



UNIVERSIDAD NACIONAL  
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA"  
DE AMAZONAS



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

" COMPORTAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN PERSONAS POST  
CESAREADAS, HOSPITAL DE APOYO I SANTIAGO APÓSTOL-  
2014"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA  
EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Br. Enf. Mirian Mercedes Mendoza Meléndez

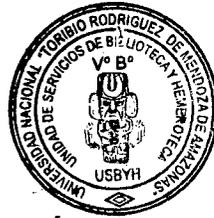
ASESOR:

Dr. Enf. Edwin Gonzáles Paco 27 ABR 2015

CHACHAPOYAS - PERÚ

2015





27 ABR 2015



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE  
MENDOZA DE AMAZONAS**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“COMPORTAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN PERSONAS POST  
CESAREADAS, HOSPITAL DE APOYO I SANTIAGO APÓSTOL-  
2014”**

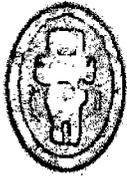
**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA  
EN ENFERMERÍA**

**AUTORA : Br. Enf. Mirian Mercedes Mendoza Meléndez.**

**ASESOR : Dr. Enf. Edwin Gonzáles Paco. 27 ABR 2015**

**CHACHAPOYAS – PERÚ**

**2015**



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE  
MENDOZA DE AMAZONAS**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“COMPORTAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN PERSONAS POST  
CESAREADAS, HOSPITAL DE APOYO I SANTIAGO APÓSTOL-  
2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA  
EN ENFERMERÍA**

**AUTORA : Br. Enf. Mirian Mercedes Mendoza Meléndez.**

**ASESOR : Dr. Enf. Edwin Gonzáles Paco.**

**CHACHAPOYAS – PERÚ**

**2015**

## **DEDICATORIA**

A Dios por darnos la vida y guiar nuestros pasos por el sendero del buen camino.

A mis padres por su apoyo incondicional y las fuerzas necesarias para seguir adelante.

## **AGRADECIMIENTO**

A las madres post cesareadas atendidas en el Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol – Bagua Grande, por haberme permitido entrar en sus vidas durante el proceso de la recolección de los datos.

A los profesionales del servicio de la Unidad de Recuperación Post Anestésica del Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol por la oportunidad de ejecutar la presente investigación.

Al Dr. Enf. Edwin Gonzáles Paco, por su asesoría acertada en la ejecución del presente trabajo de investigación.

A los profesionales que brindaron su apoyo como expertos para realizar la validez del instrumento.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE  
MENDOZA AMAZONAS

Ph. D. Jorge Luís Maicelo Quintana.

Rector

Dr. Oscar Andrés Gamarra Torres.

Vicerrector Académico.

Dra. María Nelly Lujan Espinoza.

Vicerrectora de Investigación

Dr. Policarpio Chauca Valqui.

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ms. María del Pilar Rodríguez Quezada.

Directora de la Escuela Profesional de Enfermería

## VISTO BUENO

Yo, Edwin González Paco, identificado con DNI N° 19990654 con domicilio legal en Pje. Abelardo Quiñones N° 101 de la ciudad de Chachapoyas, Doctor en Enfermería, con N° CEP 25101, actual docente nombrado en la categoría de Principal (PP) a Dedicación Exclusiva (DE) de la Facultad de Ciencias de la salud – UNTRM; doy **VISTO BUENO** al **Informe Final** de tesis titulado “COMPORTAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN PERSONAS POST-CESAREADAS, HOSPITAL DE APOYO I SANTIAGO APOSTAL - 2014, que estuvo conducido por la Br. Enf. Mirian Mercedes Mendoza Meléndez, para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

**Para lo cual firmo al pie para mayor constancia:**

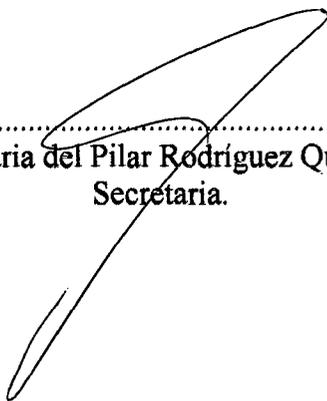
  
-----  
Dr. Enf. Edwin González Paco  
Docente Nombrado PP - DE  
Facultad de Ciencias de la Salud.

JURADO EVALUADOR

Resolución de consejo de facultad N° 006-2015-UNTRM-VRAC/F.C.S.



.....  
Dr. Policarpio Chauca Valqui.  
Presidente.



.....  
Ms. Maria del Pilar Rodríguez Quezada.  
Secretaria.



.....  
Mg. Oscar Pizarro Salazar.  
Vocal.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria .....	i
Agradecimiento .....	ii
Autoridades universitarias .....	iii
Visto bueno del asesor .....	iv
Jurado evaluador .....	v
Índice de contenidos .....	vi
Índice de tablas .....	vii
Índice de gráficos .....	viii
Índice de anexos .....	ix
Resumen ... ..	xi
Abstract ... ..	xii
I. Introducción .....	01
II. Marco Teórico .....	05
III. Material y Métodos .....	21
IV. Resultado .....	24
V. Discusión .....	30
VI. Conclusiones .....	40
VII. Recomendaciones .....	41
VIII. Referencias Bibliográficas .....	42
IX. Anexos .....	47

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
TABLA 01: Comportamiento del dolor agudo, según las características definatorias de la etiqueta diagnóstica de enfermería en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol- 2014.....	24
TABLA 02: Comportamiento del dolor agudo, según la Escala Visual Analógica en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol- 2014.....	26
TABLA 03: Comportamiento del dolor agudo, en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol- 2014.....	28

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
GRÁFICO 01: Comportamiento del dolor agudo, según las características definitorias de la etiqueta diagnóstica de enfermería en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.....	24
GRÁFICO 02: Comportamiento del dolor agudo, según la Escala Visual Analógica en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.....	26
GRÁFICO 03: Comportamiento del dolor agudo, en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.....	28

## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
ANEXO 01 : Instrumentos de recolección de datos.....	48
ANEXO 02 : Validez y confiabilidad del instrumento.....	52
ANEXO 03 : Operacionalización de la variable .....	60
ANEXO 04 : Comportamiento del dolor agudo, según la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería (NANDA) en la dimensión fisiológica en personas post cesareadas, Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol - 2014.....	62
ANEXO 05 : Comportamiento del dolor agudo, según la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería (NANDA) en la dimensión sensorial en personas post cesareadas, Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol - 2014.....	62
ANEXO 06 : Comportamiento del dolor agudo, según la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería (NANDA) en la dimensión afectiva en personas post cesareadas, Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol - 2014.....	63
ANEXO 07 : Comportamiento del dolor agudo de acuerdo a la edad, según la etiqueta diagnóstica de enfermería y la escala visual analógica en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.....	63
ANEXO 08 : Comportamiento del dolor agudo de acuerdo al número de cesáreas, según las características definitorias de la etiqueta diagnóstica de enfermería y la escala visual analógica en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.....	64

ANEXO 09 : Comportamiento del dolor agudo de acuerdo al número de embarazos, según las características definitorias de la etiqueta diagnóstica de enfermería y la escala visual analógica en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.....	64
ANEXO 10 : Comportamiento del dolor agudo de acuerdo al analgésico y dosis utilizada, según las características definitorias de la etiqueta diagnóstica de enfermería y la escala visual analógica en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.....	65
ANEXO 11 : Comportamiento del dolor agudo de manera individualizada, según las características definitorias de la etiqueta diagnóstica de enfermería, en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.....	66
ANEXO 12 : Comportamiento del dolor agudo de manera individualizada, según la escala visual analógica en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.....	67

## RESUMEN

El presente estudio de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo observacional, prospectivo y longitudinal, se realizó con el objetivo de “Determinar el comportamiento del dolor agudo en personas post cesareadas, Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol – 2014”. La muestra estuvo constituida por 24 madres post cesareadas. Para recolectar los datos se utilizaron dos instrumentos: guía para valorar el dolor agudo en personas post cesareadas según la etiqueta diagnóstica de enfermería de la (NANDA) cuya validez fue  $VC= 5.909 > VT= 1.6449$  y una confiabilidad de 0.73 y la Escala Visual Analógica (EVA) cuya validez fue  $VC= 8.65 > VT = 1.6449$  y confiabilidad de 0.94. Los resultados evidencian el comportamiento del dolor agudo en personas post cesareadas, según la etiqueta diagnóstica de enfermería de la (NANDA), con respecto al dolor de intensidad severa; del 100% (24), en la 1ra hora; el 75% (18); en la 2da hora el 41.7% (10); en la 3ra hora el 20.8% (5) presentaron dolor de intensidad severa respectivamente. Con respecto al dolor de intensidad moderada, del 100% (24), en la 1ra hora solo el 25% (6); en la 2da hora el 58.3% (14); en la 3ra hora el 79.2% (19) presentaron dolor de intensidad moderada respectivamente. Según la escala visual analógica (EVA), con respecto al dolor de intensidad severa; del 100% (24), en la 1ra hora; el 75% (18); en la 2da hora el 70.8% (17); en la 3ra hora el 45.8% (11) presentaron dolor de intensidad severa respectivamente. Con respecto al dolor de intensidad moderada, del 100% (24), en la 1ra hora solo el 25% (6); en la 2da hora el 29.2% (7); en la 3ra hora el 54.2% (13) presentaron dolor de intensidad moderada respectivamente, concluyendo así que el comportamiento del dolor agudo en personas post cesareadas va de un dolor de intensidad severa a un dolor de intensidad moderada con el paso de las horas.

**Palabras Claves:** Comportamiento del dolor agudo, personas post cesareadas.

## ABSTRAC

The following quantitative approach; descriptive and observational type, prospective and longitudinal aimed to “determine the behaviour of the severe pain on people post-caesarean Santiago Apostol I, hospital help- 2014”. The sample was formed by 24 post-caesarean mothers. To collect the data we used two instruments: guide to value the transversal, analytic research project, were in the first variable was prospective, and for the second one was retrospective, aimed to determine the severe pain on people post-caesarean according to the diagnosis of nursing of the (NANDA) whose validity was  $VC=5.909 > VT=1.6449$  with a reliability of 0.73; the visual scale analogic (EVA) whose validity was  $VC=8.65 > VT=1.6449$  and reliability of 0.94. The results show that the behaviour of the severe pain on people post-caesarean, according to the diagnosis of nursing of the (NANDA), with respect to the severe pain; 100% (24), on the first hour; 75% (18); on the second hour 41.7% (10); on the third hour 20.8% (5) presented an intense severe pain, respectively. With respect to pain of moderate to severe intensity, 100% (24), on the first hour only 25% (6); on the second hour 58.3% (14); on the third hour 79.2% (19) presented a pain of moderate to severe intensity. According to the visual scale (EVA), with respect to pain of severe intensity; 100% (24), on the first hour; 75% (18); on the second hour 70.8% (17); on the third hour 45.8% (11) presented pain of severe intensity, respectively. With respect to pain of moderate intensity, 100% (24), on the first hour only 25% (6); on the second hour 29.2% (7); on the third hour 54.2% (13) presented a pain of moderate intensity respectively. Concluding that the behaviour of the severe pain on post-caesarean people go of pain of severe intensity to pain of moderate intensity during the pass of the hours.

**KEY WORDS:** behaviour of the severe pain, people post-caesarean.

## **INTRODUCCIÓN.**

El dolor es considerado como una experiencia humana universal, lo sufren todos, de hecho, es el motivo más frecuente para la solicitud de cuidados de enfermería, así como la primera señal de múltiples enfermedades. El dolor es un fenómeno multidimensional, complejo, sensorial, afectivo, subjetivo y muchas veces ineludible, cuyo umbral y tolerancia van a depender de variados factores: la historia del individuo, su constitución psicosomática, el contexto social, familiar y médico donde se desarrolla, (Landa. et.al. 2005).

En el mundo, es un hecho innegable que la mayoría de las personas que se someten a una intervención quirúrgica padecen dolor en una intensidad variable. A pesar de las continuas innovaciones farmacológicas y los incesantes avances tecnológicos, una gran parte de estos pacientes siguen siendo tratados de forma inadecuada, por lo que experimentan un sufrimiento injustificado, que incrementa notablemente el riesgo de aparición de complicaciones post operatorias. Aunque las técnicas más sofisticadas ayudan notablemente a la resolución de este problema, bastaría una correcta estrategia en la aplicación de los recursos terapéuticos disponibles, para asegurar el control adecuado del dolor post operatorio, (Caba, F. Núñez, A. Tejedor, M. 2004).

Diferentes datos de la Revista de la Sociedad Española del Dolor han valorado la atención del dolor postoperatorio por lo que debe mejorarse el proceso de gestión del dolor de nuestros centros, aumentando tanto la información como la evaluación sistemática del dolor. Es necesaria la elaboración de protocolos adaptados a cada área. El grado de satisfacción de los pacientes no es un buen indicador de calidad del proceso de gestión del dolor, (Arbonés. et.al. 2009).

Según Kilian, A. Refiere que la Organización Mundial de la Salud estima que la tasa de cesárea entre todos los nacimientos en los países desarrollados está entre el 10 % y 15 %, comparado con cerca del 20 % en el Reino Unido y 23 % en Estados Unidos. En el 2003, la tasa de cesáreas en Canadá fue de 21%, con variaciones regionales. En años recientes se han generado preocupación porque la operación se realice frecuentemente por otras razones diferentes a la necesidad médica, la tasa de cesáreas en los hospitales públicos españoles pasó de un 19,98% de media en el año 2001 al 21,88% en 2011, lo

que supone un incremento del 9,5% en 10 años, según las últimas estadísticas, (Kilian, A. 2011).

En el Perú, la asociación de la lucha contra el dolor indica, que el dolor agudo es aquel causado por estímulos nocivos desencadenados por heridas o enfermedades de la piel, estructuras somáticas profundas o vísceras. El factor psicológico tiene una importante influencia en la manera en que se experimenta el dolor agudo. Este tipo de dolor aumenta en casos típicos durante la cura de heridas, la ambulación, la tos y la respiración. En contraste, el dolor crónico suele ceder y reaparecer a lo largo del tiempo; no tenemos datos de estudios similares realizados. Queda abierta la opción a que en un futuro se pueda realizar, buscando correlación de la variable intensidad / duración del dolor. A pesar de esto debemos tener presente que: La incidencia, intensidad y duración del dolor pos quirúrgico varían significativamente de un paciente a otro y de una intervención quirúrgica a otra. Los factores a considerar y que condicionan el grado o intensidad del dolor pos quirúrgico son: el tipo de intervención quirúrgica, duración, el paciente, preparación pre operatoria, las complicaciones después de la cirugía así como el tratamiento analgésico aplicado y la calidad del cuidado en la recuperación, (Poggi, L. Ibarra, O. 2007).

Los hospitales del Ministerio de Salud de la provincia “Del Santa” se aúnan a los cambios e innovaciones que plantean las actuales autoridades del sector. Entre ellos, el Hospital de Apoyo La Caleta, el Hospital Eleazar Guzmán Barrón y el Hospital III Es Salud, participan de este desafío del cambio, buscando brindar una atención de calidad a sus usuarios; sin embargo, para lograr el cambio necesitan del trabajo unido de todos sus profesionales y personal en general, dentro de los cuales una pieza importante es el trabajo de enfermería por ser una profesión que brinda servicio directo al ser humano. El enfermero(a) debe sensibilizarse en las vivencias de sus propias necesidades de desarrollo científico profesional y personal; esto implica una formación humana y científica, lo que permitirá que el profesional de enfermería esté de acorde con los retos del siglo XXI, (Paredes, J. Sánchez, E. 1998).

En los ámbitos hospitalarios de Chimbote, los pacientes quirúrgicos son los que tienen mayor demanda en dichos centros. Allí se evidencia diariamente pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, que necesitan una atención adecuada ante el dolor, que es

uno de los principales efectos después de ser intervenido quirúrgicamente. Dentro de las estadísticas, son los pacientes intervenidos quirúrgicamente durante los meses de enero a agosto del año 2008, siendo el servicio de Gineco - obstetricia donde a diario las enfermeras tienen que brindar una atención de calidad para revertir este efecto con un manejo adecuado del dolor, (Costa, E. et.al. 2009).

Durante los últimos meses del año 2013 en el Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - Bagua Grande, ha reportado que del total de personas intervenidas en todas las cirugías generales, el servicio de Gineco - Obstetricia representa un alto porcentaje de cesáreas; del 100% de la intervenciones el 45-50% son cesáreas debido a diferentes motivos por ejemplo la hipertensión arterial materna, estreches pélvica, etc., teniendo como síntoma principal post operatorio el dolor influyente en la recuperación, (Estadística e informática. Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014).

Las personas post cesareadas del Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol al ser recepcionadas por la Unidad de Recuperación Post Anestésica, permanecen como tiempo máximo tres horas, y en algunos casos por complicaciones inherentes a su estado su estancia se prolonga, siendo las enfermeras responsables de su cuidado. Así mismo se pudo observar que el personal de salud no realiza una valoración integral del dolor en personas post cesareadas, siendo este el síntoma más frecuente y si los hacen no son muy frecuentes, convirtiéndose en un problema puesto que puede llegar a mayores complicaciones.

El trabajo de investigación tuvo como objetivo general: Determinar el comportamiento del dolor agudo en personas post cesareadas, Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol – 2014, cuyos objetivos específicos fueron: identificar el comportamiento del dolor agudo según las características definitorias de la etiqueta diagnóstica de enfermería en personas post cesareadas, Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol – 2014, identificar el comportamiento del dolor agudo según la escala visual analógica en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol – 2014.

La presente información servirá para conocer la evolución de la intensidad del dolor post operatorio. Del mismo modo se pretenderá promover la generación de datos que

orienten el manejo respecto al dolor post operatorio fuera del servicio de recuperación post anestésico. Finalmente los resultados aportarán conocimientos científicos que permitirán a las instituciones hospitalarias, en especial al personal de enfermería quienes están encargados del cuidado post operatorio actuar directamente en las unidades de recuperación post anestésicas, con la implementación de un protocolo de manejo de dolor post operatorio de acuerdo a la intensidad del dolor, que se pueda estandarizar a nivel hospitalario, enfatizando la recuperación rápida de las personas cesareadas y así a nivel personal se pueda contribuir al crecimiento y desarrollo óptimo del niño y a nivel institucional el reconocimiento y prestigio, para así lograr su desarrollo y porque no decirlo también del país.

## **II. MARCO TEÓRICO.**

### **2.1. Definición del dolor.**

El dolor agudo es aquel causado por estímulos nocivos desencadenados por heridas o enfermedades de la piel, estructuras somáticas profundas o vísceras. El factor psicológico tiene una importante influencia en la manera en que se experimenta el dolor agudo. Este tipo de dolor aumenta en casos típicos durante la cura de heridas, la ambulación, la tos y la respiración. En contraste, el dolor crónico suele ceder y reaparecer a lo largo del tiempo, (Maciewicz, R. 1991).

La teoría de la puerta de entrada Melzack y Wall (1965) fue una de la primeras y más aceptadas de esta nueva época. Este modelo estaba sustentado por investigaciones neurofisiológicas, aunque en la década de 1970 se modificó como consecuencia de nuevos descubrimiento en el campo del dolor. Enfatizó la importancia del sistema nervioso periférico y central en la nocicepción. Para estos autores el dolor era el resultado de la interacción entre los factores cognitivos evaluativos y motivacionales afectivos con los procesos fisiológicos. La teoría de la puerta de entrada postula que existe un mecanismo de modulación del dolor localizado en el asta medular posterior (sustancia gelatinosa) que tiene la función de “puerta”, dejando pasar o no el estímulo doloroso hacia los centros superiores. Esta especificidad depende tanto de las vías ascendentes como de las influencias descendentes de la corteza cerebral y del sistema reticular. (Baños, J. et.al. 2002).

Según la Etiqueta diagnóstica de Enfermería de la (NANDA), el dolor agudo es una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad desde leve, moderado a severa con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses, (NANDA. 2011).

### **2.2. Generalidades del dolor.**

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como: “una sensación desagradable y una experiencia emocional asociada con posible o potencial lesión del tejido, o descrito en términos de este tipo de lesión”.

El dolor crónico, no posee una función protectora. Es persistente que puede auto perpetuarse por un tiempo prolongado después de una lesión, e incluso, en ausencia

de ella. El dolor agudo es la consecuencia inmediata de la activación de los sistemas nociceptivo por una noxa, (Reyes, D. et.al. 2006).

### **2.3. Consideraciones generales sobre evaluación del dolor:**

El dolor es un fenómeno complejo que ostenta múltiples dimensiones. Es un acontecimiento único, donde cada persona lo experimenta de una forma particular. Por este motivo, sólo puede evaluarse indirectamente, condicionando las herramientas que se utilizaran para su valoración.

La evaluación de dolor es un objetivo con un alto nivel de complejidad requiriendo una valoración contextual con múltiples niveles y unidades de análisis. La interacción entre estos factores, físicos, cognitivos, afectivos y conductuales da lugar a múltiples diseños de intervenciones.

La utilización de herramientas para valorar el dolor no es habitual en el ámbito sanitario, aunque su uso mejora la comunicación de dolor entre el paciente y el profesional. Para una mejor gestión del dolor, es necesaria una formación sobre la evaluación y desarrollo de estrategias de intervención multidimensionales, (Carr, E. 1997).

Para valorar el dolor existen diferentes instrumentos. Los más utilizados son los autos registros, los cuestionarios y la observación directa, aunque ninguno de estos instrumentos sustituye la historia clínica y la entrevista. La evaluación de dolor es un objetivo con un alto nivel de complejidad y requiere una valoración contextual con múltiples niveles y unidades de análisis.

La evaluación multidimensional necesita ser observada en cuatro áreas:

1. La impresión subjetiva que el paciente nos expresa del dolor en las áreas sensoriales, afectivas y evaluativas.
2. Las características personales (actitud, características clínico patológico y personalidad).
3. La evaluación de la conducta del paciente y de su entorno en relación al dolor.
4. Las respuestas fisiológicas.

La interacción entre estos factores físicos, cognitivos, afectivos y conductuales da lugar a múltiples diseños de intervenciones. Se recomienda que los instrumentos para valorar el dolor deban reunir las siguientes características:

1. Ocasionar los menos problemas posibles para los pacientes.
2. Ser comprensibles.
3. Ser válidos, fiables y sensibles a los efectos de los tratamientos farmacológicos o psicológicos.
4. Disponer de normas estandarizadas, (Miró, J. 2004).

La intensidad del dolor es uno de los factores que primeramente se evalúa para conocer el alcance del mismo, utilizando escalas de autoevaluación unidimensionales. Las más conocidas en nuestro ámbito clínico son:

- **Escalas Numéricas:** son registros de 0 (ausencia de dolor) a 10 (máximo dolor imaginable). Pueden ser horizontales o verticales.
- **Escalas Verbales:** constan de una serie de conceptos o frases, que identifica diferentes intensidades de dolor de forma gradual. La Escala Verbal de Intensidad del Dolor (EVID) es un ejemplo de este tipo de escalas.
- **Termómetro del dolor:** es una variación de las dos escalas anteriores donde, además de presentar unos criterios graduales de la intensidad del dolor, adjunta la figura de un termómetro que refuerza la imagen de graduación del dolor.
- **Escalas gráficas de dolor:** presentan expresiones faciales de discomfort progresivas.
- **Escala visual analógica (EVA):** se representa por una línea de 10 cm con tres categorías: Dolor leve, moderado y severo, (Baeza, R. 2006).

#### **2.4. Dolor post operatorio agudo.**

El dolor post operatorio agudo es aquel producido por una lesión quirúrgica. Su intensidad está directamente relacionada con el estímulo desencadenante (lesión tisular, respuesta inflamatoria) y su duración es por lo general corta (días u horas). Suele ser auto limitado y desaparece habitualmente con la lesión que lo originó.

La repercusión del dolor postoperatorio agudo en el área de salud, afectan tanto a pacientes quirúrgicos, a la familia que lo sufre, y a los médicos tratantes y personal de enfermería que debe ejecutar las indicaciones médicas para su tratamiento. Se puede deducir una primera consideración fundamental: “la incidencia, intensidad y

duración del dolor postoperatorio varían considerablemente de uno a otro paciente, de una a otra intervención quirúrgica, de uno otro hospital e incluso de un país a otro”, (Martínez. J. 2000).

## **2.5. Incidencia y factores implicados en el dolor post operatorio.**

La prevalencia del dolor post operatorio agudo (DPOA) es potencialmente del 100% ya que no hay operación que no duela. Aunque en los últimos años se le ha dado más importancia a su tratamiento, el dolor post operatorio constituye aun un problema no resuelto en pacientes quirúrgicos.

La evaluación de la incidencia e intensidad del dolor post operatorio agudo, se ha investigado mediante tres tipos de estudio:

1. Analizando en cuestionarios las características del dolor en grupos de pacientes seleccionados.
2. Valorando el consumo de analgésicos.
3. Valorando diversas técnicas del tratamiento del dolor post operatorio.

Todos estos trabajos han demostrado una variedad de factores implicados en su aparición como lo son: tipo localización de cirugía, técnica quirúrgica y técnica anestésica, información previa sobre el dolor, variaciones biológicas interindividuales, factores socioculturales, etc, (Mejía, L. 2010).

## **2.6. Manejo integral del dolor post operatorio.**

El dolor es el motivo más frecuente de consulta en la práctica clínica habitual de la medicina. En este contexto el anestesiólogo se ve enfrentado diariamente a pacientes que se hospitalizan con un cuadro doloroso agudo no quirúrgico, o a pacientes post operados, en los cuales el anestesiólogo es llamado a intervenir como extensión de la técnica anestésica.

Los avances terapéuticos en el ámbito de la analgesia han sido espectaculares en los últimos tiempos. Un mayor conocimiento de la fisiología del dolor, el descubrimiento de nuevos principios activos y la introducción de nuevas técnicas analgésicas han revolucionado la práctica clínica del paciente en el postoperatorio.

El inadecuado manejo inicial del dolor agudo complica el pronóstico del paciente, aumenta los costos de manejo y favorece el paso a la cronicidad. Además genera sufrimiento, insatisfacción y hostilidad del paciente hacia el sistema de salud que lo

trata. Las recomendaciones de manejo del dolor agudo tienen como objetivo primario asistir en la toma de decisiones al médico tratante, para mantener los indicadores de satisfacción y calidad de vida de estos pacientes en un nivel lo más cercano al óptimo.

La estructuración de programas de manejo del dolor permite optimizar el manejo. Esto no necesariamente implica mayores costos debido a que también produce ahorros al permitir racionalizar el uso de recursos, evitar complicaciones y reducir los tiempos de estadía intrahospitalarios. Los programas de manejo de dolor agudo, suelen implementarse en el seno de las unidades de manejo del dolor, estas son agrupaciones generalmente multidisciplinarias de especialistas en el manejo del dolor, los que realizan la prestación analgésica y monitorizan su efectividad y complicaciones mientras se prolongue la misma, (Navarro, C. 2012).

## **2.7. Causas del manejo inadecuado del dolor post operatorio**

La prevalencia del dolor postoperatorio exige conocer los principales factores que condicionan la intensidad de dicho dolor:

- ***Idiosincrasia del paciente:*** personalidad, experiencias previas, aspectos culturales, étnicos y genéticos, estado de ánimo, relación médico-paciente, y representaciones del proceso quirúrgico.
- ***Cirugía:*** posiciones, técnicas quirúrgicas, maniobras, indicaciones médicas post operatorias.
- ***Anestesia:*** evaluación preoperatoria, técnica anestésica, empleo o no de analgesia pre operatoria, trans operatoria y post operatoria inmediata.
- ***Cuidados inadecuados de enfermería:*** llevar a cabo un cuidado inadecuado de enfermería es una causa que interfiere con la recuperación de la persona es por eso que recalcar en el personal de enfermería su papel de trascendente protagonismo, erradicación de mitos respecto a medicamentos para analgesia, y realizar indicaciones comprensibles, son parte de la clave para optimizar el trabajo de enfermería, (Martínez, J. Torres, L. 2000).

## **2.8. Otras causas que se pueden mencionar incluyen:**

- La ausencia de conocimientos o conceptos erróneos sobre el tratamiento del dolor por parte del personal sanitario. La falta de conocimiento o conceptos erróneos sobre el tratamiento del dolor, está relacionada con la escasa información de los estudiantes de medicina y enfermería así como de los médicos residentes.
- La ausencia de evaluación o valoración inadecuada de la intensidad del dolor, y de la eficacia de los tratamientos indicados. Dentro del segundo ámbito se muestra que la intensidad del dolor no se evalúa sistemáticamente, ya que se desconoce de las escalas existentes para la medición adecuada del dolor.
- La ausencia de educación/información del paciente sobre las posibilidades de analgesia en el periodo post operatorio. Respecto a la tercera causa la falta de información respecto al manejo del dolor post operatorio en nuestro entorno es habitual debido a la cultura y nivel educativo de las personas, (Romero, M. 2005).

## **2.9. Medición del dolor.**

- **La escala numérica.**

Es una de las más comúnmente empleadas. El paciente debe asignar al dolor un valor numérico entre dos puntos extremos (0 a 10). Con este tipo de escala el dolor se considera un concepto unidimensional simple y se mide sólo según su intensidad. Es útil como instrumento de medida para valorar la respuesta a un tratamiento seleccionado, (Serrano, A. et.al. 2002).

*Sin dolor.....0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10.....Máximo dolor*

- **La escala descriptiva simple (EDS).**

Llamada también de valoración verbal. Representa el abordaje más básico para medir el dolor. También considera el dolor de un modo unidimensional. A cada uno de estos términos se les asigna una puntuación entre 0: no dolor, y 4: dolor intenso, de cara al tratamiento estadístico de los resultados y a la valoración práctica del mismo. El paciente medio no suele encontrar gran dificultad en utilizar esta escala para indicar la intensidad de su dolor, pero plantea el

problema de que una misma palabra puede tener diferente significado para distintos pacientes, (Torregrosa, S. Buggedo, G. 1994).

- **La escala visual analógica (EVA).**

Consiste en una línea recta habitualmente de 10 cm de longitud, con las leyendas de dolor leve (0-4), dolor moderado (5-7), dolor severo (8-10). El paciente indica en la línea la intensidad del dolor que siente de acuerdo a su percepción individual, midiendo el dolor en centímetros.

La escala visual analógica (EVA), es hoy de uso universal. Es un método relativamente simple que ocupa poco tiempo, aun cuando requiere de un cierto grado de comprensión y de colaboración por parte del paciente. Tiene buena correlación con las escalas descriptivas, buena sensibilidad y confiabilidad, es decir, es fácilmente reproducible.

Es una representación gráfica a través de la cual el paciente determina la intensidad del dolor sobre una línea base de 10cm con números del 0 al 10 que servirán de indicadores determinándose el dolor:

- Leve entre 0 – 4
- Moderado 5 – 7
- Severo 8- 10, (Alonso, L. 2011).

## **2.10. Dimensiones y Categorías del dolor:**

- **Dimensiones.**

El dolor como signo subjetivo tiene dimensiones que enmarcan en las características definitorias que señala la NANDA: Fisiológica, sensorial, afectiva, la experiencia del dolor resulta de interacciones complejas entre esas dimensiones.

Una vez que se ha confirmado la existencia del dolor una de las principales responsabilidades es definir sus distintos aspectos definitorios ya que esto facilitará el tratamiento. El análisis del dolor comprende: la determinación de su origen, la evaluación de sus características, la evaluación de las respuestas fisiológicas y psicológicas asociadas. Otros aspectos que pueden ser

importantes para la caracterización del dolor son: evaluar la percepción individual del dolor y lo que significa este para el que lo sufre y que mecanismos de adaptación utiliza el paciente para hacer frente al dolor. El componente sensorial incluye patrón, área, intensidad y naturaleza del dolor, para la identificación de la terapia apropiada, sobre la base del tipo y la intensidad del dolor.

El paciente puede tener dolor en todo momento (constante: a todas horas), así como periodos discretos de dolor intermitente y el tratamiento supone un desafío que el personal de enfermería debe afrontar, con independencia de cualquiera sea su puesto de trabajo. De hecho, la actuación y participación de enfermería en el tratamiento del dolor probablemente sea más importante que la de ningún miembro del equipo de asistencia sanitaria.

La Intensidad del dolor; la valoración de la gravedad o intensidad proporciona una medición fiable, usada para elegir el tipo de tratamiento y valorar su eficacia. Las escalas de dolor son instrumentos útiles para ayudar a que el paciente comunique la intensidad del dolor y como guías durante el tratamiento. Para calificar la intensidad del dolor existe escalas que deben ser ajustadas en función de la edad y el desarrollo cognitivo. En la mayoría de adultos se pueden usar escalas numéricas, escalas de descriptores verbales o escalas análogas visuales para calificar la intensidad del dolor.

En casos de cesárea, las molestias son una mezcla de las del parto y las cirugías abdominal baja, durante el periodo postoperatorio, el control del dolor es vital para el confort del paciente y su recuperación postoperatoria. Cuando se habla de post cesárea se refiere al periodo de tiempo de recuperación que sigue al finalizar la intervención quirúrgica de cesárea, y comienza cuando la paciente sale de la anestesia y se prolonga durante todo el tiempo necesario para que se repare la herida quirúrgica y retornen a la normalidad las funciones corporales.

- **Categorías del dolor.**
  - **Intensidad Leve.-** Soportable, tolerable.
  - **Intensidad Moderada.-** No muy tolerable.
  - **Intensidad Severa.-** Intolerable, (Lowdermik, Perry. et.al. 2002).

### **2.11. Las características definitorias clasificadas para el dolor agudo por la NANDA.**

Son los Cambios en el apetito, aumento de la presión arterial, cambios de la frecuencia cardíaca, cambios en la frecuencia respiratoria, diaforesis conductas de distracción conducta expresiva, muecas, conducta defensiva, estrechamiento del foco de atención, observación de evidencias del dolor, postura para evitar el dolor, gestos de protección, dilatación pupilar, centrar la atención en sí mismo, trastornos del sueño, informe verbal del dolor.

Las enfermeras tienen que conocer los diagnósticos, sus definiciones y sus características definitorias, específicamente los que son comunes en las poblaciones con las que trabajan, las intervenciones para tratar esos diagnósticos y los procesos diagnósticos que se emplean para interpretar los datos de los pacientes. Este conocimiento es extenso y complejo, de modo que no es necesario que las enfermeras memoricen todo el conocimiento disponible, sino que lo que han de saber es como acceder a la información que precisan; los recursos para alcanzar este conocimiento deben estar disponibles cuando se necesiten.

Las características definitorias son claves o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico de real, de promoción de la salud, son aquellos signos, síntomas o síndromes que aparecen como consecuencia de la existencia de un diagnóstico enfermero (constituyen las manifestaciones del diagnóstico), y por tanto confirman la presencia de éste. Para llegar a establecer su presencia, es necesario realizar una recogida de datos previa, que se realiza en la fase de valoración, y un análisis posterior ya dentro de la fase diagnóstica. Si establecemos las relaciones existentes entre los datos recogidos en la fase de valoración y los valores determinantes de los

diagnósticos, agilizaremos este proceso de análisis, disponiendo de una sugerencia diagnóstica de forma directa al realizar la valoración. Las características definitorias sirven como clave o inferencias que se agrupan como manifestaciones de una enfermedad o estado de bienestar y son:

**Características definitorias del dolor agudo:**

**Fisiológica.**

- Aumento de la presión arterial.
- Cambios de la frecuencia cardiaca.
- Cambios en la frecuencia respiratoria
- Diaforesis
- Dilatación pupilar
- Trastornos del sueño

**Sensorial.**

- Muecas.
- Postura para evitar el dolor.
- Cambios en el apetito.
- Gestos de protección.
- Informe verbal del dolor.

**Afectiva.**

- Conductas de distracción (actividades repetitivas).
- Conducta expresiva (llanto, irritabilidad).
- Conducta defensiva
- Estrechamiento del foco de atención (deterioro de los procesos de pensamiento).
- Centrar la atención en sí mismo, (NANDA.2011).

**2.12. Valoración del dolor.**

Una valoración “enfermera” contiene los datos necesarios para los cuidados. La valoración de enfermería en todos los niveles de análisis (personales, familiares y comunitarios) consta de datos subjetivos procedentes de la persona o personas y datos objetivos procedentes de las pruebas diagnósticas y otras fuentes de datos. La valoración de los individuos consta de una historia de salud (datos subjetivos) y un examen físico (datos objetivos).

En enfermería los marcos para la valoración necesitan ser suficientemente amplios para contener datos que guíen los cuidados enfermeros para la promoción, prevención y recuperación de la salud. “La promoción de la salud se dirige a un nivel creciente de bienestar o mejoría de la persona, familia o grupo; centra los esfuerzos en aproximarse o avanzar hacia un estado positivo equilibrado de alto nivel de salud y bienestar”, (Haya, C. 2010).

La protección de la salud es el proceso de ayudar a las personas a reducir los riesgos para la salud y protegerse a sí mismos de las situaciones de riesgo existentes. La recuperación de la salud, también llamada gestión de la enfermedad, es el proceso de ayudar a las personas a gestionar sus problemas de salud. La principal fuente de información para la Valoración sobre el dolor es el mismo paciente. Otras fuentes que puede usar la enfermera son su propia observación del enfermo y la de los otros miembros de grupo de salud. La enfermera debe considerar los Datos subjetivos: al reunir información el dolor del paciente, la enfermera debe valorar siempre que sea posible los siguientes aspectos del dolor: calidad, localización, intensidad, hora en que ocurre y duración, factores que parecen precipitarlo, cualquier medida que lo alivie o las que haya intentado el paciente para aliviarlo. Asimismo considerar los Datos objetivos y puede complementar la información que obtiene del paciente observando sus reacciones al dolor; debe estar pendiente de sus manifestaciones fisiológicas y con gran frecuencia la expresión y la postura le indicaran que padece de dolor, (Cisneros, F. 2009).

Por lo tanto la valoración de enfermería en la persona post intervenida quirúrgicamente inmediata incluyen, el grado de recuperación de los efectos de la anestesia, la cantidad de hemorragia post/parto y la intensidad del dolor, el profesional de enfermería debe dar cuidados que satisfagan las necesidades fisiológicas, psicológicas y de seguridad, (Ortega, J. 2001).

### **¿Cómo se puede intervenir sin tener una correcta valoración?**

El proceso enfermero es un marco organizado para la práctica de la enfermería profesional que consta de cinco pasos clave que se podría visualizar como un proceso circular continuo: valoración enfermera, diagnósticos de enfermería, planificar, implementar y evaluar.

A la valoración le corresponde el primer paso e implica una valoración enfermera completa del usuario valoración física y resultados de las pruebas diagnósticas, extraer la información mediante la historia sanitaria y utilizar preguntas que animen al usuario a dar más información sobre su situación. Antes de continuar con el siguiente paso, el diagnóstico enfermero, se debe registrar y documentar detalladamente la historia sanitaria del paciente.

Si se considera el dolor como una emoción, experiencia y/o sensación subjetiva, ¿por qué no se valora realizando una pregunta al paciente -¿tiene dolor?- y se registra para conseguir su diagnóstico? Existen diversos autores, organizaciones, colegios y comisiones que apoyan la valoración del dolor como quinta constante vital. Así, en el Hospital Son Dureta ya es una realidad a través de la Escala Visual Analógica en las gráficas clínicas; en la Declaración del Colegio de Anestesiólogos de Australia y Nueva Zelanda (ANZCA) sobre los derechos del paciente al alivio del dolor, preconiza.

- a. El derecho a ser creído.
- b. El derecho a una evaluación y a un tratamiento adecuado del dolor.
- c. El derecho a que se registren periódicamente los resultados de la evaluación del dolor.
- d. El derecho a ser atendidos por profesionales sanitarios con la debida formación y experiencia en la evaluación y el tratamiento del dolor.
- e. El derecho a unas estrategias adecuadas y eficaces para el control del dolor.
- f. El derecho a recibir educación sobre las alternativas existentes para un tratamiento eficaz del dolor en cada caso en particular.
- g. El derecho a una planificación adecuada para el alivio del dolor después de recibir el alta de los cuidados inmediatos, (Fernández, R. 2009).

Cuando se habla de valoración del dolor también se debe definir que se puede registrar o valorar. A través de lo expuesto anteriormente, queda claro que “el dolor, como toda experiencia emocional es subjetivo; sólo el propio paciente conoce su dolor y cuánto le duele, por ello, toda valoración del mismo debe atender necesariamente el informe del enfermo”. Enfermería por tanto, debe ser la encargada de registrar todo dato referente al dolor que obtenga de la entrevista y valoraciones que realice al paciente; para poder diagnosticar, planificar, intervenir y evaluar el control del dolor obtenido, (De la Torre, R.2003).

### **2.13. Teoría del dolor agudo por Diana Marcela Achury.**

La conducta o comportamiento del dolor agudo, es el resultado del dolor y sufrimiento. A su vez, reúne un conjunto de acciones que una persona hace o deja de hacer y que pueden atribuirse a la presencia de lesión tisular. Ejemplos de ellas son quejas, muecas, recostarse, ir al médico, negarse a trabajar, etc. Estas conductas son percibidas por otras personas y pueden ser cuantificadas. Todos estos comportamientos son reales y probablemente estén influidos por el entorno y las consecuencias. Podemos considerar tres componentes esenciales que intervienen en la percepción dolorosa y se convierten en elementos necesarios al valorar y manejar el dolor:

- El sensorial, que se relaciona con la transmisión del impulso desencadenado y que informa su intensidad, localización y cualidad.
- El motivacional-afectivo, que se refiere a nuestras emociones frente a un impulso doloroso y la manera como estas pueden influir en su interpretación, caracterizando el dolor como desagradable. Generan ansiedad y depresiones.
- El evaluador, que determina la influencia del dolor en la vida diaria y cotidiana del paciente. Como cambios en los signos vitales que están dando a conocer el funcionamiento interno del cuerpo.

Teóricamente, el dolor agudo se caracteriza por un comienzo bien definido, así como por la presencia de síntomas y signos físicos objetivo. Puede estar relacionado con procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Este dolor es predecible y cumple una señal de alarma, aunque ocasionalmente hay factores

psicológicos implicados. El dolor agudo no se debe casi nunca a causas psicopatológicas o a influencias ambientales, (Achury, D. 2013).

Al preguntarles a los pacientes sobre el significado del dolor, lo definen como una sensación desagradable que los limita y los afecta física y emocionalmente. Refieren que algunas veces al sentir dolor perciben otros síntomas como son náuseas, palpitaciones o fatiga, (Achury, D. 2013).

La intensidad del dolor varía desde leve hasta severa, que es descrita como incontrolable e inmanejable. Los intervalos de aparición del dolor son intermitentes. La dimensión de angustia en estos individuos es heterogénea, puesto que para algunos el dolor agudo puede ser molesto, pero para otros no tanto. Esto depende de dos elementos: (i) el umbral del dolor, considerado como la mínima intensidad de estímulo que se requiere para experimentar dolor, y (ii) el grado de tolerancia, que corresponde a la mayor intensidad del estímulo que se puede tolerar, (Achury, D. 2013).

El dolor agudo es un fenómeno complejo, unidimensional y multideterminado, que resulta de la interacción de factores psicológicos, fisiológicos, ambientales y socioculturales. Estos factores son de suma importancia en la percepción y el manejo del dolor. Se ha observado que enfermedades de base, experiencias traumáticas anteriores (donde sentían dolor y no fue adecuado su manejo), ciertos estímulos (como el ruido, el frío, el calor, la falta de analgesia, los movimientos y la personalidad) se constituyen en determinantes en la percepción del dolor.

Esta teórica, se encargó de clasificar el dolor agudo en: dolor leve, moderado y severo, (Achury, D. 2013).

### **2.15. Cesárea.**

Procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y en el útero, (Calvo, R. 2010).

Según Kilian, A. Refiere que la Organización Mundial de la Salud estima que la tasa de cesárea entre todos los nacimientos en los países desarrollados está entre el 10 % y 15 %, comparado con cerca del 20 % en el Reino Unido y 23 % en Estados Unidos. En el 2003, la tasa de cesáreas en Canadá fue de 21%, con variaciones regionales. En años recientes se han generado preocupación porque la operación se realice frecuentemente por otras razones diferentes a la necesidad médica, la tasa de cesáreas en los hospitales públicos españoles pasó de un 19,98% de media en el año 2001 al 21,88% en 2011, lo que supone un incremento del 9,5% en 10 años, según las últimas estadísticas, (Kilian, A. 2011).

- **Indicaciones:**

Las Indicaciones para ordenar la realización de una cesárea, se categorizan atendiendo si su causa primaria es de origen materno, fetal u ovular, las cuales a su vez, pueden se consideran con criterio de absolutas o relativas tanto para la madre como para el feto, (Calvo, R. 2010).

**Absolutas:** Incluye a todas aquellas morbilidades y/o comorbilidades propias al embarazo-parto o asociadas a la gestación que la medicina evidencial ha mostrado que el parto vaginal no es posible, o bien de estar presentes, se asocian con altísimas probabilidades de muerte materna o fetal en caso de ocurrir un parto vaginal, para la madre puede ser; desproporción céfalo- pélvico, estrechez pélvica, fibrosis cervical, tumor avanzado, dos o más cesáreas previas, etc. Para el feto; feto en situación transversa, posición podálica, embarazo múltiple, sufrimiento fetal, macrosomía fetal, etc. Las indicaciones ovulares absolutas de relevancia son desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa oclusión total, prolapso de cordón con feto vivo, oligohidramnios severo, (Calvo, R. 2010).

**Relativas:** Incluye aquellas patologías las cuales ameritan unas condiciones de atención (infraestructura, recurso humano, apoyos diagnóstico, etc.) que de no tenerse, no se puede garantizar plenamente un buen pronóstico de la salud del binomio madre-feto durante la atención del parto vaginal y para la madre puede ser; preeclamsia-eclampsia, embarazo prolongado, cérvix

inmaduro, etc. Para el feto; anomalías congénitas, restricción del crecimiento intrauterino, contracciones alteran el bienestar fetal, etc. las indicaciones ovulares relativas de relevancia; placenta previa oclusión parcial, RPM con infección ovular, polihidramnios severo, etc, (Calvo, R. 2010).

### III. MATERIAL Y MÉTODOS.

#### 3.1. Tipo y diseño de Investigación:

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: según la investigación del investigador, observacional; según la planificación de la toma de datos: prospectivo; según el número de ocasiones en que se medirá la variable en estudio: longitudinal; según el número de variables de interés de análisis: descriptivo, (Supo, J. 2012).

De enfoque cuantitativo porque permitió cuantificar los datos mediante el uso de la estadística. De nivel descriptivo porque describió la variable en estudio tan igual como se presenta en la naturaleza. Tipo de investigación: Observacional porque no se manipuló la variable ya que los datos reflejaron la evolución natural de los eventos; Prospectivo porque los datos se recolectaron de fuentes primarias o sea directamente de la muestra objeto de estudio. Longitudinal por que la variable se midió en más de dos ocasiones. De interés de análisis descriptivo porque el análisis estadístico fue univariado, (Supo, J. 2012).

**El diagrama de este tipo de estudio es el siguiente:**



**Dónde:**

M = Es la muestra de estudio.

O = Variable de estudio.

#### 3.2. Universo Muestral.

El universo muestral estuvo conformada por 24 personas post cesareadas de la unidad de recuperación post anestésica, Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol.

#### 3.3. Método, técnica e instrumento de recolección de datos.

- **Método y técnica:**

1. Para la guía para valorar el dolor agudo según las características definitorias de la etiqueta diagnóstica de enfermería en personas post cesareadas. Se utilizó el método y técnica de la observación, (Canales, 1994).
2. Para la escala visual analógica se utilizó el método de la encuesta y la técnica de la entrevista, (Canales, 1994).

- **Instrumento.**

En la presente investigación se utilizó dos (02) instrumentos para medir el dolor agudo:

**Guía para valorar el dolor agudo según las características definitorias de enfermería en personas post cesareadas.**

**Autora:** Mirian Mercedes Mendoza Meléndez.

Este instrumento estuvo constituido por 17 ítems organizados en tres dimensiones como la fisiológica, sensorial y afectiva, a cada una le corresponde 6 y 5 ítems y deben ser respondidos mediante SÍ o NO. Se consideró tres tiempos para recolectar los datos, la primera, segunda y tercera hora.

Los ítems que corresponden a la dimensión fisiológica son: 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Los ítems que corresponde a la dimensión sensorial son: 7, 8, 9, 10, 11, 12.

Los ítems que corresponde a la dimensión afectiva son: 13, 14, 15, 16, 17.

Se asignó valores para determinar la intensidad del dolor:

Leve 1-5,            Moderado 6-11,            Severo 12-17.

El presente instrumento se validó a través del juicio de expertos (Prueba binomial y Z de gauss), y la confiabilidad con el coeficiente Split Halves, lo cual se aplicó en una prueba piloto del 10% (10 personas post cesareadas) de la muestra, con las mismas características de la población.

Cuya validez fue:  $VC = 5.29 > VT = 1.64$  (adecuado), y una confiabilidad del 0.73 considerado como moderada confiabilidad.

**Escala Visual Analógica:**

Esta escala es una representación gráfica a través de la cual las personas post cesareadas determinaron la intensidad del dolor sobre una línea base de 10, numerados del 0 al 10 que sirvieron de indicadores del dolor como:

Leve 0- 4,            Moderado 5-7,            Severo 8-10.

El presente instrumento ya fue validado por Scout Huskinson en 1976, cuyo valor fue:  $VC = 8.65 > VT = 1.64$  (adecuado), y una confiabilidad del 0.94 considerado como alta confiabilidad.



27 ABR 2015

### **3.4 Procedimiento de Recolección de Datos:**

- 3.4.1.** Se solicitó la autorización correspondiente al Director del Hospital de apoyo I Santiago Apóstol-Bagua Grande. Previo oficio emitido por la Facultad de Enfermería de la UNTRM a solicitud de la investigadora.
- 3.4.2.** La recolección de datos se tomó en los meses de, Junio Julio y Agosto durante el horario de atención en la Unidad de Recuperación Post Anestésica previa coordinación y autorización del jefe del Servicio del Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - Bagua Grande.
- 3.4.3** El abordaje a las personas post cesareadas se llevó a cabo en forma individualizada en la Unidad de Recuperación Post Anestésica, durante los días de ejecución; se les explico el objetivo del estudio y la confidencialidad de los datos.
- 3.4.4.** Los instrumentos se aplicaron directamente a la persona post cesareada. Como última etapa del proceso se elaboró la tabulación de los datos obtenidos para su respectivo análisis estadístico.

### **3.5. Análisis de datos.**

Los datos obtenidos se analizaron estadísticamente mediante el software SPSS versión 20.0 y la hoja de cálculo Excel y Word 2010, se utilizó la estadística descriptiva de distribución de frecuencias. Con el 95% de nivel de confianza y el 5% de margen de error. También se utilizó la T de student para determinar si existe cambio significativo en la intensidad del dolor agudo de la primera a la tercera hora.

Los resultados se presentaron en tablas simples, de contingencia, y en gráficos de curvas.

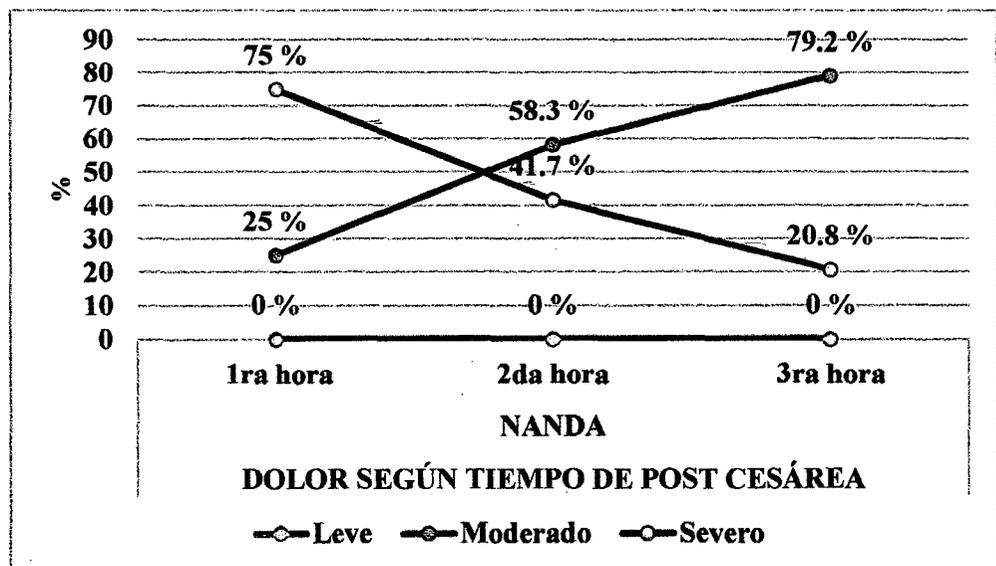
#### IV. RESULTADOS.

**Tabla 01: Comportamiento del dolor agudo según la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería de la (NANDA), en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.**

COMPORTAMIENTO DEL DOLOR AGUDO (NANDA)	1ra hora		2da hora		3ra hora	
	fi	%	fi	%	fi	%
Leve	0	0	0	0	0	0
Moderado	6	25	14	58.3	19	79.2
Severo	18	75	10	41.7	5	20.8
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía para valorar el dolor según las características definitorias de la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería de la (NANDA).

**Gráfico 01: Comportamiento del dolor agudo según la Etiqueta Diagnostica de Enfermería de la (NANDA) en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol – 2014.**



Fuente: Tabla 01.

En la tabla y gráfico 01, Se puede observar el comportamiento del dolor agudo en personas post cesareadas, según las etiqueta diagnostica de enfermería de la (NANDA), durante las tres primeras horas, con respecto al dolor de intensidad severa; del 100% (24), en la 1ra hora; el 75% (18); en la 2da hora el 41.7% (10); en la 3ra hora el 20.8% (5) presentaron dolor de intensidad severa respectivamente.

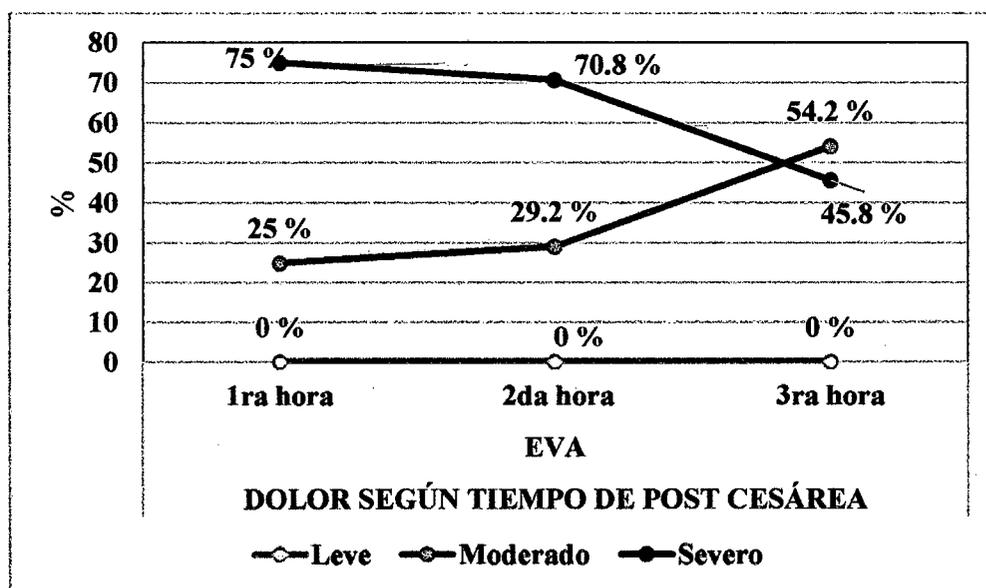
Con respecto al dolor de intensidad moderada, del 100% (24), en la 1ra hora solo el 25% (6); en la 2da hora el 58.3% (14); en la 3ra hora el 79.2% (19) presentaron dolor de intensidad moderada respectivamente.

**Tabla 02: Comportamiento del dolor agudo según la Escala Visual Analógica (EVA), en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.**

COMPORTAMIENTO DEL DOLOR AGUDO (EVA).	1ra hora		2da hora		3ra hora	
	fi	%	fi	%	fi	%
Leve	0	0	0	0	0	0
Moderado	6	25	7	29.2	13	54.2
Severo	18	75	17	70.8	11	45.8
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Escala Visual Analógica (EVA).

**Gráfico 02: Comportamiento del dolor agudo según la Escala Visual Analógica (EVA), en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.**



Fuente: Tabla 02.

En la tabla y gráfico 02, Se puede observar el comportamiento del dolor agudo según la escala visual analógica (EVA), en personas post cesareadas, durante las tres primeras horas, con respecto al dolor de intensidad severa; del 100% (24), en la 1ra hora; el 75% (18); en la 2da hora el 70.8% (17); en la 3ra hora el 45.8% (11) presentaron dolor de intensidad severa respectivamente.

Con respecto al dolor de intensidad moderada, del 100% (24), en la 1ra hora solo el 25% (6); en la 2da hora el 29.2% (7); en la 3ra hora el 54.2% (13) presentaron dolor de intensidad moderada respectivamente.

**Tabla 03: Comportamiento del dolor agudo en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.**

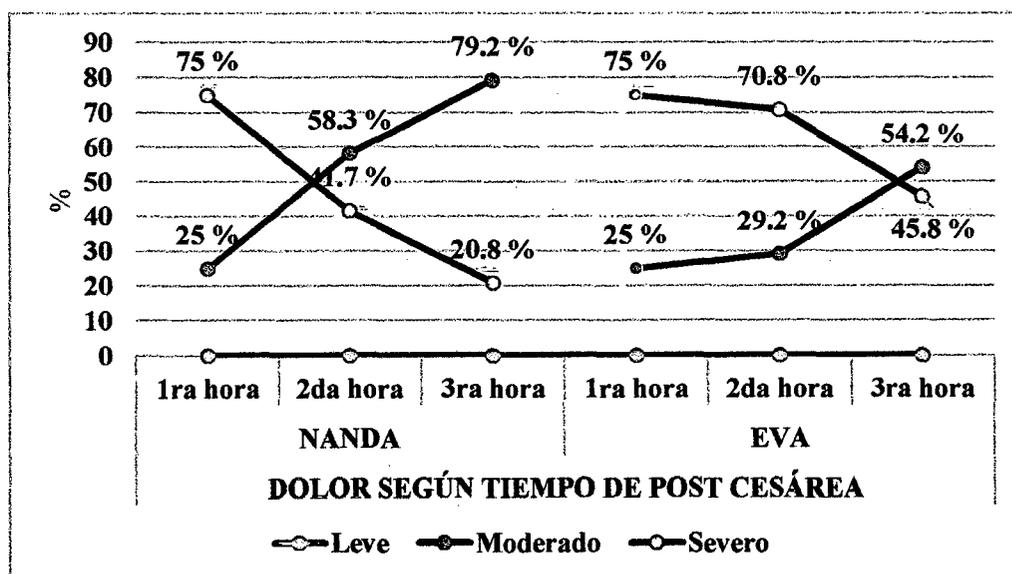
<b>DOLOR SEGÚN TIEMPO DE POST CESÁREA</b>												
<b>COMPORTAMIENTO DEL DOLOR AGUDO</b>	<b>NANDA</b>						<b>EVA</b>					
	1ra hora		2da hora		3ra hora		1ra hora		2da hora		3ra hora	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Leve</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Moderado</b>	6	25	14	58.3	19	79.2	6	25	7	29.2	13	54.2
<b>Severo</b>	18	75	10	41.7	5	20.8	18	75	17	70.8	11	45.8
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía para valorar el dolor según las Características definitorias de la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería de la (NANDA) y la Escala Visual Analógica (EVA).

NANDA: 1ra a 3ra hora =  $t = 5.215$ ;  $Gl = 23$ ;  $p = 0.000 < \alpha = 0.05$

EVA: 1ra a 3ra hora =  $t = 2.290$ ;  $Gl = 23$ ;  $p = 0.032 < \alpha = 0.05$

**Gráfico 03: Comportamiento del dolor agudo, en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.**



Fuente: Tabla 03.

En la tabla y gráfico 03, Se puede observar el comportamiento del dolor agudo en personas post cesareadas, según las etiqueta diagnostica de enfermería de la (NANDA), durante las tres primeras horas, con respecto al dolor de intensidad severa; del 100% (24), en la 1ra hora; el 75% (18); en la 2da hora el 41.7% (10); en la 3ra hora el 20.8% (5) presentaron dolor de intensidad severa respectivamente. Con respecto al dolor de intensidad moderada, del 100% (24), en la1ra hora solo el 25% (6); en la 2da hora el 58.3% (14); en la 3ra hora el 79.2% (19) presentaron dolor de intensidad moderada respectivamente.

Según la escala visual analógica (EVA), en personas post cesareadas, durante las tres primeras horas, con respecto al dolor de intensidad severa; del 100% (24), en la 1ra hora; el 75% (18); en la 2da hora el 70.8% (17); en la 3ra hora el 45.8% (11) presentaron dolor de intensidad severa respectivamente. Con respecto al dolor de intensidad moderada, del 100% (24), en la1ra hora solo el 25% (6); en la 2da hora el 29.2% (7); en la 3ra hora el 54.2% (13) presentaron dolor de intensidad moderada respectivamente.

## V. DISCUSIÓN.

En la tabla/gráfico 01, se observa el comportamiento del dolor agudo según la etiqueta diagnóstica de enfermería de la (NANDA), en personas post cesareadas durante las tres primeras horas, del 100%, en la 1ra hora el 75% presentaron un dolor de intensidad severa considerándose esta intolerable ya que las mujeres presentaron cambios intensos en la presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, con gestos de protección marcada, conductas de quejas y a la vez muy defensivas; el 25% un dolor de intensidad moderada quiere decir que el dolor no es muy tolerable ya que presentaron cambios de intensidad moderada en la presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, cambios en la postura y gestos de protección, conductas de quejas y defensiva; en la 2da hora el 58.3% presentaron un dolor de intensidad moderada; el 41.7% un dolor de intensidad severa; en la 3ra hora; el 79.2% presentaron dolor de intensidad moderada y el 20.8% dolor de intensidad severa.

El dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad desde leve, moderado a severa con un final anticipado o previsible, a su vez, reúne un conjunto de acciones que una persona hace o deja de hacer y que pueden atribuirse a la intensidad. Ejemplos de ellas son quejas, muecas, cambios fisiológicos, dependiendo del umbral de dolor y el grado de tolerancia de cada persona, en lo cual pueden ser cuantificadas a través de instrumentos, (NANDA.2011).

No existen estudios realizados con los que se puede comparar y discutir. En la presente tabla y gráfico se puede evidenciar que la intensidad del dolor no es la misma en todas las post cesareadas; es allí donde entran a tallar el umbral del dolor y el grado de tolerancia y de manera externa la prescripción y administración correcta o incorrecta de los analgésicos, pues hay mujeres que sienten dolor de intensidad severa desde la primera hasta la tercera hora, aunque el porcentaje ha ido disminuyendo.

Así mismo se observa el comportamiento del dolor agudo según la NANDA, por grupo etario, en la cual el dolor de intensidad moderada es más frecuente en las post cesareadas < de 15 años 16.7% y con igual proporción del 12.5% en los grupos etarios de 15 a 19 años, 20 a 25 años y > de 30 años respectivamente; mientras que el dolor de

intensidad severa es más frecuente con un 25% en el grupo etario de 25 a 30 años, seguida de las de 20 a 25 años en un 8.3% y un 4.2% en los demás grupos etarios. (Anexo 07).

La teoría indica que el umbral del dolor y la tolerancia al dolor van aumentando conforme pasa los años, pues las personas se vuelven más susceptible a cualquier estímulo doloroso; sumándolo a ello factores como el estrés, la ansiedad que tiene efectos negativos, directamente aumentando el número de células transmisoras del dolor es por ese motivo que se puede evidenciar que el dolor de intensidad severa lo tienen las post cesareadas de 25 a 30 años y en moderada intensidad las mujeres menores de 15 años, (John L. 2005).

En función al comportamiento del dolor agudo según el número de cesáreas, el dolor de intensidad moderada es más frecuente en las post cesareadas que tuvieron una cesárea representados en un 41.7% seguida de las que tuvieron dos cesáreas con un 12.5%; mientras que el dolor de intensidad severa es más frecuente con un 25% de las tuvieron dos cesáreas, 16.7% los de una cesárea y 4.2% los que tuvieron tres cesáreas. (Anexo 09).

Cada cesárea es diferente, independientemente de que sea la primera, segunda o más, cada una de ellas puede ocasionar una intensidad de dolor diferente; dependiendo de muchos factores que pueden intervenir, como el umbral de dolor, ansiedad en cada persona. Investigadores refieren que una cesárea es diferente de la otra, en la primera pudo haber sentido más dolor que en la segunda o viceversa, pues la respuesta frente al dolor va a depender mucho de la mujer, los primeros días post operatorio van a sentir un dolor de intensidad variada de acuerdo al umbral del dolor, aceptación del dolor y medidas que se adopte para disminuirlo, lo que sí se puede llegar a concluir que después de meses las personas que siguen sintiendo dolor sin importar la intensidad, aunque la mayoría es leve son las mujeres que han sido cesareadas más de una vez, ya que la zona de operación está más sensible y también que haya ocurrido adherencias en la cual produce diferentes molestias que puede repercutir en el cuidado del hijo, no podrá cumplir con sus responsabilidades dentro y fuera del hogar, ocasionando ansiedad. Lo que recomiendan como opción para una cesárea cuando la vida del feto como de la madre esté en riesgo, etc, (Adriana, P. 2011).

En función al comportamiento del dolor agudo según el número de embarazos, el dolor de intensidad moderada es más frecuente en la post cesareadas que tuvieron dos embarazos representados con un 20.8%, seguida de las que tuvieron un embarazo 12.5% y tres embarazos 4.2%; mientras que el dolor de intensidad severa es más frecuente en un 33.3% en las post cesareadas que tuvieron un embarazo, 20.8% de las que tuvieron dos embarazos y 8.3% las que tuvieron tres embarazos. (Anexo 10).

Se ha llegado a evidenciar que cada embarazo es diferente y que el dolor puede variar con el primero, segundo y demás embarazos que siguen; sin embargo hay diferentes factores que pueden intervenir por ejemplo el primer embarazo, todos los sentimientos de miedo al parto, pues puede haber complicaciones y pueda terminar en cesárea, que su hijo pueda nacer sano, etc. hacen que la madre se sienta ansiosa, irritable y por ende la intensidad del dolor pueda ser más severo, eso no es lo que ocurre con las madres con su segundo o demás embarazos ya que conocen los procedimientos, tienen confianza, se sienten tranquilas y sobrellevan el dolor con más calma y se puede ver que la intensidad de su dolor es menos a comparación de las mujeres con un primer embarazo, (Adriana, P. 2011).

Del mismo modo al realizar un análisis del comportamiento del dolor agudo, según la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería de la(NANDA) según la dimensión fisiológica en personas post cesareadas, en la 1ra hora el 70.8% presentaron un dolor de intensidad severa, el 29.2% dolor de intensidad moderada; mientras que en la 2da hora el 66.7% presentaron un dolor de intensidad moderada seguida del 33.3% con dolor de intensidad severa; en la 3ra hora el 75% presentaron un dolor de intensidad moderada y solo el 25% dolor de intensidad severa. (Anexo 04).

El funcionamiento fisiológico normal de una persona indica que todos los sistemas internos están funcionando adecuadamente, esto cambia cuando está expuesta a mecanismos externos como lesiones, estrés, enfermedades, en la cual se produce una alteración y en respuesta se puede ver cambios en los signos vitales, diaforesis, dificultad para conciliar el sueño, por lo tanto se puede evidenciar que el funcionamiento fisiológico ha estado alterado en un porcentaje alto (70.8%) en las personas post cesareadas con dolor de intensidad severa en la primera hora; en la segunda hora se puede observar que ha ido disminuyendo de un (70.8%) a un 33.3%

para llegar a un 25% en la tercera hora, lo que quiere decir que el funcionamiento fisiológico del organismo está normalizándose y por ende el dolor está disminuyendo.

Al realizar un análisis del comportamiento dolor agudo, según la etiqueta diagnóstica de enfermería de la (NANDA) según la dimensión Sensorial en personas post cesareadas, en la 1ra hora el 75% presentaron un dolor de intensidad severa, el 25% dolor de intensidad moderada; mientras que en la 2da hora el 79.2% presentaron un dolor de intensidad moderada seguida del 20.8% con dolor de intensidad severa; en la 3ra hora el 70.8% presentaron un dolor de intensidad moderada y solo el 29.2% dolor de intensidad severa. (Anexo 05).

Según la dimensión afectiva se puede evidenciar que en la primera hora un 75% de las mujeres post cesareadas presentaron un dolor de intensidad severa, lo que quiere decir que referían dolor, realizaban posturas para evitar el dolor, muecas, protección de la herida durante la palpación, evidencias de dolor, en lo que se concluye que su dolor era intenso; en un 25% presentaron dolor de intensidad moderada, lo que quiere solo se observaba muecas, evidencias de dolor, referir dolor; en la segunda y tercera hora el dolor en un porcentaje alto es de intensidad moderada a pesar de que muchas post cesareadas siguen manteniendo un dolor de intensidad severa.

Del mismo modo al realizar un análisis del comportamiento del dolor agudo, según la etiqueta diagnóstica de enfermería de la (NANDA) según la dimensión Afectiva en personas post cesareadas, en la 1ra hora el 91.7% presentaron un dolor de intensidad moderada, el 8.3% dolor de intensidad severo; mientras que en la 2da hora el 75% presentaron un dolor de intensidad moderada seguida del 25% dolor de intensidad leve; en la 3ra hora el 62.5% presentaron un dolor de intensidad moderada y solo el 37.5% dolor de intensidad leve. (Anexo 06).

Muchas de las mujeres pueden variar su respuesta afectiva de acuerdo a como están emocionalmente en ese momento, pueden estar irritables, llorosas, hasta el extremo de presentarse deterioro del pensamiento, (Adriana, P. 2011).

De acuerdo a este estudio según la dimensión afectiva se puede ver que del 100% de las personas post cesareadas ninguna tiene dolor de intensidad severa, lo que quiere decir

que no hubo deterioro del pensamiento, estaban lucidas, se mantienen en un dolor de intensidad moderada a leve conforme el paso de las horas, ya que se encontraban irritables, llorosas, ansiosas.

No existen antecedentes internacionales, nacionales o locales de estudios con que comparar los resultados del presente estudio en función a la etiqueta diagnóstica de enfermería de la (NANDA). Pero es conveniente determinar que las características definitorias son claves o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico de real, de promoción de la salud, son aquellos signos, síntomas o síndromes que aparecen como consecuencia de la existencia de un diagnóstico enfermero (constituyen las manifestaciones del diagnóstico), y por tanto confirman la presencia de éste. Para llegar a establecer su presencia, es necesario realizar una recogida de datos previa, que se realiza en la fase de valoración, y un análisis posterior ya dentro de la fase diagnóstica. Si se establece las relaciones existentes entre los datos recogidos en la fase de valoración y los valores determinantes de los diagnósticos, se agilizará este proceso de análisis, disponiendo de una sugerencia diagnóstica de forma directa al realizar la valoración. Las características Definitivas sirven como clave o inferencias que se agrupan como manifestaciones de una enfermedad o estado de bienestar, (NANDA. 2011).

En la tabla/gráfico 02, se observa el comportamiento del dolor agudo según la escala visual analógica (EVA) y del 100% de personas post cesareadas durante las tres primeras horas, se puede observar que del 100%, en la 1ra hora el 75% presentaron un dolor de intensidad severa considerándose esta no tolerable; el 25% dolor de intensidad moderada quiere decir que el dolor no es muy tolerable; en la 2da hora el 70.8% presentan un dolor de intensidad severa; el 29.2% de intensidad moderada; en la 3ra hora el 54.2% presentaron un dolor de intensidad moderada y el 45.8% dolor de intensidad severa.

La escala visual analógica es un instrumento muy utilizado en varios hospitales en el mundo, por su fácil aplicación, pues la persona te indica de manera subjetiva la intensidad del dolor que en ese momento está sintiendo. Se puede evidenciar que en

porcentaje alto las mujeres sienten dolor de intensidad severa en la primera y segunda hora para luego disminuir en la tercera hora.

Así mismo se observa el comportamiento del dolor agudo según EVA por grupo etario, en la cual el dolor de intensidad moderada es más frecuente en las post cesareadas < 15 años en un 25%, seguido de las de 15 a 19 años en un 16.7%, y con menor frecuencia las de 20 a 25 en un 12.5%; mientras que el dolor de intensidad severa es más frecuente con igual proporción en un 16.7%, en el grupo etario de 25 a 30 y > de 30 años, y en menor proporción en el grupo etario de 20 a 25 años en un 8.3% respectivamente (Anexo 07).

Se puede evidenciar que el dolor de intensidad severa es más frecuente en el grupo etario de mayor edad como son de 25 a 30 y > de 30 y el dolor de intensidad moderada prevalece en los grupos etarios de menor edad, puesto que el umbral del dolor y la tolerancia al mismo va aumentando, las personas se vuelven más sensibles, sin dejar de mencionar que factores como la ansiedad, estrés aumentan el número de células transmisoras del dolor.

En función al comportamiento del dolor agudo según el número de cesáreas, el dolor de intensidad moderada es más frecuente en las post cesareadas que tuvieron una cesárea representando un 20.8% seguida de las que tuvieron dos cesáreas con un 12.5%, y de las que tuvieron tres cesáreas; también el dolor de intensidad severa predomina las mujeres que fue su primera cesárea en un 37.5%, seguido de las que fue su segunda cesárea con un 25%. (Anexo 09).

Como ya se mencionó anteriormente el dolor puede variar independientemente del número de cesárea que se le va a realizar a la mujer y que va a depender de muchos mecanismos como el umbral del dolor, ansiedad que pueden repercutir en la intensidad del dolor que puede sentir la post cesareadas, (Adriana, P. 2011).

En función al comportamiento del dolor agudo según el número de embarazos, el dolor de intensidad moderada es más frecuente en la post cesareadas que tuvieron dos embarazos representados con un 20.8%, seguida de las que tuvieron un embarazo 12.5% y tres embarazos 4.2%; mientras que el dolor de intensidad severa es más frecuente en

un 33.3% en las post cesareadas que tuvieron un embarazo, 20.8% de las que tuvieron dos embarazos y 8.3% las que tuvieron tres embarazos. (Anexo 10).

La teoría indica que los nervios, ansiedad, falta de conocimiento de las mujeres sobre el proceso del primer embarazo y la adaptación al nuevo rol de madre hace que pueda repercutir en la intensidad del dolor que pueda sentir sin considerar el tipo de parto, ya sea natural o por cesárea; y eso es lo que se puede evidenciar en el presente estudio, que las mujeres con un primer embarazo en un porcentaje alto 33% sienten dolor de intensidad severa.

En la tabla y gráfico 03, Se puede observar el comportamiento del dolor agudo en personas post cesareadas, según las etiqueta diagnostica de enfermería de la (NANDA), durante las tres primeras horas, con respecto al dolor de intensidad severa; del 100% (24), en la 1ra hora; el 75% (18); en la 2da hora el 41.7% (10); en la 3ra hora el 20.8% (5) presentaron dolor de intensidad severa respectivamente. Con respecto al dolor de intensidad moderada, del 100% (24), en la 1ra hora solo el 25% (6); en la 2da hora el 58.3% (14); en la 3ra hora el 79.2% (19) presentaron dolor de intensidad moderada respectivamente.

Según la escala visual analógica (EVA), en personas post cesareadas, durante las tres primeras horas, con respecto al dolor de intensidad severa; del 100% (24), en la 1ra hora; el 75% (18); en la 2da hora el 70.8% (17); en la 3ra hora el 45.8% (11) presentaron dolor de intensidad severa respectivamente. Con respecto al dolor de intensidad moderada, del 100% (24), en la 1ra hora solo el 25% (6); en la 2da hora el 29.2% (7); en la 3ra hora el 54.2% (13) presentaron dolor de intensidad moderada respectivamente. Los resultados de la investigación demuestran que el comportamiento del dolor agudo en personas post cesareadas durante las tres primeras horas post operatorio presenta una variación significativa representada por porcentaje alto con respecto a la intensidad del dolor especialmente en la segunda hora según la NANDA y la EVA.

Según la NANDA el dolor es de intensidad severa en la primera hora, disminuyendo a un dolor de intensidad moderada en la segunda y tercera hora; Según la EVA el dolor es de intensidad severa en la primera hora manteniéndose en la segunda hora con un

(70.8%), disminuyendo a un dolor de intensidad moderada en la tercera hora, considerando la administración de analgésicos en la primera hora a todas las personas post cesareadas sin excepción y logrando o no el efecto en las posteriores horas. Sin embargo se puede observar según la NANDA y la EVA que, muchas personas post cesareadas han mantenido un dolor de tipo severo en la segunda y tercera en un porcentaje considerable, a comparación de otras post cesareadas que han tenido un dolor de intensidad moderada desde la primera hora, pues la teoría indica que existe varios factores, como el umbral del dolor de cada persona, tolerancia al mismo, causa de la lesión tisular, causal, medios externos como las intervenciones médicas, de enfermería etc., que condicionan de una u otra la intensidad del dolor en cada una de ellas.

Según la NANDA, al comparar los cambios de dolor de la 1ra hacia la 2da y 3ra hora se puede apreciar que existen diferencias significativas muy marcadas, por los valores de  $t = 5.215$ ;  $Gl = 23$ ;  $p = 0.000 < \alpha = 0.05$ . De la misma forma según EVA al comparar los cambios de dolor de la 1ra hacia la 2da y 3ra hora se puede apreciar de que existen diferencias significativas muy marcadas, por los valores de  $t = 2.290$ ;  $Gl = 23$ ;  $p = 0.032 < \alpha = 0.05$ ; por lo que se puede concluir que el comportamiento del dolor agudo en personas post cesareadas va disminuyendo de intensidad durante el paso de las horas, con diferencia significativa.

Se consideró la administración de analgésicos en la primera hora a todas las personas post cesareadas; también se tuvo en cuenta el analgésico y dosis utilizada ya que cada doctor indicaba un tratamiento diferente de acuerdo a su criterio, sin considerar la intensidad del dolor, pues el hospital no cuenta con un protocolo de analgésicos que se deben utilizar en mujeres post cesareadas.

Según la NANDA se pudo evidenciar que las post cesareadas a las que se les administro tramadol 100mg. el 20.8% sintieron un dolor de intensidad moderada y el 8.3% un dolor de intensidad severa; a aquellas que se les administro metamizol 1gr. el 33.3% sintieron dolor de intensidad severa y el 25% dolor de intensidad moderada; y a las que se administró ketoprofeno 100mg. el 8.3% presentaron un dolor de intensidad moderada y solo el 4.2% un dolor de intensidad severa y según la EVA se evidenció que a las personas que se les administró tramadol 100mg. el 16.7% sintieron un dolor de intensidad moderada y el 12.5% un dolor de intensidad severa; a aquellas que se les

administro metamizol 1gr. el 45.8% sintieron dolor de intensidad severa y el 12.5% dolor de intensidad moderada; y a las que se administró ketoprofeno 100mg. el 8.3% presentaron un dolor de intensidad moderada y solo el 4.2% un dolor de intensidad severa, (ver anexo 10). Logrando determinar que el ketoprofeno es más efectivo en el tratamiento del dolor post operatorio.

La teoría indica que la administración de analgésicos para disminuir al mínimo el dolor post operatorio debe ser de acuerdo a la intensidad del dolor, tiempo de vida del analgésico. La OMS recomienda seguir una terapia escalonada en el tratamiento del dolor, iniciando con analgésicos no opioides, en el caso de que el dolor persista continuar con analgésicos opioides, para posteriormente en caso de continuar el dolor utilizar los opioides potentes, estos deben ser estandarizados para logran el efecto deseado y la recuperación de la mujer pueda ser más rápida, y pueda cuidar a su hijo, (OMS, 2005).

El ketoprofeno tiene mayor acción analgésica que antiinflamatoria en comparación con otros AINES por lo que concluye que el ketoprofeno es más efectivo en el tratamiento del dolor post operatorio en comparación con el metamizol ya que este último tiene más acciones antipiréticas y antiinflamatorias y que necesitara un complemento con otra droga para mayor efectividad, (Luna O. 2005).

No hay persona que después de una intervención quirúrgica no sienta dolor, la incidencia, intensidad y duración del dolor postoperatorio varían considerablemente de uno a otro paciente, de una a otra intervención quirúrgica, de uno otro hospital e incluso de un país a otro”, (Martínez. J. 2000).

Se pudo evidenciar que las personas no son iguales, cada una de ellas sienten dolor de intensidad diferente de acuerdo a su umbral del dolor y su grado de tolerancia frente a este y porque dejar de mencionar a otros factores que en ese momento están presentando como son la ansiedad, preocupación que puede repercutir en la intensidad del dolor que pueda presentar y en como lo manifiesta; al realizar la evaluación individualiza se pudo observar que cada post cesareada presentaba dolor de diferente intensidad conforme el paso de las horas, (ver anexo 10 y 11).

La anestesia regional (anestesia raquídea o epidural) para la cesárea es la opción que se prefiere al equilibrar los riesgos y los beneficios tanto para la madre como para el feto. Se considera que la anestesia raquídea para la cesárea es ventajosa debido a la simplicidad de la técnica, la rapidez de la administración y del inicio de la anestesia, la reducción del riesgo de toxicidad sistémica y el aumento de la densidad del bloqueo anestésico raquídeo. Se ha demostrado que tanto las técnicas raquídeas como las epidurales proporcionan una anestesia efectiva para la cesárea, (Parsons, J. 2008).

Se utilizó la anestesia raquídea en todas las mujeres que iban a ser intervenidas quirúrgicamente, debido a la facilidad de la técnica y el efecto rápido para el inicio de la intervención, también se utilizó el anestésico bupivacaina hiperbárica en todas las mujeres, puesto que es un potente anestésico y utilizado en anestesia raquídea.

Los resultados de la investigación, según la valoración objetiva de acuerdo a las características definitorias de la etiqueta diagnóstica de enfermería que ayudan a determinar la intensidad del dolor agudo post operatorio indican que hubo una disminución del dolor en la segunda y tercera hora a comparación de lo referido por el paciente considerado como una valoración subjetiva e indica que, el dolor de intensidad severa se mantuvo en la segunda hora para luego disminuir en la tercera hora; es por ese motivo que se puede observar claramente la diferencia según la NANDA y la EVA en la segunda y tercera hora, sin dejar de lado el efecto de la analgesia; es por ese motivo como investigadora se ha podido determinar que la EVA otorga puntajes según la intensidad del dolor: Leve 0-4; Moderado 5-7; Severo 8-10; en la cual la persona post cesareada evidenciaba disminución del dolor, según las características fisiológicas, sensoriales y afectivas, sin embargo muchas de ellas en un porcentaje alto seguían refiriendo un dolor de intensidad severa, especialmente en la segunda hora, basado al puntaje otorgado por la EVA, puesto que este instrumento requiere de un cierto grado de comprensión y de colaboración por parte de la persona; sin embargo existió diferencia significativa en la disminución del dolor con el transcurso de las horas según la NANDA y la EVA.

Según Poggi, L. Ibarra, O. (2007). En el Perú no se tiene datos de estudios similares realizados. Queda abierta la opción a que en un futuro se pueda realizar, buscando correlación de la variable intensidad / duración del dolor.

## VI. CONCLUSIONES.

1. El comportamiento del dolor agudo según la etiqueta diagnóstica de enfermería de la NANDA va desde un dolor de intensidad severa en la primera hora disminuyendo a un dolor de intensidad moderada en la segunda y tercera hora puesto que existen diferencias significativas muy marcadas, por los valores  $t = 5.215$ ;  $G1 = 23$ ;  $p = 0.000 < \alpha = 0.05$ .
2. El comportamiento del dolor según la Escala Visual Analógica (EVA), va desde un dolor de intensidad severa en la primera hora, manteniéndose también en la segunda hora para disminuir a un dolor de intensidad moderada en la tercera hora puesto que existen diferencias significativas muy marcadas, por los  $t = 2.290$ ;  $G1 = 23$ ;  $p = 0.032 < \alpha = 0.05$ .
3. El comportamiento del dolor agudo en personas post cesareadas va de un dolor de intensidad severa a un dolor de intensidad moderada con el paso de las horas.

## **VII. RECOMENDACIONES.**

### **A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO I SANTIAGO APÓSTOL.**

- Proponer la creación de protocolos sobre el manejo del dolor post operatorio de acuerdo a la intervención realizada, y de esta manera estandarizarlas para el buen manejo y recuperación de las pacientes post cesareadas y así evitar complicaciones.
- Fortalecer el equipamiento de la unidad de recuperación post anestésica (URPA) para monitorizar correctamente la evolución de las pacientes post cesareadas.
- Fomentar la capacitación continua en servicio sobre el manejo de la persona post operado.

### **A LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNTRM.**

- Incentivar a los estudiantes para realizar investigaciones relacionadas con el tema y otros como el manejo del dolor por el personal de enfermería.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

### De Libros.

- Canales, P (1994). “Metodología de la investigación, manual para el desarrollo de personal de Salud” 2° edición. Edit. Madrid. España. Pág. 283.
- Colegio de Enfermeros del Perú. (2005). Perú. Estatuto y reglamento D.L 22315; 17 de octubre 1978. Ley 28512 14 abril del 2005. Pág. 230.
- Diagnósticos Enfermeros NANDA– I. (2011). “Definiciones y Clasificación. 5° edición. Edit. Elseiver. España. Pág. 870.
- Landa, G. et. al. (2005). “Dolor Post Operatorio”. Edición 4°. Edit. Imago Concep & Imagen Development. España. Pág. 236.
- Lowdermik, D. Perry, S. (2005). Enfermería Materno Infantil. 6°edición. Edit. Interamericana. España. Pág. 1058.
- Supo, J. (2012). “Metodología de la investigación científica para las ciencias de las salud”. 2° edición. Edit. Universitaria. Perú. Pág. 57.

### Sítios En Red:

- Achury, D. “Teóricamente, el dolor agudo se caracteriza por un comienzo bien definido, así como por la presencia de síntomas y signos físicos objetivo”. disponible en: <http://repositorio.ulead.edu.ec/bitstream/26000/571/1/T-ULEAM16-0018.pdf> teorías dolhttp://www.redalyc.org/pdf/1452/145218502.pdf. Acceso 20 de octubre 2013.
- Adriana, P “Cada cesárea es diferente, independientemente de que sea la primera”. disponible en: <http://www.planetamama.com.ar/nota/las-emociones-en-el-embarazo?page=full>. Acceso 18 de noviembre 2014.

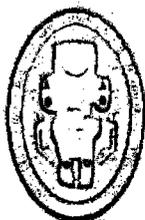
- Alonso, L. “La escala visual analógica es hoy de uso universal”. disponible en: <http://es/wpcontent/uploads/2011/05/LaEscalaVisualAnal%C3%B3gica.pdf>. Acceso 12 de octubre 2012.
- Arbonés, E. et.al. “El dolor en los pacientes hospitalizados. Revista de la Sociedad Española del dolor”. disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v16n6/original2.pdf>. Acceso 05 de marzo 2014.
- Baños. et.al. “Teoría de la puerta de entrada”. disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v53n4/Teoria%20de%20la%20compuerta.pdf>. Acceso 12 de octubre 2013.
- Baeza, R. “Escala de medición unidimensionales”. disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5569/rb11de1.pdf?sequence=1>. Acceso 12 de octubre 2013.
- Calvo, R. Cesárea. Disponible en: <http://www.unomasenlafamilia.com/cesareas-adherencias.html.pdf>. Acceso 05 de marzo 2014.
- Cisneros, F. “La protección de la salud es el proceso de ayudar a las personas a reducir los riesgos”. disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria.pdf>. Acceso 12 de octubre”.
- Carr, E. “La evaluación de dolor es un objetivo con un alto nivel de complejidad”. disponible en: <http://www.scartd.org/arxiu/fisiodolor06.pdf>. Acceso 12 de octubre 2013.
- De la Torre, R.2003. “Cuando se habla de valoración del dolor también se debe definir que se puede registrar o valorar.” disponible en: [http://www.auladedolor.com/musculoesqueletico/uploads/documents/monografia\\_me.pdf](http://www.auladedolor.com/musculoesqueletico/uploads/documents/monografia_me.pdf). Acceso 12 octubre 2012.

- Fernández, R. “Registros para la Valoración Enfermera” disponible en: [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Formacion/AS\\_Formacion/Metodologia%20enfermera/guia%20valoracion%20interact.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Formacion/AS_Formacion/Metodologia%20enfermera/guia%20valoracion%20interact.pdf). Acceso 12 de octubre 2013.
- Finkel, D. “EL dolor post operatorio. Conceptos Básicos y fundamentos para un tratamiento adecuado. Revista del Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía”. disponible en: <http://www.ramosmejia.org.ar/r/200301/Dolor%20Postoperatorio.pdf>. Acceso 20 octubre 2012.
- John L. “El umbral del dolor y la tolerancia al dolor van aumentando conforme pasa los años” disponible en: <http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/dolor.htm> Acceso 18 de noviembre 2014.
- Haya, C. “Una valoración “enfermera” contiene los datos necesarios para los cuidados enfermeros”. Disponible en: [http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/catalin\\_aroedriguez.pdf](http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/catalin_aroedriguez.pdf). Acceso. 20 octubre 2012.
- Kilian, A. “La organización mundial de la salud OMS) insiste en que la reducción de los partos que exigen incisión quirúrgica en el abdomen”. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/2010438/0/cesareas/suben/espana>. Acceso 12 de octubre 2013.
- López, C. et.al. “Manejo del dolor agudo en atención primaria” disponible en: <http://mundodependencia.com/portal/phocadownload/Enfermedades/sintomas/gua%20de%20prctica%20clinica.%20manejo%20del%20dolor%20agudo%20en%20atencin%20primaria.pdf>. Acceso 12 de octubre 2013.
- Luna, O. “El ketoprofeno tiene mayor analgesia”. Disponible en: <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/764.pdf>. Acceso 27 de enero 2015.

- Maciewicz, R. “Cada individuo aprende el significado de la palabra dolor a través de la experiencia personal”. disponible en: [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/dolor/3\\_2.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/dolor/3_2.html). Acceso 12 de octubre 2013.
- Martínez, J. Torres, L. “Prevalencia del dolor postoperatorio: Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones Rev. Soc. Esp. Dolor”. disponible en: [http://revista.sedolor.es/pdf/2000\\_07\\_07.pdf](http://revista.sedolor.es/pdf/2000_07_07.pdf). Acceso 08 Octubre 2012.
- Mejía, L. “Incidencia y factores implicados en el dolor post operatorio” disponible en: [http://www.aecirujanos.es/libreria\\_virtual/Documento\\_consensodolorpostoperatorio.pdf](http://www.aecirujanos.es/libreria_virtual/Documento_consensodolorpostoperatorio.pdf). Acceso 12 de octubre 2013.
- Miró, J. “Para valorar el dolor existen diferentes instrumentos”. disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5569/rb11de1.pdf?sequence=1>. Acceso 12 de octubre 2013.
- Navarro, C. “Manejo integral del dolor post operatorio”. disponible en: [http://www.hospitalangol.cl/documentos/ACREDITACION/3.%20AMBITO%20GESTION%20CLINICA/GCL%201.3/PROTOCOLO\\_MANEJO\\_DEL\\_DOLOR\\_%20AGUDO.pdf](http://www.hospitalangol.cl/documentos/ACREDITACION/3.%20AMBITO%20GESTION%20CLINICA/GCL%201.3/PROTOCOLO_MANEJO_DEL_DOLOR_%20AGUDO.pdf). Acceso 20 de octubre 2013.
- Otero, D. “El dolor como quinta constante vital: Valoración de Enfermería” disponible en: [http://www.revistareduca.es/index.php/reduca\\_enfermeria/article/viewFile/140/152](http://www.revistareduca.es/index.php/reduca_enfermeria/article/viewFile/140/152). Acceso 12 de octubre 2013.
- OMS. “La OMS recomienda seguir una terapia escalonada”. disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002911.htm#Indications>. Acceso 20 de octubre del 2013.
- Ortega, J. “La valoración de enfermería en la persona post intervenida”. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/01\\_8723.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/01_8723.pdf). Acceso 12 de octubre 2012.

- Paredes, J. Sánchez, E. “Calidad de atención de enfermería en el servicio de cirugía del hospital de apoyo la caleta”. disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8723.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8723.pdf). Acceso 05 de marzo 2014.
- Parsons, J. “La anestesia regional para la cesárea es la opción”. disponible en: <http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003765>. Acceso 27 de enero 2015.
- Poggi, L. Ibarra, O. “En el Perú, no tenemos datos de estudios similares realizados. Queda abierta la opción a que en un futuro se pueda realizar” disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci-rttext&pid=S172859172007000200008>. Acceso 05 de marzo 2014.
- Serrano, A. et.al. “La escala numérica es una de las más comúnmente empleadas”. disponible en: [http://revista.sedolor.es/pdf/2002\\_02\\_05.pdf](http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_05.pdf). Acceso 12 octubre 2012.
- Reyes, D. et.al. “La Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor (IASP) define dolor”. disponible en: [http://www.incan.org.mx/revista\\_incan/elementos/docum.portada/1172290726.pdf](http://www.incan.org.mx/revista_incan/elementos/docum.portada/1172290726.pdf). Acceso 20 de octubre 2013.
- Romero, M. “La ausencia de evaluación o valoración inadecuada de la intensidad del dolor, y de la eficacia de los tratamientos indicados”. disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138123X2006000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138123X2006000200005&script=sci_arttext). Acceso 20 octubre 2012.
- Torregrosa, S. Bugedo, G. “La escala descriptiva simple llamada también de valoración verbal” disponible en: [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/dolor/3\\_4.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/dolor/3_4.html). Acceso 20 octubre 2012.
- Zavaleta, N. Inga, M. “Primera Encuesta global de la OMS en Salud Materna y Perinatal”. disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364000174.pdf>. Acceso 05 de marzo 2014.

# **ANEXOS**



ANEXO N° 01



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ  
DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**Guía para valorar el dolor agudo según las características definitorias de la Etiqueta  
Diagnóstica de Enfermería en personas post cesareadas.**

**I. PRESENTACIÓN:**

Se tendrá en cuenta las dimensiones de las características definitorias del dolor agudo ya establecidas en la NANDA, dentro de las tres primeras horas que permanecerán en la unidad de recuperación post anestésica.

**II. DATOS GENERALES:**

**Edad:**

- a. < 15<sup>a</sup>.      b. 15-19<sup>a</sup>.      c. 20-25<sup>a</sup>.      d. 25-30<sup>a</sup>.      e. >30<sup>a</sup>.

**Procedencia:**

- a. urbano      b. rural.

**N° de cesáreas:**

- a. una cesárea.      b. dos cesáreas.      c. tres cesáreas.      d. más de tres cesáreas.

**Número de embarazos:**

- a. un embarazo      b. dos embarazos.      c. tres embarazos      d. más de tres embarazos.

**Periodo intergenésico del RN:**

- a. un año.      b. dos años.      c. tres años.      d. más de tres años.

**Tipo de incisión de la cesárea:**

- a. vertical.      b. transversal.

**Tipo de Anestesia.**

- a. raquídea      b. epidural

**Anestésico utilizado:.....**

**Dosis del anestésico:.....**

**Analgésico utilizado:.....**

**Dosis del analgésico:.....**

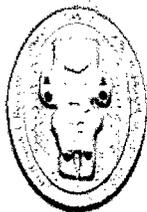
**Hora de administración del analgésico:.....**

### III. INSTRUCCIONES:

Se deberá observar cada respuesta humana que se presente en función a la dimensión fisiológica, sensorial y afectiva que presente la persona post cesareada.

ÍTEMS	1° Hora		2° Hora		3° Hora	
	Sí:1	No: 0	Sí: 1	No: 0	Sí: 1	No: 0
<b>Fisiológico</b>						
Aumento de la presión arterial.						
Cambios de la frecuencia cardiaca						
Cambios en la frecuencia respiratoria.						
Diaforesis.						
Dilatación pupilar.						
Trastorno del sueño.						
<b>Sensorial</b>						
Muecas.						
Observación de evidencias del dolor.						
Postura para evitar el dolor.						
Cambios en el apetito						
Gestos de protección.						
Informe verbal del dolor.						
<b>Afectiva</b>						
Conductas de distracción (actividades repetitivas).						
Conducta expresiva (llanto irritabilidad).						
Conducta defensiva						
Estrechamiento del foco de atención (deterioro de los procesos de pensamiento).						
Centrar la atención en sí mismo.						

Observadora:.....



FACULTAD DE ENFERMERÍA

LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

I. PRESENTACIÓN:

Con mucho respeto nos dirigimos a Ud. para realizar la presente encuesta con fines de estudio. Responda por favor con mucha sinceridad y veracidad.

II. DATOS GENERALES:

Edad:

- a. < 15<sup>a</sup>.      b. 15-19<sup>a</sup>.      c. 20-25<sup>a</sup>.      d. 25-30<sup>a</sup>.      e. >30<sup>a</sup>.

Procedencia:

- a. urbano      b. rural.

Nº de cesáreas:

- a. una cesárea.      b. dos cesáreas.      c. tres cesáreas.      d. más de tres cesáreas.

Número de hijos:

- b. un embarazo      b. dos embarazos.      c. tres embarazos      d. más de tres embarazos.

Periodo intergenésico del RN:

- a. un año.      b. dos años.      c. tres años.      d. más de tres años.

Tipo de incisión de la cesárea:

- a. vertical.      b. transversal.

Tipo de Anestesia.

- a. raquídea      b. epidural

Anestésico utilizado:.....

Dosis del anestésico:.....

Analgésico utilizado:.....

Dosis del analgésico:.....

Hora de administración del analgésico:.....

### III. INSTRUCCIONES:

A Continuación encontrará unos cuadros del 0 al 10, de acuerdo a la intensidad del dolor, debe marcar en el recuadro que corresponde, donde indica que cero (0) Sin dolor y diez (10) máxima intensidad de dolor. Marque con un aspa, la intensidad del dolor, tomando en cuenta los valores extremos:

#### Primera hora:

Sin dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo dolor

#### Segunda hora:

Sin dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo dolor

#### Tercera hora:

Sin dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo dolor

Fecha: .....

## ANEXO N° 02

### ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR POR JUICIO DE EXPERTOS APRECIACIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

N°	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica		
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles		
5	Los ítems reflejan el problema de investigación		
6	Los instrumentos abarcan en su totalidad el problema de investigación		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación		
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación		
9	El instrumento abarca las variables e indicadores		
10	Los ítems permitirán contrastar las hipótesis		

#### SUGERENCIAS:

.....

Fecha: ...../...../.....

---

Nombre y Firma del Experto.

## EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Para determinar la validez estadística de los instrumentos de medición, se realizó mediante el juicio de expertos, a través de expertos y a través de las pruebas estadísticas: Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica y de la Z Gauss para la aceptación total del instrumento ( $n = 50$ ), al 5% de significancia estadística.

### A) PRUEBA BINOMIAL

#### 1) Hipótesis estadísticas

**H<sub>0</sub>**:  $P = 50\%$  versus **H<sub>a</sub>**:  $P > 50\%$

**Donde:**

**P** = es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran el ítem de la escala dicotómica como adecuado.

La Hipótesis alternativa (**H<sub>a</sub>**) indica que si el ítem de la escala es adecuado (se acepta), entonces la opinión favorable de la mayoría de los expertos debe ser superior al 50%, ya que la calidad del ítem se categoriza como “adecuado” o “inadecuado”.

#### 2) Nivel de significancia ( $\alpha$ ) y nivel de confianza ( $\gamma$ )

$\alpha = 0.05$  (5%);       $(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$  (95%)

#### 3) Función de prueba

Si la hipótesis nula es verdadera, la variable **X** tiene distribución binomial con  $n = 3$  y  $P = 0.50$  (50%).

#### 4) Regla de decisión

Se rechazará la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna si el valor

$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05$

#### 5) Valor calculado (VC)

$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05] = (0.5)^5 - (0.5)^{5-k}$

El cálculo de ésta probabilidad acumulada hacia la derecha se obtiene a partir de la tabla de distribución binomial.

**MATRIZ DE RESPUESTAS DE LOS PROFESIONALES DE CONSULTADOS  
SOBRE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN (JUICIO DE EXPERTOS)**

**Guía para valorar el dolor agudo según las características definitorias de la  
etiqueta diagnóstica de enfermería en personas post cesareadas.**

ITEM	EXPERTO*						TOTAL
	1	2	3	4	5	6	
01	1	1	1	1	1	1	6
02	1	1	1	1	1	1	6
03	1	1	1	1	1	1	6
04	1	1	0	1	1	1	5
05	1	1	1	1	1	1	6
06	1	1	1	1	1	1	6
07	1	1	1	1	1	1	6
08	1	1	1	1	1	1	6
09	1	1	1	1	1	1	6
10	1	1	1	1	1	1	6

\* Respuesta de los profesionales:      1 = Si      0 = No

**PROFESIONALES CONSULTADOS:**

1. Lic. Enf. Teonilde Lozano Chanchahuana: Enfermera Nombrada del HRVF – Chachapoyas.
2. Lic. Enf. Clara Chozo Cornejo: Enfermera Nombrada del HRVF – Chachapoyas.
3. Lic. Enf. Wilfredo Amaro Cáceres: Docente nombrado de la facultad de Enfermería UNTRM.
4. Lic. Obs. Rosio Arellanos Maicero: Obstetra contratada del HRVF- Chachapoyas.
5. Lic. Obs. Milagros Solano Cotrina: Obstetra contratada del HRVF- Chachapoyas.
6. Lic. Mariel Chotón Calvo: Docente nombrado de la UNTRM.

ITEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	Nº	%	Nº	%		
1	6	100	0	0	0.0156	*
2	6	100	0	0	0.0156	*
3	6	100	0	0	0.0156	*
4	5	83	1	17	0.09375	
5	6	100	0	0	0.0156	*
6	6	100	0	0	0.0156	*
7	6	100	0	0	0.0156	*
8	6	100	0	0	0.0156	*
9	6	100	0	0	0.0156	*
10	6	100	0	0	0.0156	*
<b>TOTAL</b>	59	100	1	17	5.2909	*

**Fuente: Apreciación de los expertos**

\* : Significativa ( $P < 0.05$ )

\*\* : Altamente significativa ( $P < 0.01$ )

## B) PRUEBA DE LA Z GAUSS PARA PROPORCIONES

### 1) Hipótesis estadística

**H<sub>0</sub>:**  $P = 50\%$  versus **H<sub>a</sub>:**  $P > 50\%$

**Donde:**

**P** es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran los ítems del instrumento de medición como adecuados.

La Hipótesis alternativa (**H<sub>a</sub>**) indica que el instrumento de medición es válido, entonces se espera que el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a los ítems como adecuados debe ser mayor que el 50%, ya que la calidad del ítem se establece como “adecuado: Sí” o “inadecuado: No”.

### 2) Nivel de significancia ( $\alpha$ ) y nivel de confianza ( $\gamma$ )

$\alpha = 0.05$  (5%);  $(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$  (95%)

### 3) Función de prueba

En vista que la variable a evaluar “validez del instrumento de medición” es nominal (cuantitativa), cuyas categorías posibles son “válido” y “no válido” y únicamente se

puede calcular porcentajes o proporciones para cada categoría, y como la muestra (respuestas) es 30, la estadística para probar la hipótesis nula es la función normal o Z de Gauss para porcentajes:

**Donde:**

Z se distribuye como una distribución normal estandarizada con media 0 y varianza 1

p es el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a cada ítem como adecuado (éxito).

n es el número de jueces consultados (muestra)

#### 4) Regla de decisión

Para 95% de confianza estadística y una prueba unilateral de cola a la derecha, se tiene el valor teórico de la distribución normal  $VT = 1.6449$

Con estos indicadores, la región de rechazo (RR/ $H_0$ ) y aceptación (RA/ $H_0$ ) de la hipótesis nula es:

Al 5%: RR/ $H_0$ :  $VC > 1.6449$ ; RA/ $H_0$ :  $VC < 1.6449$ .

#### 5) Valor calculado (VC)

El valor calculado de la función Z se obtiene reemplazando los valores de:  $N = 50$ ,  $P = 50\%$  y  $p = 100\%$ . De donde resulta que:  $VC = 5.2909$

#### 6) Decisión estadística

Comparando el valor calculado ( $VC = 5.2909$ ) con el valor teórico ( $VT = 1.6449$ ) y en base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alternativa al 95% de confianza estadística. Con este resultado, se acepta la validez del instrumento de medición.

### CÁLCULO DEL VALOR – P

El valor p, se determina por  $p = P(X \geq x \text{ cuando } P = 0.5)$ , de la siguiente manera:

Sean:

X = Número de expertos o jueces que califican el ítem como adecuado (éxito).

n = Número de expertos consultados

$X \sim B(n, P)$

P = probabilidad mínima esperada para que el ítem sea adecuado ( $P = 0.5$ ).

Como se consultaron a 6 expertos ( $n = 6$ ), entonces,  $X \sim B(6, 0.5)$ .

Luego:

<b>X</b>	<b>f(x)</b>	<b>F(x) = P(X ≤ x)</b>	<b>p = P(X ≥ x)</b>
0	0.0156	0.0156	1
1	0.0937	0.109	0.984
2	0.0234	0.3437	0.8906
3	0.3125	0.656	0.656
4	0.0234	0.8906	0.3437
5	0.0937	0.984	0.109
6	0.0156	1	0.0156

**CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN FORMULA: SPLITH - HALVES**

**Guía para valorar el dolor según las características definitorias de la etiqueta diagnóstica de enfermería en personas post cesareadas.**

<b>Ítem caso</b>	<b>P 01</b>	<b>P 02</b>	<b>P 03</b>	<b>P 04</b>	<b>P 05</b>	<b>P 06</b>	<b>P 07</b>	<b>P 08</b>	<b>P 09</b>	<b>P 10</b>	<b>P 11</b>	<b>P 12</b>	<b>P 13</b>	<b>P 14</b>	<b>P 15</b>	<b>P 16</b>	<b>P 17</b>	<b>I</b>	<b>P</b>	<b>IP</b>	<b>I²</b>	<b>P²</b>	<b>I+P</b>	<b>T²</b>
<b>C01</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9	7	63	81	49	16	256
<b>C02</b>	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	6	7	42	36	49	13	169
<b>C03</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	8	72	81	64	17	289
<b>C04</b>	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	7	49	49	49	14	196
<b>C05</b>	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	7	6	42	49	36	13	169
<b>C06</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	8	72	81	64	17	289
<b>C07</b>	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	6	7	42	36	49	13	169
<b>C08</b>	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	7	6	42	49	36	13	169
<b>C09</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	8	64	64	64	16	256
<b>C10</b>	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	7	6	42	49	36	13	169
<b>Σ</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>75</b>	<b>70</b>	<b>530</b>	<b>575</b>	<b>496</b>	<b>145</b>	<b>2185</b>

**Formula: Split Halves.**

$$r_{ip} = \frac{n\Sigma IP - \Sigma I(\Sigma P)}{\sqrt{[(n\Sigma I^2 - (\Sigma I)^2) \quad (n\Sigma p^2 - (\Sigma p)^2) ]}}$$

$$\frac{10(530) - 75 \times 70}{\sqrt{[10(575) - (75)^2][10(496) - (70)^2]}}$$

$$\frac{5300 - 5250}{\sqrt{[5750 - 5625][4960 - 4900]}}$$

$$\frac{50}{\sqrt{(125)(60)}}$$

$$\frac{50}{\sqrt{7500}}$$

$$\frac{50}{86.60} = 0.58$$

$$\frac{2(r_{ip})}{1 + r_{ip}} = \frac{2(0.58)}{1 + 0.58} = \frac{1.16}{1.58}$$

$$= 0.73$$

ANEXO N° 03

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Comportamiento del dolor agudo.	Proceso del dolor según etapas. Será medido: Guía para valorar el dolor agudo según las características definitorias de la etiqueta diagnóstica de enfermería en personas post cesareadas y la Escala visual analógica.	Características definitorias de la etiqueta diagnóstica de enfermería.	Fisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la presión arterial.</li> <li>• Cambios de la frecuencia cardiaca.</li> <li>• Cambios en la frecuencia respiratoria.</li> <li>• Diaforesis.</li> <li>• Dilatación pupilar.</li> <li>• Trastornos del sueño.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento de la presión arterial. SI ( ) NO ( ).</li> <li>2. Cambios de la frecuencia cardiaca. SI ( ) NO ( ).</li> <li>3. Cambios en la frecuencia respiratoria. SI ( ) NO ( ).</li> <li>4. Diaforesis. SI ( ) NO ( ).</li> <li>5. Dilatación pupilar. SI ( ) NO ( ).</li> <li>6. Trastornos del sueño. SI ( ) NO ( ).</li> </ol>
			Sensorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muecas.</li> <li>• Observación de evidencias del dolor.</li> <li>• Postura para evitar el dolor.</li> <li>• Cambios en el apetito.</li> <li>• Gestos de protección.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muecas. SI ( ) NO ( ).</li> <li>2. Observación de evidencias del dolor. SI ( ) NO ( ).</li> <li>3. Postura para evitar el dolor. SI ( ) NO ( ).</li> <li>4. Cambios en el apetito. SI ( ) NO ( ).</li> <li>5. Gestos de protección. SI ( ) NO ( ).</li> </ol>

			<b>Afectiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe verbal del dolor.</li> <li>• Conductas de distracción (actividades repetitivas).</li> <li>• Conducta expresiva (llanto, irritabilidad).</li> <li>• Conducta defensiva</li> <li>• Estrechamiento del foco de atención (deterioro de los procesos de pensamiento).</li> <li>• Centrar la atención en sí mismo.</li> </ul>	<p>6. Informe verbal del dolor, SI ( ) NO ( ).</p> <p>1. Conductas de distracción (actividades repetitivas). SI ( ) NO ( ).</p> <p>2. Conducta expresiva (llanto, irritabilidad). SI ( ) NO ( ).</p> <p>3. Conducta defensiva. SI ( ) NO ( ).</p> <p>4. Estrechamiento del foco de atención (deterioro de los procesos de pensamiento). SI ( ) NO ( ).</p> <p>5. Centrar la atención en sí mismo. SI ( ) NO ( ).</p>
		Escala Visual Analógica	<b>Intensidad Baja</b>	Soportable, tolerante.	Soportable, tolerante: 1, 2, 3 y 4.
	<b>Intensidad media</b>		Poco soportable, no muy tolerable	Poco soportable, no muy tolerable: 5, 6 y 7.	
	<b>Máxima intensidad</b>		Insoportable, intolerante	Insoportable, intolerante: 8, 9 y 10.	

**ANEXO 04: Comportamiento del dolor agudo, según la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería de la (NANDA) en la dimensión fisiológica en personas post cesareadas, Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol - 2014.**

<b>Comportamiento Dolor según NANDA: Dimensión Fisiológica</b>	<b>1ra hora</b>		<b>2da hora</b>		<b>3ra hora</b>	
	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Leve	0	0	0	0	0	0
Moderado	7	29.2	16	66.7	18	75
Severo	17	70.8	8	33.3	6	25
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía para valorar el dolor según las características definitorias de la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería de la (NANDA).

**ANEXO 05: Comportamiento del dolor agudo, según la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería de la (NANDA) en la dimensión sensorial en personas post cesareadas, Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol - 2014.**

<b>Comportamiento Dolor según NANDA: Dimensión Sensorial</b>	<b>1ra hora</b>		<b>2da hora</b>		<b>3ra hora</b>	
	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Leve	0	0	0	0	0	0
Moderado	6	25	19	79.2	17	70.8
Severo	18	75	5	20.8	17	29.2
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía para valorar el dolor según las características definitorias de la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería de la (NANDA).

**ANEXO 06: Comportamiento del dolor agudo, según la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería de la (NANDA) en la dimensión Afectiva en personas post cesareadas, Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol - 2014.**

Comportamiento Dolor según NANDA: Dimensión Afectiva	1ra hora		2da hora		3ra hora	
	fi	%	fi	%	Fi	%
Leve	0	0	6	25	9	37.5
Moderado	22	91.7	18	75	15	62.5
Severo	2	8.3	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía para valorar el dolor según las características definitorias de la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería de la (NANDA).

**ANEXO 07: Comportamiento del dolor agudo de acuerdo a la edad, según la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería y la Escala Visual Analógica en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.**

EDAD	NANDA						EVA					
	Leve		Moderado		Severo		Leve		Moderado		Severo	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%
< 15 años	0	0	4	16.7	1	4.2	0	0	6	25.0	0	0
15 a 19	0	0	3	12.5	1	4.2	0	0	4	16.7	1	4.2
20 a 25	0	0	3	12.5	2	8.3	0	0	3	12.5	2	8.3
25 a 30	0	0	0	0	6	25	0	0	0	0	4	16.7
> de 30	0	0	3	12.5	1	4.2	0	0	0	0	4	16.7
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>54.2</b>	<b>11</b>	<b>45.8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>54,2</b>	<b>11</b>	<b>45.8</b>

Fuente: Guía para valorar el dolor según las características definitorias de la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería en personas post cesareadas y la Escala visual Analógica.

**ANEXO 08: Comportamiento del dolor agudo de acuerdo al número de cesáreas, según las características definitorias de la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería y la Escala Visual Analógica en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol -2014.**

NÚMERO DE CESÁREAS	NANDA						EVA					
	Leve		Moderado		Severo		Leve		Moderado		Severo	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Una cesárea	0	0	10	41.7	6	25	0	0	5	20.8	9	37.5
Dos cesáreas	0	0	3	12.5	4	16.7	0	0	3	12.5	6	25
Tres cesáreas	0	0	0	0	1	4.2	0	0	1	4.2	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>54.2</b>	<b>11</b>	<b>45.8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>41.5</b>	<b>15</b>	<b>62.5</b>

Fuente: Guía para valorar el dolor según las características definitorias de la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería en personas post cesareadas y la Escala Visual Analógica.

**ANEXO 09. Comportamiento del dolor agudo de acuerdo al número de embarazos, según las características definitorias de la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería y la Escala Visual Analógica en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.**

NÚMERO DE EMBARAZOS	NANDA						EVA					
	Leve		Moderado		Severo		Leve		Moderado		Severo	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Un embarazo	0	0	9	37.5	2	8.3	0	0	3	12.5	8	33.3
Dos embarazos	0	0	2	8.3	8	33.3	0	0	5	20.8	5	20.8
Tres a más embarazos	0	0	2	8.3	1	4.2	0	0	1	4.2	2	8.3
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>54.2</b>	<b>11</b>	<b>45.8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>37.5</b>	<b>15</b>	<b>62.5</b>

Fuente: Guía para valorar el dolor según las características definitorias de la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería en personas post cesareadas y la Escala Visual Analógica.

**TABLA 10: Comportamiento del dolor agudo de acuerdo al analgésico y dosis utilizada, según las características definitorias de la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería y la Escala Visual Analógica en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.**

ANALGÉSICO UTILIZADO	NANDA						EVA					
	Leve		Moderado		Severo		Leve		Moderado		Severo	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Tramadol 100mg.</b>	0	0	5	20.8	2	8.3	0	0	4	16.7	3	12.5
<b>Metamizol 1gr.</b>	0	0	6	25	8	33.3	0	0	3	12.5	11	45.8
<b>Ketoprofeno 100mg.</b>	0	0	2	8.3	1	4.2	0	0	2	8.3	1	4.2
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>54.2</b>	<b>11</b>	<b>45.8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>37.5</b>	<b>13</b>	<b>62.5</b>

Fuente: Guía para valorar el dolor según las características definitorias de la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería en personas post cesareadas y la Escala Visual Analógica.

**Tabla 11: Comportamiento del dolor agudo de manera individualizada, según la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería de la (NANDA), en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.**

POST CESAREADAS	NANDA		
	1 hora	2 hora	3 hora
1	11	11	11
2	12	11	11
3	13	13	11
4	12	11	11
5	13	11	11
6	14	12	11
7	11	11	11
8	12	11	11
9	11	11	10
10	14	12	12
11	13	11	11
12	12	12	12
13	12	12	12
14	11	11	11
15	12	12	12
16	11	11	11
17	14	12	11
18	13	11	12
19	14	12	12
20	14	11	10
21	13	12	10
22	13	11	11
23	14	12	12
24	11	11	11
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>11.2</b>	<b>11</b>

**Fuente:** Guía para valorar el dolor según las características definitorias de la Etiqueta Diagnóstica de Enfermería de la (NANDA).

**Tabla 12: Comportamiento del dolor agudo de manera individualizada, según la Escala Visual Analógica (EVA), en personas post cesareadas, Hospital de apoyo I Santiago Apóstol - 2014.**

POST CESAREADAS	EVA		
	1 hora	2 hora	3 hora
1	7	7	7
2	9	7	6
3	7	9	7
4	9	8	8
5	10	9	8
6	9	8	7
7	9	7	6
8	9	7	8
9	10	8	8
10	9	8	7
11	9	8	7
12	7	8	8
13	10	9	9
14	9	7	7
15	7	7	7
16	9	9	6
17	7	7	7
18	10	9	8
19	7	8	8
20	10	9	7
21	9	7	7
22	10	8	8
23	10	8	8
24	10	9	8
<b>TOTAL</b>	<b>9.2</b>	<b>8.1</b>	<b>7.3</b>

Fuente: Escala Visual Analógica (EVA).