

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN DURANTE EL POST OPERATORIO INMEDIATO. SERVICIOS DE CIRUGÍA VARONES Y MUJERES DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2013

Tesis presentada por las Bachilleres:

***LIZBETH SADITH SANGUINETTI GUERRA
MELISSA ELIZABETH ZAPANA ORTEGA***

Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

**AREQUIPA – PERÚ
2014**

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARIA.**

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que UD. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN DURANTE EL POST OPERATORIO INMEDIATO. SERVICIOS DE CIRUGÍA VARONES Y MUJERES DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2013.** requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Abril del 2014

Lizbeth Sadith Sanguinetti Guerra

Melissa Elizabeth Zapana Ortega

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodriguez
Decana de la Facultad de Enfermería

De : Dra. Lupe Mesias de Delgado
Lic. Concepción Arizaga Tovar
Dra. Gloria Núñez de Pinto
Miembros del Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Borrador de Tesis.

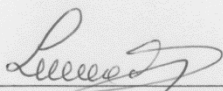
Tesis "FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL
CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES OPERADOS DE
ABDOMEN DURANTE EL POST OPERATORIO INMEDIATO.
SERVICIOS DE CIRUGÍA VARONES Y MUJERES DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA 2013"

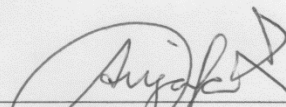
Bachiller : Lizbeth Sadith Sanguinetti Guerra
Melissa Elizabeth Zapana Ortega

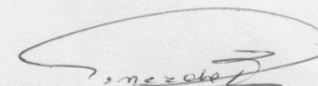
Fecha : 08 de abril 2014

Habiendo superado las observaciones realizadas el borrador de tesis puede ser presentado para la sustentación correspondiente.

Atentamente,


Dra. Lupe Mesias de Delgado


Lic. Concepción Arizaga Tovar


Dra. Gloria Núñez de Pinto

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Dra. Dominga Vargas de Flores
Asesora del estudio de Investigación

ASUNTO : Asesoría de Tesis Titulada:

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN DURANTE EL POST OPERATORIO INMEDIATO. SERVICIO DECIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2013

AUTORAS : LIZBETH SADITH SANGUINETTI GUERRA
MELISSA ELIZABETH ZAPANA ORTEGA

FECHA : Arequipa, 27 de Febrero del 2014

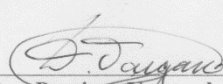
Antecedentes:

La asesoría del estudio de investigación se llevó a cabo durante los meses de Setiembre del 2013 a Enero del 2014, tiempo en el que se revisó el Enunciado, los Objetivos, Variables, Justificación, Marco Teórico y el Contenido Operacional; revisión que demandó la reestructuración tanto de la teoría como de la investigación propiamente dicha, en la que se ha considerado tablas estadísticas.

Apreciación Personal:

Los resultados de la investigación permitirán fortalecer el cuerpo de conocimientos de la profesión de Enfermería.

Atentamente,


Dra. Dominga Vargas de Flores

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

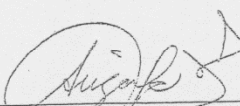
Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis:
**FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL
DEL DOLOR EN PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN DURANTE
EL POST OPERATORIO INMEDIATO. SERVICIO DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2013**

Autoras: **LIZBETH SADITH SANGUINETTI GUERRA
MELISSA ELIZABETH ZAPANA ORTEGA**

Fecha : Arequipa, 25 de Octubre del 2013

Después de haber subsanado las observaciones hechas por el Jurado Dictaminador, el proyecto queda apto para su ejecución.

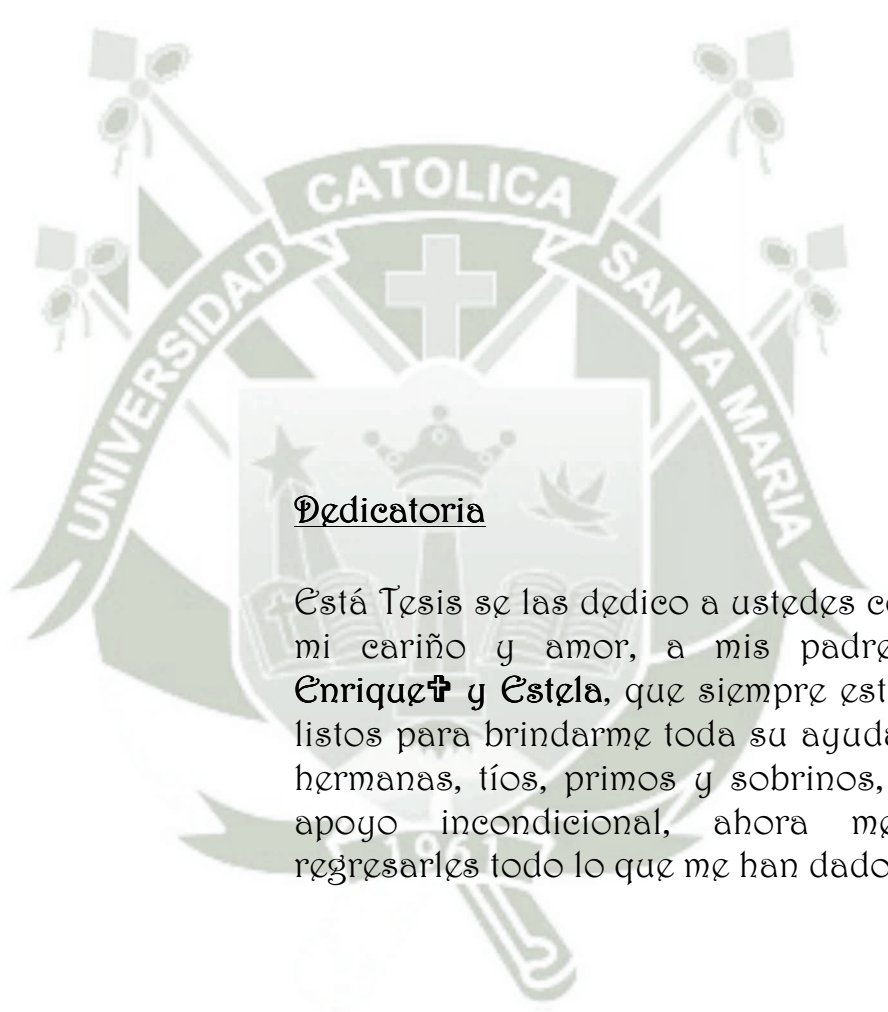
Atentamente,


Dra. Gloria Núñez de Pinto
Miembro del Jurado Dictaminador
Lic. Concepción Arizaga Tovar
Miembro del Jurado Dictaminador

Agradecimiento:

Al Dios por estar en mí andar y acompañarme día a día.

Gracias a las docentes que con sus lecciones y experiencias lograron formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida.



Dedicatoria

Esta Tesis se la dedico a ustedes con todo mi cariño y amor, a mis padres **Luis Enrique†** y **Estela**, que siempre estuvieron listos para brindarme toda su ayuda, a mis hermanas, tíos, primos y sobrinos, por su apoyo incondicional, ahora me toda regresarles todo lo que me han dado.

Lizbeth Sadith

Agradecimiento:

Con gratitud eterna a Dios por la vida.

A mis padres **Julio y Elizabeth** por su apoyo incondicional día a día

A mis abuelitos, tíos, primos y sobrinos por su apoyo moral.

A la memoria de mi bisabuelita **Justa†**, a mi primo y amigo **José Luis†** por los consejos que me supieron dar, en los momentos difíciles y de alegría.

A las docentes de la Facultad, por sus conocimientos impartidos



Dedicatoria

Para María Ysabel, mi engrécida, y el motor y motivo de la culminación de esta carrera profesional.

Melissa Elizabeth

INDICE

	PÁG.
INDICE DE ILUSTRACIONES	09
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCION	12

CAPITULO I **PLANTEAMIENTO TEORICO**

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1 Enunciado del Problema	13
1.2 Descripción del Problema	13
1.3 Justificación	15
2. OBJETIVOS	16
3. MARCO TEÓRICO	16
4 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	46
5. HIPÓTESIS	47

CAPITULO II **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

1. TECNICA E INSTRUMENTO	48
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	48
2.1. Ubicación Espacial	48
2.2. Ubicación Temporal	48
2.3. Unidades de Estudio	49
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
4. CRONOGRAMA DE TRABAJO	50

CAPÍTULO III RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	51
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	73
BIBLIOGRAFÍA	74
ANEXOS	75



INDICE DE ILUSTRACIONES

TABLAS	PÁG
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN EDAD, SERVICIO DE SERVICIOS DE CIRUGÍA VARONES Y MUJERES DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2013	52
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN GÉNERO.	53
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA.	54
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN ESTADO CIVIL	55
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN OCUPACION.	56
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN RELACIONES INTERPERSONALES EN EL HOGAR.	57
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN.	58
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN HABITOS NOCIVOS.	59
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN CREENCIAS.	60
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN DOLOR EN EL POSTOPERATORIO.	61
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN TRATAMIENTO PARA EL DOLOR EN EL POSTOPERATORIO.	62
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN CONTROL DEL DOLOR EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.	63
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN INFLUENCIA DEL FACTOR EDAD EN EL CONTROL DEL DOLOR EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.	64
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN INFLUENCIA DEL FACTOR GÉNERO EN EL CONTROL DEL DOLOR EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.	65
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN INFLUENCIA DEL FACTOR ZONA DE RESIDENCIA EN EL CONTROL DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.	66
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN INFLUENCIA DEL FACTOR ESTADO CONYUGAL EN EL CONTROL DEL DOLOR EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.	67
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN INFLUENCIA DEL FACTOR OCUPACIÓN EN EL CONTROL DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.	68
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN INFLUENCIA DEL FACTOR RELACIONES INTERPERSONALES EN EL CONTROL DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.	69
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN AGUDO SEGÚN INFLUENCIA DEL FACTOR INSTRUCCIÓN EN EL CONTROL DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.	70
PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN INFLUENCIA DEL FACTOR HABITOS NOCIVOS EN EL CONTROL DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.	71

RESUMEN

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN DURANTE EL POST OPERATORIO INMEDIATO. SERVICIO DE CIRUGÍAS VARONES Y MUJERES DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2013

Presentado por las Bachilleres en Enfermería LIZBETH SADITH SANGUINETTI GUERRA y MELISSA ELIZABETH ZAPANA ORTEGA, para obtener el Título Profesional de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA de la UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA, ubicada en la Urbanización San José S/N Umacollo. Teléfono 251210, Fax 054 – 219283, Apartado Postal 1350, Arequipa – Perú.

OBJETIVOS

- Identificar los factores socioculturales que influyen en el control del dolor de los pacientes operados de abdomen atendidos en el Servicio de Cirugías varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.
- Determinar la intensidad del dolor en los pacientes operados de abdomen atendidos en el Servicio de Cirugías varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.
- Establecer el tipo de influencia de los factores socioculturales en el control del dolor de los pacientes operados de abdomen atendidos en el Servicio de Cirugías varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

HIPOTESIS

Dado que los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico manifiestan dolor de variada intensidad por factores diversos en el post operatorios inmediato.

Es probable, que los factores socioculturales género, estado civil, relaciones interpersonales a nivel de familia, zona de residencia práctica de hábitos nocivos, influyan significativamente en el control del dolor que presentan los pacientes operados de abdomen en el Servicio de Cirugías varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

METODOLOGÍA

Se utilizó como técnica la Encuesta y como instrumento el Cuestionario o Formulario de Preguntas, el cual fue aplicado a 71 pacientes con cirugía abdominal atendidos en el Servicio de Cirugías varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los factores socioculturales que influyen en el control del dolor de los pacientes operados de abdomen atendidos en el Servicio de Cirugías varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, es la edad de 38 a 57 años, el género masculino, la zona de residencia es urbana, el estado conyugal casado, el nivel de instrucción primario y secundario, si tiene consumo de hábitos nocivos alcohol y tabaco.

SEGUNDA: La intensidad del dolor en los pacientes operados de abdomen atendidos en el Servicio de Cirugías varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa es alta y que presentaron dolor de zona postoperatoria durante el postoperatorio inmediato de mayor intensidad, es decir, de 4 a 10 puntos.

TERCERA: Los factores socioculturales que influyen en el control del dolor de los pacientes operados de abdomen atendidos en el Servicio de Cirugías varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, en forma significativa son el género, el estado conyugal, las relaciones interpersonales a nivel de familia, la zona de residencia urbana y la práctica de hábitos nocivos alcohol y tabaco.

RECOMENDACIONES

Como recomendaciones, cabe mencionar las siguientes:

1. Los profesionales de enfermería de los servicios de Cirugías varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, incluirán formas de tratamiento variado: psicológico, físico, alternativo, para el control del dolor, postoperatorio en pacientes de cirugía en general, las que se implementarían durante el periodo post operatorio inmediato
2. En la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María se continúe con este tipo de investigaciones a fin de que con los resultados a obtener se logre colaborar en la solución del dolor como problema de salud.

LIZBETH SADITH SANGUINETTI GUERRA, Coop. Guillermo Torreblanca A-7. Yanahuara. Telf. 470064

MELISSA ELIZABETH ZAPANA ORTEGA. Ab. Bolognesi 123 Cayma. Cel. 9877129796

**Arequipa – Perú
2014**

ABSTRACT

CULTURAL FACTORS AFFECTING PAIN IN PATIENTS OPERATED DURING ABDOMINAL SURGERY POST IMMEDIATELY. REGIONAL HOSPITAL SERVICE INCARDIOVASCULAR HONORIO DELGADO. AREQUIPA , 2013

Presented by the Bachelors in Nursing: LIZBETH SADITH SANGUINETTI GUERRA and MELISSA ELIZABETH ZAPANA ORTEGA to obtain the Professional Title LICENSED NURSING the CATHOLIC UNIVERSITY OF SANTA MARIA , located in the urbanization San Jose S / N Umacollo. Phone 251210, Fax 054-219283, PO Box 1350, Arequipa - Perú .

OBJECTIVES

- Identify sociocultural factors that influence pain management of patients undergoing abdominal served in the Department of Surgery Regional Honorio Delgado Hospital in Arequipa.
- Determine the current control and pain in patients undergoing abdominal treated at the Surgery Department of Regional Honorio Delgado Hospital in Arequipa.
- Set the type of influence of sociocultural factors in controlling the pain of abdominal surgery patients treated at the Surgery Department of Regional Honorio Delgado Hospital in Arequipa.

HYPOTHESIS

Because patients undergoing surgical treatment manifest pain of varying intensity by factors in the immediate post operative.

It is likely that the male gender, marital status married , interpersonal, family level relationships, Near urban residence and practice bad habits , socio-cultural factors significantly influence pain control presented by patients undergoing abdomen Service surgery Regional Honorio Delgado Hospital in Arequipa.

METHODOLOGY

Survey was used as a technique and a tool Questionnaire Questions or form, which was applied to 71 patients with abdominal surgery treated at the Surgery Department of Regional Honorio Delgado Hospital in Arequipa.

CONCLUSIONS

FIRST : The sociocultural factors that influence pain management of patients undergoing abdominal treated at the Surgery Department of Regional Honorio Delgado Hospital in Arequipa , is age 38 to 57 years , male gender , area of residence urban married marital status , level of primary and secondary education, if you have bad habits of consumption alcohol and snuff .

SECOND: The intensity of pain in patients undergoing abdominal treated at the Surgery Department of the Regional Hospital Honorio Delgado Arequipa is high and had pain postoperative area during the immediate postoperative period of higher intensity , ie , 4 to 10 points .

THIRD: The sociocultural factors that influence pain management of patients undergoing abdominal treated at the Surgery Department of Regional Honorio Delgado Hospital in Arequipa , are significantly male gender, marital status married , interpersonal relationships family level , area of residence and urban practice habits harmful alcohol and snuff .

RECOMMENDATIONS

As recommendations include the following:

1. In surgery services Honorio Delgado Hospital in Arequipa Regional, varied forms of treatment include: psychological, alternative for pain control, postoperative surgery patients in general, which would be implemented during the perioperative period.
2. In the Faculty of Nursing at the Catholic University of Santa María continuation of this type of research so that you get the results to be achieved to solve the problem of pain.

LIZBETH SADITH SANGUINETTI GUERRA, Coop. Guillermo Torreblanca A-7. Yanahuara. Telf. 470064

MELISSA ELIZABETH ZAPANA ORTEGA. Ab. Bolognesi 123 Cayma. Cel. 9877129796

Arequipa – Perú
2014

INTRODUCCION

El dolor es un síntoma común en pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico en casos de cirugía mayor, menor, programadas o de urgencia. En algunos casos, el dolor es muy intenso y en otros, de menor intensidad, y es que se debe fundamentalmente a la intervención de factores externos y/o internos.

En la producción del dolor en los pacientes intervenidos quirúrgicamente, la injuria quirúrgica afecta las intervenciones nerviosas de tejidos comprometidos en la cirugía produciendo el dolor de variada intensidad que le ocasiona incomodidad física y psicológica.

Asimismo, el dolor provocado por la intervención quirúrgica representa un desafío para el equipo quirúrgico por varios motivos, una de ellas es la generación de preocupación por el pronóstico, otros porque el dolor provocado por la cirugía se relaciona con factores biológicos y psicosociales, por ejemplo, la presencia de ansiedad y depresión.

Otro aspecto que se consideró es que en las instituciones hospitalarias, algunos pacientes durante el postoperatorio inmediato parecen tener un buen control del dolor, mientras que otros no: esta situación no se sabe exactamente a qué se debe y en razón a ello es que es difícil poder controlar y aliviar el dolor que les aqueja posterior a la intervención quirúrgica.

Estas observaciones indujeron a la autora a realizar el presente estudio con la finalidad de identificar los factores que influyen en el control del dolor específicamente en paciente operados de abdomen, determinar su intensidad y así establecer el tipo de influencia de los factores encontrados en el control del dolor, en pacientes intervenidos quirúrgicamente de abdomen en el HRHD de Arequipa en los servicios de cirugía varones y mujeres

La información a obtener será analizada e interpretada a fin de contar con resultados objetivos, seguros y confiables, los que servirán de aporte en la solución de este problema.

El contenido del informe del estudio se ha organizado según el esquema de la Facultad de Enfermería; es decir por capítulos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.Enunciado del Problema

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN DURANTE EL POST OPERATORIO INMEDIATO. SERVICIOS DE CIRUGÍA VARONES Y MUJERES DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2013

1.2.Descripción del Problema

1.2.1. Ubicación del Problema

- a. Campo : Ciencias de la Salud
- b. Área : Enfermería
- c. Línea : Cirugía Abdominal

1.2.2. Análisis de Variables

El estudio tiene dos variables:

- V. Independiente : Factores socioculturales
- V. Dependiente : Control del dolor de pacientes operados de abdomen

Variables	Indicadores	Subindicadores
Independiente Factores socioculturales	1. Demográficos 2. Sociales 3. Culturales	1.1. Edad 1.2. Género 1.3. Zona de residencia 1.4. Estado Civil 2.1. Ocupación 2.2. Relaciones interpersonales 3.1. Instrucción 3.2. Hábitos nocivos 3.3. Creencias
Dependiente Control del dolor	1. Valoración del dolor 2. Tratamientos empleados 3. Formas de Control del alivio del dolor	1.1 Escala Visual Análoga. 2.1. Farmacológica 2.2. Psicológica 2.3. Otras terapias 3.1. Total 3.2. Parcial 3.3. Nula

1.2.3. Interrogantes Básicas

- b. ¿Cuáles son los factores socioculturales que influyen en el control del dolor en los pacientes post-operados de abdomen atendidos en el Servicios de Cirugía varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa?
- c. ¿Cuál es la intensidad del dolor en los pacientes operados de abdomen atendidos en el Servicios de Cirugía varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa?
- d. ¿Cómo influyen los factores socioculturales en el control del dolor de los pacientes operados de abdomen atendidos en el Servicios de Cirugía varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa?

1.2.4. Tipo y Nivel

Tipo: De campo

Nivel: Relacional, de corte transversal

1.2.5. Justificación

En tema seleccionado es relevante desde el punto de vista socio – contemporáneo en razón a que en los últimos años, se viene produciendo a nivel mundial, nacional, regional y local un aumento importante en la prevalencia e incidencia de los diversos tipos de patología abdominal tanto en varones como en mujeres. Arequipa no es ajena a la realidad nacional, ya que diariamente son atendidos un número importante de pacientes con diagnóstico de apendicitis, neoplasias gástrica e intestinal, colecistitis y colelitiasis que requieren de tratamiento quirúrgico, tratamiento que produce en los pacientes síntomas con el dolor en zona operatoria.¹

Asimismo, el tema a investigar es relevante, ya que el dolor es un problema común en pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico en casos de cirugía mayor o menor; en ambas, la injuria quirúrgica afecta las terminaciones nerviosas de tejidos comprometidos en la cirugía, produciendo el dolor de variada intensidad que le ocasiona incomodidad física y psicológica.

El dolor provocado por la intervención quirúrgica representa un desafío por varios motivos, en primer lugar, para muchos pacientes, la aparición de dolor puede generar preocupación por el pronóstico; en segundo lugar, si bien a menudo se cree que el dolor provocado por la cirugía se relaciona con factores biológicos y psicosociales (por ejemplo: progresión e invasión tumoral o daño), la presencia de ansiedad y depresión debido al diagnóstico de la enfermedad influyen notablemente.

En el hospital, algunos pacientes en el post-operatorio inmediato, parecen tener mejor tolerancia al dolor, mientras que otros no toleran, y, es muy

¹ Región de Salud de Arequipa. Oficina de Estadística, 2011

difícil para los profesionales poder controlar y aliviar el dolor que les aqueja posterior a la intervención quirúrgica.

Por estas observaciones, surgió la idea de realizar este estudio, porque se considera que existen factores de diversa índole que pueden influir en el control y alivio del dolor de los pacientes; estudio que es factible de realizarlo, aún que existen estudios anteriores relacionados al tema, los mismos que servirán para la confrontación de resultados.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Identificar los factores socioculturales que influyen en el control del dolor de los pacientes operados de abdomen atendidos en el Servicios de Cirugía varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.
- 2.2. Determinar la intensidad del dolor en los pacientes operados de abdomen atendidos en el Servicios de Cirugía varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.
- 2.3. Establecer el tipo de influencia de los factores socioculturales en el control del dolor de los pacientes operados de abdomen atendidos en el Servicios de Cirugía varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ANATOMIA DE LA PARED ABDOMINAL

La cavidad abdominal está cubierta por una capa de músculos que normalmente mantiene a los órganos en su lugar. Si un segmento de esa pared muscular se afloja o debilita, puede asomar por ella una porción de algún órgano.

Los límites de la pared abdominal son:

- **Superior:** apófisis xifoides del esternón junto al borde inferior de las últimas costillas.

- **Inferior:** ligamentos de Poupart y la pelvis. La piel del abdomen es laxa y no esta adherida salvo a nivel de la línea alba y del ombligo. El desarrollo de este tejido en cada individuo se relaciona con sus hábitos alimenticios y con los antecedentes quirúrgicos. Hay que tener en cuenta que incisiones previas en la pared abdominal pueden ocasionar trastornos a nivel de la vascularización.

Para facilitar el estudio del abdomen, este se divide por dos líneas verticales y dos horizontales imaginarias, que determinan nueve regiones, que son las siguientes:

- Hipocondrio derecho
- Epigastrio
- Hipocondrio izquierdo
- Flanco derecho
- Región umbilical
- Flanco izquierdo región inguinal derecha
- Hipogastrio
- Región inguinal izquierda

Figura N° 1



²² Farreras. Principios de Medicina Interna. 6ta Ed. Volumen VI. Editorial Interamericana S.A. España 1999.

Estas divisiones nos permiten orientarnos sobre la anatomía interna de los órganos que contiene la cavidad abdominal:

- Epigástrico: Estómago, lobulo izquierdo del hígado.
- Hipocondrio Derecho: Hígado, vesícula biliar, ángulo colónico derecho.
- Hipocondrio Izquierdo: Bazo, ángulo colónico izquierdo.
- Región Umbilical: Páncreas, colon transverso.
- Flanco Derecho: Colon Ascendente
- Flanco Izquierdo: Colon Descendente
- Hipogástrico: Intestino delgado, recto, aparato genital femenino.
- Región Inguinal Derecha: Ciego, apéndice cecal.
- Región Inguinal Izquierda: Colon sigmoides.

A. Musculatura de la pared abdominal:

- Músculo recto mayor
- Músculo oblicuo mayor
- Músculo oblicuo menor
- Músculo transverso
- Fascia transversal³

B. Vascularización:

- **Arterias:** La vascularización arterial de la pared abdominal es aportada tanto por vasos cutáneos directos como por vasos musculocutáneos. Los ejes arteriales principales son:
 - Vertical (cefalocaudal): formado por las arterias: epigástrica superior, epigástrica inferior profunda y superficial, y circunfleja ilíaca profunda y superficial.
 - Horizontal: arterias intercostales (10 y 11), subcostales y lumbares.

³ <http://www.slideshare.net/miguelma24/msculos-de-la-pared-abdominal>

- **Venas:** Los vasos superficiales de la zona superior son la epigástrica superior, las intercostales y la axilar. La zona inferior drena por la epigástrica superior y las venas circunflejas superficiales de la íliaca hacia la vena cava inferior. Los vasos profundos acompañan a las arterias y terminan de una manera similar.
- **Drenaje linfático:** Los vasos linfáticos discurren siguiendo una distribución similar a la del aporte arterial. Los vasos linfáticos superficiales por encima del ombligo drenan hacia los ganglios axilares, mientras que los situados por debajo del ombligo lo hacen hacia los ganglios inguinales. Los vasos linfáticos profundos drenan por los vasos epigástricos profundos hacia los nódulos de la arteria íliaca externa.

C. Inervación:

Las ramas tanto sensitivas como motoras de la pared abdominal proceden de los últimos nervios intercostales, ramas subcostales, iliohipogástricas e ilioinguinales (plexo lumbar): T7 a L4.

Estas ramas tienen un trayecto circunferencial entre las superficies del m oblicuo interno y del m transverso del abdomen, terminando en la línea media.

Siempre que sea posible, es importante conservar la integridad de estos nervios tanto por su papel sensitivo como sobre todo por su función motora en relación a la musculatura abdominal.

En ciertas enfermedades viscerales la pared abdominal puede servir de referencia al reflejar áreas dolorosas. Esto se debe al ser áreas que reciben fibras sensitivas de segmentos espinales por las cuáles pasan fibras simpáticas aferentes.⁴

⁴ AGUR, A.M.R. Grant-Atlas de Anatomía, Ed. Médica Panamericana-Sans Tache-Williams et Wilkins, Buenos Aires, 9ª Edición, 2004.

D. Funciones de la pared abdominal

- Movilidad (flexión ventral, rotación y movimientos laterales): estar de pie, caminar, inclinarse, esfuerzos para levantar pesos,...
- Protección y contención del contenido abdominal.
- Respiración (junto a la cavidad torácica).
- Presión abdominal: micción, defecación, parto, tos, vómito,...

La integridad de la pared abdominal conlleva la realización de las actividades normales de manera automática. Cualquier lesión a este nivel interfiere en funciones básicas por lo que se requiere un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Las hernias abdominales se producen cuando una porción de un órgano interno (normalmente el intestino) forma una protuberancia (bulto) a través de un segmento debilitado de la pared muscular del abdomen.⁵

3.2. PATOLOGÍA ABDOMINAL QUE REQUIERE DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

3.2.1. Cirugía Gástrica

Se práctica en pacientes con úlcera péptica perforada y hemorragia, que pone en peligro la vida en los pacientes que presentan cuadro agudo de obstrucción intestinal. También se prescribe para pacientes con cáncer o traumatismo gástrico. Los procedimientos quirúrgicos incluyen: gastrectomía parcial (eliminación del estómago), o gastrectomía total con esófagoyeyunostomiaanastomótica termino terminal o terminolateral.⁶

3.2.2. Cirugía de Vesícula

La cirugía se realiza para quitar una vesícula que se infecta (colecistitis),

⁵ OORE, K.L. Anatomía con Orientación Clínica, Ed. Médica Panamericana-Sans Tache-Williams et Wilkins, Buenos Aires, 3ª Edición, 1993

⁶ROMERO, P.: Principios de Cirugía 4ta Ed. Interamericana. México. 1992. Pág. 82.

que está inflamada, o que está bloqueada (obstruida) por estar llena de cálculos biliares.

La cirugía de vesícula se realiza bajo anestesia general. Puede hacerse mediante una incisión abdominal o bien mediante varias incisiones pequeñas y la utilización de una herramienta de alcance especial.

Si la vesícula está muy inflamada, infectada o tiene cálculos biliares grandes, y parece ser complicada su extracción, el acceso abdominal es lo más recomendable. En este caso se realiza una pequeña incisión, en el lado derecho del abdomen, debajo del borde de las costillas. El hígado se mueve para exponer la vesícula. Las venas y los conductos biliares (arteria y conducto quístico) se deben de cortar y se extrae la vesícula. El colédoco (conducto común de bilis) que transporta la bilis al tubo digestivo desde el hígado se examina para comprobar la presencia de posibles bloqueos o presencia de piedras. Después de cerrar la vía de acceso se deja un tubo de drenaje durante unos días para que puedan salir los exudados (líquidos) de la inflamación o infección.

Si el proceso está poco avanzado y puede ser programada la intervención, ésta se puede realizar mediante laparoscopia. En este caso se utiliza un aparato, llamado laparoscopio, que se introduce en el abdomen cerca el ombligo.

Los instrumentos de laparoscopia se a través mediante de dos pequeños orificios perforados previamente. Se localiza la vesícula y los conductos biliares (arteria y conducto quístico); se cortan y se extrae la vesícula.

A. Indicaciones

La cirugía de vesícula está indicada para tratar las enfermedades de la vesícula tales como:

- Cálculos biliares (colelitiasis).
- Inflamación por infección (colecistitis).
- Dolor abdominal intensa debido a un cólico de vesícula.
- Bloqueo de los conductos biliares (obstrucción biliar).

B. Expectativas después de la Cirugía

El resultado de la colecistectomía es habitualmente bueno. Los síntomas desaparecen completamente en el 90% de los pacientes.

C. Convalecencia

Se puede obtener una recuperación total de la intervención quirúrgica de vesícula en unas 3 semanas. La cirugía mediante laparoscopia requiere una estancia más corta en el hospital. Normalmente el paciente está en casa a las 24 horas.

D. Riesgos

- Los riesgos de cualquier intervención bajo anestesia general:
 1. Reacciones a la medicación.
 2. Problemas respiratorios.
 3. Hemorragias.
 4. Infecciones.
- Riesgos adicionales:
 1. Daño al conducto biliar.⁷

3.2.3. Cirugía Intestinal

La resección o extirpación quirúrgica del intestino delgado se lleva a cabo bajo anestesia general, con el paciente inconsciente y sin dolor. El cirujano hace una incisión en el abdomen, extirpa las porciones afectadas del intestino delgado, une o cose los dos extremos sanos y finalmente cierra la incisión.

⁷BRUNNER Y SUDDARTH. Enfermería médico Quirúrgica. México 1999. Pág. 952

Para ayudar a que el intestino delgado sane, se puede llevar a cabo un procedimiento llamado ostomía, por medio del cual se crea una abertura (estoma) del intestino a través de la pared abdominal. Luego, se pasa el extremo sano del intestino cerca al estómago a través de la pared abdominal y se sutura en el lugar. Además, se coloca una bolsa de drenaje (dispositivo del estoma) alrededor de la abertura.

En la mayoría de los casos, el estoma en el intestino delgado es temporal y se puede cerrar posteriormente con otra operación; pero si se extirpa una gran porción del intestino, el estoma puede ser permanente.

El intestino delgado normalmente absorbe líquidos provenientes de los alimentos. Con una ostomía, las heces recogidas en la bolsa de drenaje serán líquidas. Dicho drenaje frecuente y constante de heces líquidas puede hacer que la piel alrededor de la ostomía se torne roja e inflamada. Esta irritación se puede reducir con un cuidado minucioso de la piel y el buen ajuste de la bolsa de drenaje.

Indicaciones:

La resección del intestino delgado se puede recomendar para lo siguiente:

- Una obstrucción intestinal debido a tejido cicatricial o deformidades
- Sangrado, infección o úlceras debido a la inflamación del intestino delgado (ileítis regional, enteritis regional, enfermedad de Crohn)
- Lesiones
- Cáncer
- Pólipos precancerosos
- Tumores benignos⁸

⁸ ROMERO, P..Op. Cit. Pág. 145

3.3. DOLOR

3.3.1. Definición

Se define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, acompañada de incomodidad, angustia y a veces agonía, producida por un daño tisular actual o potencial; por lo tanto, el dolor no solamente es una experiencia sensorial, sino también una experiencia subjetiva emocional que a veces está desligada de lesión orgánica aparente. El dolor es considerado como una señal de alarma que alerta al organismo de la presencia de una lesión.

Hay dos elementos en la experiencia dolorosa que son necesarios para que esto ocurra:

- a. Una percepción sensorial asociada con la lesión tisular potencial o real.
- b. Un sentimiento emocional displacentero que acompaña a la anterior.

Se han distinguido tres dimensiones en la experiencia dolorosa:

- a. **Sensorio discriminativa:** referida a los aspectos de localización, características espacio temporales, cualidad e intensidad de la sensación.
- b. **Cognitiva evaluativo:** que comprende la percepción y la apreciación del significado de lo que está ocurriendo.
- c. **Afectiva emocional:** referida a los sentimientos evocados por dicho conocimiento en relación con el deseo de evitar el daño.

Estas tres dimensiones actúan juntas, existe una interdependencia entre ellas, así que la percepción del dolor genera alarma y activación del sistema nervioso autónomo, así como también reacciones motoras.

La percepción del dolor constituye un sistema de aviso para prevenir o al menos reducir la lesión tisular y adoptar conductas de evitación y rechazo. En

el caso del dolor visceral o dolores crónicos, la significación del dolor como sistema de alarma es menos clara.

3.3.2. Psicopatología del Dolor

El dolor se origina por un estímulo periférico (traumatismo, inflamación o isquemia), que es trasladado por un nervio periférico a través de fibras especializadas hasta la médula espinal, y luego asciende a través de vías medulares hasta el tronco y corteza cerebral en la que se hará conciente.⁹

A. Nociceptores periféricos

Con los axones que inervan los tejidos, que se encuentran en los ganglios trigeminales y raquídeos, los cuales transmiten los estímulos dolorosos. Estas neuronas, que son los nociceptores propiamente dichos, tienen sus axones bifurcados, una parte llega a los tejidos (piel y casi todos los órganos internos), invirtiéndolos, y la otra llega a la médula espinal. Cada uno de estos ganglios tiene neuronas que inervan la piel, mucosas, músculos, tendones y articulaciones, que en conjunto son el 90% de las neuronas noceptivas. Solamente el 10% de neuronas inerva las vísceras toraco-abdominales. Las neuronas que inervan la piel están en ganglios específicos dorsales, y la piel que inervan se denomina dermatoma. Hay organización segmentaria de los dermatomas, pero puede haber solapamiento en los dermatomas contiguos.

La fibras sensoras de las neuronas localizadas en los ganglios son de dos tipos: fibras A que son mielinizadas y las fibras C que son no mielinizadas y de diámetro más pequeño. Las fibras A a su vez son de dos tipos las A-beta que conducen estímulos no nociceptivos, pero no dolor, y las fibras A-delta que si conducen estímulos dolorosos. Las fibras C, todas ellas también conducen estímulos dolorosos; por tanto a las neuronas que poseen estas fibras A-delta y C se las llama nociceptores propiamente dichos.

⁹Gomar Sancho C, de Andrés Ibañez J. Dolor: bases fisiopatológicas y tratamiento del paciente con dolor Medicina Interna. Barcelona: Masson; 2007. p. 91-101.

Los estímulos que producen dolor son de naturaleza química o física, tales como calor, ácido (protones), estímulos mecánicos, varias sustancias como ATP, prostaglandinas, endotelinas, bradiquinina, factor de crecimiento nerviosos y otros, que producirán dolos como veremos posteriormente.

En los axones periféricos de las neuronas nociceptoras que inervan tejidos, se encuentran una serie de receptores para los estímulos arriba indicados que producen dolor.

Los receptores vainilloides (VRI) detectan calor y también parecen detectar ácido, protones extracelulares y metabolitos de lípidos. Para detectar estímulos mecánicos, los nociceptores tienen canales, los cuales se abren en respuesta a excesiva compresión (receptor DRASIC), y también tienen los llamados receptores purinérgicos (P_2X_a), los cuales son activos por ATP, el cual es liberado por las células por la excesiva estimulación mecánica. La inflamación produce una serie de mediadores químicos liberados por las células dañadas y por las células inflamatorias (macrófagos) que acuden al lugar de la lesión.

Todos ellos tienen receptores específicos en el axón nociceptor, entre estas sustancias tenemos las endotelinas que son detectadas por el receptor ET_{AR} , prostaglandinas principalmente la E_2 por el receptor específico EP, la bradisinina el receptor, y el factor de crecimiento nerviosos (NGF) que es detectado por un receptor tirosina quinasa (TrK A).

En el caso de lesiones cancerosas, además de las sustancias indicadas, se liberan también otras como el factor de crecimiento epidérmico, el factor de necrosis tumoral-alfa, la interleucina 1, la interleucina 6, el factor transformante de crecimiento-beta y el factor derivado de plaquetas; todos los cuales son detectados por receptores específicos y que puede causar dolor. Las sustancias más importantes que producen dolor en el cáncer son las endotelinas 1, 2 y 3, que son péptidos vasoactivos detectados por los

receptores ETAR; se ha encontrado una estrecha correlación entre los niveles de endotelinas en plasma y severidad del dolor en el cáncer de próstata.

Los tumores también pueden producir ácidos; los acidosis local producida por la acumulación de metabolitos ácidos es característica de la injuria celular y son detectados por los receptores VRL y ASIC 3, y se piensa que también este mecanismo es muy importante por el cual se produce dolor en el cáncer.

La activación de los receptores mencionados en los axones nociceptores, estimula los canales de sodio briéndolos, lo que incrementa la excitabilidad y la transmisión del impulso nervioso, el cual, como ya hemos dicho, va a la neurona ganglionar y luego el impulso se transmite a la medula espinal.

La neurona nociceptora puede liberar varias sustancias en el lugar del tejido lesionado, tales como endotelinas, histamina, prostaglandinas, glutamato, sustancia P y el péptido gene relacionado a la calcitonina (CGRP), los cuales produce extravasación plasmática, reclutamiento y activación de células inmunes y vasodilatación.

Las neuronas nociceptoras son altamente platicas, lo que significa que se adaptan a la injuria periferica sostenida, cambian el umbral de su nivel de activación, se hacen mas sensibles a los estímulos mencionados; estímulos que son moderadamente nociceptivos son percibidos como altamente nociceptivos, lo cual da hiperalgesia y alodinia (estímulos no nociceptivos son percibidos como nociceptivos).¹⁰

B. Vías medulares del dolor

Las neuronas nociceptoras cuyo cuerpo está en los ganglios raquídeos laterales dorsales, envían un axón hacia la medula espinal. Estos axones se

¹⁰ Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J. Harrison: Principios de medicina interna. 16ª edición. México: Mc Graw Hill; 2006.p. 83-89.

van agregando y forman fibras que penetran la medula por la raíz posterior o dorsal, allí hacen contacto con neuronas localizadas en el asta posteriormente y a este nivel tiene lugar un amplio procesamiento de información sensorial y su modulación por estructuras nerviosas de niveles más altos.

Según el esquema que clasifica las neuronas de la medula espinal en laminas, se considera que hay 10 laminas en la medula clasificadas del I al X. Las neuronas ubicadas en las láminas I y V son las que principalmente reciben los estímulos nociceptivos de los ganglios dorsales. Las neuronas localizadas en la lámina I y que reciben principalmente estímulos nociceptivos de las fibras A-delta y C, se les llama de clase 3. Las localizadas en la lámina V, reciben estímulos variados no solamente nociceptivos y se les llama de clase 2. Algunas neuronas que reciben estímulos nociceptivos en forma están localizadas en las laminas IV, VII, VIII, IX y X.

Los axones liberan varias sustancias neurotransmisoras como la sustancia P, CGRP, somatostatina, VIP y otras. Las sustancias que se encuentran entre el axón nociceptor y las neuronas medulares son unas neurotransmisores y otras neuromoduladoras, que estimulan receptores específicos. Estos neurotransmisores o neuromoduladores pueden ser péptidos opiáceos endógenos como las encefalinas, betaendorfinas y las dinorfinas que actúan por inhibir la excitación de la neurona. Algunas se liberan en varias sinapsis, pero otras son específicas de determinadas regiones del cerebro como la betaendorfina que está confinada específicamente en neuronas del hipotálamo. Todas ellas se unen a receptores llamados receptores opiodes como los receptores mu, delta, kappa, gama, epsilon y teta. Allí también actúan la morfina y otros opiáceos sintéticos. Hay también péptidos no opiodes endógenos como la calcitonina, el CGRP, péptidos no opiodes endógenos como la calcitonina, el CGRP, colcistoquinina, neurotensina y somatostatina, cuya acción no se conoce bien.

También hay sustancias monoaminérgicas como la serotonina y la noradrenalina que tienen acción inhibitoria. El llamado sistema del GABA, también es inhibitorio. Las principales sustancias estimuladoras de las sinapsis son aminoácidos como el glutamato y el aspartato, y la sustancia P. El receptor NMDA se une al glutamato y al aspartato y este receptor tiene al óxido nítrico (NO) como segundo mensajero. El ácido glutámico tiene otros receptores como el Ampa y el algesia mecánica. Estos dos receptores activan a la fosfolipasa C, la cual produce inositol 1,4,5 trisfosfato (IP₃) y diacilglicerol, los cuales se comportan como segundos mensajeros. Pueden también activar a la fosfolipasa A₂ produciendo mayores cantidades de ácido araquidónico.

El ATP puede también funcionar como estimulador en la sinapsis entre el axón y las neuronas.

Cada axón conecta con varias neuronas medulares y cada neurona recibe entonces la transmisión de varios axones, tanto los que transmiten impulsos de la piel como los viscerales. Esto permite comprender el llamado dolor referido, que se produce cuando la estimulación de las neuronas medulares se atribuye a un impulso externo, mientras que provienen en realidad de una terminación visceral. Un ejemplo de esto lo tenemos en la inflamación de la vesícula biliar que da lugar a un dolor localizado en la cara superior del hombro derecho. Estas neuronas se llaman viscerosomáticas y sus conexiones en el cerebro puedan dar lugar a la activación del sistema motor y autónomo disparando sensaciones de dolor difuso referido a áreas somáticas, reflejos víscerovicerales que alteran el control vegetativo de las vísceras y reflejos viscerosomáticos que dan lugar a espasmos musculares prolongados.

Los axones de las neuronas localizadas en el asta posterior de la médula espina cruzan el lado contrario, pasando al cordón ántero lateral de la

médula. Este cordón ántero lateral tiene varios haces de fibras llamados haz neo espinotalámico, haz paleo espino talámico y el haz espino tectal. Las fibras que transmiten dolor son principales las de los haces paleo espinotalámico y el espino tectal, llamadas más simplemente como tracto espinotalámico, sus fibras parten de las llamadas lámina I y V de la médula. Sin embargo, el dolor también puede ser transmitido por tractos no espinotalámicos (como el tracto espinoreticular y el espino mesencefálico), y se admite entonces que hay varias vías paralelas de transmisión del dolor hacia el cerebro, lo que puede ser importante para explicar el intenso dolor que se puede percibir con ciertas lesiones como por ejemplo en el cáncer.

El camino ascendente de las vías del dolor hacia el cerebro es interrumpido por varios relevos sinápticos y constituye lo que se denomina el sistema anterolateral o extralemniscal.

La transmisión de la información nociceptiva de la médula espinal a centros supraespinales se encuentra bajo mecanismos de control, tanto que provienen del cerebro (que veremos luego), como los localizados en la misma médula, a nivel presináptico como postsináptico. El control presináptico es inhibitorio, desencadena la liberación de moléculas inhibitorias o la disminución de neurotransmisores, y ocasiona disminución en la transmisión de impulsos. Los mecanismos postsinápticos, también inhibitorios, son desencadenados por los mecanorreceptores cutáneos, lo que explica que la estimulación de nervios periféricos (empleada en la TENS, estimulación transcutánea nerviosa), produzca inhibición y atenuación de dolor. Al parecer, las neuronas de la lámina II, presumiblemente median estos controles medulares inhibitorios.

C. Vías Centrales del Dolor

El tracto espinotalámico asciende directamente hasta el tálamo, específicamente al núcleo ventropósterolateral, otra parte llega al complejo

intralaminar del tálamo (núcleo lateral central), luego pasan a la zona someto sensorial de la corteza cerebral. Puede emitir varias vías colaterales a diversos núcleos situados en el bulbo y el mesencéfalo.

El tracto espino reticular llega al complejo intraluminar del tálamo y pasa luego a la zona prefrontal de la corteza cerebral, puede hacer conexión con diversos núcleos del bulbo y la protuberancia y el rafe medio. Estas conexiones permiten explicar los fenómenos afectivos (emocionales) del dolor.

El tracto espino mesencefálico va al núcleo lateral ventral posterior del tálamo y al mesencéfalo. Las fibras del mesencéfalo terminan en el tubérculo cuadrigémico superior, sustancia gris periacueductal, el núcleo cuneiforme y el núcleo intercolicular. Todos ellos participan en el componente motivacional afectivo del dolor.

Hay otras vías secundarias del dolor como el tracto espinocervical y la vía de la columna dorsal que finalmente van al tálamo.

Hay también otra modulación del dolor que va de los centros cerebrales a la médula. Algunos son inhibitorios, inhiben el dolor y otros excitatorios, aumentan el dolor. Esto se hace patente con hechos ya conocidos como que la aplicación de un estímulo doloroso, aun más intenso que otro, puede abolir el dolor, y que niveles elevados de excitación psicógena, por ejemplo en caso de lucha o combate, modifican la percepción del dolor de tal manera que se pueden producir lesiones traumáticas y no percibir en su momento el dolor.

También hay una inhibición supraespal del dolor que muy probablemente parte de la sustancia gris periacueductal, establece un relevo en los núcleos del rafe y termina en el asta posterior de la médula espinal, inhibiendo las neuronas nociceptivas medulares. Hay además una llamada inhibición tónica que parte de zonas del cerebro aun no precisadas y que afectan a las

neuronas nociceptivas de la médula espinal. La modulación excitatoria de las neuronas nociceptivas se manifiesta cuando ésta se excita al estimular eléctricamente a ciertas áreas supraespinales y también se ha descrito una excitación tónica descendente. En general, el control descendente de las sensaciones dolorosas incluye elementos de inhibición y excitación, cuyo balance final determina la magnitud y duración de las sensaciones dolorosas evocadas por un estímulo nocivo.

Las lesiones del mismo sistema nervioso pueden ocasionar dolor, generalmente crónico, genera sensaciones anormales, parestesias y disestesias y difícil de responder al tratamiento, es el llamado dolor neuropático. Este dolor puede ser a consecuencia de neuropatías periféricas (afecciones de los nervios) o el llamado dolor central (lesiones de la médula espinal, bulbo raquídeo, tálamo y corteza cerebral). Pero hay que también mixtos como el caso de la neuralgia.¹¹

3.3.3. Tipos de dolor

Evidentemente es posible clasificar los tipos de dolor desde diferentes puntos de vista.

A. El dolor crónico.

El dolor agudo es el dolor noceptivo que aparece por lesión de un tejido u órgano, producido por estimulación química, mecánica o térmica. Es de corta duración, se acompaña de ansiedad, pero raramente se acompaña de síntomas psicológicos graves. Termina cuando se cura la lesión.

El dolor crónico puede desencadenarse por una lesión, pero se perpetúa por razones diferentes a la causa. Puede deberse a la extensión del traumatismo o a la afectación del propio sistema nervioso. El estrés y factores ambientales pueden perpetuarlo. Se asocia con síntomas

¹¹ Beers M, Porter R, Kaplan J, Berkwitz M. El Manual Merck. 11ª edición. Madrid: Elsevier; 2007. p. 1946-1955.

psicológicos como depresión, ansiedad e insomnio. Su tratamiento generalmente es difícil.

B. Dolor en nociceptivo y dolor neuropático.

El dolor nociceptivo, en general es de tipo agudo, producto de una lesión somática y visceral. El somático es bien localizado y frecuentemente no se acompaña de reacciones vegetativas. El dolor visceral afecta a órganos internos, es mal localizado y puede acompañarse de dolor reflejo distante de la víscera, se asocia a reacciones vegetativas.

El dolor neuropático, en general es crónico y como dijimos, es producido por una lesión o disfunción del sistema nervioso central o periférico. Algunos ejemplos son la neuropatía postherpética, neuralgia del trigémino, neuropatías periféricas, dolor central secundario a un ictus cerebral o el dolor del miembro fantasma. Sus síntomas frecuentes son las parestesias, la alodinia y la hiperalgesia. Usualmente responde a analgésicos adyuvantes como los compuestos tricíclicos (amitriptilina), en vez de los opiáceos o los NSAID. Esto es porque los neurotransmisores inhibitorios, serotonina y norepinefrina son liberados en el área gris periacueductal y en la parte rostroventral de la médula espinal y modulan la transmisión del dolor. Los compuestos tricíclicos aumentan la liberación de serotonina y norepinefrina, inhibiendo el dolor.

Las manifestaciones neuropáticas también pueden ser prevenidas por bloquear la activación de la proteína quinasa C, lo cual se produce a su vez por la activación de los receptores NMDA (no-metil D aspartato) por los neurotransmisores excitatorios aspartato y glutamato. La ketamina y el dextrometorfano son antagonistas de los receptores NMDA y pueden aliviar el dolor neuropático también.

C. Atendiendo a las características del dolor se lo puede clasificar en:

- **Dolor cutáneo:** Debido a que la piel tiene muchas terminaciones nerviosas, el dolor cutáneo es bien localizado. Si la piel está afectada se lo describe como cortante o quemante, y si se afectan los vasos sanguíneos se lo describe como dolor pulsátil. Las lesiones que afectan a las terminaciones nerviosas de la piel producen un dolor tipo comezón, hormigueante, punzante o en forma de escozor.
- **Dolor Somático profundo:** Los procesos articulares son bien localizados y producen un dolor agudo opresivo, tirante o pulsante. Si el dolor de las articulaciones se hace crónico, se experimenta un dolor tipo sordo y lancinante cuando la articulación es movida. Da lugar a la contracción de los músculos que rodean a la articulación e hiperalgesia de la región cutánea correspondiente. El dolor óseo no bien localizado, se lo describe como dolor profundo o pulsante si hay inflamación. El dolor muscular se lo describe como dolor mate y no bien localizado.
- **Dolor Visceral:** El dolor de la pleura, pericardio y peritoneo producen una sensación tipo puñalada, lancinante, cortante u opresivo. A nivel intestinal se percibe un dolor tipo mordiente ante una perforación o de carácter intermitente (retortijón), conocido como dolor tipo cólico ante una distensión u obstrucción. El dolor tipo cólico se presenta también en la vesícula biliar, conductos biliares y uréter. La vejiga urinaria si está obstruida produce dilatación con sensación de dolor opresivo muy fuerte.

3.3.4. Medida de la Intensidad del Dolor

Es importante clasificar el dolor en leve, moderado o intenso; que permitirá orientar el tratamiento de acuerdo con la escalera de tratamiento del dolor recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para medir la intensidad del dolor se usan las escalas de medidas de dolor y cuestionario como el Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ) y otros (como el Psychosocial Pain Inventory, el West Have-Yale Multidimensional Pain Inventory, etc.)

En niños pequeños se pueden aplicar las escalas de medición del dolor, por lo que a continuación la veremos.

A. Medición de la Intensidad del Dolor en Niños

La medida de la intensidad del dolor en niños es difícil, como ya hemos dicho. Varios factores complican una medida adecuada del dolor, además de lo indicado; es decir, la dificultad de expresión natural de los niños, factores como miedo, ansiedad, estados físicos tales como fiebre, náuseas, diseñan y mensajes individuales del estado sensorial, influyen la percepción del dolor. La intensidad del dolor también puede ser afectada por la experiencia pasada, estrategias de copia, cultura, circunstancias particulares y creencias personales.

Se ha indicado que niños de aun 3 años de edad son capaces de describir seguramente su dolor. Se han desarrollado varios tipos de escalas para medir la intensidad del dolor, algunas de ellas se aplican tanto en niños y adultos, y otras solamente en niños y de cada una de ellas, los investigadores han hecho variedades según lo que para ellos es más adecuada; de manera que hay varios tipos de escalas en uso, pero las más utilizadas son las que indicamos a continuación.

a) Escala de Facies

Señalaremos primero la escala de Facies de Oucher. Fue desarrollada por Villarruel y Denles quienes modificaron la escala originalmente propuesta por Beyes. Como se indica consiste en varias facies de niños en diferentes actitudes de dolor o no, en un lado y en el otro.

Se muestra también una escala que va de 0 a 100. Se muestra una hoja impresa con estos caracteres y el niño señala cuál es la intensidad del dolor que está sufriendo en ese momento. Casi no se necesitan explicaciones adicionales.

Otra escala de fascies es la de Wong-Waker. Consiste de seis círculos mostrando expresiones desde no dolor hasta el peor dolor, y debajo de cada fascie se muestran número de 0 a 5. Igualmente, se muestran al niño dichas fascies y a él se le indica que él señale su intensidad de dolor.

Según sus autores, esta escala se puede usar en niños desde 3 años de edad en adelante.

b) Escala Visual análoga

La escala visual análoga (VAS), otro tipo de escala para medir el dolor en niños, es una línea recta horizontal de 100 mm de largo con dos pequeñas líneas verticales en cada extremo. En uno de los extremos, en el de la izquierda, tiene escrito: no dolor o sin dolor, y en otro extremo, el de la derecha, tiene escrito: dolor tan fuerte como sea posible. Se muestra la escala al niño y, previa explicación de la escala, se le pide que con un lápiz o el dedo señale dónde ubicaría su dolor según su intensidad. También se pueden hacer mediciones cuantitativas, midiendo la longitud del punto en mm o cm. señalada por el niño.

Una variante de la VAS, que es la que usaremos, es aquella en la que en la escala se han incluido números del 1 al 5 a intervalos equidistantes y además, palabras que describen el dolor, como, aparte de los indicados en los extremos, poco dolor, dolor mediano, dolor grande y dolor muy grande. Es un tipo de VAS llamadas VAS tipo escala gráfica de palabras, ideada por Tésler y col.

Desde que en niños, la percepción del dolor puede estar influida por varios factores como situacionales (expectación, control y relevancia), conductuales (estilo de vida, malestar y respuesta de los padres) y factores emocionales (miedo, angustia, ansiedad y frustración), se han ideado cuestionarios que tratan de hacer una valoración más completa del dolor. Entre estos tenemos el cuestionario de Varna-Thomson para dolor pediátrico (PPQ) y el cuestionario comprensivo del dolor en niños (CCPQ).

Dichos cuestionarios incluyen una escala de medición del dolor como las VAS y preguntas para describir el dolor que proporcionen información sobre sensibilidad, afectividad, aspectos cualitativos y situacionales del dolor.¹²

3.3.5. Etiología del Dolor Abdominal

Dolor originado en el Abdomen:

- a) Por enfermedad de vísceras huecas, tales como obstrucción intestinal, colitis ulcerativa, diverticulitis, etc.
- b) Inflamación Peritoneal.- Por úlcera péptica perforada, apendicitis, colecistitis aguda complicada, ruptura de un embarazo ectópico, pancreatitis complicada, divertículo perforado, perforación de víscera hueca en general o peritonitis primaria.
- c) Enfermedad Vascular.- Por isquemia mesentérica o por oclusión de la arteria mesentérica o aorta abdominal.
- d) Tensión de las Estructuras de Sostén.- Siendo la causa principal las bridas y adherencias, la torsión de omento; torsión de quiste de ovario pediculado.

¹² Dolor agudo. Panorama Actual Med 2004; 28 (278): 1016-1022.

Dolor originado fuera del Abdomen:

- a) Dolor referido.- Es aquél que sigue el trayecto de los nervios.
- b) Dolor de origen metabólico.- Causado por uremia, acidosis, por fármacos, toxinas, etc.
- c) Dolor neurógeno.- Es aquel dolor producido por compromiso medular y radicular.
- d) Dolor psicógeno.- Es aquél en el cual el paciente somatiza el dolor.

Características del Dolor

Cólico (calambre). Dolor producido en víscera hueca por contracción intensa de la víscera.

Ardor. Llamado también dolor urente, se produce por irritación de mucosa, de esófago, estómago o duodeno.

Gravativo. Dolor tipo presión, pesadez por distensión progresiva del órgano, generalmente órganos sólidos aunque también lo presentan los órganos huecos.

Penetrante. Dolor tipo hincada, se presenta en víscera hueca, por compromiso de serosa, por penetración desde mucosa a serosa.

Ubicación del Dolor Abdominal

Localización	Órgano	Irrigación
Epigastrio	Estómago Duodeno Vías Biliares Páncreas Bazo	Tronco Celiaco
Mesogastrio	Yeyuno Ileón Apéndice Colon derecho	Arteria Mesentérica Superior
Hipogastrio	Colon Izquierdo	Arteria Mesentérica Inferior

Si el dolor abdominal se ubica a nivel del epigastrio comprometerá a los órganos irrigados por la arteria tronco celiaco como: estómago, duodeno, vías biliares, páncreas y bazo.

Dolor abdominal ubicado en mesogastrio es por compromiso de vísceras irrigadas por la arteria mesentérica superior: yeyuno, ileón, apéndice cecal y colon derecho.

Dolor abdominal localizado en hipogastrio es producido por vísceras irrigadas por la arteria mesentérica inferior: colon izquierdo.

3.3.6. Tratamiento del Dolor

Para el tratamiento del dolor se dispone de varios medicamentos (drogas analgésicas) que calman el dolor, medicamentos adyuvantes que aumentan la eficacia de los analgésicos, y el tratamiento de apoyo por influencia que consiste en la aplicación de distractores psicológicos que ayudan a calmar el dolor.

En el caso de que a pesar de las medidas anteriores el dolor no cede, o ciertos casos especiales, se aplica otras técnicas para el tratamiento del dolor como la estimulación nerviosa eléctrica cutánea (TENS), o el bloqueo nervioso con anestésicos locales.

Para el tratamiento farmacológico del dolor se aconseja seguir las pautas para el control del dolor, dadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, WHO) que son las siguientes:

Etapas

Etapas 1. Si el dolor es suave se usa medicamentos tales como el acetaminofen, aspirina (usada con precaución en niños a causa de su asociación con el síndrome de Reye), paracetamol u otros antiinflamatorios o esteroides (NSAID).

Medicamentos adyuvantes que realzan la terapia analgésica pueden ser usados adicionalmente en esta o cualquiera de las etapas.

Etapas 2. Si el dolor persiste o aumenta, considerándose como dolor moderado, se agrega un medicamento opiode suave como la codeína, oxycodona o la hidrocodona; es decir, hay que usar los NSAID y dichos opiodes a la vez, porque se sabe que estos NSAID aumentan la potencia analgésica de dichos opiodes.

Etapas 3. Cuando el dolor es intenso, hay que usar tratamiento con opiáceos tales como morfina, hidromorfona, metadona, fentanilo o levorfanol. A veces se añade también otros NSAI, simultáneamente.

Para el tratamiento del dolor neuropático, los antidepresivos tricíclicos, tales como la amitriptilina, han dado buenos resultados, y también algunos anticonvulsivantes como la carbamazepina y otros se ha recomendado usar.

En niños que van a sufrir alguna intervención dolorosa, como recibir inyecciones intramusculares o intravenosas, extraer un objeto extraño, etc., se puede usar intervenciones distractivas tales como apretar la mano de la enfermera, cantar, acercarse a sus mascotas, técnicas de relajación, presencia de los padres y otras.

En adultos es frecuente también usar otros tratamientos adicionales para el dolor, dependiendo también de la causa que lo produce. Así, se usa las aplicaciones de calor o frío en el área dolorosa, duchas tibias, masajes, terapias antiestrés, relajación mental, etc.

3.3.7. Índice de Manejo del Dolor (PMI)

Es una medida de la adecuación de la terapia analgésica. Compara la potencia de los analgésicos prescritos y el informe de la más alta intensidad

del dolor. Como ideado por Breitbart y col., para su medida se tiene en cuenta lo siguiente:

a) Potencia de analgésicos (de acuerdo con la clasificación de WHO):

Puntaje 3: Morfina o hidromorfona.

Puntaje 2: Opiodes débiles, ej. Codeína.

Puntaje 1: No opiodes como los NSAIDS o adyuvantes como antidepresivos tricíclicos.

Puntaje 0: No reciben analgésicos.

b) Intensidad del dolor (medida por ejemplo por la escala visual análoga):

Puntaje 3 (severa intensidad): puntaje de intensidad de 8-10.

Puntaje 2 (moderada intensidad): Puntaje de intensidad de 4-7.

Puntaje 1 (suave intensidad): puntaje de intensidad de 1-3.

Puntaje 0: No hay dolor.

El PMI se calcula de la manera siguiente:

$PMI = \text{Puntaje de potencia de analgésicos} - \text{Puntaje de intensidad del dolor}$

La interpretación se hace de la siguiente manera:

Rango: -3 (Indica severo dolor y nada de analgesia. Si se administró analgésicos, no han sido adecuados).

-2 y -1 (Indica también que la analgesia no es adecuada y que habrá que aumentar la dosis o usar un analgésico más potente).

0 ó más (Indica adecuada analgesia).

+ 3 (Indica fuerte prescripción de opiodes pero sin dolor; es decir, demasiada dosis o uso de opiodes exagerado).¹³

¹³ **Dolor agudo.** Panorama Actual Med 2004; 28 (278): 1016-1022.

3.4. PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Antes de examinar lo que la enfermera puede hacer para aliviar el dolor del paciente, debe revisarse el papel que desempeña en el tratamiento del dolor. La enfermera ayuda al alivio del dolor a través de diversas medidas que incluyen administración de fármacos y técnicas no farmacológicas; valora la efectividad de dichas medidas, vigila sus posibles efectos adversos y brinda apoyo al paciente cuando resulten ineficaces. Además, instruye al enfermo y sus familiares sobre la manera de aplicar las medidas prescritas cuando sea apropiado.

3.4.1. Identificación de objetivos en el tratamiento del dolor

La información que obtiene la enfermera al valorar al paciente se utiliza para identificar los objetivos en el tratamiento del dolor, los cuales se identifican y se comparten o validan con el paciente. En algunos enfermos, el objetivo puede ser la eliminación total del dolor; en otros esto puede ser una expectativa irreal. Los objetivos incluyen disminución de la intensidad, duración o frecuencia del dolor, y disminución de sus efectos negativos en el paciente. Por ejemplo, un efecto negativo puede ser la reducción del apetito o la interferencia con el sueño, lo que dificulta la recuperación de una enfermedad grave. En tales casos, el objetivo sería dormir profundamente y obtener una nutrición adecuada. El dolor crónico puede disminuir la calidad de vida del paciente cuando interfiere con el trabajo o las relaciones interpersonales; por consiguiente, la meta sería reducir el tiempo perdido en el trabajo o aumentar la calidad de dichas relaciones.

Para determinar los objetivos se consideran varios factores. El primero es la intensidad del dolor según el criterio del paciente. El segundo son los efectos dañinos del dolor que se anticipan. El paciente de alto riesgo corre un peligro mucho mayor por los efectos nocivos del dolor en un paciente joven y saludable. El tercer factor es la duración esperada del dolor. En enfermedades como el cáncer, el dolor puede prolongarse incluso el resto de la vida del paciente. En estos casos se requieren medidas durante cierto

tiempo que no deben disminuir la calidad de vida. Si es probable que el paciente tenga dolor por sólo pocos días o semanas, se requiere un conjunto de medidas diferente.

Los objetivos para el paciente pueden alcanzarse por medios farmacológicos o no farmacológicos, pero se tiene mayor éxito cuando se combinan ambos. En las etapas agudas de la enfermedad, el paciente puede ser incapaz de participar activamente en las medidas de alivio, pero cuando tiene suficiente energía física y mental, puede aprender técnicas de automanejo para mitigar el dolor. Por tanto, conforme el paciente progresa a través de las etapas de recuperación, la meta puede ser incrementar el uso de dichas técnicas para aliviar el dolor.¹⁴

3.4.2. Establecimiento de la relación enfermera-paciente e instrucción del paciente

La relación positiva entre enfermera y paciente, así como el aprendizaje exitoso, son cruciales para la administración de analgésicos en la persona con dolor, ya que la comunicación abierta y la colaboración del enfermo son esenciales para el éxito. Es fundamental que la relación positiva entre enfermera y paciente se realice en un ambiente de confianza. Cuando el individuo siente que la enfermera cree en su dolor, suele reducirse su ansiedad. Es frecuente que el enfermo se tranquilice si se le dice: "sé que siente dolor". A veces, el individuo que teme que nadie le crea, rompe en llanto de gratitud y alivio cuando se entera de que puede confiar en la enfermera.

La instrucción es de igual importancia, ya que el paciente o sus familiares pueden responsabilizarse del manejo del dolor en su domicilio, así como evitar y en su caso tratar los efectos colaterales. Instruir al paciente acerca del dolor y las estrategias para aliviarlo, puede disminuir el dolor cuando no se aplican otras medidas de alivio, así como incrementar la efectividad de las medidas utilizadas.

¹⁴ Brunner & Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgico. Interamericana. España: 2004. p. 204

La enfermera también proporciona información sobre la forma en que puede controlarse el dolor. Por ejemplo, enseña al paciente que el dolor debe informarse en sus etapas tempranas. Cuando la persona espera demasiado tiempo para informar el dolor, es posible que ocurra sensibilización y el dolor alcance tal intensidad que sea difícil aliviarlo. El fenómeno de sensibilización es importante para un manejo efectivo del dolor. Como puede observarse una respuesta aumentada después de la exposición a un estímulo nocivo, la respuesta a dicho estímulo será mayor y la persona sentirá más dolor. Cuando los proveedores de atención a la salud valoran y tratan el dolor antes de que sea demasiado grave, la sensibilización disminuye o se evita, con lo que se requiere menos medicamento.

3.4.3. Prestación de cuidados físicos

El paciente que sufre dolor en ocasiones se encuentra incapacitado para participar en actividades usuales de la vida diaria o encargarse de su cuidado personal. La persona por lo general se siente más cómoda cuando se satisfacen sus necesidades físicas y de cuidado personal y se hace lo posible por mantenerla en una posición cómoda. La bata de dormir limpia, el cambio de ropa de cama y detalles que ayudan a reanimar al paciente (como lavar los dientes y peinar su cabello) suelen aumentar el nivel de comodidad y mejorar la eficacia de las medidas para aliviar el dolor.

Prestar cuidados físicos al paciente también da oportunidad a la enfermera (en ambientes de cuidados agudos, prolongados y en el hogar) de realizar una valoración completa e identificar problemas que puedan contribuir a las molestias y dolor de la persona. El contacto físico apropiado y delicado durante los cuidados puede ser tranquilizante y consolador. Si se utilizan parches de fentanilo (un analgésico narcótico u opioide), es necesario valorar la integridad cutánea alrededor y bajo el parche durante la atención física.

3.4.4. Tratamiento de la ansiedad relacionada con el dolor

La ansiedad puede afectar la respuesta del paciente al dolor, ya que la persona que anticipa el dolor puede tornarse cada vez más ansiosa. Tal sensación se reduce al instruir al individuo sobre la naturaleza de la experiencia dolorosa inminente y las formas disponibles para disminuirla; cuando se experimenta dolor, por lo general se recurre a estrategias previamente aprendidas para reducirlo, lo mismo que la ansiedad. La enseñanza de medidas para mitigar el dolor puede aminorar la amenaza que representa y ofrecer a la persona una sensación de control.

Las explicaciones de la enfermera sobre las medidas disponibles para aliviar el dolor y su eficacia también influyen en la ansiedad, la cual puede disminuir si se establece el grado de alivio que puede esperarse de cada técnica. Por ejemplo, un paciente al que se informa de antemano que una intervención no eliminará el dolor por completo, tiene menos probabilidad de sentir ansiedad aun cuando persista cierta intensidad de dolor. La ansiedad que se origina al anticipar el dolor, o la experiencia dolorosa misma, puede tratarse eficazmente cuando se entabla una relación con el enfermo y ésta se respalda con instrucción.

El paciente que siente ansiedad por el dolor quizá sea menos tolerante a éste, lo cual puede aumentar aún más el nivel de ansiedad. Es necesario interrumpir este proceso para evitar la escalada de dolor y ansiedad. Es más sencillo reducir o controlar los niveles bajos de dolor que los de mayor intensidad.

(Ya se analizó el concepto de sensibilización.) Por consiguiente, es necesario aplicar medidas para mitigar el dolor antes de que éste se agudice. Muchas personas creen que no deben pedir alivio para el dolor sino hasta que sean incapaces de tolerarlo, lo que en realidad dificulta que el medicamento proporcione alivio. Por ello es importante explicar a todo paciente que el alivio o control del dolor tiene más probabilidad de éxito si las estrategias indicadas se aplican antes de que éste se torne intolerable.¹⁵

¹⁵ <http://www.biblioteca.enfermeria21.com/producto/dolor-y-cuidados-enfermeros/>

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- 4.1. Campano Chire, Armando. Arequipa (2003). Evaluación y manejo del dolor post-operatorio en el departamento de cirugía del Hospital Regional Honorio delgado Espinoza de septiembre a octubre. Tiene como objetivo principal determinar la eficacia del tratamiento analgésico del dolor postoperatorio en los pacientes atendidos en el departamento de cirugía del HRHDE, y a la vez determinar la intensidad del dolor post quirúrgico y proponer acciones que mejoren la terapia analgésica utilizada actualmente. El autor concluye que el dolor agudo en post operatorio inmediato es frecuente y relevante por su intensidad, el control sobre el dolor fue parcial e insuficiente.¹⁶
- 4.2. Zevallos Delgado Hernando. Arequipa. (2004). Asociación entre niveles de ansiedad y dolor postoperatorio en mujeres colecistectomizadas Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2004, tiene como objetivo principal establecer la asociación entre los niveles de ansiedad pre operatoria y postoperatoria y si existe relación entre estas y el dolor postoperatorio. El autor concluyo que existe correlación moderada o buena entre el rango de ansiedad y el dolor pre-operatorio entre el dolor y el estado pos operatorio, la asociación es débil entre el dolor y el estado preoperatorio.¹⁷
- 4.3. Ballón Valencia, Catalina. Arequipa (2008) Medida de la Intensidad del Dolor en Niños de 4 a 15 años de edad y Evaluación del tratamiento analgésico administrado por enfermeras del Servicio de Pediatría. Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2006-2007. Qué, en ningún caso se ha usado opioides fuertes o débiles para tratar el dolor en pacientes pediátricos examinados en el presente estudio, a pesar de que en varios casos no se alcanzó una analgesia adecuada con medicamentos no opioides. Que, se

¹⁶ Campano Chire, Armando. Arequipa (2003). Evaluación y manejo del dolor post-operatorio en el departamento de cirugía del Hospital Regional Honorio delgado Espinoza de septiembre a octubre del año 2002 Arequipa, 2003. p. 77

¹⁷ Zevallos Delgado Hernando. Arequipa. (2004). Asociación entre niveles de ansiedad y dolor postoperatorio en mujeres colecistectomizadas Hospital Regional Honorio delgado Espinoza Arequipa 2004. P. 71

confirma la hipótesis del presente estudio, la cual indica que el dolor en niños es difícil de manejar y no remite adecuadamente con el tratamiento analgésico.¹⁸

- 4.4. Plazotes Gutiérrez, María Alejandra. Arequipa (2006). Características de los Cuidados Intensivos de Enfermería a Pacientes con Cirugía Abdominal, según el Modelo de Hidelgarde Peplau. Estudio que tuvo como objetivo principal el de determinar las características esenciales de los cuidados de enfermería brindadas a pacientes de cirugía abdominal en base a un modelo conceptual de enfermería; la autora concluyó: Que, el Modelo Conceptual de Hidelgarde Peplau permite la organización de los cuidados intensivos de enfermería y la aplicación del proceso de atención de enfermería.¹⁹

5. HIPÓTESIS

Dado que los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico manifiestan dolor de variada intensidad por factores diversos en el post operatorios inmediato.

Es probable, que los factores socioculturales género masculino, estado civil de casados, relaciones interpersonales a nivel de familia, zona de residencia urbana y práctica de hábitos nocivos, influyan significativamente en el control del dolor que presentan los pacientes operados de abdomen en el Servicios de Cirugía varones mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

¹⁸ Ballón Valencia, Catalina (2008) medida de la intensidad del dolor en niños de 4 a 15 años de edad y evaluación del tratamiento analgésico administrado por enfermeras del servicio de pediatría. Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2006-2007.

¹⁹ Plazotes Gutierrez, María Alejandra. Arequipa (2006). Características de los Cuidados Intensivos de Enfermería a Pacientes con Cirugía Abdominal, según el Modelo de Hidelgarde Peplau.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1.1. Técnica

Como técnicas se usaron: La Encuesta y la Observación Directa.

1.2. Instrumentos

Para obtener la información referida a los factores socioculturales se usó el Cuestionario o formulario de preguntas.

Para evaluar el dolor, el instrumento a emplearse fue la Escala Visual numérica, en la que se registró la intensidad y evolución del dolor.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

La investigación se realizó en los servicios de Cirugía varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal

Tendrá una duración de junio 2013 a abril 2014

2.3. Unidades de Estudio

Conforman las unidades de investigación los pacientes de cirugía abdominal varones y mujeres que se encuentran hospitalizados a partir de los 15 años en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

2.3.1. Universo

Está conformado por todos los pacientes de cirugía abdominal varones y mujeres atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa durante los meses de octubre y noviembre del 2013 seleccionados, considerando los siguientes criterios:

De Inclusión:

- Pacientes de cirugía abdominal
- Pacientes de cirugía abdominal de urgencia
- Pacientes de ambos géneros
- Edad: 18-60 años

De Exclusión:

- Pacientes que no desean participar en la investigación
- Pacientes que presente complicaciones postoperatorias

Aplicados los criterios de inclusión y exclusión, el universo quedó conformada por 71 pacientes.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- 3.1. Se coordinó con la Facultad de Enfermería para el trámite a la Dirección del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, a fin de obtener la autorización respectiva.
- 3.2. Se captó a los pacientes de cirugía abdominal en el postoperatorio inmediato atendidos en el Servicios de Cirugía varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.
- 3.3. Se informó sobre el trabajo, los objetivos del estudio, la importancia de los resultados, brindándoles confianza, cortesía y amistad.

3.4. Se aplicó los instrumentos, en las primeras 48 hrs. del postoperatorio inmediato.

3.5. Finalizada la recolección de datos se les agradeció

3.6. Manejo de resultados

- Plan de procesamiento
 1. El tipo de procesamiento fue mixto: manual y computarización.
 2. Las operaciones realizadas fueron:

- Plan de análisis

Por la naturaleza del estudio, el análisis es cuantitativo y univariado

Variable	Tipo	Escala de Medida	Técnica Estudio Descriptivo
<u>Independiente</u> Factores Socioculturales	Cualitativa	Ordinal	Frecuencias absolutas
<u>Dependiente</u> Control de dolor			



CAPITULO III

RESULTADOS

I. FACTORES SOCIO CULTURALES

1.1. FACTORES DEMOGRAFICOS

TABLA N° 1

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN EDAD, SERVICIOS
DE CIRUGIA VARONES Y MUJERES DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2013**

EDAD	N°	%
18 – 27 años	8	11
28 – 37 años	16	24
38 – 47 años	25	35
48 – 57 años	11	15
58 a mas años	11	15
Total	71	100

Fuente: Cuestionario Aplicado por las autoras, Arequipa, 2013

En la presente tabla se observa que los mayores porcentajes del 35% y 24% que representan a los pacientes operados de abdomen, se ubican en los ciclos de edades de 38 – 47 años y de 28 a 37 años, respectivamente; siguiéndole el 15% que representa a los pacientes de 48 a 57 años a mas.

El factor edad es determinante en la toma de decisiones y/o actitudes y comportamientos porque los años que representan a los ciclos vitales del hombre, en este caso, es la adultez joven madura y mayor.

TABLA N° 2

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN GÉNERO, SERVICIOS DE
CIRUGIA VARONES Y MUJERES DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2013**

GENERO	N°	%
Masculino	50	70
Femenino	21	30
Total	71	100

Fuente: Cuestionario Aplicado por las autoras, Arequipa, 2013

En la tabla que contiene los datos cuantitativos relacionados al género, proporciona frecuencias y porcentajes que permiten señalar que en la población investigada, predomina el género masculino con el 70%, que representa las dos terceras partes, la diferencia porcentual del 30% corresponde género femenino.

Los pacientes del género masculino son los que mayormente presentan afecciones degenerativas abdominales que demandan tratamiento quirúrgico.

TABLA N° 3

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA,
SERVICIOS DE CIRUGIA VARONES Y MUJERES HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2013**

ZONA DE RESIDENCIA	N°	%
Urbana	42	59
Peri urbana	11	15
Rural	18	26
Total	71	100

Fuente: Cuestionario Aplicado por las autoras, Arequipa, 2013

En la presente tabla se observa que el 59% de los pacientes investigados tiene su residencia en la zona urbana; el 26%, en la zona rural y solo el 15% vive en la periferie de la ciudad.

Es importante tener conocimiento acerca del entorno de la residencia donde se desenvuelven los distintos pacientes, porque el entorno geográfico y social relativamente influye, en la forma de vida, determinando los comportamientos hacia determinadas situaciones.

TABLA N° 4

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN ESTADO CONYUGAL,
SERVICIOS DE CIRUGIA VARONES Y MUJERES DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2013**

ESTADO CONYUGAL	N°	%
Soltero	12	17
Casado	37	38
Viudo	5	7
Divorciado	17	7
Conviviente	10	14
Separado	12	17
Total	71	100

Fuente: Cuestionario Aplicado por las autoras, Arequipa, 2013

Del 100% de los pacientes operados de abdomen, el 38% pertenecen al estado conyugal de casados, siguiéndole el 17% que corresponde a los pacientes solteros y separados, respectivamente, menores porcentajes se ubican en los estados conyugales de conviviente, viudo y divorciado.

Resultados que permiten afirmar sobre la importancia del estado conyugal, ya que cada estado; por sus características propias, influye en los pacientes acerca de la forma de reaccionar frente a un hecho, en este caso frente al dolor.

1.2. FACTORES SOCIALES

TABLA N° 5

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN OCUPACION, SERVICIOS
DE CIRUGIA VARONES Y MUJERES DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2013**

OCUPACION	N°	%
Estudiante	9	13
Empleado	20	28
Obrero	21	30
Independiente	14	20
Sin ocupación	7	9
Total	71	100

Fuente: Cuestionario Aplicado por las autoras, Arequipa, 2013

En la tabla podemos observar que el 30% de los pacientes tienen como ocupación el de obreros, mientras que en el 28% son empleadas y el 20%, trabajan independientemente. Los menores porcentajes del 13% y 9% que se ubican en los extremos de la tabla corresponden a los estudiantes y a los pacientes sin ocupación.

Esto significa que la ocupación es importante, ya que se podría conocer las actividades que realizan en su entorno social.

TABLA N° 6

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN RELACIONES
INTERPERSONALES EN EL HOGAR, SERVICIOS DE CIRUGIA
VARONES Y MUJERES DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2013**

RELACIONES INTERPERSONALES	N°	%
Buenas	7	10
Regulares	59	83
Deficientes	5	7
Total	71	100

Fuente: Cuestionario Aplicado por las autoras, Arequipa, 2013

En la tabla N° 6 se observa que el 93% acumulado de los pacientes operados de abdomen, manifiestan que las relaciones interpersonales en su familia son cordiales, amistosas; es decir, regulares⁷. La diferencia porcentual del 7% corresponde a la categoría de deficiente.

1.3. FACTORES CULTURALES

TABLA N° 7

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCION,
SERVICIOS DE CIRUGIA VARONES Y MUJERES DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2013**

NIVEL DE INSTRUCCION	N°	%
Sin instrucción	18	26
Primaria	14	20
Secundaria	30	42
Superior	9	12
Total	71	100

Fuente: Aplicación del cuestionario por las autoras, Arequipa, 2013

En la presente tabla se observa que el 42% de los pacientes tienen nivel secundario, mientras que el 26% son iletrados, seguidamente el 20% de nivel primaria.

Esto significa que las personas que fueron encuestadas, en la mayoría (74% acumulado) de casos tienen un nivel de instrucción bueno.

TABLA N° 8

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN HABITOS NOCIVOS,
SERVICIOS DE CIRUGIA VARONES Y MUJERES DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2013**

HABITOS	N°	%
Consumo de tabaco	23	32
Consumo de alcohol	29	41
Consumo de alcohol y tabaco	19	27
Total	71	100

Fuente: Cuestionario Aplicado por las autoras, Arequipa, 2013

En la presente tabla se puede observar que el mayor porcentaje (41%) de los pacientes investigados consumen alcohol, de la misma manera, el 32% consumen tabaco. Un no menos importante 27% que representa a más de la cuarta parte de los pacientes investigados consumen tabaco y alcohol en forma habitual.

TABLA N° 9

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN CREENCIAS, SERVICIOS
DE CIRUGIA VARONES Y MUJERES DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2013**

CREENCIAS	N°	%
Divinidad religiosa	10	14.1
Aplicación de frotaciones calientes, ungüentos animales, lociones y pomadas	61	85.9
Total	71	100

Fuente: Cuestionario Aplicado por las autoras, Arequipa, 2013

En la presente tabla se observa los siguientes resultados, los pacientes investigados en el 85.9% tiene la creencia que con la aplicación de las frotaciones calientes, animales o pomadas, cuando se produce un dolor determinado, calma o desaparece el dolor.

Un 14.1% de los pacientes refieren que todo dolor calma y/o desaparece por intervención espiritual de la divinidad religiosa.

II. CONTROL DEL DOLOR

TABLA N° 10

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN DOLOR EN EL
POSTOPERATORIO, SERVICIOS DE CIRUGIA VARONES Y
MUJERES DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO, AREQUIPA, 2013**

DOLOR	N°	%
Sin dolor o dolor discreto (0 – 3)	4	6
Dolor intenso (4 – 7)	39	55
Dolor muy intenso (8 – 10)	28	39
Total	71	100

Fuente: Cuestionario Aplicado por las autoras, Arequipa, 2013

A la valoración del dolor en zona postoperatoria en el postoperatorio inmediato, usando la escala vigesimal,¹ los pacientes en los más altos porcentajes 55% y 39% presentan dolor intenso y muy intenso, respectivamente. Solo el 6% refiere dolor discreto

Casi la totalidad de pacientes presentaron de 4 a 10 ptos, puntaje que indica dolor de mayor intensidad.

TABLA N° 11

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN TRATAMIENTO PARA EL
DOLOR EN EL POSTOPERATORIO, SERVICIOS DE CIRUGIA VARONES Y
MUJERES DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO, AREQUIPA, 2013**

TRATAMIENTO	N°	%
Farmacológico	62	88
Psicológico	3	4
Otras terapias	6	8
Total	71	100

Fuente: Cuestionario Aplicado por las autoras, Arequipa, 2013

Los pacientes operados de abdomen, en el post operatorio inmediato en el 88%, recibieron tratamiento farmacológico: tramal, diclofenaco una ampolla c/8 hs. El 12% restante recibió terapia psicología; ejercicios de relajación muscular, cambios de posición (postural), ejercicios respiratorios.

Ambos tratamientos por el tiempo de 72 horas variando la dosis, en el caso del tratamiento farmacológico.

TABLA N° 12

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN CONTROL DEL DOLOR
EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO, SERVICIOS DE CIRUGIA
VARONES Y MUJERES DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2013**

CONTROL DEL DOLOR	N°	%
Total	3	4
Parcial	37	52
Nulo	31	44
Total	71	100

Fuente: Cuestionario Aplicado por las autoras, Arequipa, 2013

En la presente tabla se observa que los pacientes operados de abdomen en el 52% no logran controlar el dolor de zona postoperatoria en el postoperatorio inmediato en forma completa, ya que a la valoración presentan dolor con una intensidad de 5 a 3 pts. El 44% de los pacientes no logran controlar el dolor, teniendo que recibir tratamiento en dosis repetidas o mayores.

Solo el 4% de los pacientes, lograron controlar el dolor durante el postoperatorio inmediato, con el tratamiento recibido.

III. INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL CONTROL DEL DOLOR

En lo que se refiere a la influencia de los factores socioculturales en el control del dolor, se presenta la siguiente información:

TABLA N° 13

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN INFLUENCIA DEL FACTOR
EDAD EN EL CONTROL DEL DOLOR EN EL POSTOPERATORIO
INMEDIATO, SERVICIOS DE CIRUGIA VARONES Y MUJERES,
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2013**

Formas de Control Edad	Total		Parcial		Nulo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
18 – 27	0	0.0	3	38	5	62	8	100
28 – 37	0	0.0	9	56	7	44	16	100
38 – 47	2	8	15	60	8	32	25	100
48 – 57	1	9	6	55	4	36	11	100
58 – mas	0	0.0	4	36	7	64	11	100
TOTAL							71	100

Fuente: Elaborado por las autoras, Arequipa, 2013

Analizando el factor edad, en la tabla N° 13 se observa que los mayores porcentajes de los pacientes con 18 a 57 años de edad se ubican en la forma parcial del control del dolor (38%, 56%, 60% y 55%), respectivamente. Solo los pacientes de 58 a mas en un 64% no logran controlar el dolor. Los pacientes de 38 a 57 años de edad en el 17% acumulado logran controlar el dolor en forma total. La edad no influye en el control del dolor.

TABLA N° 14

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN INFLUENCIA DEL FACTOR
GÉNERO EN EL CONTROL DEL DOLOR EN EL POSTOPERATORIO
INMEDIATO. SERVICIOS DE CIRUGIA VARONES Y
MUJERES DEL HRHD. AREQUIPA, 2013**

Formas de control Genero	Total		Parcial		Nula		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	0	0	21	42	29	58	50	100
Femenino	3	14	16	76	2	10	21	100
Total							71	100

Fuente: Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En cuanto al factor género en la tabla N° 14 se observa que del 100% de los pacientes investigados que pertenecen al género masculino el 42% controlan parcialmente el dolor y el 58% no lo controlan. Los pacientes del género femenino, el 76% lo controlan parcialmente y el 14% restante lo controlan en forma total.

El factor género femenino influye en el control del dolor.

TABLA N° 15

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN INFLUENCIA DEL FACTOR
ZONA DE RESIDENCIA EN EL CONTROL DEL DOLOR DURANTE EL
POSTOPERATORIO INMEDIATO. SERVICIOS DE CIRUGIA
VARONES Y MUJERES DEL HRHD. AREQUIPA, 2013**

Formas de control Zona de Residencia	Total		Parcial		Nula		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Urbana	1	3.4	32	76	9	21	42	100
Periurbana	0	0.0	1	9	10	90	11	100
Rural	2	11.2	4	22	12	67	18	100
Total							71	100

Fuente: Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 15 se observa que los pacientes que viven en las zonas urbanas en mayor porcentaje (76%) controlan parcialmente el dolor y el 3%, en forma total y el 21% no lo controla.

Los pacientes que viven en las zonas periurbanas en mayor porcentaje (90%) no controlan: el dolor, solo el 9% lo controla parcialmente.

Los pacientes que viven en la zona rural, el mayor porcentaje (67%) no controlan el dolor; los menores porcentajes (22% y 11%) lo controlan parcialmente y totalmente.

TABLA N° 16

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN INFLUENCIA DEL FACTOR
ESTADO CONYUGAL EN EL CONTROL DEL DOLOR EN EL
POSTOPERATORIO INMEDIATO. SERVICIOS DE
CIRUGIA VARONES Y MUJERES DEL
HRHD. AREQUIPA, 2013**

Formas de control Estado Conyugal	Total		Parcial		Nula		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero/a	2	17	9	75	1	8	12	100
Casado/a	0	0	11	30	26	70	37	100
Viudo/a	0	0	3	60	2	40	5	100
Divorciado/a	1	6	14	82	2	12	17	100
Total							71	100

Fuente: Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En la presente tabla se observa que del 100% de los pacientes de estado conyugal solteros, los mayores porcentajes del 75% y 17% controlan el dolor en forma parcial y total.

Los pacientes de estado conyugal casados lo controlan en mayoría (30%) en forma parcial y no lo controlan (70%).

Los pacientes de estado conyugal viudos, en igual forma, el 60% lo controlan en forma parcial y no lo controlan el 40%.

Los pacientes de estado conyugal divorciado, el 82% controla el dolor en forma parcial y el 12% no lo controla.

El estado conyugal de casados y viudos influye en el control del dolor de los pacientes operados de abdomen.

TABLA N° 17

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN INFLUENCIA DEL FACTOR
OCUPACIÓN EN EL CONTROL DEL DOLOR DURANTE EL
POSTOPERATORIO INMEDIATO. SERVICIOS DE
CIRUGIA VARONES Y MUJERES DEL HRHD.
AREQUIPA, 2013**

Formas de control Ocupación	Total		Parcial		Nula		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Estudiante	0	0	3	33	6	67	9	100
Empleado/a	2	10	15	75	3	15	20	100
Obrero/a	0	0	9	43	12	57	21	100
Independiente	1	7	4	28	9	65	14	100
Sin ocupación	0	0	6	86	1	14	7	100
Total							71	100

Fuente: Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla N° 17 se observa que del 100% de los pacientes con ocupación estudiante, el mayor porcentaje del 67% muestra control del dolor nulo. Los pacientes de ocupación empleado, en el 75% controlan parcialmente el dolor. Los pacientes de ocupación obrero, en el 57% no controlan el dolor. Los de ocupación: trabajo independiente; en el 65% también no controlan el dolor; y el 86% de los pacientes que no trabajan controlan parcialmente el dolor.

En términos generales, el factor educación influye en el control del dolor de los pacientes operados de abdomen, ya que la mayoría lo controlan parcialmente y/o no lo controlan.

TABLA N° 18

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN INFLUENCIA DEL FACTOR
RELACIONES INTERPERSONALES EN EL CONTROL DEL DOLOR
DURANTE EL POSTOPERATORIO INMEDIATO. SERVICIOS
DE CIRUGIA VARONES Y MUJERES DEL HRHD.
AREQUIPA, 2013**

Formas de control Relaciones Interpersonales	Total		Parcial		Nula		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Buenas	2	28	5	72	0	0	7	100
Regulares	1	2	30	51	28	47	59	100
Deficientes	0	0	2	40	3	60	5	100
Total	3		37		31		71	100

Fuente: Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En cuanto al factor relaciones interpersonales, los pacientes con buenas relaciones interpersonales, en el 28% y 72% controlan el dolor en el postoperatorio inmediato en forma total y parcial, respectivamente. Los pacientes con regulares relaciones, en el 51% controlan parcialmente y el 47%, no lo controlan. Los pacientes de deficiente relaciones interpersonales el 40% lo controlan parcialmente y el 60% no lo controlan.

En general, el factor relaciones interpersonales influye directamente en el control del dolor de los pacientes operados de abdomen durante el postoperatorio inmediato, ya que los menores porcentajes de los que alcanzaron la categoría de buena, al ubicarse en las categorías de parcial y total, demuestran relación directa.

En el caso de los 5 pacientes que tienen relaciones interpersonales deficientes controla el dolor en las categorías parcial y nula, es decir no controlan el dolor.

TABLA N° 19

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN AGUDO SEGÚN INFLUENCIA DEL
FACTOR INSTRUCCIÓN EN EL CONTROL DEL DOLOR DURANTE EL
POSTOPERATORIO INMEDIATO. SERVICIOS DE CIRUGIA
VARONES Y MUJERES DEL HRHD. AREQUIPA, 2013**

Formas de control Nivel de Instrucción	Total		Parcial		Nula		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin instrucción	1	6	15	83	2	12	18	100
Primaria	1	7	10	71	3	22	14	100
Secundaria	0	0	9	30	21	70	30	100
Superior	1	11	3	33	5	56	9	100
Total	3		37		31		71	100

Fuente: Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

Los pacientes operados de abdomen en los mayores porcentajes (83% y 11%) controlan el dolor parcialmente y/o no controlan el dolor en el preoperatorio inmediato, respectivamente, en las categorías de sin instrucción y nivel primario.

En cuanto al nivel primario, secundario y superior, los mayores porcentajes se ubican y en las formas parcial y nula con una (71%, 30% y 33%) en forma parcial y nula con una (22%, 70% y 56%) a diferencia de nivel superior que si controla totalmente el dolor con un 11% esto demuestra que el nivel de instrucción influye en el control del dolor.

TABLA N° 20

**PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN SEGÚN INFLUENCIA DEL FACTOR
HÁBITOS NOCIVOS EN EL CONTROL DEL DOLOR DURANTE EL
POSTOPERATORIO INMEDIATO. SERVICIOS DE CIRUGÍA
VARONES Y MUJERES DEL HRHD. AREQUIPA, 2013**

Formas de control Hábitos Nocivos	Total		Parcial		Nula		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Consume tabaco	2	9	17	73	4	13	23	100
Consume alcohol	1	3	13	45	15	48	29	100
Consume alcohol y tabaco	0	0	7	38	12	39	19	100
Total	3		37		31		71	100

Fuente: Elaborado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla se observa que los pacientes operados de abdomen y que fuman en el 73% controlan parcialmente el dolor y el 18% no lo controla. En igual forma, los pacientes que consumen alcohol, en el 45% y 52%, lo controlan parcialmente y/o no lo controlan, respectivamente.

CONCLUSIONES

PRIMERA : Los factores socioculturales que influyen en el control del dolor de los pacientes operados de abdomen atendidos en el Servicios de Cirugía varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, es la edad de 38 a 57 años, el género masculino, la zona de residencia es urbana, el estado conyugal casado, el nivel de instrucción primario y secundario, si tiene consumo de hábitos nocivos alcohol y tabaco.

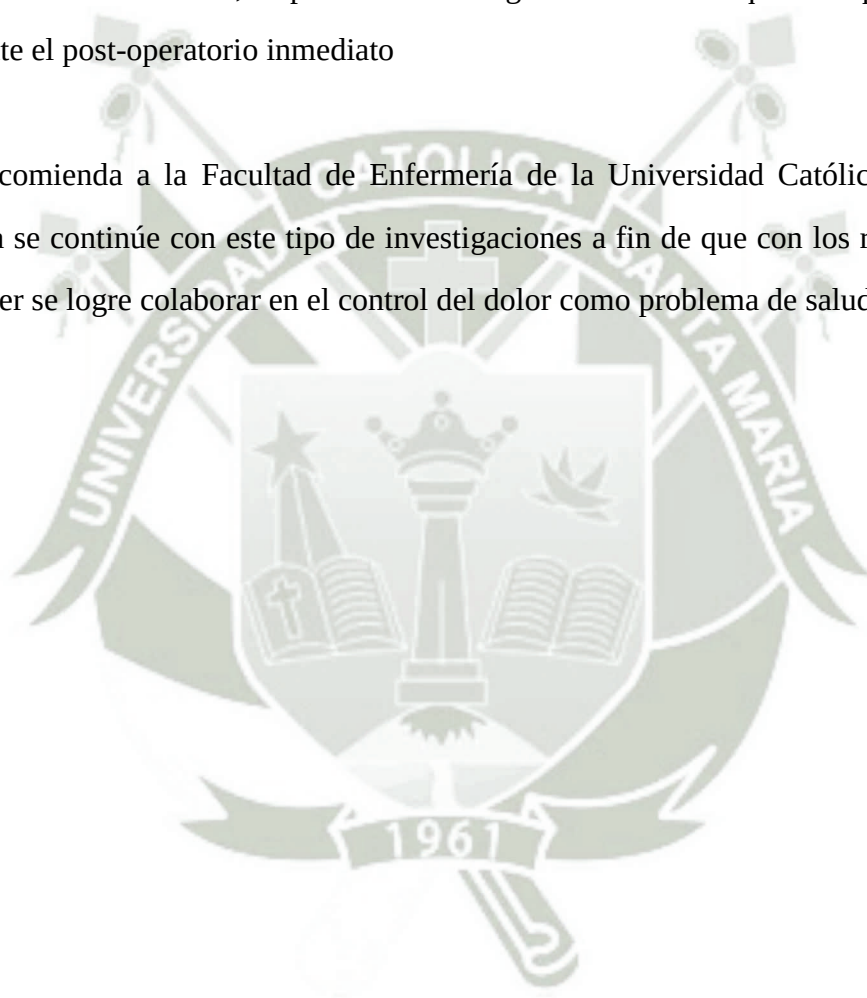
SEGUNDA : La intensidad del dolor en los pacientes operados de abdomen atendidos en el Servicios de Cirugía varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa es alta y que presentaron dolor de zona postoperatoria durante el postoperatorio inmediato de mayor intensidad, es decir, de 4 a 10 puntos según la escala utilizada.

TERCERA : Los factores socioculturales que influyen en el control del dolor de los pacientes operados de abdomen atendidos en el Servicios de Cirugía varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, es en forma significativa en los siguientes factores, son el género masculino, el estado conyugal de casado, las relaciones interpersonales a nivel de familia, la zona de residencia urbana y la práctica de hábitos nocivos alcohol y tabaco.

RECOMENDACIONES

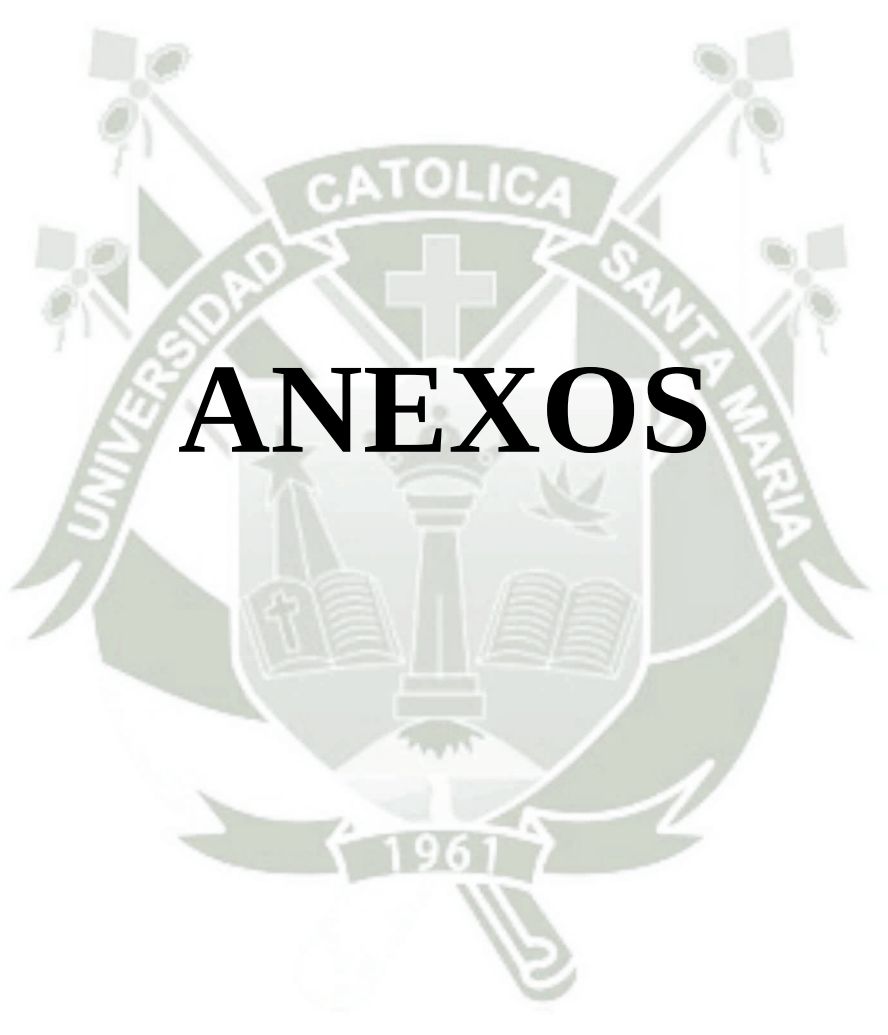
Como recomendaciones, cabe mencionar las siguientes:

1. Se recomienda a la Jefatura de Enfermería del Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa incluyan formas de tratamiento variado: psicológico, físico, alternativo para el control del dolor, en pacientes de cirugía abdominal las que se implementaría durante el post-operatorio inmediato
2. Se recomienda a la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María se continúe con este tipo de investigaciones a fin de que con los resultados a obtener se logre colaborar en el control del dolor como problema de salud.



BIBLIOGRAFÍA

1. Brunner y Suddarth: Enfermería Médico Quirúrgica. 9ava Edición, Mc Graw – Hill Interamericana. México D.F. 2000
2. Cecil, R: Medicina Interna. 20ava Ed. Editorial Interamericana. México 2001.
3. Doroty W. Smith – Claudia D. Gips. Enfermería Medico Quirúrgica Segunda Edición editorial interamericana México. 2001.
4. Farreras. Principio de Medicina Interna. 6ta Ed. Volumen VI. Editorial Interamericana S.A. España 1999.
5. Federación de Colegios de Enfermeras (o) de Venezuela. Código Deontológico de Enfermería: primera edición Caracas, Venezuela. 1999.
6. Harrison: Principios de Medicina Interna. 12ava Edición Editorial Interamericana S.A. México 1999.
7. Malagon – Londoño y Colaboradores: Manejo Integral de Urgencias. 2da Edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Bogotá, Colombia. 1999.
8. MERRINER Ann – RAILE, MARTHA: Modelos y Teorías de Enfermería 4ta Edición. Harcourt Brace. España. 1999.
9. Novoa, Lina. Enfermería en Centro Quirúrgico. Arequipa, 2000.
10. Romero O. Principios de Cirugía. 6ta Ed. Edit. Interamericana S.A. México. 2001.
11. Urden, DNs. Cuidados Intensivos en Enfermería. 2da Edición Editorial Harcout Brace España. 1998.



ANEXOS

ANEXO N° 1

CUESTIONARIO

Sírvase responder las siguientes preguntas

1. Demográficos

1.1. Edad: _____

1.2. Género

Masculino () Femenino ()

1.3. Zona de residencia

Rural () Periurbana ()

Urbana ()

1.4. Estado Civil

Soltero/a () Viudo/a ()

Casado/a () Divorciado/a ()

2. Sociales

2.1. Ocupación

Empleado () Obrero ()

Independiente () Estudiantes ()

Sin ocupación ()

2.2. ¿Cómo son sus relaciones interpersonales?

	Buena	Regular	Mala
En su Hogar	()	()	()
Con sus compañeros	()	()	()
Con los pacientes	()	()	()

3. Culturales

3.1. Instrucción

Iltrado () Nivel Primario ()

Nivel Secundario () Superior ()

3.2. Hábitos Nocivos

Consumo de tabaco ()

Consumo de alcohol ()

Consumo de alcohol y tabaco ()

3.3. Creencias

Divinidad religiosa ()

Aplicación de frotaciones calientes, animales, pomadas ()

ANEXO N° 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS ACERCA DEL DOLOR DEL
PACIENTE CON CIRUGÍA ABDOMINAL

Ficha

I. ESCALA VISUAL ANÁLOGA

Fuente Brunner edición 9, México 2002

Evaluación del dolor: *Escala numérica*

Sin dolor El peor dolor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Tratamientos empleados para aliviarlo

1. Médica farmacológica ()
2. Quirúrgica ()
3. Psicológica ()
4. Relajación – ejercicios de respiración ()

Grado de alivio del dolor

1. Total ()
2. Parcial ()
3. Nula ()

PLAN PARA CONTROLAR EL DOLOR

1. Cuán intenso es su dolor cuando está en su máximo.
2. Cuán intenso es su dolor la mayoría del tiempo.
3. Cuán intenso es su dolor cuando está en su mínimo.
4. Cómo cambia su dolor con el tratamiento.
5. En dónde siente el dolor.
6. Cómo siente el dolor, por ejemplo: agudo, sordo, punzante, corrosivo, constante o con ardor.
7. Cuán fuerte se siente el dolor (usando la escala de 0 a 10).
8. Cuánto tiempo dura.
9. Qué alivia el dolor.
10. Qué empeora el dolor.
11. Cómo afecta el dolor a su vida diaria.
12. Las medicinas que está tomando contra el dolor y cuánto alivio recibe de ellas



"AÑO DE LA PROMOCION DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL COMPROMISO CLIMATICO"



CONSTANCIA

EL DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO Y LA DIRECTORA DE LA OFICINA DE CAPACITACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN, HACEN CONSTAR QUE LAS SEÑORITAS:

**LIZBETH SADITH SANGUINETTY GUERRA y
MELISSA ELIZABETH ZAPANA ORTEGA**

Han realizado su Proyecto de Investigación Titulado "**FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES OPERADOS DE ABDOMEN DURANTE EL POS-OPERATORIO INMEDIATO**", el mismo que ha sido ejecutado en el mes de noviembre del 2013 en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado no teniendo ningún valor legal.

Arequipa, 2014 marzo 28

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Regional Honorio Delgado

Dr. OCTAVIO E. CHIRINOS APAZA
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 21700

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Regional Honorio Delgado

CPC. JULIA QUISPE PALOMINO
Directora (e) Oficina de
Capacitación e Investigación