

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO
DEL COLOR Y LA SATISFACCION DEL PACIENTE POST OPERADO
MEDIATO DEL HOSPITAL REGIONAL ZACARÍAS CORREA VALDIVIA,
HUANCAVELICA – 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRURGICO**

AUTORES:

**JULIO CESAR HUAMAN HUAMANI
LIZ EDITH CHARCA GUTIERREZ**

**Callao - 2019
PERÚ**

AGRADECIMIENTO

A Dios, por iluminarnos en el camino de la vida, darnos sabiduría, fortaleza y permitirnos superar los obstáculos que se presentaron durante nuestros estudios.

A los docentes de la Universidad del Callao por sus valiosas enseñanzas y colaboración desinteresada en el mejoramiento de nuestro trabajo de investigación.

A los enfermeros y pacientes post operado del Hospital Departamental de Huancavelica, por contribuir en el presente estudio.

Liz y Julio

ÍNDICE

RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCION	11
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática	14
1.2 Formulación del Problema general y específicos	17
1.3 Objetivos general y específicos	18
1.4 Limitantes de la investigación	19
II. MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes internacionales, nacional	20
2.2 Bases teóricas	25
2.3 Conceptual	27
2.4 Definición de Términos básicos	52
III. HIPOTESIS Y VARIABLES	
3.1 Hipótesis general e hipótesis específicas	54
3.2 Definición conceptual de variables	55
3.3 Operacionalización de variables	55
IV. DISEÑO METODOLOGICO	
4.1 Tipo y diseño de investigación	58
4.2 Método de investigación	58
4.3 Población y muestra	58
4.4 Lugar de estudio y periodo desarrollado	60
4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección	60
4.6 Análisis y procesamiento de datos	60
V.RESULTADOS	
5.1. Resultados descriptivos	62
5.2. Resultados inferenciales	71
VI.DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados	84

6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares	88
6.3. Responsabilidad ética	90
CONCLUSIONES	92
RECOMENDACIONES	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	
• Matriz de Consistencia	
• Instrumentos validados	
• Consentimiento informado	
• Base de datos otros anexos	

TABLA DE CONTENIDO

Tabla N° 1. Conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica – 2019	64
Tabla N° 2. Conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019	66
Tabla N° 3. Satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019.....	67
Tabla N° 4. Conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019.....	68
Tabla N° 5. Conocimientos del personal de enfermería respecto a la valoración del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2019	69
Tabla N° 6. Conocimientos del personal de enfermería respecto al tratamiento del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2019	71

TABLA DE GRAFICOS

Gráfico N° 1. Conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica – 2019	64
Gráfico N° 2. Conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019	66
Gráfico N° 3. Satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019.....	67
Gráfico N° 4. Conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019.....	68
Gráfico N° 5. Conocimientos del personal de enfermería respecto a la valoración del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019	70
Gráfico N° 6. Conocimientos del personal de enfermería respecto al tratamiento del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019	71

RESUMEN

Objetivo: fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo de dolor y la satisfacción del paciente post operado medito en el hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019.

Material y método: la investigación fue de tipo básico, el nivel de investigación alcanzado corresponde al correlacional, el método de investigación utilizado en la investigación fue el deductivo-inductivo, la muestra estuvo constituido por 18 enfermeros y 6 pacientes por cada uno de los enfermeros.

Resultados: Entonces el 50% de enfermeros presentaron un conocimiento alto sobre el manejo del dolor y la satisfacción de los pacientes fue de nivel intermedio. Se estableció que existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019, a través de la prueba de correlación de Spearman que resulto un valor igual a 0,805 y u valor p de 0,000 a un nivel de significancia de 5%.

Conclusión: Se ha establecido que, si existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019. Además, en la mayoría de casos presentaron un alto conocimiento del manejo del dolor y los pacientes obtuvieron una satisfacción intermedia.

Palaras clave: Conocimiento del manejo del dolor, satisfacción, paciente, enfermero.

ABSTRAC

Objective: To determine the relationship between the level of knowledge of nursing personnel regarding pain management and post-operative patient satisfaction, meditated at the hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019.

Material and method: the research is basic, the level of research reached corresponds to the correlational, the research method used in the research was the deductive-inductive, the sample consisted of 18 nurses and 6 patients for each of the nurses .

Results: Then 50% of nurses presented a high knowledge about pain management and patient satisfaction was intermediate. It was established that there is a relationship between the level of knowledge of the nursing staff regarding pain management and the satisfaction of the post-operative patient at the Zacarías Correa Valdivia Huancavelica Regional Hospital 2019, through the Spearman correlation test that resulted in a value equal to 0.805 and p value of 0.000 at a level of significance of 5%.

Conclusion: A relationship has been established between the level of knowledge of the nursing staff regarding pain management and the satisfaction of the post-operative patient at the Regional Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019. In addition, in most cases there is a high knowledge of pain management and patients have intermediate satisfaction.

Key words: Knowledge of pain management, satisfaction, patient, nurse.

INTRODUCCION

El dolor se ha convertido en el quinto signo vital y hoy en día un tema crítico en la atención del paciente. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), definió el dolor como “Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial o descrita en términos de tal lesión”. La percepción de la sensación dolorosa es un proceso desagradable, subjetivo y complicado en el que participan mecanismos sensoriales y emocionales complejos y que generalmente, va asociado a una lesión tisular o que también puede expresarse en ausencia de esta, pero simulando que existiera.

En los últimos años, se han producido importantes avances en el conocimiento de la fisiopatología del dolor agudo, en el campo del tratamiento del dolor, tanto por el desarrollo de nuevos fármacos como por el diseño de nuevas técnicas, modos de administración y dispositivos que permiten abordar con éxito este problema en la mayoría de casos. Sin embargo, hay muchos pacientes que en periodo postoperatorio sufren de dolor innecesariamente. Las razones que explican el deficiente tratamiento del dolor en nuestro medio residen en el deficiente uso de los analgésicos como los opioides, por desconocimiento de sus características farmacológicas, miedo a efectos tales como la depresión respiratoria y empleo de pautas de tratamiento insuficientes como la analgesia a demanda y/o vías de administración inadecuadas, por otro lado la falta de protocolos de analgesia postoperatoria bien diseñados y la escasa importancia que se ha dado al dolor en el pasado. Afortunadamente, esta situación está cambiando y cada día existe un mayor interés y una mayor demanda formativa por parte de médicos y enfermeras.

La intensidad del dolor postoperatorio está muy relacionada con el tipo de intervención practicada, la localización y la técnica quirúrgica empleada, de forma que a mayor agresión, mayor respuesta fisiológica del organismo y el tratamiento del mismo requiere un abordaje multidisciplinario (anestesiólogos,

cirujanos y enfermeras) de todo el personal sanitario implicado en el mismo, esto requiere que previamente los distintos profesionales identifiquemos claramente nuestra intervención específica para aliviar el dolor de las personas a las que atendemos. Las enfermeras son el primer filtro que identifica experiencia dolorosa de los pacientes, esto las convierte en traductoras de una experiencia subjetiva que verbaliza el paciente y que puede no ser bien comprendida por distintas razones.

La enfermera como gestora del tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud, es una pieza fundamental en el proceso del dolor agudo y su alivio. La valoración de enfermería en la satisfacción del dolor y la identificación temprana de las complicaciones reales o potenciales, que presenta el paciente postquirúrgico, evidencian la importancia del manejo correcto de las estrategias analgésicas y el éxito de las mismas. El objetivo principal de cualquier actividad de enfermería es conseguir el bienestar y satisfacción del paciente y en el caso de los pacientes postquirúrgicos será vigilar el confort postoperatorio de estos y una de las causas fundamentales que hacen que el confort no se consiga, es que se vea alterado por el dolor. Por ello es fundamental que las enfermeras conozcan y manejen adecuadamente sus conocimientos básicos (fisiopatología, valoración, tratamiento), acerca del dolor.

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

La estructuración de programas de manejo del dolor permite optimizar el manejo. Esto no necesariamente implica mayores costos debido a que también produce ahorros al permitir racionalizar el uso de recursos, evitar complicaciones y reducir los tiempos de estadía intrahospitalarios. Por otro lado es interesante indagar sobre los conocimientos de las enfermeras

acerca del manejo del dolor postoperatorio desde la llegada a la Unidad de Recuperación Post anestésica (URPA), tras la intervención quirúrgica, hasta que es dado de alta, debido a que las horas inmediatamente posteriores a la intervención son las que generalmente cursan con una mayor intensidad del dolor y el adecuado tratamiento es un factor determinante en la buena evolución del paciente en las horas y días posteriores a su intervención. Por lo tanto, es fundamental que los cuidados que se brinden en la URPA sean eficientes y eficaces, pues ello tiene como objetivo obtener la satisfacción óptima del paciente en relación al dolor priorizando que su recuperación sea lo mejor y más rápido posible.

El presente estudio consta de seis capítulos, el primero corresponde al "Planteamiento del Problema", en el que se aborda la descripción de la realidad problemática, formulación del problema, objetivos y limitantes. En el segundo capítulo se desarrolla el "Marco Teórico", que abarca los antecedentes, bases teóricas, conceptual y definición de términos. El tercer capítulo corresponde a la "Hipótesis y variables", que abarca hipótesis, definición conceptual de variables y operacionalización de variables. El cuarto capítulo corresponde a "Diseño metodológico" en donde se estipula tipo y diseño de investigación, método de investigación, población y muestra, lugar de estudio y periodo de desarrollo, técnicas e instrumentos para la recolección de la información, análisis y procesamiento de datos. El quinto capítulo "Resultados" Trata sobre los resultados descriptivos, inferenciales. El sexto capítulo "Discusión de resultados", enfatiza contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados, contrastación de los resultados con otros estudios similares, responsabilidad ética y por último conclusiones, recomendaciones derivadas de la presente investigación.

CAPÍTULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad Problemática

El dolor se ha convertido en el quinto signo vital y es hoy en día un tema crítico en la atención del paciente. La IASP (Internacional Association for the Study of Pain) nos indica que el dolor es un complejo fenómeno de respuestas neuro funcionales, subjetivas e individuales a un estímulo en donde influyen factores emocionales, personalidad, aspectos socioculturales, así como la experiencia previa del paciente al dolor.⁽¹⁾

Por su parte la organización Mundial de la Salud (OMS) propuso un esquema de evaluación de las instituciones de salud en que uno de sus componentes esenciales es la capacidad de respuesta sensible frente a las demandas de la población tales como el inadecuado tratamiento del dolor postoperatorio que deviene en un problema de salud dada su elevada incidencia. A partir de la evaluación de la calidad asistencial según la valoración y necesidades de los pacientes el adecuado tratamiento, el incremento la satisfacción del paciente y por tanto los niveles de calidad. El dolor no solo ocasiona sufrimiento innecesario, sino que incrementa las complicaciones posoperatorias hasta un 76% sobre todo en procedimientos quirúrgicos de abdomen y tórax.⁽²⁾

Mencionar que los profesionales no siempre resultan comprensibles para los pacientes en situaciones de ansiedad y estrés ante un procedimiento quirúrgico, tal vez como manifiestan los mismos pacientes por el tiempo limitado que

estamos con ellos, o estamos sobrecargados de trabajo. Como proveedores de atención de la salud, es responsabilidad individual de las enfermeras(os) proporcionar cuidados de enfermería especializados en relación al manejo de dolor. Conforme a las demandas que se evidencian en la URPA, se requiere profesional de enfermería con alto nivel de competencia para lograr la satisfacción del paciente post operado.

Por otro lado, es fundamental para la satisfacción del paciente que el profesional de enfermería gestione el manejo del dolor con eficiencia, de calidad e íntegro, ya que a parte del dolor los pacientes post operados salen de la cirugía con temor, ansiedad, estrés y con muchas dudas sobre su situación actual. También tener en claro que a partir de los cuidados que se brinda al paciente, el profesional de enfermería logra desarrollarse profesionalmente y fortalecer los elementos que brindan sustento a la disciplina, así como dar sentido a la acción de ayuda y visualizar los elementos que constituyen la calidad de cuidado en relación al manejo del dolor ⁽³⁾

En el Perú aproximadamente el 10% de la población está internada por alguna causa anualmente por otra parte el 45% que equivale a un millón trescientos ochenta y seis seiscientos treinta y siete habitantes (según INEI 2015) se resuelve de manera quirúrgica y que multiplicado por las primeras veinticuatro horas de dolor posoperatorio más intenso, representan tres millones trescientos veintisiete mil novecientos treinta horas de dolor anuales, que merecen dada la alta prevalencia un tratamiento oportuno y eficaz.

El dolor post operatorio es un problema latente e inherente en una intervención quirúrgica en relación a la satisfacción del paciente, por ello se debe reconocer que es de especial consideración para enfermería por ser quienes están en constante interacción con el

paciente desde su ingreso hasta el último momento del alta en el hospital.⁽⁴⁾

Por otro lado a nivel local la provincia de Huancavelica cuenta con el hospital "Zacarías Correa Valdivia" del MINSA, dicha entidad tiene su Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS) Centro Quirúrgico que a su vez está constituida por sala de operaciones y la unidad de recuperación postanestésica (URPA) institución en la cual se observa que este área no cuenta con personal suficiente y capacitado para dicho área, además se observa que la demanda de operaciones diarias va en aumento ya que anteriormente solo se realizaba 4 cirugías, actualmente son un promedio de 10 cirugías diarias entre electivas, ambulatorias y de emergencia; así mismo las enfermeras refieren no ser especialistas de la unidad en mención y respecto al manejo del dolor; existe una falta de capacitación sobre el manejo del dolor, la fisiopatología, formas de valoración, tratamiento de este, además hacen mención que no cuentan con anestesiólogo de forma permanente, además de la insuficiencia de personal de enfermería, hacen referencia que el coche de paro se desabastece constantemente de medicamentos esenciales tales como: ketoprofeno, petidina y morfina realizando el manejo del dolor con lo que tiene a disposición, que muchas veces no son tan eficaces; además que las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor no son realizadas en su mayoría.

A su vez en la experiencia práctica se ha observado muchas veces que las acciones de enfermería dirigidas al manejo del dolor y satisfacción del paciente se oponen o se contradicen a lo que se dice practicar un cuidado integral, por un lado están los enfermeros que no le dan la debida importancia al dolor que presentan los pacientes en etapa post quirúrgica, asumiendo que esta es una consecuencia inevitable y con esto muchas veces dejan el interés por su fisiología, valoración y tratamiento; por otro lado se encuentran los enfermeros que asumiendo en parte esta misma postura tratan el dolor al momento o después que este aparece, sin antes realizar una valoración adecuada, ni percatarse de cómo se siente el paciente o preguntarle qué tan grave es su dolor,

todos estas limita citasiones podría repercutir en la satisfacción del paciente; y también al desmerito de la profesión y el quehacer de enfermería; con lo que se evidencia un cuidado mecanizado y que no es consciente de la importancia del rol de enfermería.

La búsqueda de un “manejo de dolor adecuado “representa un desafío e incluso una prioridad estratégica para los profesionales de Enfermería que laboran en la URPA, por ello surge la necesidad de conocer si el paciente post operado se encuentra satisfecho o insatisfecho con el cuidado que se le brinda en relación al dolor que presenta.

Situación que nos permite proponer el siguiente problema de investigación

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento del personal de enfermería respecto al manejo de dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019?

1.2.2 Problemas Específicos

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento del personal de enfermería respecto al manejo de dolor del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2019?
2. ¿Cuál es el nivel de satisfacción del paciente post operado mediato del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019?
3. ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a

la fisiopatología del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2019?

4. ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la valoración del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2019?
5. ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al tratamiento del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2019?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento del personal de enfermería respecto al manejo de dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Establecer el nivel de conocimiento del personal de enfermería respecto al manejo de dolor del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2019
2. Establecer el nivel de satisfacción del paciente post operado mediato del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2019

3. Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2019.
4. Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la valoración del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica – 2019.
5. Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al tratamiento del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica – 2019.

1.4 Limitantes de la investigación

- 1.4.1 Teóricos** Durante la elaboración del presente trabajo, no se hallaron trabajos de investigación similares respecto al tema en estudio, que nos permita la comparación de resultados.
- 1.4.2 Temporal** Se han presentado dificultades debido a los cambios que trajo la Nueva Ley Universitaria 30220; donde tuvimos que reestructura los grupos de trabajo de 3 integrantes a 2 integrantes como máximo para la elaboración de nuestra tesis.
- 1.4.1 Espacial** También tuvimos mucha dificultad para la recolección de datos debido a que los integrantes del grupo trabajamos en distintos lugares.

CAPÍTULO II

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 A nivel Internacional

Se realizó la revisión y búsqueda que trabajos de investigación similares, pero no se encontró antecedentes de trabajo en mención solo algunas aproximaciones que a continuación se detallan:

Córdova Jaquez A ⁽⁵⁾, en su investigación Manejo del dolor por el personal de enfermería en paciente pediátrico post-quirúrgico de apendicetomía, cuyo **Objetivo** fue describir como es el manejo del dolor que ofrece el personal de enfermería al paciente pediátrico postquirúrgico de apendicetomía **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo-transversal, exploratorio, con metodología cuantitativo, se utilizó un instrumento semi-estructurado que se aplicó al personal de enfermeras que laboran en el área de pediatría en un hospital de segundo nivel en la ciudad de Durango, dicho instrumento consta de siete reactivos. **Resultados:** El 55% de la muestra solo utiliza la ministración de analgésicos como acción dependiente para manejar el dolor, mientras que el (45%) además realiza otras intervenciones independientes como parte del cuidado de enfermería. Del 45% de las enfermeras que realizan otras intervenciones se obtuvieron los siguientes resultados: apoyo emocional (56%), cambio de posición (22%), manejo ambiental (11%) y escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (11%). **Discusión:** En los resultados obtenidos no se reflejó de manera clara que entre mayor nivel académico más intervenciones propias de enfermería se realizarían para proporcionar alivio al dolor, para que este manejo sea más

efectivo, algunos autores coinciden con nuestros resultados ya que a pesar de que se siguen algunas pautas para el manejo del dolor posquirúrgico, es necesario también cambiar de conductas. Por lo que se concluye en:

“Expuesto lo anterior se adjudica la necesidad de elaborar un modelo innovador en el cual las enfermeras en el servicio de pediatría apliquen intervenciones independientes propias de enfermería, con el objetivo de mejorar la calidad en la atención en el manejo del dolor en pacientes postquirúrgicos de apendicectomía”

Barreto Alves, C.⁽⁶⁾ ; en su investigación “Conocimiento de médicos y enfermeros sobre dolor en pacientes sometidos a la craneotomía” cuyo **Objetivo** fue caracterizar el perfil de los médicos y enfermeros que cuidan a pacientes en postoperatorio de craneotomía, verificar métodos de evaluación del dolor e identificar la existencia de protocolos de analgesia. **Método:** estudio transversal y analítico. **Muestra:** la casuística se constituye por 30 médicos y 30 enfermeros. **Resultados:** 83,3% de los enfermeros eran del sexo femenino, 63,3% conocían escalas de dolor, y 16,6% afirmaron existir protocolos de analgesia. En cuanto a los médicos 60% eran del sexo masculino, 70% conocían las escalas de dolor, 3,3% poseía especialización en tratamiento del dolor, 13,3% afirmaron existir protocolos de analgesia. Por lo que se concluye en:

“El desconocimiento de los médicos y enfermeros a respecto de las escalas de evaluación y métodos de evaluación del dolor revela la necesidad de la creación de políticas institucionales sobre el control del dolor, uso de instrumentos de mensuración del fenómeno doloroso y protocolos de analgesia en la institución”.

López, V ⁽⁷⁾, su investigación “Dolor postoperatorio en la URPA y plantas de hospitalización del Centro General del Huca”, cuyo **Objetivo** fue el de evaluar la intensidad del dolor postoperatorio que experimentan los pacientes de la URPA y posteriormente en plantas de hospitalización. Se considera que el dolor es un grave problema de salud pública en todo el mundo, si bien no existe derecho único al alivio del dolor, pero si existe una constelación de derechos al alivio del dolor, este punto es respaldado por la OMSy en lo que respecta al centro laboral la razón que explica el deficiente tratamiento del dolor reside en la formación insuficiente de los profesionales responsables del cuidado de los enfermos en el periodo postoperatorio **Metodología:** Estudio descriptivo, analítico, observacional y longitudinal. **Muestra:** 213 pacientes intervenidos que ingresan a la URPA. Por lo que se concluye en:

“La intensidad de dolor postoperatorio que experimentan los pacientes de la URPA y posteriormente en plantas de hospitalización es diferente, así como el nivel de satisfacción de los pacientes”.

Marchan S y Gómez A ⁽⁸⁾, su investigación Manejo del dolor en el postoperatorio inmediato en pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla, , cuyo **Objetivo** fue valorar el grado de dolor en el postoperatorio inmediato de los pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla durante su estancia en la URPA, **Material y Método:** Estudio descriptivo, prospectivo en la URPA del Hospital Valdepeñas durante 7 meses, **Muestra:** Pacientes que fueron intervenidos de prótesis total de rodilla en ese periodo, **Resultado:** El 50% de los pacientes sufrió un dolor intenso tras la desaparición de efecto anestésico, casi la totalidad de los pacientes (90%) preciso un rescate analgésico, a

pesar de ello la satisfacción que expresaron los pacientes con el alivio de su dolor fue muy alta, Por lo que se concluye en:

“Los pacientes experimentan niveles elevados de dolor durante el postoperatorio inmediato y los resultados revelan la necesidad de diseñar protocolos analgésicos más adecuados a las necesidades de los pacientes”.

2.1.2 A nivel Nacional

Castanheira et al. ⁽⁹⁾, en su investigación :El manejo del dolor en niños, en el post operatorio tardío de cirugía cardiaca, por los profesionales de enfermería, desde la perspectiva de las madres, Cuyo objetivo fue comprender como las madres evalúan el manejo de dolor de sus hijos, realizado por el equipo de enfermería, en el postoperatorio tardío de cirugía cardiaca, **Metodología:** Estudioexploratorio de naturaleza cualitativa, la recolección de datos empíricos fue realizada por medio de la entrevista semiestructurado, **Población y Muestra:** Fueron 17 madres que acompañaron a sus hijos y las respuestas fueron analizados cualitativamente. **Resultados:** Brinda la posibilidad de identificar aspectos que pueden fortalecer o fragilizar el cuidado de enfermería a esa clientela, de esa manera contribuyendo para la mejoría del cuidado prestado. Por lo que se concluye en lo siguiente:

“Lo aprendido fue que para las madres cuidar bien es resultado de la confianza que ellas depositan en el equipo de enfermería y de la observación de las intervenciones y medicamentosa”.

Miranda C.⁽¹⁰⁾, en su investigación Eficacia del manejo del dolor postoperatorio inmediato en los pacientes atendidos en los servicios de cirugía y traumatología del hospital Antonio Lorena.; cuyo objetivo fue determinar el manejo del dolor agudo postoperatorio y la relación

que hay con el nivel de alivio del dolor en pacientes de los servicios de cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco, **Metodología:** Estudio descriptivo, correlacional y transversal, el tipo de muestreo fue no probabilístico, por cuotas formado por 52 pacientes, en quienes se utilizó una ficha de recolección de datos, una encuesta de doce preguntas y la escala visual análoga del dolor, **Resultados:** El metamizol fue el analgésico más utilizado tanto en la monoterapia como en los esquemas combinados; la terapia unimodal prevalece sobre la multimodal, las medidas no farmacológicas de alivio de dolor no son usadas en su mayoría; el porcentaje de pacientes con dolor de moderado a insoportable pasó de 90.4 % a 36.6%, después de su manejo; se encontró relación significativa entre el alivio adecuado del dolor y el tipo de terapia (unimodal o multimodal), con un nivel de significancia igual a 0.018 y con la técnica de administración de analgésicos con un nivel de significancia igual a 0.029. Por lo que se concluye en lo siguiente:

“Hay deficiencias en el manejo del dolor por tanto es inadecuado y este influye en el nivel de alivio del dolor”

Incalla I y Zegarra T.⁽¹¹⁾, en su investigación Conocimiento y actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen en el pre y post operatorio, pos anestésico y dolor, en el servicio de Recuperación del HNCASE. Arequipa, cuyo objetivo fue determinar el conocimiento y actitud de las enfermeras respecto a las escalas de medición para evaluar al paciente quirúrgico durante el pre y post operatorio anestésico y dolor, **Metodología:** Estudio cuasiexperimental con grupo único, el estudio comprende un pre test, un periodo de capacitación sobre escalas y su empleo a cargo de especialistas en la materia y un pos test de control, **Población y Muestra:** La población sujeto de estudio es un total de 10 enfermeras, que laboran en la Unidad de Recuperación del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, en el periodo de Marzo –

Junio, al cual se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, quedando con una muestra de 7 enfermeras. **Resultados:** De los datos recolectados se ha obtenido 11 tablas, de las cuales se infiere las siguientes conclusiones.

“Los conocimientos de las enfermeras de la Unidad de Recuperación sobre escalas de medición se han visto reforzados con el periodo de capacitación en servicio”.

“La actitud de las enfermeras de recuperación después de la capacitación sobre el uso de escalas la considera positiva, porque su empleo da ciencia a la atención de enfermería, simplifica los registros y permite compartir responsabilidades con el equipo de salud”

“La importancia del uso de escalas radica en la unificación de criterios, la perspectiva de correspondencia al equipo de salud y el concepto de poder referenciar un cuidado y concreta utilidad para la evaluación del paciente.”

2.1.3 A nivel Local

No existen antecedentes de trabajos de investigación al respecto, en la provincia de Huancavelica.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Teoría de la Satisfacción de las Necesidades:

Según la teoría de Maslow “se basa en ordenar en diversas categorías y crear una clasificación que se da en niveles de las necesidades humanas, según el reconocimiento de la persona que las posee. En el apoyo o base se establecen las necesidades de déficit (fisiológicas) y por su parte las necesidades de desarrollo (autorrealización) que se establecen en el punto más alto de la jerarquía”. El paciente operado requiere de la satisfacción de sus necesidades fisiológicas, de

seguridad, afiliación y reconocimiento que están en la pirámide propugnada por Maslow.

La Teoría de la Satisfacción de la Necesidades, se relaciona con el presente trabajo de investigación, en vista de que todo paciente post-operado generalmente es de grado de dependencia II a III, por lo que el profesional de enfermería está en el deber de satisfacer las necesidades del usuario, las cuales no pueden ser satisfechas por sí mismo.⁽¹²⁾

2.2.2 Teoría de enfermería del autocuidado:

Esta teoría sugiere que la enfermería a través de una acción humana y concatenada en sistemas de acción por enfermeras a través de la labor de la actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente. “Como es el caso de los pacientes post operados que en los primeros días de la intervención no pueden valerse por sí mismo, respecto a sus autocuidados básicos”.

Los sistemas de enfermería están preparados para personas individuales, dentro de una unidad de cuidados dependientes, que les impiden comprometerse en su autocuidado.

La labor de enfermería engloba todas las esferas del ser humano en forma holística, “haberse establecidos sistemas de apoyo a esta actividad, tales como: la existencia de la asistente de enfermería, la presencia del familiar y la disposición de recursos diseñados para facilitar la tarea de satisfacer el déficit de autocuidado sigue siendo un problema difícil de enfrentar”.

“Gran parte de la enfermería como ciencia se ocupa en ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas

cuando no pueden hacerlo solas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesaria”. Las personas tienen las mismas necesidades básicas toda su vida, sin embargo, su naturaleza y relativa importancia para el bienestar del individuo cambian y la edad de la persona y su etapa de desarrollo físico y psicosocial son variables importantes que las afectan.

Esta teoría interviene en todo tipo de interrelación enfermera-usuario, es labor también del profesional de enfermería, brindar educación al paciente antes, durante y después de la intervención quirúrgica, dentro de ella es importante resaltar el autocuidado que debe tener el paciente respecto a su salud, ello va a contribuir a disminuir la ansiedad frente al acto operatorio, va a mejorar la evolución del paciente, y por lo tanto va a intervenir en la satisfacción que el paciente perciba respecto del cuidado de enfermería.⁽¹³⁾

2.3 Bases Conceptuales

2.3.1 Dolor

2.3.1.1 Historia del tratamiento del dolor

El término “Pain” (Dolor) deriva del latín “Poena”, que significa pena, castigo. Desde la antigüedad la sociedad se ha interesado en su tratamiento según John J Bonica y John Loeser desde los comienzos de la evolución de nuestra especie, el dolor ha sido uno de los azotes más graves y han sido muchos los intentos de diversa índole para conocer su esencia y erradicarlo. Es probable dicen los autores anteriormente enunciados que este fenómeno sea más antiguo de lo que se piensa tal vez sea parte inherente de toda forma de vida dotada de conciencia. Existen pruebas que los seres humanos han sido aquejados por este fenómeno desde

tiempos inmemoriales según lo indican testimonios, que señalan su omnipresencia como un dios malévolo⁽¹⁴⁾

Los hallazgos prehistóricos muestran que, desde el principio de los tiempos, la humanidad y dolor han estado irremisiblemente unidos: huesos descalcificados, fracturados, hipertrofiados o afectados por infecciones y tumores, cráneos trepanados y pinturas y esculturas rupestres representando la muerte, el parto o las heridas son los primeros testimonios del dolor en el hombre⁽¹⁵⁾

En todas las civilizaciones y culturas, extintas o no, está presente, ineludiblemente, el dolor; testimonio de este mal aparece en las tablas de arcilla de Babilonia, papiros egipcios de la época de construcción de las pirámides, documentos persas, inscripciones de Micenas y rollos de pergamino de Troya, se encuentran oraciones, exorcismos y encantamientos que dan testimonio de la enorme frecuencia y el agobio sin fin del dolor que al estar irremisiblemente unido al hombre en todas las épocas ha sido sin duda alguna, un importante impulsor para el desarrollo de las ciencias de la salud⁽¹⁶⁾

Pero el miedo a los mórficos y los prolongados efectos residuales de los anestésicos hacen que el uso de analgésicos se reduzca al indispensable, a demanda del paciente cuando ya no puede más... En los años 70 se rechaza la analgesia a demanda (con resultados muy retardados, pues aún pervive) y se realizan encuestas en las que se demuestra que los mórficos se administraban a dosis insuficientes y con periodos inter dosis muy prolongados. Aún aparece una editorial en la Revista Española de Anestesiología y Reanimación en 1.987, titulada "El dolor postoperatorio, ese gran olvidado" cuyo autor fue el Dr. Luis Aliaga. Sirvió para tomar conciencia del problema y tres años después se creaban las primeras unidades de tratamiento del

dolor agudo (UDA), atendidas por anestesiólogos que van a valorar y tratar a los pacientes intervenidos en días anteriores, en sus habitaciones.

2.3.1.2 Definición:

El dolor no es solo una modalidad sensitiva sino una experiencia que la International Association for the Study of Pain 1979 (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) definió como: **“Una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada con un daño tisular real o potencial descrita en función de dicho daño”**.

A lo largo de la historia de la humanidad ha existido el interés por comprender el dolor. Así, por ejemplo, la filosofía antigua lo considero como una pasión del alma (nostalgia) más que como la consecuencia de un daño corporal: mientras que los primeros cristianos lo aceptaron como un castigo divino. Sin embargo, otra ha sido la mirada de la biología que lo ve como un mecanismo adaptativo, que confiere ventajas de supervivencia del individuo y, por consiguiente, a la especie⁽¹⁷⁾.

El dolor constituye por tanto un sentido vital para cada ser viviente, gracias al cual se reconoce un daño real o potencial que hace cuidar de la integridad. Si no se tuviera este sexto sentido, vital en la existencia, muchos agentes agresores pasarían desapercibidos y cuando se percataran de su presencia se estaría cerca del colapso total o de la muerte.⁽¹⁸⁾.

Pero también posee un efecto patológico: en muchos casos ocasiona un daño orgánico mayor que el propio proceso causante de dicho dolor. Este efecto es poco conocido y por tanto poco tratado y ocasiona con demasiada frecuencia reacciones

anormales fisiológicas y psicológicas que causan gran número de complicaciones en múltiples órganos y sistemas. El ejemplo claro de la inutilidad de la función protectora en el dolor la representa el dolor posoperatorio

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes a lo largo de los siglos de existencia, todos tenemos el concepto la experiencia y la actitud negativa hacia este y se dice que su sensación es modulada por la personalidad, las experiencias y emociones previas, bases culturales, estado de ánimo y otras circunstancias. El dolor propiamente percibido es un fenómeno subjetivo, aunque su origen es causado por muy variados estímulos, es el síntoma por el que las personas más frecuentan al personal de la salud⁽¹⁹⁾.

El dolor es un fenómeno complejo que ostenta múltiples dimensiones, es un acontecimiento único, donde cada persona lo experimenta de una forma particular. Por este motivo, sólo puede evaluarse indirectamente, condicionando las herramientas que se utilizaran para su valoración requiriendo que esta tenga en cuenta el contexto y múltiples niveles y unidades de análisis en donde la interacción entre estos factores físicos, cognitivos, afectivos y conductuales da lugar a múltiples diseños de intervenciones pues la respuesta al dolor es muy variable entre las personas, así como el mismo individuo en diferentes momentos. ⁽²⁰⁾.

2.3.1.3 Fisiopatología del dolor

El conocimiento de la neuroanatomía y de la neurofisiología del dolor constituyen las bases que sustentan su tratamiento actual. Además, es imprescindible su entendimiento para la total comprensión del quehacer para el profesional de enfermería que cuida pacientes en periodo posoperatorio. En la fisiología del dolor se incluyen varios aspectos que hacen posible la percepción dolorosa y para ello es necesario entender una serie de procesos neurofisiológicos que colectivamente se denominan nocicepción: transducción, transmisión, modulación y percepción. ⁽²¹⁻²²⁾.

• Transducción

Transducción: proceso por el cual el estímulo nocivo periférico se transforma en actividad eléctrica a nivel de las terminaciones nerviosas. La transducción se lleva a cabo en los receptores sensoriales, llamados nociceptores, (abreviación del término noci-receptor) y son las terminaciones periféricas de las fibras aferentes sensoriales primarias.

Los nociceptores se clasifican de acuerdo al tipo de fibra que la constituye, distinguiéndose los receptores A delta y C es decir son básicamente terminaciones nerviosas libres de las fibras aferentes tipo A delta, con escasa cantidad de mielina, y las fibras C amielínicas. Se encuentran localizados en diferentes tejidos corporales (piel, músculos, articulaciones, fascias, vísceras etc.)

La aplicación de un estímulo nociceptivo sobre un nociceptor pone en marcha una serie de mecanismos bioquímicos que van a permitir simultáneamente la propagación de dicho impulso y a su vez la puesta en marcha de mecanismos de modulación (tanto favorecedores como inhibitorios) de esa señal. Dentro de las sustancias que favorecen la nocicepción se destacan los alógenos (bradiquinina) y los sensibilizadores (prostaglandinas) y dentro de las inhibitorias los péptidos opioides endógenos y los cannabinoides. Esto es importante pues a nivel periférico y desde el comienzo del estímulo aversivo, se ponen en marcha mecanismos inhibitorios y facilitadores de la señal nociceptiva en donde los profesionales de la salud pueden incidir en ese equilibrio favoreciendo los mecanismos inhibitorios (administración de opioides, anestésicos locales etc.), e impidiendo la acción de las sustancias pro inflamatorias (corticoides, AINES).⁽²³⁾.

- **Transmisión de la periferia a la médula**

La transmisión es la propagación del impulso nervioso hasta los nervios sensoriales del sistema nervioso central.

Las vías de transmisión están dadas por: ⁽²⁴⁾.

- Neuronas aferentes sensoriales primarias (primera neurona).
- Neuronas ascendentes de relevo que se proyectan de la médula hacia el tallo cerebral y el tálamo (neurona de segundo orden).
- Neuronas talamocorticales (neurona de tercer orden)

Con algunas excepciones, todos los impulsos dolorosos se transmiten por fibras C que son estructuras no mielinizantes o amielínicas, con velocidad de conducción lenta (0,5-2 m.s-1) y por las fibras A delta, con mayor velocidad de conducción (4-30 m.s-1). Estas fibras, parten de la neurona periférica, tienen su soma en el ganglio espinal y penetran a la médula por la asta posterior. La transmisión por fibras amielínicas y de conducción lenta es responsable de una sensación dolorosa sorda, vaga y profunda. La sensación dolorosa más definida, intensa y breve, que se puede percibir ante un estímulo somático, es transmitida por las fibras A delta.

- **Modulación y control del dolor**

Es la capacidad que tienen los sistemas analgésicos endógenos de modificar la transmisión del impulso nervioso, fundamentalmente inhibición en las astas dorsales de la médula, pero también a nivel periférico, espinal y supra espinal.

El dolor puede entonces iniciarse a través de la activación de receptores periféricos directamente dañados por un traumatismo o estimulados por fenómenos inflamatorios, infecciosos o

isquémicos, que producen liberación de mediadores. Estos pueden ser directamente alógenos o sensibilizar a los receptores.

El fenómeno inflamatorio incluye la liberación de sustancias como la histamina, serotonina, prostaglandinas y bradiquinina, el aumento del potasio extracelular y de iones hidrógeno, que facilitan el dolor. La sustancia P, un transmisor que se sintetiza en el soma de la neurona periférica y de gran importancia a nivel medular, puede ser liberado también a nivel periférico, facilitando la transmisión nerviosa o incluso provocando vasodilatación, aumento de la permeabilidad capilar y edema. Por otra parte, un estímulo traumático o quirúrgico intenso puede provocar una contractura muscular refleja, que agrava el dolor en la zona, o un aumento de la actividad simpática eferente, que a su vez modifica la sensibilidad de los receptores del dolor.

- **Modulación a nivel periférico:** se puede intentar modificar el dolor a diferentes niveles:

- La infiltración de una herida con anestésicos locales o su uso intravenoso en una extremidad, impiden la transducción al estabilizar la membrana de los receptores. Esta analgesia puede mejorarse utilizando narcóticos probablemente por la existencia de receptores morfínicos a nivel periférico.
- Los Anti-Inflamatorios No Esteroideos (AINES) actúan a nivel periférico, aun cuando parece claro que existe también un mecanismo central.
- El bloqueo de un nervio periférico con anestésicos locales o su destrucción impide la transmisión de impulsos hacia y desde la médula espinal

- **Modulación medular**

La médula espinal es la zona en la que más se ha estudiado el proceso nociceptivo. La sustancia P es capaz de despolarizar la segunda neurona y también se pueden liberar otras sustancias neuromoduladoras, como somatostatina, colecistoquininas, glutamato y ácido

gamaaminobutírico (GABA). Este último actuaría como inhibidor pre sináptico. También existen colaterales desde las fibras A-delta que liberan encefalinas que inhiben la liberación de sustancia P. Las endorfinas, un grupo de sustancias endógenas denominadas así por su acción semejante a la de la morfina, constituyen otro de los sistemas importantes en el control y la modulación endógena del dolor.

La teoría de Melzack y Wall o teoría de la puerta de entrada, enfatiza el hecho que la percepción de la sensación dolorosa no sólo depende de la estimulación periférica y de la transmisión, sino también de la modulación medular y central. Su formulación ha estimulado el estudio de muchos fármacos y técnicas analgésicas. La estimulación eléctrica trans cutánea (TENS) y la estimulación eléctrica intrarraquídea se basan en el hecho de que todas las fibras nerviosas aferentes tienen la capacidad de influenciar otros impulsos aferentes, principalmente a través de una inhibición pre sináptica. Estimulando un nervio mixto con impulsos no dolorosos, las primeras fibras en responder son las de mayor diámetro, y estas descargas a nivel medular serían capaces de inhibir la transmisión cefálica de los impulsos nociceptivos.

- **Percepción**

Proceso final en que los tres primeros fenómenos, interactuando con otros fenómenos individuales, crean la experiencia subjetiva y emocional denominada dolor. Es en la percepción cuando la información nociceptiva llega a la médula espinal a través de las vías primarias aferentes, constituidas por nervios con fibras C y A delta, que hacen sinapsis con neuronas aferentes secundarias en la propia médula. Éstas últimas constituyen las vías ascendentes primarias, particularmente el haz espino talámico, que llegan hasta el tálamo. El tálamo distribuye la información nociceptiva hacia la corteza somato sensorial, donde se procesa el componente sensorio-discriminativo del dolor. También se distribuye hacia otros centros

cerebrales subcorticales como el cíngulo anterior y amígdala, donde se procesa el componente afectivo-motivacional del dolor.

La información transportada por las vías nociceptivas ascendentes está modulada por varias vías descendentes. Estas vías se originan en muchas áreas del cerebro, incluyendo el área gris periacueductal, el locus ceruleus y el hipotálamo. Aunque no se conoce con exactitud cómo estas vías descendentes afectan al dolor, sí se sabe que influyen enormemente la percepción de la intensidad dolorosa. Así la percepción no es el resultado final de una transmisión pasiva de impulsos, sino que se trata de una experiencia compleja determinada, entre otros factores, por la historia pasada del individuo, por el significado que tiene la estimulación para el sujeto, por la situación en la que se encuentra, por las diferencias sociales y culturales y por su actividad cognitiva del momento; no es solo un evento electrofisiológico sino que es también un evento emocional y cognitivo que determina la conducta, discriminación y cualidad de la respuesta afectiva, motora y cognitiva ante el estímulo doloroso “darse cuenta y actuar”.⁽²⁵⁾.

2.3.1.4 TIPOS DE DOLOR

Existen diversas clasificaciones, las más frecuentemente utilizadas son las siguientes

Según el tiempo de evolución

- **Dolor crónico:** Es el dolor que dura más de tres meses, como el dolor oncológico.
- **Dolor agudo:** Es el dolor que dura poco tiempo, generalmente menos de dos semanas, como un dolor de muelas, o de un golpe.

Es difícil diferenciar un dolor agudo de un dolor crónico pues el dolor cursa de forma oscilante y a veces a períodos sin

dolor. El dolor postoperatorio es un dolor agudo, pero a veces se prolonga durante varias semanas. Las migrañas o la dismenorrea ocurren durante dos o tres días varias veces al año y es difícil clasificarlas como dolor agudo o crónico.

Según la etiología del dolor

- **Dolor nociceptivo:** Es el producido por una estimulación de los nociceptores, es decir los receptores del dolor, provocando que el "mensaje doloroso" sea transmitido a través de las vías ascendentes hacia los centros supra espinales y sea percibido como una sensación dolorosa. Por ejemplo, un pinchazo.
- **Dolor neurótico:** Es producido por una lesión directa sobre el sistema nervioso, de tal manera que el dolor se manifiesta ante estímulos mínimos o sin ellos y suele ser un dolor continuo.

Según la localización del dolor

- **Dolor somático:** Está producido por la activación de los nociceptores de la piel, hueso y partes blandas. Es un dolor agudo, bien localizado, por ejemplo un dolor de hueso o de una artritis o dolores musculares, en general dolores provenientes de zonas inervadas por nervios somáticos. Suelen responder bien al tratamiento con analgésicos según la escalera de la OMS.
- **Dolor visceral:** Está ocasionado por la activación de nociceptores por infiltración, compresión, distensión, tracción o isquemia de vísceras pélvicas, abdominales o torácicas. Se añade el espasmo de la musculatura lisa en vísceras huecas. Se trata de un dolor pobremente localizado, descrito a menudo como profundo y opresivo, con la excepción del dolor ulceroso duodenal localizado a

punta de dedo. Cuando es agudo se acompaña frecuentemente de manifestaciones vegetativas como náuseas, vómitos, sudoración, taquicardia y aumento de la presión arterial. Con frecuencia, el dolor se refiere a localizaciones cutáneas que pueden estar distantes de la lesión, como por ejemplo el dolor de hombro derecho en lesiones biliares o hepáticas.

Según la intensidad del dolor

A menudo el dolor se clasifica de manera unidimensional con base en su intensidad por la escala visual análoga (Escala 0-10 puntos, donde 0 representa la ausencia total de dolor y 10 el peor dolor que pueda imaginarse). Por consiguiente, se referencia así:

- **Leve:** Cuando la escala se encuentra entre 1-3. En el cual interviene básicamente la piel (o sea la sensación cutánea), por medio de los receptores de presión, temperatura, tacto fino que pueden ser lesionados por quemaduras, machucones, golpes etc.
- **Moderado:** Cuando la escala se encuentra entre 4-6. Es un estado intermedio entre el dolor leve y el dolor severo en este estado generalmente involucrada la epidermis y tejido celular subcutáneo.
- **Severo:** Cuando la escala se encuentra entre 7-10. En el cual se comprometen a los músculos, las articulaciones, los huesos y otros tejidos (tendones, tejido conectivo, etc.).

2.3.1.5 Dolor postoperatorio

El dolor postoperatorio es un tipo de dolor agudo causado por un traumatismo quirúrgico que desencadena una reacción inflamatoria y una descarga neuronal aferente, aunque puede llegar a cronificarse. En este tipo de dolor intervienen diversos mecanismos fisiológicos nociceptivos sobre los que influyen

factores psicológicos, de conducta y emocionales.

Aunque el dolor postoperatorio es aquel que aparece como consecuencia del acto quirúrgico, el ámbito de actuación en el cual nos movemos es algo más amplio, y hemos de referirnos al dolor en el peri operatoria, entendiendo éste como aquel dolor presente en un paciente quirúrgico a causa de la enfermedad previa, del procedimiento quirúrgico, o de una combinación de ambos⁽²⁶⁾.

Aunque en los últimos años se le ha dado más importancia a su tratamiento, el dolor postoperatorio constituye aún un problema no resuelto en los pacientes quirúrgicos y en la actualidad se considera como la fase inicial de un proceso nociceptivo persistente y progresivo, desencadenado por la lesión tisular quirúrgica.⁽²⁷⁾

Las características e intensidad del dolor postoperatorio son previsibles, por lo que lo ideal es anticiparnos a éste evitando así sus inconvenientes y complicaciones.

2.3.1.6 Escalas de medición del dolor post operatorio

Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos. Recientemente se recomienda obviar el paso escalonado de los analgésicos, establecido por la OMS, en determinados casos, como pacientes que refieran un dolor severo de inicio, deberíamos pasar directamente al tercer escalón, sin necesidad de ensayar los dos escalones previos con el objetivo de evitar períodos de dolor mal controlado.

En la cuantificación del dolor siempre hay que utilizar escalas de medida. Éstas nos permiten hacer una valoración inicial y

comprobar el efecto de los tratamientos. No existe una escala perfecta, pero siempre resulta necesario utilizarlas. Las escalas deben ser entendidas también por los pacientes, no deben precisar mayor entrenamiento para su uso y deben ser válidas y fiables. En la parte clínica se dispone de dos tipos básicos de medida como se ve en la siguiente tabla en donde se muestran algunos ejemplos:

a) Escalas Subjetivas

En éstas es el propio paciente el que nos informa acerca de su dolor.⁽²⁸⁾

b) Escalas Unidimensionales

Consideran al dolor como una experiencia unidimensional que varía sólo en intensidad. No se debe olvidar que estas escalas unidimensionales, útiles en el postoperatorio, no valoran otros componentes del dolor y por ello se debe ver la, localización, periodicidad y cualidad del dolor, así como la vivencia del paciente ante este dolor, entre las más utilizadas se encuentran.⁽²⁹⁾

- **Escala visual análoga (VAS o EVA):** ideada por Scout Huskinson en 1976, es el método de medición empleado con más frecuencia para medición del dolor posoperatorio. Consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud, dispuesta entre dos puntos donde figuran las expresiones “no dolor” y “máximo dolor imaginable”, que corresponden a las puntuaciones de 0 y 10 respectivamente; el paciente marcará aquel punto de la línea que mejor refleje el dolor que padece. Su principal ventaja estriba en el hecho de que no contienen números o palabras descriptivas. La EVA es un instrumento simple, sólido, sensible y reproducible, siendo útil para reevaluar el

dolor en el mismo paciente en diferentes ocasiones. Su validez para la medición del dolor ha sido demostrada en numerosos estudios y su fiabilidad también ha sido evaluada, encontrándose satisfactoria para la mayoría de los autores. La EVA permite además describir las variaciones de dolor sin forzar cambios de categoría, como ocurre en el caso de una escala verbal numérica, aunque ambos tipos de escalas presentan una buena correlación.⁽³⁰⁾

Es muy utilizada en clínica, posee mayor sensibilidad de medición al no contener palabras que puedan condicionar o limitar al paciente. Este test es considerado como el mejor por ser práctico y fiable y presentar como ventaja su facilidad para ejecutarlo, el paciente puede expresar su experiencia subjetiva del síntoma y el operador lo traduce fácilmente en números (superponiéndolo a una escala milimetrada) de tal forma que es posible cuantificar la percepción de la intensidad, hacer diagramas y análisis estadístico.

- **Escala verbal simple:** descrita por Keele en 1948, califica el dolor como dolor ausente, suave, moderado, intenso o intolerable. Representa el abordaje más básico para medir el dolor, y generalmente es útil para el investigador, debido a lo fácil de su aplicación. Pero plantea el problema de que una misma palabra puede tener diferente significado para distintos pacientes. Las palabras utilizadas son descripciones relativas que varían de una persona a otra.
- **Escala numérica verbal:** introducida por Downie en 1978, es una de las más empleadas. Consiste en interrogar al paciente acerca de su dolor diciéndole que si 0 es “nada de dolor” y 10 “el máximo dolor imaginable”, dé un número con el que relacione su dolor. La utilización de palabras claves, así como de instrucciones previas, son necesarias si se espera que el paciente conceptualice su dolor en

términos numéricos. La escala es discreta, no continua, pero para realizar análisis estadísticos pueden asumirse intervalos iguales entre categorías. Es útil como instrumento de medida para valorar la respuesta a un tratamiento seleccionado.

- **Escala de caras pintadas:** se han desarrollado diversas modalidades para evaluar intensidad del dolor en personas que no pueden manifestarlo en forma adecuada. Los niños pequeños, los ancianos, las personas inconscientes en salas de urgencias, los pacientes entubados en la unidad de cuidado intensivo y los sordomudos son los principales candidatos a utilizar este tipo de medición. Se basa en identificar según la mímica facial, que tan intenso es el dolor que siente⁽³¹⁾

2.3.1.7 TRATAMIENTO DEL DOLOR POST OPERATORIO.

El dolor postoperatorio inadecuadamente tratado puede comprometer la recuperación del paciente al aumentar la morbi-mortalidad y prolongar el ingreso hospitalario. ⁽³²⁾.

En múltiples estudios, se ha publicado que más de un 50% de los pacientes tienen un control insuficiente de su dolor a lo largo del período postoperatorio, son muchas las causas que conducen a un tratamiento inadecuado del dolor; pero debemos tener en cuenta que el objetivo del tratamiento del dolor postoperatorio será minimizar o eliminar el discomfort, facilitar el proceso de recuperación y evitar los efectos adversos

Se puede afirmar que con la apropiada prevención y el adecuado tratamiento de los síntomas postoperatorios, se podría disminuir en un 9,6% la duración media de la estancia postoperatoria tras la anestesia general, planteándose dos formas o tipos de tratamiento: farmacológico y no farmacológico.

2.3.1.8 Tipos de tratamiento del dolor

- **Tratamiento farmacológico**

La utilización de la «escalera analgésica» sugerida por la OMS propone una correlación entre la escala visual análoga (EVA, usando una regla de 10 centímetros) y la escala verbal análoga (EVERA, categorizando al dolor en leve, moderado, y severo). En el contexto específico del dolor postoperatorio a una EVA, de 1 a 4 le corresponde la categoría de «dolor leve», de 5 a 7 una de «dolor moderado», y de 8 a 10 una de «dolor severo».⁽³³⁾

Bajo este marco de referencia se pueden realizar las siguientes recomendaciones:

- El dolor leve (EVA 1 a 4) puede ser tratado satisfactoriamente únicamente con analgésicos no opioides.
- El moderado (EVA5a7), puede ser tratado con analgésicos opioides con efecto techo (ya sea en bolo o en infusión continua), solo en combinación, con analgésicos no opioides y/o fármacos adyuvantes.
- El severo (EVA8a10), con opioides potentes (ya sea en infusión continua, con técnicas de PCA, y/o con técnicas de anestesia regional), solo en combinación, con analgésicos no opioides y/o fármacos adyuvantes

Los fármacos pueden administrarse de diversas formas:

- **Bolos:** Consiste en la administración de pequeñas dosis de analgesia, a intervalos preestablecidos y ajustados a la vida media de los fármacos utilizados.

- **Perfusión Continúa:** Consiste en la administración continua del fármaco analgésico. Con esta técnica se logra un efecto analgésico continuo.

- **Analgesia Controlada por el paciente o Pca:** Permite la autoadministración de pequeñas dosis de analgésico a demanda del paciente. Esta técnica permite ajustar la dosis de analgésico a la intensidad del dolor y a las necesidades del paciente, consiguiendo la reducción de la dosis global de analgésico y un mejor alivio del dolor. Requieren colaboración por parte del paciente (nivel de conciencia, nivel cognitivo, etc.)

- **Infusión Continua con Pca:** Esta técnica asocia perfusión basal de analgésico junto a la posibilidad de la administración de bolos del fármaco en función de las necesidades del paciente. Ofrece ventajas respecto a la PCA en cuanto al control analgésico durante las horas de sueño y una disminución del número de bolos. Sin embargo, se asocia a un mayor consumo total de analgésico y a un mayor riesgo de depresión respiratoria en el caso de la utilización de opioides.

- **Vía Intravenosa:** Los fármacos utilizados son:

- **Analgésicos Opioides**

Proporcionan un efecto analgésico rápido y potente cuando se administran por vía intravenosa y respecto a la analgesia perioperatoria con opioides debemos considerar que la

terapéutica requiere individualización. Se ha sugerido que la dosis analgésica óptima es aquella con la que se obtiene analgesia. Dado que los agonistas MOR carecen de techo farmacológico, se ha propuesto que las dosis puedan ajustarse a la alza en caso de ser necesario. Dosis excesivas o mayores a las requeridas para el alivio del dolor o administradas en la ausencia de dolor favorecen la aparición de efectos adversos. Su empleo por vía epidural para el control del dolor perioperatorio, presenta mayor eficacia y menores efectos adversos en comparación con la vía endovenosa. Se ha propuesto que su administración epidural en combinación con anestésicos locales es más efectiva.

Sus efectos adversos más importantes son:

- Estreñimiento (afecta al 100% de pacientes, por lo que requiere tratamiento profiláctico)
 - Depresión del centro respiratorio
 - Náuseas y vómitos
 - Espasmos de las vías biliar y urinaria
 - Somnolencia y sedación
 - Encefalopatía
 - Dependencia
- Otros (sudoración, prurito, astenia, confusión, Alucinaciones)
- **Otros Fármacos**
Conocidos Como Adyuvantes, Tales Como: Corticoides, Antidepresivos, Anticonvulsivantes, Antiespasmódicos O miorrelajantes.

- **Criterios De Alta**

Los criterios de alta son las condiciones fisiológicas, psicológicas y sociales que sirven como medida de la preparación del paciente para el alta. Los pacientes reciben al alta para abandonar la

URPA, solamente cuando cumplen con los criterios establecidos, que son necesarios para garantizar la seguridad del paciente fuera de la unidad. A menudo se utiliza la escala de Aldrete para determinar si un paciente está listo para ser dado de alta, esta es una escala numérica que evalúa la actividad, la respiración, la circulación, la conciencia y la saturación de oxígeno; así mismo los criterios a considerar son:

- **Criterios Fisiológicos**

- Los signos vitales están estables y reflejan los valores normales para el paciente.
- Las náuseas y los vómitos están controlados.
- El paciente se moviliza con ayuda o por sí mismo
- El paciente puede vaciar su vejiga.
- El color de la piel refleja el estado normal del paciente.
- El sitio de la incisión está seco, no hay drenaje o éste se encuentra dentro de los límites esperables.
- El paciente está orientado en el tiempo, el espacio y su persona.
- El dolor está controlado.
- El paciente puede beber líquidos.
- Las órdenes de alta han sido escritas y firmadas por el anestesista y el cirujano.

- **Criterio Psicosocial**

- El paciente tiene un medio de transporte hasta su hogar.
- Hay un acompañante responsable.
- El entorno del hogar es adecuado para el paciente en recuperación.

2.3.2 Satisfacción del Paciente

2.3.2.1 Aspectos Conceptuales

La satisfacción del usuario supone una valoración subjetiva del éxito alcanzado por el sistema de información, ya que sirve como elemento sustitutivo de medidas más objetivas de eficacia que a menudo no se encuentran disponibles, se considera que la satisfacción es un indicador blando con un marcado componente subjetivo, porque está enfocado más hacia las percepciones y actitudes que hacia criterios concretos y objetivos⁽³⁴⁾

Uno de los autores más representativos que habla sobre satisfacción del paciente es Avedis Donabedian "como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud" y en relación con los servicios de salud es un punto nodal para determinar la calidad de la atención médica que se presta. ⁽³⁵⁾

La dimensión técnica refiere que la enfermera debe aplicar la ciencia y tecnología para rendir el máximo beneficio para la salud del usuario, resolviendo problemas tanto potenciales como reales, de manera que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos.

Según el Ministerio de Salud, la dimensión humana está referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características: respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona, información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de él o ella; interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas, lo que es asimismo válido para el usuario interno; amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención; ética, de acuerdo con los valores

aceptados por la sociedad y a los principios ético-deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud. ⁽³⁶⁾

2.3.2.2 Factores que influye en la Satisfacción

Con respecto a los factores socio - demográficos, la edad y el grado de instrucción son los factores que influyen en la percepción de la calidad. De ésta manera a mayor grado de instrucción más baja es su percepción de la calidad. ⁽³⁷⁾

La variable de situación laboral, muestra que el grado de satisfacción entre los diferentes grupos de estudio son similares, encontrándose el mayor grado de satisfacción en el grupo que incluye a el colectivo de jubilados, estudiantes, amas de casa, etc., es decir, personas que no perciben remuneración por su trabajo. Las personas que perciben una menor remuneración poseen un mayor grado de satisfacción, pese a que las diferencias entre todos los niveles de ingresos son muy similares. Los grupos con mayor nivel de estudios muestran menor grado de satisfacción que el grupo de edad con menos estudios. Los grupos de mayor edad son los que poseen mayor grado de satisfacción general. Para las tres áreas de estudio (atención primaria, atención especializada y hospitales públicos) el trato y la profesionalidad médica, de enfermería y demás personal sanitario, se relacionan de forma significativa con el grado de satisfacción general ⁽³⁸⁾.

2.3.2.3 Escalas de Evaluación de la Satisfacción

MINSA (2000), La valoración de la satisfacción del usuario con los servicios de cuidado de la salud es bastante común. Su

popularidad es atribuible a cuatro factores principales.

Primero, el ejercicio tiene validez de cara a la retórica del mercado interno del reformado servicio de salud: los usuarios son los consumidores y los estudios del consumidor son fundamentales tanto para aumentar su eficacia como para mejorar el producto. Segundo, la satisfacción del paciente, es profesional y clínicamente deseable y está asociada tanto con cumplimiento como con recuperación de salud.

Tercero, puesto que el cuidado de salud está basado principalmente en los fondos del sector público, los usuarios tienen el derecho ciudadano de comentar y involucrarse en el desarrollo y la implementación de la política de cuidado de la salud.

Cuarto, existe una convicción extendida de que los estudios de satisfacción del usuario son fáciles de realizar. Por consiguiente, por razones administrativas, clínicas, democráticas y prácticas; la valoración de la satisfacción del cliente tiene aprobación casi universal.

Para esta investigación, satisfacción del paciente se entiende según Risser (1975) "como el grado de congruencia entre las expectativas del paciente con respecto a la resolución del problema de salud y sus percepciones con respecto al cuidado de enfermería recibido"

Los niveles de satisfacción: luego de realizada la adquisición del cuidado, los pacientes experimentan uno de estos tres niveles de satisfacción:

a) **Satisfacción completa**

 Cuando el usuario recibe atención con calidad humana,

calidad técnica en servicios disponibles y adecuada información que le proporciona satisfacción completa. El paciente obtiene un puntaje de 37 a 54 puntos en la escala valorativa.

b) Satisfacción intermedia

Cuando el usuario recibe en forma parcial atención con calidad humana, calidad técnica, en servicios medianamente disponibles y con escasa información que le proporciona satisfacción intermedia. El puntaje obtenido es de 19 a 36 puntos en la escala valorativa.

c) Insatisfacción

Cuando el usuario no recibe atención con calidad humana, calidad técnica, no existen servicios disponibles y la información es ausente, lo que le proporciona insatisfacción. El puntaje obtenido es de 0 a 18 puntos en la escala valorativa.

2.3.2.4 DIMENSIONES DE SATISFACCIÓN.

- **Trato recibido.** Es una interacción social y psicológica entre el personal de salud y el cliente en la prestación de servicios, se produce un sentimiento en el individuo respecto a la actitud del personal con el que interactúa.

Al interior de este elemento de satisfacción se identifican los siguientes componentes: las oportunidades de interacción e intercambio de mensajes entre el proveedor y el usuario, la actitud abierta y sensible del proveedor hacia las necesidades

del usuario, el trato digno y respetuoso. El buen trato genera satisfacción con respecto al servicio. El cliente interpreta la cortesía, respeto, confidencialidad y privacidad como signos de que los prestadores de servicios lo están tratando con equidad.

- **Información recibida.** El paciente antes de su intervención quirúrgica se siente satisfecho de recibir información o explicación detallada en relación a su diagnóstico. Es muy importante que el profesional de la salud proporcione información clara y de ser posible la repita o pregunte si entendió las indicaciones, el tratamiento e insista en resolver todas sus dudas.
- **Tiempo de espera.** Los pacientes valoran que los proveedores de la salud puedan proporcionarle todos los servicios que requiera de manera oportuna y coordinada, adecuando el tiempo de espera. Este tiempo de espera constituye un obstáculo para la obtención de servicios.

Se medirá a través de:

- Campo profesional que abordan temas de técnicas de la atención.
- La educación (Actitud de la enfermera) cuenta que tratan sobre situaciones relacionadas con las actitudes de las enfermeras hacia el paciente
- Relaciones interpersonales contiene acerca de la relación interpersonal entre la enfermera y el paciente.
- Cortesía: Expresada a través de la educación, la amabilidad y el respeto hacia el Paciente. Ejemplo: la enfermera saluda al paciente, llama por su nombre al paciente.
- Accesibilidad. Que se traduce por la facilidad con la que el paciente puede recibir cuidado. Ejemplo: la enfermera permanece en la URPA durante el turno establecido.

- Comunicación: Se debe informar al paciente con un lenguaje que éste entienda, eliminando vocablos técnicos. Ejemplo: Utiliza un lenguaje claro y preciso de acuerdo al nivel cultural del paciente.
- Credibilidad: Es decir, honestidad de la Enfermera que presta el cuidado tanto en sus palabras como en sus actos.
- Ejemplo: avisa a los familiares sobre el estado de salud actual. La enfermera informa al paciente lo que le está haciendo.
- Seguridad: Ausencia de peligro, riesgo o duda a la hora de brindar el cuidado. El paciente puede recibir cuidado. Ejemplo: evitar caídas, evitar infecciones nosocomiales, clima de seguridad, etc.
- Conocimiento: Se trata del esfuerzo realizado para entender a sus pacientes y sus necesidades, para poder atenderlo. Ejemplo: identifica sus necesidades biopsicosociales.

La satisfacción del usuario no es más que un proceso de evaluación continuo del cuidado flexible, basado en datos que se enfocan en los derechos de los pacientes, en los resultados de cuidado, en la percepción de satisfacción del paciente y de otros. Los componentes más importantes de este proceso incluyen: condiciones revisadas de participación, un instrumento de evaluación estándar y medidas de resultados centrados en el paciente que sean válidos, confiables y con expectativas de desempeño apoyados en los resultados que a su vez van a estimular la calidad del cuidado.

Existen tres razones por las que se debería considerar la satisfacción como una medida importante de resultado del proceso asistencial; primero, hay trabajos que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del

tratamiento por parte de los usuarios y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios. En segundo lugar, la satisfacción es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, y en tercer lugar, la opinión del usuario que puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer.

El estado de satisfacción influye positivamente en el bienestar físico, mental y social en beneficio del usuario en la institución de salud.

El cuidado de Enfermería debe ofrecer un marco de garantía de calidad que lo haga competitivo, que satisfaga las necesidades de los pacientes y al mismo tiempo del personal de Enfermería que trabaja en la unidad de recuperación post anestésica para que se sienta satisfecho de su labor. ⁽³⁹⁾

2.4 Definición de Términos básicos

2.4.1 CONOCIMIENTO:

Es la información adquirida por la enfermera a través de la experiencia o la educación en un área determinada.

2.4.2 DOLOR:

Es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial que experimenta el paciente post operado

2.4.3 ENFERMERA:

Es un profesional de la salud de sexo masculino y femenino, que desarrolla la función administrativa, educativa y asistencial, en la atención del paciente post operado.

2.4.4 PACIENTES POSTOPERADOS:

Es la persona que se ha sometido a una intervención quirúrgica con anestesia general o regional y que concluido el

procedimiento pasa a la unidad de recuperación post anestésica con la denominación de post operado inmediato.

CAPITULO III

III.HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis general y específicas

3.1.1 Hipótesis General

Existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019.

No existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019.

3.1.2 Hipótesis específicas

1. El nivel de conocimiento del personal de enfermería respecto al manejo de dolor ES MEDIO y BAJO en la mayoría de casos del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2019.
2. El nivel de satisfacción del paciente post operado mediato ES SATISFACCIÓN INTERMEDIA e INSATISFECHA en la mayoría de casos del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2019.
3. Existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019.

4. Existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la valoración del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019.
5. Existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al tratamiento dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019.

3.2 Definición conceptual de variables

V1: Nivel de conocimiento

V2: Satisfacción del paciente

3.2.1 V1: Nivel de Conocimiento del personal de enfermería respecto al manejo del dolor postoperatorio mediato

El conocimiento está referido al “saber qué”, cuya definición está basada en la capacidad de estructurar la experiencia por medio de conceptos, causas, efectos y razones, siendo su característica principal la objetividad en el manejo del dolor en pacientes postoperados.

3.2.2 V2: Satisfacción del paciente post operado mediato

La satisfacción del usuario supone una valoración subjetiva del éxito alcanzado por el sistema de información, ya que sirve como elemento sustitutivo de medidas más objetivas de eficacia que a menudo no se encuentran disponibles, se considera que la satisfacción es un indicador blando con un marcado

componente subjetivo, porque está enfocado más hacia las percepciones y actitudes que hacia criterios concretos y objetivos.

3.3 Operacionalización de variables

VARIABLE N°1: NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA RESPECTO AL MANEJO DE DOLOR

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR FINAL
V1: Nivel de Conocimiento del personal de enfermería respecto al manejo del dolor postoperatorio mediato	El conocimiento está referido al “saber qué”, cuya definición está basada en la capacidad de estructurar la experiencia por medio de conceptos, causas, efectos y razones, siendo su característica principal la objetividad en el manejo del dolor en pacientes postoperados	<p>Fisiopatología del dolor</p> <p>Valoración de nivel de dolor</p> <p>Tratamiento del dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Mecanismos de producción del dolor • Tipos de dolor • Repercusiones del dolor • Escalas de valoración • Tipos • Tratamiento farmacológico • Mecanismo de acción • Efectos colaterales • Tratamiento no farmacológico 	Es toda aquella información o conjunto de ideas que tienen las enfermeras de la URPA, en la atención inmediata de los pacientes postoperados, sobre el manejo del dolor, la fisiopatología, tipos, las complicaciones, tratamiento farmacológico y valoración del dolor	<p>Alto (conoce)</p> <p>Medio</p> <p>Bajo (No conoce)</p>

CAPITULO IV

IV. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 Tipo y diseño de investigación

En el presente trabajo de investigación se aplicó el diseño de investigación no experimental del tipo transversal, porque la medición de las variables se va dar en un tiempo específico; descriptivo correlacional causal porque va describir las variables y a su vez va identificar la relación de una variable de estudio con otra, en este caso nivel de conocimiento del personal de enfermería y satisfacción del paciente

4.2 Método de investigación

En el presente estudio de investigación se aplico el método descriptivo, por que describe las características de los acontecimientos ocurridos; EXPLICATIVO, porque va explicar estos acontecimientos según su influencia de cada variable de estudio, bibliográfica porque se va indagar bases teóricas para así saber cómo ocurren los fenómenos; Inductivo Deductivo, inductivo porque va describir el fenómeno hasta llegar a una conclusión del mismo, Deductivo porque va sustentar el fenómeno que ha ocurrido

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

En el siguiente trabajo de investigación, los elementos que integran la población en total fueron 18 enfermeros

que laboran en servicio de anestesiología y centro quirúrgico del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica-2019, y 108 pacientes pos operado inmediato intervenido en el mes de junio.

4.3.2 Muestra

En vista que el sujeto de estudio es menor al 100%. La muestra o población objetivo es de 18 enfermeros que laboran en el servicio de anestesiología y centro quirúrgico del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia – Huancavelica.

Respecto a los pacientes pos operados inmediatos la muestra o población objetivo es de 108; este valor se halla a través de la siguiente formula estadística:

$$n = \frac{Z_{pq}^2 N}{E^2 (N-1) + Z_{pq}^2}$$

EN DONDE:

N: POBLACION = 230

E: GRADO DE ERROR MENOR QUE 1 = 0.05 = 5%

P: GRADO DE ÉXITO = 0,7 = 70%

Q: GRADO DE FRACASO = 0,3 = 30%

X: NIVEL DE CONFIANZA = 95%

REEMPLAZANDO EN LA FORMULA TENEMOS:

n = 108 pacientes pos operados inmediatos

4.4 Lugar de estudio

El lugar de estudio fue la unidad de centro quirúrgico del hospital regional Zacarías Correa Valdivia –Huancavelica- 2019

4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

La fuente que se utilizó para recolectar la información es de fuente primaria, ya que se obtiene por contacto directo con el sujeto de estudio.

La técnica empleada en el presente estudio es la encuesta y el instrumento es el cuestionario estructurado para medir el nivel de conocimiento, constituido por 30 ítems, de los cuales 10 están referidos al conocimiento de la fisiopatología del dolor, 10 al conocimiento del tratamiento del dolor y 10 al conocimiento de la valoración del dolor y la entrevista para medir el nivel de satisfacción del paciente, Y el mismo que fue sometido a la validación por juicio de expertos.

El instrumento elaborado fue sometido a juicio de expertos, considerándose entre ellos a 4 anestesiólogos y 4 enfermeras con experiencia y especialidad en la unidad de recuperación post anestésica o la unidad de manejo del dolor.

4.6 Análisis y procesamiento de datos

Previamente se realizó la coordinación administrativa con la jefatura del hospital, Unidad de Capacitación, Jefatura de enfermería y Jefatura del servicio, a fin de obtener el consentimiento para la ejecución del trabajo, posterior a ello

la recolección de datos se realizó en centro quirúrgico al finalizar la jornada de trabajo, en los tres turnos (mañana, tarde y noche), durante 1 semana tomando en cuenta el horario de trabajo y descanso del personal y previa información y consentimiento escrito y verbal de la unidad de capacitación, jefatura de enfermería, jefatura del servicio y de la población de estudio.

Después de la recolección de datos se continuó con la calificación cuidadosa de cada uno de los cuestionarios y luego se realizó el procesamiento de la información, la elaboración de tablas estadísticas y finalmente el análisis e interpretación de los datos procesados

CAPITULO V

RESULTADOS

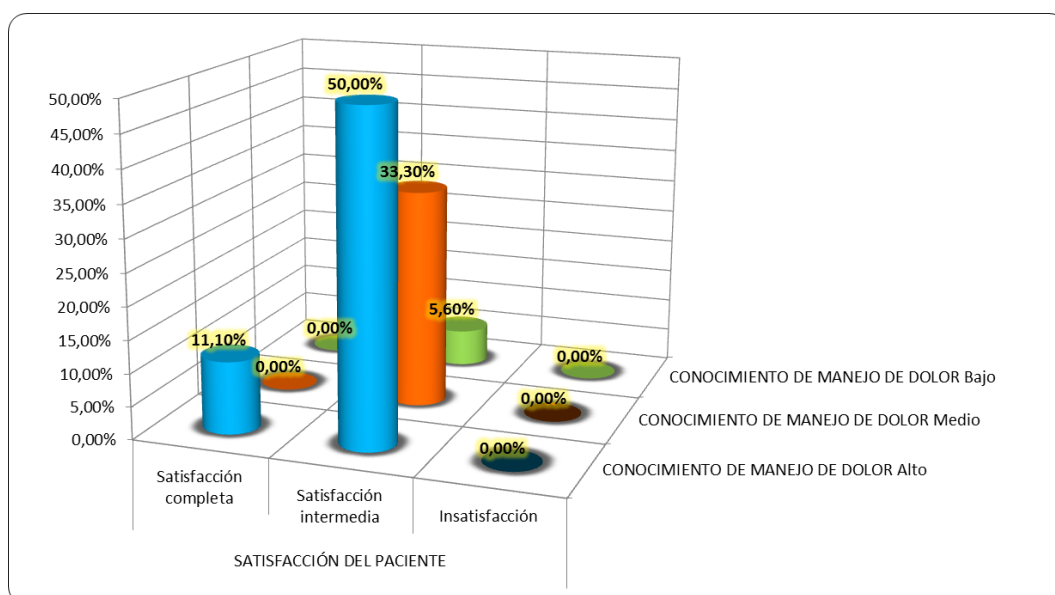
5.1 Resultados descriptivos

5.1.1. Resultado del objetivo general

Tabla N° 1. Conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica – 2019

		SATISFACCIÓN DEL PACIENTE						Total	
		Satisfacción completa		Satisfacción intermedia		Insatisfacción			
		f	%	f	%	f	%	f	%
CONOCIMIENTO DE MANEJO DE DOLOR	Alto	2	11,1%	9	50,0%	0	0,0%	11	61,1%
	Medio	0	0,0%	6	33,3%	0	0,0%	6	33,3%
	Bajo	0	0,0%	1	5,6%	0	0,0%	1	5,6%
Total		2	11,1%	16	88,9%	0	0,0%	18	100,0%

Gráfico N° 1. Conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica – 2019



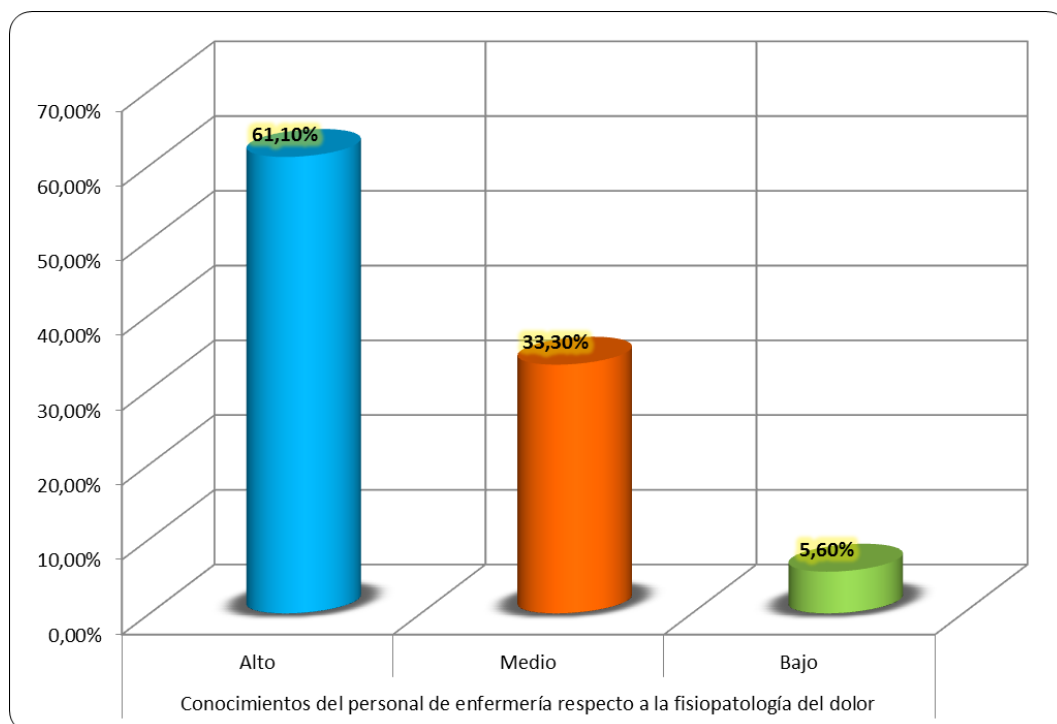
La tabla y gráfico N° 1 representa la relación entre el conocimiento del manejo del dolor por parte del personal de enfermería y la satisfacción del paciente post operado, teniendo en consideración que por cada enfermero se evaluó a 6 pacientes considerando finalmente el promedio de las calificaciones de los 6 pacientes. Entonces el 50% de enfermeros presentaron un conocimiento alto sobre el manejo del dolor y la satisfacción de los pacientes fue de nivel intermedio. 33,30% de enfermeros presentaron un conocimiento de nivel medio en el manejo del dolor y los pacientes presentaron satisfacción de nivel intermedio. 11,10% de enfermeros presentaron un nivel alto en el conocimiento del dolor y los pacientes que atendieron presentaron una satisfacción completa. 5,60% de enfermeros presentaron un conocimiento de nivel bajo sobre el manejo del dolor y los pacientes que atendieron presentaron una satisfacción intermedia.

5.1.2. Resultados de los objetivos específicos

Tabla Nº 2. Conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019

Conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor	Frecuencia	Porcentaje
Alto	11	61,1%
Medio	6	33,3%
Bajo	1	5,6%
Total	18	100,0%

Gráfico Nº 2. Conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019

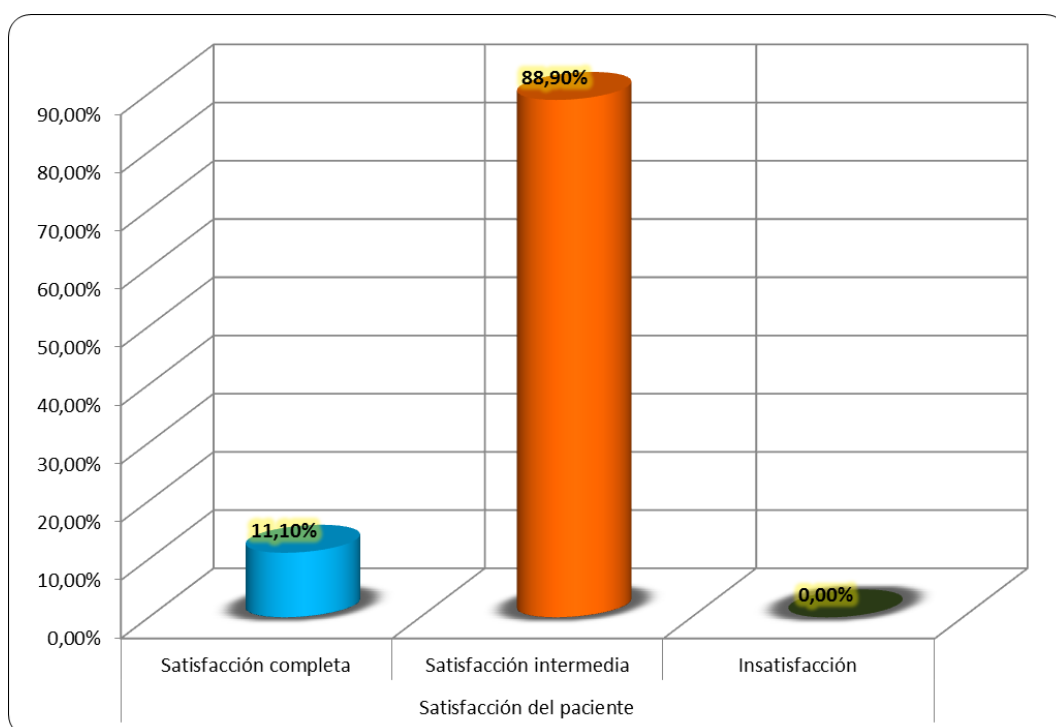


La tabla y gráfico Nº 2 representa el conocimiento del manejo del dolor por parte del personal de enfermería. Los datos indican que el 61,10% de enfermeros presentan conocimiento de nivel alto, 33,30% presentan conocimiento de nivel medio y 5,60% presentan un nivel de conocimiento de nivel bajo.

Tabla N° 3. Satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019

Satisfacción del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Satisfacción completa	2	11,1%
Satisfacción intermedia	16	88,9%
Insatisfacción	0	0,0%
Total	18	100,0%

Gráfico N° 3. Satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019

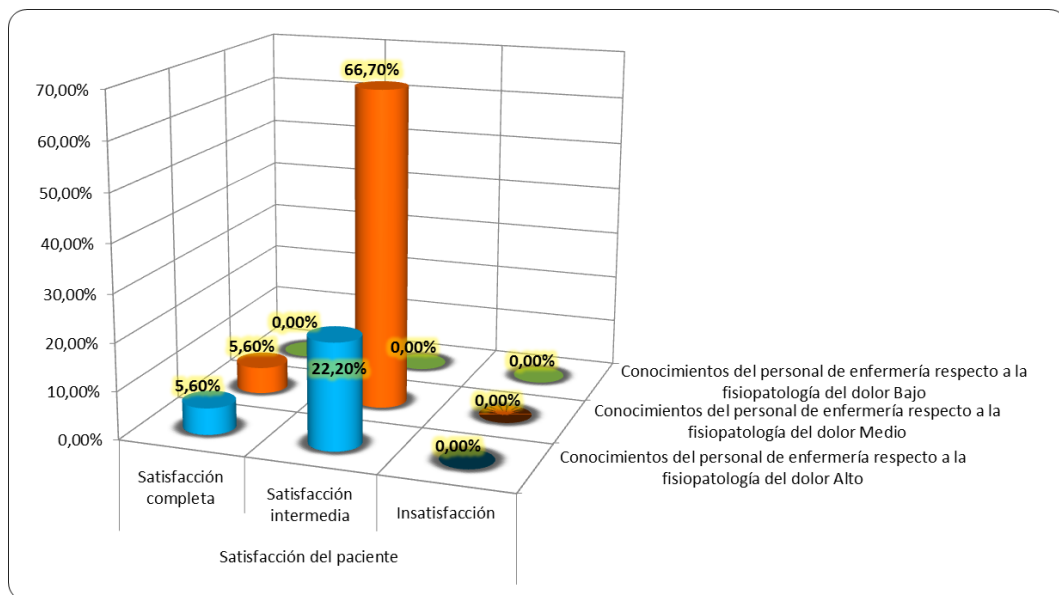


La tabla y gráfico N° 3 representa la satisfacción del paciente post operado mediato. Los resultados representan el promedio de 6 pacientes atendidos por un mismo enfermero, es decir que por cada enfermero se evaluó a 6 pacientes que tuvieron a su cargo, en tal sentido 88,90% de enfermeros presentaron pacientes que calificaron su atención con satisfacción intermedia, 11,10% de enfermeros tuvieron una atención del cual los pacientes calificaron con satisfacción completa y ningún enfermero tuvo pacientes que calificaron su asistencia con insatisfacción.

Tabla Nº 4. Conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019

		Satisfacción del paciente						Total	
		Satisfacción completa		Satisfacción intermedia		Insatisfacción			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor	Alto	1	5,6%	4	22,2%	0	0,0%	5	27,8%
	Medio	1	5,6%	12	66,7%	0	0,0%	13	72,2%
	Bajo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total		2	11,1%	16	88,9%	0	0,0%	18	100,0%

Gráfico Nº 4. Conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019



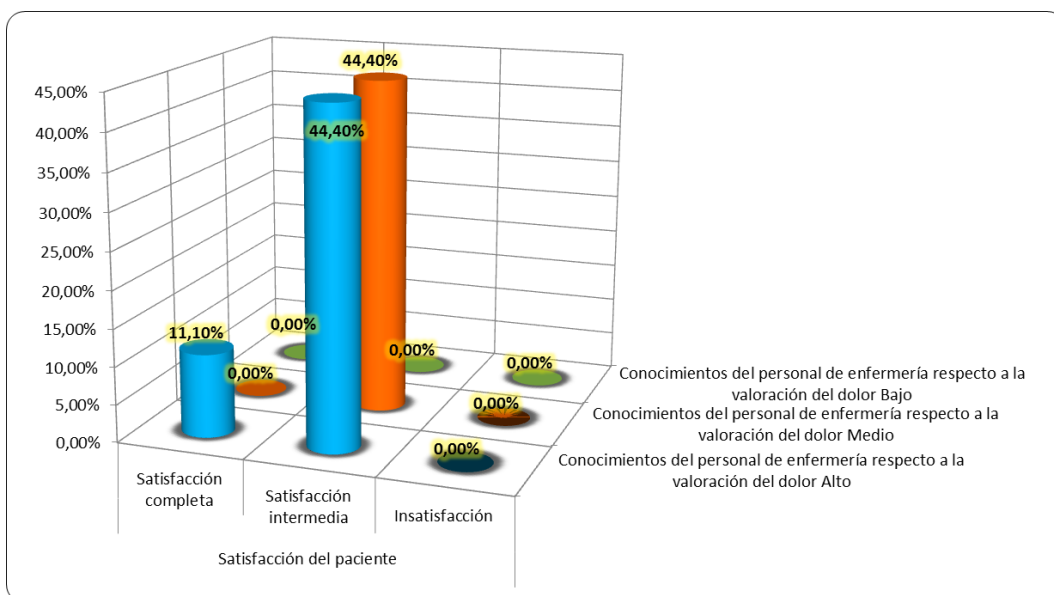
La tabla y gráfico Nº 4 representa la relación ente el conocimiento del manejo del dolor respecto a la fisiopatología por parte del enfermero y la satisfacción del paciente post operado, encontrándose que el 66,70% de enfermeros presentaron un conocimiento medio en fisiopatología del dolor y la satisfacción del paciente fue de nivel intermedio. 22,20% de enfermeros presentaron un nivel alto de conocimiento de la fisiopatología

del dolor y los pacientes que atendieron presentaron satisfacción de nivel intermedio. 5,60% de enfermeros presentaron un nivel de conocimiento de fisiopatología del dolor de nivel alto y los pacientes que atendieron presentaron un nivel de satisfacción completa. Otro 5,60% de enfermeros presentaron nivel de conocimiento de fitopatología del dolor de nivel medio y los pacientes que atendieron presentaron satisfacción de nivel completo.

Tabla Nº 5. Conocimientos del personal de enfermería respecto a la valoración del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019

		Satisfacción del paciente						Total	
		Satisfacción completa		Satisfacción intermedia		Insatisfacción		f	%
		f	%	f	%	f	%		
Conocimientos del personal de enfermería respecto a la valoración del dolor	Alto	2	11,1%	8	44,4%	0	0,0%	10	55,6%
	Medio	0	0,0%	8	44,4%	0	0,0%	8	44,4%
	Bajo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total		2	11,1%	16	88,9%	0	0,0%	18	100,0%

Gráfico N° 5. Conocimientos del personal de enfermería respecto a la valoración del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019

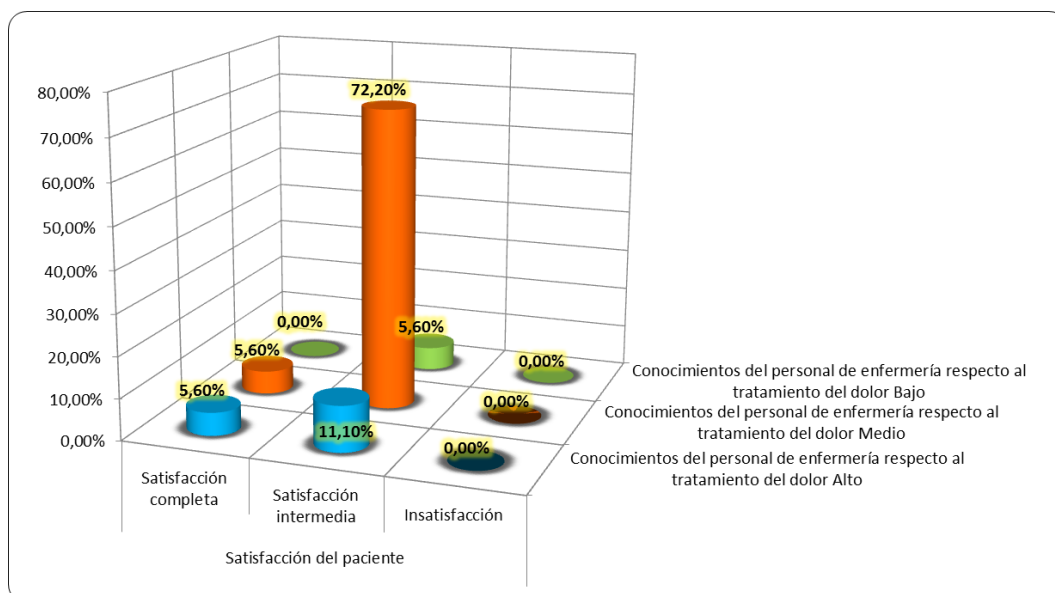


La tabla y gráfico N° 5 representa la relación ente el conocimiento del manejo del dolor respecto a la valoración por parte del enfermero y la satisfacción del paciente post operado. 44,40% de enfermeros presentaron conocimiento de nivel alto sobre la valoración del dolor y los pacientes a los que atendieron presentaron satisfacción de nivel medio. Otro 44,40% de enfermeros presentaron conocimiento de nivel medio en la valoración del dolor y los pacientes que atendieron presentaron satisfacción intermedia. 11,10% de enfermeros presentaron conocimiento de nivel alto sobre la valoración del dolor y los pacientes que atendieron presentaron una satisfacción de nivel completa

Tabla Nº 6. Conocimientos del personal de enfermería respecto al tratamiento del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019

		Satisfacción del paciente						Total	
		Satisfacción completa		Satisfacción intermedia		Insatisfacción			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Conocimientos del personal de enfermería respecto al tratamiento del dolor	Alto	1	5,6%	2	11,1%	0	0,0%	3	16,7%
	Medio	1	5,6%	13	72,2%	0	0,0%	14	77,8%
	Bajo	0	0,0%	1	5,6%	0	0,0%	1	5,6%
Total		2	11,1%	16	88,9%	0	0,0%	18	100,0%

Gráfico Nº 6. Conocimientos del personal de enfermería respecto al tratamiento del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia, Huancavelica -2019



La tabla y gráfico Nº 6 representa la relación ente el conocimiento del manejo del dolor respecto al tratamiento por parte del enfermero y la

satisfacción del paciente post operado. 72,20% de enfermeros presentaron un conocimiento alto respecto del tratamiento del dolor y los pacientes que atendieron presentaron una satisfacción de nivel intermedio. 11,10% de enfermeros presentaron un nivel de conocimiento alto sobre el tratamiento del dolor y los pacientes que atendieron presentan una satisfacción de nivel intermedio. 5,60% de enfermeros presentaron conocimiento de nivel bajo sobre el tratamiento del dolor y los pacientes que atendieron presentaron satisfacción de nivel intermedio. Otro 5,60% de enfermeros presentaron conocimiento de nivel alto y lo pacientes que atendieron presentaron satisfacción completa. Otro 5,60% de enfermeros presentaron calificación de nivel medio en el conocimiento del tratamiento del dolor y los pacientes que atendieron presentan una satisfacción completa. Otro 5,60 de enfermeros presentaron nivel bajo de conocimientos sobre el tratamiento del dolor y los pacientes que trataron presentaron satisfacción intermedia.

5.2. Resultados inferenciales

PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL

a) Hipótesis

Hipótesis de investigación

- Existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019.

H_i: r ≠ 0 (Existe relación)

Hipótesis nula

- No existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019.

H_o: r = 0 (No hay relación)

b) Nivel de significancia

$\alpha=0,05$ o 5%. Límite de error.

c) Nivel de confianza

$1-\alpha=0,95$ o 95%. Probabilidad de que la estimación de un parámetro en una muestra sea el valor real en la población.

d) Estadístico de prueba

Coefficiente de correlación de Spearman.

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Leyenda:

d: Es la diferencia entre los rangos correspondientes a los valores de las variables.

n: Es el número de parejas de datos

e) Regla de decisión

Si: El valor-p $\leq 0,05$ se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El valor-p $> 0,05$ valor crítico se **ACEPTA** la hipótesis nula

f) Cálculo de la prueba

Correlación	IC de 95% para ρ	Valor p
0,805	(0,485; 0,935)	0,000

Escala de direccionalidad y grado de correlación de Spearman

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Fuente: (R. Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

g) Decisión

Como el valor p 0,00 es menor que 0,05 entonces **SE RECHAZA LA HIPÓTESIS NULA.**

h) Conclusión

Se rechaza la hipótesis nula, entonces se acepta la hipótesis de investigación que indica que: “Existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019”.

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECIFICA 1

a) Hipótesis

Hipótesis de investigación

- El nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo de dolor ES MEDIO y BAJO en la mayoría de casos del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019.

H_i: fe > 50% (frecuencia esperada de nivel MEDIO y BAJO > 50%)

Hipótesis nula

- El nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo de dolor ES ALTO en la mayoría de casos en el hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019.

H_o: fe ≤ 50% (frecuencia esperada de nivel MEDIO y BAJO ≤ 50%)

b) Nivel de significancia

$\alpha=0,05$ o 5%. Límite de error.

c) Nivel de confianza

$1-\alpha=0,95$ o 95%. Probabilidad de que la estimación de un parámetro en una muestra sea el valor real en la población.

d) Estadístico de prueba

Chi cuadrado de bondad de ajuste.

$$X_c^2 = \frac{\sum_{i=1}^k (O_i - E_i)^2}{E_i^2}$$

Leyenda:

O: Frecuencia observada.

E: Frecuencia esperada.

k: Número de categorías de la variable en estudio.

e) Regla de decisión

Si: El valor-p $\leq 0,05$ se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El valor-p $> 0,05$ valor crítico se **ACEPTA** la hipótesis nula

f) Calculo de la prueba

RESULTADO

	N observado	N esperada	Residuo
Conocimiento alto	11	8,0	3,0
Medio y bajo	7	10,0	-3,0
Total	18		

Estadísticos de prueba

RESULTADO	
Chi-cuadrado	2,025 ^a
gl	1
Sig. asintótica	,155

a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 8,0.

g) Decisión

Como el valor p 0,155 es mayor que 0,05 entonces **NO SE RECHAZA LA HIPÓTESIS NULA.**

h) Conclusión

No hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula: “El nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo de dolor ES ALTO en la mayoría de casos del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019”.

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

a) Hipótesis

Hipótesis de investigación

- El nivel de satisfacción del paciente post operado mediato ES SATISFACCIÓN INTERMEDIA e INSATISFECHA en la mayoría de casos del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2019.

H_i: fe > 50% (frecuencia esperada de nivel SATISFACCIÓN INTERMEDIA e INSATISFECHA > 50%)

Hipótesis nula

- El nivel de satisfacción del paciente post operado mediato ES COMPLETA en la mayoría de casos del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2019.

H_o: fe ≤ 50% (frecuencia esperada de nivel SATISFACCIÓN INTERMEDIA e INSATISFECHA ≤ 50%)

b) Nivel de significancia

α=0,05 o 5%. Límite de error.

c) Nivel de confianza

1-α=0,95 o 95%. Probabilidad de que la estimación de un parámetro en una muestra sea el valor real en la población.

d) Estadístico de prueba

Chi cuadrado de bondad de ajuste.

$$X_c^2 = \frac{\sum_{i=1}^k (O_i - E_i)^2}{E_i^2}$$

Leyenda:

O: Frecuencia observada.

E: Frecuencia esperada.

k: Número de categorías de la variable en estudio.

e) Regla de decisión

Si: El valor-p ≤ 0,05 se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El valor-p $> 0,05$ valor crítico se **ACEPTA** la hipótesis nula

f) Calculo de la prueba

RESULTADO			
	N observado	N esperada	Residuo
Satisfacción completa	2	8,0	-6,0
Satisfacción intermedia e insatisfacción	16	10,0	6,0
Total	18		

Estadísticos de prueba

RESULTADO	
Chi-cuadrado	8,100 ^a
gl	1
Sig. asintótica	,004

a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 8,0.

g) Decisión

Como el valor p 0,04 es menor que 0,05 entonces **SE RECHAZA LA HIPÓTESIS NULA.**

h) Conclusión

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación que indica que: “El nivel de satisfacción del paciente post operado mediato **ES DE NIVEL SATISFACCIÓN INTERMEDIA e INSATISFECHA** en la mayoría de casos del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019”.

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3

a) Hipótesis

Hipótesis de investigación

- Existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019.

H_i: r ≠ 0 (Existe relación)

Hipótesis nula

- No existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019.

H_o: r = 0 (No hay relación)

b) Nivel de significancia

$\alpha=0,05$ o 5%. Límite de error.

c) Nivel de confianza

$1-\alpha=0,95$ o 95%. Probabilidad de que la estimación de un parámetro en una muestra sea el valor real en la población.

d) Estadístico de prueba

Coeficiente de correlación de Spearman.

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Leyenda:

d: Es la diferencia entre los rangos correspondientes a los valores de las variables.

n: Es el número de parejas de datos

e) Regla de decisión

Si: El valor-p $\leq 0,05$ se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El valor-p $> 0,05$ valor crítico se **ACEPTA** la hipótesis nula

f) Cálculo de la prueba

Correlaciones

		Satisfacción	Fisiopatología
Rho de Spearman	Satisfacción	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	18
Fisiopatología	Fisiopatología	Coefficiente de correlación	,603**
		Sig. (bilateral)	,008
		N	18

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Escala de direccionalidad y grado de correlación de Spearman

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Fuente: (R. Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

g) Decisión

Como el valor p 0,008 es menor que 0,05 entonces **SE RECHAZA LA HIPÓTESIS NULA.**

i) Conclusión

Se rechaza la hipótesis nula, entonces se acepta la hipótesis de investigación que indica que: “Existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019”

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 4

a) Hipótesis

Hipótesis de investigación

- Existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la valoración del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019.

H_i: r ≠ 0 (Existe relación)

Hipótesis nula

- No existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la valoración del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019.

H_o: r = 0 (No hay relación)

b) Nivel de significancia

$\alpha=0,05$ o 5%. Límite de error.

c) Nivel de confianza

$1-\alpha=0,95$ o 95%. Probabilidad de que la estimación de un parámetro en una muestra sea el valor real en la población.

d) Estadístico de prueba

Coeficiente de correlación de Spearman.

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Leyenda:

d: Es la diferencia entre los rangos correspondientes a los valores de las variables.

n: Es el número de parejas de datos

e) Regla de decisión

Si: El valor-p $\leq 0,05$ se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El valor-p $> 0,05$ valor crítico se **ACEPTA** la hipótesis nula

f) Cálculo de la prueba

Correlaciones

			Valoración	Satisfacción
Rho de Spearman	Valoración	Coefficiente de correlación	1,000	,532*
		Sig. (bilateral)	.	,023
		N	18	18
	Satisfacción	Coefficiente de correlación	,532*	1,000
		Sig. (bilateral)	,023	.
		N	18	18

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Escala de direccionalidad y grado de correlación de Spearman

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Fuente: (R. Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

g) Decisión

Como el valor p 0,023 es menor que 0,05 entonces **SE RECHAZA LA HIPÓTESIS NULA.**

h) Conclusión

Se rechaza la hipótesis nula, entonces se acepta la hipótesis de investigación que indica que: "Existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la valoración del

dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019”.

PRUEBA DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA 5

a) Hipótesis

Hipótesis de investigación

- El nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al tratamiento del dolor influye de manera significativa en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019.

H_i: r ≠ 0 (Existe relación)

Hipótesis nula

- El nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al tratamiento del dolor NO influye de manera significativa en la satisfacción del paciente post operado mediato en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019.

H_o: r = 0 (No hay relación)

b) Nivel de significancia

$\alpha=0,05$ o 5%. Límite de error.

c) Nivel de confianza

$1-\alpha=0,95$ o 95%. Probabilidad de que la estimación de un parámetro en una muestra sea el valor real en la población.

d) Estadístico de prueba

Coefficiente de correlación de Spearman.

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Leyenda:

d: Es la diferencia entre los rangos correspondientes a los valores de las variables.

n: Es el número de parejas de datos

e) Regla de decisión

Si: El valor-p $\leq 0,05$ se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El valor-p $> 0,05$ valor crítico se **ACEPTA** la hipótesis nula

f) Cálculo de la prueba

Correlaciones

		Satisfacción	Tratamiento
Rho de Spearman	Satisfacción	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	18
	Tratamiento	Coefficiente de correlación	,586*
		Sig. (bilateral)	,011
		N	18

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Escala de direccionalidad y grado de correlación de Spearman

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Fuente: (R. Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

g) Decisión

Como el valor p 0,011 es menor que 0,05 entonces **SE RECHAZA LA HIPÓTESIS NULA.**

h) Conclusión

Se rechaza la hipótesis nula, entonces se acepta la hipótesis de investigación que indica que: “El nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al tratamiento del dolor influye de manera significativa en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019”.

CAPITULO VI

VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. **Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados**

La importancia del manejo del dolor tiene importantes consecuencias en la satisfacción del paciente. Tomar en cuenta este punto es importante porque los pacientes satisfechos tienden a responder mejor a los tratamientos.

Debe considerarse que el dolor post operatorio no es la única fuente de sufrimiento de los pacientes la incertidumbre del resultado operatorio, los efectos de la anestesia, por mencionar sólo algunos aspectos, son todas fuentes que pueden contribuir al dolor. El alivio del dolor físico es sólo un pilar de la atención integral del paciente, siendo de gran relevancia, además el darse el tiempo para explicar, ser empático, dar seguridad al paciente, y realizar otras estrategias, que pueden hacer que el paciente tenga una buena experiencia en el proceso intraoperatorio.

Para poder tratar el dolor adecuadamente, es necesario evaluarlo correctamente, el tratamiento del dolor puede abordarse desde diferentes puntos.

Si bien es el médico el que prescribe los medicamentos, la enfermera debe valorar la efectividad y los efectos secundarios de éstos así como también comunicar de manera apropiada los resultados del tratamiento, entonces es importante que el personal de enfermería conozca dónde y cómo actúan los medicamentos, para intentar hacer un enfoque multimodal del manejo del dolor y evitar los efectos adversos y contraindicaciones de los mismos.

El dolor es un factor estresante importante que enfrentan los pacientes post operados. Existe una creciente conciencia sobre la etiología del dolor, junto con el avance del manejo farmacológico del dolor. A pesar de este conocimiento y avance farmacológico, los pacientes aún experimentan un dolor que afecta los aspectos físicos, emocionales y espiritual de la salud del paciente. El control del dolor es importante en el

manejo de los pacientes porque el dolor no tratado tiene un impacto perjudicial en la salud del paciente. Los enfermeros pasan una parte significativa de su tiempo con los pacientes. Por lo tanto, tienen un papel vital en el proceso de toma de decisiones con respecto al manejo del dolor. Los enfermeros deben estar bien preparados y tener conocimientos sobre la evaluación del dolor y las técnicas de manejo, la carencia de conocimientos básicos en el manejo del dolor puede llevar a prácticas inapropiadas e inadecuadas para el manejo del dolor. El conocimiento limitado y la actitud negativa de los enfermeros hacia el manejo del dolor representan obstáculos importantes en la asistencia del manejo efectivo del dolor. Los resultados de esta investigación servirán para mejorar las actitudes, el conocimiento y la práctica del equipo de atención de la salud hacia el manejo del dolor.

Con relación al objetivo general:

Conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica – 2019: La prueba confirma la existencia de relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo del dolor y la satisfacción del paciente post operado, porque en la prueba de correlación de Spearman el resultado fue igual a 0,805 y el valor p resulto igual a 0,000 que es menor que el nivel de significancia de 5%.

Descriptivamente se destaca que 50% de los enfermeros presentan un conocimiento alto del manejo del dolor y en promedio de 6 pacientes que atendieron presentaron una satisfacción intermedia; seguidamente se encuentra que 33,30% de enfermeros presentan un conocimiento medio en el manejo del dolor y el promedio de 6 pacientes que atendieron presentaron satisfacción intermedia.

Se destaca que el mayor número de aciertos corresponde a la definición del dolor, la clasificación de las escalas de dolor, las consideraciones importantes que se debe tomar al momento de evaluar el dolor y el conocimiento de las medidas no farmacológicas que alivian el dolor. Y donde se presentó mayor número de desaciertos se tienen al desconocimiento sobre el escalonamiento de uso de los medicamentos

para el dolor, el efecto adverso que obliga a pautar el tratamiento con opiáceos y también desconocen sobre la secuencia de transmisión del dolor.

Con relación a los objetivos específicos:

- a) **Sobre los conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019:** La prueba confirma que el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo de dolor ES ALTO en la mayoría de casos del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019, esto expresado por la prueba chi cuadrado de bondad de ajuste cuyo resultado fue 2,025 y la significancia asintótica calculada fue 0,155 que es mayor que el nivel de significancia de 5%.
- b) **Sobre la satisfacción del paciente post operado mediato en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019:** La prueba confirma que el nivel de satisfacción del paciente post operado mediato ES SATISFACCIÓN INTERMEDIA e INSATISFECHA en la mayoría de casos en el hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2019, la prueba chi cuadrado de bondad de ajuste indica un valor igual a 8,100 y la significancia asintótica es igual a 0,004 es menor que el nivel de significancia de 5%.
- c) **Sobre el conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019:** La prueba confirma la existencia de relación entre las variables, porque los datos expresan una correlación de Spearman igual a 0,603 que indica una correlación positiva moderada además la significancia bilateral calculada es 0,008 que es menor que el nivel de significancia de 5%. Descriptivamente se destaca que el 66,70% de enfermeros presentaron un nivel medio de conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor y el promedio de los 6 pacientes que evaluaron a cada enfermero

respecto de su satisfacción resultaron con nivel de satisfacción intermedia, en relación a los cuidados del manejo de dolor.

- d) **Sobre el conocimientos del personal de enfermería respecto a la valoración del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019:** La prueba confirma la existencia de relación entre las variables, porque los datos expresan una correlación de Spearman igual a 0,532 que indica una correlación positiva moderada además la significancia bilateral calculada es 0,023 que es menor que el nivel de significancia de 5%. Descriptivamente y considerando que por cada enfermero se consideró a 6 pacientes en los cuales se midió su satisfacción y se representó el promedio de calificación de los mismos. Entonces, se presentaron dos datos resaltantes, que son: 44,40% de enfermeros presentaron conocimientos de nivel alto respecto a la valoración del dolor y los pacientes presentaron satisfacción intermedia; otros 44,40% de enfermeros presentaron conocimientos de nivel medio respecto a la valoración del dolor y los pacientes presentaron satisfacción intermedia, en relación a los cuidados del manejo del dolor.
- e) **Sobre el conocimientos del personal de enfermería respecto al tratamiento del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019:** La prueba confirma la existencia de relación entre las variables, porque los datos expresan una correlación de Spearman igual a 0,586 que indica una correlación positiva moderada además la significancia bilateral calculada es 0,011 que es menor que el nivel de significancia de 5%. Descriptivamente y considerando que por cada enfermero se consideró a 6 pacientes en los cuales se midió su satisfacción y se representó el promedio de calificación de los mismos. Entonces, el dato más resaltantes, es 72,20% de enfermeros presentaron conocimientos de nivel medio respecto a la valoración del dolor y los pacientes presentaron satisfacción intermedia, en relación a los cuidados del manejo del dolor.

6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares

Anabel Guadalupe Córdova Jaquez, Miriam Karina Ortiz Rivas, Hilda Manuela Salazar Enciso y David Jahel García Avendaño. 2012, indican que el 55% de la muestra solo utiliza la administración de analgésicos como acción dependiente para manejar el dolor, mientras que el (45%) además realiza otras intervenciones independientes como parte del cuidado de enfermería. Del 45% de las enfermeras que realizan otras intervenciones se obtuvieron los siguientes resultados: apoyo emocional (56%), cambio de posición (22%), manejo ambiental (11%) y escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (11%). En los resultados obtenidos no se reflejó de manera clara que entre mayor nivel académico más intervenciones propias de enfermería se realizarían para proporcionar alivio al dolor, los resultados de la presente investigación discrepan de la investigación presentada porque cuanto mejor conocen sobre el tratamiento del dolor mejor será la atención del paciente y por tanto presentará mejor satisfacción con la atención brindada por el personal de enfermería.

José Antonio Barreto Alves, Carlos Humberto Pereira, Ana María Calil Salum y Paula Akemi Fujishima. 2012, de los enfermeros 63,3% conocían escalas de dolor, y 16,6% afirmaron existir protocolos de analgesia. En cuanto a los médicos 70% conocían las escalas de dolor, 3,3% poseía especialización en tratamiento del dolor, 13,3% afirmaron existir protocolos de analgesia. El conocimiento de las escalas de dolor concuerdan con los evaluados en la valoración del dolor hechas en la presente investigación considerando que concuerdan con los resultados hallados porque la mayoría de enfermeros conocen sobre la valoración del dolor, específicamente se encontró que 55,60%

presentaron un conocimiento alto y 44,40% presentaron un conocimiento medio.

Vanessa López Tello y Ricardo Felipe Baldonado Sardunedo. 2012, encontró que la intensidad de dolor postoperatorio que experimentan los pacientes de la URPA y posteriormente en plantas de hospitalización es diferente, así como el nivel de satisfacción de los pacientes.

Sonia Marchan Espinoza y Amparo Gómez Pareja. 2011, encontraron que el 50% de los pacientes sufrió un dolor intenso tras la desaparición de efecto anestésico, casi la totalidad de los pacientes (90%) precisó un rescate analgésico, a pesar de ello la satisfacción que expresaron los pacientes con el alivio de su dolor fue muy alta. Los resultados presentados en esta investigación concuerdan con los hallados en la presente investigación debido a que 88,90% presentaron satisfacción intermedia, 11,10% presentaron satisfacción completa y ningún paciente presentó insatisfacción con la atención prestada por el personal de enfermería.

Castanheira et al. 2010, indica que el cuidar bien es resultado de la confianza entre los pacientes y el equipo de enfermería.

Cesar Miranda Arredondo. 2011, refiere que el metamizol fue el analgésico más utilizado tanto en la monoterapia como en los esquemas combinados; la terapia unimodal prevalece sobre la multimodal, las medidas no farmacológicas de alivio de dolor no son usadas en su mayoría.

Isabel Incalla Flores y Teresa Zegarra Valencia. 2007, indica que los conocimientos de las enfermeras de la Unidad de Recuperación sobre escalas de medición se ven reforzados con la capacitación. La capacitación sobre el uso de escalas es positiva, porque su empleo da ciencia a la atención de enfermería, simplifica los registros y permite compartir responsabilidades con el equipo de

salud. Comparativamente con los resultados presentados en la presente investigación se considera que el conocimiento, que en este caso es sobre el manejo del dolor, contribuye en la adecuada atención del paciente.

Remuzgo A. (2003), encontró que el nivel de satisfacción del paciente adulto es medio y con tendencia a un nivel de satisfacción bajo respecto a los cuidados recibidos de la Enfermera en el servicio de geriatría. Este resultado concuerda con los hallados en esta investigación considerando que 88,90% de pacientes presentaron satisfacción intermedia y 11,10% presentaron satisfacción completa.

Juárez en el año 2008, indico que el 45.1% de pacientes post operados refiere recibir cuidados de enfermería en un nivel medio, 39.4% alto y 15.5% bajo. El 49.3% de pacientes post operados atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital II Es Salud Huamanga expresa poca satisfacción con los cuidados de enfermería, 42.2% satisfacción y 8.5% insatisfacción. Los resultados de esta investigación discrepan con los resultados en la presente investigación debido a que los resultados tienden a una satisfacción completa que a una insatisfacción.

6.3. Responsabilidad ética

La investigación aporta en el conocimiento y solución de problemas teniendo como beneficiarios a las personas sanas o enfermas. Por lo cual se ha realizado un filtro de los procedimientos investigativos con el fin de que se proteja los derechos de las unidades de estudio, en especial, de aquellas personas vulnerables donde pudiera ser trasgredida la dignidad de la persona humana.

Entonces en cumplimiento a la ética de la investigación como primera medida se ha realizado el consentimiento informado, además no se ha realizado ningún tipo de coacción, fraude, engaño o presión sobre las

unidades de estudio. En esta investigación se ha proporcionado una información comprensible relacionada con la naturaleza, la duración, el propósito y el método utilizado a las personas que participaron en la investigación, además se le ha señalado a las personas en investigación que tienen la libertad de retirarse en el momento que lo deseen, que se salvaguardará la intimidad y la integridad personal.

CONCLUSIONES

1. Se determinó que existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019. Además, en la mayoría de casos se presenta un alto conocimiento del manejo del dolor y los pacientes tienen una satisfacción intermedia.
2. Se ha establecido el nivel de conocimiento del personal de enfermería respecto al manejo de dolor en el hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019, la mayoría de las enfermeras presentaron un alto conocimiento.
3. Se ha establecido el nivel de satisfacción del paciente post operado mediato del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019, la mayoría de ellos presentaron una satisfacción intermedia.
4. Se estableció que existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019, además se identificó que en la mayoría de casos el conocimiento de fisiopatología del dolor es medio y la satisfacción del paciente es de nivel intermedio.
5. Se estableció la existencia de relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la valoración del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019, en consideración a esta relación se encontró que la mayoría de enfermeros presentan un conocimiento de nivel medio respecto de la valoración del dolor y los pacientes presentan una satisfacción intermedia.
6. Se ha establecido la relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al tratamiento dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías

Correa Valdivia, Huancavelica - 2019, además la mayoría de casos presentan un conocimiento de nivel medio y la satisfacción del paciente es intermedia.

RECOMENDACIONES

- Proponer que los profesionales de enfermería brinden su atención priorizando el aspecto humano seguido del nivel de conocimiento que pueda tener
- Realizar investigaciones con intervenciones preventivas para que el paciente pueda manejar el dolor durante el periodo postoperatorio.
- Realizar investigaciones comparativas que permitan determinar la satisfacción del paciente respecto del manejo del dolor posoperatorio entre el hospital departamental de Huancavelica y el hospital EsSalud Huancavelica.
- Proponer capacitaciones en el personal de enfermería para que realicen un correcto diagnóstico de enfermería realizando el respectivo tratamiento para cada paciente.
- Realizar investigaciones orientadas a crear un protocolo para el manejo del dolor por los profesionales de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopez, Francisco. Definición y clasificación del dolor. Revista científica complutense. servicio de publicaciones. Madrid 4.49-55. (1996).
2. World Health Organization. Pain immediate operative (2006)
3. Borré, Y. Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla (*tesis de maestría*). Colombia: Universidad Nacional de Colombia. (2013).
4. Martinez Vasquez de castro , Torres L. Prevalencia del dolor posoperatorio. alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones rev soc esp dolor 7;465-76, 2000
5. Córdova, A., Ortiz, M., Salazar, H., García, D. Manejo del dolor por el personal de enfermería en paciente pediátrico post-quirúrgico de apendicetomía. Investigación. México (2012).
6. Barreto, J., Humberto, C., Calil, A., Akemi, P. Conocimiento de médicos y enfermeros sobre dolor en pacientes sometidos a la craneotomía. Brasil. (2012)
7. López, V., Baldonado, R. Dolor postoperatorio en la URPA y plantas de hospitalización del Centro General del Huca. España. (2012).
8. Marchan, S., Gómez, A. Manejo del dolor en el postoperatorio inmediato en pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla. España. (2011).
9. Castanheira et al. El manejo del dolor en niños, en el postoperatorio tardío de cirugía cardíaca, por los profesionales de enfermería, desde la perspectiva de las madres. Lima. . (2010).
10. Miranda, C. investigación Eficacia del manejo del dolor postoperatorio inmediato en los pacientes atendidos en los servicios de cirugía y traumatología del hospital Antonio Lorena. Cuzco. (2011),
11. Incalla, I., Zegarra, T. investigación Conocimiento y actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen en el pre y post operatorio, postanestésico y dolor, en el servicio de Recuperación del HNCASE. Arequipa (2007),

12. Ibarra A. La teoría de la motivación y la Jerarquía de las necesidades de Maslow. [En línea] [Citado 17 diciembre 2015] URL disponible en <http://www.webdelprofesor.ula.ve/economia/mcesar/tema1/maslow.pdf>.
13. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Gobierno de Aragón. Estrategia de mejora de la calidad de los cuidados: Protocolos de Cuidados de Enfermería basados en la Evidencia. 2009. [En línea] [Citado 06 abril 2017] URL disponible en: http://www.iacs.aragon.es/awgc/contenido_detalle.do?idContenido=1431.
14. Fernandez, B., et al. Pain and disease: historical evolution I. From the Prehistory to the Enlightenment. (1999). En: Rev.Soc. Esp Dolor. vol.6, nº4, p.281-291. Disponible en Internet: http://revista.sedolor.es/pdf/1999_04_05.pdf
15. Campillo, D. (1993-1994). Paleopatología: Los primeros vestigios de la enfermedad. Barcelona: Fundación Uriach.
16. Fernández, B., et al. Op. cit., p. 281-291
17. Vélez, A., et al. Lecciones de historia del dolor. Centro Editorial. Universidad del Rosario. (2005). vol. 1, p. 112.
18. De Lille, R. Di no al dolor inútil. En: Rev Mex Anest., (2010). vol. 33 no. 1, p. 215-219.
19. Muriel, C., Llorca, G. Cátedra Extraordinaria del Dolor [en línea]. Fundación Grünenthal de la Universidad de Salamanca. Módulo 1. Disponible en Internet <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%201.pdf>
20. Morgan, E., Mikkail, M. Anestesiología clínica. Editorial EL Manual Moderno (2003). 3a. ed. México DF: G.
21. Ramírez., A. Mecanismos Fisiopatológicos Del Dolor Agudo. Revista de anestesia en Mexico (1995). Volumen 07 Número 3
22. Torregrosa, S. Mecanismos y vías del dolor. En: Boletín Esc Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. (1994). vol. 23, p. 202-6.
23. Carregal, A. Asignatura: Tratamiento del Dolor [en línea]. Universidad de Vigo. 80 p. Disponible en internet http://webs.uvigo.es/dolor/Apuntes_archivos/Fisiologia%20del%20dolor-WEB.pdf

24. Price, D.. Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of pain. In: Science. (2000) vol. 288, p. 1769-1772. Torregrosa, Samuel. Op. cit., p. 202-6.
25. Loeser, J., Melzack, R. Op. (2005). cit., p. 1607-9.
26. Carr, D., Goudas, L. Op. cit., p. 2051-8.
27. Alloza, J. El tratamiento del dolor agudo: estudio comparativo entre dos hospitales generales de España y EUA. In: Farm Clin. (1986). vol. 3, p. 40-53.
28. Reinoso, F. Eficacia y control analgésico. En: I Jornadas sobre dolor postoperatorio y confort analgésico. (2003)
29. Benhamou, D. Evaluation de la douleur postopératoire. In: Ann Fr Anesth Réanim, (1998) vol. 17, p. 555-72.
30. Lázaro, C., Caseras, X., Whizar, L. VM. Psychometric properties of McGill Pain Questionnaire-Spanish Versión (MPQ-SV) in several Spanish-speaking countries. In: Clin J Pain. (2001). vol. 17, p. 365-374.
31. Manual CTO de Medicina y Cirugía. Manejo del dolor agudo postoperatorio (2012) 8º Edición, , p. 50-52.
32. <http://www.medigraphic.com/rma>
33. Leininger M. Teoría de los cuidados de enfermería. Ann Marriner. Madrid (1994), Mosby.
34. Marky, G. Satisfacción según percepción de los padres y cuidado enfermero al niño con infección respiratoria aguda en el Hospital Nacional Dos de Mayo - Diciembre 2012. Tesis de Licenciatura. Lima: UNMSM. (2013)
35. Marriner-Tomey A, Alligood-MR. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Harcourt.(2002) 5ª ed.
36. MINSA Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud. Lima: (2002). MINSA.
37. MINSA. Guía para la Autoevaluación de la calidad para establecimientos de primer Nivel. Lima: MINSA;

38. Minchón, A. Análisis de satisfacción del paciente quirúrgico en oftalmología. España. *Enferm.glob.* (2011) vol.10 no.23 Murcia jul. 2011.
39. Muñoz, L. Influencia de los factores biosocioculturales en la percepción de la calidad de atención en el Centro Quirúrgico del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho Año 2014. Tesis de maestría. Ayacucho: Universidad César Vallejo. (2014).

ANEXOS

ANEXO 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR Y LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE POST OPERADO MEDIATO EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARÍAS CORREA VALDIVIA HUANCVELICA -2018

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
<p>General: ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento del personal de enfermería respecto al manejo del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019?</p> <p>Específicos: ¿Cuál es el nivel</p>	<p>General: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento del personal de enfermería respecto al manejo del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019.</p> <p>Específicos: Medir el nivel de conocimiento del</p>	<p>General: Existe relación entre el nivel de conocimiento del personal de enfermería respecto al manejo del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019</p> <p>Específicos El nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto</p>	<p>V-1 Nivel de conocimiento</p> <p>V-2 Satisfacción del paciente</p>	<p>Fisiopatología</p> <p>Valoración</p> <p>Tratamiento</p> <p>Cortesía</p> <p>Educación</p> <p>Relaciones interpersonales</p> <p>Campo profesional</p> <p>Seguridad</p>	<p>Concepto de Mecanismos de producción del dolor</p> <p>Tipos de dolor</p> <p>Efectos del dolor</p> <p>Escalas</p> <p>Tipos</p> <p>Tratamiento farmacológico</p> <p>Mecanismo de acción</p> <p>Efectos colaterales</p> <p>Tratamiento no farmacológico</p> <p>Respeto, amabilidad.</p> <p>Interés por sus necesidades afectivas.</p> <p>Paciencia y buen humor.</p> <p>Escuchar y responder.</p> <p>Fortalecimiento de la autoestima.</p> <p>Preparación psicológica del paciente.</p> <p>Identificación del paciente.</p> <p>Cumplimiento de los principios de asepsia.</p> <p>Atención sin interrupción y en forma permanente</p> <p>Control y seguridad</p>		<p>Alto</p> <p>Medio</p> <p>Bajo</p> <p>Satisfacción completa</p> <p>Satisfacción intermedia</p> <p>Insatisfacción</p>

<p>de conocimiento del personal de enfermería respecto al manejo del dolor en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019?</p> <p>¿Cuál es el nivel de satisfacción del paciente post operado mediato en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica - 2019</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del</p>	<p>personal de enfermería respecto al manejo del dolor en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019?</p> <p>Medir el nivel de satisfacción del paciente post operado mediato en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019?</p> <p>Medir la relación que existe entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la</p>	<p>al manejo de dolor ES MEDIO y BAJO en la mayoría de casos del hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2019</p> <p>El nivel de satisfacción del paciente post operado mediato ES SATISFACCIÓN INTERMEDIA e INSATISFECHA en la mayoría de casos en el hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica- 2019.</p> <p>Existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la fisiopatología del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato en el Hospital Regional</p>		<p>Credibilidad</p>	<p>ambiental. Colocación en posición adecuada de acuerdo a los principios fisiológicos. Atención sin riesgos para el paciente.</p>		
--	---	---	--	---------------------	--	--	--

<p>dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019?</p>	<p>fisiopatología del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019.</p>	<p>Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019</p>					
<p>¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la valoración del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica - 2019?</p>	<p>Medir la relación que existe entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la valoración del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica - 2019</p>	<p>Existe relación entre nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto a la valoración del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019</p>					

<p>¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al tratamiento del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019?</p>	<p>Medir la relación que existe entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al tratamiento del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica - 2019?</p>	<p>Existe relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al tratamiento del dolor y la satisfacción del paciente post operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica -2019.</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

ANEXO 2 CUESTIONARIO CONOCIMIENTO DE MANEJO DEL DOLOR

I. PRESENTACIÓN:

Estimadas colegas, el presente instrumento tiene como propósito obtener información sobre los conocimientos de los enfermeros (as), en el manejo del dolor de los pacientes pos operados, que son atendidos en la URPA, referente a la fisiopatología, la valoración y tratamiento del dolor, a fin de conocer fortalezas y/o debilidades que en adelante sirva para la elaboración de protocolos de atención en manejo del dolor y capacitaciones permanentes. Para ello se le solicita responda las siguientes preguntas con la mayor sinceridad y veracidad posible y de acuerdo a las instrucciones precisas.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación, se le presenta una serie de enunciados el cual deberá leer y responder de acuerdo a lo que considere la respuesta correcta, encerrando en círculo la respuesta o completando los espacios punteados.

III. DATOS GENERALES:

1. Estudios de post grado: Especialista ()
Maestría () Doctorado ()
Ninguno ()

Especifique

.....

2. Años de experiencia en el servicio:
.....
3. Labora en otra institución: Si ()
No ()
4. Durante el último año ha recibido capacitación en el manejo del dolor: Si ()
No ()

IV. DATOS ESPECÍFICOS:

1. El dolor es definido como:

- a) Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real o potencial.
- b) Solo es una experiencia sensorial, asociada a una lesión hística real o potencial o que se describe ocasionada por dicha lesión.
- c) Solo es una experiencia emocional, lesión hística real o potencial.
- d) Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una enfermedad.

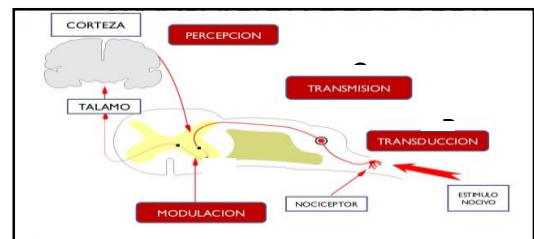
2. Respecto al dolor agudo - dolor crónico se considera respectivamente:

- a) Es inútil, destructivo, no posee función protectora - Es un signo de alarma de un daño real o potencial
- b) Dolor con función protectora - Es un signo de alarma de una daño real o potencial
- c) Es un signo de alarma de un daño real o potencial – Es inútil, destructivo, difuso, no posee función protectora.
- d) Su duración es menos de 6 semanas y de aparición brusca - Es un signo de alarma de un daño real o potencial

3. Respecto a la función de los nociceptores, marque la respuesta incorrecta

- a) Participan en la fisiología del dolor
- b) Son receptores capaces de diferenciar estímulos inocuos y nocivos
- c) No se activan frente a un estímulo nocivo
- d) Activa e incrementa el reflejo de retirada y la respuesta emocional

4. En el siguiente grafico respecto a la transmisión del dolor, la secuencia correcta es:



- a) A-B-C-D
- b) D-C-B-A
- c) B-C-A-D
- d) B-C-D-A

5.- ¿Qué tipo de neurotransmisores se desencadena cuando un paciente postoperado de apendicetomía experimenta una experiencia dolorosa?

- a) Sustancia P, adrenalina, norepinefrina,
- b) Histamina, prostaglandina, sustancia P.
- c) Glutamato, endorfina, somatostatina
- d) Histamina, prostaglandina, AINES

6. María de 57 años, pesa 95 kg e ingresa con Dx Preoperatorio de fractura de cadera, luce ansiosa y preocupada y le realizan una cirugía de artroplastia parcial de cadera con un tiempo operatorio de 5 horas, durante la cirugía surgen algunas complicaciones, en el acto quirúrgico el anestesiólogo no inicia la administración de la analgesia y cuando culmina la cirugía solo le administra Metamizol 1gr. por vía endovenosa En este caso hipotético identifique los factores que influirán en el dolor postoperatorio.

- a) Factores dependientes del paciente, de la intervención quirúrgica y de la técnica anestésica.

- b) Factores del entorno, del paciente y de la técnica anestésica.
- c) Factores dependientes del paciente, de las intervenciones quirúrgicas y ambientales.
- d) Factores ambientales, socioculturales y religiosos.
7. Respecto a las repercusiones y/o complicaciones provocadas por el dolor postoperatorio es cierto:
- a) Las complicaciones menos frecuentes son las de tipo respiratorio y cardiovascular
- b) La retención urinaria no es una complicación común a nivel del sistema urológico.
- c) El aumento de la presión intracraneana se considera la complicación más importante.
- d) El dolor crónico puede conllevar a un estado depresivo, más que el dolor agudo
8. Respecto a la valoración del dolor es cierto:
- a) Una mala valoración del dolor se asocia a un buen tratamiento del mismo
- b) Se puede elegir el tipo de tratamiento analgésico sin valoración previa
- c) No es importante que el paciente y la familia estén informados en la importancia de manifestar el dolor y las medidas disponibles para tratarlo
- d) Debe ser individualizado, englobando aspectos verbales, conductuales y fisiológicos
9. ¿Cuáles son los componentes de la evaluación del dolor?
- a) Anamnesis – examen físico – valoración psicológica
- b) Anamnesis - laboratorio – conductual
- c) Anamnesis – examen físico – laboratorio
- d) Anamnesis – laboratorio – valoración psicológica
10. Son consideraciones importantes a la hora de evaluar el dolor, excepto:
- a) Si el paciente presenta un valor según EVA > 7, se debe iniciar con el primer escalón de tratamiento
- b) Determinar el estado cognitivo del paciente y su deseo/ capacidad para colaborar.
- c) Dejar puntuar al paciente sin interferir ni juzgar
- d) Una vez haya puntuado el paciente, validar la puntuación con el paciente (saber si ha comprendido el instrumento y el significado de la puntuación).
11. ¿Qué son las escalas de valoración del dolor?
- a) Son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, permitiéndonos cuantificar la percepción subjetiva del paciente
- b) Son técnicas empleadas para valorar la presencia del dolor
- c) Son instrumentos que no permiten determinar en forma exacta el uso de los analgésicos
- d) Son estrategias que nos ayudan a saber qué tipo de dolor presenta el paciente
12. Las escalas de valoración del dolor se clasifican en:
- a) Subjetivo y objetivo
- b) Unidimensional y Subjetivo
- c) Objetivo y unidimensional
- d) Subjetivo y multidimensional
13. La escala visual analógica permite:
- a) Medir la intensidad del dolor expresada en centímetros
- b) Consiste en una línea vertical de 10 cm en cuyos extremos se encuentran las expresiones “no dolor” y “máximo dolor imaginable”
- c) En el extremo izquierdo se encuentra la mayor intensidad y en el extremo derecho la ausencia
- d) El personal de salud pregunta al paciente la intensidad del dolor y luego lo grafica en la línea
14. Respecto a la aplicación de la escala de caras pintadas, marque la respuesta correcta:
- a) Solo se aplica en niños
- b) Se aplica en niños y ancianos
- c) Se aplica en niños, ancianos, personas inconscientes, pacientes entubados, sordomudos
- d) La forma de evaluar es pedir al paciente que indique con que carita de la cartilla se identifica.
15. En el tratamiento del dolor
- a) Se debe pautar a demanda
- b) La escalera analgésica es un método complicado de utilizar
- c) Siempre hay que empezar en el primer escalón
- d) Los analgésicos adyuvantes sólo se deben utilizar cuando se ha llegado al tercer escalón
16. De las siguientes alternativas referidas a los AINES, marque la respuesta correcta
- a) Los AINES pertenecen al grupo de los opioides
- b) La analgesia proporcionada por los AINES es intensa
- c) Por vía oral son más eficaces, pero se incrementa su agresividad sobre la mucosa gástrica
- d) Se sabe que los AINES tienen un techo terapéutico alto

- b) Ambientales – emocionales – conductuales
- c) Conductuales – físicas – psicológicas
- d) Conductuales – Del entorno – motivacionales

17. En el siguiente gráfico presentado, que medicamentos corresponden al primer, segundo y tercer escalón respectivamente



- a) Fentanilo-Tramadol-Ibuprofeno
- b) Ibuprofeno-Codeína-Petidina
- c) Ibuprofeno-Tramadol-Fentanilo
- d) Metamizol-Tramadol-Petidina

18. Respecto al manejo del dolor, una de las afirmaciones no es correcta

- a) La OMS recomienda la aplicación de la escalera analgésica (primero, segundo y tercer escalón)
- b) En la escalera analgésica cada peldaño tiene una potencia analgésica mayor a la anterior.
- c) Es recomendable asociar opioides débiles y opioides potentes.
- d) En los tres escalones se pueden utilizar coadyuvantes si el tipo de dolor lo hace necesario

19. Uno de los siguientes efectos adversos de los opiáceos es el más frecuente y obliga a pautar tratamiento para prevenirlo al mismo tiempo que se inicia el tratamiento opiáceo:

- a) Estreñimiento
- b) Sedación
- c) Nauseas
- d) Confusión

20. Si un paciente pos operado refiere que padeció de úlcera gástrica, ¿Qué precauciones se debe considerar a la hora de administrar AINES?

- a) No administrar ningún AINE, a pesar de la indicación y comunicar al cirujano
- b) Se le debe administrar puesto que es una indicación del cirujano
- c) Administrarle otro analgésico no AINE, que no está indicado por el cirujano o anestesiólogo
- d) Administrarle un AINE, acompañado de un protector gástrico

21. Las medidas no farmacológicas que alivian el dolor son:

- a) Ambientales – conductuales – físicas

Categorización de puntajes general

Puntaje mínimo: 0

Puntaje máximo: 21

- **Bajo: 0 a 7**
- **Medio: 8 a 14**
- **Alto: 15 a 21**

Categorización de puntajes por dimensiones (Fisiopatología)

Puntaje mínimo: 0

Puntaje máximo: 7

- **Bajo: 0 a 2**
- **Medio: 3 a 5**
- **Alto: 6 a 7**

Categorización de puntajes por dimensiones (Valoración)

Puntaje mínimo: 0

Puntaje máximo: 7

- **Bajo: 0 a 2**
- **Medio: 3 a 5**
- **Alto: 6 a 7**

Categorización de puntajes por dimensiones (Tratamiento)

Puntaje mínimo: 0

Puntaje máximo: 7

- **Bajo: 0 a 2**
- **Medio: 3 a 5**
- **Alto: 6 a 7**

VALIDEZ CUESTIONARIO CONOCIMIENTO DE MANEJO DEL DOLOR

PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

1. BASE DE DATOS:

ÍTEMS	JUEZ					PUNTAJE	COEFICIENTE V Aiken	DECISIÓN
	1º.	2º.	3º.	4º.	5º.			
1º.	5	5	5	5	5	20	1	A
2º.	5	5	5	5	5	20	1	A
3º.	5	5	5	5	5	20	1	A
4º.	5	5	5	5	5	20	1	A
5º.	5	5	5	5	5	20	1	A
6º.	5	5	5	5	5	20	1	A
7º.	5	5	5	5	5	20	1	A
8º.	5	5	5	5	5	20	1	A
9º.	5	5	5	5	5	20	1	A
10º.	5	5	5	5	5	20	1	A
11º.	5	5	5	5	5	20	1	A
12º.	5	5	5	5	5	20	1	A
13º.	5	5	5	5	5	20	1	A
14º.	5	5	5	5	5	20	1	A
15º.	5	5	5	5	5	20	1	A
16º.	5	5	5	5	5	20	1	A
17º.	5	5	5	5	5	20	1	A
18º.	5	5	5	5	5	20	1	A
19º.	5	5	5	5	5	20	1	A
20º.	5	5	5	5	5	20	1	A
21º.	5	5	5	5	5	20	1	A
V Aiken TOTAL							1	A

2. ESTADÍSTICO DE PRUEBA:

V Aiken

3. REGLA DE DECISIÓN:

A = **Acepta**: si el valor del coeficiente V Aiken es \geq a 0,8 u 80%

R = **Rechaza**: si el valor del coeficiente V Aiken es $<$ a 0,8 u 80%

Tabla de valores V Aiken

Jueces	Acuerdos	V
5	3	0.60
	4	0.80
	5	1.00
6	4	0.67

	5	0.83
	6	1.00
7	5	0.71
	6	0.86
	7	1.00
8	6	0.75
	7	0.88
	8	1.00
9	7	0.77
	8	0.89
	9	1.00
10	8	0.80
	9	0.90
	10	1.00

4. CALCULO

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

Leyenda:

S = Sumatoria de los valores (valor asignado por el juez)

N = Número de jueces

C = Constituye el número de valores de la escala, en este caso 5 (de 0 a 4).

$$V = \frac{20}{(5(5 - 1))} = \frac{20}{20} = 1$$

5. CONCLUSIÓN:

Todos los ítems son aceptados porque el valor V Aiken es 1 este valor expresado en términos porcentuales o 100%. Para la validez del instrumento se promedió el valor de validez de cada ítem resultando el V Aiken igual a 1 que expresado porcentualmente es 100%.

CONFIABILIDAD CUESTIONARIO CONOCIMIENTO DE MANEJO DEL DOLOR

1º. Aplicar el instrumento a una muestra piloto de 10 enfermeros.

2º. Aplicar la fórmula:

$$Kuder - Richardson 21 = KR - 21 = \left(\frac{k}{k - 1} \right) \left(1 - \frac{\bar{X}(k - \bar{X})}{k\sigma_t^2} \right)$$

Donde:

k=número de ítems

\bar{X} =Media de los totales

σ_t^2 = varianza de los totales

Resultado:

KR = 0,72 = 72%

3º. Escala de Kuder Richardson:

- De 0,00 a 0,20 = Muy baja
- De 0,21 a 0,40 = Baja
- De 0,41 a 0,60 = Regular
- De 0,61 a 0,80 = Aceptable
- De 0,81 a 1,00 = Elevada

4º. Conclusión:

El instrumento presenta una CONFIABILIDAD ACEPTABLE, por presentar un KR igual a 0,72; es decir tiene una confiabilidad del 72%.

ANEXO 3

ESCALA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Estimado sr. Sra. Solicito su participación en la presente investigación cuyo objetivo es “determinar de qué manera influye los conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo del dolor en la satisfacción del paciente post operado mediato”, para lo cual le entrevistare; acerca de la atención que usted ha recibido del personal de enfermería durante su estadía en centro quirúrgico, es de carácter anónimo y servirá para mejorar la calidad en el cuidado de la enfermera.

Edad.....

Sexo M.....F.....

Grado de Instrucción

A continuación, le entrevistaré en base a las siguientes preguntas elaboradas, que tiene cuatro posibles respuestas de la cuales Ud. Responderá lo que crea conveniente sobre la base de las alternativas siguientes que le mencionare.

- 3. SIEMPRE: Cuando esa actividad lo observa siempre
- 2. FRECUENTEMENTE: Cuando esas actividades los observa frecuentemente
- 1. A VECES: Cuando esa actividad lo realiza de vez en cuando
- 0. NUNCA: nunca realiza la actividad

Categorización de la satisfacción del paciente adulto quirúrgico

Nivel de insatisfacción 0 a 18 puntos.

Nivel de satisfacción intermedia 19 A 36 puntos.

Nivel de satisfacción completa 37 a 54 puntos.

	ASPECTOS A EVALUAR	S	F	AV	N
		3	2	1	0
1	¿En todo momento el enfermero se encontraba cerca a usted?				
2	¿EL enfermero se presentó ante usted?				
3	El enfermero le saludo por su nombre?				
4	El enfermero le pregunto cómo se siente después de la cirugía si presenta dolor?				
5	La enfermera se acercó con gestos amables?				
6	El tono de voz de la enfermera fue comprensivo?				
7	Cuándo usted manifestó sus preocupaciones respecto al dolor que tenía lo escucho y le dio alguna explicación?				
8	¿La enfermera le aviso a su familiar su estado de salud, al pedido suyo?				
9	El enfermero le informa en forma clara y precisa los cuidados post operatorios(tipo de herida, manejo de dolor,Etc)				
10	El enfermero le pregunto respecto a la localización de dolor (a nivel de donde le duele)				
11	El enfermero le pregunto respecto a la intensidad de dolor (del 1 al 10 cuanto lo duele)				
12	Ante el dolor que presentaba el enfermero le ayudo a realizar cambios posturales				
13	Cuando presentaba dolor, el enfermero le administro el medicamento (analgésico) en forma oportuna.				
14	El enfermero le explica la función que cumple el medicamento durante su administración				
15	Durante la administración del analgésico el enfermero estaba atento a los efectos adversos que se puede presentar como es (nauseas, rash cutáneo, hipotensión, retención urinaria etc.)				
16	Luego de administrar el medicamento el profesional de enfermería te pregunto si disminuyo la intensidad del dolor				
17	El enfermero en su actuar ¿le hizo sentir importante como persona				
18	El enfermero antes que pase a hospitalización le aplica la escala de dolor (EVA)				

VALIDEZ ESCALA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

1. BASE DE DATOS:

ÍTEMS	JUEZ					PUNTAJE	COEFICIENTE V Aiken	DECISIÓN
	1º.	2º.	3º.	4º.	5º.			
1º.	5	5	5	5	5	20	1	A
2º.	5	5	5	5	5	20	1	A
3º.	5	5	5	5	5	20	1	A
4º.	5	5	5	5	5	20	1	A
5º.	5	5	5	5	5	20	1	A
6º.	5	5	5	5	5	20	1	A
7º.	5	5	5	5	5	20	1	A
8º.	5	5	5	5	5	20	1	A
9º.	5	5	5	5	5	20	1	A
10º.	5	5	5	5	5	20	1	A
11º.	5	5	5	5	5	20	1	A
12º.	5	5	5	5	5	20	1	A
13º.	5	5	5	5	5	20	1	A
14º.	5	5	5	5	5	20	1	A
15º.	5	5	5	5	5	20	1	A
16º.	5	5	5	5	5	20	1	A
17º.	5	5	5	5	5	20	1	A
18º.	5	5	5	5	5	20	1	A
V Aiken TOTAL							1	A

2. ESTADÍSTICO DE PRUEBA:

V Aiken

3. REGLA DE DECISIÓN:

A = **Acepta**: si el valor del coeficiente V Aiken es \geq a 0,8 u 80%

R = **Rechaza**: si el valor del coeficiente V Aiken es $<$ a 0,8 u 80%

Tabla de valores V Aiken

Jueces	Acuerdos	V
5	3	0.60
	4	0.80
	5	1.00
6	4	0.67
	5	0.83
	6	1.00
7	5	0.71
	6	0.86

	7	1.00
8	6	0.75
	7	0.88
	8	1.00
9	7	0.77
	8	0.89
	9	1.00
10	8	0.80
	9	0.90
	10	1.00

4. CALCULO

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

Leyenda:

S = Sumatoria de los valores (valor asignado por el juez)

N = Número de jueces

C = Constituye el número de valores de la escala, en este caso 5 (de 0 a 4).

$$V = \frac{20}{(5(5 - 1))} = \frac{20}{20} = 1$$

5. CONCLUSIÓN:

Todos los ítems son aceptados porque el valor V Aiken es 1 este valor expresado en términos porcentuales o 100%. Para la validez del instrumento se promedió el valor de validez de cada ítem resultando el V Aiken igual a 1 que expresado porcentualmente es 100%.

CONFIABILIDAD ESCALA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

1º. Se aplicó el instrumento a una muestra de 10 pacientes.

2º. Estadístico de prueba:

Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left[1 - \frac{\sum S_r^2}{S_t^2} \right]$$

Leyenda:

k = Número de reactivos.

$\sum S_r^2$ = Varianza de cada reactivo.

S_t^2 = Varianza del instrumento.

3°. Resultado del estadístico de prueba:
Alfa de Cronbach

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,771	14

4°. Escala de alfa de Cronbach:

- De 0,00 a 0,20 = Muy baja
- De 0,21 a 0,40 = Baja
- De 0,41 a 0,60 = Regular
- De 0,61 a 0,80 = Aceptable
- De 0,81 a 1,00 = Elevada

5°. Conclusión:

El resultado de la aplicación del alfa de Cronbach arrojó un valor igual a 0,771 que indica una **CONFIABILIDAD ACEPTABLE**.

ANEXO 4 BASE DE DATOS

Conocimiento del manejo del dolor

C M D_ 1	C M D_ 2	CM D_ 3	CM D_ 4	CM D_ 5	CM D_ 6	CM D_ 7	CM D_ 8	CM D_ 9	CM D_ 10	CM D_ 11	CM D_ 12	CM D_ 13	CM D_ 14	CM D_ 15	CM D_ 16	CM D_ 17	CM D_ 18	CM D_ 19	CM D_ 20	CM D_ 21
a	c	c	c	b	a	d	d	a	a	a	a	a	b	a	b	c	a	d	a	
a	c	c	c	b	a	b	d	a	a	a	a	c	c	c	a	c	c	d	a	
a	c	c	b	c	a	d	d	b	a	a	a	c	c	c	b	c	c	d	a	
a	b	c	d	a	a	d	c	a	a	b	a	a	c	a	b	d	c	c	d	d
a	a	c	d	d	a	c	d	a	a	b	a	a	c	b	c	d	c	c	d	a
a	c	c	d	b	a	d	d	a	a	b	a	a	d	b	c	d	c	a	c	a
a	c	d	d	b	a	d	c	a	a	a	a	a	c	a	b	c	c	c	c	a
a	c	c	d	c	a	d	d	a	a	a	a	a	b	a	c	d	b	a	d	a
a	c	c	d	b	a	c	d	b	a	A	a	a	c	a	c	c	b	c	d	a
a	c	c	c	b	a	d	d	b	a	A	a	a	c	a	c	b	c	a	d	a
a	b	c	c	c	a	d	d	a	a	A	a	a	b	a	b	d	c	a	d	a
a	c	c	c	b	b	a	d	a	a	A	a	a	a	a	c	c	c	c	d	a
a	b	b	d	b	a	c	a	b	d	A	a	a	b	b	b	d	b	c	a	a
a	b	c	c	c	a	d	d	a	a	A	a	a	a	a	b	a	a	a	a	a
a	b	d	d	b	a	b	d	d	a	A	a	b	a	b	a	d	c	a	d	a
a	c	d	d	b	a	d	c	a	a	A	a	b	a	a	b	c	c	c	d	a
a	c	c	c	d	a	d	a	a	a	A	a	a	a	c	c	d	b	a	d	a
a	b	c	c	b	d	d	d	c	a	A	a	a	a	a	c	d	c	a	d	a

Satisfacción del paciente

sat_ 1	sat_ 2	sat_ 3	sat_ 4	sat_ 5	sat_ 6	sat_ 7	sat_ 8	sat_ 9	sat_ 10	sat_ 11	sat_ 12	sat_ 13	sat_ 14	sat_ 15	sat_ 16	sat_ 17	sat_ 18
2	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2
2	2	1	2	2	2	2	3	3	2	2	1	3	3	3	2	2	1
1	3	3	2	3	2	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3
1	2	2	3	1	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2
2	3	2	2	2	1	2	3	2	2	1	2	2	3	3	3	2	2
1	2	1	2	2	3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2
1	1	2	2	2	1	1	1	3	2	1	1	1	1	3	2	3	2
2	2	3	1	2	1	1	1	3	3	3	1	2	3	2	2	1	1
1	3	3	1	2	2	3	2	2	3	1	3	1	2	3	2	2	1
1	2	3	1	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	3	2	1	3
2	1	1	1	3	2	1	3	1	1	1	3	2	2	1	3	3	3
1	2	2	1	3	2	2	1	2	3	3	3	3	2	2	3	2	1
2	1	2	2	1	2	2	1	3	2	2	2	1	2	2	1	2	1
1	3	3	2	3	2	2	3	2	3	1	3	3	3	3	3	2	1
1	2	2	1	2	2	1	3	2	2	1	3	1	2	2	2	2	2
2	2	1	1	3	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1
1	2	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3
1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	3	1	1	2	1	2
1	2	3	2	1	1	1	3	2	3	1	3	3	2	3	3	3	2
1	1	2	3	3	1	2	1	1	1	3	2	2	2	2	3	2	1
2	3	2	3	2	3	1	3	1	1	2	3	1	3	3	2	1	1
2	2	3	1	2	1	1	1	1	3	3	3	3	1	1	3	3	2
2	1	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	1	3	3	2	3	2
2	2	1	2	2	3	1	3	2	3	3	3	3	1	3	3	3	3
2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2

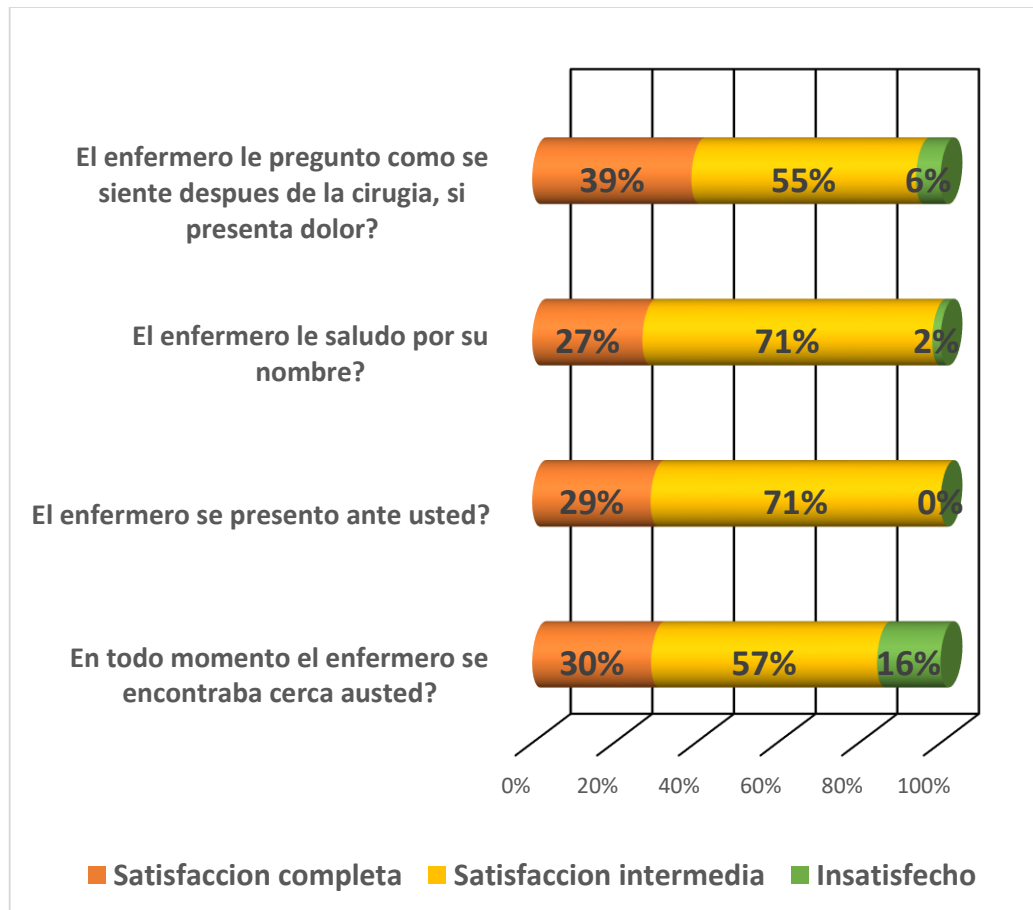
2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	3	1	1	2	2	2	3
2	2	1	3	3	1	2	3	2	1	3	1	1	1	1	1	2	2	
1	1	2	1	1	3	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	
2	3	2	2	3	2	1	3	3	3	3	2	2	1	3	3	2	2	
2	1	3	2	2	3	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	
2	3	3	1	1	1	1	2	3	3	3	2	1	1	1	2	1	3	
2	2	2	3	2	1	1	1	3	1	2	1	2	1	2	2	2	2	
1	1	2	1	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2	1	
1	3	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	
1	2	1	1	3	1	2	1	2	1	3	3	2	3	1	3	2	2	
1	1	1	1	2	3	2	3	1	3	3	1	3	2	1	3	1	1	
2	3	2	3	3	1	3	3	1	3	1	1	2	2	3	3	2	3	
2	2	2	2	2	1	2	2	1	3	3	3	3	2	2	1	1	3	
1	3	3	2	3	3	1	2	1	3	3	2	3	3	3	2	1	1	
1	1	2	3	2	1	2	2	1	1	3	1	3	2	1	2	3	1	
2	2	3	1	3	1	3	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	
1	3	1	1	3	1	1	2	2	2	3	3	3	1	1	2	2	1	
2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	
2	1	1	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	1	3	
2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	1	2	2	3	1	1	2	3	
1	1	3	2	2	2	3	1	3	1	2	3	2	1	2	2	3	3	
1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	3	1	2	2	2	3	2	
1	2	3	1	1	3	3	2	1	1	3	3	2	1	3	3	2	1	
2	2	3	1	3	2	3	3	2	3	1	2	2	1	2	3	1	1	
2	1	1	3	1	3	3	1	1	2	3	2	3	3	1	1	2	2	
1	1	2	2	3	1	1	1	3	1	3	2	1	3	1	2	2	2	
2	2	1	2	1	1	2	3	3	3	2	1	2	2	2	1	3	3	
2	3	3	1	1	1	1	1	3	1	3	3	3	2	1	2	1	1	
1	3	1	3	1	2	1	1	1	3	1	1	2	1	3	2	2	2	
1	2	3	2	2	3	3	2	1	3	3	3	1	1	3	1	2	1	
1	1	3	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	
2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	
2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	
2	2	1	3	2	3	2	1	3	3	1	1	3	2	2	2	3	2	

sat_1	sat_2	sat_3	sat_4	sat_5	sat_6	sat_7	sat_8	sat_9	sat_10	sat_11	sat_12	sat_13	sat_14	sat_15	sat_16	sat_17	sat_18
2	1	1	3	2	3	3	1	1	1	3	2	3	3	2	1	1	1
1	1	1	3	2	2	1	3	3	2	3	1	2	1	3	2	2	2
1	2	3	3	3	1	2	3	3	2	3	3	2	2	1	3	3	1
2	2	1	3	3	2	3	2	2	2	1	3	3	1	2	1	3	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2
2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	1	1	1	3	2	2	2	1
2	2	1	3	1	1	1	2	1	3	1	2	1	3	1	3	2	3
2	1	3	3	2	3	2	2	1	2	1	3	2	3	2	1	2	2
2	2	3	2	2	3	1	1	1	2	2	3	1	1	2	2	2	1
1	3	3	3	2	1	2	2	3	2	2	1	3	3	3	1	2	2
2	2	2	1	1	2	3	3	2	3	2	2	1	3	2	1	1	2
2	2	3	2	1	2	1	3	2	3	1	2	2	1	1	2	1	3
1	2	1	1	1	2	2	1	2	3	1	1	1	2	3	2	1	2
1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1
2	1	3	1	3	3	2	1	3	2	2	1	3	1	3	2	2	3
2	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3	1	2	2	2	1

2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2
2	3	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	3	1
1	3	1	2	3	3	2	2	2	1	2	3	3	3	2	1	2	2
2	2	3	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	3	3	2	3
1	3	2	3	2	2	2	1	3	3	1	1	1	2	1	3	1	2
2	3	1	1	2	3	2	2	2	3	2	1	2	3	1	2	1	2
1	1	3	2	3	3	2	2	3	2	1	3	2	1	2	2	3	3
2	1	1	3	3	3	3	3	2	2	1	1	2	1	1	1	2	3
1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1
2	1	2	2	3	2	3	1	1	2	3	3	1	1	2	1	1	1
1	1	1	2	1	1	2	3	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1
2	2	3	1	1	3	1	1	1	1	1	3	3	3	3	1	1	1
2	2	3	1	1	3	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	3
2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	3	1	3	2	3	3
2	1	3	2	2	1	2	1	1	1	1	3	1	1	3	1	1	3
1	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	1	3	2	3	2	1
1	2	1	1	3	2	1	3	3	1	3	2	3	3	2	1	3	2
2	1	2	2	3	2	1	3	3	2	1	1	3	2	1	3	3	2
1	2	3	3	2	3	2	1	3	1	1	3	3	1	2	2	3	3
2	3	2	2	2	1	3	2	1	2	3	1	2	1	3	3	3	3
2	2	2	3	2	3	3	2	1	2	3	3	2	2	3	1	3	2
1	1	3	1	1	2	3	2	2	2	1	3	1	1	2	3	1	2
1	2	3	2	2	1	1	1	3	1	1	3	1	2	3	3	2	1
2	2	1	3	1	1	2	1	2	3	2	1	3	2	3	3	3	2
2	1	3	3	3	1	2	3	3	1	2	2	2	1	3	1	1	2
1	3	1	1	3	2	3	3	3	3	3	3	2	1	3	2	3	3
1	1	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	1	2	1	2
2	2	1	2	3	2	2	3	3	2	3	2	1	1	3	2	1	3
1	1	2	3	1	3	3	1	2	2	2	3	3	3	3	3	1	1
1	3	2	1	3	3	2	3	2	2	2	1	3	3	2	1	3	2
2	2	2	1	3	3	2	2	2	2	2	1	2	3	3	3	2	1
1	2	1	1	2	3	1	1	2	1	1	3	2	3	3	1	1	3

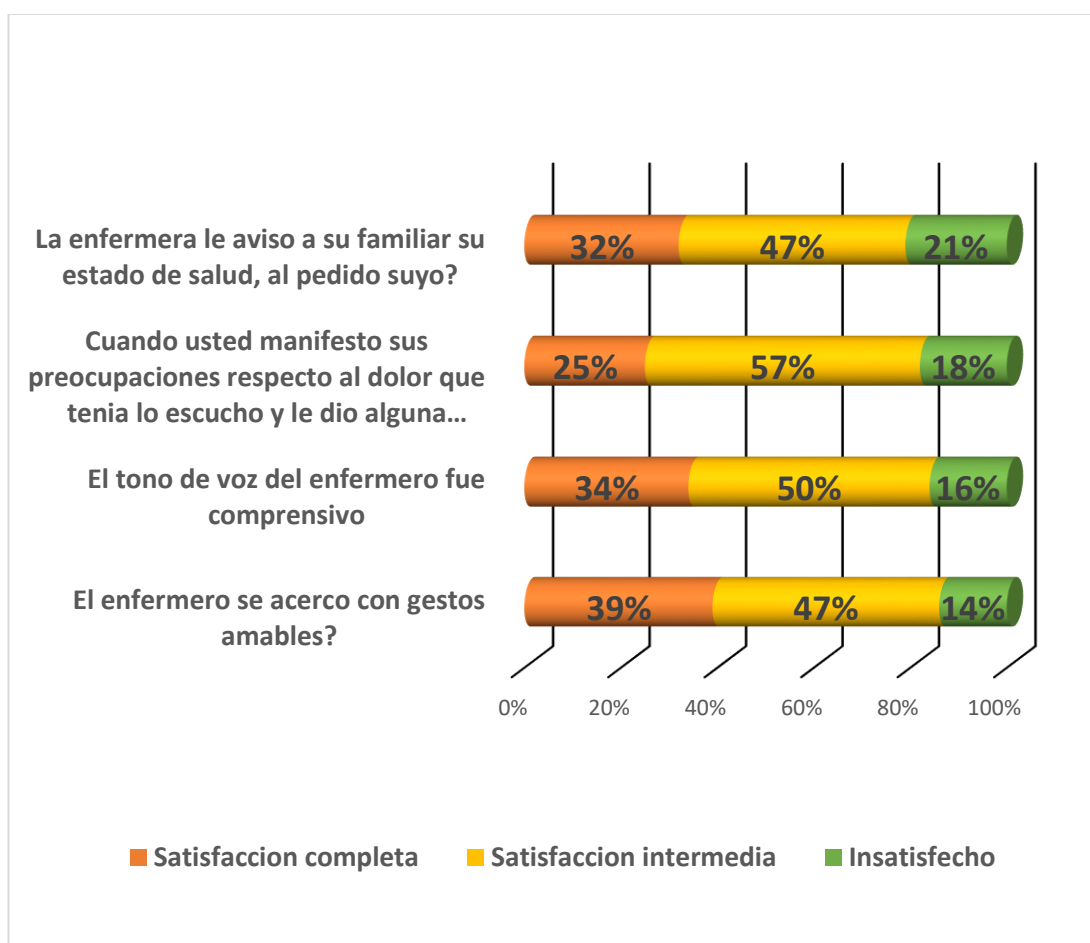
ANEXO 5
OTROS RESULTADOS DE LA VARIABLE SATISFACCION DEL PACIENTE

GRÁFICO N° 7 Satisfacción del paciente post operado mediato en la dimensión cortesía por ítems en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica, 2019



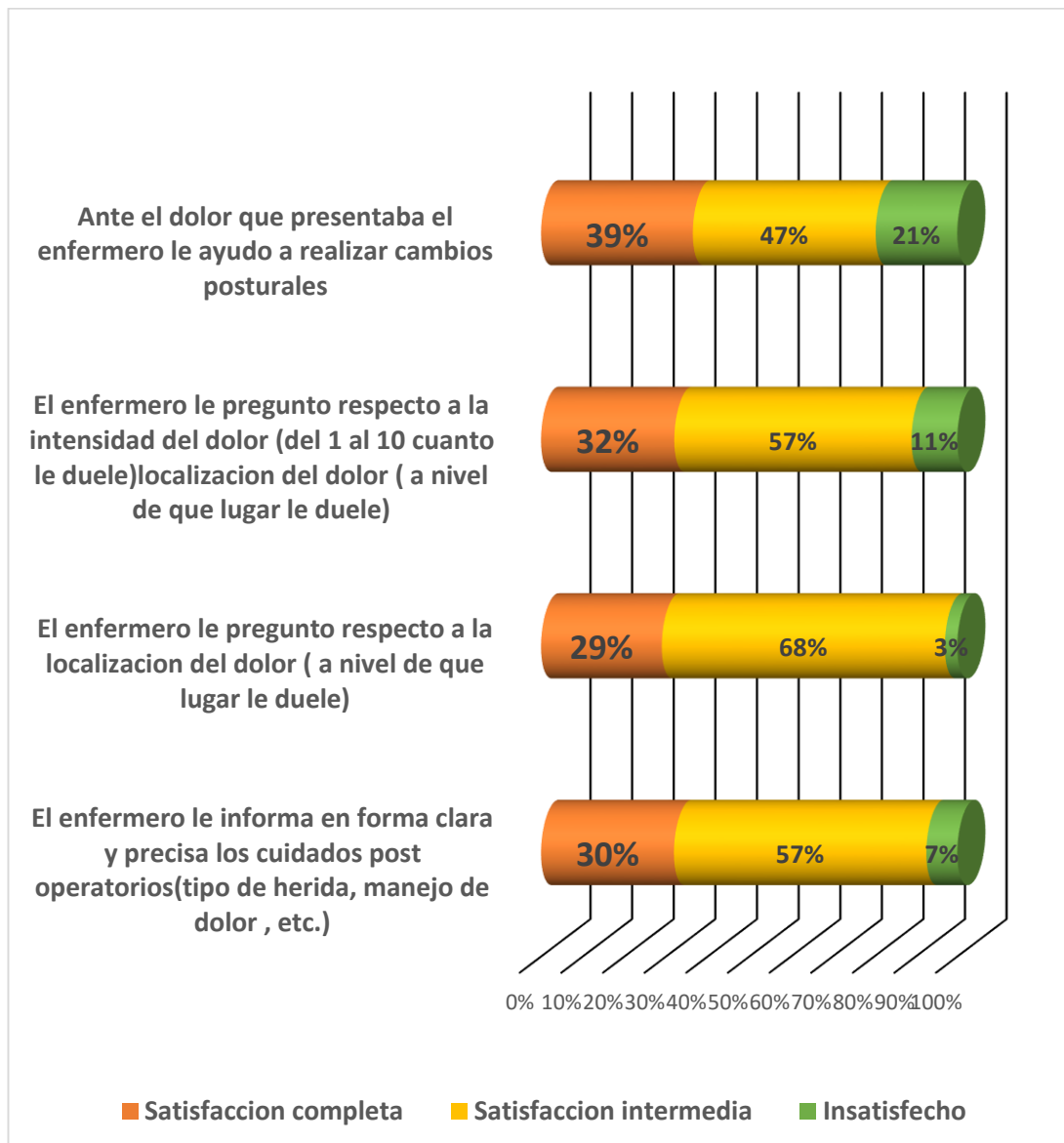
FUENTE: BASE DE DATOS

**GRÁFICO N° 8 Satisfacción del paciente post operado
mediato en la dimensión educación y relaciones
interpersonales
por ítems en el Hospital Zacarías Correa Valdivia,
Huancavelica, 2019**



FUENTE: BASE DE DATOS

**GRÁFICO N° 9 Satisfacción del paciente post operado
mediato en la dimensión campo profesional
por ítems en el Hospital Zacarías Correa Valdivia,
Huancavelica, 2019**



FUENTE: BASE DE DATOS

GRÁFICO N° 10 Satisfacción del paciente post operado mediato en la dimensión seguridad y credibilidad por ítems en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica, 2019



FUENTE: BASE DE DATOS