



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería Escuela Profesional de Enfermería

Cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico de pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de mama del servicio de oncología del hospital Goyeneche. Arequipa 2025

Tesis presentada por:

Arribasplata Cerquin, Tania Marylin

ORCID: 0009-0004-6139-2172

Pacco Quispe, Manuela

ORCID: 0009-0000-9094-626X

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Asesora:

Mag. Delgado del Carpio Milna Marjorie

ORCID: 0000-0002-4298-0954

Arequipa- Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ENFERMERIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 10 de Abril del 2026

Dictamen: 014973-C-FENFER-2026

Visto el borrador del expediente 014973, presentado por:

2020894462 - ARRIBASPLATA CERQUIN TANIA MARYLIN

2020895972 - PACCO QUISPE MANUELA

Titulado:

**CUIDADO ENFERMERO EN EL MANEJO DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO DE PACIENTES
MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL
HOSPITAL GOYENECHE. AREQUIPA 2025**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**46024663 - ARRATIA CORRALES MAYRA ALEXANDRA
DICTAMINADOR**



**29581426 - GONZALES VALENCIA NINOSKA
DICTAMINADOR**



**44181419 - CHAMBI VALDERRAMA BETSY MARIA
DICTAMINADOR**



Cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico de pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de mama del servicio de oncología del hospital Goyeneche. Arequipa 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María	4%
	Trabajo del estudiante	
2	hdl.handle.net	4%
	Fuente de Internet	
3	apps.ucsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
4	idoc.pub	1%
	Fuente de Internet	
5	repositorio.unap.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
6	Submitted to Universidad Politécnica del Perú	1%
	Trabajo del estudiante	

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía y fortaleza en cada paso en este camino.

A mi padre, Alfredo que siempre confió en mí y supo que lo iba a lograr,

A mi madre en el cielo, que debería estar orgullosa de mi, aunque no esté conmigo sé que algún día nos encontraremos y podremos abrazarnos.

A mi esposo, David, por acompañarme con paciencia, comprensión y amor en cada momento y apoyo fundamental en esta etapa universitaria.

A mi hija Aldamary, mi mayor motivación y bendición para cumplir mis metas y ella pueda seguir mis pasos, de no rendirse en cada obstáculo de la vida sino siempre seguir adelante.

ARRIBASPLATA CERQUIN TANIA

A Dios por brindarme estar presente aquí, a mis padres Doroteo y Vidalina por brindarme su apoyo durante estos años de estudio.

A mis hijos Anita, Sneider, Stip por ser mi mayor motivación para seguir adelante y no quedarme atrás y ser un buen ejemplo de madre.

PACCO QUISPE, MANUELA

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios, por brindarnos salud, ya que sin salud no podríamos hacer nada, por guiarnos en toda la etapa universitaria, Agradecer a la Universidad Católica de Santa María, por habernos aceptado ser parte de ella y estudiar en esta prestigiosa universidad de Arequipa. Con mucho amor, respeto y gratitud, entregamos este logro y agradecemos a nuestros amados padres y familiares, por su sacrificio y confianza que pusieron a lo largo de nuestra formación académica y personal.

A nuestra asesora y dictaminadoras de tesis que nos brindó sus conocimientos y tiempo durante el desarrollo de nuestra tesis, sus observaciones y correcciones fueron vitales para la culminación de nuestro proyecto.

Agradecemos a todas las personas involucradas en nuestra formación académica tanto compañeros, licenciadas, amigas(o), familia por su apoyo y motivación de perseverancia que nos dieron durante estos años y que quizás con solo una palabra nos levantaron el ánimo en un momento de flaqueo y nunca así nos pudimos rendir.

RESUMEN

El dolor postquirúrgico en pacientes oncológicas representa un desafío significativo en el cuidado de enfermería, requiriendo intervenciones integrales que aborden tanto aspectos farmacológicos como complementarios. El cáncer de mama es una de las patologías que genera mayor impacto en la calidad de vida de las pacientes, especialmente en el período postoperatorio inmediato. **Objetivo:** Determinar la relación entre los cuidados enfermeros y el manejo del dolor postquirúrgico en pacientes postoperadas de cáncer de mama del servicio de oncología del Hospital Goyeneche. **Métodos:** Estudio descriptivo, correlacional y transversal, con enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes postoperadas de cáncer de mama. Se aplicó la técnica de encuesta y como instrumentos el cuestionario de cuidado enfermero y la escala visual análoga (EVA). **Resultados:** El 90% de las pacientes eran adultas mayores, 74% no laboraban, 58% pertenecían a familias nucleares. El cuidado enfermero mostró una puntuación media de 109.76 (DE=11.9). El 52% presentó dolor moderado, 40% dolor leve y 8% dolor muy fuerte. Se encontró una correlación inversa significativa entre cuidado enfermero y dolor ($\rho=-0.397$; $p=0.004$), intervenciones farmacológicas y dolor ($\rho=-0.294$; $p=0.038$), e intervenciones complementarias y dolor ($\rho=-0.425$; $p=0.002$).

Conclusión: Existe una relación significativa inversa entre los cuidados enfermeros y el nivel de dolor postquirúrgico, demostrando que a mayor calidad del cuidado enfermero, menor intensidad del dolor percibido por las pacientes.

Palabras clave: Atención de Enfermería, Dolor Postoperatorio, Neoplasias de la Mama.

ABSTRACT

Postoperative pain in oncology patients represents a significant challenge in nursing care, requiring comprehensive interventions that address both pharmacological and complementary aspects. Breast cancer is one of the pathologies that generates the greatest impact on patients' quality of life, especially in the immediate postoperative period. **Objective:** To determine the relationship between nursing care and postoperative pain management in patients who underwent breast cancer surgery in the oncology service of Goyeneche Hospital. **Methods:** Descriptive, correlational and cross-sectional study, with a quantitative approach. The sample consisted of 50 postoperative breast cancer patients. A nursing care questionnaire and the visual analog scale (VAS) to measure pain were applied. **Results:** 90% of the patients were older adults, 74% did not work, 58% belonged to nuclear families. Nursing care showed a mean score of 109.76 (SD=11.9). 52% presented moderate pain, 40% mild pain and 8% very strong pain. A significant inverse correlation was found between nursing care and pain ($\rho=-0.397$; $p=0.004$), pharmacological interventions and pain ($\rho=-0.294$; $p=0.038$), and complementary interventions and pain ($\rho=-0.425$; $p=0.002$). **Conclusion:** There is a significant inverse relationship between nursing care and the level of postoperative pain, demonstrating that the higher the quality of nursing care, the lower the intensity of pain perceived by patients.

Keywords: Nursing Care; Pain, Postoperative; Breast Neoplasms

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

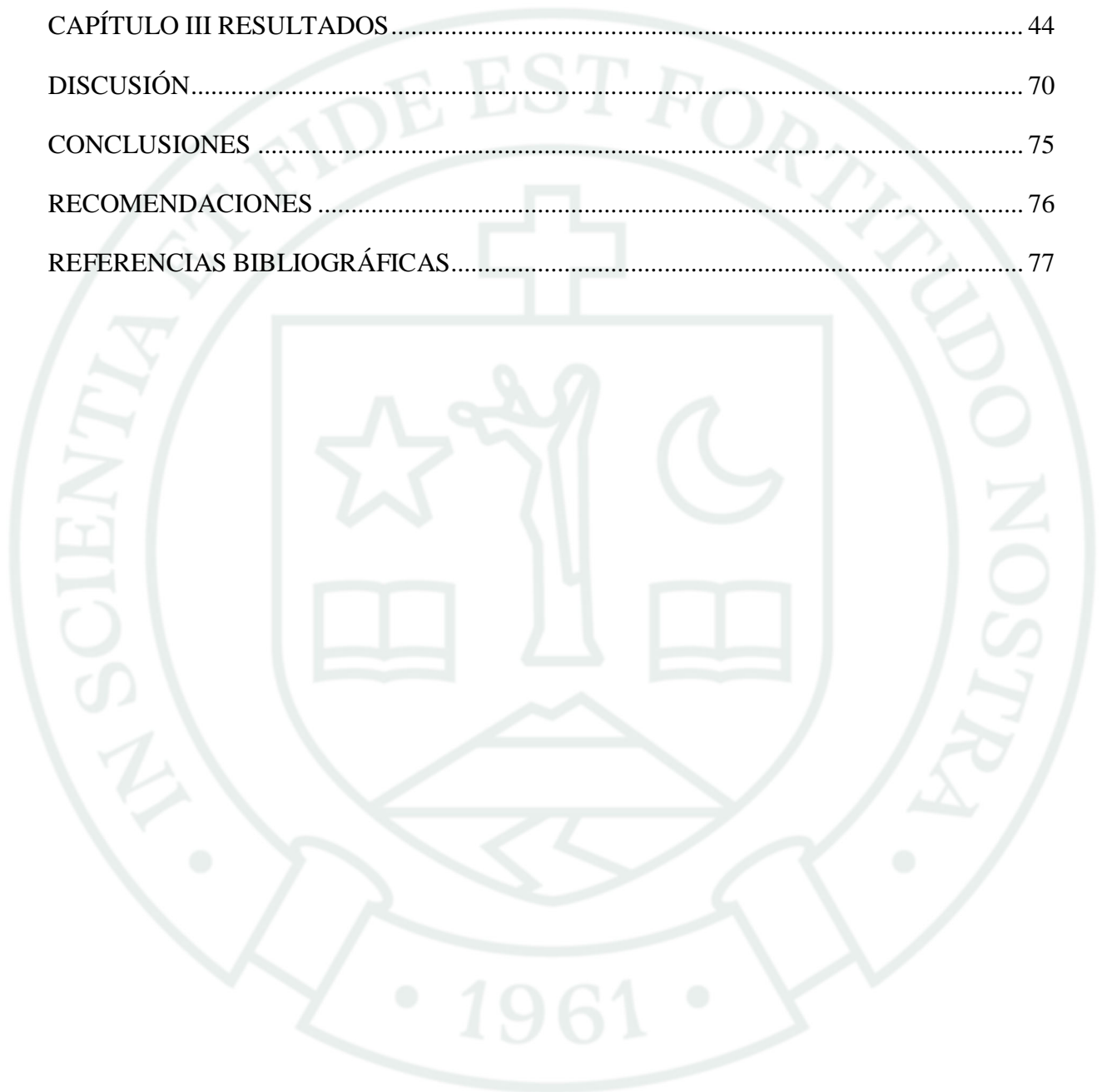
RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Enunciado	3
1.2. Descripción del Problema	3
1.2.1. Campo, Área y Línea.....	3
1.2.2. Análisis u Operacionalización de las Variables.....	3
1.2.3. Interrogantes de la Investigación	6
1.2.4. Tipo y Nivel del Problema.....	6
1.3. Justificación del problema	6
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. CUIDADO ENFERMERO EN EL MANEJO DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO..	8
2.1.1. Definición de cuidado enfermero	8
2.1.2. Proceso del cuidado enfermero.....	8
2.1.3. Cáncer de mama	12
2.1.4. Intervenciones de Enfermería en el manejo del dolor postquirúrgico	15
2.1.5. Intervenciones Farmacológicas.....	15
2.1.6. Intervenciones de Enfermería en el manejo del dolor en pacientes oncológicos	22
2.2. DOLOR POSTQUIRÚRGICO.....	23
2.2.1. Definición.....	23

2.2.2.	Neurofisiología del dolor	24
2.2.3.	Proceso quirúrgico.....	26
2.2.4.	Evaluación del dolor en pacientes quirúrgicos	28
2.3.	ROL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA	30
2.3.1.	Habilidades sociales para el cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico del paciente oncológico.....	32
2.3.2.	Relación terapéutica enfermero-paciente oncológico en el manejo del dolor postquirúrgico.....	33
3.	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	35
3.1.	A nivel internacional.....	35
3.2.	A nivel nacional	36
3.3.	A nivel local.....	37
4.	OBJETIVOS	38
5.	HIPÓTESIS.....	38
	CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	39
1.	TÉCNICA E INSTRUMENTO	40
1.1.	Técnica.....	40
1.2.	Instrumento:.....	40
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	41
2.1.	Ubicación espacial	41
2.2.	Ubicación Temporal.....	41
2.3.	Unidad de estudio.....	41
2.3.1.	Universo	41
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
3.1.	Organización.....	42
3.2.	Recursos.....	43

3.2.1. Humanos.....	43
3.2.2. Materiales.....	43
3.2.3. Económicos.....	43
3.2.4. Institucionales.....	43
CAPÍTULO III RESULTADOS.....	44
DISCUSIÓN.....	70
CONCLUSIONES.....	75
RECOMENDACIONES.....	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77

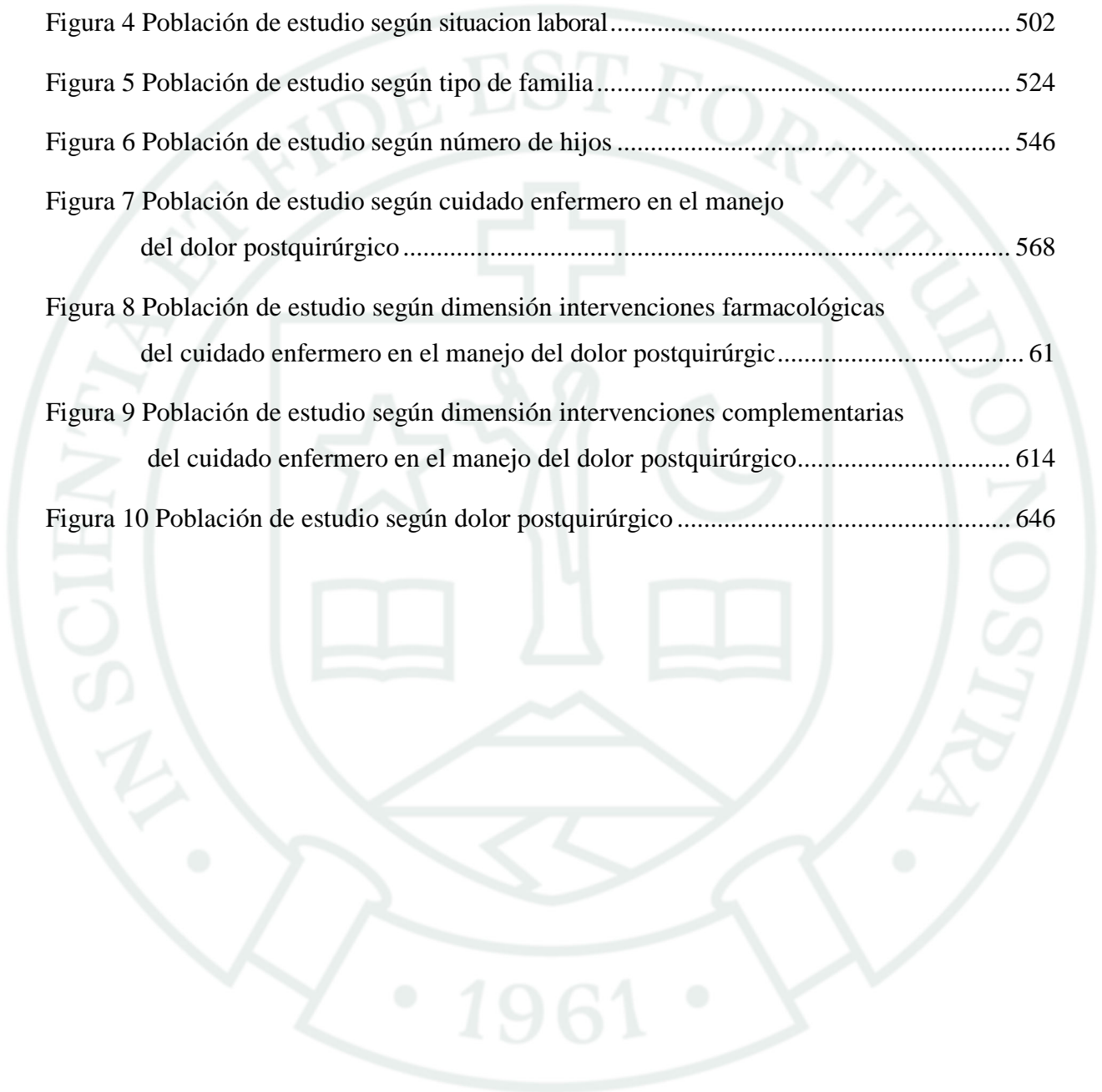


ÍNDICE DE TABLAS

Tabla A Análisis u Operacionalización de las variables	4
Tabla B Matriz de Planificación para el manejo del dolor en pacientes postoperadas de cáncer de mama	9
Tabla 1 Población de estudio según edad y grupo etario	45
Tabla 2 Población de estudio según situación conyugal	497
Tabla 3 Población de estudio según lugar de procedencia	49
Tabla 4 Población de estudio según situación laboral	531
Tabla 5 Población de estudio según tipo de familia	553
Tabla 6 Población de estudio según número de hijos	575
Tabla 7 Población de estudio según cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico	597
Tabla 8 Población de estudio según dimensión intervenciones farmacológicas del cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico	59
Tabla 9 Población de estudio según dimensión intervenciones complementarias del cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico	652
Tabla 10 Población de estudio según dolor postquirúrgico	675
Tabla 11 Análisis de normalidad de variables	697
Tabla 12 Relación entre el cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico con el nivel de dolor postquirúrgico	699

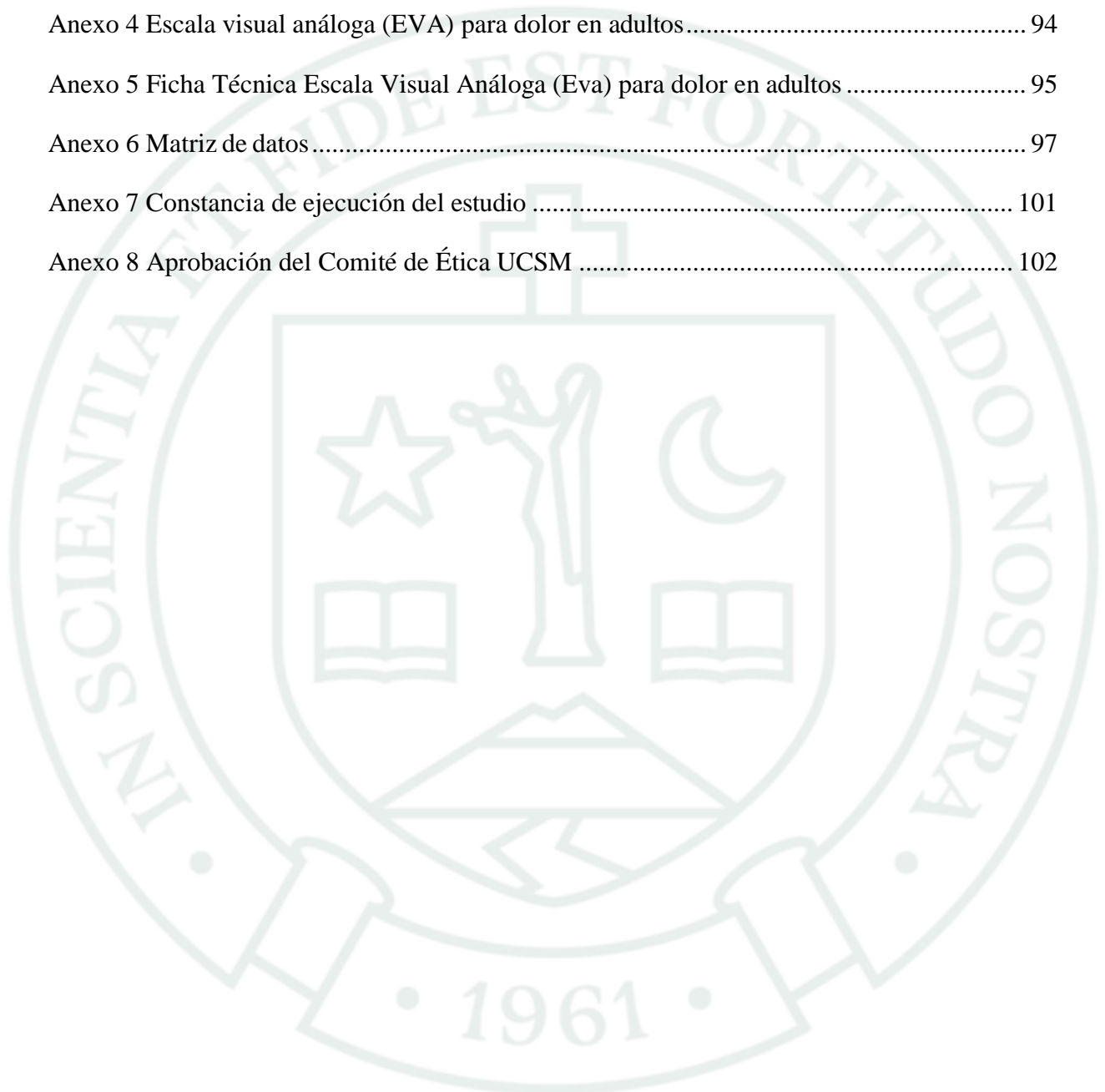
ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Población de estudio según edad.....	46
Figura 2 Población de estudio según situación conyugal	478
Figura 3 Población de estudio según lugar de procedencia.....	50
Figura 4 Población de estudio según situación laboral.....	502
Figura 5 Población de estudio según tipo de familia.....	524
Figura 6 Población de estudio según número de hijos	546
Figura 7 Población de estudio según cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico	568
Figura 8 Población de estudio según dimensión intervenciones farmacológicas del cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico.....	61
Figura 9 Población de estudio según dimensión intervenciones complementarias del cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico.....	614
Figura 10 Población de estudio según dolor postquirúrgico	646



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado.....	84
Anexo 2 Cuestionario de Cuidado Enfermero	86
Anexo 3 Ficha Técnica Cuestionario de Cuidado Enfermero.....	92
Anexo 4 Escala visual análoga (EVA) para dolor en adultos.....	94
Anexo 5 Ficha Técnica Escala Visual Análoga (Eva) para dolor en adultos	95
Anexo 6 Matriz de datos.....	97
Anexo 7 Constancia de ejecución del estudio	101
Anexo 8 Aprobación del Comité de Ética UCSM	102



INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más común en mujeres y una de las mas principales causa de muerte oncológica en esta población(1). La implementación de programas de detección precoz ha permitido identificar muchos casos en etapas iniciales, mejorando la supervivencia y la efectividad de los tratamientos(2). Sin embargo, sigue siendo un problema de salud pública que requiere estrategias integrales. En este contexto, el cuidado de enfermería es fundamental, ya que combina asistencia clínica, conocimientos científicos, habilidades técnicas y principios éticos para preservar la vida y dignidad del paciente(3).

Este enfoque holístico incluye comunicación efectiva, empatía, manejo del dolor y apoyo emocional, elementos esenciales para el bienestar físico y psicológico, especialmente en enfermedades crónicas como el cáncer. Las intervenciones de enfermería, basadas en juicio clínico y evidencia científica, buscan mejorar la salud del paciente en dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales(4).

El dolor, frecuente en pacientes con cáncer de mama, especialmente postquirúrgico, afecta su calidad de vida y puede ser agudo o crónico, causado por daño tisular, inflamación o efectos secundarios de tratamientos(5). El manejo del dolor requiere una estrategia multidisciplinaria donde la enfermería evalúa, controla y mitiga el sufrimiento mediante escalas validadas, administración segura de analgésicos y técnicas no farmacológicas como masajes y ejercicios respiratorios. Además, el apoyo emocional y la educación en autocuidado fortalecen la autonomía y adherencia del paciente.

La motivación para llevar a cabo esta investigación surge del compromiso de las investigadoras, quienes buscan contribuir al conocimiento científico y al mejoramiento de las prácticas de cuidado, enfrentando desafíos reales en la atención oncológica, siendo una necesidad recurrente el manejo del dolor.

Este estudio descriptivo-relacional y transversal utilizó entrevistas, un cuestionario sobre cuidado enfermero en manejo del dolor postquirúrgico y la escala visual analógica para evaluar el dolor. El contenido se divide en tres capítulos: planteamiento teórico, operacional y resultados.



CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado

Cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico de pacientes mujeres postoperadas de cáncer de mama del servicio de oncología del Hospital Goyeneche. Arequipa-2025

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Campo, Área y Línea

- **CAMPO:** Ciencias de la salud
- **ÁREA:** Enfermería
- **LÍNEA :** Enfermedades no transmisibles

1.2.2. Análisis u Operacionalización de las Variables

El estudio presenta dos variables:

- **Independiente:** Cuidado enfermero
- **Dependiente:** Dolor postquirúrgico

Tabla A

Análisis u Operacionalización de las variables, Arequipa - 2025

Características Sociodemográficas	
Edad	<ul style="list-style-type: none">• Joven (Menor de 29 años)• Adulto (30 a 59 años)• Adulto mayor (60 a más años)
Situación conyugal	<ul style="list-style-type: none">• Soltera• Casada/ Conviviente• Separada• Viuda
Lugar de procedencia	<ul style="list-style-type: none">• Arequipa• Moquegua• Tacna• Otros
Situación laboral	<ul style="list-style-type: none">• No labora• Trabajo independiente• Trabajo dependiente• Jubilada
Número de hijos	<ul style="list-style-type: none">• Sin hijos• 1 a 2• 3 a 4• 5 a más

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
Variable Independiente: Cuidado enfermero	1. Intervenciones farmacológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de fármacos según prescripción médica • Información al paciente de administración de fármaco
	2. Intervenciones complementarias	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del dolor • Examen físico • Control de signos vitales • Cuidados de confort físicos • Cuidados en el entorno • Apoyo emocional
Variable Dependiente: Dolor postquirúrgico	1. Nivel de dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Escala analógica visual de dolor (EVA) • Dolor ausente (0 puntos) • Dolor leve (1 a 3 puntos) • Dolor moderado (4 a 6 puntos) • Dolor muy fuerte (7 a 9 puntos) • Peor dolor posible (10 puntos)

1.2.3. Interrogantes de la Investigación

1. ¿Cuáles son los cuidados de enfermería en el manejo del dolor postquirúrgico en pacientes postoperadas de cáncer de mama del servicio de oncología del Hospital Goyeneche?
2. ¿Cuál es el nivel de dolor que presentan las pacientes postoperadas de cáncer de mama del servicio de oncología del Hospital Goyeneche ?
3. ¿Cómo se relacionan los cuidados enfermeros en el manejo del dolor postquirúrgico de pacientes postoperadas de cáncer de mama del servicio de oncología del Hospital Goyeneche?

1.2.4. Tipo y Nivel del Problema

- **Tipo:** De campo, corte transversal
- **Nivel:** Descriptivo- Relacional

1.3. Justificación del problema

El cáncer de mama representa importantes desafíos de salud pública tanto a nivel global como en Perú, debido a su alta incidencia y mortalidad. A nivel mundial, el cáncer de mama es el tipo de cáncer más común entre las mujeres, con aproximadamente 2.3 millones de nuevos casos diagnosticados en 2021, lo que equivale al 12% de la carga global de cáncer. En el mismo año, causó 685,000 muertes, siendo la principal causa de mortalidad por cáncer en mujeres(1). Sin embargo, las tasas de mortalidad son mayores en regiones con menor índice de desarrollo humano (IDH), debido a diagnósticos tardíos y acceso limitado a tratamientos efectivos. En Perú, el cáncer de mama ocupó el segundo lugar entre los tipos de cáncer más frecuentes en 2022, con cerca de 7,800 nuevos casos y 1,951 muertes. La incidencia promedio es de 28 casos por cada 100,000 habitantes, y la mortalidad es de 8.5 por cada 100,000 habitantes.

La intervención quirúrgica es parte del tratamiento del cáncer, llevándose a cabo para la extirpación de tumores según la evaluación clínica y el estadio de la enfermedad. La evidencia científica indica que el dolor postquirúrgico es común en mujeres con cáncer de mama y puede verse afectado por diversos factores, como el daño nervioso, la ansiedad preoperatoria y la falta de un manejo adecuado del dolor agudo en el postoperatorio(6). Además, se ha demostrado que intervenciones no farmacológicas,

como la música, la aromaterapia y la acupuntura, pueden ser efectivas para reducir tanto la ansiedad preoperatoria como el dolor postoperatorio(7).

Ante este contexto, las investigadoras deciden realizar el presente estudio, el cual busca determinar la efectividad del cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico de pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de mama del Hospital Goyeneche.

La pertinencia de este estudio radica en la elevada incidencia de cáncer de mama en la población femenina y en la significativa repercusión del dolor postquirúrgico en la calidad de vida de las pacientes. La investigación se enfoca en evaluar la efectividad del cuidado enfermero en el manejo del dolor postoperatorio, considerando que una adecuada intervención puede favorecer la recuperación y disminuir complicaciones asociadas, lo que

resulta esencial en un contexto hospitalario donde se atienden casos de alta complejidad, como en el Hospital Goyeneche.

El estudio cuenta con **relevancia científica**, aporta evidencia a la disciplina de Enfermería, consolidando el rol del personal de Enfermería en la aplicación de intervenciones basadas en protocolos validados y en el uso de dos instrumentos confiables para la población peruana, lo que fortalece la práctica clínica y la toma de decisiones fundamentada en la evidencia.

El estudio cuenta con **relevancia humana**, puesto que toma un tema **contemporáneo** y problemático a nivel global, el presente estudio aportará información que contribuirá a su entendimiento.

En términos de **relevancia social**, la investigación tiene el potencial de beneficiar directamente a la sociedad, al mejorar el manejo del dolor en mujeres que enfrentan situaciones de vulnerabilidad derivadas del cáncer, reduciendo así el sufrimiento y promoviendo una recuperación más rápida y segura. Esta mejora en la atención no solo repercute en el bienestar individual de las pacientes, sino que también contribuye a optimizar el uso de recursos en el sistema de salud, generando un impacto positivo en la comunidad.

Además, el estudio demuestra **viabilidad y factibilidad**, dado que se desarrollará en un entorno clínico con recursos adecuados y acceso a una muestra significativa de pacientes, empleando instrumentos validados que aseguran la precisión y la consistencia de los datos recolectados

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CUIDADO ENFERMERO EN EL MANEJO DEL DOLOR POSTQUIRÚRGICO

2.1.1. Definición de cuidado enfermero

Es un conjunto de intervenciones sistemáticas, humanistas y basadas en evidencia científica, que tienen como objetivo atender las necesidades de salud del paciente, su familia y la comunidad. Este cuidado se centra en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, considerando al paciente como un ser integral(15). El profesional de enfermería utiliza el Proceso de Cuidado de Enfermería para garantizar una atención individualizada y de calidad.

2.1.2. Proceso del cuidado enfermero

El Proceso de Cuidado de Enfermería es un método sistemático que guía la práctica profesional para ofrecer cuidados personalizados, eficientes y basados en evidencia(16). Este proceso consta de cinco etapas:

1. Valoración: Es el primer paso donde se recopilan datos objetivos y subjetivos sobre el estado físico, emocional, social y mental del paciente. Incluye la revisión de la historia clínica y examen físico (16).
2. Diagnóstico: En esta etapa se identifican los problemas reales o potenciales del paciente, según la clasificación de dominios y clases. Los diagnósticos se formulan según clasificaciones internacionales como NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (16).
3. Planificación: Se establecen los resultados esperados en la atención del paciente, según la metodología del Nursing Outcomes Classification (NOC) y se establecen las intervenciones de Enfermería según Nursing Intervention Classification (NIC) (16).
4. Ejecución: Se especifica las acciones a realizarse según los resultados esperados y las intervenciones de Enfermería.
5. Evaluación: En esta etapa se analiza si los resultados esperados se han cumplido. En caso contrario, se reevalúa las necesidades y se reajusta el plan para mejorar los resultados (16).

En el caso del manejo del dolor postquirúrgico. El proceso del cuidado Enfermero se deberá realizar a través de la valoración del dolor, identificando la intensidad y características del dolor. Con el diagnóstico de Enfermería, se determinarán las necesidades específicas; en la planificación, se diseñarán estrategias personalizadas; finalmente para la ejecución, se aplican intervenciones farmacológicas y no complementarias (17).

En la evaluación se verificará si las medidas han sido efectivas.

Tabla B

Matriz de Planificación para el manejo del dolor en pacientes postoperadas de cáncer de mama, Arequipa - 2025

Diagnóstico Enfermero	Dominio y Clase	NOC	Dominio y Clase	NIC	Dominio y Clase
00132 Dolor agudo r/c procedimiento quirúrgico	12 Confort 1 Confort físico	1605 Control del dolor	Salud Percibida Sintomatología	1400 Manejo del dolor Valoración exhaustiva del dolor: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la intensidad del dolor • Determinar la localización, características (tipo, inicio, duración), factores que lo alivian o exacerbaban • Administrar analgésicos según prescripción médica • Intervenciones no farmacológicas • Aplicar técnicas de relajación, musicoterapia o terapia de frío/calor para aliviar el dolor. • Ayudar al paciente a encontrar posiciones cómodas que minimicen el dolor. • Reducir los movimientos innecesarios que puedan exacerbar el dolor 	Fisiológico: Básico Control del dolor
399 Ansiedad ante la muerte r/c incertidumbre frente a la enfermedad	9 Afrontamiento, tolerancia al estrés 2 Respuestas de afrontamiento	1402 Control de la ansiedad	Psicosocial Afrontamiento	5820 Disminución de la ansiedad <ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente de apoyo: Establecer una relación de confianza con el paciente, 	Conductual Afrontamiento

				<p>demonstrando empatía y respeto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un entorno tranquilo y seguro, minimizando los estímulos estresantes. • Comunicación terapéutica: Animar al paciente a expresar sus sentimientos y preocupaciones. • Escuchar activamente y responder a sus preguntas de manera clara y asertiva. • Técnicas de relajación: Enseñar y practicar técnicas de respiración profunda, relajación muscular progresiva o visualización guiada. • Ofrecer musicoterapia para promover la relajación y reducir la ansiedad 	
00500 Riesgo de infección r/c herida quirúrgica	11 Seguridad/protección 1 Infección	1902 Control del riesgo	Salud Funcional Control del riesgo	<p>6540 Protección contra infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración del riesgo de infección: Evaluar los factores de riesgo del paciente (edad, estado nutricional, enfermedades preexistentes). • Monitorizar los signos vitales y el estado de la herida quirúrgica en busca de signos de infección (enrojecimiento, calor, dolor, secreción purulenta). • Cuidado de la herida: Realizar la cura de la herida con técnica aséptica, utilizando material estéril. • Inspeccionar diariamente la herida para detectar signos de infección. • Educación sobre prevención de infecciones: Instruir 	Seguridad Control de riesgos

				<p>al paciente y su familia sobre la importancia de la higiene de manos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar los signos y síntomas de infección y cuándo deben buscar atención médica. 	
00435 Conocimientos inadecuados r/c manejo del dolor postoperatorio	5 Percepción /cognición 4 Cognición	1810 Conocimiento: Manejo del dolor	Conocimiento y conducta de salud Conocimiento	<p>5606 Enseñanza: individual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre el dolor: Explicar las causas del dolor postoperatorio y su duración esperada. • Enseñar el uso de la escala EVA para que el paciente pueda comunicar la intensidad de su dolor. • Manejo del dolor: Instruir <ul style="list-style-type: none"> • Sobre las opciones farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor. • Explicar la importancia de tomar los analgésicos según la prescripción médica y cómo manejar los posibles efectos secundarios. • Cuidado de la herida: Enseñar cómo cuidar la herida en casa, incluyendo la limpieza y los signos de infección a tener en cuenta. • Proporcionar información sobre las restricciones de actividad y el seguimiento médico necesario 	Conductual Educación

Fuente: NANDA, NIC, NOC(18).

2.1.3. Cáncer de mama

El cáncer es una enfermedad caracterizada por el crecimiento descontrolado de células anormales que pueden invadir tejidos cercanos y diseminarse a otras partes del cuerpo a través de la sangre o el sistema linfático. Este proceso ocurre cuando las células pierden los mecanismos normales que regulan su división, especialización y muerte programada (apoptosis), lo que resulta en la formación de tumores malignos o neoplasias (cáncer) en diferentes tejidos u órganos del cuerpo (8).

El cáncer de mama es un tipo de cáncer que se origina en las células del tejido mamario, generalmente en los conductos (carcinoma ductal) o los lobulillos (carcinoma lobulillar). Puede ser in situ, cuando las células cancerosas no han invadido tejidos cercanos, o invasivo, cuando las células se diseminan más allá del tejido mamario hacia ganglios linfáticos u otros órganos. Este tipo de cáncer es el más común en mujeres a nivel mundial, aunque también puede afectar a hombres en menor proporción (9).

El cáncer de mama se desarrolla a través de un proceso multietapa que incluye alteraciones genéticas y epigenéticas acumulativas. Inicialmente, mutaciones en genes como BRCA1/BRCA2 o TP53 generan inestabilidad genómica. Estos cambios pueden ser hereditarios o adquiridos debido a factores ambientales o exposición prolongada a estrógenos. Las células afectadas sufren hiperplasia ductal o lobulillar, lo que eventualmente progresa a lesiones premalignas como carcinoma ductal in situ(10). En etapas avanzadas, estas células adquieren propiedades invasivas mediante interacciones con el microambiente tumoral, incluyendo inflamación crónica y evasión inmune. La diseminación metastásica ocurre principalmente a través del sistema linfático hacia ganglios axilares o mediante la sangre hacia órganos distantes como huesos, pulmones e hígado(11).

Las características clínicas del cáncer de mama incluyen la presentación de un bulto en la mama, cambios en la forma o tamaño del seno, secreción anormal del pezón o alteraciones en la piel (piel de naranja). En etapas avanzadas, puede haber dolor, ulceración cutánea o síntomas relacionados con metástasis (huesos, hígado, pulmones)(12).

El cáncer de mama se clasifica principalmente mediante el sistema TNM, el cual es un sistema estandarizado desarrollado por la Unión Internacional para el Control del Cáncer y adoptado por el Comité Conjunto Americano del Cáncer (AJCC)(13). Su objetivo es describir la extensión anatómica del tumor, facilitando el pronóstico y la planificación del tratamiento según sus siglas:

- T (Tumor): Tamaño del tumor primario.
- N (Nódulos): Compromiso de los ganglios linfáticos regionales.
- M (Metástasis): Presencia de metástasis a distancia.

Las etapas del cáncer de mama (13) son:

Estadio 0: N0, M0, lo que correspondería a Carcinoma in situ (ductal o lobulillar).

Estadio I:

- IA: T1 + N0 + M0
- IB: T0/T1 + micro metástasis en ganglios (N1mi) + M0.

Estadio II:

- IIA: T0/T1 + N1 + M0; o T2 + N0 + M0.

Estadio III:

- IIIA: T0-T2 + N2 + M0; o T3 + N1-N2 + M0.
- IIIB: T4 + cualquier N + M0.

Estadio IV:

- Cualquier T + cualquier N + M1: Metástasis a distancia.

Para el diagnóstico del cáncer de mama, se implica el criterio médico a través de la evaluación de la semiología del paciente (se evalúan los factores de riesgo, antecedentes familiares y personales, y se realiza una exploración física de las mamas y axilas), así también la interpretación clínica de exámenes auxiliares (14).

2.1.3.1. Imagenología

- La mamografía: Esta prueba de imagen se recomienda según criterios que incluyen la edad, los factores de riesgo y los hallazgos clínicos. Para las mujeres de 40 a 44 años, se considera una opción iniciar el cribado anual, mientras que a partir de los 45 años y hasta los 54 años, se recomienda realizarlo anualmente. En mujeres de 55 años o más, el cribado anual o bienal puede ser considerado según la prescripción médica (14).

El cribado también está influenciado por factores de riesgo específicos, especialmente en mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama u otras condiciones genéticas que aumentan el riesgo. En estas mujeres, se puede considerar iniciar el cribado antes de los 40 años. Para aquellas con un riesgo promedio, la recomendación es comenzar el cribado a los 40 años. Además, la mamografía debe ser indicada si existen hallazgos clínicos, como la presencia de síntomas mamarios que incluyan bultos, secreción o cualquier anomalía detectada durante un examen clínico (14).

- En el ámbito del diagnóstico mamario, también se utilizan otras herramientas como la ecografía mamaria y la resonancia magnética. La ecografía se emplea normalmente como complemento de la mamografía, especialmente en mujeres jóvenes con tejido mamario denso, ya que permite una visualización más clara de las estructuras mamarias. Por otro lado, la resonancia magnética, aunque no se usa rutinariamente como parte del cribado, es útil en evaluación de cánceres mamarios de alto riesgo o en mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama, proporcionando imágenes detalladas y permitiendo un diagnóstico más preciso (14).

2.1.3.2. Biopsia

El procedimiento de biopsia permitirá la valoración del tejido, este procedimiento es invasivo, así también podría implicar un procedimiento quirúrgico (14).

2.1.3.3. Marcadores Tumorales

Las pruebas utilizadas para evaluar estos valores son: Antígeno carcinoembrionario (CEA), antígeno del cáncer (CA 125) y antígeno del cáncer 15-3 (CA 15-3) (14)

2.1.4. Intervenciones de Enfermería en el manejo del dolor postquirúrgico

Según la NANDA las intervenciones de Enfermería son acciones, basadas en evidencia científica y determinadas por el juicio y el conocimiento clínico, que la enfermera realiza para mejorar los resultados relacionados con la salud que son alcanzables a través de la práctica de enfermería (18).

El manejo del dolor postquirúrgico es una de las principales intervenciones del personal de Enfermería. El alivio del dolor es una condición en la recuperación del paciente quirúrgico. Este manejo incluye:

- Valoración del dolor: Uso de herramientas como la Escala Visual Analógica (EVA) para medir la intensidad del dolor de 0 (sin dolor) a 10 (dolor máximo). La valoración debe ser constante y documentada (17).
- Intervenciones indirectas: Administración de analgésicos según prescripción médica, asegurando dosis adecuadas y monitoreando efectos secundarios.
- Intervenciones complementaria: Aplicación de técnicas como musicoterapia, relajación, crioterapia o calor localizado, según las necesidades del paciente y/o protocolos institucionales (17).
- Educación al paciente: Enseñar estrategias para el manejo del dolor y explicar los tratamientos administrados .
- Monitoreo continuo: Evaluar la eficacia de las intervenciones y ajustar el plan de cuidados según los resultados obtenidos.

2.1.5. Intervenciones Farmacológicas

Según la Guía Clínica del INEN, los medicamentos para el manejo del dolor en pacientes con cáncer son:

A. Analgésicos (Opioides y No Opioides): Entre los opioides se encuentran la codeína, tramadol con paracetamol, morfina, oxicodona, metadona, buprenorfina, fentanilo. Por otro lado entre los no opioides se aprecian la amitriptilina, pregabalina, gabapentina, carbamazepina, hioscina, dexametasona y Lidocaína 5%

Las intervenciones de Enfermería para la administración del manejo farmacológico en pacientes oncológicos en servicio de hospitalización son:

- Se coloca de equipo de protección personal y se realiza el lavado de manos.
- Recepciona el reporte de enfermero de triaje/sala de operaciones/UCI e indicaciones del médico.
- Saluda se identifica con el paciente y el cuidador principal.
- Se verifica al paciente con la Historia Clínica.
- Realiza la entrevista presentándose enfermera – paciente –cuidador principal.
- Aplica instrumentos para valoración del dolor como ECOG y EVA.
- Monitoriza los signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno).
- Registra los signos vitales en la Historia Clínica.
- Enfermera reporta al médico tratante el estado del paciente quien redacta indicaciones para la administración de medicamentos.
- Utiliza estrategias de comunicación terapéutica para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- Asegura que el paciente reciba el cuidado en el manejo de dolor según: administración de hidratación, analgésico y opioides.
- Registra en notas de Enfermería lo realizado.
- Evalúa la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa y aplica EVA.
- Reporta al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.
- Administra rescate al paciente que continúa con dolor según indicación médica.
- Realiza el registro en la hoja terapéutica con la firma de la enfermera y la hora en la se administró el rescate.

- Monitoriza las funciones vitales (PA, FC, FR, T° y SO2), aplica la escala de EVA al paciente cada 15 minutos de haber administrado el rescate.
- Reporta al médico la condición del paciente y el EVA que presenta.
- Retira la vía endovenosa al paciente, previa reevaluación del médico e indicaciones correspondientes.
- Realiza el SOAPIE en la Historia clínica.

2.1.5.1. Intervenciones complementarias

Según el estudio de Berenguel M, et al(17) dónde se expone la guía de práctica clínica para el manejo del dolor en paciente oncológico, se evidencia que las intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor en pacientes oncológicos son: La aromaterapia, la arteterapia. A estas se suman la actividad física, el posicionamiento físico y terapia táctil.

Las intervenciones de Enfermería para el manejo del dolor en pacientes oncológicos son:

A. Valoración del Dolor

- Entrevista y valoración integral: Establecer una comunicación terapéutica para comprender la experiencia subjetiva del dolor del paciente. Utilizar escalas validadas como la Escala Visual Analógica (EVA) para cuantificar la intensidad del dolor (17).
- Identificación de factores: Investigar factores que exacerbaban o alivian el dolor, incluyendo aspectos emocionales, ambientales y físicos (17).
- Documentación precisa: Registrar detalladamente las características del dolor (localización, intensidad, calidad, duración, factores asociados) en la historia clínica para facilitar el seguimiento y ajuste del plan de cuidados.

B. Examen Físico

- Evaluación integral: Realizar una exploración física enfocada en el sistema musculoesquelético, neurológico y circulatorio para identificar posibles causas subyacentes del dolor.

- Observación de signos no verbales: Prestar atención a expresiones faciales, postura corporal y patrones de movimiento que puedan indicar malestar o dolor.
- Palpación y movilidad: Evaluar la sensibilidad al tacto, la amplitud de movimiento y la presencia de espasmos musculares en áreas afectadas.

C. Control de Signos Vitales

- Monitorización continua: Medir y registrar periódicamente la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y saturación de oxígeno.
- Identificación de patrones: Analizar las tendencias de los signos vitales para detectar posibles efectos secundarios de los analgésicos o complicaciones relacionadas con el dolor.
- Comunicación de hallazgos: Informar al médico tratante sobre cualquier cambio significativo en los signos vitales que requiera ajuste del tratamiento farmacológico.

D. Cuidados de Confort Físicos

- Posicionamiento terapéutico: Ayudar al paciente a encontrar posiciones cómodas que minimicen la presión sobre áreas dolorosas, utilizando almohadas, cojines y soportes adecuados (18).
- Movilización suave: Fomentar la movilidad dentro de los límites tolerados por el paciente para prevenir la rigidez articular y mejorar la circulación.
- Aplicación de calor o frío: Utilizar compresas calientes o frías las indicaciones médicas para aliviar el dolor muscular y reducir la inflamación (17).
- Masaje suave: Realizar masajes suaves en áreas no afectadas por el dolor para promover la relajación y mejorar la circulación (17).

E. Cuidados del Entorno

- Control del entorno: Ajustar la iluminación, temperatura y nivel de ruido para crear un ambiente tranquilo y relajante.

- Higiene y confort: Proporcionar cuidados de higiene personal para mantener la piel limpia y seca, prevenir la irritación y promover una sensación de bienestar.
- Ropa cómoda: Facilitar ropa suelta y suave que no restrinja los movimientos ni irrite la piel sensible.

F. Habilidades blandas de la enfermera en el cuidado del paciente postquirúrgico

- Comunicación asertiva: Ofrecer un espacio seguro para que el paciente exprese sus sentimientos, miedos y preocupaciones relacionados con el dolor.
- Empatía: Capacidad para comprender y compartir sentimientos del paciente, mejora la calidad del cuidado enfermero - paciente postquirúrgico- oncológico.
- Asertividad: Entender las necesidades, preocupaciones del paciente y atenderlas de manera oportuna (17).

G. Relación terapéutica enfermero-paciente

- La relación terapéutica enfermero-paciente desarrollada en la Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau(19), enfatiza la interacción
- dinámica y recíproca entre profesional de enfermería y el paciente, se estructura en cuatro fases progresivas que guían la relación profesional: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución.
- Los principios fundamentales de esta teoría se basan en:
- Relación recíproca: La interacción enfermero-paciente es bidireccional, donde ambos aprenden y se desarrollan mediante el intercambio de experiencias .
- Enfoque holístico: Considera al paciente como un ser biopsicosocial, integrando aspectos físicos, emocionales y culturales en los cuidados .

- Reducción de la ansiedad: La enfermera emplea estrategias de comunicación asertiva y educación terapéutica para manejar el estrés asociado a la enfermedad.
- Autonomía progresiva: Fomenta la participación activa del paciente en su recuperación, transfiriendo gradualmente responsabilidades.
- Flexibilidad roles: El profesional adapta sus funciones según la fase de la relación y las demandas específicas del caso .
- Según Peplau los roles de enfermería en la interrelación enfermera-paciente son:
 - Extraño: Inicia la relación con respeto y neutralidad, evitando prejuicios durante el primer contacto.
 - Recurso: Proporciona información clara sobre procedimientos, tratamientos y recursos disponibles.
 - Docente: Instruye al paciente en técnicas de autocuidado y manejo de su condición de salud.
 - Líder: Facilita la toma de decisiones conjuntas, promoviendo la corresponsabilidad en el plan terapéutico.
 - Sustituto: Apoya emocionalmente al paciente cuando este proyecta figuras significativas ausentes (familiares, amigos).
 - Consejero: Guía en la resolución de conflictos emocionales mediante refuerzo positivo.

A continuación, se plantean las fases de la interrelación enfermera-pacientes de Peplau aplicada al paciente quirúrgico, motivo de estudio de este trabajo de investigación:

2.1.5.1.1. Fase de orientación

El paciente quirúrgico manifiesta ansiedad preoperatoria y necesidad de información clara sobre el procedimiento.

La enfermera especializada actúa como recurso educativo, explicando protocolos anestésicos, preparación prequirúrgica y expectativas postoperatorias mediante lenguaje accesible.

Se establecen acuerdos sobre objetivos comunes (ej. movilización temprana, manejo del dolor).

2.1.5.1.2. Fase de identificación

El paciente expresa temores específicos (riesgo quirúrgico, resultados estéticos, incapacidad temporal).

La enfermera adopta roles de consejería y apoyo emocional, validando emociones mediante comunicación asertiva y técnicas de reducción de ansiedad.

Se fomenta la participación activa en decisiones sobre modalidades analgésicas y planes de recuperación.

2.1.5.1.3. Fase de aprovechamiento/uso

Durante el postoperatorio inmediato, el paciente utiliza recursos terapéuticos (bombas de analgesia, fisioterapia respiratoria) bajo supervisión profesional.

La enfermera monitorea respuesta fisiológica (signos vitales, drenajes) mientras promueve autonomía progresiva.

Se implementan estrategias personalizadas para prevenir complicaciones (trombosis, infección de herida).

2.1.5.1.4. Fase de resolución:

Al alta hospitalaria, se evalúa capacidad para manejar cuidados domiciliarios (curas, medicación).

La enfermera transfiere responsabilidades mediante educación terapéutica y planes de seguimiento.

Se fortalece la autogestión del paciente con recursos comunitarios y sistemas de apoyo.

2.1.6. Intervenciones de Enfermería en el manejo del dolor en pacientes oncológicos

Según la Guía Técnica: Gestión del Cuidado de Enfermería en la Valoración y Manejo del Dolor en la Atención del Paciente Oncológico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) del Perú, el cuidado especializado de enfermería en este ámbito se basa en la valoración exhaustiva del dolor y la implementación de estrategias terapéuticas adecuadas, adaptadas a las características individuales del paciente y a la evolución de su enfermedad.

El proceso inicia con una valoración integral donde la enfermera realiza una entrevista detallada al paciente y su cuidador principal, identifica las características del dolor (localización, intensidad, calidad, duración y factores desencadenantes) y aplica instrumentos estandarizados como la Escala Visual Análoga (EVA) y la Escala Funcional ECOG para evaluar el impacto del dolor en el funcionamiento y calidad de vida. Asimismo, se incluyen la identificación de signos no verbales en pacientes con dificultad para comunicarse y se registra toda la información mediante el método SOAPIE, garantizando una comunicación efectiva con el equipo multidisciplinario.

En el manejo práctico, las intervenciones de enfermería comprenden la administración y monitoreo de analgésicos, opioides y analgésicos a través de diversas vías, incluyendo vía subcutánea, endovenosa e intramuscular, siempre bajo indicaciones médicas estrictas. La enfermera asegura el cumplimiento de los llamados "cinco correctos" en la administración de medicamentos (paciente, medicamento, dosis, vía y tiempo), observa la eficacia del tratamiento y detecta síntomas adversos, tales como náuseas, vómitos, estreñimiento o signos de depresión respiratoria, comunicando cualquier alteración para ajustes terapéuticos oportunos.

Además, se implementan medidas no farmacológicas complementarias y cuidados específicos tales como la colocación y mantenimiento de dispositivos subcutáneos para administración continua de medicamentos, la prevención de complicaciones infecciosas mediante la educación en higiene adecuada, y el control de factores ambientales que pueden exacerbar el dolor. La enfermería también juega un rol fundamental en la educación del paciente y su familia, brindando consejería para el

manejo del dolor en el hogar, incluyendo la correcta utilización de dosis de rescate y el reconocimiento de signos de alarma.

El soporte emocional es otro pilar en la intervención de enfermería, donde se brinda contención psicoemocional, se refuerzan las expectativas positivas y se atienden las creencias culturales acerca del dolor, contribuyendo a mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente oncológico. La coordinación con otros profesionales —como nutricionistas, psicólogos y trabajadores sociales— garantiza un enfoque multidisciplinario para atender las múltiples dimensiones del dolor y sus consecuencias.

Finalmente, el seguimiento continuo y la evaluación periódica permiten ajustar las intervenciones según la evolución del cuadro clínico, reafirmando la importancia del cuidado de enfermería como un eje central en el manejo del dolor oncológico. Así, las intervenciones se orientan a proporcionar confort físico, facilitar el autocuidado y mantener la dignidad del paciente durante todo el proceso de la enfermedad, logrando un balance entre el alivio del sufrimiento y la promoción de un entorno seguro y humanizado.

2.2. DOLOR POSTQUIRÚRGICO

2.2.1. Definición

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que puede ser asociada a un daño tisular real o potencial. Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, el dolor no solo es una respuesta física a una lesión, sino que también involucra componentes psicológicos y sociales que influyen en cómo se percibe y se expresa.

Esta definición resalta que el dolor es subjetivo y debe ser validado siempre que el paciente lo manifieste, independientemente de la presencia de una lesión objetiva(20).

El dolor se clasifica generalmente en dos categorías principales: dolor agudo y dolor crónico. El dolor agudo es temporal y suele aparecer como resultado de una lesión o enfermedad, actuando como un mecanismo de defensa que alerta al organismo sobre un daño inminente. En contraste, el dolor crónico persiste durante un período prolongado, a menudo más de tres meses, y puede no tener una causa clara, afectando significativamente la calidad de vida del paciente (21).

2.2.1.1. Dolor Postquirúrgico

El dolor postquirúrgico es un tipo específico de dolor agudo que se presenta después de una intervención quirúrgica. Este tipo de dolor puede variar en intensidad y duración, dependiendo del tipo de cirugía realizada, la técnica utilizada y la respuesta individual del paciente al procedimiento. El manejo efectivo del dolor postquirúrgico es de vital importancia, ya que mejora el confort del paciente, así también facilita la recuperación (21).

El dolor postquirúrgico puede ser influenciado por varios factores, incluyendo la extensión de la cirugía, el estado físico del paciente antes del procedimiento, y su umbral personal para el dolor. La evaluación continua del dolor postoperatorio permite ajustar las estrategias de manejo para asegurar un alivio adecuado (22).

El dolor en pacientes oncológicos es un síntoma frecuente y complejo que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida. Este dolor puede ser causado por la progresión del cáncer, así como por los tratamientos utilizados para combatir la enfermedad (17).

2.2.2. Neurofisiología del dolor

La neurofisiología del dolor implica una compleja interacción entre los sistemas nervioso periférico y central. El proceso comienza con la activación de los nociceptores, que son terminaciones nerviosas especializadas ubicadas en los tejidos periféricos.

Estos nociceptores responden a estímulos nocivos (como lesiones físicas o inflamación) generando señales eléctricas que son transmitidas al sistema nervioso central (SNC)(23).

Cuando se produce una lesión, los nociceptores detectan estímulos dañinos (mecánicos, térmicos o químicos) y convierten esta información en impulsos eléctricos. Los impulsos eléctricos viajan a través de las fibras nerviosas hacia la médula espinal. Aquí, las señales pueden ser moduladas antes de ser enviadas al cerebro(24).

En la médula espinal, existen mecanismos que pueden amplificar o inhibir las señales del dolor. Por ejemplo, neurotransmisores como la sustancia P y el glutamato pueden aumentar la percepción del dolor, mientras que otros como las

endorfinas pueden disminuirla. Finalmente, las señales llegan al cerebro donde son procesadas en varias

áreas, incluyendo el tálamo y la corteza cerebral. La percepción del dolor es influenciada por factores emocionales y cognitivos, lo que explica por qué diferentes personas pueden experimentar el mismo tipo de estímulo doloroso de maneras distintas(25).

La experiencia del dolor provoca respuestas tanto físicas como emocionales en el individuo, lo que puede incluir reacciones fisiológicas (como aumento de la frecuencia cardíaca) y comportamientos (como evitar actividades que exacerbaban el dolor)(26).

2.2.2.1. Tipos de dolor en pacientes oncológicos

A. Dolor Nociceptivo:

Somático: Proviene de la activación de nociceptores en tejidos somáticos (huesos, piel, músculos). Se caracteriza por ser localizado y puede describirse como sordo o punzante(27).

Visceral: Surge de órganos internos y es generalmente difuso y mal localizado.

B. Dolor Neuropático:

Causado por daño o disfunción del sistema nervioso central o periférico. Se presenta como sensaciones anormales, tales como ardor, hormigueo o descargas eléctricas (27).

C. Dolor Psicógeno:

Relacionado con factores emocionales o psicológicos. Este tipo de dolor puede no responder adecuadamente a los analgésicos convencionales (27).

D. Dolor Agudo y Crónico:

- Agudo: Dolor de corta duración que generalmente aparece repentinamente.
- Crónico: Dolor persistente que dura más de tres meses y puede ser consecuencia de la progresión del cáncer o efectos secundarios de tratamientos (27).

2.2.3. Proceso quirúrgico

El proceso quirúrgico es el conjunto de actividades que se realiza en tres fases principales: preoperatorio, transoperatorio (intraoperatorio) y postoperatorio(28). A continuación, se detalla las intervenciones de Enfermería en este proceso:

2.2.3.1. Fase Preoperatoria

La fase preoperatoria comienza con la decisión de realizar la intervención quirúrgica y finaliza con la llegada del paciente al quirófano(29). El objetivo principal es preparar al paciente tanto física como psicológicamente para la cirugía. Las intervenciones de enfermería en esta fase incluyen:

- Valoración Integral: Realizar una valoración de antecedentes médicos, alergias, medicación actual y estado psicosocial.
- Proporcionar información clara y comprensible sobre el procedimiento quirúrgico, los riesgos y beneficios, el proceso de recuperación y las expectativas postoperatorias.
- Preparación Física: Verificar el cumplimiento del ayuno preoperatorio, administrar medicamentos según prescripción médica, revisar estado de higiene del paciente
- Brindar apoyo emocional al paciente y su familia, abordando sus miedos y ansiedades.
- Revisión de Consentimiento Informado: Confirmar que el paciente ha comprendido y firmado el consentimiento informado.

2.2.3.2. Fase Transoperatoria (Intraoperatorio)

La fase transoperatoria comienza con la recepción del paciente en el quirófano y finaliza con su traslado a la sala de recuperación. Durante esta fase, la enfermera asiste al equipo quirúrgico y mantiene la seguridad del paciente:

- Asegurar que el quirófano esté limpio, organizado y equipado con el instrumental y los suministros necesarios.
- Coloca al paciente en la posición adecuada para la cirugía, manteniendo la alineación corporal y protegiendo las áreas de presión.
- Aplicar técnicas de asepsia y antisepsia para prevenir infecciones.

- Monitorizar continuamente los signos vitales del paciente (presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, temperatura) y registrar cualquier cambio significativo.
- Verificar la correcta identificación del paciente y el procedimiento quirúrgico.
- Mantener un ambiente seguro y libre de riesgos.
- Asiste al cirujano y al anesthesiólogo durante el procedimiento quirúrgico, proporcionando el instrumental y los suministros necesarios.
- Registrar todos los eventos y observaciones relevantes durante la cirugía.

2.2.3.3. Fase Postoperatorio

La fase postoperatoria comienza con el traslado del paciente a la sala de recuperación y se centra en la monitorización y estabilización del paciente después de la cirugía. Las intervenciones de enfermería incluyen:

- Monitorización de los signos vitales, el nivel de conciencia, el estado respiratorio y el dolor del paciente.
- Valorar el nivel de dolor y administrar analgésicos según prescripción médica y evaluar su efectividad.
- Administrar antieméticos según sea necesario.
- Inspeccionar la herida quirúrgica en busca de signos de sangrado o infección.
- Implementar medidas para prevenir complicaciones y eventos adversos.
- Proporcionar instrucciones sobre el cuidado de la herida, el manejo del dolor y las restricciones de actividad al paciente y familiar.

2.2.3.4. Unidad de Recuperación Pos anestésica (URPA)

Después de la fase postoperatoria inmediata, el paciente puede ser trasladado a la Unidad de Recuperación Pos anestésica (URPA) para una monitorización y cuidados más prolongados antes de trasladar al paciente a su unidad de hospitalización(30). Las intervenciones de enfermería son:

- Evaluación y Manejo del Dolor: Continuar evaluando y manejando el dolor del paciente, utilizando una variedad de técnicas farmacológicas y no farmacológicas.
- Monitoreo de Complicaciones: Vigilar de cerca al paciente en busca de signos de complicaciones como hemorragia, infección, dehiscencia de la herida, problemas respiratorios o cardiovasculares.
- Valoración del estado de conciencia.
- Movilización de miembros inferiores, según tipo de anestesia.
- Continuar brindando apoyo emocional al paciente y su familia.

2.2.4. Evaluación del dolor en pacientes quirúrgicos

Según el estudio de Berenguel M, et al(17) dónde se expone la guía de práctica clínica para el manejo del dolor en paciente oncológico, los instrumentos para evaluar el dolor en pacientes oncológicos son:

- Escala Visual Analógica (EVA)

Propósito: Medir la intensidad del dolor percibida por el paciente. Es una herramienta sencilla y rápida para cuantificar el dolor.

Forma de Medición: Consiste en una línea horizontal de 10 cm, donde un extremo representa "ningún dolor" (0) y el otro extremo representa "el peor dolor imaginable"

(10). El paciente marca en la línea el punto que mejor describe su nivel de dolor. La distancia desde el inicio de la línea hasta la marca se mide en centímetros, proporcionando una puntuación de 0 a 10 (17).

- Escala Numérica (EN)

Propósito: Similar a la EVA, busca cuantificar la intensidad del dolor.

Forma de Medición: Se presenta al paciente una escala numérica del 0 al 10, donde 0 indica "ningún dolor" y 10 indica "el peor dolor imaginable". El paciente elige el número que mejor representa su nivel de dolor actual (17).

- Escala de Categorías Verbales (ECV)

Propósito: Evaluar la intensidad del dolor utilizando descriptores verbales.

Forma de Medición: Se ofrece al paciente una lista de adjetivos que describen diferentes niveles de dolor (ej., "ninguno," "leve," "moderado," "severo," "insoportable"). El paciente selecciona el término que mejor describe su experiencia dolorosa (17).

- Cuestionario del Dolor de McGill (MPQ)

Autor: Melzack, R.

Propósito: Evaluar la calidad y la intensidad del dolor, proporcionando una descripción más completa de la experiencia dolorosa.

Forma de Medición: El cuestionario consta de varias secciones que exploran diferentes dimensiones del dolor:

- Sección 1: Localización del dolor en un diagrama del cuerpo.
- Sección 2: Selección de adjetivos descriptivos del dolor agrupados en categorías sensoriales, afectivas, evaluativas y misceláneas.
- Sección 3: Evaluación de la intensidad del dolor en una escala de 5 puntos.
- Sección 4: Evaluación del cambio del dolor con el tiempo (17).
- Breve Inventario del Dolor (BPI) Autor: Cleeland, C.S.
- Propósito: Evaluar la intensidad del dolor y su interferencia con diversas áreas de funcionamiento del paciente.
- Forma de Medición: El BPI incluye escalas numéricas para evaluar la intensidad del dolor en el momento actual, el peor dolor, el dolor promedio y el dolor más leve. También evalúa cómo el dolor interfiere con actividades como el estado de ánimo, la actividad física, el sueño y las relaciones sociales (17).

2.3. ROL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA

En el contexto del paciente quirúrgico con diagnóstico de cáncer de mama, se pueden aplicar las siguientes teorías de Enfermería:

- Teoría del Entorno de Florence Nightingale: Esta teoría enfatiza la importancia de un entorno curativo que promueva la salud y el bienestar. En el ámbito quirúrgico, esto implica asegurar un ambiente limpio, bien ventilado, con iluminación adecuada y control del ruido para reducir el estrés y favorecer la recuperación del paciente(31).
- Teoría de Relaciones interpersonales de Peplau: La teoría de Peplau se fundamenta en la premisa de que Enfermería es un proceso interpersonal y terapéutico que ocurre cuando profesionales capacitados establecen relaciones terapéuticas con personas que necesitan servicios de salud. La comunicación, la colaboración y la comprensión mutua son elementos centrales en la dinámica enfermera-paciente, permitiendo una atención holística que considera el bienestar físico, emocional, psicológico y social del paciente. La teoría reconoce al paciente como un participante activo en su propio cuidado, fomentando un enfoque centrado en la persona.
- Su énfasis en la relación terapéutica entre la enfermera y el paciente, a través de las fases de orientación, identificación, explotación y resolución, permite una comprensión profunda de las necesidades individuales de la paciente y el desarrollo de planes de atención personalizados. La aplicación de esta teoría puede conducir a una mejor comunicación, mayor satisfacción del paciente, un control del dolor más eficaz, reducción de la ansiedad y el miedo, mayor empoderamiento del paciente y una mejor adherencia al tratamiento (31).
- Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson: Esta teoría destaca la importancia de la relación enfermera-paciente y el cuidado como una interacción transpersonal que promueve la salud y el bienestar. En el contexto oncológico, esto implica proporcionar un cuidado compasivo que aborde las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente(32).
- Teoría de la Adaptación de Callista Roy: Esta teoría se centra en la capacidad del individuo para adaptarse a los cambios y desafíos. En el paciente quirúrgico oncológico, esto implica ayudar al paciente a adaptarse a los cambios en su imagen

corporal, función física y rol social debido a la cirugía y el tratamiento oncológico(33).

- Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem: Esta teoría enfatiza la importancia del autocuidado para mantener la salud y el bienestar. En el contexto quirúrgico, esto implica educar al paciente sobre cómo cuidar su herida, manejar el dolor y realizar actividades de la vida diaria de manera segura y efectiva(33).
- Las intervenciones de Enfermería en el paciente quirúrgico oncológico deben ser individualizadas y basadas en las necesidades específicas del paciente. A continuación, se presentan algunas intervenciones clave:

1. Valoración Preoperatoria:

- Recopilación de datos: Obtener una historia clínica completa, incluyendo antecedentes médicos, alergias, medicación actual y estado psicosocial.
- Evaluación física: Realizar una exploración física exhaustiva para identificar cualquier problema o riesgo potencial.
- Valoración del estado emocional: Evaluar el nivel de ansiedad, miedo y depresión del paciente y proporcionar apoyo emocional.
- Educación preoperatoria: Explicar el procedimiento quirúrgico, los riesgos y beneficios, el proceso de recuperación y las expectativas postoperatorias.

2. Cuidado Intraoperatorio:

- Seguridad del paciente: Asegurar la correcta identificación del paciente y el procedimiento quirúrgico, y mantener un ambiente seguro y libre de riesgos.
- Monitorizar continuamente los signos vitales del paciente y registrar cualquier cambio significativo.
- Asepsia y antisepsia: Aplicar técnicas de asepsia y antisepsia para prevenir infecciones(34).
- Apoyo al equipo quirúrgico: Asistir al cirujano y al anestesiólogo durante el procedimiento quirúrgico.

3. Cuidado Postoperatorio

- Monitorización continua: Vigilar de cerca los signos vitales, el nivel de conciencia, el estado respiratorio y el dolor del paciente.
- Manejo del dolor: Administrar analgésicos según prescripción médica y monitorear la efectividad.
- Control de náuseas y vómitos: Administrar antieméticos según sea necesario.
- Cuidado de la herida quirúrgica: Inspeccionar la herida quirúrgica en busca de signos de sangrado o infección.
- Movilización temprana: Fomentar la movilización temprana para prevenir complicaciones y promover la recuperación.
- Nutrición e hidratación: Asegurar una nutrición e hidratación adecuadas para promover la curación y la recuperación.
- Educación al paciente y familia: Proporcionar instrucciones detalladas sobre el cuidado de la herida, el manejo del dolor, las restricciones de actividad y el seguimiento médico necesario.
- Apoyo psicológico: Ofrecer apoyo emocional al paciente y su familia, ayudándoles a afrontar los cambios en su imagen corporal, función física y rol social debido a la cirugía y el tratamiento oncológico.

2.3.1. Habilidades sociales para el cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico del paciente oncológico

Las habilidades sociales, son competencias interpersonales y comunicativas que permite al profesional de enfermería interactuar de manera efectiva y empática al paciente, respecto al manejo del dolor en paciente quirúrgico se destaca la comunicación y la empatía.

- La comunicación en el manejo del dolor quirúrgico implica establecer un diálogo claro, abierto y respetuoso con el paciente y su familia. La enfermera debe proporcionar información comprensible sobre qué es dolor, posibles tipos de dolor, las técnicas de control disponibles y los efectos esperados del tratamiento. Además, la comunicación asertiva permite identificar las preocupaciones, miedos y expectativas del paciente, facilitando su participación

activa en el plan de cuidado y la toma de decisiones. La comunicación asertiva es esencial para captar señales verbales y no verbales que indiquen niveles de dolor o ansiedad, lo que ayuda a ajustar las intervenciones oportunamente (35).

- La empatía se manifiesta en la capacidad de la enfermera para comprender y compartir las emociones del paciente, mostrando sensibilidad ante su sufrimiento y ansiedad pre y postoperatoria. Este vínculo emocional favorece un ambiente de confianza y seguridad, disminuyendo la percepción del dolor y mejorando la adherencia al tratamiento. La empatía también facilita el apoyo emocional, elemento clave para reducir el estrés y la ansiedad quirúrgica, contribuyendo a una mejor recuperación física y psicológica (36).

2.3.2. Relación terapéutica enfermero-paciente oncológico en el manejo del dolor postquirúrgico

En la Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau, esta relación se entiende como una interacción dinámica y recíproca, estructurada en fases que guían el proceso de atención desde la preparación preoperatoria hasta el alta y seguimiento domiciliario.

En la fase inicial de orientación, el paciente oncológico sometido a cirugía experimenta ansiedad y preocupación debido a la complejidad del procedimiento y las implicancias sobre su salud y calidad de vida. En este momento, la enfermera asume el rol de recurso, ofreciendo información clara y accesible sobre el protocolo anestésico, cuidados preoperatorios y expectativas postoperatorias, favoreciendo un vínculo de confianza y reduciendo la incertidumbre.

Además, se establecen objetivos terapéuticos comunes, como la movilización temprana y el manejo adecuado del dolor, que orientan las acciones y generan un compromiso compartido.

Durante la fase de identificación, emergen temores específicos asociados al riesgo quirúrgico, posibles secuelas estéticas y la incapacidad transitoria para realizar actividades cotidianas. La enfermera, adoptando los roles de consejera y apoyo emocional, valida estas emociones a través de la escucha activa y la aplicación de técnicas para reducir la ansiedad. Se promueve la participación activa del paciente en decisiones relacionadas con el manejo analgésico y el plan de recuperación,

fomentando así su autonomía progresiva y empoderamiento frente al proceso de salud-enfermedad.

En el uso o aprovechamiento, la etapa clínica postoperatoria inmediata, el paciente se beneficia de recursos terapéuticos como bombas de analgesia y fisioterapia respiratoria bajo la supervisión continua del equipo de enfermería. La enfermera monitorea exhaustivamente la respuesta fisiológica mediante signos vitales y el cuidado de drenajes, implementando estrategias personalizadas para prevenir complicaciones frecuentes, como trombosis o infecciones de herida quirúrgica. En paralelo, se estimula la autogestión de aspectos básicos del autocuidado, reforzando la confianza y la competencia del paciente en su recuperación.

Finalmente, en la fase de resolución, antes del alta hospitalaria, se evalúa la capacidad del paciente para continuar con los cuidados domiciliarios, incluyendo la administración de medicamentos y el manejo adecuado de las heridas. La enfermera transfiere responsabilidades mediante una educación terapéutica detallada y planes de seguimiento, además de vincular al paciente con recursos comunitarios y sistemas de apoyo social que aseguren la continuidad del cuidado y la prevención de recaídas. Este proceso integral fortalece la autogestión del paciente y contribuye a la humanización de la atención en un momento crítico de su trayectoria oncológica (19).

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A nivel internacional

Ji C., Huang X., Liu M., Liu X., et al. Effect of multiple disciplinary team led by pain specialist nurses on postoperative analgesia in patients undergoing mastectomy. China, 2023

Este ensayo clínico aleatorizado evaluó el impacto de un equipo multidisciplinario (EMD) liderado por enfermeras especializadas en dolor en 140 pacientes sometidas a mastectomía. Las pacientes fueron asignadas a un grupo control (tratamiento estándar) o intervención (atención del EMD). El grupo intervención presentó menor dolor, menor uso de analgésicos, recuperación más rápida, mejor estado psicológico y niveles más bajos de hormonas del estrés. Además, tuvo menos complicaciones postoperatorias (7.14% vs. 18.57%) y mayor satisfacción con la analgesia (95.71% vs. 84.29%). El EMD mejora significativamente el manejo postoperatorio y resultados clínicos (37).

Aguiar-Rosas S., Plancarte-Sánchez R., Hernández-Porras B., A-Andreu J., et al. Pain management in cervical cancer. México 2024

Este estudio es una revisión de la literatura sobre el manejo del dolor en pacientes con cáncer cervical, enfocándose en el diagnóstico tardío y sus complicaciones. Se revisaron estudios relevantes evaluados por expertos, resaltando que el dolor afecta hasta al 86% de pacientes con enfermedad avanzada. Los resultados indican que el manejo debe ser integral e individualizado, combinando tratamientos farmacológicos e intervencionistas. Se enfatiza la importancia de adaptar las estrategias a cada paciente y promover un enfoque proactivo para mejorar la calidad de vida, implementando recomendaciones claras para un control eficaz del dolor y la reducción de complicaciones(38).

3.2. A nivel nacional

Chirito F. Intervención de enfermería en el manejo del dolor en pacientes post operado, Hospital Huacho Huara Oyon Y Sbs, Perú 2021

Este estudio descriptivo y transversal evaluó la intervención de enfermería en el manejo del dolor postoperatorio según la percepción de 50 pacientes. Se aplicó un cuestionario tipo Likert validado. El 62% percibió ausencia de intervención enfermera, con predominio del manejo farmacológico (66%) y escasa aplicación de intervenciones no farmacológicas (14%). Se concluye que el manejo del dolor postoperatorio se basa principalmente en medicación, sin integrar adecuadamente alternativas no farmacológicas en la atención de enfermería(39).

Ponce T. Intervenciones de Enfermería para disminuir el dolor en pacientes postoperados. Lima, 2022

Este estudio es una revisión bibliográfica descriptiva y retrospectiva que busca determinar las intervenciones de enfermería para reducir el dolor postoperatorio. Se analizaron 30 artículos, identificando que la musicoterapia es la intervención más frecuente (24%). El 71% de las intervenciones aplicadas mostraron efectividad en el manejo del dolor. Se encontraron 16 intervenciones no clasificadas en el Sistema NIC, que podrían ser útiles, pero su aplicación en el contexto nacional es limitada, predominando el enfoque farmacológico.

En conclusión, aunque existen múltiples intervenciones efectivas, se necesita urgentemente su integración en la práctica diaria(40).

3.3. A nivel local

Alcarráz Mantilla L, Ancco Mendigure B, Roldan Tenorio H. Incertidumbre frente al proceso quirúrgico y niveles de ansiedad en pacientes adultos de cirugía abdominal, Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa, 2023

Este estudio descriptivo, transversal y cuantitativo no experimental evaluó la intervención de enfermería en el manejo del dolor postoperatorio.

La población fue de 50 pacientes, y se utilizó un cuestionario Likert de 28 preguntas. Los resultados indicaron que la intervención de enfermería estaba ausente en el 62% de los casos y presente en el 38%. La intervención farmacológica fue percibida como presente por el 66% y ausente por el 34%. La intervención no farmacológica se consideró ausente en el 86% y presente en solo el 14%.

En conclusión, la intervención de enfermería para el dolor postoperatorio se centra principalmente en la medicación, con un uso limitado de intervenciones alternativas(41).

Polar Cáceres, M. Factores que influyen en el control del dolor en pacientes con cáncer. Instituto Regional de enfermedades neoplásicas del Sur, Arequipa 2023

Este estudio descriptivo, transversal y cuantitativo no experimental evaluó la intervención de enfermería en el manejo del dolor postoperatorio en 50 pacientes hospitalarios. Se utilizó un cuestionario Likert de 28 preguntas, validado por expertos. Los resultados revelaron que la intervención de enfermería estaba ausente en el 62% de los casos y presente en el 38%. La intervención farmacológica fue percibida como presente por el 66% y ausente por el 34%, mientras que la no farmacológica se consideró ausente en el 86% y presente en solo el 14%.

En conclusión, la intervención de enfermería para el dolor postoperatorio se centra principalmente en la medicación, con escaso uso de alternativas(42).

4. OBJETIVOS

1. Describir cuáles son los cuidados de Enfermería en el manejo del dolor postquirúrgico en pacientes postoperadas de cáncer de mama del servicio de oncología del Hospital Goyeneche
2. Identificar el nivel de dolor postquirúrgico en pacientes postoperadas de cáncer de mama del servicio de oncología del Hospital Goyeneche
3. Determinar la relación entre los cuidados enfermeros con el manejo del dolor postquirúrgico de pacientes postoperadas de cáncer de mama del servicio de oncología del Hospital Goyeneche.

5. HIPÓTESIS

Dado que, el cuidado enfermero brinda intervenciones integrales que consideran las necesidades físicas, emocionales y psicológicas. Por otro lado, el dolor postoperatorio es una experiencia sensorial y emocional desagradable que el paciente experimenta después de una intervención quirúrgica.

Es probable que, los cuidados enfermeros se relacionen con el manejo del dolor postquirúrgico de pacientes postoperadas de cáncer de mama del servicio de oncología del Hospital Goyeneche.



CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1. Técnica

Para la variable independiente y dependiente, se aplicó la encuesta.

1.2. Instrumento:

- **Para la variable independiente:** Cuidado enfermero, se aplicó el cuestionario de cuidado enfermero, el cual ha sido diseñado por Alarcón y Llanos, citado por Chirito F(39), quien además señala que el instrumento fue validado por medio del juicios de expertos con un índice concordancia de 0.013 y confiabilidad alfa de Cronbach de 0.86.

El instrumento consta de 27 ítems, divididos en 2 dimensiones: Intervenciones farmacológicas y complementarias.

La puntuación por cada ítem se realiza según escala tipo Likert de 5 puntos, dónde 1 punto corresponde a nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre y 5 siempre. El instrumento no presenta un baremo o puntuación general.

- **Para la variable dependiente:** Dolor postquirúrgico, se aplicó la escala visual analógica (EVA) para dolor en adultos, la cual fue diseñada por Scott y Huskisson para medir el dolor. En el estudio de González C, Jimenez A, Rojas E, et al (43), así como el estudio de Vicente M, Delgado S, Bandrés F et al (44), se demuestra su validez así como su confiabilidad (alfa de Cronbach de 0.91) (45).

La EVA está compuesta por una línea horizontal de 10 puntos, se le pide al paciente colocar su dedo en el nivel de dolor que siente ,que como resultado fue leve moderado muy fuerte.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio fue realizado en el Hospital Goyeneche, el cual se encuentra ubicado en la avenida Goyeneche s/n de la ciudad de Arequipa, país de Perú.

2.2. Ubicación Temporal

La investigación se realizó durante los meses de octubre a enero del 2026

2.3. Unidad de estudio

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por las pacientes postoperadas de cáncer de mama.

2.3.1. Universo

El universo estuvo conformado por 50 pacientes postoperadas de cáncer de mama.

2.3.1.1. Criterios de selección

2.3.1.1.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes mujeres mayores de 18 años postoperadas de cáncer de mama.
- Pacientes sometidas a cirugía oncológica (mastectomía u otros procedimientos relacionados).
- Pacientes que se encuentren en el período postoperatorio inmediato o mediato, dentro de los primeros 30 días tras la cirugía.
- Capacidad para comunicarse verbalmente y responder cuestionarios o entrevistas relacionadas con la percepción del dolor y los cuidados recibidos.
- Consentimiento informado firmado para participar en el estudio.

2.3.1.1.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado con metástasis fuera del área quirúrgica.
- Presencia de trastornos neurológicos, psiquiátricos o cognitivos que puedan interferir en la evaluación del dolor o la comunicación.
- Mujeres embarazadas o en período de lactancia.

- Pacientes varones postoperados de cáncer de mama
- Pacientes con alergias conocidas a medicamentos utilizados en el manejo del dolor postquirúrgico.
- Presencia de condiciones médicas graves (daño orgánico significativo o enfermedades crónicas descompensadas) que puedan influir en los resultados del manejo del dolor.
- Participación simultánea en otros estudios clínicos relacionados con el manejo del dolor o cuidados postoperatorios.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- El proyecto de investigación fue presentado a la Facultad de Enfermería. Se envió una solicitud formal a la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María. Una vez aprobado por el jurado y la asesora de tesis, el proyecto fue remitido al Comité de Ética Institucional para su evaluación y autorización.
- Ejecución del estudio: Previa autorización de las autoridades del hospital donde se llevó a cabo el estudio, se explicaron los objetivos y propósitos del mismo a las pacientes participantes, quienes firmaron un consentimiento informado. Posteriormente, se aplicaron los instrumentos de recolección de datos, cuya duración estimada fue de 15 minutos por participante.
- Análisis de datos: Los datos recolectados fueron organizados en una matriz utilizando el programa Microsoft Excel. Para el análisis estadístico, se empleó el software SPSS V24.0. La prueba estadística fue la correlación de Rho de Spearman, puesto que los datos presentaron distribución no paramétrica.
- Presentación de datos: Los resultados obtenidos fueron presentados mediante tablas y gráficos.
- Informe final: El informe final fue elaborado y presentado a la asesora y al jurado dictaminador para su revisión. Posteriormente, se procedió con la fase de sustentación del trabajo ante las instancias correspondientes.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Investigadoras
- Asesora de tesis
- Dictaminadoras

3.2.2. Materiales

- Material de escritorio: Hojas bond, lapiceros, lápices, corrector, borrador, tajador, otros.
- Computadora , laptop e impresora

3.2.3. Económicos

El estudio fue autofinanciado por las investigadoras

3.2.4. Institucionales

Facultad de Enfermería de la UCSM Hospital Goyeneche.



CAPÍTULO III
RESULTADOS

Tabla 1
Población de estudio según edad y grupo etario, Arequipa - 2025

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
Joven (18 a 29 años)	4	8,0
Adulto (30 a 59 años)	1	2,0
Adulto mayor (60 a más años)	45	90,0
Total	50	100,0

En la tabla se aprecia que 90% de las pacientes postoperadas con cáncer de mama presentan edades entre 60 a más años, 8% entre 18 a 29 años y sólo 2% entre 30 a 59 años.

Se determina que la mayoría de pacientes postoperadas con cáncer de mama pertenecen al grupo etario de 60 a más años, que según el MINSA(46) se incluiría en el ciclo de vida de adulto mayor.

Figura 1
Población de estudio según edad, Arequipa - 2025

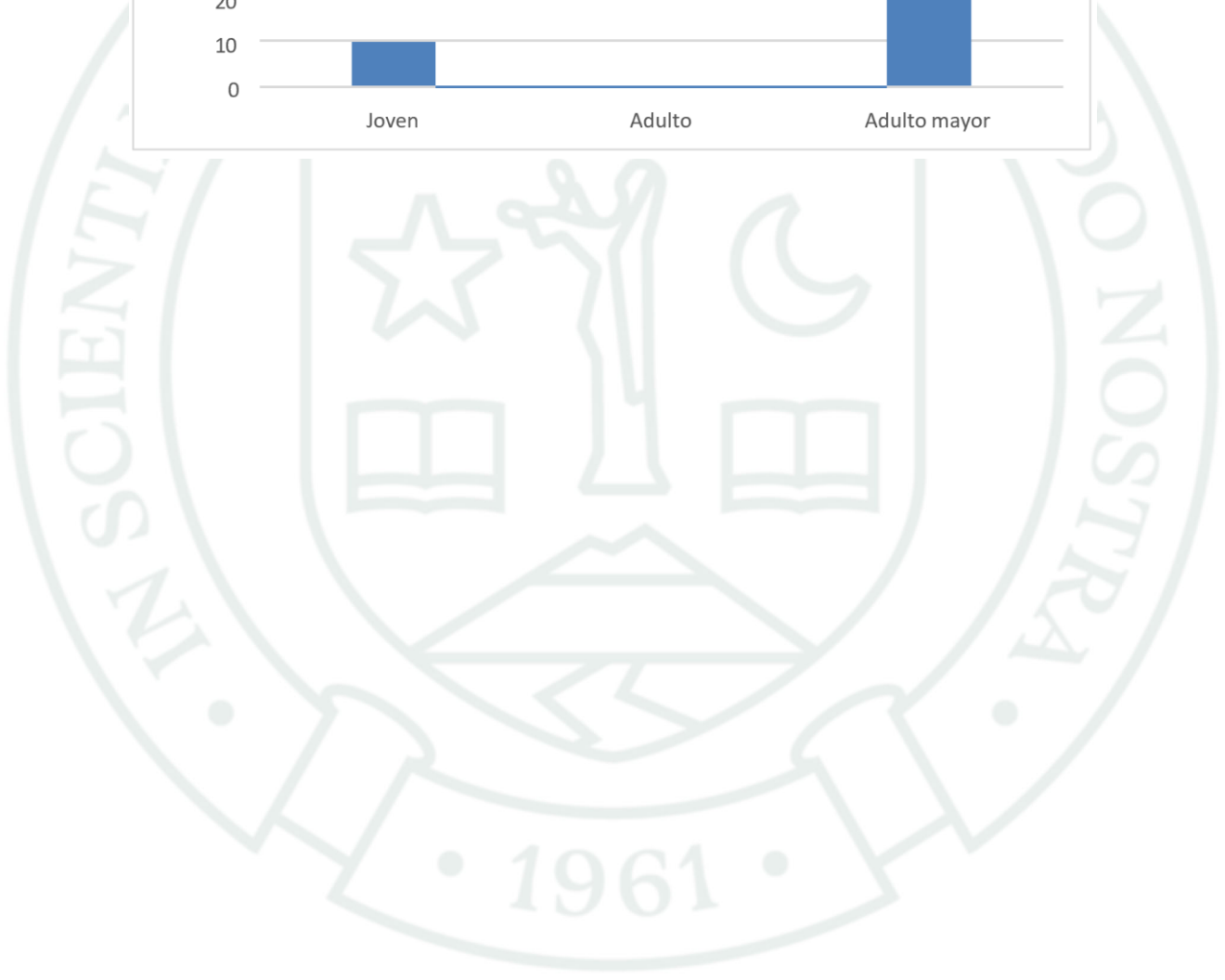
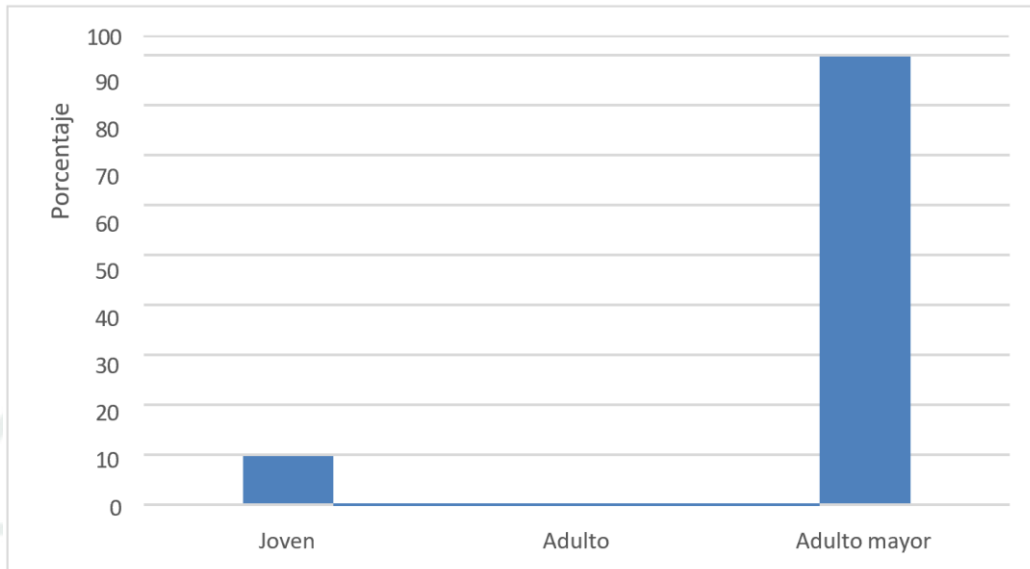


Tabla 2
Población de estudio según situación conyugal, Arequipa - 2025

Situación conyugal	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	23	46,0
Casada/conviviente	24	48,0
Separada/divorciada	1	2,0
Viuda	2	4,0
Total	50	100,0

En la tabla se aprecia que 48% de las pacientes con cáncer de mama presentan una situación conyugal de casada/conviviente y 46% solteras, 4% viudas y 2% separadas/divorciadas.

Se determina que menos de la mitad de pacientes postoperadas con cáncer de mama son casadas o convivientes.

Figura 2

Población de estudio según situación conyugal, Arequipa - 2025

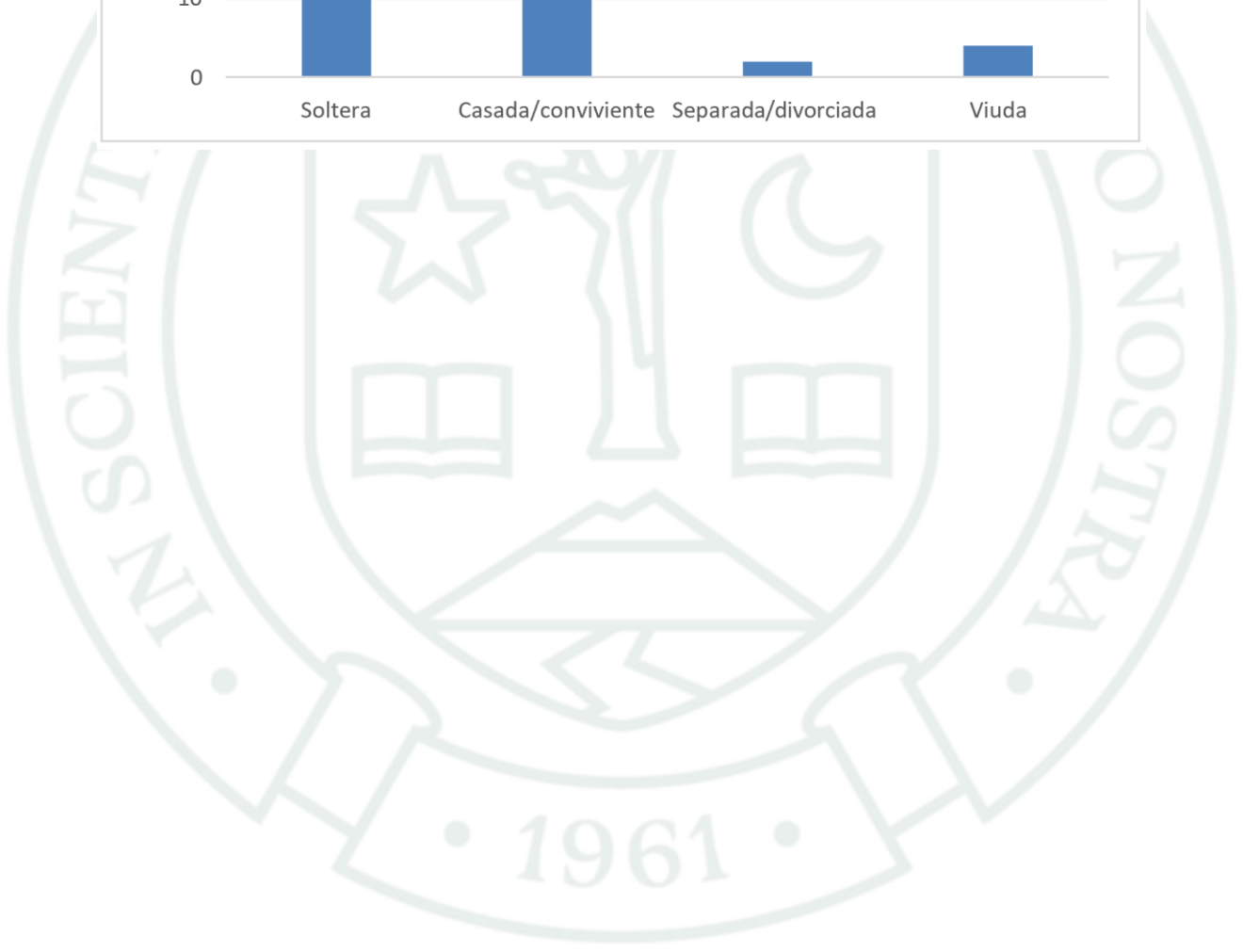
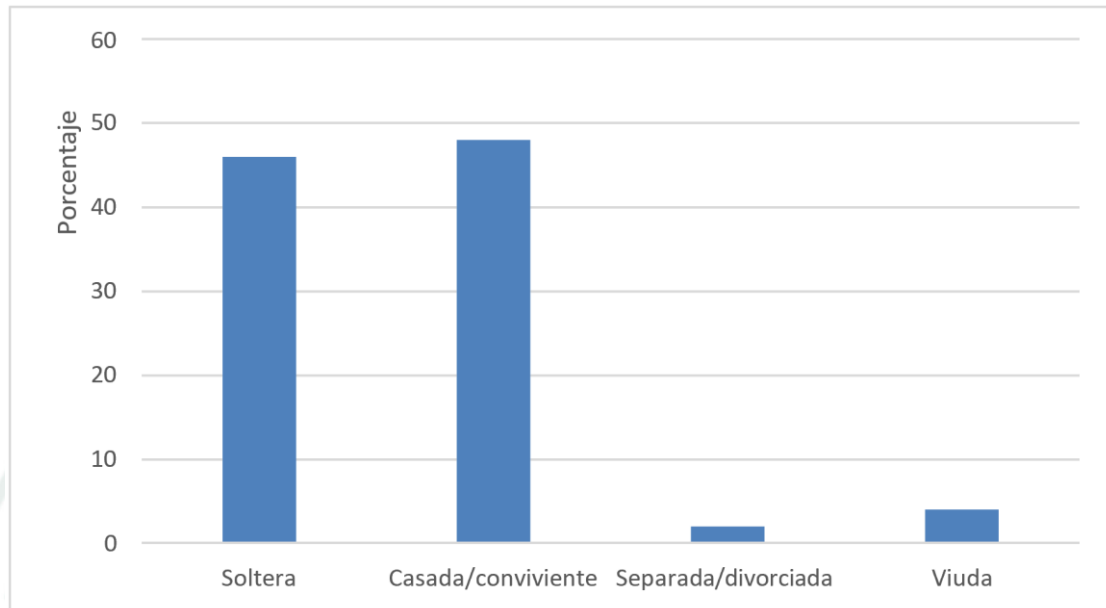


Tabla 3
Población de estudio según lugar de procedencia, Arequipa - 2025

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Arequipa	21	42,0
Juliaca	22	44,0
Cusco	2	4,0
Moquegua	2	4,0
Tacna	1	2,0
Apurimac	1	2,0
Pucallpa	1	2,0
Total	50	100,0

En la tabla se aprecia que menos de la mitad de pacientes postoperadas con cáncer de mama son de Juliaca y Arequipa, respectivamente, 4% son de Cusco y Moquegua, 2% de Tacna y Pucallpa. Se deduce que menos de la mitad de pacientes postoperadas con cáncer de mama son de Juliaca y Arequipa, respectivamente.

Figura 3

Población de estudio según lugar de procedencia, Arequipa - 2025

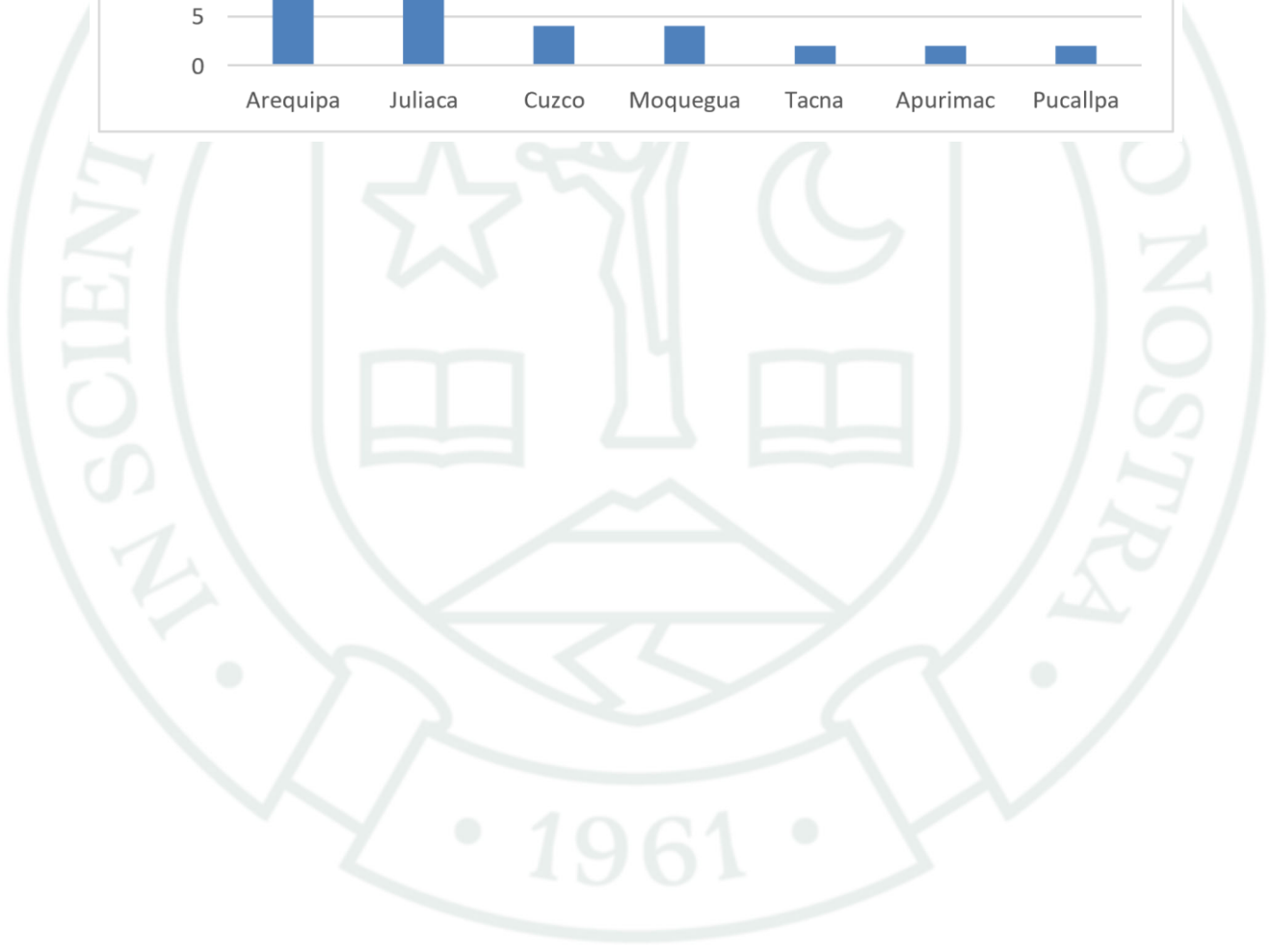
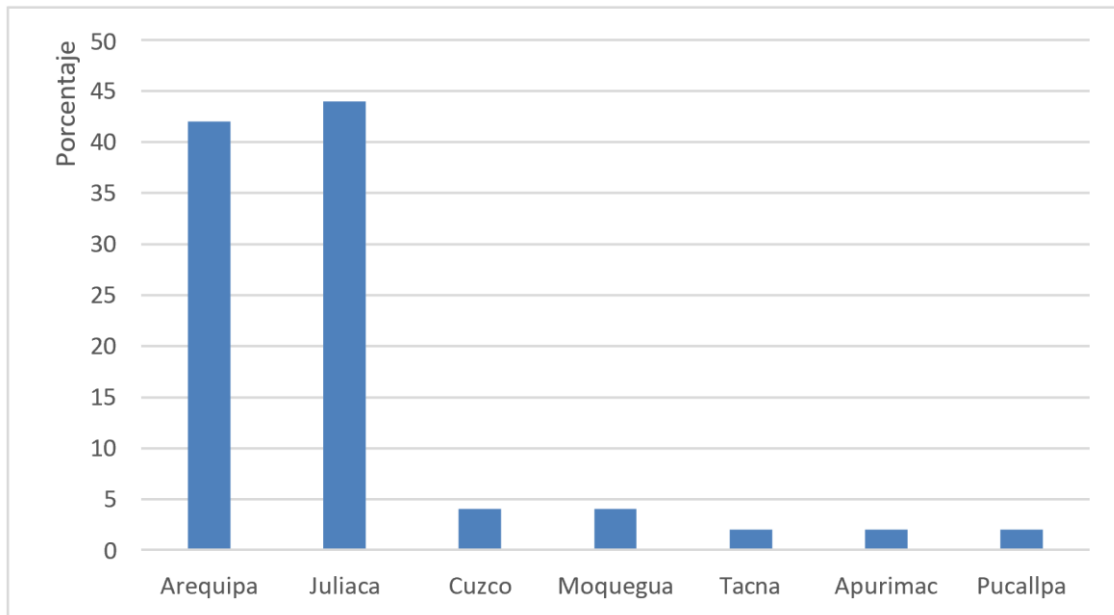


Tabla 4
Población de estudio según situación laboral, Arequipa - 2025

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje
No labora	37	74,0
Trabajo independiente	8	16,0
Trabajo dependiente	5	10,0
Total	50	100,0

En la tabla se evidencia que 74% de pacientes postoperadas con cáncer de mama no laboran, 16% trabajan de manera independiente y 10% trabajan de manera dependiente.

Se deduce que cerca de las tres cuartas de pacientes postoperadas con cáncer de mama no laboran.

Figura 4

Población de estudio según situación laboral, Arequipa - 2025

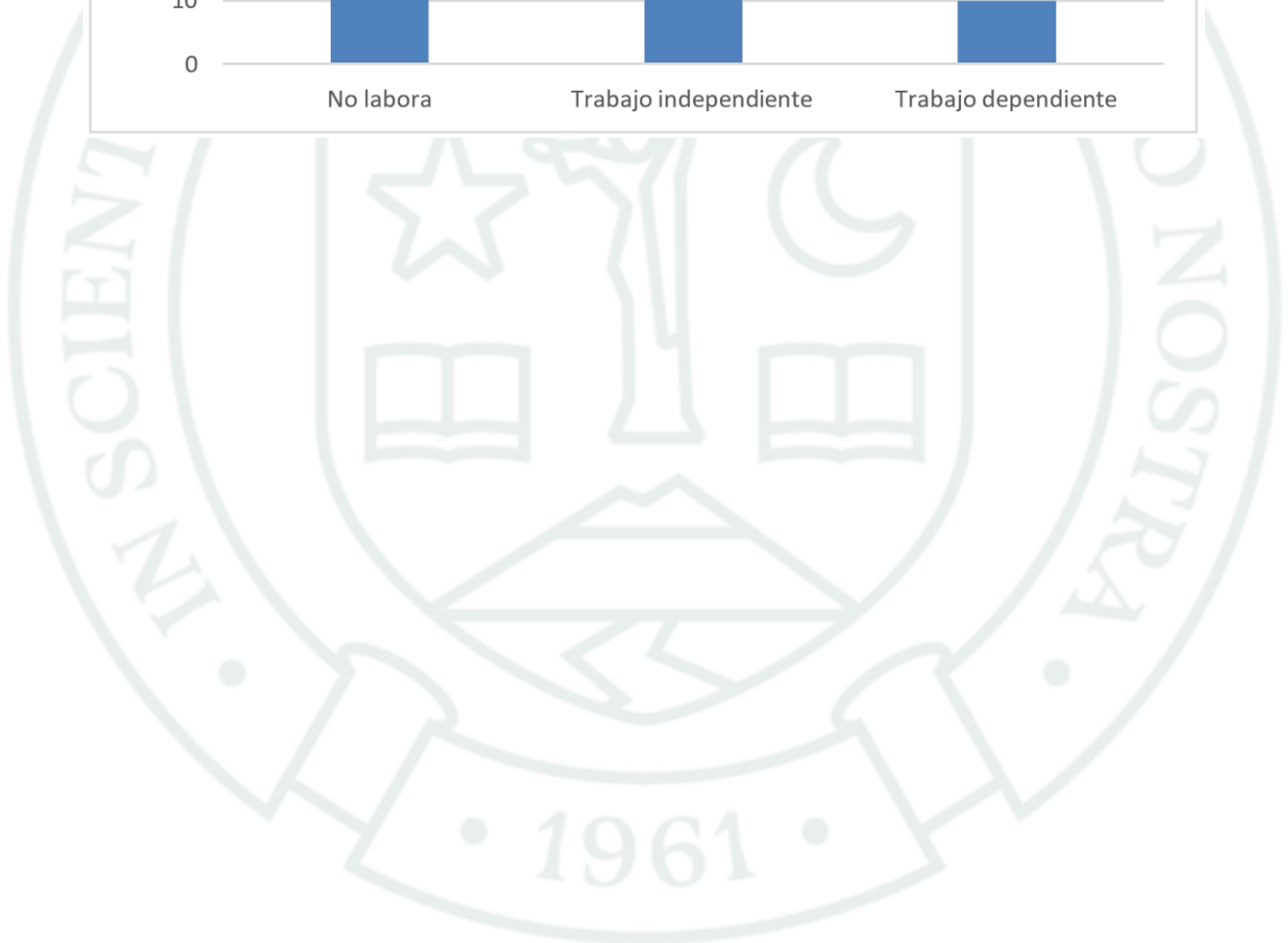
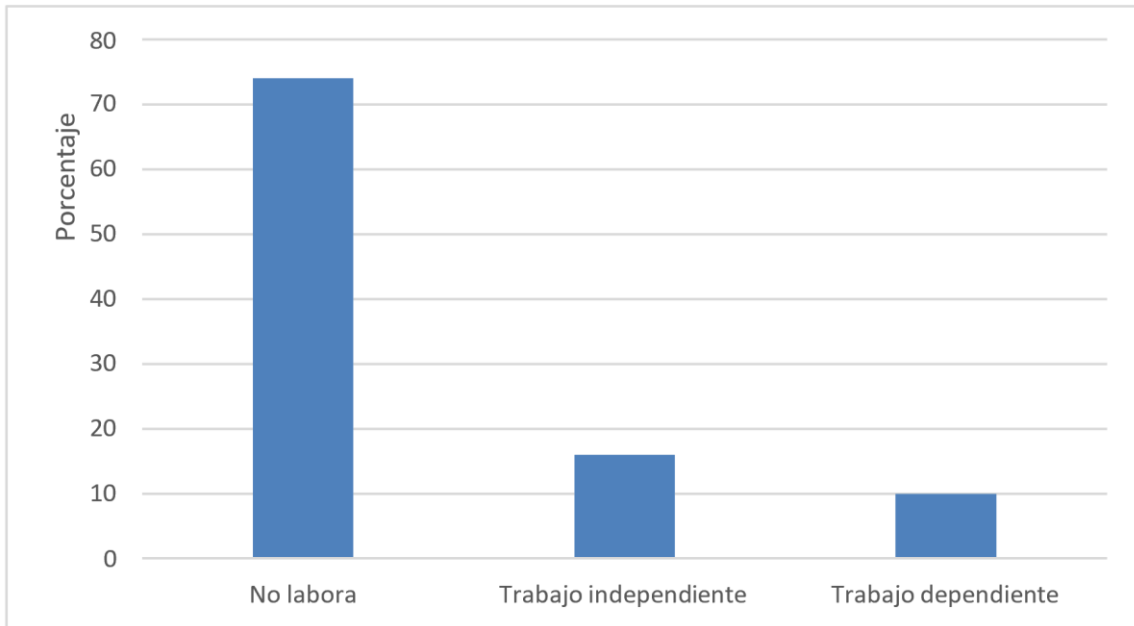


Tabla 5
Población de estudio según tipo de familia, Arequipa - 2025

	Frecuencia	Porcentaje
Vive sola	1	2,0
Monoparental	14	28,0
Nuclear	29	58,0
Extendida	5	10,0
Ampliada	1	2,0
Total	50	100,0

En la tabla se aprecia que 58% de pacientes postoperadas con cáncer de mama presentan una familia nuclear (padres y/o hijos), 28% familia monoparental (padre o madre y/o hijo), 10% familia extendida (abuelos, padres, hijos), 2% vive sola y 2% de familia ampliada (padres+ hijos+ otros familiares).

Se deduce que más de la mitad de pacientes postoperadas con cáncer de mama tienen una familia nuclear.

Figura 5

Población de estudio según tipo de familia, Arequipa - 2025

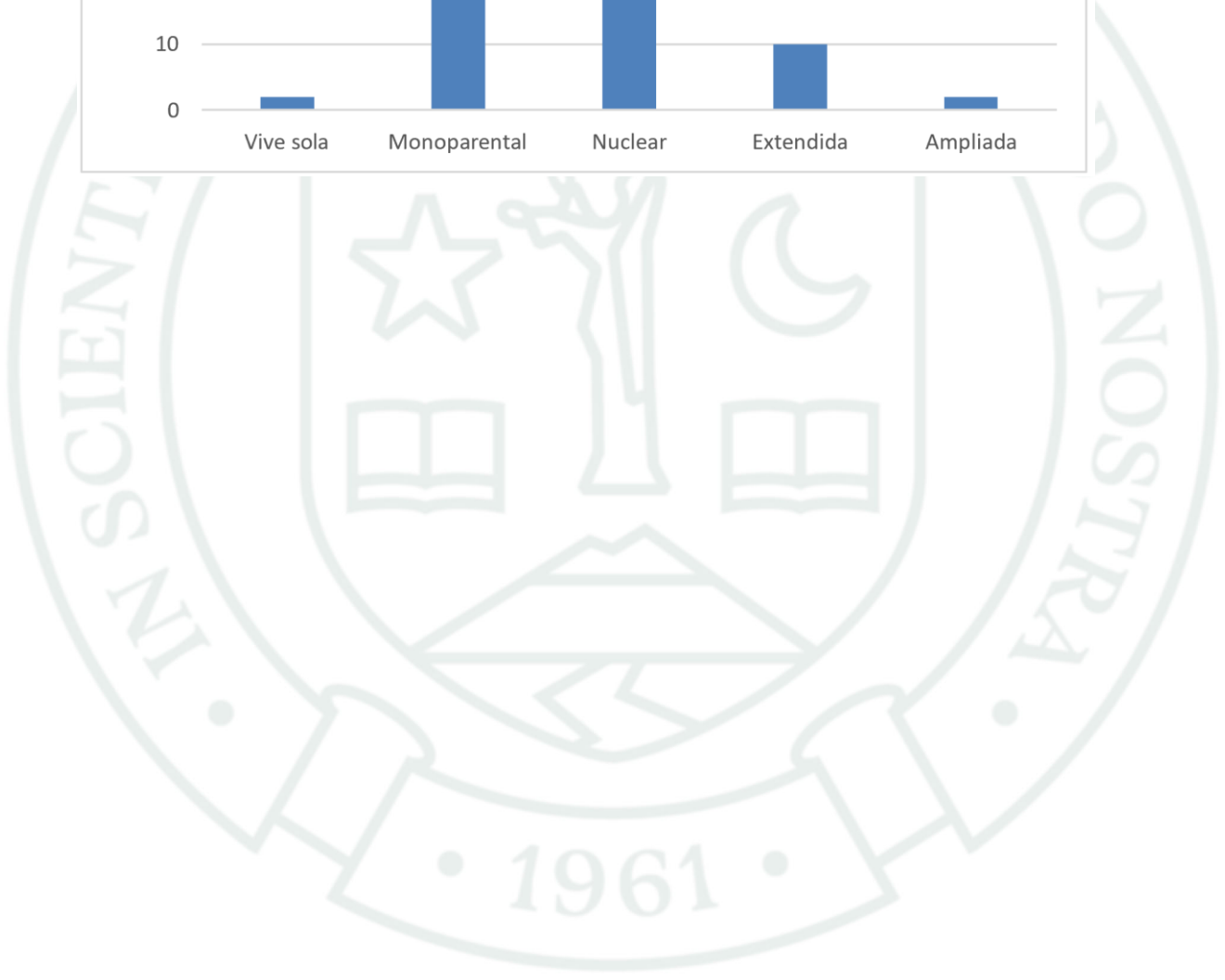
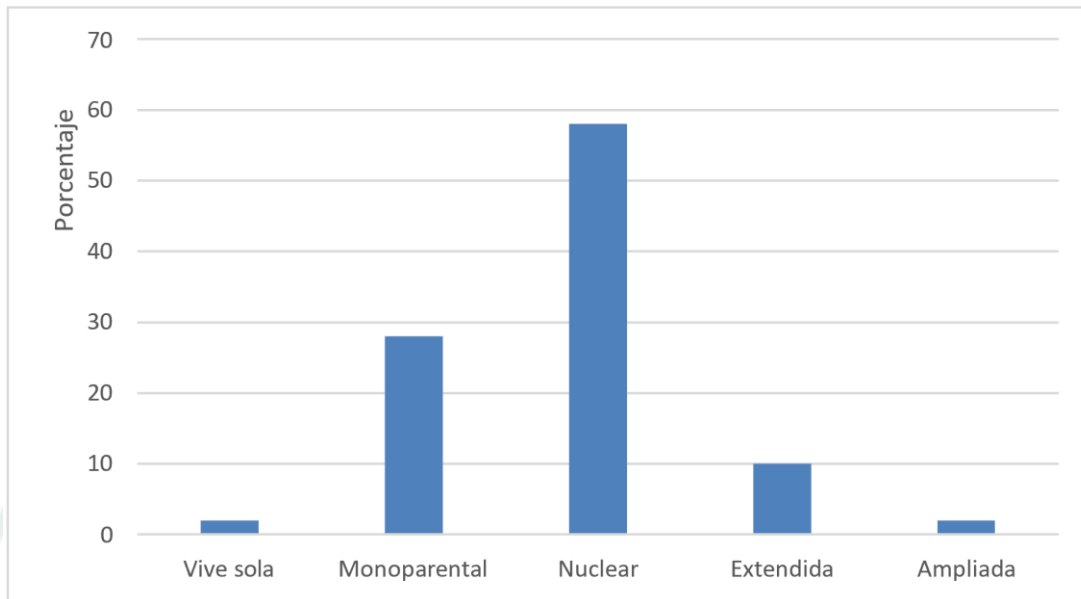


Tabla 6
Población de estudio según número de hijos, Arequipa - 2025

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Sin hijos	10	20,0
1 a 2	22	44,0
3 a 4	15	30,0
5 a más	3	6,0
Total	50	100,0

En la tabla se observa que 44% de las pacientes postoperadas con cáncer de mama tienen de 1 a 2 hijos, 30% de 3 a 4 hijos, 20% no tiene hijos y 6% tiene de 5 a más hijos.

Se infiere que cerca de la mitad de pacientes postoperadas con cáncer de mama tienen de 1 a 2 hijos.

Figura 6

Población de estudio según número de hijos, Arequipa - 2025

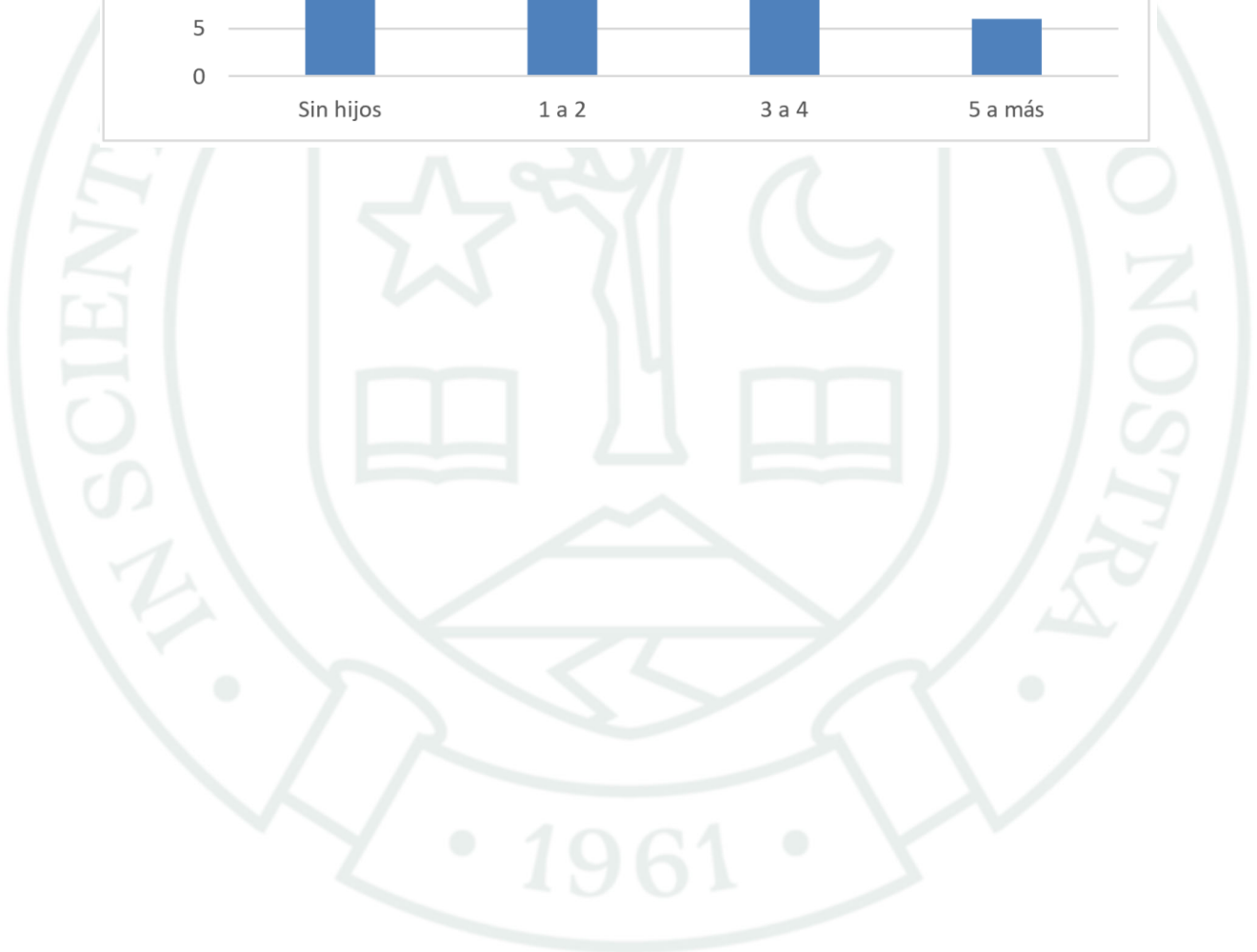
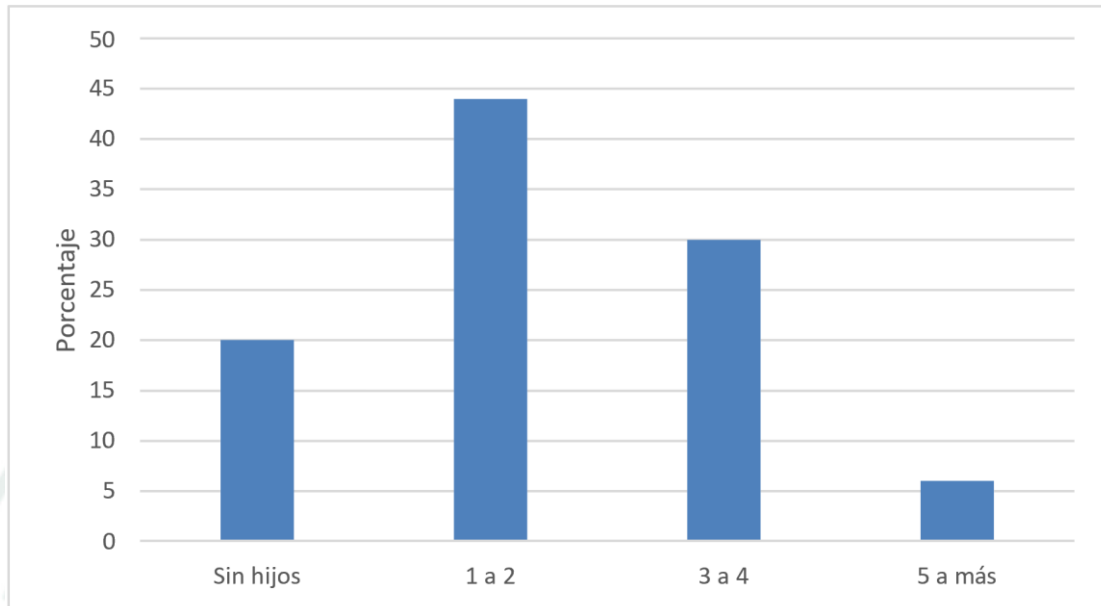


Tabla 7
Población de estudio según cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico,
Arequipa - 2025

Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
83	132	109,76	11,900

En la tabla se aprecia que los estadísticos descriptivos del cuidado enfermero revelan una puntuación media de 109.76 puntos (DE=11.9), con un rango que oscila entre 83 y 132 puntos. Considerando que el instrumento consta de 27 ítems con escala Likert de 1 a 5 puntos, el puntaje teórico máximo posible es de 135 puntos. La media obtenida (109.76) representa aproximadamente el 81% del puntaje máximo, lo cual indica que, en general, las pacientes perciben un nivel relativamente alto de cuidado enfermero.

Sin embargo, la desviación estándar de 11.9 puntos sugiere variabilidad considerable en esta percepción entre las pacientes. El valor mínimo de 83 puntos (61% del máximo) indica que algunas pacientes percibieron el cuidado como menos satisfactorio, mientras que el máximo de 132 puntos (98% del máximo) demuestra que otras lo evaluaron muy positivamente.

Figura 7

Población de estudio según cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico,

Arequipa - 2025

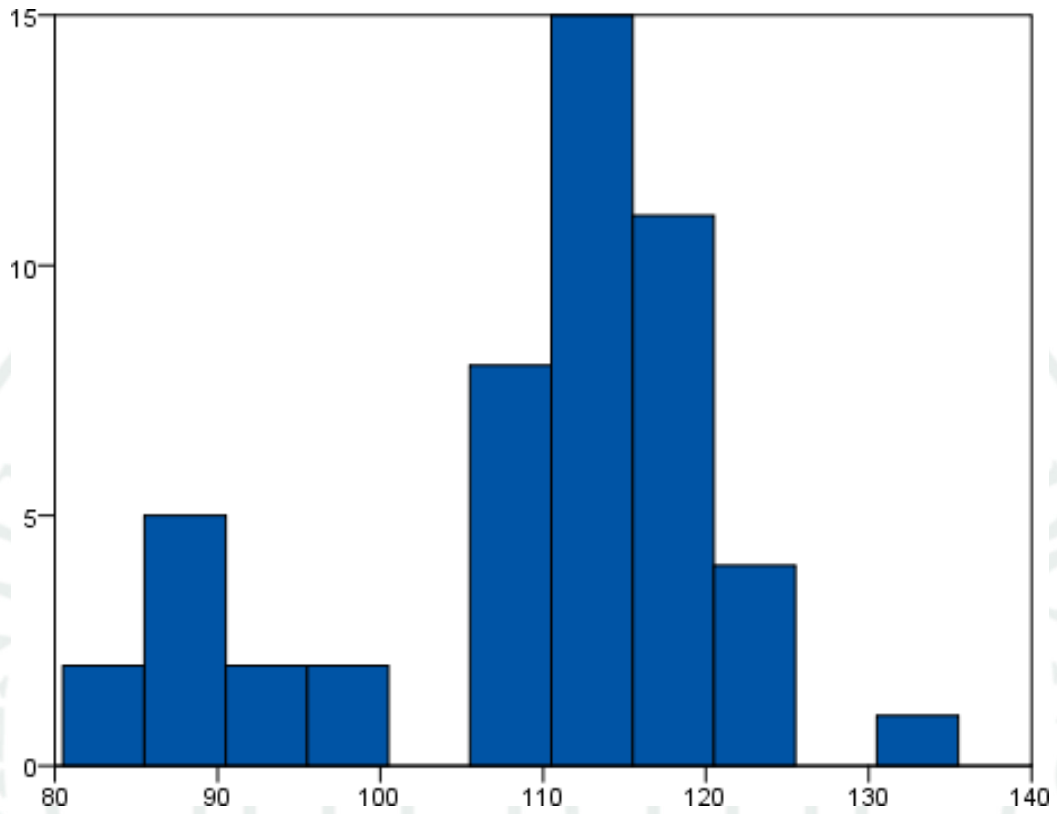


Tabla 8

Población de estudio según dimensión intervenciones farmacológicas del cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico, Arequipa - 2025

Intervenciones Farmacológicas	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	1.Me da información sobre la medicina que recibiré para el tratamiento del dolor	0	0,0	3	6,0	1	2,0	12	24,0	34	68,0	50
2.Me preguntaron si estaba de acuerdo en recibir cada medicamento para el dolor antes de administrarlo.	0	0,0	3	6,0	5	10,0	20	40,0	22	44,0	50	100,0
3.Me pregunta cuanto me duele en intensidad en escala de 1 al 10	0	0,0	3	6,0	10	20,0	27	54,0	10	20,0	50	100,0
4.Revisaron mi herida para entender mejor mi dolor.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	12,0	44	88,0	50	100,0
5.Me preguntaron cómo me sentía después de recibir el medicamento para el dolor.	0	0,0	0	0,0	2	4,0	23	46,0	25	50,0	50	100,0
6.Evalúa los resultados de la medicación que recibí para el dolor.	0	0,0	2	4,0	4	8,0	20	40,0	24	48,0	50	100,0
7.Administra los medicamentos de forma cuidadosa preocupándose por mí.	0	0,0	0	0,0	4	8,0	21	42,0	25	50,0	50	100,0
8.El medicamento administrado calma mi dolor	0	0,0	0	0,0	1	2,0	9	18,0	40	80,0	50	100,0
9.Me informa los valores de mis signos vitales, como presión, temperatura, frecuencia cardiaca, otros	0	0,0	1	2,0	1	2,0	12	24,0	36	72,0	50	100,0
10.Se dirigieron a mí por mi nombre y verificaron mi información antes de darme el medicamento.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,0	47	94,0	50	100,0
11.Revisaron regularmente el sitio donde me estaban administrando el medicamento por vía intravenosa.	0	0,0	0	0,0	1	2,0	14	28,0	35	70,0	50	100,0
12.Me dieron el medicamento para el dolor cuando lo solicité	0	0,0	1	2,0	4	8,0	24	48,0	21	42,0	50	100,0

13.Me explicaron las diferentes opciones de medicamentos disponibles para controlar mi dolor	3	6,0	2	4,0	17	34,0	21	42,0	7	14,0	50	100,0
14.Me muestra tratamiento alternativo a los medicamentos para el dolor	4	8,0	4	8,0	24	48,0	13	26,0	5	10,0	50	100,0

En la tabla se aprecia que las intervenciones farmacológicas presentan fortalezas y áreas de mejora en el cuidado enfermero. Entre los aspectos más destacados se encuentran: la verificación de identidad antes de administrar medicamentos (94% siempre), la revisión de la herida quirúrgica (88% siempre), la efectividad del medicamento para calmar el dolor (80% siempre), y la información sobre signos vitales (72% siempre).

Estos resultados demuestran una adecuada adherencia a protocolos de seguridad y monitoreo postoperatorio. Sin embargo, se identifican áreas críticas de mejora: solo el 14% refiere que siempre se les explican las diferentes opciones de medicamentos disponibles, y únicamente el 10% manifiesta que siempre se les muestran tratamientos alternativos a los medicamentos. Estos hallazgos sugieren limitaciones en la educación terapéutica y la participación del paciente en la toma de decisiones compartidas sobre su analgesia.

Respecto a la evaluación del dolor, el 74% refiere que se les pregunta "casi siempre" o "siempre" sobre la intensidad del dolor en escala del 1 al 10, lo cual es positivo pero aún insuficiente, considerando que la evaluación sistemática del dolor debería ser una constante universal en el postoperatorio. La administración cuidadosa de medicamentos (92% casi siempre o siempre) y el seguimiento post-administración (96% casi siempre o siempre) reflejan buenas prácticas en la ejecución de intervenciones farmacológicas.

Se infiere que más de la mitad de pacientes percibe que siempre se cumplen las intervenciones farmacológicas del cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico.

Figura 8

Población de estudio según dimensión intervenciones farmacológicas del cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico, Arequipa - 2025

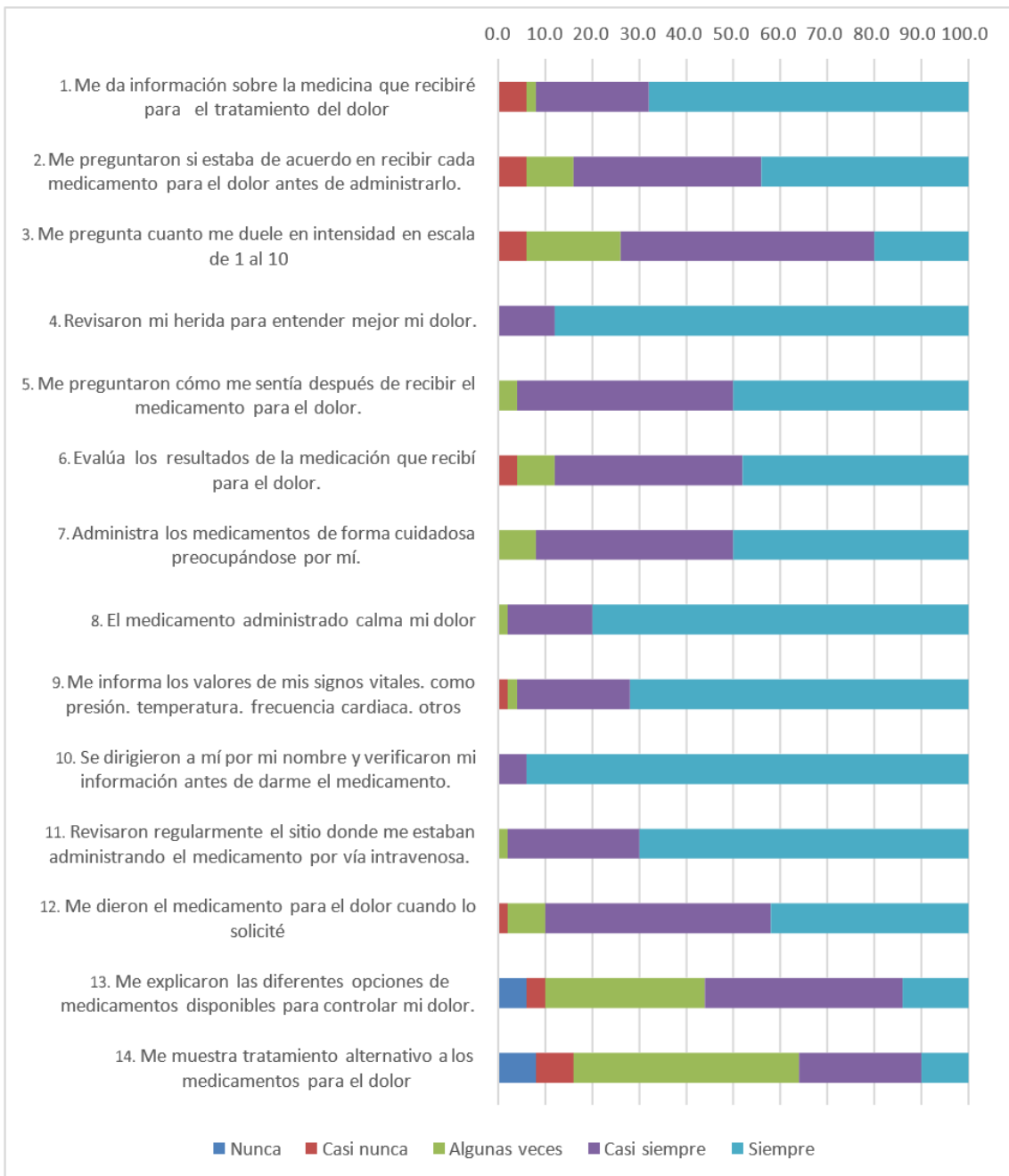


Tabla 9

Población de estudio según dimensión intervenciones complementarias del cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico, Arequipa - 2025

Intervenciones complementarias	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15. Atiende las necesidades básicas de comodidad como el descanso para aliviar mi dolor.	0	0,0	1	2,0	4	8,0	35	70,0	10	20,0	50	100,0
16. Me escucha y me ayuda a disminuir mi ansiedad	0	0,0	4	8,0	28	56,0	13	26,0	5	10,0	50	100,0
17. Favorece un ambiente con luz adecuada que yo considero me harán disminuir mi dolor.	3	6,0	7	14,0	15	30,0	17	34,0	8	16,0	50	100,0
18. Me ayuda a estar en la posición más adecuada para disminuir mi dolor.	0	0,0	3	6,0	4	8,0	31	62,0	12	24,0	50	100,0
19. Me facilita medios de distracción como televisión y música para contrarrestar mi dolor.	14	28,0	9	18,0	26	52,0	1	2,0	0	0,0	50	100,0
20. Favorece un ambiente tranquilo, libré de ruido	2	4,0	9	18,0	18	36,0	15	30,0	6	12,0	50	100,0
21. Utiliza un tono amigable y palabras cariñosas a dirigirse a mi	0	0,0	3	6,0	21	42,0	20	40,0	6	12,0	50	100,0
22. Usa compresas frías o calientes para aliviar mi dolor	8	16,0	10	20,0	25	50,0	5	10,0	2	4,0	50	100,0
23. Me ayuda a estar relajado o me indica las medidas que debo tomar para estar mejor	0	0,0	2	4,0	13	26,0	23	46,0	12	24,0	50	100,0
24. Orienta a mis cuidadores o familiares sobre procedimiento que ayudaran a disminuir mi dolor.	0	0,0	1	2,0	1	2,0	11	22,0	37	74,0	50	100,0

25. Me anima a caminar precozmente para disminuir mi dolor y mejorar mi condición	0	0,0	3	6,0	3	6,0	9	18,0	35	70,0	50	100,0
26. Me educa y explica las ventajas y desventajas del tratamiento que voy a recibir.	1	2,0	1	2,0	0	0,0	12	24,0	36	72,0	50	100,0
27. Me brinda confianza para negarme ante algún tratamiento que no considere beneficioso	0	0,0	0	0,0	6	12,0	13	26,0	31	62,0	50	100,0

En la tabla se aprecia que las intervenciones complementarias del cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico, revela disparidades significativas en su implementación. Las intervenciones con mayor frecuencia de aplicación incluyen: orientación a familiares sobre procedimientos (96% casi siempre o siempre), educación sobre ventajas y desventajas del tratamiento (96% casi siempre o siempre), fomento de confianza para negarse ante tratamientos (88% casi siempre o siempre), y estímulo para la deambulación precoz (88% casi siempre o siempre).

Estos resultados demuestran fortalezas importantes en educación sanitaria, respeto a la autonomía del paciente y promoción de la movilización temprana. Sin embargo, se identifican deficiencias críticas en intervenciones de confort y manejo no farmacológico del dolor: solo el 2% refiere que siempre se facilitan medios de distracción (televisión, música), el 4% que siempre se usan compresas frías o calientes, el 12% que siempre se favorece un ambiente tranquilo libre de ruido, y el 16% que siempre se favorece un ambiente con luz adecuada.

La escucha activa y ayuda para disminuir ansiedad presenta una distribución intermedia (36% casi siempre o siempre), lo cual sugiere oportunidades de mejora en el soporte emocional. Es destacable que el 86% refiere que se les ayuda en el posicionamiento adecuado y el 90% que se atienden necesidades básicas de confort, lo cual refleja atención a aspectos fundamentales del cuidado.

Estos hallazgos evidencian una brecha importante en la aplicación de intervenciones complementarias basadas en evidencia para el manejo del dolor, priorizándose el enfoque farmacológico.

Figura 9

Población de estudio según dimensión intervenciones complementarias del cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico, Arequipa - 2025

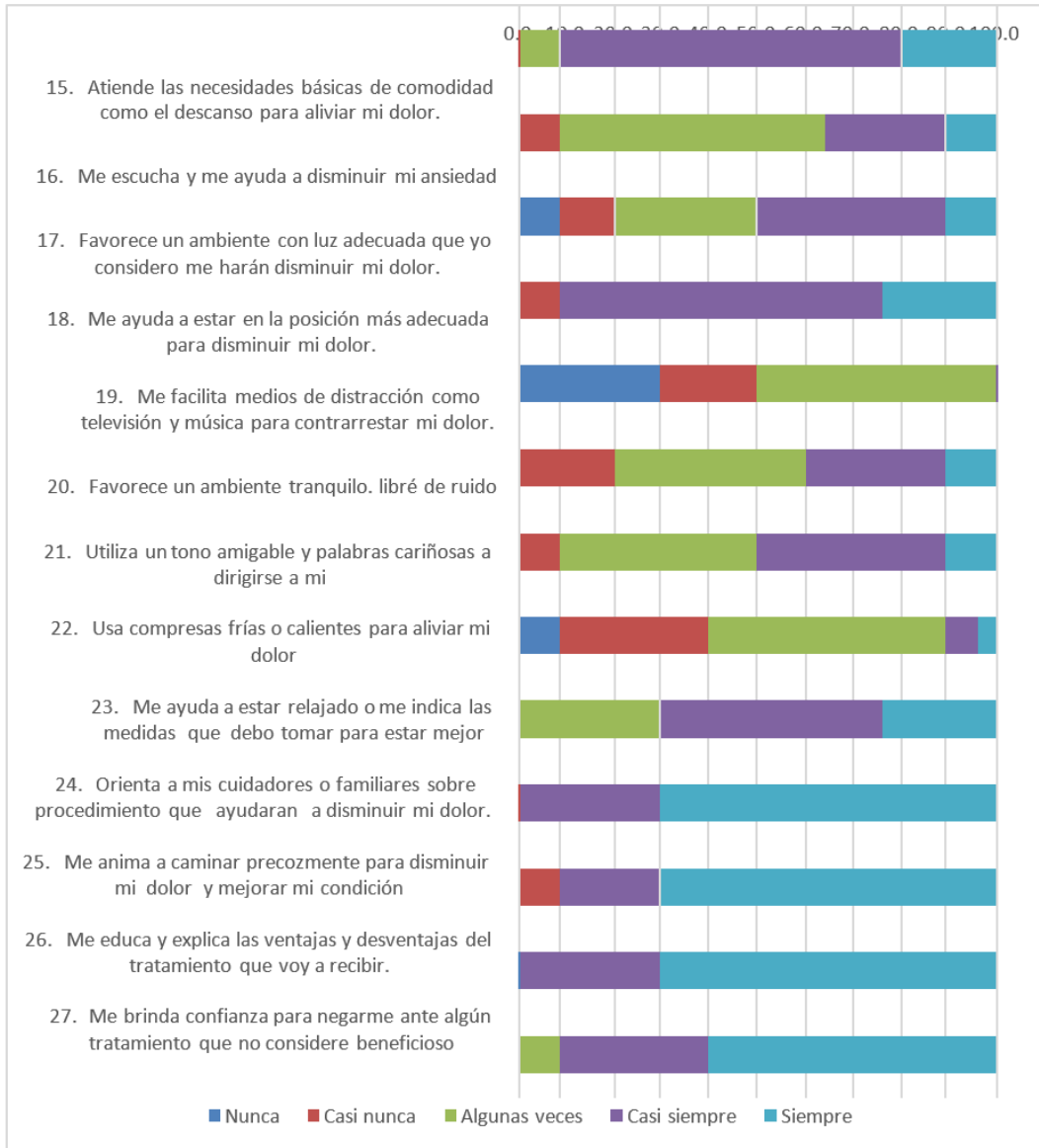


Tabla 10
Población de estudio según dolor postquirúrgico, Arequipa - 2025

Nivel de dolor	Frecuencia	Porcentaje
Leve	20	40,0
Moderado	26	52,0
Muy fuerte	4	8,0
Total	50	100,0

En la tabla se identifica que 52% de las pacientes postoperadas de cáncer de mama presentaron dolor moderado, 40% leve y 8% muy fuerte. Ninguna paciente reportó ausencia de dolor ni el peor dolor posible (10 puntos).

Se determina que más de la mitad de pacientes postoperadas de cáncer de mama presentó un nivel de dolor moderado.

Figura 10

Población de estudio según dolor postquirúrgico, Arequipa - 2025

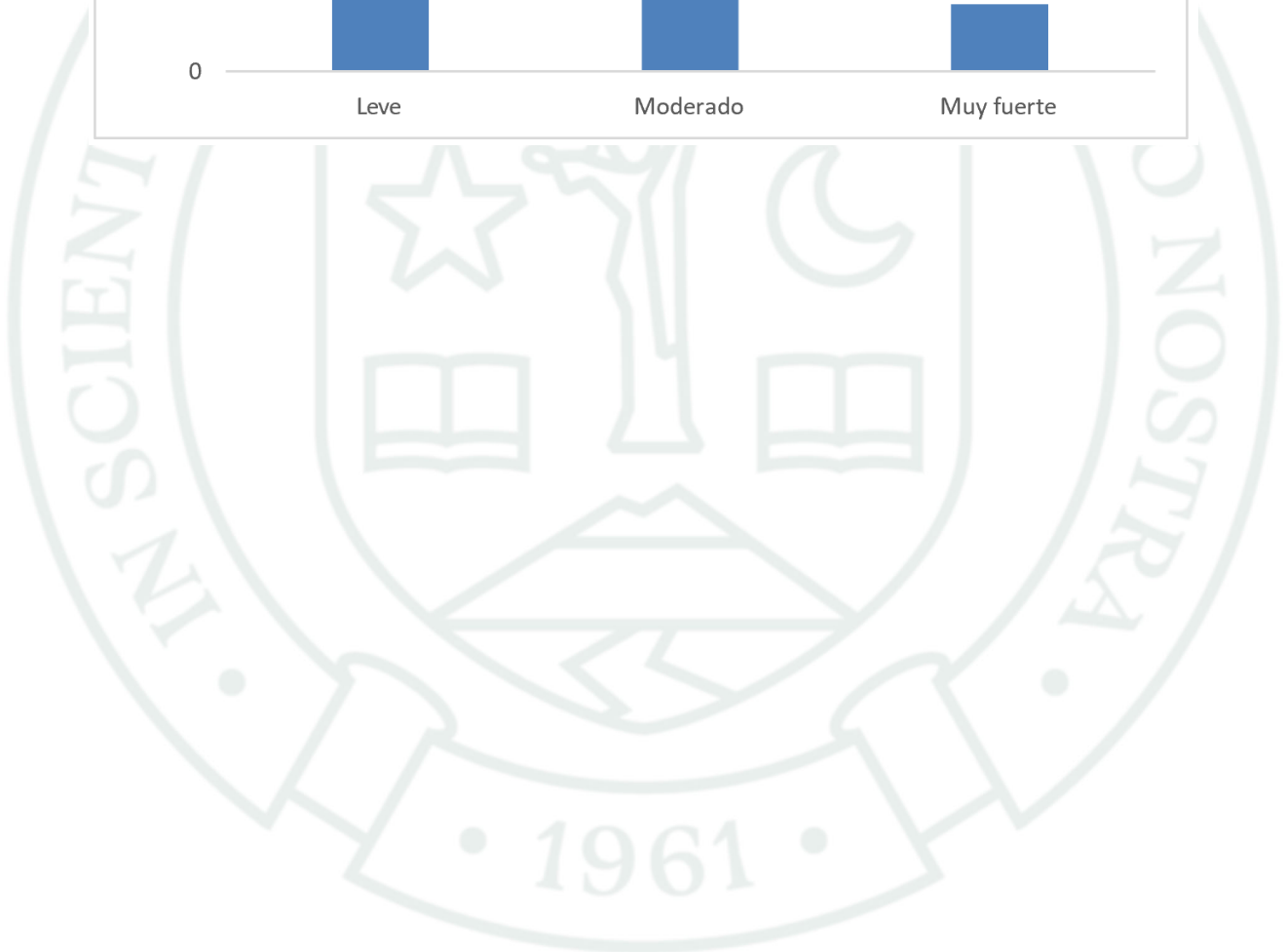
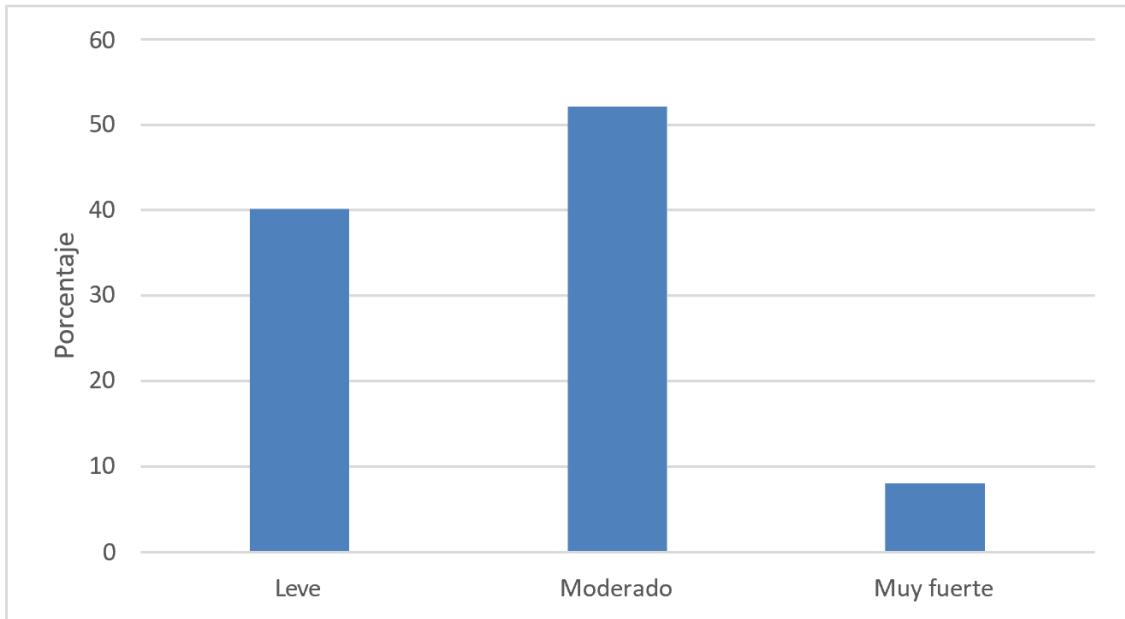


Tabla 11
Análisis de normalidad de variables, Arequipa - 2025

Indicadores	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
1.Me da información sobre la medicina que recibiré para el tratamiento del dolor	,606	50	,000
2.Me preguntaron si estaba de acuerdo en recibir cada medicamento para el dolor antes de administrarlo.	,785	50	,000
3.Me pregunta cuanto me duele en intensidad en escala de 1 al 10	,839	50	,000
4.Revisaron mi herida para entender mejor mi dolor.	,380	50	,000
5.Me preguntaron cómo me sentía después de recibir el medicamento para el dolor..	,720	50	,000
6.Evalúa los resultados de la medicación que recibí para el dolor.	,762	50	,000
7.Administra los medicamentos de forma cuidadosa preocupándose por mí.	,745	50	,000
8.El medicamento administrado calma mi dolor	,514	50	,000
9.Me informa los valores de mis signos vitales, como presión, temperatura, frecuencia cardiaca, otros	,583	50	,000
10.Se dirigieron a mí por mi nombre y verificaron mi información antes de darme el medicamento.	,255	50	,000
11.Revisaron regularmente el sitio donde me estaban administrando el medicamento por vía intravenosa.	,613	50	,000
12.Me dieron el medicamento para el dolor cuando lo solicité	,776	50	,000
13.Me explicaron las diferentes opciones de medicamentos disponibles para controlar mi dolor.	,861	50	,000
14.Me muestra tratamiento alternativo a los medicamentos para el dolor	,879	50	,000
15.Atiende las necesidades básicas de comodidad como el descanso para aliviar mi dolor.	,723	50	,000
16.Me escucha y me ayuda a disminuir mi ansiedad	,821	50	,000
17.Favorece un ambiente con luz adecuada que yo considero me harán disminuir mi dolor.	,906	50	,001
18.Me ayuda a estar en la posición más adecuada para disminuir mi dolor.	,765	50	,000

19.Me facilita medios de distracción como televisión y música para contrarrestar mi dolor.	,765	50	,000
20.Favorece un ambiente tranquilo, libré de ruido	,912	50	,001
21.Utiliza un tono amigable y palabras cariñosas a dirigirse a mi	,856	50	,000
22.Usa compresas frías o calientes para aliviar mi dolor	,874	50	,000
23. Me ayuda a estar relajado o me indica las medidas que debo tomar para estar mejor	,856	50	,000
24. Orienta a mis cuidadores o familiares sobre procedimiento que ayudaran a disminuir mi dolor.	,563	50	,000
25. Me anima a caminar precozmente para disminuir mi dolor y mejorar mi condición	,612	50	,000
26. Me educa y explica las ventajas y desventajas del tratamiento que voy a recibir.	,528	50	,000
27. Me brinda confianza para negarme ante algún tratamiento que no considere beneficioso	,689	50	,000
Dolor	,940	50	,014

Los resultados de la prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la normalidad de la distribución de las variables muestran que todos los ítems del cuestionario de cuidado enfermero, así como la variable dolor, presentan valores de significancia menores a 0.05 ($p < 0.05$), lo cual indica que ninguna de las variables sigue una distribución normal. Al no cumplirse el supuesto de normalidad, se justifica el uso de pruebas no paramétricas como el coeficiente de correlación de Rho de Spearman.

Tabla 12

Relación entre el cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico con el nivel de dolor postquirúrgico, Arequipa - 2025

	Coefficiente	Sig
Cuidado enfermero	-,397	0.004
Intervenciones farmacológicas	-,294	0.038
Intervenciones complementarias	-,425	0.002

Los resultados del análisis de correlación de Spearman revelan hallazgos significativos y consistentes. Se encontró una correlación inversa estadísticamente significativa entre el cuidado enfermero global y el dolor postquirúrgico ($\rho=-0.397$; $p=0.004$), lo cual indica que a mayor calidad del cuidado enfermero percibido, menor es la intensidad del dolor reportado por las pacientes.

Esta correlación inversa también se manifiesta en ambas dimensiones del cuidado: intervenciones farmacológicas ($\rho=-0.294$; $p=0.038$) e intervenciones complementarias ($\rho=-0.425$; $p=0.002$). Es particularmente relevante que las intervenciones complementarias muestran una correlación más fuerte ($\rho=-0.425$) que las farmacológicas ($\rho=-0.294$), lo cual sugiere que los aspectos no farmacológicos del cuidado enfermero (confort, apoyo emocional, educación, posicionamiento, ambiente terapéutico) tienen un impacto considerable en la percepción del dolor, incluso mayor que la administración de analgésicos por sí sola.

Estos hallazgos son consistentes con el modelo biopsicosocial del dolor(5), que reconoce que la experiencia dolorosa es multidimensional y puede ser modulada por factores psicológicos, emocionales y contextuales.

DISCUSIÓN

El dolor postquirúrgico constituye una experiencia compleja y multidimensional que afecta significativamente la recuperación y calidad de vida de las pacientes oncológicas. En el contexto del cáncer de mama, la cirugía representa una intervención terapéutica fundamental, pero conlleva consecuencias álgidas que requieren un manejo integral y multidisciplinario, donde el rol de enfermería es esencial. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los cuidados enfermeros y el manejo del dolor postquirúrgico en pacientes postoperadas de cáncer de mama del servicio de oncología del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2025.

La población estudiada estuvo conformada por 50 pacientes postoperadas de cáncer de mama, con un marcado predominio de adultas mayores (90%), en su mayoría procedentes de Juliaca (44%) y Arequipa (42%). El 48% casadas o convivientes, el 74% no laboraban, el 58% pertenecían a familias nucleares y el 44% tenían entre 1 a 2 hijos. Este perfil sociodemográfico es consistente con la epidemiología del cáncer de mama en el Perú y la región andina, donde la edad avanzada constituye el principal factor de riesgo (47). El predominio de adultas mayores tiene implicaciones importantes para el cuidado de enfermería, considerando que este grupo etario presenta particularidades fisiológicas (alteraciones en la farmacocinética y farmacodinamia de analgésicos, comorbilidades frecuentes, polifarmacia) y psicosociales (posible deterioro cognitivo, alteraciones sensoriales, mayor vulnerabilidad emocional) que deben ser consideradas en el manejo del dolor postoperatorio.

La estructura familiar predominantemente nuclear (58%) y la presencia de hijos (80%) constituyen recursos potenciales de apoyo social, aunque también pueden representar fuentes de preocupación y estrés durante la hospitalización. La literatura demuestra que el soporte familiar adecuado se asocia con mejor manejo del dolor postoperatorio a través de mecanismos directos (asistencia en autocuidado, adherencia a tratamiento) e indirectos (reducción de ansiedad, mejora del bienestar emocional)(48).

El primer objetivo específico buscó describir los cuidados de enfermería en el manejo del dolor postquirúrgico. Los resultados revelaron que el cuidado enfermero alcanzó una puntuación media de 109.76 puntos (DE=11.9), equivalente al 81% del puntaje máximo posible, con rango entre 83 y 132 puntos. Este hallazgo indica que, en general, las pacientes perciben un nivel relativamente alto de cuidado enfermero, aunque con variabilidad considerable entre casos.

En la dimensión de intervenciones farmacológicas, se identificaron fortalezas importantes como la verificación de identidad antes de administrar medicamentos (94% siempre), revisión de herida quirúrgica (88% siempre), efectividad del medicamento para calmar dolor (80% siempre), y administración cuidadosa de medicamentos (92% casi siempre o siempre). Estos resultados demuestran adecuada adherencia a protocolos de seguridad y principios básicos de administración de medicamentos. Sin embargo, se evidenciaron áreas críticas de mejora: solo el 14% refiere que siempre se les explican las diferentes opciones de medicamentos disponibles, y únicamente el 10% manifiesta que siempre se les muestran tratamientos alternativos.

Estos hallazgos contrastan parcialmente con lo reportado por J.Chirito (39) en Perú, quien encontró que el 62% de pacientes postoperados percibieron ausencia de intervención enfermera en el manejo del dolor, con predominio del manejo farmacológico (66%) y escasa aplicación de intervenciones no farmacológicas (14%). La diferencia favorable en nuestro estudio podría explicarse por tratarse de un servicio especializado de oncología con personal de enfermería más sensibilizado sobre la importancia del manejo del dolor en pacientes oncológicas, aunque ambos estudios coinciden en la limitada implementación de intervenciones no farmacológicas y educación terapéutica.

En la dimensión de intervenciones complementarias, se identificaron fortalezas en orientación a familiares (96% casi siempre o siempre), educación sobre tratamiento (96%), fomento de autonomía del paciente (88%), y estímulo para deambulación precoz (88%). Sin embargo, se evidenciaron deficiencias críticas en: medios de distracción (solo 2% siempre), uso de compresas frías/calientes (4% siempre), ambiente tranquilo (12% siempre), y ambiente con luz adecuada (16% siempre).

Estos resultados son congruentes con lo reportado por Ponce (40) en Lima, quien mediante revisión bibliográfica identificó 16 intervenciones no farmacológicas efectivas para el manejo del dolor postoperatorio, siendo la musicoterapia la más frecuente (24%), pero señaló que su aplicación en el contexto nacional es limitada, predominando el enfoque farmacológico. La concordancia entre ambos estudios evidencia una brecha persistente entre la evidencia científica disponible sobre intervenciones complementarias efectivas y su implementación en la práctica clínica diaria de enfermería en el Perú.

A nivel internacional, Ji et al (37) en China demostraron mediante ensayo clínico aleatorizado que un equipo multidisciplinario liderado por enfermeras especializadas en dolor logró mejores resultados en pacientes sometidas a mastectomía: menor dolor, menor uso de analgésicos, recuperación más rápida, mejor estado psicológico, menos complicaciones (7.14% vs 18.57%) y mayor satisfacción (95.71% vs 84.29%). Aunque nuestro estudio no evaluó un modelo multidisciplinario específico, los resultados sugieren que la especialización del personal de enfermería y la implementación sistemática de intervenciones basadas en evidencia pueden mejorar significativamente los resultados en el manejo del dolor postoperatorio.

La evidencia internacional respalda la efectividad de las intervenciones de enfermería en el manejo del dolor. Mohamed Bayoumi et al.(36) reportaron que las enfermeras utilizan predominantemente intervenciones farmacológicas, con aplicación limitada de técnicas no farmacológicas, a pesar de su efectividad demostrada. Ayaz y Sherman (35) enfatizaron la importancia de la congruencia entre las actitudes de enfermeras y pacientes respecto al manejo del dolor para lograr mejores resultados.

El segundo objetivo específico buscó identificar el nivel de dolor postquirúrgico. Los resultados mostraron que el 52% de las pacientes experimentaron dolor moderado (4-6 puntos EVA), 40% dolor leve (1-3 puntos) y 8% dolor muy fuerte (7-9 puntos). Ninguna paciente reportó ausencia de dolor ni el peor dolor posible (10 puntos). Esta distribución es consistente con lo esperado en el período postoperatorio de mastectomía bajo manejo analgésico adecuado. El predominio de dolor leve y moderado (92% en conjunto) sugiere efectividad general del manejo del dolor, aunque la presencia de 8% con dolor muy fuerte indica oportunidades de mejora en la identificación temprana de pacientes en riesgo y ajuste oportuno de la analgesia.

Los hallazgos contrastan con el estudio de Alcarraz et al.(41) en Arequipa sobre pacientes de cirugía abdominal, donde el 62% de pacientes percibieron ausencia de intervención enfermera en el manejo del dolor. La diferencia favorable en nuestro estudio podría atribuirse a la especificidad de la población oncológica y el servicio especializado, donde existe mayor sensibilización sobre la importancia del manejo del dolor.

A nivel internacional, Aguiar-Rosas et al.(38) en México reportaron que el dolor afecta hasta al 86% de pacientes con cáncer cervical en enfermedad avanzada, enfatizando que el manejo debe ser integral e individualizado, combinando tratamientos farmacológicos e intervencionistas. Aunque se trata de diferente localización tumoral y estadio de enfermedad, el principio de manejo integral y personalizado es aplicable al dolor postoperatorio de cáncer de mama.

Snijders et al.(27) reportaron en revisión sistemática que la prevalencia de dolor en pacientes con cáncer varía ampliamente según el estadio y tipo de tratamiento, siendo el dolor postoperatorio una manifestación frecuente que requiere atención prioritaria. El hecho de que en nuestro estudio ninguna paciente reportara ausencia total de dolor es consistente con la fisiopatología del trauma quirúrgico y confirma la necesidad universal de analgesia postoperatoria en cirugía de mama.

La ausencia de casos con dolor extremo (10 puntos) sugiere que el protocolo analgésico implementado en el servicio logra prevenir situaciones de dolor muy intenso, aunque el 8% con dolor muy fuerte (7-9 puntos) amerita atención, considerando las consecuencias negativas del dolor intenso no controlado: retraso en movilización, complicaciones respiratorias, estrés fisiológico, prolongación de estancia hospitalaria, y riesgo de cronificación del dolor.

Finalmente el objetivo general buscó determinar la relación entre los cuidados enfermeros y el manejo del dolor postquirúrgico. Los resultados del análisis de correlación de Spearman revelaron una correlación inversa estadísticamente significativa entre el cuidado enfermero global y el dolor ($\rho=-0.397$; $p=0.004$), confirmando la hipótesis planteada. Esta correlación se mantuvo consistente en ambas dimensiones: intervenciones farmacológicas ($\rho=-0.294$; $p=0.038$) e intervenciones complementarias ($\rho=-0.425$; $p=0.002$).

Es particularmente relevante que las intervenciones complementarias mostraron correlación más fuerte que las farmacológicas, sugiriendo que los aspectos no farmacológicos del cuidado enfermero (confort, apoyo emocional, educación, posicionamiento, ambiente terapéutico) tienen impacto considerable en la percepción del dolor, incluso mayor que la administración de analgésicos por sí sola. Estos hallazgos son consistentes con el modelo biopsicosocial del dolor, que reconoce que la experiencia dolorosa es multidimensional y puede ser modulada por factores psicológicos,

emocionales y contextuales(49).

Los resultados son concordantes con Ji et al.(37), quienes demostraron que un equipo multidisciplinario liderado por enfermeras especializadas en dolor logró mejores resultados en manejo del dolor postoperatorio en mastectomía. Aunque nuestro estudio no evaluó un modelo multidisciplinario específico, confirma que el cuidado enfermero integral tiene impacto significativo en el dolor postoperatorio.

En el contexto nacional, Polar (42) en Arequipa identificó que múltiples factores influyen en el control del dolor en pacientes con cáncer, incluyendo aspectos relacionados con el cuidado de enfermería . Nuestros hallazgos complementan esta evidencia al cuantificar específicamente la relación entre calidad del cuidado enfermero y nivel de dolor postquirúrgico.

La correlación encontrada ($\rho=-0.397$) se clasifica como moderada según criterios de Cohen (50), lo cual indica asociación clínicamente relevante. Esto significa que mejoras en la calidad del cuidado enfermero pueden traducirse en reducciones significativas del dolor percibido por las pacientes. El signo negativo confirma que a mayor calidad del cuidado, menor intensidad del dolor.

El presente estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. El estudio se realizó en el Hospital Goyeneche , en el servicio de oncología sólo con pacientes con cáncer de mama, lo cual puede limitar la extrapoblación de hallazgos a hospitales generales o servicios mas especializados en oncología.

Desde la perspectiva de la formación profesional, los hallazgos refuerzan la necesidad de enfatizar en el currículo de enfermería el abordaje integral y multidimensional del dolor, trascendiendo el enfoque exclusivamente farmacológico. Asimismo, evidencian la importancia de desarrollar competencias en técnicas no farmacológicas de manejo del dolor, comunicación terapéutica, educación al paciente, y cuidado centrado en la persona. Los resultados demuestran que el cuidado enfermero integral tiene impacto mensurable en los resultados del paciente, fortaleciendo el posicionamiento de enfermería como disciplina científica con cuerpo de conocimiento propio y contribución única al equipo de salud.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los cuidados de enfermería en el manejo del dolor postquirúrgico de pacientes postoperadas de cáncer de mama del servicio de oncología del hospital Goyeneche, es un abordaje integral como la valoración del dolor, administración de medicamentos (analgésicos), monitorización permanente cuidados de confort físico, comunicación asertiva y apoyo emocional.

SEGUNDA: El nivel de dolor postquirúrgico, en más de la mitad de pacientes postoperadas de cáncer de mama del servicio de oncología del hospital Goyeneche fue de intensidad moderada, seguido de dolor leve y dolor muy fuerte.

TERCERA: Se determinó que existe una relación inversa estadísticamente significativa entre los cuidados enfermeros y el nivel de dolor postquirúrgico en pacientes postoperadas de cáncer de mama del servicio de oncología del hospital Goyeneche.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** A la Jefatura de Enfermería del Servicio de Oncología, implementar un programa integral de capacitación continua para el personal de enfermería del servicio de oncología, enfocado específicamente en el manejo multimodal del dolor postoperatorio, que incluya: (a) actualización en farmacología de analgésicos y protocolos de administración, (b) entrenamiento práctico en técnicas complementarias de manejo del dolor basadas en evidencia (musicoterapia, aplicación de compresas térmicas o frías , técnicas de relajación, posicionamiento terapéutico, manejo ambiental), (c) desarrollo de competencias en comunicación terapéutica y educación al paciente para mejorar la explicación de opciones terapéuticas y fomentar la toma de decisiones compartidas, y (d) evaluación estandarizada del dolor mediante escalas validadas en todos los turnos. Asimismo, se sugiere la elaboración e implementación de un protocolo institucional de manejo del dolor postoperatorio en cirugía oncológica de mama que integre sistemáticamente tanto intervenciones farmacológicas como complementarias, con indicadores de calidad que permitan monitorear su cumplimiento y efectividad.
- SEGUNDA:** A la Jefatura de Enfermería del Servicio de Oncología, se recomienda establecer un sistema de monitoreo continuo , vigilancia constante y sistemático del dolor postoperatorio mediante la aplicación rutinaria de la escala EVA en todos los turnos de enfermería, registrando los resultados en la historia clínica para permitir seguimiento longitudinal y detección temprana de pacientes con control inadecuado del dolor.
- TERCERA:** A los profesionales de salud especializados en cirugía oncológica, se recomienda realizar capacitaciones y actualizaciones sobre el dolor y cuidados postquirúrgicos, e intervenciones específicas de enfermería en resultados clínicos a mediano y largo plazo (control del dolor y confort, calidad de vida, vigilancia constante para evitar complicaciones, educación al paciente y familia).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Cáncer de cuello uterino [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
2. OMS. Cáncer [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
3. Maleki M, Mardani A, Harding C, Basirinezhad MH, Vaismoradi M. Nurses' strategies to provide emotional and practical support to the mothers of preterm infants in the neonatal intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *Womens Heal (Lond Engl)* [Internet]. 2022;18:17455057221104674. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/17455057221104674>
4. Mihi L, Marques R, Pontifice Sousa P. Strategies for nursing care of critically ill multicultural patients: A scoping review. *J Clin Nurs* [Internet]. 8 de abril de 2024; Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.17156>
5. Shrestha S, Sapkota S, Teoh SL, KC B, Paudyal V, Lee SWH, et al. Comprehensive assessment of pain characteristics, quality of life, and pain management in cancer patients: a multi-center cross-sectional study. *Qual Life Res* [Internet]. 6 de octubre de 2024;33(10):2755-71. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s11136-024-03725-w>
6. Subedi A. Postsurgical events and persistent pain after breast cancer surgery. *Anaesthesia* [Internet]. 21 de julio de 2023;78(7):914-914. Disponible en: <https://associationofanaesthetistspublications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.15993>
7. Tan H, Plichta J, Kong A, Tan C, Hwang S, Sultana R, et al. Risk factors for persistent pain after breast cancer surgery: a multicentre prospective cohort study. *Anaesthesia* [Internet]. 13 de abril de 2023;78(4):432-41. Disponible en: <https://associationofanaesthetistspublications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.15958>
8. Maiorino L, Daßler-Plenker J, Sun L, Egeblad M. Innate Immunity and Cancer
9. Pathophysiology. *Annu Rev Pathol Mech Dis* [Internet]. 24 de enero de 2022;17(1):425- 57. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-pathmechdis-032221-115501>

10. Muralidharan R. Applied Physiology of Breast Cancer. En: Breast Cancer [Internet]. Singapore: Springer Nature Singapore; 2022. p. 37-52. Disponible en: https://link.springer.com/10.1007/978-981-16-4546-4_3
11. Mo J, Liang H, Su C, Li P, Chen J, Zhang B. DDX3X: structure, physiologic functions and cancer. Mol Cancer [Internet]. 24 de febrero de 2021;20(1):38. Disponible en: <https://molecular-cancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12943-021-01325-7>
12. Karami Fath M, Azargoonjahromi A, Kiani A, Jalalifar F, Osati P, Akbari Oryani M, et al. The role of epigenetic modifications in drug resistance and treatment of breast cancer. Cell Mol Biol Lett [Internet]. 28 de diciembre de 2022;27(1):52. Disponible en: <https://cml.biomedcentral.com/articles/10.1186/s11658-022-00344-6>
13. Liu J, Zheng X, Han Z, Lin S, Han H, Xu C. Clinical characteristics and overall survival prognostic nomogram for invasive cribriform carcinoma of breast: a SEER population-based analysis. BMC Cancer [Internet]. 16 de diciembre de 2021;21(1):168. Disponible en: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-021-07895-5>
14. Łukasiewicz S, Czezelewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanisławek A. Breast Cancer—Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies—An Updated Review. Cancers (Basel) [Internet]. 25 de agosto de 2021;13(17):4287. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6694/13/17/4287>
15. Bhushan A, Gonsalves A, Menon J. Current State of Breast Cancer Diagnosis, Treatment, and Theranostics. Pharmaceutics [Internet]. 14 de mayo de 2021;13(5):723. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1999-4923/13/5/723>
16. Ihlebæk H. Time to care - An ethnographic study of how temporal structuring affects caring relationships in clinical nursing. Soc Sci Med [Internet]. octubre de 2021;287:114349. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795362100681X>
17. SaludPlay. Todos los contenidos sobre NANDA-NOC-NIC [Internet]. 2025 [citado 3 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/nanda-noc-nic/>
18. Berenguel M, Buendia D, Tejada P, Manrique M, Perez L, Gil-Olivares F, et al. Guía de
19. Práctica Clínica para el Manejo del Dolor en pacientes Oncológicos de una Red de Clínicas Privadas, Lima - Perú. Rev del Cuerpo Médico Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. 31 de marzo de 2022;15(1):118-25. Disponible en: <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/1184>

20. Moorhead S, Swanson E, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud. 7th Editio. Elsevier, editor. 2024.
21. Wasaya F, Shah Q, Shaheen A, Carroll K. Peplau's Theory of Interpersonal Relations: A Case Study. *Nurs Sci Q* [Internet]. 18 de octubre de 2021;34(4):368-71. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/08943184211031573>
22. Wu W, He X, Li S, Jin M, Ni Y. Pain nursing for gynecologic cancer patients. *Front Oncol* [Internet]. 26 de julio de 2023;13. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2023.1205553/full>
23. Iman A, Poma G. Factores preoperatorios asociados a dolor y consumo de analgésicos postquirúrgico en cirugía abdominal [Internet]. Lima, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2021. Disponible en: <http://200.62.226.186/handle/20.500.12759/7987>
24. Chen X-X, Nie C, Rao D-F, Chen X-X, Liao L. The effect of refined psychological pain nursing combined with IMB nursing on the pain, sleep and quality of life of patients after cervical cancer surgery. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 19 de abril de 2024;103(16):e37816. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/MD.00000000000037816>
25. Kocot-Kępska M, Zajączkowska R, Mika J, Wordliczek J, Dobrogowski J, Przeklasa-Muszyńska A. Peripheral Mechanisms of Neuropathic Pain—The Role of Neuronal and Non-Neuronal Interactions and Their Implications for Topical Treatment of Neuropathic Pain. *Pharmaceuticals* [Internet]. 20 de enero de 2021;14(2):77. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1424-8247/14/2/77>
26. Wang V, Bačkonja M. Peripheral Neuropathic Pain. *Contin Lifelong Learn Neurol* [Internet]. octubre de 2024;30(5):1363-80. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1212/CON.0000000000001474>
27. Testa L, Dotta S, Vercelli A, Marvaldi L. Communicating pain: emerging axonal signaling in peripheral neuropathic pain. *Front Neuroanat* [Internet]. 9 de julio de 2024;18. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnana.2024.1398400/full>
28. Arslan D. Interactions Between The Painful Disorders and The Autonomic Nervous System. *J Turkish Soc Algol* [Internet]. 2022;34(5):155-65. Disponible en:
29. <https://agridergisi.com/jvi.aspx?pdire=agri&plng=eng&un=AGRI-43078>
30. Snijders R, Brom L, Theunissen M, van den Beuken-van Everdingen M. Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer 2022: A Systematic Literature Review and Meta-

- Analysis. *Cancers (Basel)* [Internet]. 18 de enero de 2023;15(3):591. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6694/15/3/591>
31. Haro-Haro D, Chafloque A. Cirugía centrada en la persona. *Diagnostico* [Internet]. 2021;60(1). Disponible en: <http://142.44.242.51/index.php/diagnostico/article/view/272>
 32. Quispe M, Rodríguez F. Información preoperatoria y ansiedad en pacientes del servicio de cirugía mujeres del Hospital Honorio Delgado Arequipa – 2023 [Internet]. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de Callao; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/8048>
 33. Lopez R. Permanencia y satisfacción del usuario externo en la unidad de recuperación post anestésica de un hospital público de Trujillo. 2022 [Internet]. Trujillo, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2022. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/100094>
 34. Phillips J. The Revelation of Beauty in Nursing. *Nurs Sci Q* [Internet]. 23 de enero de 2022;35(1):46-53. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/08943184211051362>
 35. Arruum D, Setyowati S, Novieastari E, Hamid AYS. Nursing theories as the basis for the handover development: A systematic review. *Enfermería Clínica* [Internet]. diciembre de 2021;31:576-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862121001571>
 36. Im E-O. Different Types of Theories by Level of Abstraction in Nursing: A Discussion Paper. *Res Theory Nurs Pract* [Internet]. 1 de febrero de 2021;35(1):50-66. Disponible en: <http://connect.springerpub.com/lookup/doi/10.1891/RTNP-D-20-00038>
 37. Álvarez A, Vázquez Y. Protocolo de actuación de enfermería durante el pre y transoperatorio de Cirugía [Internet]. *aniversariocimeq2021*. 2021 [citado 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://aniversariocimeq2021.sld.cu/index.php/ac2021/Cimeq2021/paper/view/256>
 38. Ayaz N, Sherman D. The Similarities and Differences of Nurse-Postoperative Patient Dyads' Attitudes, Social Norms, and Behaviors Regarding Pain and Pain Management.
 39. *J PeriAnesthesia Nurs* [Internet]. octubre de 2024;39(5):795-801. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1089947223010961>
 40. Mohamed Bayoumi M, Khonji L, Gabr W. Are nurses utilizing the non-pharmacological pain management techniques in surgical wards? Kardeş S, editor. *PLoS One* [Internet]. 21 de

- octubre de 2021;16(10):e0258668. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0258668>
41. Ji C, Huang X, Liu M, Liu X, Wen J. Effect of multiple disciplinary team led by pain specialist nurses on postoperative analgesia in patients undergoing mastectomy. *Eur J Gynaecol Oncol* [Internet]. 2023;44(4):136-44. Disponible en: <https://www.ejgo.net/articles/10.22514/ejgo.2023.066>
42. Aguiar-Rosas S, Plancarte-Sanchez R, Hernandez-Porras B, García-Andreu J, Lezcano-Velazquez B, Reyes-Torres I, et al. Pain management in cervical cancer. *Front Oncol* [Internet]. 25 de abril de 2024;14. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2024.1371779/full>
43. Chirito Castillo F. Intervención de enfermería en el manejo del dolor en pacientes post operado, Hospital Huacho Huara Oyón Y Sbs, Perú 2021. [Internet]. Lima, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2022. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/108016>
44. Ponce T. Intervenciones de Enfermería para disminuir el dolor en pacientes postoperados [Internet]. Lima, Perú: Universidad Cayetano Heredia; 2022. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/12492/Intervenciones_PonceOrellana_Tatiana.pdf?sequence=3
45. Alcarraz Mantilla L, Ancco Mendigure, B Roldan Tenorio H. Incertidumbre frente al proceso quirúrgico y niveles de ansiedad en pacientes adultos de cirugía abdominal, Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa, 2023 [Internet]. Arequipa, Perú: Universidad Nacional del Callao; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/8326>
46. Polar Cáceres M. Factores que influyen en el control del dolor en pacientes con cáncer. Instituto Regional de enfermedades neoplásicas del Sur, Arequipa [Internet]. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María; 2023. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/31ac39f5-b29b-4ce8-a50f-eafa8a26c21e>
47. González-Estavillo AC, Jiménez-Ramos A, Rojas-Zarco EM, Velasco-Sordo LR, Chávez-Ramírez MA, Coronado-Ávila SA. Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. *Rev Mex Anestesiol* [Internet]. 2021;41(1):7-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2021/cma181b.pdf>

48. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. Rev la Soc Española del Dolor [Internet]. 2021;25(4):228-36. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>
49. Ubillos-Landa S, García-Otero R, Puente-Martínez A. Validación de un instrumento para la medición del dolor crónico en centros asistenciales de la tercera edad TT - Validation of an instrument for measuring chronic pain in nursing homes. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2021;42(1):19-30. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v42n1/1137-6627-asisna-42-01-19.pdf>
50. MINSA. Manual de implementación del modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad [Internet]. 2021. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/rm-220-2021-minsa.pdf>
51. MINSA. Sala Situacional del Cáncer en el Perú [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE37/cancer.pdf>
52. Riguzzi M, Thaqi Q, Lorch A, Blum D, Peng-Keller S, Naef R. Contextual determinants of guideline-based family support during end-of-life cancer care and subsequent bereavement care: A cross-sectional survey of registered nurses. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 1 de junio de 2024;70. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102555>
53. Salazar Maya Á. Nursing Care during the Perioperative within the Surgical Context. Investig y Educ en Enfermería [Internet]. 27 de junio de 2022;40(2). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/350156>
54. Vélez Ramírez M, Ochoa Gutiérrez J, Suárez Tamayo M. State and Evolution of the Investigación y Educación en Enfermería Journal from a Metric Analysis. Investig y Educ en Enfermería [Internet]. 29 de octubre de 2021;39(3). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/347879>



ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Título del Estudio:

Cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico de pacientes postoperadas de cáncer de mama del servicio de oncología del Hospital Goyeneche. Arequipa-2025

Investigadoras:

Arribasplata Cerquin, Tania Pacco Quispe, Manuela

Introducción:

Usted está siendo invitada a participar en un estudio de investigación cuyo propósito es determinar la relación entre el cuidado enfermero con el manejo del dolor postquirúrgico de pacientes postoperadas de cáncer de mama . Con estos datos se podrán mejorar los cuidados proporcionados a las pacientes. Su participación es completamente voluntaria.

Procedimientos:

Si acepta participar, se le pedirá que complete cuestionarios relacionados con su experiencia de dolor, así como con el cuidado recibido por parte de la enfermera. También se recopilarán datos clínicos relevantes de su expediente médico, siempre garantizando su confidencialidad. La duración estimada para responder los cuestionarios será de 15 minutos.

Riesgos y Beneficios:

No se prevén riesgos significativos asociados con su participación en este estudio. Sin embargo, puede experimentar incomodidad al reflexionar sobre su experiencia postquirúrgica. Los beneficios incluyen contribuir al desarrollo de mejores prácticas en el cuidado enfermero y, potencialmente, recibir una atención más personalizada como resultado del análisis realizado.

Confidencialidad:

Toda la información recopilada será tratada con estricta confidencialidad y utilizada únicamente para fines de investigación. Los datos serán anonimizados para proteger su identidad. Solo el equipo investigador tendrá acceso a los datos recopilados.

Participación Voluntaria:

Su participación es completamente voluntaria. **Puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afecte la calidad de la atención médica que recibe actualmente o en el futuro.**

Derechos del Participante:

Usted tiene derecho a recibir respuestas claras a cualquier pregunta sobre este estudio antes, durante o después de su participación. También tiene derecho a retirar su consentimiento sin necesidad de justificar su decisión.

Declaración de Consentimiento:

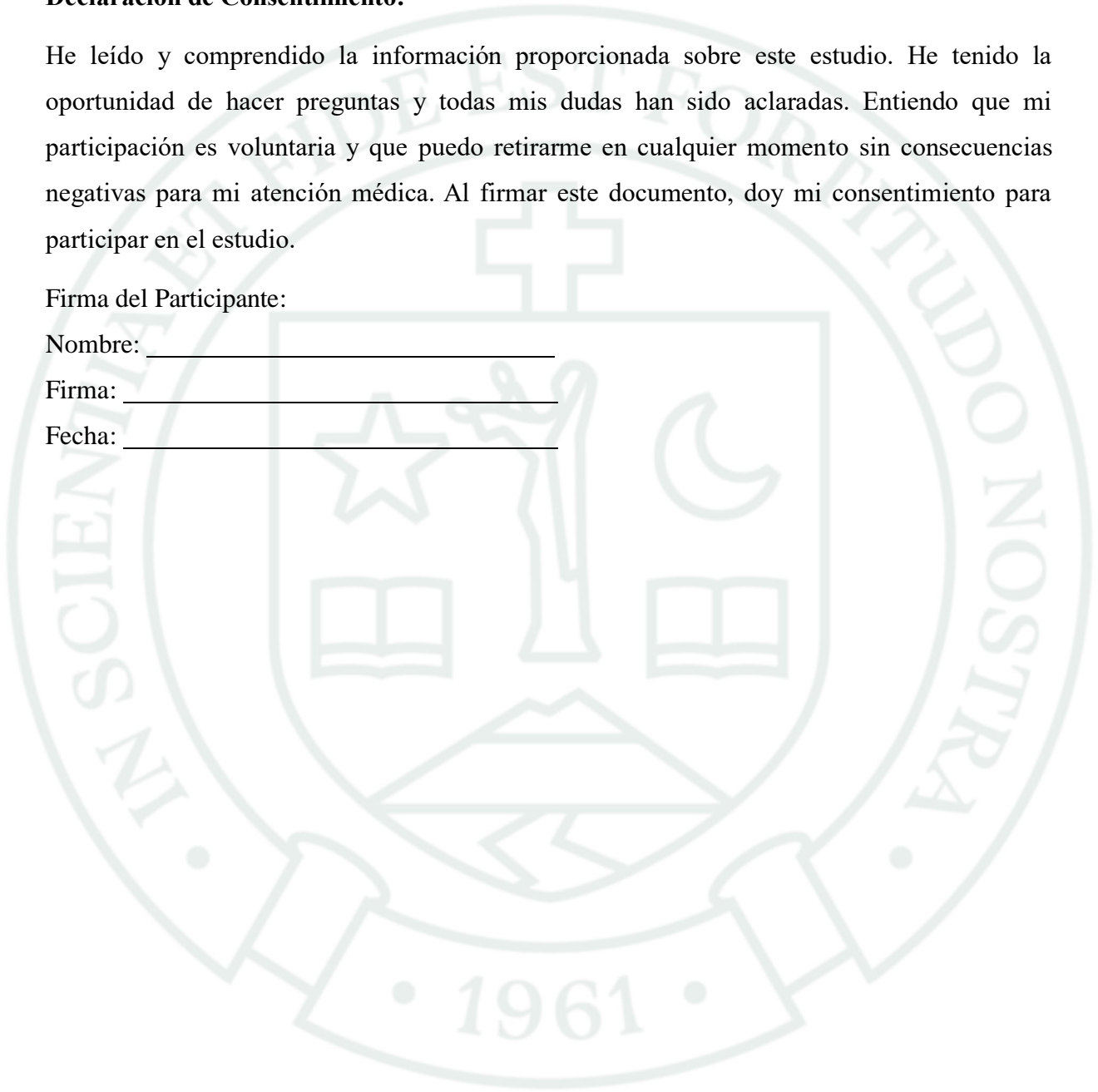
He leído y comprendido la información proporcionada sobre este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis dudas han sido aclaradas. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin consecuencias negativas para mi atención médica. Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Firma del Participante:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Anexo 2

Cuestionario de Cuidado Enfermero

Instrucciones: Estimada participante agradecemos su participación, por favor incluir sus datos y/o marcar según lo indicado

Datos Generales

1. Edad: _____
2. Situación conyugal
 - a) Soltera
 - b) Casada/Conviviente
 - c) Separada /Divorciada
 - d) Viuda
3. Lugar de procedencia
 - a) Arequipa
 - b) Moquegua
 - c) Tacna
 - d) Otros: _____
4. Situación laboral
 - a) No labora
 - b) Trabajo independiente
 - c) Trabajo dependiente
 - d) Jubilada
5. Tipo de familia
 - a) Monoparental
 - b) Nuclear
 - c) Extendida
 - d) Ampliada

6. Tipo de familia
 - a) Monoparental
 - b) Nuclear
 - c) Extendida
 - d) Ampliada
7. Número de hijos
 - a) Sin hijos
 - b) 1 a 2
 - c) 3 a 4
 - d) 5 a más
8. Antes de la intervención quirúrgica, ¿le explicaron en qué consistía el procedimiento?: Si () No()
9. Al momento de ingresar a Centro Quirúrgico, indique ¿en qué medida sintió estas emociones?

Emociones	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
Temor					
Miedo					
Ansiedad					

A continuación se presentan una serie de enunciados sobre los cuidados que brinda la enfermera para el manejo del dolor de un paciente postoperado. En su experiencia indique cómo se presenta estas situaciones:

Enunciado	Respuestas				
	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Algunas Veces (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
1. Me da información sobre la medicina que recibiré para el tratamiento del dolor					
2. Me preguntaron si estaba de acuerdo en recibir cada medicamento para el dolor antes de administrarlo.					
3. Me pregunta cuanto me duele en intensidad en escala de 1 al 10					
4. Revisaron mi herida para entender mejor mi dolor.					
5. Me preguntaron cómo me sentía después de recibir el medicamento 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. El medicamento administrado calma mi dolor					

<p>9. Me informa los valores de mis signos vitales, como presión, temperatura, frecuencia cardiaca,</p>					
<p>otros</p>					
<p>10. Se dirigieron a mí por mi nombre y verificaron mi información antes de darme el medicamento.</p>					
<p>11. Revisaron regularmente el sitio donde me estaban administrando el medicamento por vía intravenosa.</p>					
<p>12. Me dieron el medicamento para el dolor cuando lo solicité</p>					
<p>13. Me explicaron las diferentes opciones de medicamentos disponibles para controlar mi dolor.</p>					
<p>14. Me muestra tratamiento alternativo a los medicamentos para el dolor</p>					

15. Atiende las necesidades básicas de comodidad como el descanso para aliviar mi dolor.					
16. Me escucha y me ayuda a disminuir mi ansiedad					
17. Favorece un ambiente con luz adecuada que yo considero me harán disminuir mi dolor.					
18. Me ayuda a estar en la posición más adecuada para disminuir mi dolor.					
19. Me facilita medios de distracción como televisión y música para contrarrestar mi dolor.					
20. Favorece un ambiente tranquilo, libré de ruido					
21. Utiliza un tono amigable y palabras cariñosas a dirigirse a mi					
22. Usa compresas frías o calientes para aliviar mi dolor					
23. Me ayuda a estar relajado o me indica las medidas que debo tomar para estar mejor					

24. Orienta a mis cuidadores o familiares sobre procedimiento que ayudaran a disminuir mi dolor.					
25. Me anima a caminar precozmente para disminuir mi dolor y mejorar mi condición					
26. Me educa y explica las ventajas y desventajas del tratamiento que voy a recibir.					
27. Me brinda confianza para negarme ante algún tratamiento que no considere beneficiosos					

Fuente: Chirito F(39).

Anexo 3

Ficha Técnica Cuestionario de Cuidado Enfermero

- Nombre del instrumento: Cuestionario de cuidado enfermero en manejo de dolor postquirúrgico
- Autores: Alarcón y Llanos, Citado por Chirito F(39).
- Año:
- Objetivo: Evaluar el cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico
- Administración: Individual
- Tiempo de aplicación: 10 minutos
- Dimensiones:
 - Intervenciones farmacológicas
 - Intervenciones no farmacológicas
- Estructura:
 - Total de ítems: 27
- Escala de medición: Likert de 5 puntos Opciones de respuesta:
 - 1 = Nunca
 - 2 = Casi nunca
 - 3 = Algunas veces
 - 4 = Casi siempre
 - 5 = Siempre
- Baremo: No presenta puntuación general establecida
- Propiedades psicométricas:

Validez: Validado por juicio de expertos con índice de concordancia de 0.013 Confiabilidad: Alfa de Cronbach de 0.86

Evidencia de validez

El instrumento de escala tipo Likert modificado, es un instrumento que fue validado mediante prueba binomial, dando como resultado 0.013. Este instrumento fue sometido a una prueba piloto con 20 encuestados:

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.

Fuente: Alarcón y Llanos, Citado por Chirito F(39).

Anexo 4

Escala visual análoga (EVA) para dolor en adultos

Instrucciones:

Señale Ud. del 0 al 10 cuánto dolor siente actualmente, dónde 0 no tiene dolor y 10 es el peor dolor posible

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ausente	Leve			Moderado			Muy fuerte			Peor dolor posible

Fuente: González C, Jimenez A, Rojas E, et al (43).

Anexo 5

Ficha Técnica Escala Visual Análoga (Eva) para dolor en adultos

- Nombre del instrumento: Escala Visual Análoga (EVA)
- Autores: Scott y Huskisson
- Objetivo: Medir la intensidad del dolor postquirúrgico
- Administración: Individual
- Tiempo de aplicación: Inmediato
- Estructura: Línea horizontal de 10 puntos
- Método de aplicación: El paciente indica con su dedo el nivel de dolor percibido
- Categorías de medición:
 - Dolor ausente: 0 puntos
 - Dolor leve: 1-3 puntos
 - Dolor moderado: 4-6 puntos
 - Dolor muy fuerte: 7-9 puntos
 - Peor dolor posible: 10 puntos
- Propiedades psicométricas:

Validez: Demostrada en los estudios de González C, Jiménez A, Rojas E, et al (43) y Vicente M, Delgado S, Bandrés F et al (44).

Confiabilidad: Alfa de Cronbach de 0.9

Evidencia de validez

ENAT1	EVERAT1	EVA T1	ENAT2	EVERAT2	EVA T2
6.49 (± 2.51) 7 (0-10)	3.15 (± 0.80) 3 (1-4)	6.15 (± 2.52) 7 (0-10)	4.02 (± 1.99) 4 (0-9)	2.53 (± 0.64) 3 (1-4)	3.96 (± 2.00) 4 (0-10)

Valores expresados en media (\pm SD) y medianas (mín-máx).

Analizando el objetivo principal del estudio, la correlación entre las escalas unidimensionales para el dolor, en este caso EVA con EVERA y ENA, las tres escalas demostraron adecuada correlación entre ellas. El valor «p» fue significativo siendo <

0.001 con un poder de análisis de 0.95. Al someter las tres escalas de manera individual a estudios de correlación, se obtuvo un valor «p» significativo, es decir, las tres correlacionan entre ellas individualmente (43)

Anexo 6
Matriz de datos

	Edad	Situación conyugal	Lugar de procedencia	Situación laboral	Tipo de familia	Número de hijos	Antes de la intervención quirúrgica. / le	Temor	Miedo	Anxiedad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	22	23	23	26	27	CUIDADO ENFERMERO	DOLOR			
60	16	2	2	3	1	3	3	3	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	4	4	3	5	3	3	5	4	5	5	5	5	5	1	2	0	4		
47	23	1	2	2	1	3	3	3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	4	3	4	3	3	4	3	3	4	3	5	5	5	5	5	5	1	1	7	5	
56	24	1	1	2	1	2	2	2	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	5	5	5	5	5	1	1	5	5	
21	11	3	1	1	1	3	2	2	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	3	4	3	3	4	5	5	5	5	5	1	2	0	4	
42	12	2	2	2	1	4	3	3	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	4	3	3	4	3	4	4	3	4	5	5	5	5	5	1	1	5	4	
64	22	1	2	4	1	2	2	2	5	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	3	4	5	5	5	5	5	1	1	5	4
62	12	1	2	2	1	1	1	1	4	4	5	5	5	4	4	3	4	5	5	5	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	3	4	5	3	4	4	5	1	0	4	4	
64	22	1	2	4	1	2	2	2	5	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	3	4	5	5	5	5	5	1	1	4	4
62	12	1	2	2	1	1	1	1	4	4	5	5	5	4	4	3	4	5	5	5	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	3	4	5	3	4	4	5	1	0	4	4	
84	24	1	3	3	1	2	2	2	5	5	3	5	5	4	4	4	5	4	5	5	4	5	3	4	4	3	4	5	3	4	3	3	4	5	4	5	5	1	1	3	3	
98	21	1	1	2	3	1	3	3	3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	3	5	4	4	4	3	3	2	4	5	5	5	5	5	1	1	7	5	

2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	3	4	3	4	5	2	3	4	3	3	5	5	5	5	1	5	
3	3																																								5	
2	6	1	7	1	3	3	1	2	2	2	5	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	3	3	4	3	3	4	3	3	4	2	4	5	5	5	5	1	3		
4	0																																								1	




2	6	2	1	1	2	3	1	4	2	2	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	3	4	4	3	4	2	2	4	3	3	5	5	5	5	1	2				
5	7																																								4		
2	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	4	5	5	5	4	4	4	5	5	4	4	4	3	3	4	4	3	5	2	2	4	3	4	5	5	5	5	1	2				
6	2																																								0		
2	6																																								8		
7	1	2	1	1	2	2	1	3	3	3	2	2	2	5	4	3	4	5	5	5	5	3	3	3	5	4	2	2	1	2	3	1	3	5	2	2	3	6	7				
2	5	1	1	1	1	2	1	1	1	1	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	4	4	3	4	4	5	3	2	4	1	4	3	3	4	2	5	5	5	1	5			
8	7																																								8		
2	2																																								9		
9	3	1	2	1	1	1	1	2	2	2	4	4	3	4	4	4	5	5	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	4	4	5	4	4	3				
3	6	1	2	1	1	1	1	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	5	5	3	4	4	3	4	5	3	5	3	1	1				
0	8																																								8		
3	3																																									8	
1	0	2	2	1	2	2	1	3	3	3	5	4	3	5	4	4	4	3	2	5	4	2	1	1	3	2	2	3	1	3	3	2	3	5	4	4	4	6	6				
3	6																																									8	
2	7	1	2	3	1	1	1	2	2	2	5	4	3	4	4	4	4	5	5	5	4	4	2	1	4	2	1	4	1	1	2	1	2	5	5	4	3	9	3				
3	6																																									9	
3	5	2	1	1	2	3	1	2	2	2	5	4	3	5	4	4	4	5	4	5	5	4	1	1	4	2	2	4	1	2	3	1	3	5	5	4	4	4	8				
3	6	2	1	1	2	2	1	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	3	5	5	3	5	5	4	5	5	4	1	1			
4	0																																									3	
3	8	4	2	2	3	3	1	3	3	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	5	3	4	5	3	2	2	2	2	4	4	4	4	3	0	6			
5	4																																									9	
3	2	1	1	1	0	1	1	3	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	4	2	4	5	4	4	5	5	5	1	1			
6	0																																									5	
3	5	2	2	1	2	4	1	3	3	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	3		
7	3																																									2	

3	6	2	1	3	2	2	1	3	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	4	4	1	2	
8	2																																									5
3	4																																									9
9	7	3	3	1	1	2	1	3	3	3	4	3	2	5	4	3	3	5	4	5	4	4	3	2	4	3	2	3	1	3	3	1	3	4	4	4	4	4	0	9		
4	5	2	2	1	2	3	1	1	1	1	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	3	4	3	2	4	3	3	4	3	4	5	5	5	5	1	5		
0	7																																								4	
4	3	2	2	1	2	2	1	3	3	3	5	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	5	5	5	5	5	1	2		
1	1																																								7	
4	7	1	1	3	4	2	1	2	2	2	5	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	3	4	3	4	4	3	3	3	4	5	5	5	5	4	1	4			
2	7																																								5	
4	7	1	1	1	1	4	0	3	3	3	5	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	2	4	4	5	5	2	5	4	3	4	5	2	5	5	1	5			
3	7																																								3	

4	4	2	2	1	2	2	1	1	2	2	3	3	4	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	4	3	4	4	2	5	2	1	3	3	5	4	4	1	4			
4	3																																								7
4	5																																								8
5	5	1	2	1	1	2	1	3	3	3	2	2	3	5	5	5	4	5	3	5	3	5	2	3	2	2	1	3	1	1	4	1	3	4	5	1	3	3	3		
4	1																																								8
6	9	1	2	1	1	1	0	4	4	4	2	2	3	4	3	2	3	4	4	5	5	3	5	4	3	3	5	2	1	5	3	1	2	5	2	4	4	9	1		
4	6	1	5	3	3	1	1	3	3	3	4	3	3	4	4	3	4	5	5	5	4	5	4	4	4	5	3	4	2	4	5	2	3	4	3	5	5	1	4		
7	3																																								6
4	5																																								9
8	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	5	5	3	5	4	3	4	5	4	5	5	4	3	2	4	3	2	3	1	2	3	2	3	4	4	4	4	6	6		
4	5																																								8
9	0	2	2	1	2	2	1	4	4	4	4	3	2	5	3	2	4	5	5	5	4	3	1	1	3	3	1	4	1	3	3	1	3	4	4	4	3	4	8		
5	6	1	1	2	1	1	1	2	2	2	5	3	4	4	4	4	4	5	4	5	5	4	3	2	4	3	3	4	1	3	3	2	3	5	4	5	4	1	3		
0	5																																								0

Anexo 7

Constancia de ejecución del estudio

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PROVEÍDO DE AUTORIZACIÓN N°059-2025-GRA/GERESA/HG-QADI

Visto el documento N° 8887097 y expediente N° 5369172 con la aceptación del Departamento de Oncología y con el visto bueno de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, esta dirección AUTORIZA:

**TANIA MARYLIN ARRIBASPLATA CERQUIN
MANUELA PACCO QUISPE**

Bachiller de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, la ejecución del proyecto de investigación titulado: **«Cuidado enfermero en el manejo del dolor postquirúrgico de pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de mama del servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche»**, durante el período de seis (06) meses, siendo el responsable institucional la Lic. Deysi Muñoz Barriga, enfermera de nuestro establecimiento.

Arequipa, 06 de Noviembre del 2025.

**GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL AREQUIPA
HOSPITAL III GOYENECHE**
M. Pinto Roldán
**MC. Juliana M. Pinto Roldán
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 37705 - R.N.E. 24622**

JMPR/GRGR/kmjc.
CC. Archivo
Registro: 8895239
Expediente: 5369172

HOSPITAL III GOYENECHE
Av. Goyeneche 1411 - Arequipa - Perú

Activar Window

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Pacientes postoperadas de cáncer de mama.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE 342 – 2025 CIEI-UCSM



VIGENCIA:

La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 10 de octubre de 2026.

Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com