El instrumento de escala tipo Likert modificado, es un instrumento validado y creado por Ahuanari A, la cual lo validó mediante una prueba binomial, dando como resultado 0.013. Este instrumento fue sometido a una prueba piloto con 20 encuestados por el cual pasa por el proceso de confiabilidad. Se realizó la fiabilidad mediante el

programa SPSS en donde se determinó el coeficiente de Alpha de Cronbach en donde se logró estimar la confiabilidad, lo que permitió inferir una alta consistencia interna de los datos. Es decir, se logró determinar que el presente instrumento si logra medir los respectivos objetivos.

Los enunciados estuvieron identificados en escala de frecuencia: Nunca (1), casi nunca (2), algunas veces (3), casi siempre (4), siempre (5). El cuestionario consta de una introducción, cuyo contenido estuvo conformado por encuestados divididos en dos secciones correspondientes al manejo farmacológico y al manejo no farmacológico, con 14 enunciados cada uno, dado en total de 28 enunciados.

Para la medición de la intervención de enfermería en el manejo del dolor, se calculó intervalo de medidas, dividiéndolo en dos valores: presentes y ausente.

Se calculó el puntaje máximo de 140 puntos y el mínimo de 28 puntos. Se dividió en dos rangos, considerándose:

- Intervenciones de enfermera presente a los puntajes ≥ 112 .
- Intervención de enfermería ausente al valor < 112 .

Así mismo para determinar la intervención de enfermería en el manejo farmacológico se consideró:

- Intervenciones de enfermera presente a los puntajes ≥ 56 .
- Intervención de enfermería ausente al valor < 56 .

Para determinar el manejo no farmacológico se consideró:

- Intervenciones de enfermera presente a los puntajes ≥ 56 .
- Intervención de enfermería ausente al valor < 56 .

Consideraciones éticas: Se ha aplicado los principios básicos de la ética de la investigación: Principios de beneficencia y no maleficencia: se brindó conocimientos sobre el manejo del dolor, lo cual beneficio sus capacidades de actuación ante estas situaciones posteriores.

Confidencialidad: Se guardó la información recopilada en absoluta confidencialidad y fue solo de utilidad para los fines del estudio, manteniéndose el anonimato de los participantes en su publicación. Además se empleó el consentimiento informado para asegurar la participación de los conductores.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES
QUE INGRESAN POR EMERGENCIA AL HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019

EDAD	N°	Porcentaje
18 – 21 años	10	20%
22 – 25 años	26	52%
26 – 30 años	14	28%
SEXO		
Femenino	34	68%
Masculino	16	32%
ESTADO CIVIL		
Soltero	30	60%
Casado	3	6%
Conviviente	17	34%
LUGAR DE PROCEDENCIA		
Costa	36	72%
Sierra	10	20%
Selva	4	8%
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria	2	4%
Secundaria	10	20%

Técnico	24	48%
Universitario	14	28%
<hr/>		
TIEMPO EN EL SERVICIO		
Menos de 12 horas	23	46%
De 12 a 24 horas	15	30%
Más de 24 horas	12	24%
<hr/>		
TOTAL	50	100
<hr/>		

Se observa que el 52% de los encuestados sus edades comprenden entre 22 a 25 años, respecto al sexo la mayoría de los encuestados son de sexo femenino con un 68%, el 60% presentan estado civil solteros, el 72% son precedentes de la costa, el 48% son de grado de instrucción técnicos y según el tiempo en el servicio el 46% tienen menos de 12 horas.

TABLA 2

**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBE INFORMACIÓN SOBRE
MEDICINAS PARA EL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019**

Recibe información de Medicinas para el dolor	N°	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Algunas Veces	2	4,0	4,0
Casi Siempre	3	6,0	10,0
Siempre	45	90,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre la información que le proporciona sobre las medicinas que recibe para el tratamiento del dolor, en donde el 90,0% de los encuestados respondieron siempre, seguido de 6,0% casi siempre y un 4,0% Algunas veces; de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está presente.

TABLA 3

**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE LE SOLICITAN EL CONSENTIMIENTO
AL ADMINISTRAR MEDICINAS PARA EL DOLOR. SERVICIO DE
EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA,
ICA 2019**

Le solicitan consentimiento informado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Casi Nunca	2	4,0	4,0
Algunas Veces	4	8,0	12,0
Casi Siempre	7	14,0	26,0
Siempre	37	74,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si el personal de enfermería solicita el consentimiento informado para la administrar el tratamiento del dolor, en donde el 74,0% de los encuestados respondieron que siempre, el 14,0% casi siempre, el 8,0% algunas veces y un 4,0% casi nunca; de manera que el mayor porcentaje recae en siempre por lo que se evidencia que está presente la intervención de enfermería en el manejo del dolor.

TABLA 4

**POBLACIÓN DE ESTUDIO POR MEDICIÓN DE INTENSIDAD DEL
DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019**

Medición de la intensidad del dolor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Algunas Veces	7	14,0	14,0
Casi Siempre	4	8,0	22,0
Siempre	39	78,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera le pregunta cuánto le duele al paciente de intensidad en escala del 0-10, en donde el 78,0% de los encuestados respondieron que siempre, el 14,0% algunas veces y un 8,0% casi siempre; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está presente.

TABLA 5

**POBLACIÓN DE ESTUDIO POR: SI LAS ENFERMERAS PREGUNTAN
CÓMO SE SIENTEN AL ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO PARA EL
DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019**

Le preguntan cómo se sienten al administrar el tratamiento para el dolor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	1	2,0	2,0
Casi Nunca	2	4,0	6,0
Algunas Veces	3	6,0	12,0
Casi Siempre	10	20,0	32,0
Siempre	34	68,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enferma le pregunta cómo se siente durante la administración del tratamiento del dolor, en donde el 68,0% de los encuestados respondieron que siempre, el 20,0 casi siempre, el 6,0% algunas veces, 4,0% casi nunca y un 2,0% nunca; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está presente.

TABLA 6

**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE EVALÚAN AL RECIBIR LAS
MEDICINAS PARA EL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019**

Evalúan al recibir las medicinas para el dolor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Algunas Veces	1	2,0	2,0
Casi Siempre	1	2,0	4,0
Siempre	48	96,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera evalúa los resultados de la medicación que recibió el paciente para el dolor, en donde el 96% de los encuestados respondieron que siempre y un 2,0% casi siempre al igual que algunas veces; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está presente.

TABLA 7

POBLACIÓN DE ESTUDIO POR: LA ENFERMERA LE ADMINISTRA LAS MEDICINAS PARA EL DOLOR CUIDADOSAMENTE. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019

Le administran las medicinas para el dolor cuidadosamente	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Algunas Veces	4	8,0	8,0
Casi Siempre	2	4,0	12,0
Siempre	44	88,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera administra los medicamentos de forma cuidadosa preocupándose por el paciente, en donde el 88,0% de los encuestados respondieron que siempre, el 8,0% algunas veces y un 4,0% casi siempre; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está presente.

TABLA 8**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBE MEDICINAS PARA EL DOLOR A LA HORA INDICADA. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019**

Hora indicada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Algunas Veces	4	8,0	8,0
Casi Siempre	5	10,0	18,0
Siempre	41	82,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera administra los medicamentos ara el dolor en la hora indicada, en donde el 82,0% de los encuestados respondieron que siempre, 10,0% casi siempre y un 8,0% algunas veces; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está presente.

TABLA 9

**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBE DOSIS INDICADA DE LAS
MEDICINAS PARA EL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019**

Dosis indicada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Algunas Veces	3	6,0	6,0
Casi Siempre	2	4,0	10,0
Siempre	45	90,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera le administra la dosis suficiente del medicamento para aliviar el dolor, en donde el 90,0% de los encuestados respondieron que siempre, el 6,0% algunas veces y un 4,0% casi siempre; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está presente.

TABLA 10

**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBE INFORMACIÓN SOBRE SUS
FUNCIONES VITALES. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019**

Recibe información sobre sus funciones vitales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Casi Nunca	2	4,0	4,0
Algunas Veces	5	10,0	14,0
Casi Siempre	7	14,0	28,0
Siempre	36	72,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera le informa sobre sus valores de la presión, pulso y temperatura, en donde el 72,0% de los encuestados respondieron que siempre, el 14,0% casi siempre, el 10,0% algunas veces y un 4,0% casi nunca; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está presente.

TABLA 11

**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE SE DIRIGEN POR SU NOMBRE Y
APELLIDOS AL RECIBIR LAS MEDICINAS PARA EL DOLOR.
SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019**

Se dirigen por su nombre y apellidos al recibir las medinas para el dolor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Algunas Veces	5	10,0	10,0
Casi Siempre	4	8,0	18,0
Siempre	41	82,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera se dirige por el nombre al atender al paciente y verifica el tratamiento con el nombre y apellido, en donde el 82% de los encuestados respondieron que siempre, 10,0% algunas veces y un 8,0% casi siempre; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está presente.

TABLA 12

**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE REVISAN SU VÍA PERIFÉRICA AL
RECIBIR MEDICINAS PARA EL DOLOR. SERVICIO DE
EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA, ICA 2019**

Revisan su vía periférica al recibir medicinas para el dolor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Algunas Veces	6	12,0	12,0
Casi Siempre	1	2,0	14,0
Siempre	43	86,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera supervisa continuamente la vía periférica e indica la vía por donde va a recibir el tratamiento para el dolor, en donde el 86,0% de los encuestados respondieron que siempre, el 12,0% algunas veces y un 2,0% casi siempre; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está presente.

TABLA 13

**POBLACIÓN DE ESTUDIO AL QUE LE BRINDAN TRATAMIENTO
CONDICIONAL AL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019**

Tratamiento condicional para el dolor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Algunas Veces	2	4,0	4,0
Casi Siempre	8	16,0	20,0
Siempre	40	80,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera acude inmediatamente con el tratamiento condicional cuando hay dolor, en donde el 80,0% de los encuestados respondieron que siempre, el 16,0% casi siempre y un 4,0% algunas veces; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está presente.

TABLA 14

**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBE INFORMACIÓN SOBRE LOS
TIPOS DE MEDICINAS PARA EL DOLOR. SERVICIO DE
EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA, ICA 2019**

Recibe información sobre los tipos de medicinas para el dolor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Algunas Veces	1	2,0	2,0
Casi Siempre	9	18,0	20,0
Siempre	40	80,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera le explica sobre los tipos de medicamentos que hay para el dolor que tiene, en donde el 80,0% de los encuestados respondieron que siempre, el 18,0% casi siempre y un 2.0% algunas veces; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está presente.

TABLA 15

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR
FARMACOLÓGICO EN PACIENTES QUE INGRESAN POR
EMERGENCIA AL HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019**

Farmacológico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Presentes	47	94,0	94,0
Ausentes	3	6,0	100,0
Total	50	100,0	

Fuente: Data resultados.

Se observa los resultados sobre la intervención de enfermería en el manejo del dolor farmacológico, en donde el 94,0% de los encuestados respondieron que las intervenciones farmacológicas están presentes y un 6,0% están ausentes. Entre las intervenciones farmacológicas que le proporcionaron las enfermeras a los pacientes estaba la información sobre los fármacos que le colocan, el consentimiento, la valoración la valoración, evaluación física, evaluación post colocación del tratamiento y la administración adecuada del medicamento.

TABLA 16**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE LE MUESTRAN TRATAMIENTO ALTERNATIVO PARA EL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019**

Le muestran tratamiento alternativo para el dolor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	1	2,0	2,0
Casi Nunca	26	52,0	54,0
Algunas Veces	5	10,0	64,0
Casi Siempre	9	18,0	82,0
Siempre	9	18,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera le muestra tratamientos alternativos a los medicamentos para el dolor, en donde el 52% de los encuestados respondieron que casi nunca, 18,0% siempre, el 18,0% casi siempre, 10,0% algunas veces y un 2,0% nunca; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está ausente.

TABLA 17

**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBEN COMODIDAD Y CONFORT.
SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA, ICA 2019**

Reciben comodidad y confort	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	1	2,0	2,0
Casi Nunca	1	2,0	4,0
Algunas Veces	28	56,0	60,0
Casi Siempre	6	12,0	72,0
Siempre	14	28,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera atiende las necesidades básicas de comodidad, como el descanso para aliviar el dolor del paciente, en donde el 56,0% de los encuestados respondieron que algunas veces, 28,0% siempre, el 12,0% casi siempre, 2,0% casi nunca y un 2,0% nunca; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está ausente.

TABLA 18

**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBE ESCUCHA ACTIVA.
SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA, ICA 2019**

Escucha activa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	1	2,0	2,0
Casi Nunca	3	6,0	8,0
Algunas Veces	28	56,0	64,0
Casi Siempre	9	18,0	82,0
Siempre	9	18,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera le escucha y le ayuda a disminuir la ansiedad, en donde el 56,0% de los encuestados respondieron que algunas veces, 18,0% siempre, el 18,0% casi siempre, 6,0% casi nunca y un 2,0% nunca; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está ausente.

TABLA 19

**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBE MEDIOS DE
DISTRACCIÓN PARA DISMINUIR EL DOLOR. SERVICIO DE
EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA, ICA 2019**

Recibe medios de distracción para disminuir el dolor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	1	2,0	2,0
Casi Nunca	4	8,0	10,0
Algunas Veces	24	48,0	58,0
Casi Siempre	10	20,0	78,0
Siempre	11	22,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera le facilita los medios distractores como televisión y música para contrarrestar el dolor, en donde el 48,0% de los encuestados respondieron que algunas veces, el 22,0% siempre, el 20,0% casi siempre, el 8,0% casi nunca y un 2,0% nunca; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está ausente.

TABLA 20

**POBLACIÓN DE ESTUDIO AL QUE UTILIZAN TONO AMIGABLE
PARA REFERIRSE A ELLOS. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019**

Utilizan tono amigable al referirse a ellos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	1	2,0	2,0
Casi Nunca	2	4,0	6,0
Algunas Veces	24	48,0	54,0
Casi Siempre	9	18,0	72,0
Siempre	14	28,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera utiliza tono amigable y palabras cariñosas al dirigirse al paciente, en donde el 48,0% de los encuestados respondieron que algunas veces, el 28,0% siempre, el 18,0% casi siempre, el 4,0% casi nunca y un 2,0% nunca; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está ausente.

TABLA 21

POBLACIÓN DE ESTUDIO AL QUE UTILIZAN COMPRESAS FRÍAS O CALIENTES, PARA ALIVIAR SU DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019

Utilizan compresas frías o calientes para aliviar su dolor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	1	2,0	2,0
Casi Nunca	2	4,0	6,0
Algunas Veces	20	40,0	46,0
Casi Siempre	17	34,0	80,0
Siempre	10	20,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera usa compresas frías o calientes para aliviar el dolor, en donde el 40,0% de los encuestados respondieron que algunas veces, el 34,0% casi siempre, el 20,0% siempre, el 4,0% casi nunca y un 2,0% nunca; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está ausente.

TABLA 22

**POBLACIÓN DE ESTUDIO QUE RECIBE INFORMACIÓN SOBRE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN. SERVICIO DE EMERGENCIA-HOSPITAL
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019**

Recibe información sobre técnicas de relajación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	1	2,0	2,0
Algunas Veces	28	56,0	58,0
Casi Siempre	12	24,0	82,0
Siempre	9	18,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera le ayuda a estar relajado o indica las medidas que se deben de toar para estar relajado, en donde el 56,0% de los encuestados respondieron que algunas veces, el 24,0% casi siempre, el 18,0% siempre y un 2,0% nunca; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está ausente.

TABLA 23

**POBLACIÓN DE ESTUDIO AL QUE ORIENTAN A SUS CUIDADORES
PARA DISMINUIR EL DOLOR. SERVICIO DE EMERGENCIA-
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019**

Orientan a sus cuidadores para disminuir el dolor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	1	2,0	2,0
Algunas Veces	27	54,0	56,0
Casi Siempre	8	16,0	72,0
Siempre	14	28,0	100,0
Total	50	100,0	

Se observa los resultados sobre si la enfermera orienta a los cuidadores o familiares sobre procedimientos que ayudaran a disminuir el dolor, en donde el 54,0% de los encuestados respondieron que algunas veces, el 28,0% siempre, el 16,0% casi siempre y un 2,0% nunca; de manera que el mayor porcentaje recaen en siempre de manera que se evidencia que la intervención de enfermería en el manejo del dolor está ausente.

TABLA 24

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES QUE INGRESAN POR EMERGENCIA AL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA, ICA 2019

No farmacológica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Presentes	22	44,0	44,0
Ausentes	28	56,0	100,0
Total	50	100,0	

Fuente: Data resultados.

Se observa los resultados sobre la intervención de enfermería en el manejo del dolor no farmacológico, en donde el 56,0% de los encuestados respondieron que las intervenciones no farmacológicas están ausentes y un 44,0% están presentes. Entre las intervenciones no farmacológicas que le proporcionaron las enfermeras a los pacientes estaba tratamientos alternativos al dolor, atención a las necesidades básicas, escucha activa, ambiente adecuado, posición para disminuir el dolor, medios distractoras, tono amable, uso de compresas y orientación hacia los cuidadores.

TABLA 25

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN
PACIENTES QUE INGRESAN POR EMERGENCIA AL
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA, ICA 2019**

Manejo del dolor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Presentes	35	70,0	70,0
Ausentes	15	30,0	100,0
Total	50	100,0	

Fuente: Data resultados.

Se observa los resultados sobre la intervención de enfermería en el manejo del dolor, en donde el 70,0% de los encuestados respondieron que las intervenciones de enfermería están presentes y un 30,0% están ausentes. Entre las intervenciones de enfermería que son más resaltantes son las intervenciones farmacológicas las cuales los pacientes lo evidencian más que las no farmacológicas.

B. DISCUSIÓN

En base a los resultados obtenidos en la investigación se ha determinado que existe la presencia de intervenciones de enfermería en el manejo del dolor según la percepción de los pacientes que ingresaron por el servicio de emergencia del Hospital Augusto Hernández Mendoza, Ica 2019. Esto se puede evidenciar tomando en cuenta que el 94,0% de los encuestados respondieron que las intervenciones farmacológicas están presentes y un 6,0% están ausentes. Pero según las intervenciones de enfermería en el manejo del dolor no farmacológico el 56,0% de los encuestados respondieron que las intervenciones no farmacológicas están ausentes y un 44,0% están presentes. Dando como resultado global que el existe la presencia un manejo adecuado del dolor en un 70,0% y un 30,0% ausente.

Estos resultados se pueden contrastar con las investigaciones realizadas por Monleón M.¹² el encontró que comúnmente fueron registradas en la historia de los pacientes con un porcentaje de $p < 0,05$ fueron el control del dolor desde la perspectiva física y la medicación prescrita, seguido de intervenciones dirigidas al cuidado emocional y a la educación que se le da a los pacientes. También encontraron que existe diferencia entre la elección de la intervención de enfermería relacionadas con el sexo, la edad, antigüedad laboral y la especialidad que desempeña la enfermera en un porcentaje de $p < 0,01$. También se puede hacer referencia a Ortega R, et al.¹³ quienes informaron que posterior a la intervención el personal de enfermería mejoro sus conocimientos sobre el manejo del dolor en los pacientes con un 70.4%, ya que en pretest que brindaron una menor atención y cuidados a lo que paso posterior a la intervención.

Por otro lado, se puede hacer referencia también a Castanera A.¹⁴ quien encontró que los pacientes a los que se les aplicó la guía de CIPPC experimentaron menos dolor y obtuvieron una estancia hospitalaria menor que los pacientes del grupo control a los cuales no se les aplicó la guía. Se puede tomar como referencia también a Morales A.¹⁵ quien encontró que su mayoría presentan dolor mixto localizado en miembros inferiores, según la intensidad del dolor encontró que la mayoría marcó 6 para el dolor en reposo y de 8,1 en movimiento. Indicó también que existe una relación en la ansiedad y depresión con $d=0.35$ y $d=0.39$ respectivamente y la intensidad del dolor con $d=0.43$ y $d=0.32$ en función de reposo o en movimiento.

Cabe indicar que en la investigación de Godoy A, Olivia A.¹⁶ evidenciaron que la mayor parte del personal de enfermería es el 94% de sexo femenino, la mayoría tiene entre 20 a 25 años con un 41%. En formación académica el 47% de las enfermeras son universitarias, poseen menos de 1 año de experiencia con un 53%, el 82% afirma que no existe un protocolo escrito para el manejo y control del dolor en los pacientes con un 70% contestó correctamente, en cuanto a identificación del dolor el 76% contestó correctamente. Por otro lado Trebejo L, Serna J.¹⁷ comunicaron que las intervenciones de enfermería para la valoración y manejo del dolor en los pacientes del servicio de emergencia son eficaces. Sin embargo el 70% de las evidencias indican que las intervenciones necesitan perfeccionarse para alcanzar mejores resultados en su aplicación.

En la investigación de Ahuanari A.¹⁸ encontró datos opuestos a los mostrados por nuestra investigación ya que encontraron el 60% de los pacientes opinan que la intervención de enfermería en el manejo del dolor es ausente. Con manejo farmacológico 65% que la intervención está presente, el 35% que es ausente; 70 y 60% respectivamente, indicaron que la administración de medicamentos y la evaluación del

efecto del medicamento para el dolor está presente, 55% que la valoración de dolor está ausente. En el manejo no farmacológico el 65% que la intervención es ausente y el 35% que está presente. Por otro lado Guzman S.¹⁹ refiere que existe una realización significativa en 70% en el manejo del dolor con musicoterapia, la disminución es significativa del dolor sino también la disminución de la ansiedad, se encontraron también que sus funciones vitales se normalizaron. Llegando a la conclusión de que la música puede ser usada como un método simple, seguro y eficaz en reducción de las respuestas fisiológicas potencialmente perjudiciales.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

PRIMERA : Dentro de las características de la población se ha logrado evidenciar que el mayor porcentaje es decir el 52% de los encuestados sus edades comprendieron entre 22 a 25 años, respecto al sexo la mayoría de los encuestados son de sexo femenino con un 68%, el 60% presentan estado civil solteros, el 72% son precedentes de la costa, el 48% son de grado de instrucción técnicos y según el tiempo en el servicio el 46% tienen menos de 12 horas.

- SEGUNDA :** Se ha logrado identificar las intervenciones de enfermería en el manejo del dolor farmacológico evaluado por los pacientes que ingresaron por emergencia al Hospital Augusto Hernández Mendoza, Ica 2019. Observándose que el 94,0% de los encuestados respondieron que las intervenciones farmacológicas están presentes y un 6,0% están ausentes.
- TERCERA :** Se ha logrado identificar las intervenciones de enfermería en el manejo del dolor no farmacológico evaluado por los pacientes que ingresaron por emergencia al Hospital Augusto Hernández Mendoza, Ica 2019. Observándose que el 56,0% de los encuestados respondieron que las intervenciones no farmacológicas están ausentes y un 44,0% están presentes.
- CUARTA :** Las intervenciones de enfermería en el manejo del dolor están presentes en un 70,0% evaluado por los pacientes que ingresaron por emergencia al Hospital Augusto Hernández Mendoza, Ica 2019.

B. RECOMENDACIONES

1. Proponer al jefe de departamento del servicio de emergencia del Hospital Augusto Hernández Mendoza – Ica, un protocolo para el manejo del dolor propio de enfermería especificando cada tipo de dolor dependiendo de las patologías más frecuentes que llegan por emergencia.
2. Capacitar y actualizar al personal de enfermería sobre estrategias para el manejo del dolor en tratamientos no farmacológicos y el uso adecuado de los medicamentos.
3. Fomentar la elaboración de intervenciones de enfermería de calidad no robotizado mediante los modelos de atención a nivel nacional.
4. Evaluar las intervenciones de enfermería para el manejo adecuado del dolor en los pacientes que ingresan por emergencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. El dolor [Documento en línea] [Citado: 15 de junio del 2019]. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/F_Oncovida_17_BAJA.pdf
2. Un paciente con dolor. Elsevier [Documento en línea] [Citado: 15 de junio del 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-un-paciente-con-dolor-13028089>
3. El dolor y el cáncer [Documento en línea] [Citado: 15 de junio del 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/dolor/dolor-pdq>
4. Tratar el medicamento con dolor. American Society of clinical Oncology [Documento en línea] [Citado: 15 de junio del 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-conc%C3%A1ncer/efectos-f%C3%ADsicos-emocionales-y-sociales-delc%C3%A1ncer/manejo-de-los-efectos-secundarios-f%C3%ADsicos/dolor/tratar-el-dolor-con-medicamentos>
5. Intervención de enfermería [Documento en línea] [Citado: 15 de junio del 2019]. Disponible en: <https://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/>
6. Teoría de Jean Watson [Documento en línea] [Citado: 15 de junio del 2019]. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
7. Diaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S [Documento en línea] [Citado: 15 de junio del 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006
8. El mal tratamiento del dolor [Documento en línea] [Citado: 15 de junio del 2019]. Disponible en:

<https://www.efe.com/efe/america/sociedad/el-mal-tratamiento-del-dolor-tiene-en-un-ay-a-millones-de-latinoamericanos/20000013-3101694>

9. Diversas autoridades de América Latina se reúnen para discutir las políticas de acceso a los cuidados paliativos [Documento en línea] [Citado: 15 de junio del 2019]. Disponible en: <https://m.elmostrador.cl/agenda-pais/vida-en-linea/vida-destacados/2018/10/11/diversas-autoridades-de-america-latina-se-reunen-para-discutir-las-politicas-de-acceso-a-los-cuidados-paliativos/>
10. Perú es uno de los países con más bajo consumo de opioides para el dolor [Documento en línea] [Citado: 15 de junio del 2019]. Disponible en: <http://stakeholders.com.pe/salud/peru-es-uno-de-los-paises-con-mas-bajo-consumo-de-opioides-para-el-dolor/>
11. Urere I, Pacheco L. Cuidado de enfermería al paciente con dolor postoperatorio en un Hospital Público de la ciudad de Ica, Octubre 2016 – Setiembre 2017 [Documento en línea] [Citado: 15 de junio del 2019]. Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Downloads/102-367-1-PB.pdf>
12. Monleón M. Intervención de enfermería en dolor crónico Madrid 2018. [Tesis doctoral] Universidad Complutense de Madrid [Documento en línea] [Citado: 20 de junio del 2019]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/46330/1/T39560.pdf>
13. Ortega R, Aguirre M, Pérez M, Aguilera P, Sánchez M, et al. Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería México 2017. [Tesis para optar título profesional] Universidad Autónoma de Tamaulipas [Documento en línea] [Citado: 20 de junio del 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cuat/v12n2/2007-7858-cuat-12-02-29.pdf>
14. Castanera A. Valoración y control del dolor del pacientes pos operado de cirugía cardiaca pre y post implantación de una guía

práctica de cuidados de enfermeros que incluyen protocolo analgésico España 2017. [Tesis doctoral] Universidad de Girona [Documento en línea] [Citado: 20 de junio del 2019]. Disponible en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/461859/tacd_20171222.pdf?sequence=2&isAllowed=y

15. Morales A. Impacto en la calidad de vida en un programa de intervención de enfermería en pacientes con dolor crónico no oncológico [Tesis doctoral] Universidad de Málaga [Documento en línea] [Citado: 20 de junio del 2019]. Disponible en: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/16231/TD_MORALES_FERNANDEZ_Angeles.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Godoy A, Valeria A. Conocimientos y manejo de las técnicas del control del dolor en pacientes neonatos por el personal enfermero [Tesis para optar título profesional] Universidad Nacional de Cuyo [Documento en línea] [Citado: 20 de junio del 2019]. Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/8520/godoy-silvina-alejandra.pdf
17. Trebejo L, Serna J. Eficacia de las intervenciones de enfermería para la valoración del dolor en pacientes del servicio de emergencia [Tesis para optar título profesional de especialista en emergencia y desastre] Universidad Privada Norbert Wiener [Documento en línea] [Citado: 20 de junio del 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1910/ESPECIALIDAD%20-%20Trebejo%20Casimiro%2c%20%20Liliana%20Saida.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
18. Ahuanari A. Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima, 2016 [Tesis para optar título profesional] Universidad Nacional de San Marcos [Documento en línea] [Citado: 20 de junio del 2019]. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5849/Ahuanari_ra.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Guzmán S. Efectividad de la musicoterapia para el manejo del dolor en el paciente sometido a una intervención quirúrgica [Tesis para optar título profesional de especialista] Universidad Privada Norbert Wiener [Documento en línea] [Citado: 20 de junio del 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/351/TITULO%20-%20Guzm%c3%a1n%20Moreno%2c%20Sisy%20Cecilia.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
20. Intervención de enfermería [Documento en línea] [Citado: 25 de junio del 2019]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/listado-intervenciones-nic/>
21. Intervención enfermería [Documento en línea] [Citado: 25 de junio del 2019]. Disponible en: http://www.ome.es/02_02_01_desa.cfm?id=118
22. Montano J. Teoría de Jean Watson [Documento en línea] [Citado: 25 de junio del 2019]. Disponible en: <https://www.lifeder.com/jean-watson/>
23. Jean Watson [Documento en línea] [Citado: 25 de junio del 2019]. Disponible en: <https://historia-de-enfermeria8.webnode.mx/personajes-importantes-de-la-enfermeria2/jean-watson/>
24. González L, Velandia A, Flores V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. CONAMED. 2009; (14):40-43
25. Dolor [Documento en línea] [Citado: 25 de junio del 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pain.html>
26. El dolor [Documento en línea] [Citado: 25 de junio del 2019]. Disponible en:

<https://www.portalfarma.com/Ciudadanos/saludpublica/consejosdesalud/Paginas/dolor.aspx>

27. ¿Que entendemos del dolor? [Documento en línea] [Citado: 25 de junio del 2019]. Disponible en: <https://www.voltadol.com.es/dolor/que-es.html>
28. El dolor: usted puede obtener ayuda [Documento en línea] [Citado: 25 de junio del 2019]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/health/dolor-usted-puede-obtener-ayuda>
29. Introducción al dolor. Manual MSD [Documento en línea] [Citado: 25 de junio del 2019]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/dolor/introducci%C3%B3n-al-dolor>
30. Escala visual analógica [Documento en línea] [Citado: 25 de junio del 2019]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/eav_1.pdf
31. Dolor [Documento en línea] [Citado: 25 de junio del 2019]. Disponible en: <https://www.christopherreeve.org/es/international/top-paralysis-topics-in-spanish/pain>
32. Manejo del paciente con dolor en urgencia [Documento en línea] [Citado: 25 de junio del 2019]. Disponible en: file:///C:/Users/USER/Downloads/Emergencias-1995_7_2_58-70-70.pdf

ANEXOS



ANEXO 01 CONSENTIMIENTO INFORMADO



Estimado Señor (a):

Somos licenciadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín: Alarcón De la Cruz Katherine y Llanos Jaime Sandra.

Hemos efectuado una investigación sin fines de lucro cuyo objetivo es determinar la intervención de enfermería en el manejo del dolor que ingresan por emergencia al Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica 2019. Cada participación será anónima del mismo modo que cada respuesta será confidencial.

Compromiso.

Se le pedirá su consentimiento informado para poder aplicarle los instrumentos de recolección de datos. Para tal efecto es posible contar con su aprobación refrendándolo con su firma y la de un testigo de ser el caso. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio. No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, a los investigadores responsables.

Durante la ejecución se les solicitara que llenen un cuestionario; deberá marcar la respuesta que vea conveniente. Si tiene alguna duda sobre el presente trabajo de investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el, igualmente se puede retirar de este trabajo de investigación; si alguna de las preguntas le parece incomoda, tiene derecho de hacérselo saber al investigador. Pero nos gustaría que participe en este trabajo de investigación con la respuesta que a usted le parezca correcta.

Confidencialidad.

La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la Universidad de procedencia quien patrocina el estudio. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

Derechos como participante.

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Yo.....identificado con DNI.....Acepto participar voluntariamente en esta investigación, he podido hablar sobre mi participación en el estudio con los investigadores, Alarcón De la Cruz Katherine y Llanos Jaime Sandra.

Por ello reconozco que la información que yo provea de la investigación es estrictamente confidencial y anónimo. Esta información no será usada en otro tipo de estudio sin mi consentimiento.

Por lo tanto doy mi consentimiento.

Arequipa..... de..... del 2019

FIRMA

ANEXO N°2
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
MANEJO DEL DOLOR

Presentación:

Estimado Sr. (Sra., Srta.), nuestro nombre es Alarcón de la Cruz Katherine y Llanos Jaime Sandra, somos licenciadas en enfermería cursando nuestra segunda especialidad en emergencia en la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. La presente encuesta, tiene como objetivo determinar la intervención enfermera en el manejo del dolor, según la opinión del paciente. Para ello, solicito su participación, la cual es absolutamente voluntaria y anónima, manteniendo la confidencialidad de sus respuestas.

Instrucciones:

Marque con una "X" la respuesta que mejor se adapte a su situación, de acuerdo con las observaciones realizadas durante la atención de enfermería recibida.

DATOS GENERALES:

1. Edad:

- a) 18 - 21 años
- b) 22 - 25 años
- c) 26 - 30 años

2. Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino

3. Estado civil:

- a) Soltero

- b) Casado
- c) Conviviente

4. Lugar de procedencia:

- a) Costa
- b) Sierra
- c) Selva

5. Grado de Instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Técnico
- d) Universitario

6. Tiempo en el servicio:

- a) Menos de 12 horas
- b) De 12 a 24 horas
- c) Más de 24 horas

Tipo de tratamiento	ENUNCIADO	RESPUESTA				
	La enfermera:	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
FARMACOLOG	1. Me proporciona información sobre las medicinas que recibiré para el tratamiento de mi dolor.					
	2. Solicita mi consentimiento para administrar el recibiré para el tratamiento de mi dolor.					
	3. Me pregunta cuánto me duele en intensidad en					

I C O	escala del 0-10.					
	4. Evalúa físicamente para identificar mi dolor.					
	5. Me pregunta cómo me siento durante la administración del tratamiento para el dolor.					
	6. Evalúa los resultados de la medicación que recibí para el dolor.					
	7. Administra los medicamentos de forma cuidadosa preocupándose por mí.					
	8. Administra los medicamentos para el dolor en la hora indicada.					
	9. Administra dosis suficientes de medicamento para aliviar mi dolor.					
	10. Me informa los valores de mi presión, pulso y Temperatura.					
	11. Se dirige a mí por mi nombre al atenderme y verifica mi tratamiento con mi nombre y apellido					
	12. Supervisa continuamente mi vía periférica y me indica la vía por donde recibiré tratamiento para el dolor.					

	13. Acude inmediatamente con el tratamiento condicional, si tengo dolor.					
	14. Me explica los tipos de medicamentos que hay para el de dolor que tengo.					
N O F A R M A C O L O G I C O	15. Me muestra tratamientos alternativos a los medicamentos para el dolor.					
	16. Atiende las necesidades básicas de comodidad, como el descanso, para aliviar mi dolor.					
	17. Me escucha y me ayuda a disminuir mi ansiedad.					
	18. Favorece un ambiente con una luz adecuada que yo considero me hará disminuir mi dolor.					
	19. Me ayuda a estar en la posición más adecuada para disminuir mi dolor.					
	20. Me facilita medios de distracción como televisión y música para contrarrestar mi dolor.					
	21. Favorece un ambiente tranquilo, libre de ruido si considero que eso disminuirá mi dolor.					
	22. Utiliza un tono amigable y					

	palabras cariñosas al dirigirse a mí.					
	23. Usa compresas frías o calientes, para aliviar mi dolor.					
	24. Me ayuda a estar relajado o me indica las medidas que debo tomar para estarlo.					
	25. Orienta a mis cuidadores o familiares sobre procedimientos que ayudarán a disminuir mi dolor.					
	26. Me anima a caminar precozmente para disminuir mi dolor y mejorar mi condición.					
	27. Me educa y explica las ventajas y desventajas del tratamiento que voy a recibir.					
	28. Me brinda confianza para negarme ante algún tratamiento que no considere beneficioso.					

ANEXO N° 3

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL ALFA DE CRONBACH PARA LA SEGUNDA VARIABLE

Para determinar la confiabilidad del cuestionario se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_T} \right]$$

Donde:

K : Número de ítems

$\sum S^2_i$: Sumatoria de las Varianzas de los ítems

S^2_T : Varianza de toda la dimensión.

Usando el software estadístico Excel, se obtuvo los siguientes resultados

Estadísticos de fiabilidad:

$$\frac{28}{28-1} \left(1 - \frac{21.784}{131.62} \right)$$

$$\frac{28}{27} \left(1 - \frac{21.784}{131.62} \right)$$

$$1.04 (1 - 0.17)$$

$$1.04 (0.83)$$

$$0.86$$

Alfa de Cronbach: 0,86

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1, por lo tanto el instrumento es confiable.