



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

TEMA:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN Y
CONTROL DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO, HOSPITAL
GUAYAQUIL, MARZO - JULIO 2026

AUTORAS:

GUASHPA ASITUMBAY JHOSELYN TATIANA
OLEAS GARCÍA CRISTINA YOMAYRA

TUTORA:

LIC. MORAYMA REMACHE

GUARANDA – ECUADOR

Julio 2026

TÍTULO O TEMA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN Y
CONTROL DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO, HOSPITAL
GUAYAQUIL, MARZO - JULIO 2026

DEDICATORIA

Dedico este logro, con todo mi amor, gratitud y humildad, a mis amados padres, Gladys y Alfredo, quienes han sido, son y siempre serán mi mayor fuente de inspiración, fortaleza y apoyo incondicional. Le pido a Dios que me conceda la dicha de disfrutarlos durante muchos años más, de compartir con ellos nuevas alegrías y de retribuirles, aunque sea un poquito, todo el amor y los sacrificios que han hecho por mí. Gracias por ser mis consejeros, mis guías y el ejemplo más hermoso de esfuerzo, perseverancia, humildad y amor sincero. Cada enseñanza, cada palabra de aliento y cada gesto de cariño han contribuido a formar la persona que soy hoy. Este logro también les pertenece, porque detrás de cada paso que he dado están sus consejos, sus oraciones, su confianza y el deseo de verme crecer y cumplir mis sueños. Sé que nunca esperan nada a cambio de todo lo que hacen por mí, pero llevo en mi corazón una deuda de gratitud que jamás podré expresar por completo con palabras. Ustedes son mi mayor orgullo, mi refugio en los momentos difíciles y una de las razones más importantes por las que nunca he dejado de luchar por mis metas. A mis hermanos, Anthony y Caren, por compartir conmigo cada etapa de la vida, crecer juntos y acompañarme con su cariño y apoyo. A mi querida mamita Natividad, por brindarme siempre su confianza, por preocuparse constantemente por mí y por preguntarme, con tanto cariño, cómo estoy y cómo me va. A mi tía Bacha, por estar presente en cada llamada, por su confianza, comprensión y por ofrecerme siempre una palabra de aliento cuando más la necesitaba. Finalmente, dedico este trabajo a toda mi familia, quienes han sido un apoyo invaluable a lo largo de este camino. Gracias por acompañarme en los momentos de preocupación, por celebrar conmigo cada logro y, sobre todo, por regalarme innumerables sonrisas y recuerdos que llevaré siempre en mi corazón.

Jhoselyn Tatiana Guashpa Asitumbay

A mis padres, Shelita y Polito, pilares fundamentales de mi vida, quienes, con sus bendiciones diarias, amor incondicional, sacrificio y dedicación hicieron posible este sueño. Dedico a ustedes este logro, que representa mucho más que la culminación de una etapa académica, pues detrás de él están sus esfuerzos, sus preocupaciones y cada una de las cosas que hicieron para verme salir adelante.

A mi hermana, Yulita, por ser mi mayor inspiración y mi compañera de vida, esa persona con quien comparto un vínculo que va mucho más allá de las palabras. Tu cariño, tus palabras de aliento y la confianza que siempre depositaste en mí me dieron fuerzas para seguir adelante cuando más lo necesitaba. Dedico este logro a ti, porque has sido parte de mis días difíciles, de mis dudas y de mis ganas de superarme; espero que este triunfo también te llene de orgullo y que la vida nos permita seguir compartiendo muchos sueños.

A mi mamita Zoila, mi ser más sublime, por el inmenso amor, la dulzura y los sabios consejos que siempre me han acompañado. Su cariño ha sido un refugio en los momentos buenos y difíciles, llenando mi vida de ternura y tranquilidad. Dedico este logro a usted, con todo mi corazón, esperando que esta alegría también llegue al suyo y que siempre sienta lo especial e importante que es para mí.

A mi José, por convertirse en una fuente de apoyo y fortaleza desde que llegó a mi vida. Sus consejos, su compañía y hasta sus regaños me impulsaron a levantarme en los momentos de mayor dificultad y a seguir creyendo en mis sueños. Dedico este triunfo a usted, por formar parte de esta etapa tan importante y por acompañarme mientras luchaba por alcanzar una de las metas más grandes de mi vida.

A mi tía Mari, quien me ha visto siempre como una hija más y ha estado presente de formas que quizá muy pocas personas conocen. Su respaldo hacia mi familia y cada gesto de amor han dejado una huella especial en mi corazón. Dedico este logro a usted, porque su cariño y su presencia forman parte de mi historia y porque merece compartir la alegría de este sueño que hoy se hace realidad.

Cristina Yomayra Oleas García

AGRADECIMIENTO

Agradezco, en primer lugar, a Dios, por ser mi guía y fortaleza, por brindarme sabiduría, fe y esperanza para superar cada desafío presentado a lo largo de este camino. Gracias por darme la fuerza necesaria para continuar en los momentos difíciles y permitirme alcanzar una meta tan importante en mi vida. De manera muy especial, expreso mi profunda gratitud a mi Santísima Virgencita de Lajas, por protegerme en cada uno de mis pasos, escuchar mis oraciones y acompañarme con su amor maternal, dándome tranquilidad y confianza para seguir adelante.

A mis amados padres, les agradezco de todo corazón por su inmenso amor, esfuerzo y sacrificio. Gracias por las enseñanzas que me inculcaron desde pequeña, por enseñarme el valor de la humildad, la perseverancia y el trabajo honesto, y por demostrarme con su ejemplo que los sueños se alcanzan con dedicación y constancia. Gracias por preocuparse por mí cada día, desde el momento en que salía de casa hasta mi regreso, por sus oraciones, sus consejos y sus palabras de aliento, que siempre me motivaron a continuar. Este logro es también fruto de su apoyo incondicional y de todo lo que han hecho por mí.

A mis queridos hermanos, por acompañarme en cada etapa de mi vida, por regalarme sonrisas en los momentos de preocupación y por compartir conmigo recuerdos que llevaré siempre en mi corazón. Gracias por su cariño, su compañía y por formar parte de mi historia, haciendo que este camino estuviera lleno de momentos especiales.

A mi querida abuela, por abrirme siempre las puertas de su hogar y de su corazón, por escucharme con paciencia, preocuparse por mí y brindarme su cariño sincero. Gracias por hacerme sentir acompañada y por ofrecerme ese espacio de tranquilidad y confianza que tanto valor tiene para mí. Finalmente, agradezco con humildad y respeto a toda mi familia, por cada palabra de aliento, un gesto de cariño y confianza depositada en mí.

Jhoselyn Tatian a Guashpa Asitumbay

A Dios, en la advocación del Señor del Buen Suceso, por iluminar mi camino y darme serenidad para afrontar cada etapa de mi formación. En los momentos de incertidumbre, encontré en la fe una razón para mantenerme firme y continuar trabajando por mis objetivos. Hoy culmino este proceso con el corazón lleno de emoción, reconociendo que su presencia ha sido fundamental para llegar hasta aquí y comenzar una nueva etapa de mi vida.
(Psdt: Soy la favorita de Diosito).

A mis padres, por ser parte esencial de mi formación y por enseñarme, con su ejemplo, el valor del esfuerzo, la responsabilidad y la perseverancia. Cada oportunidad que me brindaron contribuyó a que pudiera avanzar y crecer tanto en lo personal como en lo profesional. Este momento representa también la satisfacción de ver reflejados tantos años de dedicación y el inicio de un camino en el que espero demostrar, a través de mis acciones.

A mi hermana, por compartir conmigo tantas etapas de la vida y por ocupar un lugar único en mi vida y en mi corazón. Su manera de ver las cosas, sus palabras y los momentos que hemos vivido juntas han contribuido a mi crecimiento personal. Aunque no siempre pensemos de la misma manera, valoro profundamente el vínculo que nos une y la oportunidad de tener a mi lado a alguien con quien compartir las experiencias de la vida

A mi mamita, por ser parte de mis recuerdos más queridos y de las experiencias que han marcado mi vida desde la infancia. Gracias por recibirme siempre con los brazos abiertos y con una sonrisa, y por ser una de las mayores bendiciones que Dios ha puesto en mi camino.

A mi novio, por acompañarme durante una etapa llena de aprendizajes, responsabilidades y desafíos personales. Su apoyo fue importante en los días en que necesitaba ordenar mis pensamientos, recuperar la motivación y encontrar un equilibrio entre mis obligaciones y mi vida personal. Valoro cada conversación, cada momento compartido y la confianza que construimos mientras avanzaba hacia esta meta. Me alegra que forme parte de esta etapa de mi historia y que hoy podamos compartir la felicidad.

Cristina Yomayra Oleas García

ÍNDICE

TÍTULO O TEMA	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE	VII
CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO, EMITIDO POR EL TUTOR/A	XII
DERECHOS DE AUTOR	XIII
RESUMEN EJECUTIVO	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	4
1. EL PROBLEMA	4
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Justificación de la investigación	5
1.4 Objetivos	7
1.4.1 Objetivo General	7
1.4.2 Objetivos Específicos	7
1.5 Limitaciones	7
CAPÍTULO 2	8
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes de la investigación	8
2.1.1 A nivel internacional	8
2.1.2 A nivel nacional	9
2.1.3 A nivel local	10
2.2 Bases teóricas	11

2.2.1 Contextualización del Hospital Guayaquil	11
2.2.2 Período Postoperatorio	11
2.2.3 Fases del Postoperatorio.....	11
2.2.4 Dolor	12
2.2.5 Dolor agudo postoperatorio	16
2.2.6 Valoración del dolor.....	19
2.2.7 Proceso de Atención de Enfermería (PAE).....	23
2.2.8 Clasificación de Diagnósticos de Enfermería NANDA-I	27
2.2.9 Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)	28
2.2.10 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)	29
2.2.11 Tratamiento del dolor postoperatorio.....	30
2.2.12 Intervenciones no farmacológicas de enfermería.....	35
2.2.13 Rol educativo de enfermería en el control del dolor	36
2.2.14 Seguridad del paciente	37
2.3 Definición de términos	37
CAPÍTULO III.....	41
3. MARCO METODOLÓGICO	41
3.1 Nivel de investigación.....	41
3.1.1 Descriptivo	41
3.1.2 Transversal	41
3.1.3 De campo	41
3.1.4 Cuantitativo	42
3.2 Diseño	42
3.2.1 No experimental:.....	42
3.3 Población y muestra	42
3.4 Variables	44
3.4.1 Variable dependiente.....	44

3.4.2 Variable independiente	44
3.4.3 Operacionalización de las variables	44
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
3.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	47
3.7 Consideraciones éticas	48
CAPÍTULO IV.....	49
4. RESULTADOS LOGROS O ALCANZADOS SEGÚN LOS OBTENIDOS PLANTEADOS	49
4.1 Resultados Alcanzados.....	49
4.1.1 Identificación de las intervenciones de enfermería a través del PAE 51	
4.1.2 Cumplimiento de las intervenciones de enfermería	52
4.1.3 Resultados de los objetivos	57
4.1.4 Propuesta de diseño de una guía sobre cuidados integrales del paciente postoperatorio	68
CAPITULO V	83
5. MARCO ADMINISTRATIVO	83
5.1 Cronograma de actividades	83
5.2. Recursos Tecnológicos, Humanos y Materiales.....	84
5.3 Presupuesto	85
CAPÍTULO VI.....	86
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	86
6.1 Conclusiones	86
6.1 Recomendaciones.....	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS	103
Anexo 1: Aprobación del Tema	103

Anexo 2: Asignación de la Tutora	104
Anexo 3: Autorización	105
Anexo 4: Validación del instrumento NIC	107
Anexo 5: Consentimiento Informado.....	112
Anexo 6: Firma Consentimiento Informado	116
Anexo 7: Instrumento de recolección de datos	117
Anexo 8: Tutorías recibidas por la Lic. Morayma Remache	129
Anexo 9: Aplicación de la encuesta y guía de observación	131
Anexo 10: Capacitación a los profesionales de enfermería	133
Anexo 11: Validación de la Guía	135
Anexo 12: Reporte Compilatio	137

Índice de tablas

Tabla 1. Neurotransmisores que participan en la modulación del dolor	15
Tabla 2. Escala PAINAD para pacientes con dificultad para comunicarse	22
Tabla 3. Escala Andersen de evaluación del dolor.....	23
Tabla 4 Necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson.....	25
Tabla 5 Campos y clases de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)	29
Tabla 6 Operacionalización de las variables	44
Tabla 7 Características sociodemográficas, académicas y laborales del personal de enfermería	49
Tabla 8 Intervenciones de enfermería identificadas según su relación con el PAE	51
Tabla 9 Cumplimiento de las intervenciones de enfermería para la valoración y control del dolor agudo postoperatorio	52
Tabla 10 Resultados por objetivos	57
Tabla 11 Necesidades priorizadas a partir de los resultados	70
Tabla 12 Articulación de la guía con el Proceso PAE	71
Tabla 13 Intervenciones de enfermería basadas en la NIC	72
Tabla 14 Escalas de valoración incluidas en la guía	74
Tabla 15 Cronograma de actividades	83
Tabla 16 Presupuesto	85

Índice de figuras

Figura 1 Presentación de la guía	77
---	----

CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO, EMITIDO POR EL TUTOR/A

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

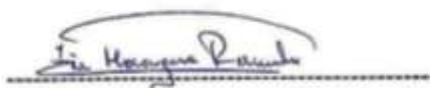
La suscrita **Lic. Morayma Remache**, tutora del Proyecto de Investigación, como
modalidad de titulación

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado, con el tema:
**"INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN Y CONTROL
DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO, HOSPITAL GUAYAQUIL,
MARZO - JULIO 2026"**.

Realizado por las estudiantes: Jhoselyn Tatiana Guashpa Asitumbay y Cristina Yomayra
Oleas García, quienes han cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados
en la Unidad de Titulación de la carrera de Enfermería, para ser sometido a revisión y
calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la
Facultad y, posteriormente, a la sustentación pública respectiva.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facilitando a las interesadas dar al
presente el uso legal que estimen conveniente.



Lic. Morayma Remache Agualongo
CI: 0200957330
Tutora del Proyecto de Investigación

DERECHOS DE AUTOR



UNIVERSIDAD
ESTATAL
DE BOLÍVAR

BIBLIOTECA
GENERAL

DERECHOS DE AUTOR

Yo/nosotros Guashpa Asitumbay Jhoselyn Tatiana y Oleas García Cristina Yomayra portador/res de la Cédula de Identidad No 1752989804 y 0202056487 en calidad de autor/res y titular / es de los derechos morales y patrimoniales del Trabajo de Titulación:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN Y CONTROL DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO, HOSPITAL GUAYAQUIL, MARZO - JULIO 2026 modalidad proyecto de investigación, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, concedemos a favor de la Universidad Estatal de Bolívar, una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservamos a mi/nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo/autorizamos a la Universidad Estatal de Bolívar, para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Digital, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El (los) autor (es) declara (n) que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.



Yo/Nosotros el/los
firmante/s reconocemos que
JHOSLYN TATIANA
GUASHPA ASITUMBAY



Firmante (reconocimiento por)
CRISTINA YOMAYRA
OLEAS GARCÍA
Ident. 0202056487
(Firma: 02/03/2026)

Jhoselyn Tatiana Guashpa Asitumbay

Cristina Yomayra Oleas García

RESUMEN EJECUTIVO

La investigación tuvo como objetivo determinar las intervenciones de enfermería aplicadas en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio, establecer su cumplimiento mediante una guía de observación y diseñar una guía de capacitación. El marco teórico abordó el dolor agudo postoperatorio, su valoración, Proceso de Atención de Enfermería (PAE), Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), escalas de medición del dolor y las medidas farmacológicas y no farmacológicas. Se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental, transversal y de campo, con una muestra de 169 profesionales de enfermería; se aplicó una encuesta sociodemográfica y una guía de observación basada en intervenciones NIC, y los datos se procesaron mediante frecuencias y porcentajes. Los resultados mostraron cumplimiento del 100 % en la administración de medicamentos y en el registro de la respuesta del paciente; el 76,9 % realizó valoración exhaustiva del dolor, el 84,0 % identificó su intensidad durante el movimiento y el 96,4 % determinó el nivel de dolor tolerable. Las principales debilidades correspondieron a la monitorización de signos vitales con 36,7 %, el uso de herramientas válidas para medir el dolor con 59,8 %, las intervenciones no farmacológicas con 54,4 % y la aplicación de calor o frío con 45,6 %. Se concluye que existen fortalezas en la administración y documentación del tratamiento y oportunidades de mejora en la vigilancia clínica y el manejo complementario, por lo que se diseñó una guía basada en NIC y articulada con el PAE.

PALABRAS CLAVE: dolor postoperatorio, intervenciones de enfermería, analgesia, valoración del dolor, cuidados posquirúrgicos

ABSTRACT

The study aimed to determine the nursing interventions applied in the assessment and management of acute postoperative pain, establish compliance with these interventions through an observation guide, and design a training guide. The theoretical framework addressed acute postoperative pain and its assessment, the Nursing Care Process (NCP), the Nursing Interventions Classification (NIC), pain assessment scales, and pharmacological and non-pharmacological measures. A quantitative, descriptive, non-experimental, cross-sectional, and field study was conducted with a sample of 169 nursing professionals. A sociodemographic survey and an observation guide based on NIC interventions were applied, and the data were processed using frequencies and percentages. The results showed 100% compliance in medication administration and documentation of the patient's response; 76.9% of participants performed a comprehensive pain assessment, 84.0% identified pain intensity during movement, and 96.4% determined the tolerable pain level. The main weaknesses were vital signs monitoring at 36.7%, the use of valid pain assessment tools at 59.8%, non-pharmacological interventions at 54.4%, and the application of heat or cold at 45.6%. It was concluded that strengths exist in treatment administration and documentation, while opportunities for improvement remain in clinical monitoring and complementary pain management. Therefore, a guide based on NIC and integrated with the NCP was designed.

KEYWORDS: postoperative pain; nursing interventions; analgesia; pain assessment; postoperative care.

INTRODUCCIÓN

El dolor agudo postoperatorio es de los principales desafíos en la atención de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos debido a su elevada frecuencia y su efecto sobre la recuperación y calidad de vida. Cada año se realizan alrededor de 313 millones de cirugías en el mundo y aproximadamente el 80 % de los pacientes experimenta dolor después de la intervención; de ellos, el 88 % lo describe como moderado, severo o extremo, convirtiéndose en uno de los problemas más relevantes del cuidado postoperatorio (Abella-Palacios et al., 2021).

Las intervenciones de enfermería son esenciales en la valoración y el control del dolor, pues permiten identificar las necesidades del paciente y establecer cuidados individualizados que favorezcan una recuperación segura. La valoración requiere recopilar datos clínicos mediante observación directa y la comunicación cercana con el paciente para reconocer las características del dolor y su evolución (Solano-Quinche et al., 2025). La evaluación del dolor debe considerar la intensidad, localización, características, evolución y su repercusión sobre el descanso y el bienestar del paciente (X. Chen et al., 2025).

En el área quirúrgica, el paciente postoperatorio requiere vigilancia continua y una respuesta oportuna ante cualquier complicación. A nivel mundial se registran aproximadamente 134 millones de eventos adversos relacionados con la atención sanitaria cada año, de los cuales el 48 % se asocia con la atención quirúrgica. Esta situación evidencia la necesidad de que el personal de enfermería cuente con competencias para valorar al paciente e identificar de forma temprana los riesgos que pueden afectar su recuperación (Morales-Cruz et al., 2024).

En Latinoamérica, el manejo del dolor agudo postoperatorio es una necesidad dentro de los servicios de salud, existen guías y consensos adaptados a diferentes contextos; sin embargo, persisten dificultades relacionadas con la formación de los profesionales sanitarios, situación que limita la aplicación adecuada de medidas para valorar y controlar el dolor después de una intervención quirúrgica (Abella-Palacios et al., 2021).

En Ecuador, los hospitales públicos enfrentan dificultades relacionadas con la disponibilidad de personal, capacitación continua y acceso a insumos para el manejo analgésico. Durante el postoperatorio, el personal de enfermería debe valorar el estado del paciente e identificar de manera temprana posibles complicaciones. El dolor y la ansiedad son manifestaciones frecuentes después de una intervención quirúrgica, por lo que la atención requiere conocimientos técnicos y una respuesta acorde con las necesidades individuales. En este contexto, el proceso de atención de enfermería es una herramienta que orienta la planificación de cuidados individualizados y permite abordar al paciente de acuerdo con su condición clínica (Torres-Calderón et al., 2022).

Sin embargo, la evidencia muestra que en la práctica estas intervenciones no siempre se aplican de forma sistemática ni en protocolos estandarizados, en la provincia de Imbabura, Ecuador, se evidenció que el 65,52 % de los profesionales de enfermería valoraba el dolor mediante la Escala Visual Análoga (EVA), mientras que el resto realizaba esta evaluación sin utilizar un instrumento técnico validado. Además, el 41,38 % afirmó efectuar siempre una nueva valoración del dolor; entre las principales limitaciones se identificaron la elevada demanda de pacientes y el tiempo insuficiente destinado al cuidado directo y la carga de registros administrativos (Valle Dávila et al., 2021).

En el Hospital Alfredo Noboa Montenegro se evidenció que los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos pueden experimentar alteraciones psicoemocionales, como ansiedad, confusión, delirio y dificultades para dormir durante su recuperación. La mayoría de los pacientes percibió una atención empática y manifestando satisfacción con los cuidados recibidos, persistieron dificultades relacionadas con el acompañamiento emocional y el apoyo psicológico durante la recuperación (Chacha Bayas & Chariguaman Llumitaxi, 2025).

En Guayaquil se registró la mayor actividad quirúrgica del país en 2024, en el ámbito de los servicios de salud municipales se ejecutaron más de 5.000 iniciativas, se atendió a más de un millón de personas y se realizaron más de 700 cirugías. Este volumen de procedimientos genera una demanda

importante de cuidados de enfermería orientados al seguimiento del paciente y al manejo del dolor durante el postoperatorio (GAD Municipal de Guayaquil, 2024).

Moreno Moreno (2023) realizó un estudio en el Servicio de Traumatología del Hospital Alcívar con el propósito de determinar el tiempo de recuperación postoperatoria en pacientes sometidos a intervenciones traumatológicas menores mediante dosis bajas de bupivacaína de 9 a 10 mg. Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes alcanzó una recuperación completa en menos de 140 minutos y presentó niveles leves de dolor al momento del alta. Estos resultados evidenciaron que las dosis evaluadas permitieron obtener un bloqueo motor y sensitivo adecuado durante este tipo de procedimientos.

Por su parte, Borja & Pilatasig (2025) en un estudio realizado en la Universidad de Guayaquil, mencionó que el uso de opioides por vía intratecal combinados con anestésicos locales como la bupivacaína mejora el bloqueo sensorial y prolonga la analgesia en el periodo postoperatorio. Sin embargo, esta combinación genera prurito, náuseas, vómito y depresión respiratoria. En las cirugías ortopédicas de extremidades inferiores persiste, la presencia de dolor en una proporción de pacientes a pesar del uso convencional de analgésicos.

En el Hospital Guayaquil se evidencia la necesidad de sistematizar y evaluar las intervenciones de enfermería orientadas a la valoración y control del dolor agudo postoperatorio. La estandarización de estas prácticas permite fortalecer la atención y orientar las decisiones del personal de enfermería mediante criterios clínicos sustentados en conocimientos actualizados, con el propósito de mejorar el manejo del dolor y la recuperación del paciente (Solano-Quinche et al., 2025).

CAPÍTULO 1

1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

El dolor agudo postoperatorio es una problemática persistente en la atención quirúrgica a nivel mundial que, pese a los avances científicos y tecnológicos, aún presenta deficiencias en su manejo. Se estima que la ausencia de un control adecuado del dolor afecta al 80 % de la población mundial y representa un problema grave en más de 150 países. Los grupos con mayor vulnerabilidad son los adultos mayores, mujeres gestantes o en período de lactancia, población infantil, personas con adicciones a sustancias nocivas y pacientes con enfermedades mentales (Sánchez Bazaran, 2026).

El conocimiento y actitudes del personal de enfermería frente al manejo del dolor postoperatorio también presentan limitaciones, pues se identifica una brecha entre la valoración realizada por el personal de enfermería y las necesidades reales de los pacientes, situación que afecta la calidad del cuidado y la seguridad durante el período postoperatorio (Bereket & Ye, 2025).

La OMS (2023) reconoce el manejo inadecuado del dolor como un problema de salud pública por sus efectos sobre la calidad de vida y la recuperación funcional. Cuando el dolor no recibe un tratamiento adecuado retrasa la cicatrización, favorece alteraciones respiratorias, incrementa el riesgo de infecciones y contribuye a su cronificación, con consecuencias negativas para el bienestar del paciente.

En América Latina persisten brechas en la aplicación de protocolos estandarizados para la valoración y el tratamiento del dolor, lo que favorece diferencias en la atención y dificulta su control oportuno. En Ecuador, se relaciona con problemas estructurales del sistema sanitario como la reducción de recursos destinados a medicamentos e insumos y la insuficiencia de personal de salud (Abella-Palacios et al., 2021).

La disminución presupuestaria al sistema de salud ecuatoriano profundiza esta problemática, ya que entre 2023 y 2025 el presupuesto del Ministerio de Salud Pública destinado a la adquisición de medicamentos e

insumos disminuyó de 438 millones a 336 millones de dólares, equivalente a una reducción del 23,5 %, situación que limita la disponibilidad de recursos necesarios para el manejo del dolor en los hospitales públicos (INREDH & Amores, 2026). A esta limitación se suma el déficit de profesionales sanitarios, superior al 20 % en hospitales de segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo con reportes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, esta situación afecta la continuidad y calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes durante el período postoperatorio (Vaccaro Witt et al., 2023).

En el Hospital Guayaquil, el aumento de la actividad quirúrgica incrementó la demanda de cuidados postoperatorios especializados (Sacón-Manzaba, 2025); sin embargo, la valoración del dolor no siempre utiliza herramientas estandarizadas y las intervenciones varían según el criterio profesional, lo que puede afectar la recuperación y la calidad de la atención. Por ello, surge la necesidad de identificar y fortalecer las intervenciones de enfermería orientadas al control del dolor postoperatorio, con el fin de mejorar los resultados clínicos y ofrecer un cuidado más humano e integral.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería aplicadas en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio en los pacientes del Hospital Guayaquil durante el período marzo – julio de 2026?

1.3 Justificación de la investigación

Esta investigación surge de la necesidad de conocer cómo se desarrollan las intervenciones de enfermería en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio en el Hospital Guayaquil durante el período marzo-julio de 2026. Los resultados permitirán obtener información sobre las intervenciones aplicadas por el personal de enfermería para valorar el dolor en el período postoperatorio. El estudio aportará con evidencia local sobre una problemática que aún cuenta con limitada información en el contexto ecuatoriano y servirá como referencia para futuras investigaciones en instituciones con características similares.

La importancia del estudio radica en identificar las prácticas de enfermería relacionadas con el manejo del dolor agudo postoperatorio y

determinar su cumplimiento durante la atención del paciente quirúrgico. El control adecuado del dolor es un indicador de calidad asistencial y requiere una valoración sistemática que permita reconocer su intensidad y orientar las intervenciones necesarias. En este contexto, el análisis de las acciones aplicadas por el personal permitirá identificar fortalezas y aspectos susceptibles de mejora para favorecer una atención segura y acorde con las necesidades del paciente.

El estudio es factible debido a la disponibilidad de bibliografía actualizada, al acceso al personal de enfermería y a los pacientes posquirúrgicos del Hospital Guayaquil, además del uso de instrumentos y referentes estandarizados para la recolección y valoración de la información, como la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Su desarrollo permitirá obtener evidencia sobre las prácticas actuales de enfermería y reconocer el uso de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas durante el control del dolor.

Los beneficiarios directos son los pacientes posquirúrgicos del Hospital Guayaquil, debido a que los resultados permitirán reconocer aspectos a fortalecerse durante la valoración y control del dolor. El personal de enfermería también se beneficiará al disponer de información basada en los hallazgos del estudio, la cual contribuye al fortalecimiento de sus conocimientos y prácticas relacionadas con el cuidado postoperatorio.

A partir de los resultados obtenidos se diseñará una guía de capacitación dirigida al personal de enfermería sobre los cuidados integrales del paciente postoperatorio, la valoración y control del dolor agudo. Esta propuesta permitirá orientar las intervenciones de enfermería conforme a las necesidades identificadas durante la investigación y contribuir al fortalecimiento de la atención brindada en el Hospital Guayaquil.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar las intervenciones de enfermería aplicadas en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio y su cumplimiento en los pacientes del Hospital Guayaquil durante el período marzo – julio 2026, con base para el diseño de una guía de capacitación dirigida al personal de enfermería.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar el perfil sociodemográfico y laboral del personal de enfermería que brinda atención a pacientes postoperatorios en el Hospital Guayaquil.
- Identificar las intervenciones de enfermería NIC aplicadas para la valoración y control del dolor agudo postoperatorio en el Hospital Guayaquil.
- Diseñar una guía de capacitación dirigida al personal de enfermería sobre cuidados integrales del paciente postoperatorio, con base en los hallazgos obtenidos.

1.5 Limitaciones

Una de las limitaciones del estudio fue la dificultad de transporte de una de las integrantes del equipo investigador para trasladarse al Hospital Guayaquil y cumplir con las actividades planificadas para el desarrollo de la investigación.

CAPÍTULO 2

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 A nivel internacional

La investigación de Esteve-Pérez et al. (2024), desarrollada en España, sistematizó las condiciones necesarias para garantizar la seguridad y efectividad en el manejo del dolor agudo postoperatorio. Señalan que la gestión del DAP debe abordarse como un proceso hospitalario transversal que integre la participación coordinada de los profesionales de salud, dentro del cual el personal de enfermería cumple una función esencial en su valoración y control.

Según Samara et al. (2024), en un estudio transversal realizado en los hospitales de la Corporación Médica Hamad en Qatar, se evaluaron los conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la valoración y manejo del dolor postoperatorio en adultos mediante el instrumento Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP). Los resultados identificaron deficiencias en los conocimientos relacionados con el manejo del dolor, situación que afecta la calidad del cuidado proporcionado al paciente quirúrgico.

La investigación de Alanizi et al. (2025), desarrollada en el hospital gubernamental de Riyadh, Arabia Saudita, evaluó a 161 enfermeras de diferentes unidades mediante un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal realizado entre enero y abril de 2024. Los resultados mostraron niveles moderados de conocimiento y actitudes frente al dolor, puesto que solo el 22,36 % alcanzó un nivel adecuado según el KASRP, con mejores puntuaciones entre quienes trabajaban en áreas quirúrgicas o conocían los protocolos institucionales para el manejo del dolor.

El estudio de Kadović et al. (2023), realizado en Croacia, analizó las diferencias entre la valoración del dolor efectuada por el personal de enfermería y la percepción comunicada por los pacientes postoperados. Se determinó que el dolor postoperatorio es una manifestación frecuente de dolor agudo y destacaron la participación del personal de enfermería en su control,

aunque identificaron diferencias entre la valoración profesional y la experiencia expresada por el paciente.

2.1.2 A nivel nacional

En Ecuador, Moncayo-Zambrano et al. (2024) revisaron las principales estrategias para el manejo y control del dolor agudo postoperatorio y concluyeron que la implementación de estrategias de analgesia multimodal, la analgesia preventiva y la educación del paciente son pilares fundamentales para mejorar el control del dolor y la calidad de vida de los pacientes quirúrgicos, y que se requiere mayor investigación para desarrollar nuevas opciones terapéuticas adaptadas al contexto latinoamericano.

Según Zambrano-Cerón et al. (2024) , en el artículo “Optimización del cuidado postoperatorio: intervenciones de enfermería en la prevención de complicaciones en cirugía abdominal”, desarrollado por docentes de la Universidad Técnica de Manabí, se revisó información procedente de bases de datos académicas sobre el cuidado del paciente postoperatorio. Los resultados señalaron que estos pacientes presentan mayor vulnerabilidad frente al dolor y otras complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico, mientras que las intervenciones de enfermería contribuyen a prevenir complicaciones y favorecer la recuperación.

La investigación de Barrera-Allauca et al. (2025), desarrollada en la Universidad Regional Autónoma de los Andes, abordó los cuidados de enfermería orientados a prevenir complicaciones posteriores a una histerectomía. El estudio determinó que la valoración sistematizada del dolor y la aplicación oportuna de intervenciones de enfermería favorecen mejores resultados clínicos en las pacientes durante el período postoperatorio

Los estudios desarrollados en Ecuador coinciden en resaltar que la calidad del cuidado postoperatorio se relaciona con una valoración adecuada del dolor y con la aplicación de intervenciones de enfermería sustentadas en evidencia científica. Estos antecedentes respaldan la necesidad de fortalecer las prácticas profesionales relacionadas con la valoración y control del dolor agudo postoperatorio dentro del ámbito hospitalario.

2.1.3 A nivel local

La investigación de Córdova-Jara et al. (2024) denominada “Estrategias de intervención de enfermería para el manejo del dolor y sedación en pacientes pediátricos críticos”, se desarrolló en el Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil. Los resultados señalaron la necesidad de aplicar protocolos sistematizados para el manejo del dolor y fortalecer la capacitación del personal de enfermería para favorecer una atención adecuada dentro del contexto hospitalario local.

Sosa-Tinizaray et al. (2022) mencionan en el artículo "Laparotomía exploratoria. Postquirúrgico", desarrollado en el cantón Milagro, provincia del Guayas. El estudio abordó los cuidados postquirúrgicos y destacaron la importancia de las intervenciones de enfermería en el manejo de complicaciones postoperatorias, el control del dolor y el seguimiento del estado hemodinámico del paciente en las primeras horas tras la intervención. Enfatizaron que el cuidado postoperatorio de enfermería en este tipo de cirugías exige protocolos, valoración continua y una actuación inmediata ante los signos de alerta.

Por su parte, García-Mera et al. (2023) publicaron el artículo "Evaluación y manejo de las complicaciones quirúrgicas en pacientes pediátricos", con la participación de investigadores con base en Guayaquil, Ecuador. El estudio de revisión bibliográfica-documental abordó las principales complicaciones que se presentan en el período postoperatorio de pacientes pediátricos, entre las cuales se destacaron la infección de la herida, las náuseas, los vómitos y el dolor postoperatorio como las más prevalentes. Concluyeron que la evaluación y el manejo oportuno de estas complicaciones, especialmente del dolor, son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente quirúrgico, y que el personal de enfermería cumple un rol esencial en la detección temprana y en la aplicación de intervenciones efectivas durante el postoperatorio inmediato.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Contextualización del Hospital Guayaquil

El Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” se encuentra ubicado en la calle 29 y Galápagos, código postal EC090104, en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas. El establecimiento se localiza en el sector suburbano de la ciudad y dispone de acceso mediante las principales vías urbanas (HAGP, 2024; Ministerio de Salud Pública, 2024).

La construcción del actual establecimiento inició durante la década de 1960 y concluyó en octubre de 1973, año en el cual comenzó la atención al público. En sus primeros años contó con personal médico y de enfermería reducido; posteriormente amplió sus servicios e incorporó unidades especializadas de Imagenología y Cuidados Intensivos durante 1985 (HAGP, 2024).

En la actualidad, el hospital cuenta con una infraestructura asistencial de 228 camas de hospitalización (152 clínicas y 76 quirúrgicas), cuatro centros quirúrgicos funcionales, 21 puestos de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para adultos, 52 puestos de observación en emergencia y diversos servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, entre los que se incluyen Farmacia, Laboratorio Clínico, Anatomía Patológica, Oncología, Diálisis, Hemodinamia, Rehabilitación, Salud Mental y Nutrición Clínica, entre otros (Ministerio de Salud Pública, 2025).

2.2.2 Período Postoperatorio

El período postoperatorio corresponde a la etapa de recuperación posterior a una intervención quirúrgica y comprende el tiempo necesario para restablecer progresivamente las condiciones fisiológicas del paciente. Su evolución depende del procedimiento realizado y del estado clínico individual, por lo que requiere vigilancia continua para identificar cambios que puedan afectar la recuperación (Herrero-Jaén et al., 2024).

2.2.3 Fases del Postoperatorio

- a) **Postoperatorio inmediato:** comprende las primeras 24 horas posteriores a la intervención quirúrgica, período durante el cual el

paciente requiere vigilancia debido a los efectos residuales de la anestesia y a los cambios fisiológicos relacionados con el procedimiento. La supervisión permite identificar alteraciones tempranas y establecer medidas para mantener la estabilidad del paciente (Moncayo-Zambrano et al., 2024).

- b) **Postoperatorio mediato:** corresponde al período posterior a las primeras 24 horas y puede extenderse durante la primera semana después de la cirugía. Durante esta fase continúa la recuperación y pueden presentarse complicaciones asociadas con el procedimiento quirúrgico, por lo que debe mantenerse el seguimiento del paciente (Moncayo-Zambrano et al., 2024).
- c) **Postoperatorio tardío:** se desarrolla después de los primeros siete días y puede extenderse durante varias semanas, según el tipo de intervención y evolución del paciente. Se relaciona con la cicatrización y recuperación progresiva de la funcionalidad, por lo que los cuidados deben adaptarse al estado clínico y a las indicaciones establecidas para cada caso (Moncayo-Zambrano et al., 2024).

2.2.4 Dolor

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), el dolor constituye una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con un daño tisular real o potencial. Su percepción no depende exclusivamente de la lesión física, puesto que puede modificarse según las experiencias previas y el estado emocional de cada persona. El carácter subjetivo del dolor explica que pacientes con lesiones similares puedan expresar diferentes niveles de intensidad, por esta razón, su valoración requiere considerar la experiencia manifestada por el paciente y las respuestas clínicas asociadas con el estímulo doloroso (Vidal-Fuentes, 2020).

2.2.4.1 Fisiopatología del dolor

La lesión tisular producida durante una intervención quirúrgica desencadena la liberación de mediadores que activan los nociceptores y originan la señal dolorosa. Los impulsos generados se transmiten hacia la médula espinal y posteriormente alcanzan estructuras superiores del sistema

nervioso central, donde se produce la experiencia consciente del dolor (Villafuerte-Coronado, 2026).

La fisiología del dolor comprende diferentes procesos que permiten transformar el estímulo nocivo y conducir la información hacia el sistema nervioso central. Entre estos mecanismos se encuentran la transducción y la transmisión, seguidas por la modulación y percepción de la experiencia dolorosa (Dehghan et al., 2024).

Transducción

La transducción corresponde al proceso mediante el cual un estímulo nocivo se transforma en un impulso eléctrico capaz de ser conducido por el sistema nervioso. Este mecanismo comienza con la activación de los nociceptores presentes en los tejidos afectados y permite iniciar la respuesta fisiológica frente al daño (Karcz et al., 2024).

Durante este proceso, los nociceptores convierten los estímulos producidos por la lesión en señales eléctricas mediante la participación de canales iónicos y neurotransmisores. Entre los mediadores relacionados con el procesamiento nociceptivo se encuentran la sustancia P y el glutamato, cuya participación influye en la transmisión de la señal dolorosa (Karcz et al., 2024).

La transducción representa el punto inicial del procesamiento del dolor y constituye uno de los mecanismos sobre los cuales actúan diferentes tratamientos analgésicos. Su comprensión permite explicar la respuesta del organismo frente al daño tisular y la acción de las medidas utilizadas para disminuir la percepción dolorosa (Cao et al., 2024).

Transmisión

La transmisión corresponde al desplazamiento del impulso doloroso desde el lugar de la lesión hacia el sistema nervioso central. Los nociceptores conducen la señal mediante fibras nerviosas A-delta y C hasta la médula espinal, desde donde continúa por las vías ascendentes hacia estructuras cerebrales responsables del procesamiento sensorial (Dehghan et al., 2024).

Durante este recorrido, las neuronas localizadas en la médula reciben la señal y la transmiten hacia el tálamo mediante las vías espinotalámicas. Posteriormente, la información alcanza la corteza somatosensorial, donde se procesa la intensidad y localización del estímulo doloroso (Dehghan et al., 2024).

Las interneuronas intervienen en la conducción y regulación de estas señales dentro del sistema nervioso central. Este procesamiento permite generar respuestas relacionadas con la atención y el componente emocional asociado con la experiencia dolorosa (Di-Maio et al., 2023).

Percepción

La percepción corresponde al momento en que la señal nociceptiva alcanza las estructuras cerebrales y se transforma en una experiencia consciente de dolor. La corteza somatosensorial participa en el reconocimiento de su intensidad y localización, mientras otras áreas cerebrales intervienen en la interpretación emocional de esta experiencia (Di-Maio et al., 2023).

La corteza insular y la corteza cingulada anterior intervienen en el procesamiento de la información procedente de los nociceptores. La actividad de estas áreas se relaciona con la forma particular en que cada paciente experimenta y expresa el dolor (Dehghan et al., 2024).

La percepción constituye el resultado de la integración de los procesos nociceptivos desarrollados desde el sitio de la lesión hasta los centros superiores del sistema nervioso central. Su carácter individual explica las diferencias observadas en la respuesta dolorosa entre pacientes sometidos a estímulos similares.

2.2.4.2 Modulación del dolor

La modulación corresponde al conjunto de mecanismos que pueden aumentar o disminuir la transmisión del estímulo doloroso dentro del sistema nervioso. La activación de los nociceptores no siempre mantiene una relación proporcional con la intensidad percibida, debido a que la respuesta se modifica según las condiciones individuales del paciente (Wen et al., 2020).

El estado emocional y las experiencias dolorosas previas llegan a modificar la percepción del estímulo nociceptivo, la atención dirigida hacia el dolor o hacia estímulos alternativos influye en la intensidad percibida y permite comprender la utilidad de algunas intervenciones no farmacológicas (Wen et al., 2020). La modulación del dolor ocurre en diferentes niveles del sistema nervioso y depende de la participación de estructuras periféricas y centrales; en estos mecanismos intervienen neurotransmisores inhibidores y excitadores que modifican la conducción de la información nociceptiva (Karcz et al., 2024).

Tabla 1.

Neurotransmisores que participan en la modulación del dolor

Nivel	Estructura	Neurotransmisores
1. Periferia	Nociceptores Aδ y C	Glutamato, Sustancia P, CGRP, Bradicinina, Prostaglandinas
2. Cuerno dorsal	Asta dorsal medular	Glutamato, Sustancia P, GABA, Enkefalinas
3. Vías descendentes	SGPA, BRVM, Locus caeruleus	Serotonina, Noradrenalina, Acetilcolina, Endorfinas
4. Cortical	Tálamo, Corteza somatosensorial	Beta-endorfina, Dopamina, Serotonina
5. Modulación cognitivo-emocional	CPF, CCA, Amígdala, Hipocampo, Ínsula	Dopamina, Opioides endógenos, Serotonina, Norepinefrina

Fuente: (Karcz et al., 2024).

Factores que modulan la percepción del dolor

La percepción del dolor depende de características propias del paciente y de las experiencias acumuladas durante su vida.

- Diferencias biológicas: modifican la sensibilidad frente al estímulo nociceptivo mediante variaciones en los receptores y neurotransmisores relacionados con el procesamiento del dolor.
- Factores cognitivos: influyen en la capacidad de comprender e interpretar la experiencia dolorosa; el nivel de desarrollo y el conocimiento previo modifican la forma en que el paciente reconoce el estímulo y comunica su intensidad.

- Estado psicológico: el miedo o la ansiedad aumentan la respuesta frente al estímulo nociceptivo; las experiencias dolorosas previas incrementan la sensibilidad posterior farmacológicas (Wen et al., 2020).

2.2.5 Dolor agudo postoperatorio

El dolor agudo es una respuesta sensorial inmediata del sistema nociceptivo frente a una lesión o estímulo potencialmente dañino y funciona como un mecanismo de protección ante el daño tisular; generalmente se relaciona con lesiones de origen somático o visceral y su duración depende del proceso de recuperación de la causa que lo origina. En ausencia de complicaciones, la intensidad disminuye conforme avanza la recuperación hasta desaparecer una vez resuelta la lesión (Merighi, 2024).

En el dolor agudo postoperatorio (DAP), la mayor intensidad se presenta durante las primeras 24 horas y disminuye de forma progresiva; sin embargo, su control continúa siendo insuficiente en una proporción importante de pacientes quirúrgicos (Ribera-Leclerc et al., 2021). Según López et al. (2023), menos de la mitad de los pacientes sometidos a cirugía presentan un control adecuado del dolor, mientras que más del 75 % refiere dolor entre moderado y extremo, situación que se relaciona con procedimientos considerados menores en los cuales el tratamiento analgésico resulta insuficiente.

Esta frecuencia repercute sobre la recuperación y la percepción de la calidad asistencial por parte del paciente; asimismo, en la cirugía mayor ambulatoria el dolor representa una complicación frecuente desde el postoperatorio inmediato hasta la recuperación domiciliaria. Por esta razón, su manejo adecuado es un indicador de calidad asistencial y de respuesta del sistema sanitario frente a las necesidades del paciente quirúrgico (Dehghan et al., 2024).

2.2.5.1 Fisiopatología del dolor postoperatorio

Durante un procedimiento quirúrgico se produce daño en los tejidos, lo cual genera modificaciones en el sistema nervioso periférico y central; a nivel periférico disminuye el umbral de los nociceptores, mientras que en la médula

espinal aumenta la excitabilidad neuronal. Estos cambios favorecen la hipersensibilidad posterior a la cirugía y pueden originar hiperalgesia primaria en el área lesionada o secundaria en los tejidos cercanos, además de alodinia ante estímulos que normalmente no producen dolor (Esteve-Pérez et al., 2024).

2.2.5.2 Complicaciones asociadas al dolor agudo en el postoperatorio

Complicaciones fisiológicas:

- **Cardiovasculares:** el dolor puede activar el sistema nervioso simpático y aumentar la demanda de oxígeno del miocardio, situación que incrementa el riesgo de alteraciones cardiovasculares. Asimismo, la limitación de la movilización favorece la estasis venosa y puede aumentar el riesgo de trombosis venosa profunda durante el período postoperatorio (Ireland & Lalkhen, 2024).
- **Pulmonares:** el dolor limita el movimiento de la musculatura torácica y reduce la capacidad ventilatoria, principalmente después de intervenciones abdominales o torácicas; como consecuencia, el paciente puede presentar dificultad para realizar inspiraciones profundas y una tos menos efectiva. Estas alteraciones favorecen la aparición de complicaciones respiratorias durante la recuperación postoperatoria (Ahmadzadeh et al., 2025).
- **Neuroendocrinas e inmunológicas:** el dolor agudo produce una respuesta de estrés que activa el sistema nervioso y favorece la liberación de hormonas como el cortisol o la adrenalina; estos cambios modifican la respuesta fisiológica normal y reduce la capacidad del organismo para responder frente a complicaciones. De acuerdo con la OMS (2023), esta respuesta influye en la vulnerabilidad del paciente durante el período de recuperación (Timmers et al., 2020).
- **Cronificación del dolor:** el dolor puede evolucionar hacia una condición persistente cuando se mantiene durante tres meses o más, incluso después de que desaparece el estímulo agudo inicial. Esta persistencia transforma la experiencia dolorosa y afecta de manera prolongada la recuperación del paciente (Glare et al., 2019).

Complicaciones psicológicas

- **Ansiedad y miedo:** la respuesta psicológica frente al dolor depende de la intensidad percibida y de las características individuales del paciente; por ello algunas personas presentan agitación, mientras que otras manifiestan agotamiento o alteraciones de la orientación. Estas respuestas dificultan la recuperación y prolonga la estancia hospitalaria (Husni et al., 2024).
- **Depresión postoperatoria:** la presencia de ansiedad o depresión antes de la cirugía se relaciona con mayor intensidad del dolor y un incremento en el consumo de analgésicos; además los síntomas depresivos posteriores interfieren con la recuperación física y emocional (Ghoneim & O'Hara, 2024).
- **Delirio postoperatorio:** el control inadecuado del dolor agudo se relaciona con una evolución clínica desfavorable y favorece la aparición de alteraciones neurológicas durante el postoperatorio. Esta condición se vincula con un mayor riesgo de delirio y otras complicaciones asociadas con la recuperación quirúrgica (Qing-Ren et al., 2024).
- **Trastorno de estrés postraumático:** la intensidad del dolor postoperatorio se relaciona con alteraciones emocionales posteriores a la cirugía, en especial cuando el tratamiento resulta insuficiente o tardío. Una experiencia dolorosa intensa produce consecuencias psicológicas que persisten después del período quirúrgico inmediato (Poulida & Makra, 2021).

Complicaciones funcionales

- **Limitación de la movilidad y atrofia muscular:** el dolor dificulta el movimiento y reduce la participación del paciente en las actividades necesarias para su recuperación; esta situación favorece una pérdida progresiva de la capacidad funcional. Se relacionan estas alteraciones con una recuperación física menos favorable durante el postoperatorio (López et al., 2023).

- **Retraso de la recuperación funcional:** el dolor postoperatorio mal controlado limita la movilización y dificulta la recuperación de las actividades habituales del paciente; por consiguiente, la evolución es más lenta cuando el manejo analgésico es insuficiente (Ribera-Leclerc et al., 2021).
- **Prolongación de la hospitalización:** el dolor agudo postoperatorio retrasa la recuperación funcional y dificulta el cumplimiento de los criterios requeridos para el alta hospitalaria. Por esta razón, su control oportuno forma parte de las acciones necesarias para favorecer una recuperación adecuada (Ribera-Leclerc et al., 2021).

2.2.6 Valoración del dolor

La valoración del dolor durante el período postoperatorio permite estimar su intensidad y orientar las intervenciones de acuerdo con las necesidades del paciente; debido a su carácter subjetivo, esta evaluación requiere instrumentos que faciliten la expresión de la experiencia dolorosa. Aunque ninguna herramienta refleja por completo esta experiencia, su aplicación proporciona información útil para seleccionar y ajustar las medidas destinadas al control del dolor (Kadović et al., 2023).

Asimismo, la valoración facilita la comunicación entre el paciente y el equipo de salud, lo cual favorece la continuidad del cuidado; por esta razón, su aplicación debe incorporarse dentro de los protocolos institucionales y adaptarse a los recursos disponibles. De esta manera, el personal de enfermería puede realizar un seguimiento más uniforme de la respuesta del paciente durante el postoperatorio (Kadović et al., 2023).

La evaluación del dolor puede realizarse mediante métodos objetivos o subjetivos; la valoración objetiva considera cambios fisiológicos y conductuales, mientras que la subjetiva se fundamenta en la descripción proporcionada por el propio paciente. La selección del método depende de la capacidad de comunicación y del estado clínico de la persona evaluada (Stretanski et al., 2025).

2.2.6.1 Valoración postoperatoria

El período postoperatorio inicia cuando el paciente sale del quirófano y continúa hasta el alta hospitalaria; su fase inicial corresponde al período postanestésico, durante el cual se requiere vigilancia continua para mantener la estabilidad fisiológica. En esta etapa, la valoración de enfermería permite identificar cambios clínicos y establecer cuidados oportunos frente a posibles complicaciones (Cativiela-Rodríguez, 2023). Aspectos que se evalúan:

- **Estado neurológico:** la valoración comprende el nivel de conciencia mediante la Escala de Glasgow y la orientación del paciente, la respuesta pupilar permite identificar posibles alteraciones neurológicas. Además, deben observarse cambios relacionados con la sedación o los efectos residuales de la anestesia y, cuando corresponda, aplicar la Escala de Aldrete para determinar la recuperación postanestésica; cualquier deterioro debe registrarse y comunicarse al equipo médico (Musick & Alberico, 2021).
- **Estado respiratorio:** la valoración incluye el control de la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno, además de la observación de la permeabilidad de la vía aérea y de la capacidad para realizar una tos efectiva. De acuerdo con la condición clínica, se debe valorar el patrón respiratorio y administrar oxigenoterapia según prescripción, mientras que la presencia de dificultad respiratoria u otros signos de deterioro requiere atención inmediata (Musick & Alberico, 2021).
- **Estado cardiovascular:** el control periódico de la frecuencia cardíaca y la presión arterial permite identificar alteraciones que puedan comprometer la perfusión tisular; conjuntamente, la valoración del ritmo cardíaco y de la perfusión periférica aporta información sobre la estabilidad circulatoria. También es necesario vigilar signos de sangrado o trombosis venosa profunda y registrar los hallazgos en la historia clínica para mantener la continuidad del cuidado (Cabello-Peña et al., 2024).
- **Valoración del dolor:** al ingreso del paciente al área postoperatoria se debe determinar la intensidad del dolor mediante una escala validada acorde con su capacidad de comunicación; posteriormente, la respuesta

al tratamiento requiere una nueva valoración que permita establecer su efectividad. Además, el personal de enfermería debe orientar al paciente sobre las medidas disponibles para reducir el dolor y registrar cada evaluación junto con la respuesta observada frente al tratamiento administrado (López Machado et al., 2026).

- **Herida quirúrgica y drenajes:** la valoración de la herida permite identificar cambios en el apósito y signos relacionados con una posible complicación, mientras que la revisión de sus bordes facilita reconocer alteraciones en el proceso de cicatrización. Cuando existen drenajes, el personal debe comprobar su funcionamiento y registrar las características del contenido, además de realizar los cuidados correspondientes según el protocolo institucional (Cabello-Peña et al., 2024).
- **Balance hídrico y eliminación:** el seguimiento de los líquidos administrados y eliminados permite establecer el balance hídrico del paciente durante el postoperatorio; para ello, se registran los ingresos y las pérdidas observadas durante la atención. Asimismo, debe vigilarse la eliminación urinaria y la tolerancia progresiva a la alimentación de acuerdo con la condición clínica y las indicaciones establecidas (Marca-Fajardo & Orellana-Peláez, 2025).
- **Movilidad y seguridad del paciente:** la valoración del riesgo de caídas puede realizarse mediante las escalas Morse o Downton, mientras que la escala de Braden permite identificar el riesgo de lesiones por presión. A partir de estos resultados se establecen medidas orientadas a favorecer una movilización progresiva y segura, junto con acciones preventivas adaptadas a las condiciones del paciente (Marca-Fajardo & Orellana-Peláez, 2025).

2.2.6.2 Escalas de valoración del dolor

Las escalas de valoración del dolor son herramientas estandarizadas que permiten cuantificar su intensidad y facilitar el seguimiento de los cambios producidos durante el tratamiento. La evaluación debe realizarse de manera continua y considerar las características del dolor junto con la respuesta

observada después de las intervenciones, de manera que el personal pueda seleccionar las medidas más adecuadas para cada paciente (Choi et al., 2024).

- **Escala numérica:** permite al paciente expresar la intensidad del dolor mediante un valor comprendido entre 0 y 10; el valor inferior representa ausencia de dolor y el extremo superior corresponde a la máxima intensidad que la persona imagina. Este método facilita una valoración subjetiva y permite comparar los cambios registrados durante el seguimiento (Zeynep et al., 2026). Para su correcta aplicación, el personal debe explicar al paciente el significado de la escala y orientarlo para que seleccione el valor que represente mejor su experiencia dolorosa, las puntuaciones se utilizan para valorar la evolución y la respuesta al tratamiento. Esta herramienta resulta útil en pacientes capaces de comprender la escala y comunicar su percepción del dolor (Zeynep et al., 2026).
- **Escala PAINAD:** se utiliza para valorar el dolor en pacientes con dificultad para comunicarse, como personas con demencia avanzada; su aplicación se fundamenta en la observación de respuestas conductuales relacionadas con la experiencia dolorosa. Esta herramienta considera diferentes manifestaciones observables y asigna una puntuación que varía entre 0 y 10, donde los valores superiores representan una mayor expresión de dolor. La puntuación obtenida permite orientar la valoración clínica y seleccionar las intervenciones necesarias de acuerdo con la respuesta observada (Markovics et al., 2025).

Tabla 2.

Escala PAINAD para pacientes con dificultad para comunicarse

Categoría	Respiración	Vocalización	Expresión facial	Lenguaje corporal	Capacidad del consuelo
0	Normal	Normal	Sonriente o inexpressivo	Relajado	No necesita
1	Respiración ocasionalmente dificultosa o hiperventilación breve	Gemidos ocasionales, habla con bajo volumen	Triste, atemorizado, ceño fruncido	Tenso	Se calma al hablarle

2	Disnea, largos períodos de hiperventilación, respiración de Cheyne-Stokes	Llanto, gemidos o quejidos en volumen alto	Facies de disgusto o desaprobación	Rígido, puños cerrados, rodillas flexionadas, agresividad física	No se puede consolar
---	---	--	------------------------------------	--	----------------------

Fuente: (Markovics et al., 2025).

- **Escala de Andersen:** permite valorar el dolor desde su comportamiento durante el reposo y el movimiento; es útil porque permite identificar cuánto interfiere el dolor con la actividad física. Su puntuación se establece entre 0 y 5, donde 0 representa ausencia de dolor y 5 corresponde a dolor extremo en reposo (Ibáñez & Briega, 2021). La escala presenta correlación con otras herramientas utilizadas para valorar el dolor y permite identificar su repercusión sobre la funcionalidad del paciente y puede orientar las decisiones relacionadas con la analgesia durante el período postoperatorio. Su aplicación permite valorar la intensidad percibida y la forma en que el dolor limita la movilización o los esfuerzos requeridos durante la recuperación (Villafuerte-Coronado, 2026).

Tabla 3.

Escala Andersen de evaluación del dolor

Escala	Descripción
0	No hay dolor en reposo ni en movimiento
1	No hay dolor en reposo. Dolor leve con movimientos o tos
2	Dolor leve en reposo y moderado con movimientos o tos
3	Dolor moderado en reposo e intenso con movimientos o tos
4	Dolor intenso en reposo y extremo con movimientos o tos
5	Dolor extremo en reposo

Fuente: (Villafuerte-Coronado, 2026).

2.2.7 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una metodología sistemática que orienta la práctica profesional y permite organizar los cuidados según las necesidades identificadas en cada paciente. Este proceso comprende

cinco etapas, la valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación, mediante las cuales el profesional obtiene información, establece prioridades y selecciona las acciones necesarias para responder a los problemas de salud detectados (Núñez-Alonso et al., 2023).

Valoración: corresponde a la primera etapa del PAE y se orienta a recopilar información sobre el estado de salud del paciente mediante datos subjetivos y objetivos. Los subjetivos proceden de la información comunicada por el paciente o su cuidador, mientras que los objetivos corresponden a hallazgos observables o medibles, como los signos vitales, balance de líquidos, peso corporal, entre otros; esta información es la base para identificar las necesidades de cuidado (Núñez-Alonso et al., 2023).

Diagnóstico de enfermería: se establece mediante el análisis e interpretación de los datos de la valoración y permite identificar las respuestas humanas frente a problemas de salud reales o potenciales. El diagnóstico es un juicio clínico relacionado con las necesidades del paciente, familia o comunidad y facilita la priorización del cuidado; en este proceso puede considerarse las necesidades de Maslow, donde las necesidades fisiológicas y de seguridad son la base para orientar las intervenciones (Moreno-Cobos et al., 2025).

Planificación: comprende la formulación de objetivos y resultados esperados a partir de las necesidades identificadas. Durante esta etapa se estructura el plan de cuidados de enfermería, el cual orienta una atención individualizada según el estado clínico y las condiciones particulares del paciente; asimismo facilita la continuidad asistencial y permite registrar las acciones previstas (Moreno-Cobos et al., 2025). Los objetivos de la planificación deben formularse de manera clara y permitir su verificación durante la evaluación, para ello deben ser específicos, medibles, alcanzables, realistas y delimitados en el tiempo (Núñez-Alonso et al., 2023).

Ejecución: corresponde a la aplicación de las intervenciones establecidas en el PAE, el personal desarrolla las acciones necesarias según la condición clínica del paciente, entre ellas la administración de medicamentos o el cumplimiento de los protocolos asistenciales; además, registra las

actividades realizadas para mantener la continuidad del cuidado y facilitar su evaluación (Núñez-Alonso et al., 2023).

Evaluación: permite determinar la respuesta del paciente frente a las intervenciones ejecutadas mediante la comparación entre su estado actual y los resultados establecidos durante la planificación. La reevaluación debe realizarse de acuerdo con la evolución clínica y puede requerir modificaciones en el plan de cuidados cuando se identifican nuevas necesidades; de esta manera, los indicadores definidos previamente permiten establecer si los objetivos se alcanzaron o si es necesario ajustar las intervenciones (Moreno-Cobos et al., 2025).

2.2.7.1 El modelo de Enfermería de Virginia Henderson

El modelo de Virginia Henderson orienta el cuidado de enfermería hacia la satisfacción de catorce necesidades básicas y la recuperación progresiva de la independencia de la persona. Estas necesidades comprenden aspectos relacionados con el funcionamiento físico, la seguridad, la comunicación, el desarrollo personal y el aprendizaje, cuya satisfacción depende de las condiciones individuales y del grado de autonomía del paciente (Burbano-Alvarado & Suconota-Pintado, 2025).

Tabla 4

Necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson

N.º	Necesidad básica
1	Respirar normalmente.
2	Comer y beber adecuadamente.
3	Eliminar por todas las vías corporales.
4	Moverse y mantener posturas adecuadas.
5	Dormir y descansar.
6	Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7	Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales.
8	Mantener la higiene corporal y proteger la integridad de la piel.
9	Evitar peligros del entorno y prevenir lesiones.
10	Comunicarse con los demás para expresar emociones, necesidades y opiniones.
11	Vivir de acuerdo con sus valores y creencias.
12	Ocuparse en actividades que permitan experimentar un sentido de realización.

13 Participar en actividades recreativas.

14 Aprender y utilizar los recursos disponibles para conservar o recuperar la salud.

Fuente: Elaborado a partir del modelo de Virginia Henderson descrito por Burbano-Alvarado & Suconota-Pintado (2025).

Henderson concibe a la persona como un ser integral en el que intervienen componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades básicas mantienen relación entre sí, por lo que la alteración de una puede afectar otras dimensiones del bienestar; aunque son comunes a todas las personas, la forma de satisfacerlas varía según sus condiciones particulares y el nivel de independencia disponible (Agudelo-Cifuentes et al., 2022).

Dentro de este modelo, la función de enfermería se orienta a identificar las necesidades que la persona no puede satisfacer de manera independiente y proporcionar la ayuda requerida para recuperar o conservar su autonomía. El profesional interviene de acuerdo con las limitaciones de fuerza, voluntad o conocimiento que condicionan la capacidad del paciente para participar en su propio cuidado (Rodríguez Rodríguez et al., 2022):

Entre los elementos fundamentales del modelo se encuentra el objetivo del cuidado, dirigido a favorecer la satisfacción de las necesidades básicas; el usuario del servicio, entendido como la persona que presenta una dificultad real o potencial para alcanzar su independencia; y el papel de enfermería, que consiste en prestar la ayuda necesaria cuando el paciente no dispone de los recursos suficientes para realizar determinadas actividades por sí mismo. Asimismo, la fuente de dificultad corresponde a aquellos factores que limitan la autonomía y que pueden relacionarse con la falta de fuerza, voluntad o conocimientos (Rodríguez Rodríguez et al., 2022).

La intervención de enfermería se dirige, por tanto, a compensar las áreas de dependencia identificadas mediante acciones que permitan fortalecer o sustituir temporalmente las capacidades afectadas. El resultado esperado corresponde al aumento progresivo de la independencia y a una mejor satisfacción de las necesidades básicas de acuerdo con la condición clínica de la persona (Rodríguez Rodríguez et al., 2022).

La participación del profesional se modifica según el grado de dependencia del paciente, Cuando existe dependencia total, enfermería sustituye temporalmente aquellas actividades que la persona no puede ejecutar; durante la recuperación facilita el desarrollo de sus capacidades, mientras que ante una dependencia parcial proporciona la ayuda necesaria hasta alcanzar el mayor nivel posible de autonomía (Chuga Guaman et al., 2026).

2.2.8 Clasificación de Diagnósticos de Enfermería NANDA-I

La clasificación NANDA-I es un lenguaje estandarizado para la formulación de diagnósticos de enfermería a partir de la valoración clínica, se define el diagnóstico enfermero como un juicio clínico sobre una respuesta humana a afecciones de salud o procesos vitales, o sobre la vulnerabilidad a desarrollar esa respuesta, en una persona, familia, grupo o comunidad. Ese juicio es la base para elegir los resultados esperados y las intervenciones dentro del Proceso de Atención de Enfermería (Herdman et al., 2024).

Los diagnósticos se organizan en la Taxonomía II, que los agrupa en dominios y clases para facilitar su selección según las necesidades detectadas, contiene 277 diagnósticos distribuidos en 13 dominios y 48 clases. Se reconoce cuatro tipos de diagnóstico, el focalizado en el problema describe una respuesta humana no deseada que ya está presente; el de riesgo se refiere a la vulnerabilidad de desarrollarla; el de promoción de la salud expresa la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y el síndrome reúne varios diagnósticos que aparecen juntos y que se tratan mejor con intervenciones similares (Herdman et al., 2024).

Cada diagnóstico tiene una etiqueta, que es el nombre con el que se identifica, y una definición que delimita su significado, los demás componentes dependen del tipo de diagnóstico. Las características definitorias son los signos y síntomas observables que, agrupados, manifiestan el diagnóstico; los factores relacionados son las causas o circunstancias que contribuyen a la respuesta y que la enfermera puede modificar con sus intervenciones. En los diagnósticos de riesgo, ese papel lo cumplen los factores de riesgo, que aumentan la vulnerabilidad de la persona (Herdman et al., 2024).

2.2.9 Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

La Clasificación de Resultados de Enfermería, conocida como NOC por sus siglas en inglés (Nursing Outcomes Classification), es un sistema desarrollado para identificar y medir los resultados relacionados con los cuidados proporcionados por enfermería y otros profesionales de salud. Un resultado es un estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, medible a lo largo de un continuo en respuesta a las intervenciones de enfermería (Moorhead et al., 2024).

La séptima edición contiene 612 resultados organizados en siete dominios y 36 clases, dentro de una taxonomía de cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas. Cada resultado incluye una etiqueta, definición, conjunto de indicadores y escala tipo Likert de cinco puntos, en la que 1 corresponde a la condición menos deseable y 5 a la más deseable. Las escalas varían según el resultado, que van de “gravemente comprometido” a “no comprometido” y otras de “grave” a “ninguno”, en todas el 5 es el valor óptimo. La puntuación la fija la enfermera durante la planificación, según el estado inicial del paciente y lo que espera lograr en un plazo determinado (Moorhead et al., 2024).

Los indicadores son criterios observables o medibles que permiten valorar en qué medida se ha alcanzado un resultado, cada uno se puntúa por separado en una escala de cinco puntos para identificar qué aspectos del resultado cambian y cuáles se mantienen. No es necesario usar todos los indicadores disponibles, dado que la enfermera elige los que se relacionan con la condición clínica, los objetivos del cuidado y las necesidades identificadas en la valoración (Moorhead et al., 2024).

Dentro del PAE, la NOC se utiliza en dos momentos, en la planificación, ya que se selecciona los resultados esperados, se registra la puntuación inicial del paciente y se fija la puntuación que espera alcanzar en un plazo determinado. En la evaluación se vuelve a puntuar los mismos indicadores y la comparación entre la puntuación inicial, la esperada y la obtenida al final, muestra si las intervenciones produjeron el cambio previsto o si el plan de cuidados necesita ajustes (Moorhead et al., 2024).

2.2.10 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería, conocida como NIC por sus siglas en inglés (Nursing Interventions Classification), constituye un sistema estandarizado para identificar y organizar las intervenciones desarrolladas por los profesionales de enfermería. Cada intervención representa un tratamiento sustentado en el conocimiento y juicio clínico, mientras que las actividades asociadas especifican las acciones que pueden seleccionarse de acuerdo con las necesidades del paciente y los resultados esperados del cuidado (Jiménez-Martinetti et al., 2025).

La NIC se integra al Proceso de Atención de Enfermería porque permite seleccionar intervenciones a partir de las necesidades identificadas durante la valoración y del juicio clínico derivado del diagnóstico de enfermería. A su vez, mantiene relación con los diagnósticos establecidos mediante NANDA-I y con los resultados esperados definidos a través de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), lo que favorece la organización y documentación del cuidado profesional (Rodríguez-Suárez et al., 2022).

Las intervenciones de la NIC comprenden cuidados relacionados con las necesidades fisiológicas y psicosociales, además de acciones destinadas al tratamiento, prevención y promoción de la salud. En su octava edición, la clasificación contiene 614 intervenciones distribuidas en 30 clases y siete campos, estructura que permite localizar y seleccionar las intervenciones de acuerdo con las necesidades identificadas durante la atención de enfermería (Wagner et al., 2024).

Tabla 5

Campos y clases de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

Campo	Código de clase	Clase
1. Fisiológico: básico	A	Control de actividad y ejercicio
	B	Control de la evacuación
	C	Control de la inmovilidad
	D	Apoyo nutricional
	E	Fomento de la comodidad física

	F	Facilitación del autocuidado
	G	Control de electrolitos y acido básico
	H	Control de fármacos
	I	Control neurológico
2. Fisiológico: complejo	J	Cuidados perioperatorios
	K	Control respiratorio
	L	Control de la piel/heridas
	M	Termorregulación
	N	Control de la perfusión tisular
	O	Terapia conductual
	P	Terapia cognitiva
3. Conductual	Q	Potenciación de la comunicación
	R	Ayuda para el afrontamiento
	S	Educación de los pacientes
	T	Fomento de la comodidad psicológica
	U	Control en casos de crisis
4. Seguridad	V	Control de riesgos
	W	Cuidados de un nuevo bebé
5. Familia	Z	Cuidados de crianza de un nuevo bebé
	X	Cuidados durante la vida
6. Sistema sanitario	Y	Mediación del sistema sanitario
	a	Gestión del sistema sanitario
	b	Control de la información
7. Comunidad	c	Fomento de la salud de la comunidad
	d	Control de riesgos de la comunidad

Fuente: Estructura de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería descrita por Wagner et al. (2024).

2.2.11 Tratamiento del dolor postoperatorio

El tratamiento del dolor postoperatorio requiere una estrategia que permita alcanzar un control adecuado con el menor riesgo posible de efectos adversos; dentro de este abordaje, la analgesia balanceada o multimodal combina medicamentos y técnicas con diferentes mecanismos de acción, en dosis menores a las utilizadas como monoterapia. Esta modalidad puede incluir analgésicos epidurales asociados con antiinflamatorios no esteroideos u opioides, mientras que en procedimientos de mayor complejidad se emplean

técnicas de anestesia locorregional junto con otros analgésicos (Hyland et al., 2021).

Las alternativas terapéuticas más utilizadas para el control del dolor se encuentran los medicamentos analgésicos y las técnicas de anestesia regional; la selección depende de la intensidad del dolor, el procedimiento quirúrgico y la condición clínica del paciente. En este contexto, el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos se combinan con opioides cuando la intensidad del dolor requiere una analgesia mayor (Podder et al., 2025).

2.2.11.1 Intervenciones farmacológicas

La enfermería perioperatoria participa en el cuidado del paciente durante las diferentes etapas relacionadas con el procedimiento quirúrgico, por lo que la valoración del dolor es una actividad para orientar las intervenciones analgésicas. Debido al carácter subjetivo de esta experiencia, el personal de enfermería debe realizar una valoración sistemática para identificar la intensidad del dolor y la respuesta frente al tratamiento (Kadović et al., 2023).

La analgesia multimodal integra intervenciones farmacológicas con medidas complementarias para ser aplicadas durante el cuidado de enfermería; esta combinación permite adaptar el manejo a las necesidades clínicas de cada paciente. Las medidas complementarias incluyen técnicas de distracción o aplicación de frío y otras acciones de relajación pueden incorporarse de acuerdo con la condición del paciente (Kadović et al., 2023).

2.2.11.1.1 Opioides / Opiáceos

Los opioides son fármacos con efecto analgésico y se utilizan en el control del dolor postoperatorio cuando la intensidad requiere una intervención farmacológica de mayor efecto. Entre los medicamentos utilizados se encuentran la morfina, fentanilo e hidromorfona; algunos son de origen natural y otros son compuestos sintéticos desarrollados para producir analgesia (Hyland et al., 2021).

Morfina: es el opioide de referencia para comparar la potencia y duración de otros analgésicos de este grupo; cuando se administra por vía intravenosa, su efecto máximo puede presentarse aproximadamente a los 20 minutos. Su vida media de eliminación oscila entre dos y tres horas, mientras que la acción analgésica se mantiene entre cuatro y cinco horas (Hyland et al., 2021).

Hidromorfona: es un agonista opioide semisintético con un inicio de acción más rápido que la morfina cuando se administra por vía intravenosa; el efecto máximo se presenta aproximadamente a los 10 minutos y su vida media es de 2,4 horas. Su potencia analgésica supera a la morfina, por lo que requiere una administración acorde con la prescripción y la condición clínica del paciente (Podder et al., 2025).

Fentanilo: es un opioide sintético con elevada potencia analgésica y mayor liposolubilidad en comparación con la morfina, característica relacionada con un inicio de acción rápido; después de la administración intravenosa comienza su efecto a los dos minutos y alcanza su máxima acción en un período corto. Su vida media de eliminación se encuentra entre dos y cuatro horas (Esteve-Pérez et al., 2024).

Meperidina: se utiliza para el tratamiento de corta duración del dolor agudo debido al riesgo de efectos adversos relacionado con su administración repetida; presenta contraindicaciones en pacientes que reciben inhibidores de la monoaminoxidasa. En adultos mayores o personas con alteraciones hepáticas o renales puede acumularse su metabolito normeperidina y aumentar el riesgo de convulsiones, por lo cual no se recomienda su uso prolongado mediante perfusión continua o analgesia controlada por el paciente (Esteve-Pérez et al., 2024).

Tramadol: es un opioide de acción central que actúa como agonista débil de los receptores μ e inhibe la recaptación de noradrenalina y serotonina; este mecanismo favorece su efecto analgésico y permite utilizarlo en determinados cuadros de dolor postoperatorio moderado. Su administración requiere vigilancia debido a la posible aparición de náuseas o somnolencia, y

otros efectos adversos que pueden afectar la tolerancia del paciente (Esteve-Pérez et al., 2024).

Efectos secundarios: pueden provocar reacciones adversas relacionadas con su acción sobre el sistema nervioso central y otros órganos; entre las manifestaciones frecuentes se encuentran la somnolencia, depresión respiratoria, alteraciones gastrointestinales o urinarias. En determinados casos, la morfina puede inducir liberación de histamina y producir cambios cardiovasculares o cutáneos, por lo cual el seguimiento de enfermería resulta necesario durante la administración (Podder et al., 2025).

2.2.11.1.2 Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

Los antiinflamatorios no esteroideos forman parte del tratamiento del dolor agudo postoperatorio y se utilizan dentro del esquema de analgesia multimodal; pese a pertenecer a diferentes familias químicas, comparten efectos analgésicos, antiinflamatorios o antiplaquetaria. Su administración contribuye a reducir la intensidad del dolor y puede disminuir el requerimiento de opioides en determinados pacientes (Halvey et al., 2023).

Aspirina o ácido acetilsalicílico: actúa mediante la inhibición irreversible de la ciclooxigenasa 1, mecanismo que reduce la síntesis de tromboxano A₂ y prostaglandinas; este efecto disminuye la sensibilización de los nociceptores en los tejidos afectados. Como resultado, puede reducir la respuesta inflamatoria relacionada con la percepción dolorosa (Halvey et al., 2023).

Ibuprofeno: disminuye la producción de prostaglandinas en el área del daño tisular y reduce la respuesta inflamatoria periférica; mediante este mecanismo disminuye la sensibilización de los nociceptores y favorece el control del dolor postoperatorio de intensidad leve o moderada. Su utilización se ajusta a la condición clínica del paciente y a la prescripción correspondiente (Halvey et al., 2023).

Naproxeno: actúa mediante la reducción de la síntesis de prostaglandinas en los tejidos inflamados y disminuye la sensibilización periférica asociada con el dolor; su vida media prolongada permite mantener el

efecto analgésico durante un período mayor. Por esta característica se utiliza cuando se requiere un alivio sostenido (Regueras et al., 2024).

Celecoxib: inhibe de forma selectiva la ciclooxigenasa 2 inducida durante los procesos inflamatorios y reduce la producción de prostaglandinas en el tejido afectado; como consecuencia, disminuye la sensibilización nociceptiva periférica y central. Se utiliza en pacientes que requieren manejo del dolor postoperatorio y presentan determinadas condiciones gastrointestinales (Regueras et al., 2024).

Paracetamol: es un medicamento con efecto analgésico y antipirético utilizado para el tratamiento del dolor leve a moderado; su acción ocurre en el sistema nervioso central mediante la modulación de mecanismos relacionados con la síntesis de prostaglandinas. Se administra por diferentes vías y forma parte de los esquemas de analgesia multimodal debido a su eficacia (Regueras et al., 2024).

Ketorolaco: posee actividad analgésica y se utiliza durante períodos cortos para el tratamiento del dolor agudo de intensidad moderada o severa; su mecanismo se relaciona con la inhibición de las enzimas COX-1 y COX-2, con la consecuente reducción de prostaglandinas asociadas con el dolor. Su utilización disminuye la necesidad de opioides, sin embargo, requiere precaución debido al riesgo de alteraciones renales, gastrointestinales y posibilidad de hemorragia (Halvey et al., 2023).

Efectos adversos: los AINE pueden producir alteraciones cardiovasculares o renales debido a su efecto sobre la síntesis de prostaglandinas y la función hemodinámica; por esta razón, la prescripción debe considerar las características individuales del paciente, por ello se utiliza la menor dosis efectiva durante el período necesario para alcanzar el efecto terapéutico (Maldonado-Maldonado et al., 2024).

2.2.11.1.3 Analgésicos locales

Los anestésicos locales son medicamentos que interrumpen de manera reversible la transmisión de impulsos nerviosos en una zona determinada sin modificar el estado de conciencia; su mecanismo principal consiste en bloquear los canales de sodio dependientes del voltaje presentes en las membranas

neuronales. Como resultado, se impide la generación y propagación del potencial de acción responsable de conducir la señal dolorosa (Taylor & McLeod, 2020).

Lidocaína: reduce la permeabilidad de las membranas neuronales al sodio y disminuye la excitabilidad de las fibras nerviosas; para ejercer este efecto, la molécula ingresa al canal de sodio abierto y se une a un receptor específico. Este bloqueo limita la generación del potencial de acción y reduce la transmisión del estímulo doloroso (Beecham & Patel, 2026).

Efectos adversos de la lidocaína: la acción sobre la conducción nerviosa puede afectar las fibras relacionadas con la percepción dolorosa y posteriormente a fibras de mayor diámetro; cuando existe toxicidad sistémica pueden aparecer manifestaciones neurológicas o cardiovasculares. Estas reacciones pueden incluir mareo, convulsiones, alteraciones del ritmo y de la presión arterial (Beecham & Patel, 2026).

Bupivacaína: es un anestésico local utilizado en procedimientos epidurales y bloqueos nerviosos, además de la infiltración en tejidos para el control del dolor postoperatorio; su duración prolongada permite mantener la analgesia durante el período inmediato después de la cirugía. Esta característica disminuye el requerimiento de opioides sistémicos y favorece la recuperación funcional del paciente (Quevedo-Valverde et al., 2022).

Efectos adversos de la bupivacaína: este fármaco reduce la excitabilidad cardíaca y produce una recuperación más lenta de la conducción cuando alcanza concentraciones elevadas; sus efectos electrofisiológicos favorecen alteraciones graves del ritmo cardíaco. Entre otras manifestaciones descritas se encuentran cambios en la presión arterial o síntomas neurológicos, por lo cual su administración requiere vigilancia (McAllister & Patel, 2026).

2.2.12 Intervenciones no farmacológicas de enfermería

Las intervenciones no farmacológicas son medidas complementarias destinadas a disminuir la percepción del dolor sin recurrir al uso de medicamentos. Su aplicación puede favorecer el confort y complementar el efecto del tratamiento analgésico establecido (Fuentes-Ayala et al., 2025).

Cambio de posición: consiste en modificar periódicamente la postura del paciente para distribuir la presión sobre los tejidos y favorecer el confort durante la hospitalización; la frecuencia depende de la condición clínica y de la capacidad de movilidad. Las posiciones se alternan con las necesidades del paciente, con una alineación corporal adecuada y protegiendo las zonas sometidas a mayor presión (Barahona-Vimos et al., 2025).

Técnicas de relajación y respiración: estas estrategias buscan disminuir la tensión física y favorecer un estado de mayor tranquilidad durante la experiencia dolorosa; la respiración diafragmática puede estimular la respuesta parasimpática y contribuir al control del estrés. La relajación muscular progresiva se utiliza como complemento del tratamiento para disminuir la percepción del dolor en pacientes que puedan participar activamente (Wang et al., 2025).

Educación y apoyo emocional: la educación permite que el paciente comprenda su condición y participe de forma activa en las decisiones relacionadas con su cuidado; al mismo tiempo, el acompañamiento emocional puede reducir la ansiedad asociada con el período postoperatorio. Este abordaje favorece la adaptación del paciente y puede mejorar la adherencia a las indicaciones establecidas durante la recuperación (Duque-Delgado et al., 2021).

Aplicación de frío o calor: la crioterapia y termoterapia son medidas físicas que se utilizan para aliviar molestias según la condición clínica; el frío produce vasoconstricción y contribuye a reducir la inflamación durante etapas iniciales, mientras que el calor favorece la relajación muscular mediante vasodilatación. Su aplicación se realiza de acuerdo con la indicación y las características del paciente para evitar efectos no deseados (Wang et al., 2025).

2.2.13 Rol educativo de enfermería en el control del dolor

La educación es una intervención de enfermería que facilita la participación del paciente en el manejo del dolor; cuando la persona comprende la utilidad de las escalas y las opciones terapéuticas disponibles, puede comunicar con mayor precisión los cambios en su estado. Asimismo, la orientación permite explicar los posibles efectos adversos de los medicamentos

y las medidas no farmacológicas que pueden complementar el tratamiento (Esteve-Pérez et al., 2024).

El personal de enfermería mantiene contacto continuo con el paciente durante el período postoperatorio, así se facilita la vigilancia de la respuesta frente al tratamiento y la identificación de necesidades educativas; dentro de sus funciones se encuentra reforzar las indicaciones relacionadas con el manejo del dolor y comunicar los cambios observados al equipo responsable. Esta participación contribuye a mantener una analgesia adecuada con el menor riesgo posible de efectos adversos (Valle Dávila et al., 2021).

2.2.14 Seguridad del paciente

La seguridad del paciente es fundamental en la calidad asistencial y se relaciona con la prevención del daño evitable asociado con la atención sanitaria; durante el período postoperatorio esta necesidad se debe a los cambios fisiológicos y a los efectos derivados del tratamiento farmacológico. Por tanto, la vigilancia del personal de enfermería permite identificar oportunamente alteraciones que puedan comprometer la recuperación (OMS, 2023).

El dolor agudo postoperatorio mal controlado es un riesgo para la seguridad debido a su relación con diferentes complicaciones y con la posibilidad de evolución hacia dolor persistente; por esta razón su valoración y tratamiento requieren una organización adecuada del cuidado de enfermería. Una gestión estructurada permite prevenir eventos adversos asociados con un control insuficiente del dolor y favorecer una recuperación más segura (Esteve-Pérez et al., 2024).

2.3 Definición de términos

Alodinia: Dolor ante estímulos que normalmente no lo causan (Cerezuela et al., 2026) .

Antiinflamatorios no esteroideos: Son fármacos que reducen el dolor, la fiebre y la inflamación al bloquear la producción de prostaglandinas (Halvey et al., 2023).

Calidad de atención: Grado en que los servicios de salud mejoran los resultados del paciente (Abella-Palacios et al., 2021).

Constantes vitales: Parámetros fisiológicos básicos que indican el estado de salud (OMS, 2020).

Dolor agudo postoperatorio (DAP): Experiencia sensorial y emocional desagradable de inicio repentino, asociada al daño tisular producido por el acto quirúrgico, con duración generalmente inferior a 30 días (Ribera-Leclerc et al., 2021).

Dolor neuropático: Dolor causado por lesión o enfermedad del sistema nervioso (Vidal-Fuentes, 2020).

Dolor nociceptivo: Dolor producido por la activación de receptores ante daño tisular (Karcz et al., 2024).

Dosis: Es la cantidad específica de medicamento, sustancia o radiación que se administra en un momento dado para producir un efecto terapéutico deseado (Hyland et al., 2021).

Efectos adversos: Reacciones nocivas, no deseadas e inesperadas que ocurren tras la administración de un medicamento o tratamiento a dosis normales (Maldonado-Maldonado et al., 2024).

Escala del dolor: Herramienta que permite medir la intensidad del dolor en el paciente (Choi et al., 2024).

Estrategias terapéuticas: Son enfoques estructurados como la terapia conductual (TCC), psicoeducación, terapia breve y técnicas de relajación diseñados para modificar pensamientos, conductas y emociones disfuncionales. Su objetivo es mejorar la salud mental, reducir la sintomatología y fomentar la autonomía del paciente (Ortega-Delgado et al., 2024).

Farmacología: Ciencia que estudia cómo los fármacos interactúan con los organismos vivos, abarcando su origen, propiedades, efectos bioquímicos y fisiológicos, mecanismos de acción, absorción, distribución, metabolismo y excreción (Crowley, 2023).

Historia clínica: Es un documento médico esencial que recoge de manera sistemática la información sobre la salud del paciente, su historial médico y los antecedentes relevantes para su atención sanitaria (Cabello-Peña et al., 2024).

Inflamación: Es la respuesta inmunitaria natural del cuerpo ante lesiones, infecciones, toxinas o estrés, diseñada para proteger y sanar los tejidos (Wang et al., 2025).

Manejo del dolor: Conjunto de estrategias farmacológicas y no farmacológicas para aliviar el dolor (Chen et al., 2025).

Monitoreo: Consiste en la observación continua de los signos vitales y parámetros fisiológicos para detectar anomalías, orientar el tratamiento y prevenir complicaciones, especialmente en cuidados críticos (Coffey et al., 2022).

Opioides: Fármacos potentes que actúan sobre los receptores del sistema nervioso central para el tratamiento del dolor moderado a severo (Hyland et al., 2021).

Postoperatorio: Período posterior a una intervención quirúrgica en el que el paciente requiere vigilancia y cuidados (Cativiela-Rodríguez, 2023).

Protocolos clínicos: Es un conjunto de normas, directrices y procedimientos basados en evidencia científica, que guían el diagnóstico, tratamiento y atención de los pacientes (Coffey et al., 2022).

Relación enfermera-paciente: Conexión interpersonal entre la enfermera y el paciente que supera el componente técnico e incorpora empatía, respeto y comprensión mutua (Markovics et al., 2025).

Sedación: Estado de calma o disminución de la consciencia inducido farmacológicamente, a menudo necesario junto con la analgesia en el paciente crítico ((Cerezuela et al., 2026).

Seguridad del paciente: Es la ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción hasta un mínimo aceptable del riesgo de causar daños innecesarios durante la atención sanitaria (OMS, 2023).

Sensibilización central: Estado de hipersensibilidad del sistema nervioso central que amplifica la señal dolorosa tras una lesión quirúrgica y favorece la cronificación del dolor cuando no recibe un tratamiento oportuno (Volcheck et al., 2023).

Tolerancia al dolor: Nivel máximo de dolor que una persona puede soportar antes de que sea necesario intervenir con medidas de alivio (Esteve-Pérez et al., 2024).

Umbral del dolor: Nivel mínimo de estimulación dolorosa que un individuo puede percibir conscientemente (Hermie et al., 2025).

Valoración del dolor: Proceso de evaluación sistemática de la intensidad y características del dolor (Stretanski et al., 2025).

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel de investigación

3.1.1 Descriptivo

Según Hernández Sampieri & Mendoza Torres (2023), los estudios descriptivos buscan precisar las características y propiedades de un fenómeno mediante la recopilación de información sobre las variables del problema investigado. Su finalidad es representar cómo se manifiesta el fenómeno dentro de una población, sin establecer relaciones causales entre las variables.

La investigación presentó un nivel descriptivo porque permitió identificar y caracterizar las intervenciones de enfermería aplicadas durante la valoración y control del dolor agudo postoperatorio. Se describió las acciones ejecutadas por el personal de enfermería durante la atención de los pacientes, sin aplicar modificaciones sobre las prácticas observadas.

3.1.2 Transversal

Los diseños transversales recopilan la información en un momento delimitado con el propósito de describir las variables dentro de una situación determinada. Este diseño permite obtener una representación de las condiciones existentes durante el período estudiado, sin efectuar un seguimiento longitudinal de los participantes (Vizcaíno et al., 2023).

En la presente investigación, los datos se recopilieron durante el período de marzo a julio de 2026, sin realizar mediciones sucesivas destinadas a analizar cambios en el tiempo. En consecuencia, el diseño permitió describir las intervenciones de enfermería aplicadas durante ese período en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio.

3.1.3 De campo

La investigación de campo permite obtener información directamente del entorno donde ocurre el fenómeno objeto de estudio, los datos recopilados son de información primaria que permite analizar y sustentar los resultados de la investigación con evidencia obtenida de manera directa (Villanueva, 2022).

La investigación fue de campo ya que los datos se obtuvieron en las áreas quirúrgicas y hospitalización del Hospital Guayaquil, mediante la observación directa del desempeño del personal de enfermería.

3.1.4 Cuantitativo

Según Hernández Sampieri & Mendoza Torres (2023), se fundamenta en la recolección y análisis de datos numéricos para obtener información susceptible de análisis estadístico y describir el comportamiento de las variables.

La presente investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo, debido a que permitió recolectar, medir y analizar datos numéricos relacionados con las intervenciones de enfermería aplicadas en la valoración y el control del dolor agudo postoperatorio. La información se procesa mediante estadística descriptiva, permitiendo describir el comportamiento de las variables y dar respuesta a los objetivos planteados.

3.2 Diseño

3.2.1 No experimental:

Un diseño no experimental estudia los fenómenos sin modificar deliberadamente las variables, el investigador observa las situaciones tal como ocurren dentro de su contexto. En consecuencia, no se introducen tratamientos destinados a producir cambios en las variables, sino que la información se obtiene a partir de las condiciones existentes (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2023) .

La investigación presentó un diseño no experimental porque las intervenciones de enfermería se observaron durante la atención habitual de los pacientes postoperatorios, sin introducir modificaciones sobre las actuaciones del personal.

3.3 Población y muestra

La población estuvo constituida por 300 profesionales de enfermería que laboraban en las áreas quirúrgicas y de hospitalización del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón durante marzo – julio 2026, de acuerdo con el registro institucional. Para determinar el tamaño de la

muestra se aplicó la fórmula para poblaciones finitas, debido a que se conocía el número total de profesionales que conformaban la población objeto de estudio.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

N = 300 (población)

Z = 1,96 (nivel de confianza del 95 %)

p = 0,5 (probabilidad esperada)

q = 0,5 (1-p)

e = 0,05 (margen de error)

Como resultado de la aplicación de la fórmula, se determinó una muestra representativa de 169 profesionales de enfermería, correspondiente a un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %, valores estadísticamente aceptados que garantizan una adecuada representación de la población y permiten obtener resultados confiables para el desarrollo de la investigación.

Criterios de inclusión

- Personal de Enfermería que labore en las áreas de hospitalización y quirúrgicas del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón
- Personal de enfermería que acepte participar voluntariamente en el estudio mediante la firma del consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Personal de enfermería que decide no participar en la investigación.
- Personal de enfermería que se encuentre de vacaciones, con licencia, permiso o ausente de sus funciones durante el período de recolección de datos.

3.4 Variables

3.4.1 Variable dependiente

Intervenciones de enfermería

3.4.2 Variable independiente

Dolor agudo postoperatorio

3.4.3 Operacionalización de las variables

Tabla 6

Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Dependiente: Intervenciones de Enfermería	Conjunto de acciones planificadas y ejecutadas por el profesional de enfermería, basadas en evidencia científica, orientadas a valorar, tratar y controlar el dolor agudo postoperatorio, con el fin de promover el bienestar y la recuperación del paciente quirúrgico (Solano-Quinche et al., 2025).	Características sociodemográficas del personal de enfermería	Edad	25 – 35 años 36-45 años Mayor a 46 años	ENCUESTA
			Género	Femenino Masculino Otros	
			Turno	6 horas 12 horas	
			Experiencia laboral	1 a 10 años 11 a 25 años Mayor a 25 años	

			Número de pacientes postoperatorios que atiende por turno	3 – 6 7 – 10 Más de 10		
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO	
Independiente: Dolor Agudo Postoperatorio	Experiencia sensorial y emocional desagradable de inicio súbito, asociada al daño tisular producido por el acto quirúrgico, que se presenta en las primeras 24 a 72 horas del período postoperatorio y cuya intensidad puede variar de leve a severa según la percepción individual del paciente (Esteve-Pérez et al., 2024).	Manejo del dolor: agudo	Realiza la valoración exhaustiva del dolor que incluye localización, aparición, duración, frecuencia, intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan	NOMINA L (SI/ NO)	GUÍA DE OBSERVACIÓN	
			Identifica la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación			
			Pregunta al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior			
			Monitoriza el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y la capacidad de comunicación			
			Incorpora las intervenciones no farmacológicas a la etiología del dolor y a la preferencia del paciente según corresponda			
		Monitorización de signos vitales	Monitoriza los signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno)			

Administración de medicación	Sigue los correctos de la administración de medicación
	Administra la medicación con la técnica y la vía adecuadas
	Documenta la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente.
Administración de analgésicos	Se asegura de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen
Manejo ambiental: confort	Crea un ambiente tranquilo y de apoyo
	Proporciona un ambiente limpio y seguro
Aplicación del calor o frío	Aplica calor/frío directamente o cerca del sitio afectado, si fuera posible
Distracción	Anima al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento.
Enseñanza: individual	Valora el nivel actual de conocimiento y comprensión del contenido del paciente
	Determina la capacidad del paciente para asimilar la información específica
	Da tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la investigación se utilizó como técnica de recolección de datos la encuesta y la observación directa estructurada. La encuesta se destinó a caracterizar al personal de enfermería participante, mientras que la observación permitió registrar las intervenciones ejecutadas durante la valoración y control del dolor agudo postoperatorio; para este proceso se emplearon un cuestionario sociodemográfico y una guía de observación.

Encuesta

La encuesta se aplicó a los 169 profesionales de enfermería que conformaron la muestra del estudio, con la finalidad de recopilar información relacionada con sus características sociodemográficas y laborales. El cuestionario incluyó edad, género, además de información relacionada con el turno de trabajo, experiencia laboral y número de pacientes postoperatorios atendidos por turno; estos datos permitieron caracterizar a los participantes y contextualizar los resultados obtenidos mediante la observación.

Guía de Observación

Para evaluar las intervenciones de enfermería se utilizó una guía de observación estructurada, elaborada a partir de actividades contempladas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). El instrumento estuvo compuesto por indicadores relacionados con el manejo del dolor, la monitorización clínica y la administración de medicamentos; además, incluyó acciones de confort, medidas no farmacológicas y educación individual, todas valoradas mediante una escala nominal dicotómica con las opciones Sí y No.

La observación se realizó entre marzo y julio de 2026 en las áreas quirúrgicas y de hospitalización del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, durante la atención habitual de pacientes postoperatorios y sin modificar las actividades desarrolladas por el personal. Se efectuó una observación estructurada a los 169 profesionales incluidos en la muestra, durante cada aplicación, se verificó el cumplimiento de los indicadores establecidos y se registró la respuesta en la guía.

3.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

La información obtenida mediante la encuesta y la guía de observación se organizó en una base de datos elaborada en Microsoft Excel. Las variables sociodemográficas y laborales se procesaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que los indicadores de la guía se codificaron de acuerdo con las respuestas Sí y No; posteriormente, se calculó la frecuencia y el porcentaje de cumplimiento correspondiente a cada intervención observada.

Para complementar el análisis, los resultados de la guía de observación se interpretaron en relación con las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que presentaron correspondencia con los indicadores evaluados. La etapa de valoración se relacionó con las acciones destinadas a identificar las características del dolor y utilizar instrumentos para su medición, mientras que la ejecución comprendió las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas desarrolladas por el personal; por su parte, la evaluación se vinculó con el registro de la respuesta del paciente posterior a las acciones realizadas.

3.7 Consideraciones éticas

Consentimiento Informado

La participación de los profesionales de enfermería fue voluntaria y estuvo precedida por la explicación de los objetivos y procedimientos establecidos para la investigación. Antes de la recolección de datos se solicitó la firma del consentimiento informado, documento mediante el cual cada participante expresó su decisión de formar parte del estudio y conservó el derecho de retirarse cuando lo considerara necesario.

Confidencialidad

La información recopilada se manejó de manera confidencial mediante la codificación de los registros, con el propósito de evitar la identificación individual de los participantes. El acceso a la base de datos se restringió al equipo investigador y los resultados se presentaron de manera agrupada; debido a que el estudio se limitó a observar las prácticas habituales del personal sin modificar la atención proporcionada.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS LOGROS O ALCANZADOS SEGÚN LOS OBTENIDOS PLANTEADOS

4.1 Resultados Alcanzados

Los resultados sociodemográficos y laborales permitieron caracterizar a los 169 profesionales de enfermería mediante variables relacionadas con edad, género, turno de trabajo, experiencia laboral y número de pacientes postoperatorios atendidos por turno. A continuación, se presentan los resultados:

Tabla 7

Características sociodemográficas y laborales del personal de enfermería

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Edad	25–35 años	68	40,2 %
	36–45 años	87	51,5 %
	Mayor de 46 años	14	8,3 %
Género	Masculino	11	6,5 %
	Femenino	158	93,5 %
	Otro	0	0,0 %
Turno de trabajo	6 horas	70	41,4 %
	12 horas	99	58,6 %
Experiencia laboral	1–10 años	82	48,5%
	11–25 años	77	45,6 %
	Mayor de 25 años	10	5,9 %
Pacientes postoperatorios atendidos por turno	3–6 pacientes	1	0,6%
	7–10 pacientes	38	22,5 %
	Más de 10 pacientes	130	76,9 %

Nota: n = 169 profesionales de enfermería. Información obtenida mediante la aplicación de la encuesta.

Elaborado por: Jhoselyn Guashpa y Cristina Oleas.

Análisis e interpretación

El personal de enfermería estuvo conformado por profesionales en etapa laboral activa entre 36 y 45 años con autoidentificación mestiza, y experiencia laboral hasta los 25 años de ejercicio profesional. En la institución predominan las jornadas de 12 horas y la atención de más de diez pacientes postoperatorios por turno, situación que puede limitar el tiempo destinado a la valoración clínica, el monitoreo continuo y la implementación de intervenciones oportunas para el manejo del paciente postoperatorio.

La concentración del personal entre 36 – 45 años y experiencia laboral mayoritariamente inferior a 25 años, evidencia un grupo con trayectoria profesional dentro de la atención clínica. Este resultado coincide con Youngcharoen & Aree-Ue (2023), quienes relacionan la experiencia profesional con mejores prácticas de valoración y manejo del dolor, mientras que Jiang & Qin (2026), reportan mejor cumplimiento de protocolos analgésicos en equipos con mayor experiencia.

Con relación al género Paladines et al. (2022), señalan que el género no determina diferencias en la calidad técnica de las intervenciones, mientras que Tohol et al. (2023), identificaron una participación femenina del 90% en estudios sobre prácticas de enfermería relacionadas con el control del dolor.

Respecto a las jornadas laborales, Youngcharoen & Aree-Ue (2023), identificaron que la carga laboral y la duración de la jornada son factores determinantes en las prácticas de valoración y manejo del dolor postoperatorio en adultos mayores. De manera similar, Wang et al. (2024) señalaron que la sobrecarga asistencial durante turnos prolongados es de los principales predictores del subregistro y la subvaloración del dolor postoperatorio en unidades de cuidados intensivos.

Según Buchan & Catton (2023), señalan que una dotación insuficiente de personal compromete la seguridad del paciente y disminuye la calidad del cuidado. Durante la atención postoperatoria, esta situación es importante debido a la necesidad de mantener una vigilancia frecuente, por lo que una elevada demanda asistencial dificulta el cumplimiento oportuno de las intervenciones de enfermería.

4.1.1 Identificación de las intervenciones de enfermería a través del PAE

Se identificó las intervenciones de enfermería aplicadas durante la valoración y control del dolor agudo postoperatorio, para su presentación, las actividades se organizaron de acuerdo con las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Tabla 8

Intervenciones de enfermería identificadas según su relación con el PAE

Etapas PAE	Dimensión	Intervenciones identificadas
Valoración	Manejo del dolor agudo	<p>Valoración exhaustiva de las características del dolor.</p> <p>Identificación de la intensidad del dolor durante el movimiento.</p> <p>Identificación del nivel de dolor tolerable para el paciente.</p> <p>Uso de una herramienta válida y fiable para valorar el dolor.</p>
	Monitorización de signos vitales	Control de frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.
Ejecución	Manejo del dolor agudo	Aplicación de intervenciones no farmacológicas adaptadas al paciente.
	Administración de medicación	<p>Cumplimiento de los correctos de administración de medicamentos.</p> <p>Administración de medicamentos mediante técnica y vía adecuadas.</p>
	Administración de analgésicos	Administración anticipada de analgesia antes del incremento del dolor o de actividades que puedan provocarlo.
	Manejo ambiental: confort	<p>Creación de un ambiente tranquilo y de apoyo.</p> <p>Mantenimiento de un ambiente limpio y seguro.</p>
	Aplicación de calor o frío	Utilización de termoterapia o crioterapia cuando corresponde.
	Distracción	Aplicación de técnicas de distracción de acuerdo con las preferencias del paciente.
	Enseñanza individual	<p>Valoración del conocimiento del paciente sobre el manejo del dolor.</p> <p>Determinación de la capacidad para comprender la información proporcionada.</p>

		Facilitación de espacios para preguntas e inquietudes.
Evaluación	Administración de medicación	Registro de la administración del medicamento y de la respuesta del paciente.

Nota: Información obtenida mediante la aplicación de la guía de observación.

Elaborado por: Jhoselyn Guashpa y Cristina Oleas.

Análisis e interpretación

La identificación de las intervenciones evidencia que las actividades observadas se concentraron en las etapas de valoración y ejecución del PAE, debido a que incluyeron la identificación de las características del dolor, vigilancia clínica y aplicación de cuidados dirigidos a su control. La evaluación estuvo representada por el registro de la respuesta del paciente después de la administración del medicamento, mientras que el diagnóstico de enfermería y la planificación no se incluyeron porque la guía no contenía indicadores específicos para valorar estas etapas.

4.1.2 Cumplimiento de las intervenciones de enfermería

El cumplimiento de las intervenciones se determinó mediante las respuestas dicotómicas de Sí y No registradas durante la observación directa. Los resultados se agruparon según las etapas del PAE y las dimensiones de la guía para identificar las actividades con mayor aplicación y aquellas que presentaron menor cumplimiento.

Tabla 9

Cumplimiento de las intervenciones de enfermería para la valoración y control del dolor agudo postoperatorio

Etapas	Dimensión	Indicador evaluado	Sí n (%)	No n (%)
PAE				
		Realiza la valoración exhaustiva del dolor que incluye localización, aparición, duración, frecuencia, intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan	130 (76,9 %)	39 (23,1 %)
Valoración	Manejo del dolor agudo			

		Identifica la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación	142 (84,0 %)	27 (16,0 %)
		Pregunta al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior	163 (96,4 %)	6 (3,6 %)
		Monitoriza el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y la capacidad de comunicación	101 (59,8 %)	68 (40,2 %)
	Monitorización de signos vitales	Monitoriza los signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno)	62 (36,7 %)	107 (63,3 %)
	Manejo del dolor agudo	Incorpora las intervenciones no farmacológicas a la etiología del dolor y a la preferencia del paciente según corresponda	92 (54,4 %)	77 (45,6 %)
	Administración de medicación	Sigue los correctos de la administración de medicación	133 (78,7 %)	36 (21,3 %)
		Administra la medicación con técnica y vía adecuadas	169 (100,0 %)	0 (0,0 %)
	Administración de analgésicos	Se asegura de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen	105 (62,1 %)	64 (37,9 %)
Ejecución	Manejo ambiental: confort	Crea un ambiente tranquilo y de apoyo	125 (74,0 %)	44 (26,0 %)
		Proporciona un ambiente limpio y seguro	126 (74,6 %)	43 (25,4 %)
	Aplicación de calor o frío	Aplica calor/frío directamente o cerca del sitio afectado, si fuera posible	77 (45,6 %)	92 (54,4 %)

	Distracción	Anima al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento.	106 (62,7 %)	63 (37,3 %)
		Valora el nivel actual de conocimiento y comprensión del contenido del paciente	103 (60,9 %)	66 (39,1 %)
		Determina la capacidad del paciente para asimilar la información específica	128 (75,7 %)	41 (24,3 %)
		Da tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes	141 (83,4 %)	28 (16,6 %)
Evaluación	Administración de medicación	Documenta la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente.	169 (100,0 %)	0 (0,0 %)

Nota: Información obtenida mediante la aplicación de la guía de observación.

Elaborado por: Jhoselyn Guashpa y Cristina Oleas.

Análisis e interpretación

En la valoración del dolor, el 59,8 % (n = 101) del personal utilizó una herramienta válida y fiable acorde con la edad y capacidad de comunicación del paciente, mientras que el 40,2 % (n = 68) no aplicó este recurso de manera sistemática. Durante la observación se identificó el uso de la Escala Visual Analógica (EVA) como instrumento para determinar la intensidad del dolor, lo que permite asignar un valor a la percepción expresada por el paciente y orientar las decisiones relacionadas con su manejo. Se evidencia que la valoración mediante una escala forma parte de la práctica de la mayoría del personal.

En la etapa de ejecución del PAE para la administración de medicamentos, el 100 % (n = 169) del personal utilizó la técnica y la vía correspondientes al tratamiento indicado. Del total observado, 150 (88,8 %) administraron la medicación por vía intravenosa y 19 (11,2 %) por vía oral. Dentro de las medidas no farmacológicas, la aplicación de calor o frío presentó

el menor cumplimiento con 45,6 %, seguida por la incorporación de intervenciones adaptadas a las características del dolor y preferencias del paciente con 54,4 %. Las acciones relacionadas con el manejo ambiental mostraron mayor aplicación, con 74,0 % para la creación de un ambiente tranquilo y de apoyo y 74,6 % para el mantenimiento de un ambiente limpio y seguro, mientras que las técnicas de distracción alcanzaron un cumplimiento de 62,7 %.

En la enseñanza individual se observó mayor cumplimiento en la disposición de tiempo para que el paciente formulara preguntas y expresara inquietudes, con 83,4 %, seguida por la determinación de la capacidad para asimilar la información con 75,7 %. La valoración previa del conocimiento y comprensión del paciente presentó menor aplicación con 60,9 %; finalmente, la evaluación del PAE representada por el registro de la administración de medicamentos y la respuesta del paciente alcanzó un cumplimiento del 100 %.

Desde el PAE, la valoración del dolor es el punto de partida para orientar las decisiones de enfermería y seleccionar las medidas adecuadas para su control, con base en ello, Youngcharoen & Aree-Ue (2023), sostienen que una valoración precisa favorece la individualización del tratamiento analgésico, mientras que Hermie et al. (2025), destacan la necesidad de considerar el dolor durante la actividad física postoperatoria; en concordancia Zhang et al. (2025), relacionan esta valoración con el ajuste oportuno de la analgesia y una mejor recuperación funcional. La tendencia identificada en el presente estudio demuestra que estas prácticas forman parte de la atención desarrollada por el personal.

En relación con el uso de una herramienta válida para medir el dolor Hermie et al. (2025) reconocen la EVA, ENE y EVR como instrumentos válidos para la evaluación postoperatoria y señalan que su selección debe responder a las características del paciente; por ello, el porcentaje identificado indica la necesidad de fortalecer el uso sistemático de escalas estandarizadas como parte de la valoración de enfermería.

La incorporación de intervenciones no farmacológicas el resultado obtenido se aproxima a lo reportado por Tsegaye et al. (2023), quienes

identificaron una práctica adecuada en el 48,1 % del personal estudiado, mientras que Niyonkuru et al. (2025), señalan que la carga asistencial y la formación insuficiente restringe la utilización de estas medidas, incluso cuando contribuyen al control del dolor y a la reducción del consumo de opioides.

Urman et al. (2026) señalan que una proporción importante de eventos de depresión respiratoria asociados con opioides puede prevenirse mediante una monitorización adecuada de signos vitales, mientras que Syan et al. (2025), indican que la vigilancia sistemática facilita la detección temprana del deterioro clínico; por ello el resultado encontrado indica una necesidad prioritaria de fortalecimiento dentro de la valoración continua del paciente.

Para la documentación de la administración del medicamento Wang & Zhang (2024), señalan que el registro favorece la continuidad de las decisiones terapéuticas y la valoración de la efectividad del tratamiento, por lo que el cumplimiento encontrado constituye una fortaleza dentro del seguimiento del paciente postoperatorio. Las guías de práctica clínica para el manejo del dolor postoperatorio recomiendan integrar la analgesia preventiva dentro del abordaje multimodal porque contribuye al control oportuno del dolor y puede disminuir la necesidad posterior de opioides, además relacionan los niveles elevados de ruido hospitalario con mayor intensidad del dolor y consumo analgésico (Chen et al., 2025).

Respecto a las intervenciones no farmacológicas Liang et al. (2024), reportaron una disminución significativa de la intensidad del dolor durante el primer día postoperatorio mediante crioterapia y recomendaron el uso de compresas frías convencionales por su utilidad clínica. Las técnicas de distracción, según S. Chen et al. (2025), reportaron disminución del dolor y menor consumo de opioides con el uso de musicoterapia, mientras que Niyonkuru et al. (2025), reconocen las estrategias de distracción como recursos complementarios dentro del manejo multimodal, por lo que su aplicación podría reforzarse dentro del cuidado postoperatorio.

Dilmen et al. (2024), relacionan las alteraciones cognitivas posteriores a la cirugía con dificultades para procesar la información; Dunworth et al.

(2024), destacan la utilidad de una educación individual para apoyar el manejo perioperatorio del dolor.

4.1.3 Resultados de los objetivos

Tabla 10

Resultados por objetivos

Objetivos específicos	Resultados obtenidos
Caracterizar el perfil sociodemográfico y laboral del personal de enfermería que brinda atención a pacientes postoperatorios en el Hospital Guayaquil.	Se caracterizó a 169 profesionales de enfermería, predominó el grupo de 36 a 45 años con 51,5 %, el género femenino con 93,5 %. El 58,6 % cumplía turnos de 12 horas y el 48,5 % registró entre 1 y 10 años de experiencia laboral. El 76,9 % atendía a más de 10 pacientes postoperatorios por turno.
Identificar las intervenciones NIC de enfermería aplicadas para la valoración y control del dolor agudo postoperatorio en el Hospital Guayaquil.	Se identificaron intervenciones relacionadas con la valoración del dolor, monitorización de signos vitales, administración de medicamentos y analgésicos, manejo ambiental, medidas no farmacológicas, distracción, enseñanza individual y documentación de la respuesta del paciente. Las actividades se concentraron en las etapas de valoración y ejecución del PAE, la evaluación estuvo representada por el registro de la administración y respuesta del paciente. Se observaron fortalezas en la administración de medicamentos y en la documentación de la respuesta del paciente, ambas con 100 %; las menores aplicaciones correspondieron a la monitorización de signos vitales con 36,7 %, calor o frío con 45,6 %, intervenciones no farmacológicas adaptadas con 54,4 % y uso de una herramienta válida para medir el dolor con 59,8 %.
Diseñar una guía de capacitación dirigida al personal de enfermería sobre	Se diseñó una guía de capacitación orientada a la valoración y control del dolor agudo postoperatorio, estructurada a partir de las

cuidados integrales del paciente postoperatorio, con base en los hallazgos obtenidos.	necesidades identificadas en los resultados. La propuesta integra intervenciones de enfermería basadas en la NIC y articuladas con las etapas del PAE. Incorpora una secuencia práctica para valorar, medir, vigilar, intervenir, reevaluar y registrar, junto con un caso clínico ilustrativo que desarrolla valoración según Virginia Henderson, diagnóstico NANDA-I, resultados NOC, intervenciones NIC y evaluación de la respuesta del paciente.
---	---

Nota. Resultados obtenidos mediante la encuesta, guía de observación y elaboración de la propuesta de capacitación.

Elaborado por: *Jhoselyn Guashpa y Cristina Oleas.*

Caso Clínico

Paciente masculino de 62 años de edad, maestro jubilado, con antecedentes personales patológicos de hipertensión arterial sistémica controlada con enalapril 10 mg cada 12 horas. Niega alergias medicamentosas, hábitos tóxicos y antecedentes quirúrgicos previos.

Ingresa al servicio de cirugía general para colecistectomía laparoscópica electiva, indicada por colelitiasis sintomática con episodios recurrentes de dolor tipo cólico en hipocondrio derecho. El procedimiento se realiza bajo anestesia general, sin complicaciones transoperatorias.

En la segunda hora del postoperatorio inmediato, el paciente refiere dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, de tipo punzante, continuo, con exacerbación al movimiento y a la tos. La intensidad del dolor se cuantifica en 8/10 según la escala visual análoga (EVA). No se asocia a náuseas, vómito, fiebre ni signos de irritación peritoneal.

A la exploración física se observa abdomen normodistendido, blando, con dolor a la palpación superficial en cuadrante superior derecho. Las heridas quirúrgicas se encuentran íntegras, con apósitos limpios, sin signos de

infección ni sangrado. No se evidencia defensa muscular ni signos de rebote. El resto del examen físico sin hallazgos patológicos.

Signos vitales dentro de parámetros fisiológicos:

- Tensión arterial: 130/80 mmHg.
- Frecuencia cardíaca: 110 lpm.
- Frecuencia respiratoria: 25 rpm.
- Temperatura corporal: 36.8 °C.
- Saturación de Oxígeno: 95%

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA): Dolor agudo (00132) R/C agente lesivo M/P alteración de los parámetros fisiológicos, expresión facial del dolor, informa de la intensidad usando escalas estandarizadas de valoración del dolor.				
Dominio 12: Confort	Clase 1: Confort físico		Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo	Código: 00132
VALORACIÓN	NOC	NIC	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
14 necesidades básicas de Virginia Henderson 1. Respirar normalmente frecuencia respiratoria de 25 rpm, indicativa de taquipnea, frecuencia cardiaca 110 lpm, demostrando taquicardia. 4. Moverse y mantener posturas adecuadas: paciente presenta dolor	Dominio V: Salud percibida Clase V: Sintomatología Nivel del dolor (2102) Indicadores: Dolor referido (210201)	Dominio I: Fisiológico: básico Clase E: Fomento de la comodidad física Manejo del dolor: agudo (1410) - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización,	Manejo del dolor agudo: Permite valorar de forma sistemática la intensidad y las características del dolor para seleccionar las medidas necesarias y comprobar posteriormente la respuesta del paciente. En pacientes con capacidad de comunicación, la EVA facilita la valoración del dolor en reposo y durante el	S (subjetivo) Paciente refiere disminución del dolor abdominal y mayor comodidad en reposo. Refiriendo que el dolor disminuyó de EVA 8/10 a 3/10 y manifiesta mayor seguridad para moverse con ayuda. O (objetivo) Dolor referido

<p>abdominal de intensidad 8/10, que aumenta con el movimiento y limita la movilización.</p> <p>9. Evitar peligros del entorno: Requiere vigilancia de enfermería por encontrarse en el postoperatorio inmediato, con dolor intenso que necesita valoración, control y seguimiento para detectar posibles complicaciones.</p>	<p>P.I.: 2 P.D.: 4</p> <p>Expresiones faciales del dolor (210206)</p> <p>P.I.: 2 P.D.: 4</p> <p>Frecuencia respiratoria</p> <p>P.I.: 2 P.D.: 4</p> <p>Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud</p> <p>Clase Q: Conducta de salud</p>	<p>intensidad, duración y factores que lo alivian y agudizan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación - Pregunta al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior - Monitoriza el dolor 	<p>movimiento (Hermie et al., 2025).</p> <p>Monitorización de signos vitales: Permite identificar cambios fisiológicos asociados con el dolor y reconocer oportunamente alteraciones posteriores al tratamiento. Comprende el control de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno (Syan et al., 2025).</p> <p>Administración de medicación: Comprende la administración segura del tratamiento prescrito mediante la</p>	<p>Puntuación final: 4</p> <p>Expresiones faciales del dolor</p> <p>Puntuación final: 4</p> <p>Frecuencia respiratoria</p> <p>Puntuación final: 4</p> <p>Realiza técnicas efectivas de relajación</p> <p>Puntuación final: 4</p> <p>Refiere dolor controlado</p> <p>Puntuación final: 4</p> <p>Mantenimiento de la posición corporal</p> <p>Puntuación final: 4</p> <p>Ambulación</p>
--	--	--	--	---

	<p>Control del dolor (1605)</p> <p>Indicadores:</p> <p>Realiza técnicas efectivas de relajación (160527)</p> <p>P.I.: 2 P.D.: 4</p> <p>Refiere dolor controlado (160511)</p> <p>P.I.: 2 P.D.: 4</p> <p>Dominio I: Salud Funcional</p> <p>Clase C: Movilidad</p>	<p>utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y la capacidad de comunicación</p> <p>Dominio IV: Seguridad</p> <p>Clase V: Control de riesgos</p> <p>Monitorización de signos vitales (6680)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoriza los signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, 	<p>verificación del medicamento, dosis, horario, vía y condiciones del paciente. Permite vigilar la respuesta posterior al medicamento y reconocer posibles efectos no deseados.</p> <p>Administración de analgésicos:</p> <p>Se utiliza para disminuir la intensidad del dolor mediante la administración del analgésico prescrito y la valoración posterior de su eficacia. La analgesia puede anticiparse antes de actividades que incrementen el dolor cuando exista indicación médica (Jiang & Qin, 2026).</p>	<p>Puntuación final: 4</p> <p>Se mueve con facilidad</p> <p>Puntuación final: 4</p> <p>A (actividades)</p> <p>Se realizó la valoración del dolor mediante la Escala Visual Analógica (EVA) en reposo y durante la movilización, además del control de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. Se administró analgésicos prescritos por el médico, verificando la identidad del paciente, el medicamento, la</p>
--	--	---	--	--

	<p>Movilidad (0208)</p> <p>Indicadores:</p> <p>Mantenimiento de la posición corporal (020802)</p> <p>P.I.: 2 P.D.: 4</p> <p>Ambulación (020806)</p> <p>P.I.: 2 P.D.: 4</p> <p>Se mueve con facilidad (020814)</p> <p>P.I.: 2 P.D.: 4</p>	<p>saturación de oxígeno)</p> <p>Dominio II:</p> <p>Fisiológico: complejo</p> <p>Clase H: Control de fármacos</p> <p>Administración de medicación (2300)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sigue los correctos de la administración de medicación - Administra la medicación con la técnica y la vía adecuadas - Documenta la administración de la 	<p>Manejo ambiental: confort:</p> <p>Busca favorecer el bienestar físico mediante condiciones ambientales que disminuyan la incomodidad durante la recuperación. Incluye favorecer una posición confortable y mantener un ambiente tranquilo que facilite el descanso (Zhang et al., 2025).</p> <p>Aplicación de calor o frío:</p> <p>Corresponde a una medida no farmacológica utilizada como complemento para disminuir el dolor cuando la condición clínica y el procedimiento realizado permiten su aplicación. Requiere valorar previamente la zona y</p>	<p>dosis, la vía, el horario, las alergias conocidas y las posibles contraindicaciones, con el propósito de disminuir el dolor posoperatorio y favorecer una recuperación segura, se reevaluó la intensidad del dolor y la respuesta clínica de la paciente. Se favoreció una posición confortable, se aplicó una estrategia de distracción mediante conversación, se enseñó al paciente técnicas de respiración lenta y controlada se orientó a la paciente sobre la importancia de comunicar</p>
--	---	---	--	--

		<p>medicación y la capacidad de respuesta del paciente</p> <p>Administración de analgésicos (2210)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se asegura de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen <p>Dominio I: Fisiológico: básico</p>	<p>vigilar la respuesta de la piel durante su utilización (Liang et al., 2024).</p> <p>Distracción: Permite dirigir temporalmente la atención del paciente hacia un estímulo diferente al dolor mediante estrategias seleccionadas de acuerdo con sus preferencias, como conversación o música. Se utiliza como medida complementaria al tratamiento analgésico.</p> <p>Enseñanza: individual: Permite orientar al paciente sobre el uso de la escala de dolor y la importancia de comunicar</p>	<p>oportunamente cualquier incremento del dolor. Finalmente, se registraron la administración del medicamento, las intervenciones realizadas y la respuesta obtenida.</p> <p>P (pendiente)</p> <p>Se debe continuar con la administración del analgésico según la prescripción médica y mantener la valoración periódica del dolor mediante EVA, tanto en reposo como durante la movilización. Se requiere continuar con la vigilancia de los signos vitales</p>
--	--	---	--	---

		<p>Clase E: Fomento de la comodidad física</p> <p>Manejo ambiental: confort (6482)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crea un ambiente tranquilo y de apoyo - Proporciona un ambiente limpio y seguro <p>Aplicación del calor o frío (1380)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplica calor/frío directamente o cerca del sitio afectado, si fuera posible <p>Dominio III: Conductual</p>	<p>oportunamente cualquier incremento de su intensidad. La información debe ajustarse a su capacidad de comprensión y favorecer su participación en las medidas dirigidas al control del dolor (Dunworth et al., 2024).</p>	<p>y reevaluar la eficacia del tratamiento analgésico, además de mantener las medidas de confort y reforzar la educación sobre el reporte oportuno del dolor.</p>
--	--	--	---	---

		<p>Clase T: Fomento de la comodidad psicológica</p> <p>Distracción (5900)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anima al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento. <p>Clase S: Educación de los pacientes</p>		
--	--	---	--	--

		Enseñanza: individual (5606) <ul style="list-style-type: none">- Valora el nivel actual de conocimiento y comprensión del contenido del paciente- Determina la capacidad del paciente para asimilar la información específica- Da tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes		
--	--	---	--	--

4.1.4 *Propuesta de diseño de una guía sobre cuidados integrales del paciente postoperatorio*

4.1.3.1 *Título*

Guía de Capacitación para la Valoración y Control del Dolor Agudo Postoperatorio Basada en Intervenciones NIC

4.1.3.2 *Descripción de la propuesta*

La presente propuesta corresponde a una guía de capacitación dirigida al personal de enfermería que participa en la atención postoperatoria del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”. Su finalidad es fortalecer la valoración y control del dolor agudo postoperatorio mediante la estructura práctica basada en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y articulada con el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

La guía se construye a partir de los hallazgos obtenidos mediante la observación de 169 profesionales de enfermería, según los resultados obtenidos, se identifican fortalezas en la administración técnica de medicamentos y en el registro de la respuesta del paciente, y oportunidades de mejora en la monitorización de signos vitales, uso de escalas válidas, analgesia anticipada y determinadas medidas no farmacológicas; por esta razón, el contenido prioriza las intervenciones relacionadas con esas necesidades.

Las escalas de valoración del dolor se mantienen como herramientas de apoyo dentro de la intervención de enfermería, se priorizan la Escala Visual Analógica (EVA), la Escala Numérica (ENE) para pacientes con capacidad de comunicación y PAINAD como alternativa para pacientes con deterioro cognitivo o dificultades importantes para expresar el dolor.

4.1.3.3 *Introducción*

El dolor agudo postoperatorio es una respuesta frecuente después de una intervención quirúrgica y requiere valoración continua, administración segura del tratamiento, vigilancia clínica y seguimiento de la respuesta del paciente. Dentro de este proceso, el personal de enfermería participa en la atención y en la posibilidad de reconocer cambios clínicos de manera oportuna.

Los resultados de la investigación evidenciaron que la técnica y vía de administración de medicamentos y el registro de la respuesta del paciente alcanzaron cumplimiento total, la monitorización de signos vitales registró 36,7 %, el uso de una herramienta válida para medir el dolor 59,8 %, la incorporación de intervenciones no farmacológicas 54,4 % y la aplicación de calor o frío 45,6 %; estos hallazgos orientan la selección de los contenidos de la guía. La propuesta organiza las acciones de enfermería según las etapas del PAE y utiliza la taxonomía NIC como referencia para estandarizar las intervenciones.

4.1.3.4 Justificación

La elaboración de la guía responde a las brechas identificadas durante la observación de las prácticas de enfermería relacionadas con el manejo del dolor agudo postoperatorio. La principal necesidad se ubicó en la monitorización de signos vitales, seguida por el empleo irregular de medidas físicas y la aplicación de herramientas estandarizadas para valorar el dolor; estas diferencias pueden afectar la continuidad del cuidado y dificultar la identificación oportuna de cambios en la condición del paciente.

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una herramienta basada en investigación que permite seleccionar intervenciones y actividades de enfermería de forma organizada; pues reúne 610 intervenciones y facilita su aplicación en la práctica, formación y la investigación (Wagner et al., 2024). La guía incorpora el PAE como secuencia de trabajo, de modo que la valoración oriente la identificación de necesidades, la planificación permita seleccionar las intervenciones pertinentes, la ejecución concentre las actividades de cuidado y la evaluación determine la respuesta obtenida.

4.1.3.5 Objetivos de la guía

- Orientar al personal de enfermería en la valoración sistemática del dolor agudo postoperatorio mediante herramientas de medición acordes con las condiciones del paciente.
- Fortalecer la aplicación de las intervenciones NIC relacionadas con la vigilancia clínica del dolor agudo postoperatorio.

- Promover la reevaluación, registro de la respuesta al tratamiento y educación del paciente como componentes del PAE.

4.1.3.6 Población beneficiaria y alcance

La propuesta está dirigida al personal de enfermería que brinda atención a pacientes durante el período postoperatorio en las áreas quirúrgicas y de hospitalización del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”. Su contenido se orienta a la valoración y control del dolor agudo postoperatorio y no sustituye los protocolos institucionales, prescripciones médicas o normas internas vigentes.

4.1.3.7 Necesidades priorizadas a partir de los resultados

Los contenidos de la guía se seleccionaron a partir de los indicadores con menor cumplimiento y de las fortalezas que requieren mantenerse dentro de la práctica de enfermería.

Tabla 11

Necesidades priorizadas a partir de los resultados

Hallazgo	Cumplimiento	Necesidad de capacitación	Referencia
Monitorización de signos vitales	36,7 %	Fortalecer la vigilancia clínica y la detección de cambios posteriores a la analgesia.	NIC 6680
Aplicación de calor o frío	45,6 %	Reforzar el uso seguro de medidas físicas cuando correspondan.	NIC 1380
Intervenciones no farmacológicas adaptadas	54,4 %	Ampliar el uso de estrategias complementarias individualizadas.	NIC 1410 / 5900 / 6482
Uso de herramienta válida para medir el dolor	59,8 %	Estandarizar el uso de escalas según capacidad de comunicación.	NIC 1410
Valoración previa del conocimiento del paciente	60,9 %	Mejorar la enseñanza individual a partir de necesidades identificadas.	NIC 5606
Analgesia anticipada	62,1 %	Favorecer la administración oportuna antes del incremento del dolor.	NIC 2210

Técnica y vía adecuadas en medicación	100 %	Mantener la práctica segura observada.	NIC 2300
Registro de administración y respuesta	100 %	Mantener la documentación y usarla para reevaluar el cuidado.	NIC 7920

Elaborado por: Jhoselyn Guashpa y Cristina Oleas.

4.1.3.8 Articulación de la guía con el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

El Proceso de Atención de Enfermería es una metodología que permite organizar el cuidado a partir de la valoración de las necesidades del paciente, la formulación del diagnóstico de enfermería, la planificación de los cuidados, su ejecución y la evaluación de la respuesta obtenida. Su aplicación favorece una atención individualizada y permite orientar las decisiones de enfermería de acuerdo con los cambios observados durante la evolución del paciente (Agudelo-Cifuentes et al., 2022).

El PAE se utiliza como estructura para ordenar la actuación de enfermería, en los resultados de la investigación se observó actividades correspondientes a valoración, ejecución y evaluación; en la guía se presenta el proceso completo para orientar una práctica sistemática.

Tabla 12

Articulación de la guía con el Proceso PAE

Etapas PAE	Aplicación en el manejo del dolor postoperatorio
Valoración	Identificar localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad del dolor; reconocer factores que alivian o agravan; valorar dolor durante el movimiento; controlar signos vitales; seleccionar una escala apropiada.
Diagnóstico de enfermería	Analizar la información obtenida y reconocer las necesidades o respuestas humanas relacionadas con dolor, confort, seguridad y capacidad para participar en el cuidado.
Planificación	Definir el nivel de dolor objetivo, priorizar necesidades y seleccionar intervenciones de enfermería de acuerdo con la condición clínica, preferencias del paciente y tratamiento prescrito.

Ejecución	Aplicar las intervenciones NIC seleccionadas: administración segura de medicamentos y analgésicos, vigilancia, manejo ambiental, medidas físicas, distracción y enseñanza individual.
Evaluación	Reevaluar el dolor, vigilar la respuesta clínica, identificar efectos no deseados y documentar los resultados para decidir si el plan requiere continuidad o ajuste.

Elaborado por: Jhoselyn Guashpa y Cristina Oleas.

4.1.3.9 Intervenciones de enfermería basadas en la NIC

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) proporciona un lenguaje para identificar las actividades desarrolladas por el personal de enfermería. Su utilización facilita la organización del cuidado y relaciona las necesidades identificadas durante la valoración con acciones dentro de la práctica clínica (Wagner et al., 2024).

Las intervenciones siguientes corresponden a la estructura de la guía y se seleccionan por su relación con los indicadores evaluados.

Tabla 13

Intervenciones de enfermería basadas en la NIC

Código NIC	Intervención	Etapas PAE	Actividades clave para la guía
1410	Manejo del dolor: agudo	Valoración / Ejecución	Valorar las características del dolor; determinar la intensidad durante el movimiento; establecer con el paciente un nivel tolerable; seleccionar una escala adecuada; incorporar medidas no farmacológicas según necesidad y preferencia.
6680	Monitorización de signos vitales	Valoración / Evaluación	Controlar frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno según el estado del paciente y después de intervenciones que requieran vigilancia.
2300	Administración de medicación	Ejecución	Verificar los correctos de administración; confirmar la vía y técnica prescritas; observar la respuesta clínica y mantener una práctica segura.
2210	Administración de analgésicos	Ejecución / Evaluación	Administrar la analgesia prescrita de manera oportuna; anticipar su uso antes de actividades que puedan incrementar el dolor cuando

			corresponda; observar eficacia y efectos no deseados.
6482	Manejo ambiental: confort	Ejecución	Reducir estímulos molestos; favorecer un ambiente tranquilo y seguro; ajustar las condiciones del entorno para promover confort y descanso.
1380	Aplicación de calor o frío	Ejecución	Valorar si la medida es apropiada; proteger la piel; aplicar calor o frío de forma segura según indicación y tolerancia; suspender ante reacciones adversas.
5900	Distracción	Ejecución	Ofrecer alternativas de distracción y permitir que el paciente elija la que resulte más adecuada, como música, conversación, imaginación guiada, lectura o televisión.
5606	Enseñanza: individual	Valoración / Ejecución	Explorar conocimientos previos y capacidad de comprensión; adaptar la información; facilitar preguntas; reforzar indicaciones sobre reporte del dolor y participación en su control.
7920	Documentación	Evaluación	Registrar valoración del dolor, medicación administrada, medidas aplicadas y respuesta obtenida; dejar constancia de cambios clínicos relevantes y acciones posteriores.

Fuente: Adaptado de Wagner et al. (2024), Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 8.ª edición.

4.1.3.10 Secuencia práctica para la valoración y control del dolor

La valoración del dolor debe realizarse de manera sistemática y debe considerar la intensidad y características del dolor, además su comportamiento durante el movimiento, debido a que esta información permite orientar las intervenciones y valorar posteriormente su efectividad (Hermie et al., 2025). A partir de este principio, la guía propone la siguiente secuencia:

- **Valorar:** Preguntar por el dolor y examinar sus características; identificar dolor durante el movimiento y determinar el nivel tolerable referido por el paciente.

- **Medir:** Aplicar EVA o ENE cuando el paciente pueda comunicar su experiencia; utilizar PAINAD cuando exista deterioro cognitivo o dificultad para la comunicación.
- **Vigilar:** Controlar signos vitales y observar manifestaciones clínicas que puedan relacionarse con dolor, respuesta al tratamiento o efectos adversos.
- **Intervenir:** Aplicar la analgesia prescrita y las medidas de enfermería pertinentes, como estrategias no farmacológicas y acciones de confort.
- **Reevaluar:** Comprobar la respuesta después de la intervención y comparar con la valoración inicial y con el nivel de dolor objetivo.
- **Registrar:** Documentar la valoración, las intervenciones aplicadas, la vía de administración y la respuesta del paciente.

4.1.3.11 Escalas de valoración incluidas en la guía

Las escalas de valoración permiten cuantificar la intensidad del dolor y realizar comparaciones posteriores a las intervenciones aplicadas; su selección debe responder a las características individuales del paciente, como su capacidad para comprender y comunicar la experiencia dolorosa (Hermie et al., 2025).

Las escalas se incluyen como herramientas de apoyo a la intervención NIC 1410 y deben seleccionarse de acuerdo con la capacidad de comunicación y condición del paciente.

Tabla 14

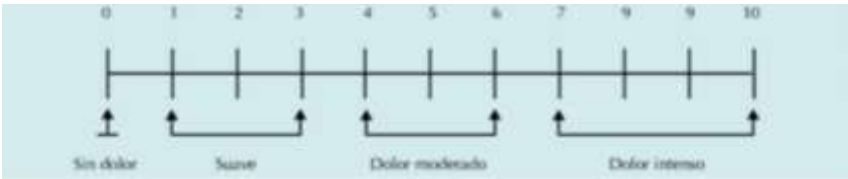
Escalas de valoración incluidas en la guía

Escala	Pacientes	Aplicación	Justificación en la guía	Fuente
EVA – Escala Visual Analógica	Paciente consciente y capaz de comprender la instrucción.	Línea de 10 cm con extremos “sin dolor” y “peor dolor imaginable”; el paciente	Fue identificada como herramienta utilizada en el hospital y permite	(López Godoy, 2024)

señala el punto	seguimiento
que representa	antes y
su dolor.	después de la
	intervención.



ENE – Escala Numérica	Paciente consciente con capacidad para asignar un número a su dolor.	Escala de 0 a 10, donde 0 corresponde a ausencia de dolor y 10 al peor dolor imaginable.	Alternativa para cuantificar intensidad y facilitar reevaluaciones sucesivas.	(Hermie et al., 2025).
------------------------------	--	--	---	------------------------



PAINAD	Paciente con demencia avanzada o dificultad importante para comunicar el dolor.	Valora respiración, vocalización negativa, expresión facial, lenguaje corporal y capacidad de consuelo.	Permite aproximarse al dolor mediante indicadores conductuales cuando el autorreporte no es confiable.	(Asensio et al., 2023).
---------------	---	---	--	-------------------------

Respiración, independiente de la vocalización	Vocalización negativa	Expresión facial	Lenguaje corporal	Capacidad de alivio
 NORMAL	 POSITIVA	 EXPRESIÓN DE LA FELICIDAD	 NO DOLOR	 NO NECESITA ALIVIO
 RESPIRACIÓN ANORMAL SINTOMAS DE DOLOR CAPACIDAD PARA ALIVIO REDUCIDA	 COMUNICACIÓN NEGATIVA DOLOR Y DIFICULTAD PARA COMUNICAR CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA	 DOLOR, DIFICULTAD O INCOMODIDAD	 SIGNOS DE DOLOR, DIFICULTAD PARA CAMINAR O SENTARSE, INCOMODIDAD	 SE NECESITA ALIVIO POR LA DIFICULTAD O INCOMODIDAD
 RESPIRACIÓN ANORMAL Y DOLOR SIGNOS DE DOLOR REDUCIDA LA CAPACIDAD PARA ALIVIO	 COMUNICACIÓN NEGATIVA DOLOR Y DIFICULTAD PARA COMUNICAR CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA	 DOLOR, DIFICULTAD O INCOMODIDAD	 SIGNOS DE DOLOR, DIFICULTAD PARA CAMINAR O SENTARSE, INCOMODIDAD	 SE NECESITA ALIVIO POR LA DIFICULTAD O INCOMODIDAD

4.1.3.12 Enseñanza individual y participación del paciente

La educación forma parte del control integral del dolor y debe adaptarse a las condiciones de cada paciente, antes de proporcionar indicaciones, el personal de enfermería debe explorar conocimientos previos y determinar la capacidad para comprender la información, debido a que la sedación residual u otras alteraciones posteriores a la cirugía pueden limitar el aprendizaje.

La orientación debe explicar la importancia de comunicar el dolor de manera temprana, utilizar correctamente la escala seleccionada y participar en las medidas no farmacológicas acordadas. El profesional debe facilitar un espacio para preguntas e inquietudes y comprobar que la información fue comprendida antes de finalizar la interacción.

Figura 1

Presentación de la guía



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

GUÍA DE CAPACITACIÓN PARA LA VALORACIÓN Y CONTROL DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO BASADA EN INTERVENCIONES NIC

**Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel
Gilbert Pontón”**

Autoras:

Cristina Yomayra Oleas García

Jhoselyn Tatiana Guashpa Asitumbay

Tutora:

Lic. Morayma Remache

Guayaquil, Ecuador

2026



UNIVERSIDAD
ESTATAL
DE BOLÍVAR



INTRODUCCIÓN

El dolor agudo postoperatorio requiere valoración continua, tratamiento seguro y seguimiento de la respuesta del paciente, por lo que el personal de enfermería cumple un papel esencial durante la recuperación.

Se evidenció fortalezas en la administración y registro de medicamentos y oportunidades de mejora en la monitorización de signos vitales (36,7 %), uso de herramientas para valorar el dolor (59,8 %), intervenciones no farmacológicas (54,4 %) y aplicación de calor o frío (45,6 %).

JUSTIFICACIÓN

La propuesta se fundamenta en la taxonomía NIC y organiza las intervenciones mediante las etapas del PAE, su elaboración busca fortalecer las actividades con menor cumplimiento y orientar una atención postoperatoria más segura y sistemática.

Objetivos de la guía

1. Orientar al personal de enfermería en la valoración sistemática del dolor agudo postoperatorio.
2. Fortalecer la aplicación de las intervenciones NIC.
3. Promover la reevaluación, registro de la respuesta al tratamiento y la educación del paciente

Población beneficiaria

La propuesta está dirigida al personal de enfermería que brinda atención a pacientes durante el período postoperatorio en las áreas de recuperación y quirúrgicas del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Necesidades priorizadas

Hallazgo	Cumplimiento	Necesidad de capacitación	Referencia
Monitorización de signos vitales	36,7 %	Fortalecer la vigilancia clínica y la detección de cambios posteriores a la analgesia.	NIC 6680
Aplicación de calor o frío	45,6 %	Reforzar el uso seguro de medidas físicas cuando correspondan.	NIC 1380
Intervenciones no farmacológicas adaptadas	54,4 %	Ampliar el uso de estrategias complementarias individualizadas.	NIC 1410 / 5900 / 6482
Uso de herramienta válida para medir el dolor	59,8 %	Estandarizar el uso de escalas según capacidad de comunicación.	NIC 1410
Valoración previa del conocimiento del paciente	60,9 %	Mejorar la enseñanza individual a partir de necesidades identificadas.	NIC 5606
Analgesia anticipada	62,1 %	Favorecer la administración oportuna antes del incremento del dolor.	NIC 2210
Técnica y vía adecuadas en medicación	100 %	Mantener la práctica segura observada.	NIC 2300
Registro de administración y respuesta	100 %	Mantener la documentación y usarla para reevaluar el cuidado.	NIC 7920

Articulación de la guía con el Pae

Etapas PAE	Aplicación en el manejo del dolor postoperatorio
Valoración	Identificar localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad del dolor; reconocer factores que alivian o agravan; valorar dolor durante el movimiento; controlar signos vitales; seleccionar una escala apropiada.
Diagnóstico de enfermería	Analizar la información obtenida y reconocer las necesidades o respuestas humanas relacionadas con dolor, confort, seguridad y capacidad para participar en el cuidado.
Planificación	Definir el nivel de dolor objetivo, priorizar necesidades y seleccionar intervenciones de enfermería de acuerdo con la condición clínica, preferencias del paciente y tratamiento prescrito.
Ejecución	Aplicar las intervenciones NIC seleccionadas: administración segura de medicamentos y analgésicos, vigilancia, manejo ambiental, medidas físicas, distracción y enseñanza individual.
Evaluación	Reevaluar el dolor, vigilar la respuesta clínica, identificar efectos no deseados y documentar los resultados para decidir si el plan requiere continuidad o ajuste.

Intervenciones de enfermería (NIC)

Código NIC	Intervención	Etapas PAE	Actividades clave para la guía
1410	Manejo del dolor: agudo	Valoración / Ejecución	Valorar las características del dolor; determinar la intensidad durante el movimiento; establecer con el paciente un nivel tolerable; seleccionar una escala adecuada; incorporar medidas no farmacológicas según necesidad y preferencia.
6680	Monitorización de signos vitales	Valoración / Evaluación	Controlar frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno según el estado del paciente y después de intervenciones que requieran vigilancia.
2300	Administración de medicación	Ejecución	Verificar los correctos de administración; confirmar la vía y técnica prescritas; observar la respuesta clínica y mantener una práctica segura.
2210	Administración de analgésico	Ejecución / Evaluación	Administrar la analgesia prescrita de manera oportuna; anticipar su uso antes de actividades que puedan incrementar el dolor cuando corresponda; observar eficacia y efectos no deseados.
6482	Manejo ambiental: confort	Ejecución	Reducir estímulos molestos; favorecer un ambiente tranquilo y seguro; ajustar las condiciones del entorno para promover confort y descanso.
1380	Aplicación de calor o frío	Ejecución	Valorar si la medida es apropiada; proteger la piel; aplicar calor o frío de forma segura según indicación y tolerancia; suspender ante reacciones adversas.
5900	Distracción	Ejecución	Ofrecer alternativas de distracción y permitir que el paciente elija la que resulte más adecuada, como música, conversación, imaginación guiada, lectura o televisión.
5606	Enseñanza: individual	Valoración / Ejecución	Explorar conocimientos previos y capacidad de comprensión; adaptar la información; facilitar preguntas; reforzar indicaciones sobre reporte del dolor y participación en su control.
7920	Documentación	Evaluación	Registrar valoración del dolor, medicación administrada, medidas aplicadas y respuesta obtenida; dejar constancia de cambios clínicos relevantes y acciones posteriores.



Intervenciones de enfermería (NIC)

Valorar

Intervenir

Medir

Reevaluar

Vigilar

Registrar

Escalas de valoración incluidas en la guía

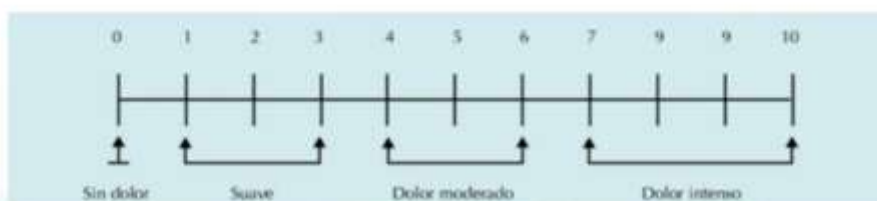
EVA - Escala Visual Analógica



Paciente consciente y capaz de comprender la instrucción.



ENE - Escala Numérica



Paciente consciente con capacidad para
asignar un número a su dolor.

PAINAD

Respiración, independiente de la vocalización	Vocalización según	Expresión facial	Lenguaje corporal	Capacidad de alivio
 NORMAL	 NORMAL	 COMPORTAMIENTO NORMAL	 NORMAL	 NO NECESITA ALIVIO
 RESPIRACIÓN IRREGULAR CONVULSA O CONVULSA, POSIBLES SIGNOS DE DOLOR	 COMPORTAMIENTO ABNORMAL CONVULSO O CONVULSO, POSIBLES SIGNOS DE DOLOR	 FACIALES, POSIBLES SIGNOS DE DOLOR	 SIGNOS DE DOLOR, POSIBLES SIGNOS DE DOLOR, POSIBLES SIGNOS DE DOLOR	 NO NECESITA ALIVIO, POSIBLES SIGNOS DE DOLOR
 RESPIRACIÓN IRREGULAR CONVULSA O CONVULSA, POSIBLES SIGNOS DE DOLOR	 COMPORTAMIENTO ABNORMAL CONVULSO O CONVULSO, POSIBLES SIGNOS DE DOLOR	 FACIALES, POSIBLES SIGNOS DE DOLOR	 SIGNOS DE DOLOR, POSIBLES SIGNOS DE DOLOR, POSIBLES SIGNOS DE DOLOR	 NO NECESITA ALIVIO, POSIBLES SIGNOS DE DOLOR

Paciente con
demencia avanzada
o dificultad
importante para
comunicar el dolor.



CAPITULO V

5. MARCO ADMINISTRATIVO

5.1 Cronograma de actividades

El desarrollo de la investigación se organizó entre marzo y agosto de 2026, período en el cual se ejecutaron las actividades académicas, metodológicas y operativas. La recolección de información se realizó mediante la aplicación de la encuesta y la guía de observación al personal de enfermería; posteriormente, se efectuó la tabulación de los datos, análisis de resultados y elaboración de la propuesta.

Tabla 15

Cronograma de actividades

N°	Actividad	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago
1	Solicitud de la aceptación del tema						
2	Designación del tutor						
3	Desarrollo del capítulo I Planteamiento del problema						
4	Revisión y correcciones del capítulo I						
5	Desarrollo del capítulo II						
6	Revisión y correcciones del capítulo II						
8	Diseño y validación de instrumentos						
8	Revisión y corrección capítulo III						
9	Diseño y validación de instrumentos						
10	Aplicación de la encuesta						
11	Observación						
12	Tabulación de resultados						
13	Elaboración de la propuesta						
14	Validación de la propuesta						

15	Socialización de la propuesta	
16	Revisión y presentación del informe final	

Nota: Se presenta el cronograma de actividades del proyecto de investigación
Elaborado por: Jhoselyn Guashpa y Cristina Oleas.

5.2. Recursos Tecnológicos, Humanos y Materiales

Recursos humanos

- **Autores del proyecto:** Jhoselyn Tatiana Guashpa Asitumbay y Cristina Yomayra Oleas García
- **Licenciada Tutora:** Lic. Morayma Remache
- **Participantes:** 169 profesionales de enfermería del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.

Recursos tecnológicos

- Computadoras portátiles.
- Teléfonos celulares.
- Acceso a internet.
- Correo electrónico.
- Bases de datos científicas.
- Microsoft Excel.

Recursos materiales:

- Guías de observación impresas.
- Formularios de consentimiento informado.
- Encuestas sociodemográficas.
- Hojas de papel bond.
- Esferos.
- Borradores impresos del proyecto.
- Ejemplares finales.
- Materiales para anillado y presentación documental.

5.3 Presupuesto

El presupuesto incluyó los gastos necesarios para la recolección de información, procesamiento de datos, movilización y presentación del trabajo de investigación. Los costos fueron asumidos por las autoras del proyecto.

Tabla 16

Presupuesto

Descripción	Cant.	C.U	Costo Total
Esferos	4	\$0.50	\$2.00
Impresión de encuestas sociodemográficas	169 hojas	\$0.05	\$8.45
Impresiones del consentimiento informado	169 hojas	\$0.05	\$8.45
Impresiones guías de observación	676 hojas	\$0.05	\$33.80
Impresiones de borradores para revisión y corrección académica	402 hojas	\$0.05	\$20.10
Impresiones de 3 ejemplares finales del trabajo (134 hojas)	402 hojas	\$0.05	\$20.10
Anillados de ejemplares finales	3 unidades	\$3.12	\$9.36
Escaneado	150 hojas	\$0.05	\$7.50
Transporte al hospital para aplicación de instrumentos, seguimiento y socialización	11 días	\$7.00	\$77.00
Impresión de la guía de capacitación para socialización	20 ejemplares	\$1.00	\$20.00
Materiales para socialización de la propuesta	1	\$10.00	\$10.00
Total			\$216.76

Elaborado por: Jhoselyn Guashpa y Cristina Oleas

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- La caracterización del personal de enfermería evidenció un predominio de profesionales de 36 a 45 años (51,5 %) y género femenino (93,5 %), en el ámbito laboral, el 58,6 % cumple turnos de 12 horas y el 76,9 % atiende a más de 10 pacientes postoperatorios por turno. El personal que trabaja en la institución cuenta con experiencia laboral diversa y está expuesto a jornadas prolongadas y elevada carga asistencial.
- Se identificó que el personal de enfermería del Hospital Guayaquil realiza intervenciones vinculadas con la valoración del dolor, monitorización clínica, administración de medicamentos, aplicación de medidas no farmacológicas y educación al paciente. Estas actividades se relacionaron con las etapas de valoración y ejecución del PAE, mientras que la documentación de la respuesta del paciente permite verificar el efecto de las intervenciones aplicadas y disponer de información para decidir la continuidad o ajuste del cuidado de enfermería. Se evidenciaron fortalezas en la administración de medicamentos y el registro de la respuesta, las oportunidades de mejora correspondieron a la monitorización de signos vitales, aplicación de calor o frío y uso de intervenciones no farmacológicas.
- A partir de las necesidades identificadas se diseñó una guía de capacitación dirigida al personal de enfermería, estructurada con base en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y el PAE. La propuesta incorpora actividades para la valoración sistemática del dolor, orientaciones para seleccionar escalas de acuerdo con las condiciones y capacidad de comunicación del paciente, e intervenciones de enfermería basadas en la NIC para el manejo farmacológico y no farmacológico del dolor. Su organización mediante el PAE busca orientar una práctica más estandarizada durante la atención postoperatoria.

6.1 Recomendaciones

- Considerar las características laborales del personal de enfermería al planificar actividades de capacitación relacionadas con la valoración y control del dolor agudo postoperatorio. Se recomienda organizar actividades formativas accesibles dentro de la dinámica asistencial, con contenidos prácticos que faciliten la aplicación de las intervenciones de enfermería sin incrementar la carga de trabajo del personal.
- Fortalecer la aplicación sistemática de las intervenciones de enfermería relacionadas con la valoración y control del dolor agudo postoperatorio mediante el uso del PAE y de la clasificación NIC como referentes para organizar el cuidado. Se recomienda priorizar la monitorización de signos vitales y el empleo de herramientas validadas para medir el dolor, debido a que estos indicadores presentaron menor cumplimiento durante la observación.
- Considerar la guía de capacitación elaborada en esta investigación como un recurso de apoyo para fortalecer las intervenciones del personal de enfermería en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio. Además, valorar su utilidad mediante nuevos registros de observación que permitan comparar el cumplimiento de las intervenciones y determinar los cambios producidos en la práctica asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abella-Palacios, P., Arias-Amézquita, F., Barsella, A., Hernández-Porras, B., Narazaki, D., Salomón-Molina, P., Herrero-Martín, D., & Guillén-Núñez, R. (2021). Control inadecuado del dolor agudo postoperatorio: prevalencia, prevención y consecuencias. Revisión de la situación en Latinoamérica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 44(3), 190–199. <https://doi.org/10.35366/99666>
- Agudelo-Cifuentes, M., Berbesi-Fernández, D., & Salazar-Maya, Á. (2022). Preparation of a Scale for Assessing Nursing Care Needs in Dependent People. *Aquichan*, 22(3), 1–22. <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.3.5>
- Ahmadzadeh, S., Serio, M., Nguyen, A., Dethloff, D., Robichaux, C., Mosieri, C., Shekoohi, S., & Kaye, A. (2025). Serratus Anterior Plane Block for Pain Management After Video-Assisted Thoracoscopic Surgeries: A Narrative Review. *Medicina*, 61(6), 1010. <https://doi.org/10.3390/medicina61061010>
- Alanizi, A., Shaiqi, W., Cabaldo, L., Awaji, R., Alotaibi, R., & Alanazi, A. (2025). Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment and Management: A Cross-Sectional Study. *Nursing Research and Practice*, 2025(1). <https://doi.org/10.1155/nrp/6646998>
- Barahona-Vimos, J., Rodríguez-Plascencia, A., & Romero-Fernández, A. (2025). Beneficios de los cambios posturales para la prevención de lesiones por presión en pacientes críticos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de La Salud. Salud y Vida*, 9(1), 250–256. <https://doi.org/10.35381/s.v.v9i1.4664>
- Barrera-Allauca, J., López-Ruales, R., & González-Salas, R. (2025). Cuidados de enfermería en prevención de complicaciones postoperatorias en histerectomía. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de La Salud. Salud y Vida*, 9(2), 43–50. <https://doi.org/10.35381/s.v.v9i2.4716>
- Beecham, G., & Patel, P. (2026). Lidocaine. *Encyclopedia of Toxicology, Fourth Edition: Volume 1-9*, 5, V5-825-V5-828. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-824315-2.00538-8>

- Bereket, S., & Ye, M. (2025). Knowledge, Attitude, Practice, and Associated Factors of Postoperative Pain Management Among Nurses. *Pain Research and Management*, 2025(1). <https://doi.org/10.1155/prm/6653069>
- Borja, M., & Pilatasig, J. (2025). *Caracterización de la notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente en un hospital de la Red Pública Integral de Salud en Quito-Ecuador de enero 2024 a mayo 2025*. Universidad Central del Ecuador.
- Buchan, J., & Catton, H. (2023). *Recover to rebuild. Investing in the nursing workforce for health system effectiveness*. International Council of Nurses,.
- Burbano-Alvarado, M., & Suconota-Pintado, A. (2025). Necesidades básicas en pacientes sometidos a hemodiálisis desde el enfoque de Virginia Henderson en una institución pública de segundo nivel. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(4), 2748–2765. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4465>
- Cabello-Peña, S., Gómez-Contreras, Ó., & Carranza-Dantés, L. (2024). Dolor postoperatorio en pediatría: evaluación y manejo. *Revista Mexicana de Anesthesiología*, 47(2), 113–118. <https://doi.org/10.35366/115319>
- Cao, B., Xu, Q., Shi, Y., Zhao, R., Li, H., Zheng, J., Liu, F., Wan, Y., & Wei, B. (2024). Pathology of pain and its implications for therapeutic interventions. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 9(1), 155. <https://doi.org/10.1038/s41392-024-01845-w>
- Cativiela-Rodríguez, E. (2023). Papel de enfermería en el postoperatorio. *Revista Electrónica de Portales Medicos.*, XVIII(21), 1024. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/papel-de-enfermeria-en-el-postoperatorio/>
- Cerezuela, M., Domingo, E., Betancor, T., Amor, M., Aquerreta, I., Albanell-Fernández, M., Doménech, L., Bastida, C., Ortiz, S., Cobo, S., Fernández, A., Egüés, A., & Becerril, F. (2026). Manejo de sedoanalgesia y delirium en el paciente crítico. *Farmacía Hospitalaria*, 50(3), 167–173. <https://doi.org/10.1016/J.FARMA.2025.06.014>

- Chacha Bayas, J., & Chariguaman Llumitaxi, A. (2025). *Cuidados de enfermería para prevenir las repercusiones psicológicas en pacientes post operatorio. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Octubre 2024 – Enero 2025* [Tesis de pregrado, Universidad Estatal de Bolívar].
<https://dspace.ueb.edu.ec/server/api/core/bitstreams/cd604d23-8d45-41cc-8083-b4f1e54a33d8/content>
- Chen, S., Yuan, Q., Wang, C., Ye, J., & Yang, L. (2025). The effect of music therapy for patients with chronic pain: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychology*, 13(1), 455. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02643-x>
- Chen, X., Chu, Q., Peng, Y., Chen, Y., Kaye, A., Liu, H., Yang, J., Wang, T., & Yu, W. (2025). Clinical practice guidelines for postoperative pain management in adults (2024 edition). *Journal of Anesthesia and Translational Medicine*, 4(3), 161–185.
<https://doi.org/10.1016/j.jatmed.2025.09.001>
- Choi, S., Yoon, S.-H., & Lee, H.-J. (2024). Beyond measurement: a deep dive into the commonly used pain scales for postoperative pain assessment. *The Korean Journal of Pain*, 37(3), 188–200.
<https://doi.org/10.3344/kjp.24069>
- Chuga Guaman, J., Cajamarca Suasnavas, G., & Iza Chanaluisa, V. (2026). Vigencia del Modelo de Henderson en la Autonomía e independencia del Individuo y el rol de enfermería. *Polo Del Conocimiento*, 11(3), 228–246.
<https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/11220/29133>
- Coffey, J., Christopherson, L., Williams, R., Gathje, S., Bell, S., Pahl, D., Manka, L., Blegen, R., Maniaci, M., Ommen, S., & Haddad, T. (2022). Development and implementation of a nurse-based remote patient monitoring program for ambulatory disease management. *Frontiers in Digital Health*, 14(4), 1052408.
<https://doi.org/10.3389/FDGTH.2022.1052408/FULL>
- Córdova-Jara, S., Jimenez-Barzola, G., Calderon-Galeas, L., Guaranga-Fuentes, K., & Napa-Valencia, W. (2024). Estrategias de intervención de

enfermería para el manejo del dolor y sedación en pacientes pediátricos críticos. *Revista Social Fronteriza*, 4(3), e43311.
[https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4\(3\)311](https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4(3)311)

Crowley, R. (2023, August 14). *¿Qué es la farmacología?* . Blog de Noticias Biomédicas Del Instituto Nacional de Ciencias Médicas Generales.
https://nigms-nih-gov.translate.google/biobeat/2023/08/what-is-pharmacology?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc

Dehghan, B., Abolhasanzadeh, N., Shademan, B., & Nourazarian, A. (2024). Deciphering pain: molecular mechanisms and neurochemical pathways—challenges and future opportunities. *Frontiers in Molecular Biosciences*, 11, 1382555. <https://doi.org/10.3389/fmolb.2024.1382555>

Dilmen, O., Meco, B., Evered, L., & Radtke, F. (2024). Postoperative neurocognitive disorders: A clinical guide. *Journal of Clinical Anesthesia*, 92, 111320. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2023.111320>

Di-Maio, G., Villano, I., Ilardi, C., Messina, A., Monda, V., Iodice, A., Porro, C., Panaro, M., Chieffi, S., Messina, G., Monda, M., & La-Marra, M. (2023). Mechanisms of Transmission and Processing of Pain: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3064. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043064>

Dunworth, S., Barbeito, A., Nagavelli, H., Higgins, D., Edward, S., Williams, M., & Pyati, S. (2024). Transitional Pain Service: Optimizing Complex Surgical Patients. *Current Pain and Headache Reports*, 28(3), 141–147. <https://doi.org/10.1007/s11916-023-01204-4>

Duque-Delgado, L., Rincón-Elvira, E., & León-Gómez, V. (2021). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Ene*, 14(3).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008

Esteve-Pérez, N., Perez-Herrero, M., Montes-Perez, A., & López-Alvarez, S. (2024). Gestión del dolor agudo postoperatorio: condiciones para garantizar la seguridad y la efectividad de los tratamientos analgésicos.

Revista Española de Anestesiología y Reanimación, 71(4), 304–316.

<https://doi.org/10.1016/j.redar.2022.07.007>

Fuentes-Ayala, J., López-Ruales, R., & González-Salas, R. (2025). Medidas no farmacológicas en el manejo del dolor posoperatorio mediato en pacientes quirúrgicos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de La Salud. Salud y Vida*, 9(2), 237–245. <https://doi.org/10.35381/s.v.v9i2.4742>

GAD Municipal de Guayaquil. (2024, December 29). *Más de un millón de personas atendidas y más de 700 cirugías realizadas en el 2024, en materia de servicios de salud del Municipio de Guayaquil – Alcaldía de Guayaquil*. <https://guayaquil.gob.ec/personas-atendidas-cirugias-realizadas-materia-servicios-salud-municipio-guayaquil/>

García-Mera, J., Cuenca-Buele, A., Ruiz-Valeriano, A., & Vaca-Segovia, Z. (2023). Evaluación y manejo de las complicaciones quirúrgicas en pacientes pediátricos. *RECIAMUC*, 7(3), 100–110.

<https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1209>

Ghoneim, M., & O'Hara, M. (2024). Depression and postoperative complications: an overview. *BMC Surgery*, 16(1), 5.

<https://doi.org/10.1186/s12893-016-0120-y>

Glare, P., Aubrey, K., & Myles, P. (2019). Transition from acute to chronic pain after surgery. *The Lancet*, 393(10180), 1537–1546.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30352-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30352-6)

HAGP. (2024). *Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón*. Ubicación - Historia. <http://hagp.gob.ec/index.php/56-hospital/91-ubicacion-del-hospital>

Halvey, E., Haslam, N., & Mariano, E. (2023). Non-steroidal anti-inflammatory drugs in the perioperative period. *BJA Education*, 23(11), 440–447. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2023.08.001>

Herdman, T., Kamitsuru, S., & Lopes, C. (2024). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2024–2026* (13th ed). Thieme Medical Publishers.

- Hermie, E., Boydens, C., Van Damme, A., De Loor, J., & Lapage, K. (2025). Comparison of Pain Assessment Tools and Numeric Rating Scale Thresholds for Analgesic Administration in the Postanaesthetic Care Unit. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 40(4), 919–924. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2024.10.003>
- Hernández Sampieri, Roberto., & Mendoza Torres, C. Paulina. (2023). *Metodología de la investigación : las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (2nd ed.). McGraw-Hill Education.
- Herrero-Jaén, S., González-Aguña, A., Fernández-Batalla, M., Gonzalo de Diego, B., Sierra-Ortega, A., Rocha-Martínez, M., Barchino-Plata, R., Jiménez-Rodríguez, M., & Santamaría-García, J. (2024). Validation of the Health Index in the Postoperative Period: Use of the Nursing Outcome Classification to Determine the Health Level. *Healthcare*, 12(8), 862. <https://doi.org/10.3390/healthcare12080862>
- Husni, M., Jahrami, H., Al Shenawi, H., Alenenzi, S., Alhawas, F., Asiri, M., Haider, F., Alanazi, A., & Yaghan, R. (2024). Postoperative Patient Pain Severity and Its Association With Anxiety, Depression, and Sleep Quality. *Cureus*, 16(2), e54553. <https://doi.org/10.7759/cureus.54553>
- Hyland, S., Brockhaus, K., Vincent, W., Spence, N., Lucki, M., Howkins, M., & Cleary, R. (2021). Perioperative Pain Management and Opioid Stewardship: A Practical Guide. *Healthcare*, 9(3), 333. <https://doi.org/10.3390/healthcare9030333>
- INREDH, & Amores, D. (2026, April 23). *Sistema de Salud Pública: una crisis que cobra vidas*. Análisis y Coyuntura. <https://inredh.org/sistema-de-salud-publica-una-crisis-que-cobra-vidas/>
- Ireland, K., & Lalkhen, A. (2024). Postoperative analgesia. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 25(12), 823–830. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2024.09.005>
- Jiang, Q., & Qin, Y. (2026). Impact of multimodal analgesia nursing on postoperative pain and recovery outcomes after hepatectomy. *Medicine*, 105(7), e47526. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000047526>

- Jiménez-Martinetti, Y., Soto-Molina, V., & González-Naranjo, D. (2025). Utilización de la Taxonomía Nanda, NIC NOC en la Unidad de Cuidados Intensivos. Una Revisión Sistemática. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(2), 4116–4142.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2.17204
- Kadović, M., Ćorluka, S., & Dokuzović, S. (2023). Nurses' Assessments Versus Patients' Self-Assessments of Postoperative Pain: Knowledge and Skills of Nurses for Effective Pain Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9), 5678.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20095678>
- Karcz, M., Abd-Elsayed, A., Chakravarthy, K., Mansoor, A., Strand, N., Malinowski, M., Latif, U., Dickerson, D., Suvar, T., Lubenow, T., Peskin, E., D'Souza, R., Cornidez, E., Dudas, A., Lam, C., Farrell II, M., Sim, G., Sebai, M., Garcia, R., ... Deer, T. (2024). Pathophysiology of Pain and Mechanisms of Neuromodulation: A Narrative Review (A Neuron Project). *Journal of Pain Research, Volume 17*, 3757–3790.
<https://doi.org/10.2147/JPR.S475351>
- Liang, Z., Ding, Z., Wang, D., Guo, Y., Zhu, L., Luo, Z., & Li, L. (2024). Cryotherapy for Rehabilitation After Total Knee Arthroplasty: A Comprehensive Systematic Review and Meta-Analysis. *Orthopaedic Surgery*, 16(12), 2897–2915. <https://doi.org/10.1111/os.14266>
- López Godoy, K. (2024). Eficacia de bupivacaína isobárica subcutánea en herida postquirúrgica de cesárea mediante Escala Visual Análoga (EVA). *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*, 8(2), 1–15.
<https://doi.org/10.36314/cunori.v8i2.261>
- López Machado, H. A., Lugmaña Vasquez, K. A., & Peñaloza Molina, H. Y. (2026). Transformaciones demográficas en Ecuador: Un análisis comparativo 2001-2022. *Arandu UTIC*, 12(4), 2997–3014.
<https://doi.org/10.69639/arandu.v12i4.1863>
- López, S., López, A., Zaballos, M., Argente, P., Bustos, F., Carrero, C., & Cía, P. (2023). *Manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria*. Inspira Network.

- Maldonado-Maldonado, D., Segovia-Cañar, L., Fuel-Quimbiulco, E., Naranjo-Zela, A., Zurita-Cevallos, G., Melo-Guerrero, L., & Rivadeneira-Torres, K. (2024). Efectos adversos de los fármacos antiinflamatorios no esteroideos: artículo de revisión. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(1), 1735–1749.
<https://doi.org/10.56712/latam.v5i1.1706>
- Marca-Fajardo, E., & Orellana-Peláez, C. (2025). Enfermería en la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(3).
<https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4074>
- Markovics, D., Virág, A., & Gadó, K. (2025). Management of Chronic Pain in Elderly Patients: The Central Role of Nurses in Multidisciplinary Care. *Geriatrics*, 10(4), 110. <https://doi.org/10.3390/geriatrics10040110>
- McAllister, R., & Patel, P. (2026). Bupivacaine. *The Essence of Analgesia and Analgesics*, 274–276. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511841378.065>
- Merighi, A. (2024). Brain-Derived Neurotrophic Factor, Nociception, and Pain. *Biomolecules*, 14(5), 539. <https://doi.org/10.3390/biom14050539>
- Ministerio de Salud Pública. (2024). *Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón*. Cartera de Servicios. <https://www.salud.gob.ec/hospital-de-especialidades-abel-gilbert-ponton/>
- Ministerio de Salud Pública. (2025, May 20). *El Hospital de Especialidades Guayaquil «Dr. Abel Gilbert Pontón» trabaja en el fortalecimiento de la calidad de sus servicios*. Noticias. <https://www.salud.gob.ec/el-hospital-de-especialidades-guayaquil-dr-abel-gilbert-ponton-trabaja-en-el-fortalecimiento-de-la-calidad-de-sus-servicios/>
- Moncayo-Zambrano, K., Salazar-Parraga, J., & Salazar-Flores, M. (2024). Dolor agudo post operatorio: estrategias para su manejo y control. *RECIAMUC*, 8(2), 907–913.
[https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(2\).abril.2024.907-913](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(2).abril.2024.907-913)
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2024). *Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC)* (5ta ed.). Elsevier.

- Morales-Cruz, A., García-López, Ma., & Landeros-Olvera, E. (2024). Instrumentos de enfermería para la valoración perioperatoria del paciente adulto. *Index de Enfermería Digital*, 33(3), e14716.
<https://doi.org/10.58807/indexenferm20247027>
- Moreno Moreno, F. (2023). *Tiempo de recuperacion postoperatorio según Escala de Bromage en pacientes traumatológicos sometidos a anestesia raquídea* [Universidad de Guayaquil].
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/69460>
- Moreno-Cobos, M., Padilla-Urrea, C., Agustina-Sánchez, S., Hernández-Macias, S., & Alcázar-Marcillo, A. (2025). Viabilidad del Proceso de Atención de Enfermería en la actualidad. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(1), 11402–11413.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16706
- Musick, S., & Alberico, A. (2021). Neurologic Assessment of the Neurocritical Care Patient. *Frontiers in Neurology*, 12, 588989.
<https://doi.org/10.3389/fneur.2021.588989>
- Niyonkuru, E., Iqbal, M., Zhang, X., & Ma, P. (2025). Complementary Approaches to Postoperative Pain Management: A Review of Non-pharmacological Interventions. *Pain and Therapy*, 14(1), 121–144.
<https://doi.org/10.1007/s40122-024-00688-1>
- Núñez-Alonso, S., Ramírez-Martínez, P., Gil-Nava, M., Abarca-Gutiérrez, M., & Solís-Ramírez, J. (2023). El Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de investigación. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, X(2), 1–17.
<https://doi.org/10.46377/dilemas.v2i10.3555>
- OMS. (2023, June 16). *Un nuevo informe revela que las personas con necesidades médicas «quedan atrás a causa del dolor»*. Comunicados de Prensa.
- Organización Mundial de la Salud. (2023, November 9). *Seguridad del paciente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

- Ortega-Delgado, D., Romero-Meza, A., Ochoa-Rojas, M., & Nasmuta-Gomez, D. (2024). Estrategias Psicoterapéuticas en el Manejo de las Adicciones: Una Revisión Descriptiva. *Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano*, 5(2), 360–383. <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i2.195>
- Paladines, F., Contreras, J., Elizalde, H., & López, C. (2022). Influencia del género en la práctica asistencial de Enfermería: revisión sistemática . *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 6(Esp.44), 44–52.
- Podder, D., Stala, O., Hirani, R., Karp, A., & Etienne, M. (2025). Comprehensive Approaches to Pain Management in Postoperative Spinal Surgery Patients: Advanced Strategies and Future Directions. *Neurology International*, 17(6), 94. <https://doi.org/10.3390/neurolint17060094>
- Poulida, S., & Makra, L. (2021). Effect of anxiety disorder and depression in postoperative pain. *Signa Vitae*, 17(S1), 33. <https://doi.org/10.22514/sv.2021.178>
- Qing-Ren, L., Yu-Chen, D., Mu-Huo, J., Pan-Miao, L., Yong-Yan, D., & Jian-Jun, Y. (2024). Risk Factors for Acute Postsurgical Pain: A Narrative Review. *Journal of Pain Research, Volume 17*, 1793–1804. <https://doi.org/10.2147/JPR.S462112>
- Quevedo-Valverde, M., Alvarado-Vásquez, C., Peñaherrera-Salazar, D., & Salazar-Jaramillo, M. (2022). Manejo y prevención por parte de los médicos sobre la toxicidad sintética de la anestesia local. *Dominio De Las Ciencias*, 8(3), 1768–1789. <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2903>
- Regueras, E., Velazquez, I., & Torres, L. M. (2024). Actualización en la Farmacología de los AINES (Anti-Inflamatorios No Esteroideos). *Multidisciplinary Pain Journal*, 4, 36–58. <https://doi.org/10.20986/mpj.2024.1059/2023>
- Ribera-Leclerc, H., Montes-Pérez, A., Monerris-Tabasco, M., Pérez-Herrero, M., del Río-Fernández, S., & López-Pais, P. (2021). El problema no resuelto del dolor postoperatorio: análisis crítico y propuestas de mejora.

Revista de La Sociedad Española Del Dolor, 28(4), 232–238.

<https://doi.org/10.20986/resed.2021.3917/2021>

Rodríguez Rodríguez, A., Enríquez-González, C., García Enríquez, M., Pérez Díaz, D., Hernández García, M., & Rojas Sánchez, E. (2022). Virginia Henderson, cuidado paliativo desde una perspectiva holística - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. *Incluido En La Revista Ocronos*, V(8), 116. <https://revistamedica.com/virginia-henderson-cuidado-paliativo/>

Rodríguez-Suárez, C., Rodríguez-Álvaro, M., García-Hernández, A., Fernández-Gutiérrez, D., Martínez-Alberto, C., & Brito-Brito, P. (2022). Use of the Nursing Interventions Classification and Nurses' Workloads: A Scoping Review. *Healthcare*, 10(6), 1141. <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE10061141>

Sacón-Manzaba, J. (2025). Implementación de un área quirúrgica para cirugía ambulatoria en un centro de diagnóstico médico de Guayaquil. *Universidad Espiritu Santo*, 1–15. <https://repositorio.uees.edu.ec:8443/server/api/core/bitstreams/43419144-2501-47d6-ad40-93fc47dd89f9/content>

Samara, H., O'Hara, L., & Singh, K. (2024). Nurses' Knowledge and Attitudes about Adult Post-Operative Pain Assessment and Management: Cross Sectional Study in Qatar. *Nursing Reports*, 14(3), 2061–2071. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030153>

Sánchez Bazarán, K. (2026). *Manejo del dolor agudo postoperatorios en pacientes de la especialidad de traumatología, en un hospital del sur de Ecuador* [Tesis de Grado, Universidad Técnica Particular de Loja]. <https://dspace.utpl.edu.ec/handle/29.500.19856/81964>

Solano-Quinche, M., Cruz-Ortiz, K., & Orellana-Pelaez, C. (2025). Intervenciones de enfermería en el manejo del dolor en pacientes hospitalizados. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(2), 1934–1950. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i2.3740>

Sosa-Tinizaray, M., Vilca-Moreno, G., Zambrano-Zambrano, J., & Vera-Rodríguez, E. (2022). Laparotomía exploratoria. Post quirúrgico.

RECIMUNDO, 6(3), 497–505.

[https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.497-505](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.497-505)

Stretanski, M., Stinocher, S., & Grandhe, S. (2025, January 22). *Pain Assessment*. StatPearls.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556098/>

Syan, J., Joshi, M., Beard, J., Attebery, J., Ng, F. S., & Khan, S. (2025). Wearable Continuous Vital Sign Monitoring Study (WARD-AMS) to Detect Clinical Deterioration in Postoperative General Surgery Patients: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 14, e81558–e81558. <https://doi.org/10.2196/81558>

Taylor, A., & McLeod, G. (2020). Basic pharmacology of local anaesthetics. *BJA Education*, 20(2), 34–41. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2019.10.002>

Timmers, I., Quaedflieg, C., Hsu, C., Heathcote, L., Rovnaghi, C., & Simons, L. (2020). The interaction between stress and chronic pain through the lens of threat learning. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 641–655. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.10.007>

Tohol, W., Abuejheisheh, A., Fashafsheh, I., & Amro, N. (2023). Using of non-pharmacological pain methods, and the perceived barriers, among nurses in critical care unit in Palestine. *BMC Nursing*, 22(1), 467. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01635-9>

Torres-Calderón, X., Guzmán-Córdova, S., Pallango-Espin, B., Chicaiza-Olivarez, A., & Guangasi-Pinto, J. (2022). Percepción de los cuidados de enfermería del paciente adulto postquirúrgico en colecistectomía. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(1), 4964–4980. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1844

Tsegaye, D., Yazew, A., Gedfew, M., Yilak, G., & Yalew, Z. (2023). Non-Pharmacological Pain Management Practice and Associated Factors Among Nurses Working at Comprehensive Specialized Hospitals. *SAGE Open Nursing*, 9. <https://doi.org/10.1177/23779608231158979>

Urman, R., Taenzer, A., Dahan, A., Turan, A., Abdelmalak, B., Saugel, B., Gali, B., Dworkin, R., Masud, F., Chung, F., & Johnson, K. B. (2026).

- Improving definitions and innovations for identification and prevention of postoperative opioid-induced respiratory depression (OIRD): Proceedings of the International Consensus Conference. *Journal of Clinical Anesthesia*, 110, 112133. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2026.112133>
- Vaccaro Witt, G., Jurado Ronquillo, M., Gonzabay Bravo, E., & Witt Rodríguez, P. (2023). Desafíos y problemas de la salud pública en Ecuador. *RECIAMUC*, 7(2), 10–21. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(2\).abril.2023.10-21](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(2).abril.2023.10-21)
- Valle Dávila, M., Guerrero Ce, J., Acosta Balseca, S., & Cando Rendón, M. (2021). Cuidado de enfermería durante el postoperatorio inmediato. *Revista Eugenio Espejo*, 15(2), 18–27. <https://doi.org/10.37135/ee.04.11.04>
- Vidal-Fuentes, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 27(4), 232–233. <https://doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>
- Villafuerte-Coronado, I. (2026). Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre dolor agudo, servicios de cirugía. *Revista Científica Internacional*, 9(1), 1–17. <https://doi.org/10.46734/revcientifica.v9i1.327>
- Villanueva, F. (2022). *Metodología de la investigación* (1st ed.). Klik Soluciones Educativas . https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=6e-KEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=tipos+de+investigaci%C3%B3n++investigacion+de+campo&ots=WHJR_KGzcs&sig=DbG8ObdoWqUBr8xTft6d4_hjH5w&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Vizcaíno, P., Cedeño, R., & Maldonado, I. (2023). Metodología de la investigación científica: guía práctica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 9723–9762. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7658

- Volcheck, M., Graham, S., Fleming, K., Mohabbat, A., & Luedtke, C. (2023). Central sensitization, chronic pain, and other symptoms: Better understanding, better management. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 90(4), 245–254. <https://doi.org/10.3949/ccjm.90a.22019>
- Wagner, C., Butcher, H., & Clarke, M. (2024). *Nursing interventions classification (NIC)* (8th ed.). Elsevier.
- Wang, L., & Zhang, Q. (2024). Effect of the postoperative pain management model on the psychological status and quality of life of patients in the advanced intensive care unit. *BMC Nursing*, 23(1), 496. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02144-z>
- Wang, Y., Aaron, R., Attal, N., & Colloca, L. (2025). An update on non-pharmacological interventions for pain relief. *Cell Reports Medicine*, 6(2), 101940. <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2025.101940>
- Wen, S., Muñoz, J., Mancilla, M., Bornhardt, T., Riveros, A., & Iturriaga, V. (2020). Mecanismos de Modulación Central del Dolor: Revisión de la Literatura. *International Journal of Morphology*, 38(6), 1803–1809. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022020000601803>
- Youngecharoen, P., & Aree-Ue, S. (2023). A cross-sectional study of factors associated with nurses' postoperative pain management practices for older patients. *Nursing Open*, 10(1), 90–98. <https://doi.org/10.1002/nop2.1281>
- Zambrano-Cerón, D., Sanmartin-Matute, N., Zambrano-Mora, J., & Pinargote-Macías, N. (2024). Optimización del cuidado post operatorio: intervenciones de enfermería en la prevención de complicaciones en cirugía abdominal. *RECIMUNDO*, 8(2), 544–553. [https://doi.org/10.26820/recimundo/8.\(2\).abril.2024.544-553](https://doi.org/10.26820/recimundo/8.(2).abril.2024.544-553)
- Zeynep, A., Az, A., Feyizoglu, B., & Ak, G. (2026). A comparative analysis of four pain rating scales in the assessment of acute oral and maxillofacial pain. *BMC Oral Health*, 26(1), 324. <https://doi.org/10.1186/s12903-026-07735-7>
- Zhang, Y., Zhao, F., & Zhang, Y. (2025). Exploring the Effectiveness of Nursing Interventions for Postoperative Pain Management in Aortic

Dissection: A Fuzzy Logic and Network Analysis. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Volume 18, 2783–2796.

<https://doi.org/10.2147/JMDH.S509859>

ANEXOS

ANEXO 1: APROBACIÓN DEL TEMA

	UNIVERSIDAD ESTADAL DE BOLIVAR	CONSEJO DIRECTIVO	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
---	--------------------------------------	----------------------	--

Resolución Nro. DFC5- RCD- 139-2026
Guaranda, 04 de abril de 2026

EL SUSCRITO DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO, ING. CARLOS RAMÍREZ CHIMBO, Mgtr., CERTIFICA: Que, el Consejo Directivo de la Facultad en sesión extraordinaria (04) del 27 de marzo de 2026, en el:

PUNTO 6.- Lectura y aprobación de la asignación de Tutores y aprobación de temas propuestas por los estudiantes, como proyectos de investigación de estudio de caso, noveno ciclo (cohorte de Internado rotativo de enfermería septiembre 2025- agosto 2026).

EL CONSEJO DIRECTIVO
CONSIDERANDO:

QUE, la Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 350 dispone: "El Sistema de Educación Superior tiene como finalidad la formación académica y profesional con visión científica y humanista; la investigación científica y tecnológica; la innovación, promoción, desarrollo y difusión de los saberes y las culturas; la construcción de soluciones para los problemas del país, en relación con los objetivos del régimen de desarrollo".

Que, el Oficio N° 058-UT-CE-FCSSH, suscrito por la Licenciada María Olalla García, PhD., Coordinadora de la Unidad de Titulación, solicita el análisis y aprobación de la asignación de tutores y temas de investigación para los estudiantes del noveno ciclo, cohorte septiembre 2025 - agosto 2026.

Que, la Comisión de Titulación de la Carrera de Enfermería analizó la pertinencia de los temas y anteproyectos en reunión efectuada el 10 de marzo de 2026.

Que, existe la sumilla de "Tratamiento en Consejo Directivo" de fecha 27 de marzo de 2026

Que, mediante el Memorando N° UEB-CCE-2026-105-M, de fecha 18 de marzo de 2026, la Lcda. Stefanny Díaz, Mgtr., Coordinadora de la Carrera de Enfermería, remite al Decanato el Punto 3 del Acta de la Comisión de Titulación

CONSEJO DIRECTIVO RESUELVE:

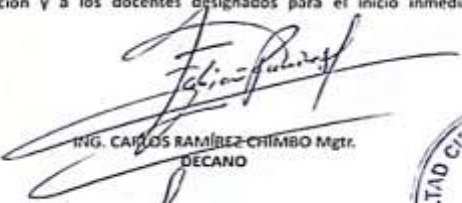
Aprobar los Temas, Modalidades y Tutores para los Proyectos de Investigación y Estudios de Caso del PAO marzo-julio 2026, según el siguiente detalle:

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Cristina Yomayra Oleas García	Proyecto de Investigación	Intervenciones de enfermería en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio, Hospital Guayaquil, marzo-Julio 2026	Salud y Bienestar Humano	Calidad del cuidado del enfermero	Mgtr. Morayma Remache
Jhoselyn Tatiana Guashpa Asitumbay					

Notificar a la Unidad de Titulación y a los docentes designados para el inicio inmediato de las tutorías correspondientes.

Notifíquese. –


 ING. CARLOS RAMÍREZ CHIMBO Mgtr.
 DECANO

Lo certifico. –


 ABG. CRISTINA SÁNCHEZ NARANCO
 SECRETARIA AS-DOC DE CONSEJO DIRECTIVO



CR/CS

ANEXO 2: ASIGNACIÓN DE LA TUTORA

UEB
UNIVERSIDAD
Ecuatoriana
BOLIVAR

CARRERA DE ENFERMERÍA
Unidad de Titulación

FACULTAD DE
CIENCIAS DE
LA SALUD Y
DEL SER HUMANO

Guaranda, 09 de abril de 2026
Oficio N° 079-UT-CE-FCSSH

Magister
Morayma Remache
Profesora Investigadora
Presente

De mi consideración:

Con un cordial saludo, me permito informar que con fecha 06 de abril de 2026, siendo las 14.29 pm, se recibe la resolución Nro. FCSSH-RCD- 139-2026 del Consejo Directivo en sesión ordinaria (04) del 27 de abril de 2026, en la que resuelve:

Aprobar la distribución de los grupos de Titulación de la Carrera de Enfermería según: acta 011-UT-CEFCSSH, Punto 3, de la Comisión de Titulación con la asignación de Tutores según la modalidad, tema presentado, líneas de investigación. Periodo académico marzo-julio 2026, Modalidad Proyecto de Investigación.

Por lo expuesto se ha realizado la designación como Tutor de la investigación según el siguiente detalle:

Nombres y Apellidos	Tema Aprobado por consejo directivo	Modalidad de titulación	Tutora asignada
Cristina Yomayra Oleas García	Intervenciones de enfermería en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio, Hospital Guayaquil, Marzo-Julio 2026	Proyecto de Investigación	Mgtr. Morayma Remache
Jhoselyn Tatiana Guashpa Asitumbay			

Por lo que solicito muy respetuosamente se proceda con el acompañamiento y tutoría, según los tiempos establecidos, indico además que la fecha para la entrega final de los trabajos de investigación será el 19 de julio de 2026.

Atentamente


Dra. Enf. María Olalla García
Coordinadora Unidad de Titulación

Recibido
9/4/2026
Dra. Morayma Remache
26/4/26

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
Guaranda Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

ANEXO 3: AUTORIZACIÓN



REPÚBLICA
DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública
Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón"

Memorando Nro. MSP-DP09-HAGP-RD-RD-2026-0608-E
Guayaquil, 19 de junio de 2026

ASUNTO: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL ESTUDIO TITULADO "INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN Y CONTROL DEL DOLOR AGUDO POSOPERATORIO, HOSPITAL GUAYAQUIL"

Sr.
Jhoselyn Tatiana Guashpa Asitumbay,
Investigadora principal/Patrocinadora

De mi consideración:

ANTECEDENTES

En referencia al memorando Nro. MSP-DP09-HAGP-RD-2026-0608-E, ingresado al Sistema de Gestión Documental Quipux con trámite Nro. 0908-E, Jhoselyn Tatiana Guashpa Asitumbay, en calidad de investigadora principal de la Universidad.

Como resultado del análisis técnico realizado por las instancias del Ministerio de Salud Pública, se emite:

Por medio de la presente manifiesto que el proyecto titulado: "Intervenciones de enfermería en la valoración y control del dolor agudo posoperatorio, Hospital Guayaquil" es de interés institucional por los resultados que se pueden generar de este proyecto para el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, tomando en cuenta que "Esta investigación posee una alta conveniencia operativa y relevancia social, pues aborda la atención de enfermería en el área de hospitalización. Su conveniencia permite al MSP utilizar el Hospital Abel Gilbert Pontón como un modelo para identificar si las labores de enfermería son eficaces y se alinean con protocolos institucionales o ministeriales. La recolección de esta información optimizará los protocolos de práctica clínica locales y mejore los algoritmos de atención, garantizando que el tercer nivel donde se realizan intervenciones complejas, tenga bajas tasas de eventos adversos.

En atención a los antecedentes expuestos, y conforme a la Carta de Interés Institucional emitida el 05 de junio de 2026 por el Dr. Juan Carlos Moreira Holguín, Gerente Hospitalario, esta Dirección Asistencial valida el presente requerimiento, el cual fue debidamente analizado, por lo que se autoriza dar continuidad al proyecto de investigación en mención.

Coordinación de Asistencia Social y Atención al Paciente
Código postal: 090101 (Guayaquil)
Teléfono: +593 4 255 3333
www.msp.gub.ec

EL NUEVO
ECUADOR



REPÚBLICA
DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública
Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón"

Memorando Nro. MSP-DP09-HAGP-RD-RD-2026-0608-E
Guayaquil, 19 de junio de 2026

Atentamente,



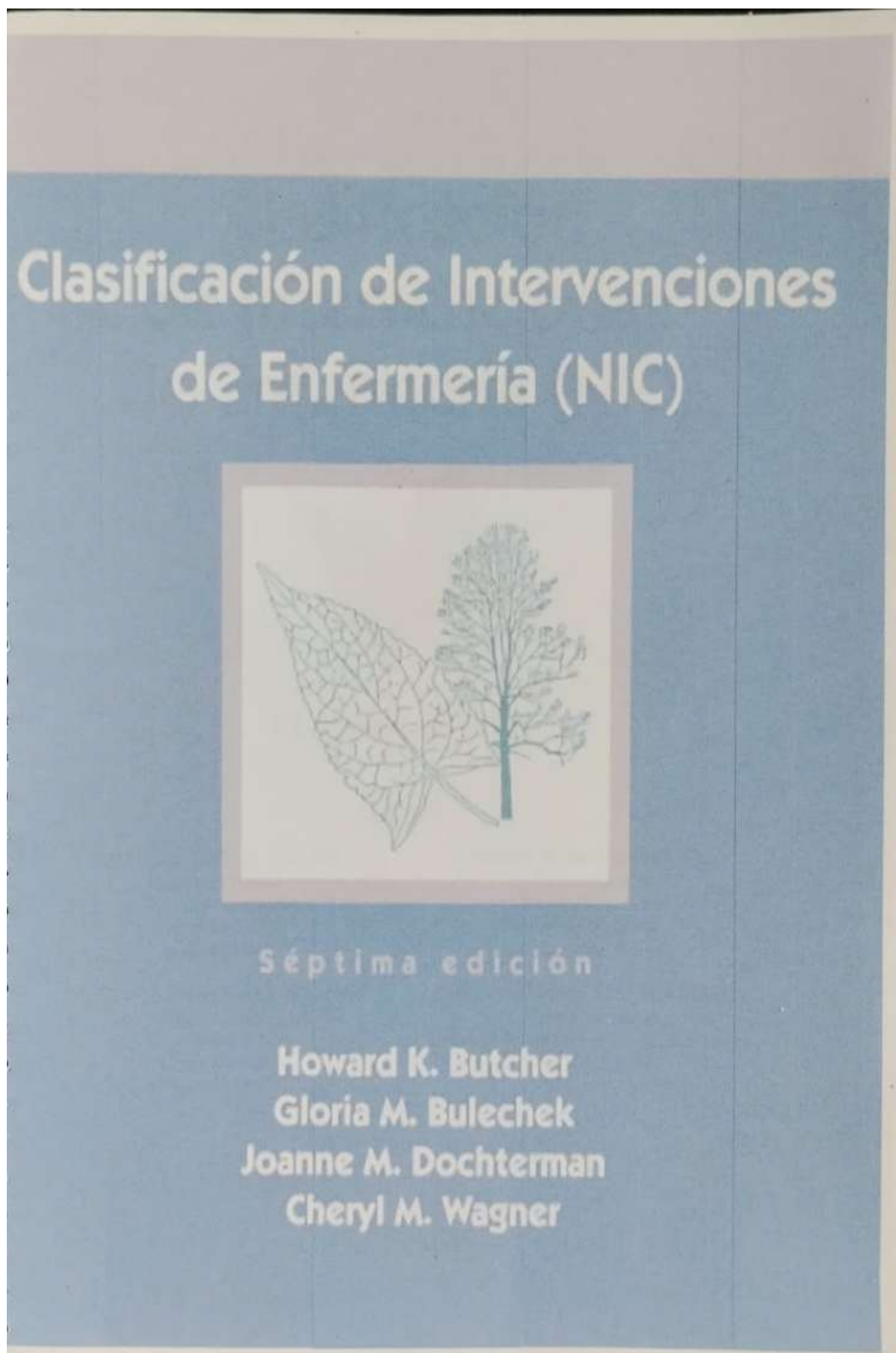
Carlos Alfredo
VENEGAS ARTEAGA

Documento firmado electrónicamente

Dr. Carlos Alfredo Venegas Arteaga
COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. ABEL GILBERT PONTÓN"

Dirección: Unidad Ejecutiva, P.O. Box 170000, Quito
Código postal: 170100, Ecuador
Teléfono: +593 2 2222 2222
www.msp.gub.ec



ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO NIC

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)



Séptima edición

EDITORES

Howard K. Butcher, PhD, RN

Associate Professor
The University of Iowa
College of Nursing
Iowa City, Iowa

Joanne M. Dochterman, PhD

Professor Emerita
The University of Iowa
College of Nursing
Iowa City, Iowa

Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN

Professor Emerita
The University of Iowa
College of Nursing
Iowa City, Iowa

Cheryl M. Wagner, PhD, MBA/MSN, RN

Associate Professor
Trinity College of Nursing and Health Sciences
Rock Island, Illinois

ELSEVIER

ELSEVIER

Avda. Josep Tarradellas, 20-30, 1.º, 08029, Barcelona, España

Nursing Interventions Classification (NIC)

© 2018 by Elsevier, Inc. All rights reserved

Previous editions copyrighted 2013, 2008, 2004, 2000, 1996, 1992

ISBN: 978-0-323-49770-1

This translation of *Nursing Interventions Classification (NIC)*, 7e, by Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochterman and Cheryl M. Wagner, was undertaken by Elsevier España, S.L.U. and is published by arrangement with Elsevier Inc.

Esta traducción de *Nursing Interventions Classification (NIC)*, 7.ª ed., de Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochterman y Cheryl M. Wagner, ha sido llevada a cabo por Elsevier España, S.L.U. y se publica con el permiso de Elsevier Inc.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 7.ª ed., de Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochterman y Cheryl M. Wagner

© 2019 Elsevier España, S.L.U., 2004, 2009, 2013.

ISBN: 978-84-9113-404-6

eISBN: 978-84-9113-474-9

Todos los derechos reservados.

Reserva de derechos de libros

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70/93 272 04 45).

Advertencia

Esta traducción ha sido llevada a cabo por Elsevier España, S.L.U. bajo su única responsabilidad. Facultativos e investigadores deben siempre contrastar con su propia experiencia y conocimientos el uso de cualquier información, método, compuesto o experimento descrito aquí. Los rápidos avances en medicina requieren que los diagnósticos y las dosis de fármacos recomendadas sean siempre verificados personalmente por el facultativo. Con todo el alcance de la ley, ni Elsevier, ni los autores, los editores o los colaboradores asumen responsabilidad alguna por la traducción ni por los daños que pudieran ocasionarse a personas o propiedades por el uso de productos defectuosos o negligencia, o como consecuencia de la aplicación de métodos, productos, instrucciones o ideas contenidos en esta obra.

Revisión científica:

Coordinadora

Dra. Paloma Echevarría Pérez

Decana Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia, Murcia, España

Colaboradores

D. Juan Antonio Flores Martín

Enfermero, Servicio Murciano de Salud, Murcia, España

Dra. Olga Paloma Castro

Profesora, Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Cádiz, Cádiz, España.

Servicios editoriales: DRK Edición

Depósito legal: B. 24.327 - 2018

Impreso en Italia

Prefacio



Los sistemas de clasificación organizan la información de tal manera que pueda ser manejada y recuperada para la construcción del conocimiento, identificando las relaciones conceptuales útiles, administrando la complejidad y facilitando la toma de decisiones. El trabajo de clasificación conduce a la creación de una taxonomía, un arreglo y ordenamiento de cosas, ideas, tiempos o lugares. Carl Linneo, considerado por la mayoría el fundador de las clasificaciones científicas, creó una taxonomía de plantas, animales y minerales. En 1745 también creó el Jardín Botánico en la Universidad de Uppsala, Suecia, en el que se cultivaron 1.300 especies de plantas organizadas de acuerdo con su taxonomía de plantas vivas. El jardín de Linneo sirve como una metáfora de la naturaleza orgánica en constante crecimiento de un sistema de clasificación. La hoja que forma parte del logotipo de la NIC es una réplica de una de un árbol en el jardín de Linneo.

La NIC es una clasificación integral que organiza sistemáticamente los tratamientos que los profesionales realizan. Desde que comenzó en 1987, la NIC ha crecido y evolucionado continuamente. Esta es la séptima edición de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), con ediciones anteriores publicadas en 1992, 1996, 2000, 2004, 2008 y 2013. Joanne M. Dochterman fue la editora de las primeras cuatro ediciones y Gloria M. Bulechek de la quinta y sexta edición. Con esta nueva edición Howard K. Butcher se convierte en el primer editor. Howard se unió al equipo de la NIC a partir de la quinta edición, y Cheryl M. Wagner se unió a la NIC para la sexta edición.

En esta séptima edición de la NIC hemos ampliado y revisado la Clasificación con esfuerzos continuos de investigación y gracias a la aportación de la comunidad profesional. Las características de esta edición son las siguientes:

- La sección introductoria de los preliminares ha sido reorganizada y actualizada para facilitar su uso. Por ejemplo, ahora se puede acceder fácilmente a las respuestas de 22 preguntas frecuentes como una sección aparte. Los capítulos 1 y 2 de la sexta edición se han actualizado completamente y se han sintetizado en un capítulo (Primera parte, Uso de la NIC en la práctica, la formación y la investigación). Las preguntas más frecuentes y la primera parte serán de interés tanto para usuarios novatos como experimentados de la NIC.
- El formato para cada una de las intervenciones es el mismo que en ediciones anteriores. Cada intervención tiene un nombre de etiqueta, una definición, una lista de actividades que un profesional de enfermería podría realizar para llevar a cabo la intervención en el orden lógico en que tendrían que desempeñarse y una pequeña lista de referencias bibliográficas. El lenguaje normalizado lo constituyen la etiqueta y la definición de cada intervención. Las actividades pueden

seleccionarse o modificarse, según proceda, de acuerdo con las necesidades específicas de la población o de un paciente. Así, la NIC puede utilizarse para comunicar una información común de las diferentes situaciones y seguir proporcionando una forma de atención para que los profesionales de enfermería individualicen sus cuidados.

- Hay un total de 565 intervenciones en esta edición. Quince de las intervenciones son nuevas y 95 de las intervenciones incluidas anteriormente se han revisado para esta edición (v. Apéndice A para la lista de intervenciones nuevas, revisadas y retiradas). Las intervenciones revisadas incluyen actividades revisadas y bibliografía actualizada. La bibliografía no constituye en modo alguno una lista completa de referencias para una intervención dada. Constituyen algunas de las fuentes que se utilizaron en el desarrollo de la definición y la lista de actividades de la intervención, y proporcionan un apoyo para la realización de la intervención por parte del profesional de enfermería. Cada una de las intervenciones tiene un código numérico único para ayudar a informatizar la NIC y facilitar la retribución a los profesionales de enfermería. En los preliminares se incluye una página con consejos sobre el modo de encontrar una intervención.
- La taxonomía NIC, que se incluyó por primera vez en la segunda edición, se ha actualizado para incluir las 15 nuevas intervenciones. En la presente edición, la taxonomía, como en las cuatro ediciones anteriores, incluye 7 campos y 30 clases. La taxonomía, que aparece en la Segunda parte, ayuda a los profesionales de enfermería a localizar y escoger una intervención, y proporciona una estructura que puede ayudar en la planificación de cuidados. (Para más detalles véase la introducción a la taxonomía NIC en la pág. 26.)
- La sección de intervenciones centrales según especialidades de enfermería, que ayudan a definir la naturaleza de la especialidad, se ha actualizado y ampliado para esta edición con la inclusión de cuatro especialidades: Enfermería de campamentos recreativos, Enfermería de heridas y ostomías, Enfermería de pacientes quemados y Enfermería de violencia doméstica. Ahora hay un total de 53 especialidades con intervenciones básicas. Además, Enfermería de cuidados al final de la vida ahora se llama Enfermería de cuidados paliativos y de hospicio y Enfermería intravenosa ahora se llama Enfermería de infusión intravenosa. (Para más información véase la introducción a las intervenciones centrales en la página 422.)
- La Quinta parte de esta edición incluye la estimación del tiempo de ejecución de una intervención y el nivel mínimo de formación que el profesional de enfermería necesita para realizar la intervención de un modo seguro y competente.

En esta edición se incluyen los tiempos y los niveles de formación para las 565 intervenciones. (Para más información véase la introducción del tiempo estimado y formación en la pág. 608.)

- Debido a un cambio en el editor por parte de NANDA-I no pudimos obtener permiso para usar la edición 2015-2017 del contenido de NANDA-I publicado por Wiley. Además, los vínculos de las intervenciones de la NIC a la nueva 11.ª edición de diagnósticos de enfermería NANDA-I (2018-2020) no se incluyeron en esta edición porque se lanzó la 11.ª edición de NANDA-I mientras esta edición de la NIC estaba en las etapas finales de producción.
- La lista de reconocimiento de las páginas preliminares del libro enumera las personas que ayudaron a actualizar las intervenciones. Nos encantaría recibir sugerencias para nuevas intervenciones de personas de diferentes países. En el Apéndice B aparecen las guías para la presentación de una intervención nueva o revisada. Esta edición contiene una lista de todas las ediciones y traducciones previas de la NIC (v. Apéndice E). Las ediciones previas incluían una bibliografía de muchas publicaciones sobre la NIC; sin embargo, el creciente número de publicaciones de varios países ha dificultado la tarea de recopilar una bibliografía exhaustiva. Se puede acceder fácilmente a las publicaciones centradas en la NIC usando Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), MedlinePlus o buscando en la base de datos de PubMed.

En resumen, la NIC abarca las intervenciones realizadas por todos los profesionales de enfermería. Al igual que en el pasado, todas las intervenciones incluidas en la NIC tienen el propósito de resultar clínicamente útiles, aunque algunas sean más generales que otras. Puesto que las intervenciones abarcan un amplio abanico de la práctica de enfermería, ningún profesional puede esperar realizar todas las que figuran aquí, ni siquiera una parte sustancial de ellas. Muchas de las intervenciones requieren una formación especializada y algunas no pueden llevarse a cabo sin una titulación adecuada. Otras describen medidas básicas de higiene y comodidad que, en algunos casos, pueden delegarse en el auxiliar de enfermería, pero cuya planificación y evaluación por parte de un profesional de enfermería siguen siendo necesarias. El uso de la NIC.

- Ayuda a mostrar el impacto que tienen los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de cuidados sanitarios.

- Normaliza y define la base de conocimientos del plan de estudios y la práctica de enfermería.
- Facilita la elección correcta de una intervención de enfermería.
- Facilita la comunicación de los tratamientos de enfermería a otros profesionales de enfermería y a otros proveedores de cuidados.
- Permite a los investigadores examinar la eficacia y el coste de los cuidados.
- Ayuda a los formadores a desarrollar programas que se articulen mejor con la práctica clínica.
- Facilita la enseñanza de toma de decisiones clínicas a los profesionales novices.
- Ayuda a los administradores a planificar de forma más eficaz las necesidades del personal y de los equipos.
- Favorece el desarrollo de un sistema de retribución para los servicios de enfermería.
- Facilita el desarrollo y el uso de los sistemas de información de enfermería.
- Comunica la naturaleza de los cuidados de enfermería al público.

Cuando se utiliza el lenguaje normalizado para documentar la práctica es posible comparar y evaluar la efectividad de los cuidados suministrados en múltiples situaciones por distintos profesionales. El uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica, más bien comunica la esencia de los cuidados de enfermería a otros y nos ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación. El desarrollo y la utilización de esta clasificación sirven de apoyo para avanzar en el conocimiento de los cuidados facilitando la comprobación clínica de las intervenciones de enfermería. Creemos que el desarrollo y el uso continuos de esta clasificación ayudan a aumentar los conocimientos de enfermería y los esfuerzos para que nuestra disciplina tenga mayor proyección en el campo de la política sanitaria. Seguimos aceptando gustosamente su respuesta y esperamos conseguir un continuo apoyo por su parte.

Howard K. Butcher
Gloria M. Bullock
Joan M. Dochterman
Cheryl M. Wagner

ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

CARRERA DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento tiene como propósito solicitar su autorización para participar en la investigación titulada "Intervenciones de enfermería en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio, Hospital Guayaquil", desarrollada por las estudiantes Jhoselyn Guashpa y Cristina Oleas, bajo la tutoría de la Lic. Morayma Remache. Su participación consistirá en permitir la observación de las intervenciones de enfermería realizadas durante la atención de pacientes con dolor agudo postoperatorio, mediante la aplicación de una guía de observación.

- Su participación es totalmente voluntaria y sin ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted.
- La información que nos brinden será totalmente confidencial.
- No existe ningún riesgo físico, psicológico, social o laboral derivado de su participación en el estudio.

DECLARO:

- Que por medio del presente escrito he sido informado, siendo testigo de la lectura exacta de lo antes indicado y estar en pleno conocimiento de la investigación y sus fines el tema: "Intervenciones de enfermería en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio, Hospital Guayaquil".
- Que he comprendido la información recibida y la decisión que tome es libre y voluntaria, pudiendo en cualquier momento revocar este consentimiento sin explicar las causas.

Nombre del Licenciado/a: Johana Paraga G.

N. cedula: 1312090239

Firma: [Firma manuscrita]

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
 Ibarra-Ecuador
 teléfono: (593) 3220 6059
 www.ueb.edu.ec



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento tiene como propósito solicitar su autorización para participar en la investigación titulada "Intervenciones de enfermería en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio, Hospital Guayaquil", desarrollada por las estudiantes Jhoselyn Guashpa y Cristina Oleas, bajo la tutoría de la Lic. Morayma Remache. Su participación consistirá en permitir la observación de las intervenciones de enfermería realizadas durante la atención de pacientes con dolor agudo postoperatorio, mediante la aplicación de una guía de observación.

- Su participación es totalmente voluntaria y sin ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted.
- La información que nos brinden será totalmente confidencial.
- No existe ningún riesgo físico, psicológico, social o laboral derivado de su participación en el estudio.

DECLARO:

- Que por medio del presente escrito he sido informado, siendo testigo de la lectura exacta de lo antes indicado y estar en pleno conocimiento de la investigación y sus fines el tema: "Intervenciones de enfermería en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio, Hospital Guayaquil".
- Que he comprendido la información recibida y la decisión que tome es libre y voluntaria, pudiendo en cualquier momento revocar este consentimiento sin explicar las causas.

Nombre del Licenciado/a: Lic. Angie García Sánchez

N. cedula: 190679625-0

Firma: [Firma manuscrita]



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento tiene como propósito solicitar su autorización para participar en la investigación titulada "Intervenciones de enfermería en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio, Hospital Guayaquil", desarrollada por las estudiantes Jhoselyn Guashpa y Cristina Oleas, bajo la tutoría de la Lic. Morayma Remache. Su participación consistirá en permitir la observación de las intervenciones de enfermería realizadas durante la atención de pacientes con dolor agudo postoperatorio, mediante la aplicación de una guía de observación.

- Su participación es totalmente voluntaria y sin ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted.
- La información que nos brinden será totalmente confidencial.
- No existe ningún riesgo físico, psicológico, social o laboral derivado de su participación en el estudio.

DECLARO:

- Que por medio del presente escrito he sido informado, siendo testigo de la lectura exacta de lo antes indicado y estar en pleno conocimiento de la investigación y sus fines el tema: "Intervenciones de enfermería en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio, Hospital Guayaquil".
- Que he comprendido la información recibida y la decisión que tome es libre y voluntaria, pudiendo en cualquier momento revocar este consentimiento sin explicar las causas.

Nombre del Licenciado/a: Patricia Calva Salvador

N. cedula: 0940 116114

Firma: [Firma manuscrita]



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento tiene como propósito solicitar su autorización para participar en la investigación titulada "Intervenciones de enfermería en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio, Hospital Guayaquil", desarrollada por las estudiantes Jhoselyn Guashpa y Cristina Oleas, bajo la tutoría de la Lic. Morayma Remache. Su participación consistirá en permitir la observación de las intervenciones de enfermería realizadas durante la atención de pacientes con dolor agudo postoperatorio, mediante la aplicación de una guía de observación.

- Su participación es totalmente voluntaria y sin ello signifique algún perjuicio o consecuencia para usted.
- La información que nos brinden será totalmente confidencial.
- No existe ningún riesgo físico, psicológico, social o laboral derivado de su participación en el estudio.

DECLARO:

- Que por medio del presente escrito he sido informado, siendo testigo de la lectura exacta de lo antes indicado y estar en pleno conocimiento de la investigación y sus fines el tema: "Intervenciones de enfermería en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio, Hospital Guayaquil".
- Que he comprendido la información recibida y la decisión que tome es libre y voluntaria, pudiendo en cualquier momento revocar este consentimiento sin explicar las causas.

Nombre del Licenciado/a: Morayma Remache Rosales

N. cedula: 093715715-6

Firma: Morayma Remache Rosales



ANEXO 6: FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Imagen 1	Imagen 2
	
Imagen 3	Imagen 4
	
Imagen 5	Imagen 6
	

ANEXO 7: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

	
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO CARRERA DE ENFERMERÍA	
TEMA: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN Y CONTROL DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO, "HOSPITAL GUAYAQUIL, MARZO – JULIO 2026"	
Autores:	<ul style="list-style-type: none"> • Guashpa Asitumbay Jhoselyn Tatiana • Oleas García Cristina Yomayra
Tutora:	<ul style="list-style-type: none"> • Lic. Morayma Remache
Objetivo	Evaluar el cumplimiento de las intervenciones de enfermería en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio inmediato y mediano a través de la aplicación de una guía de observación estructurada al personal de enfermería del Hospital Guayaquil
ENCUESTA PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	
DIMENSIÓN I CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	
INSTRUCCIONES: El presente instrumento tiene fines exclusivamente académicos y de investigación. La información proporcionada será tratada de forma confidencial y anónima. Marque con una (X) la opción que corresponda a su realidad o complete el espacio en blanco según corresponda.	

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secaira
 Guaranda-Ecuador
 Teléfono: (593) 3220 6059
 www.ueb.edu.ec

Edad	☐ 25 - 35 años ☒ 36-45 años ☐ Mayor a 46 años	
Genero	☒ Femenino ☐ Masculino ☐ Otros: _____	
Turno	☐ 6 Horas ☒ 12 Horas	
Años de experiencia laboral	☐ 1 a 10 años ☒ 11 a 25 años ☐ Mayor a 25 años	
Número de pacientes postoperatorios que atiende por turno	☐ 3 - 6 ☐ 7 - 10 ☒ Más de 10	
GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA		
SECCIÓN II		
MANEJO DEL DOLOR: AGUDO		
INSTRUCCIONES:		
1. Este instrumento debe ser completado por el investigador o colaborador capacitado, mediante observación directa del profesional de enfermería durante la atención al paciente postoperatorio. 2. Marque con una (X) en la columna correspondiente (Si / No) según lo observado directamente en el turno. 3. Registre en la columna "Observaciones" cualquier dato adicional relevante, aclaración o particularidad que enriquezca el análisis.		
Realiza la valoración exhaustiva del dolor que incluye localización, aparición, duración,	Si ☐ No ☐	Observaciones:

frecuencia, intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan	No ☒	
Identifica la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación	Si ☒ No ☐	Observaciones:
Pregunta al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior	Si ☒ No ☐	Observaciones:
Monitoriza el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y la capacidad de comunicación	Si ☒ No ☐	Observaciones:
Incorpora las intervenciones no farmacológicas a la etiología del dolor y a la preferencia del paciente según corresponda	Si ☐ No ☒	Observaciones:
SECCIÓN III MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES		
Monitoriza los signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno)	Si ☒ No ☐	Observaciones:
SECCIÓN IV ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN		
Sigue los correctos de la administración de medicación	Si ☒ No ☐	Observaciones:

	No _____	
Administra la medicación con la técnica y la vía adecuadas	Sí ☒ _____ No _____	Observaciones:
Documenta la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente.	Sí ☒ _____ No _____	Observaciones:
SECCIÓN V		
ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS		
Se asegura de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen	Sí _____ No ☒ _____	Observaciones:
SECCIÓN VI		
MANEJO AMBIENTAL: CONFORT		
Crea un ambiente tranquilo y de apoyo	Sí ☒ _____ No _____	Observaciones:
Proporciona un ambiente limpio y seguro	Sí ☒ _____ No _____	Observaciones:
SECCIÓN VII		

APLICACIÓN DEL CALOR O FRÍO		
Aplica calor/frío directamente o cerca del sitio afectado, si fuera posible	Si _____ No <u>+</u>	Observaciones:
SECCIÓN VIII DISTRACCIÓN		
Anima al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento.	Si _____ No <u>+</u>	Observaciones: *
SECCIÓN XV ENSEÑANZA: INDIVIDUAL		
Valora el nivel actual de conocimiento y comprensión del contenido del paciente	Si _____ No <u>+</u>	Observaciones:
Determina la capacidad del paciente para asimilar la información específica	Si _____ No <u>+</u>	Observaciones:
Da tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes	Si <u>+</u> _____ No _____	Observaciones:

OBSERVACIONES GENERALES

.....

.....

.....

.....

.....


Firma del observador



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN Y CONTROL DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO, "HOSPITAL GUAYAQUIL, MARZO – JULIO 2026"

Autores:	<ul style="list-style-type: none"> Guashpa Asitumbay Jhoselyn Tatiana Oleas García Cristina Yomayra
Tutora:	<ul style="list-style-type: none"> Lic. Morayma Remache
Objetivo	<p>Evaluar el cumplimiento de las intervenciones de enfermería en la valoración y control del dolor agudo postoperatorio inmediato y mediano a través de la aplicación de una guía de observación estructurada al personal de enfermería del Hospital Guayaquil</p>

ENCUESTA PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

DIMENSIÓN I
CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

INSTRUCCIONES:

El presente instrumento tiene fines exclusivamente académicos y de investigación. La información proporcionada será tratada de forma confidencial y anónima. Marque con una (X) la opción que corresponda a su realidad o complete el espacio en blanco según corresponda.

Edad	☐ 25 – 35 años ☐ 36-45 años ☒ Mayor a 46 años	
Genero	☒ Femenino ☐ Masculino Otros: _____	
Turno	☐ 6 Horas ☒ 12 Horas	
Años de experiencia laboral	☐ 1 a 10 años ☒ 11 a 25 años ☐ Mayor a 25 años	
Número de pacientes postoperatorios que atiende por turno	☐ 3 - 6 ☐ 7 - 10 ☒ Más de 10	
GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA		
SECCIÓN II		
MANEJO DEL DOLOR: AGUDO		
INSTRUCCIONES:		
1. Este instrumento debe ser completado por el investigador o colaborador capacitado, mediante observación directa del profesional de enfermería durante la atención al paciente postoperatorio. 2. Marque con una (X) en la columna correspondiente (Sí / No) según lo observado directamente en el turno. 3. Registre en la columna "Observaciones" cualquier dato adicional relevante, aclaración o particularidad que enriquezca el análisis.		
Realiza la valoración exhaustiva del dolor que incluye localización, aparición, duración,	Sí ☒ No ☐	Observaciones:

frecuencia, intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan	No _____	
Identifica la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación	Sí <u>✓</u> No _____	Observaciones:
Pregunta al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior	Sí <u>✓</u> No _____	Observaciones:
Monitoriza el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y la capacidad de comunicación	Sí _____ No <u>✓</u>	Observaciones:
Incorpora las intervenciones no farmacológicas a la etiología del dolor y a la preferencia del paciente según corresponda	Sí <u>✓</u> No _____	Observaciones:
SECCIÓN III		
MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES		
Monitoriza los signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno)	Sí <u>✓</u> No _____	Observaciones:
SECCIÓN IV		
ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN		
Sigue los correctos de la administración de medicación	Sí <u>✓</u>	Observaciones:

	No _____	
Administra la medicación con la técnica y la vía adecuadas	Sí <u>✓</u> No _____	Observaciones:
Documenta la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente.	Sí <u>✓</u> No _____	Observaciones:
SECCIÓN V ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS		
Se asegura de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen	Sí <u>✓</u> No _____	Observaciones:
SECCIÓN VI MANEJO AMBIENTAL: CONFORT		
Crea un ambiente tranquilo y de apoyo	Sí <u>✓</u> No _____	Observaciones:
Proporciona un ambiente limpio y seguro	Sí <u>✓</u> No _____	Observaciones:
SECCIÓN VII		

APLICACIÓN DEL CALOR O FRÍO		
Aplica calor/frío directamente o cerca del sitio afectado, si fuera posible	Sí <u> 7 </u> No <u> </u>	Observaciones:
SECCIÓN VIII DISTRACCIÓN		
Anima al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento.	Sí <u> ✓ </u> No <u> </u>	Observaciones:
SECCIÓN XV ENSEÑANZA: INDIVIDUAL		
Valora el nivel actual de conocimiento y comprensión del contenido del paciente	Sí <u> ✓ </u> No <u> </u>	Observaciones:
Determina la capacidad del paciente para asimilar la información específica	Sí <u> ✓ </u> No <u> </u>	Observaciones:
Da tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes	Sí <u> ✓ </u> No <u> </u>	Observaciones:

OBSERVACIONES GENERALES

.....

.....

.....

.....

.....


Firma del observador

ANEXO 8: TUTORÍAS RECIBIDAS POR LA LIC. MORAYMA REMACHE

	
<p>Actividad: Revisión del proyecto de investigación Capítulo I</p> <p>Fecha: 20/04/2026</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/ Cristina Oleas</p>	<p>Actividad: Revisión de la corrección del proyecto de investigación Capítulo I</p> <p>Fecha: 28/04/2026</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/ Cristina Oleas</p>
	
<p>Actividad: Revisión del proyecto de investigación Capítulo II</p> <p>Fecha: 04/05/2026</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/ Cristina Oleas</p>	<p>Actividad: Revisión de la corrección proyecto de investigación Capítulo II</p> <p>Fecha: 11/05/2026</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/ Cristina Oleas</p>

	
<p>Actividad: Revisión y corrección de las tablas y el análisis e interpretación de resultados.</p> <p>Fecha: 18/05/2026</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/ Cristina Oleas</p>	<p>Actividad: Revisión del Capítulo IV</p> <p>Fecha: 26/05/2026</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/ Cristina Oleas</p>
	
<p>Actividad: Revisión y corrección del Capítulo V y VI</p> <p>Fecha: 07/06/2026</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/ Cristina Oleas</p>	<p>Actividad: Revisión de anexos y correcciones finales del proyecto</p> <p>Fecha: 13/07/2026</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/ Cristina Oleas</p>

ANEXO 9: APLICACIÓN DE LA ENCUESTA Y GUÍA DE OBSERVACIÓN

Imagen 1	Imagen 2
	
<p>Actividad: Aplicación de la encuesta y guía de observación</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/ Cristina Oleas</p>	<p>Actividad: Aplicación de la encuesta y guía de observación</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/ Cristina Oleas</p>
Imagen 3	Imagen 4
	
<p>Actividad: Aplicación de la encuesta y guía de observación</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/ Cristina Oleas</p>	<p>Actividad: Aplicación de la encuesta y guía de observación</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/ Cristina Oleas</p>

Imagen 5	Imagen 6
	
<p>Actividad: Aplicación de la encuesta y guía de observación</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/ Cristina Oleas</p>	<p>Actividad: Verificación de los ítems de la guía de observación</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/ Cristina Oleas</p>
Imagen 7	Imagen 8
	
<p>Actividad: Aplicación de la encuesta y guía de observación</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/ Cristina Oleas</p>	<p>Actividad: Verificación de los ítems de la guía de observación</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/ Cristina Oleas</p>

ANEXO 10: CAPACITACIÓN A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Imagen 1	Imagen 2
	
<p>Actividad: Palabras de bienvenida al personal de enfermería y a los líderes de diversos pisos</p> <p>Fecha: 01/07/2026</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/Cristina Oleas</p>	<p>Actividad: Explicación de los ítems que conforma la guía</p> <p>Fecha: 01/07/2026</p> <p>Responsable: Jhoselyn Guashpa/Cristina Oleas</p>
Imagen 3	Imagen 4
	
<p>Actividad: Explicación de los ítems que conforma la guía y preguntas.</p> <p>Fecha: 01/07/2026</p>	<p>Actividad: Entrega del material a la líder del área.</p> <p>Fecha: 01/07/2026</p>

Responsable: Jhoselyn Guashpa/Cristina Oleas	Responsable: Jhoselyn Guashpa/Cristina Oleas
Imagen 5	Imagen 6
	
Actividad: Explicación de los ítems que conforma la guía Fecha: 01/07/2026 Responsable: Jhoselyn Guashpa/Cristina Oleas	Actividad: Entrega del material a la líder del área. Fecha: 01/07/2026 Responsable: Jhoselyn Guashpa/Cristina Oleas

ANEXO 11: VALIDACIÓN DE LA GUÍA



PROCESO DE
EVALUACIÓN DE
LA CALIDAD Y
DEL DISEÑO

VALIDACIÓN DE LA GUÍA DE CAPACITACIÓN				
Autores:	<ul style="list-style-type: none"> Guashpa Asitumbay Jhoselyn Tatuana Oleas García Cristina Yonayna 			
Tutora:	Lic. Morayna Remache			
Instrucción:	Luego de revisar la guía de capacitación, valore cada criterio considerando su contenido, pertinencia, claridad, organización y utilidad			
Nota:	Para cada criterio considere la escala del 1 al 4 de la siguiente manera.			
	No adecuada	Requiere modificaciones	Adecuada	Muy adecuada
	1	2	3	4

Criterio	4	3	2	1	Observaciones
El contenido guarda relación con el objetivo de la guía.	X				
Las intervenciones incluidas corresponden a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).	X				
Las actividades propuestas son pertinentes para la valoración y control del dolor agudo postoperatorio.	X				
Existe correspondencia entre el contenido de la guía y los resultados obtenidos en la investigación.	X				
Las escalas de valoración seleccionadas son pertinentes para la población atendida.	X				
La redacción de las orientaciones es clara y comprensible para el personal de enfermería.	X				
La guía puede utilizarse en los ámbitos de recuperación y atención quirúrgica.	X				
La organización del documento facilita su consulta durante la capacitación.	X				
PUNTACIÓN FINAL	32				

De 8 a 14	No adecuada	Reformular
De 15 a 20	Requiere modificaciones	Corregir
De 21 a 26	Adecuada	Mejorar
De 27 a 32	Muy Adecuada	Aplicar

Validado por:	Jimmy Rafael Cevallos Carrillo
Profesión:	Licenciado en enfermería
Lugar de trabajo:	Hospital Guayaquil
Firma:	

Jimmy Rafael Cevallos Carrillo
C.I. 12832222-2-0001-1111-1111-1111
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
NÚMERO DE REGISTRO PROFESIONAL
"DE LOS CUERPOS PROFESIONALES"

VALIDACIÓN DE LA GUIA DE CAPACITACIÓN				
Autores:	<ul style="list-style-type: none"> Guashpa Asitumbay Jhoselyn Tatisna Oleas García Cristina Yomayra 			
Editor:	Lic. Morayma Remache			
Intervención:	Luego de revisar la guía de capacitación, valore cada criterio considerando su contenido, pertinencia, claridad, organización y utilidad			
Nota:	Para cada criterio considere la escala del 1 al 4 de la siguiente manera.			
	No adecuado	Requiere modificaciones	Adecuado	Muy adecuado
	1	2	3	4

Criterio	4	3	2	1	Observaciones
El contenido guarda relación con el objetivo de la guía.	✓				
Las intervenciones incluidas corresponden a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).	✓				
Las actividades propuestas son pertinentes para la valoración y control del dolor agudo postoperatorio.	✓				
Existe correspondencia entre el contenido de la guía y los resultados obtenidos en la investigación.	✓				
Las escalas de valoración seleccionadas son pertinentes para la población atendida.	✓				
La redacción de las orientaciones es clara y comprensible para el personal de enfermería.	✓				
La guía puede utilizarse en las áreas de recuperación y atención quirúrgica.	✓				
La organización del documento facilita su consulta durante la capacitación.	✓				
PUNTACIÓN FINAL	32				

De 8 a 14	No adecuado	Reformular
De 15 a 20	Requiere modificaciones	Corregir
De 21 a 26	Adecuado	Mejorar
De 27 a 32	Muy Adecuado	Aplicar

Validado por: Yusmilla Pérez TejedaProfesión: Lic. EnfermeraLugar de trabajo: Emergencia - Hospital Esmeraldas Guayaquil

Firma:

Yusmilla Pérez**Yusmilla Perez Tejeda**

C.I. 1757108506, Reg. Senecyt 1612-11527091

LICENCIADA EN ENFERMERIA

YUSMILLA PEREZ TEJEDA BARRAL

"DR. ADEL GILBERT MONTON"

ANEXO 12: REPORTE COMPILATIO



Informe de análisis
Compilatio Magister+ | UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR (UEB)

TESIS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA(1)

ID : 406e76d1ceef87adba5edc7561f3c33et3dcadd4



10%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : TESIS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA(1).doc
Tamaño del archivo original : 47.94 KB
Número de palabras : 8086

Depositante : LOURDES MORAYMA REMACHE AGUALONGO
Fecha de depósito : 14 de julio de 2026
Tipo de carga : Interfaz
Fecha de fin de análisis : 14 de julio de 2026

Resumen (sección 1/3)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Similitudes 3%

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Detección de IA 5%

Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA.

Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.



Idiomas no reconocidos 2%

Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua.

Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.



No incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Textos entre comillas <1%

Pasajes entre comillas, a menudo indicativos de una cita.