

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONOCIMIENTO Y PRACTICA SOBRE LA TERAPIA DEL DOLOR EN
LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II
ESSALUD, AYACUCHO 2020**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTORES:

YENY KARINA ABURTO MOISES

MIRTHA SOLEDAD NINA SULLCARAYME

HAYDEE MOROTE FLORES

Callao - 2020

PERÚ

DEDICATORIA

A Dios por brindarme esta
oportunidad para seguir
superándome profesionalmente con
esta noble especialidad.

AGRADECIMIENTO

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, la cual abrió y abre sus puertas a profesionales para su especialización en el área preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

A los Docentes de la Especialidad en Emergencias y Desastres, a quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos y enseñanzas aprendidas en el aula.

A nuestra docente de investigación quien mediante su exigencia a lo largo de este tiempo nos ha encaminado a poner a prueba todas nuestras capacidades y conocimientos en el desarrollo de la presente tesis.

ÍNDICE

	Pág.
HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN.....	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE.....	v
TABLAS DE CONTENIDO.....	vii
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I:	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1.Descripción de la realidad problemática	5
1.2. Formulación del Problema	8
1.3.Objetivos	9
1.4. Limitantes de la investigación.....	9
CAPÍTULO II:	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	10
2.2. Marco	15
2.2.1. Teórico	15
2.2.2. Conceptual	18
2.2.3. Teórico – conceptual	19
2.3. Definición de términos básicos.....	27
CAPÍTULO III:	
HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1. Hipótesis.....	29
3.2. Variables	29
3.3. Operacionalización de variables.....	31

CAPÍTULO IV:
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.	Tipo y diseño de investigación	32
4.2.	Población y muestra.....	32
4.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de la información.	33
4.4.	Técnicas e instrumentos para la recolección de la información de campo.....	33
4.5.	Análisis y procesamiento de datos	34

CAPÍTULO V:
RESULTADOS

5.1.	Resultados descriptivos.....	35
5.2.	Resultados inferenciales	36

CAPÍTULO VI:
DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1.	Contrastación de la hipótesis	52
6.2.	Contrastación de los resultados con estudios similares.	58
6.3.	Responsabilidad ética.	56
	CONCLUSIONES	59
	RECOMENDACIONES.....	60
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
	ANEXOS.....	65
-	Instrumentos validados.....	
-	Consentimiento informado.....	
-	Base de datos	

TABLAS DE CONTENIDO

Pág.

Tabla 1: Características del Profesional de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud, Ayacucho 2020.....	36
Tabla 2:Práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud en relación al conocimiento, Ayacucho 2020.....	40
Tabla 3:Conocimiento y práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Huamanga Essalud en relación al sexo, Ayacucho 2020.....	41
Tabla 4:Conocimiento y Práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud en relación a la edad, Ayacucho 2020.....	43
Tabla 5:Conocimiento y Práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud en relación al tiempo de servicio, Ayacucho 2020.....	45
Tabla 6:Conocimiento y Práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud en relación a la condición laboral, Ayacucho 2020.....	47
Tabla 7:Conocimiento y Práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud en relación a la capacitación sobre manejo del dolor, Ayacucho 2020.....	49
Tabla 8:Conocimiento y práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud en relación a la especialidad en emergencia y desastres, Ayacucho 2020.....	51

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE LA TERAPIA DEL DOLOR EN
LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II
ESSALUD, AYACUCHO 2020.**

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal determinar la relación entre el conocimiento y la práctica en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud – Ayacucho año 2020. El tipo de investigación fue aplicada, diseño de investigación correlacional causal. La población de estudio estuvo conformada por profesionales en enfermería de ambos sexos del servicio y la muestra de estudio estuvo conformada por 30 profesionales de enfermería. El lugar de estudio fue Hospital II Essalud – Ayacucho servicio de emergencia. Resultados: el 96.7% (29) profesionales en estudio fueron del sexo femenino, 60.0% (18) tuvieron edades de 30 a 40 años, 80.0% (24) tuvieron tiempo de servicios de 6 a más años, 76.7% fueron de condición laboral nombrados, 53.3% (16) recibieron capacitación sobre el manejo del dolor y 76.7% (23) fueron con especialidad en emergencias y desastres. Asimismo, 80.0% (24) de profesionales de enfermería tuvieron nivel de conocimiento bajo y el 20.0% (6) tuvieron conocimiento medio y el 66.7% (20) tuvieron prácticas correctas sobre la terapia del dolor y el 33.3% (10) tuvieron prácticas incorrectas. Del 66.7% (20) de profesionales con prácticas sobre la terapia del dolor correcto, el 50.0% (15) tuvieron conocimiento bajo y el 16.7% (5) conocimiento bueno. Finalmente, del 33.3% (10) de profesionales con prácticas sobre la terapia del dolor incorrecto, el 30.0% (9) tuvieron conocimiento bajo y el 3.3% (1) conocimiento medio. Conclusiones: El conocimiento no está relacionado con las prácticas sobre terapia del dolor en los profesionales de enfermería ($p=0.3329$).

Palabra clave: Nivel de conocimiento, prácticas sobre terapia del dolor.

**KNOWLEDGE AND PRACTICE ON PAIN THERAPY IN NURSES OF
THE EMERGENCY SERVICE OF THE II ESSALUD HOSPITAL, AYACUCHO
2020.**

ABSTRACT

The main objective of this research is to determine the relationship between knowledge and practice in pain therapy in the Nurses of the Emergency Service at Hospital II Essalud - Ayacucho in 2020. The research type was applied, causal correlational research design. The study population consisted of nursing professionals of both sexes in the service and the study sample was made up of 30 nursing professionals. The place of study was Hospital II Essalud - Ayacucho emergency service. Results: 96.7% (29) professionals in the study were female, 60.0% (18) had ages 30 to 40 years, 80.0% (24) had service time from 6 years to more, 76.7% were of employment status appointed, 53.3% (16) received training in pain management and 76.7% (23) were specialized in emergencies and disasters. Likewise, 80.0% (24) of nursing professionals had a low level of knowledge and 20.0% (6) had medium knowledge and 66.7% (20) had good practices on pain therapy and 33.3% (10) had incorrect practices. Of 66.7% (20) of professionals with practices in correct pain therapy, 50.0% (15) had low knowledge and 16.7% (5) had good knowledge. Finally, of the 33.3% (10) of professionals with practices on incorrect pain therapy, 30.0% (9) had low knowledge and 3.3% (1) medium knowledge. Conclusions: Knowledge is not related to pain therapy practices in nursing professionals ($p=0.3329$).

Keyword: Level of knowledge, practices on pain therapy.

INTRODUCCIÓN

El dolor como diagnóstico de enfermería está considerado dentro del marco conceptual de enfermería desarrollado por la Asociación de Diagnósticos de Enfermería de Norteamérica (Nanda), la cual se aprobó en 1998. Este se ubica dentro del patrón cognitivo-perceptual de las ocho categorías diagnósticas aprobadas en este patrón, todas explican patrones disfuncionales sensorio-perceptuales y cognitivos. El dolor como respuesta humana se define como el estado por el cual el individuo experimenta y se queja, de una molestia grave o sensación desagradable. Uno de los aspectos fundamentales para abordar la problemática en el manejo y valoración del dolor se enfoca en el desarrollo de instrumentos a utilizar que favorezcan la recepción de información válida y con elevado grado de confiabilidad. Para abordar el dolor de manera eficaz, es indispensable evaluarlo correctamente, si bien viene a ser una experiencia subjetiva, las escalas asignadas para la evaluación del dolor son válidas cuando son utilizadas apropiadamente.

Lo ideal en el control del dolor es mantener la concentración plasmática sostenida del fármaco, cualquiera que sea su vía de administración así como los dispositivos usados para su administración, por lo que es necesario que las enfermeras conozcan lo relativo a la farmacocinética y farmacodinamia como sustento de sus acciones, pues es enfermería la que se responsabiliza de la adecuada valoración del dolor, así como la administración correcta de los fármacos, todo esto contribuye a que el paciente tenga una buena Terapia del Dolor, teniendo como objetivo aliviar su dolencia. Un aspecto trascendente del manejo del dolor es aliviar los aspectos concomitantes tales como: náuseas, ansiedad, y disnea, puesto que sin el manejo adecuado de estos no se logrará un alivio efectivo al dolor o sufrimiento del paciente.

Además, la adecuada valoración del dolor requiere determinar no solo su intensidad, sino su localización y cualidad, siendo precisa una monitorización

del mismo, ya que muchos tipos de dolor pueden cambiar de características.

Es importante mencionar que La Terapia del dolor y su valoración debe realizarse mediante un equipo multidisciplinario. Dentro de este equipo el papel de enfermería frente administración y valoración del dolor, es fundamental ya que son los profesionales que más tiempo pasan con los pacientes en las unidades de emergencia, para lo cual el personal de Enfermería debe tener un adecuado conocimiento y prácticas acerca de Terapia del Dolor, a fin de favorecer una pronta recuperación en el paciente. La gestión oportuna y efectiva del dolor es una competencia y responsabilidad de los profesionales de enfermería. La eficaz valoración y manejo del dolor, y la terapia personalizada, corresponden ser los estándares del cuidado, que se vinculen y repercutan en la calidad de atención de pacientes que padecen de dolor.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El dolor es un problema que aqueja a las personas que sufren de una patología sea esta aguda o crónica y que cada vez se hace más frecuente e intensa trayendo como consecuencia sufrimiento, actitud negativa

La Internacional Association for the Study of Pain, (IASP) elaboró la definición que más ampliamente se ha adoptado para definir el dolor: “Experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial. De una manera más práctica y clínica se podría definir como “una experiencia sensitiva desagradable acompañada de una respuesta. (1)

El dolor agudo tiene un inicio repentino es de duración breve en el tiempo y con remisión paralela a la causa que lo produce. Existe una relación estrecha temporal y causal con la lesión tisular o la estimulación nociceptiva provocada por una enfermedad. De manera menos frecuente, puede asociarse etiológicamente con un proceso neuropático.

El dolor crónico, se extiende más allá de la lesión tisular o la afectación orgánica con la que, inicialmente, existió relación. También puede estar relacionado con la persistencia y repetición de episodios de dolor agudo, con la progresión de la enfermedad, con la aparición de complicaciones de las mismas y con cambios degenerativos en estructuras óseas y músculoesqueléticas. Ejemplos de lo dicho son el cáncer, fracturas patológicas secundarias, artrosis y artritis, neuralgia postherpética, etc.

En un contexto clínico, la evaluación del dolor implica ciertas diferencias derivadas del carácter agudo o crónico del dolor. En el dolor agudo, el curso

temporal y la relación con la lesión que lo produce, tiene un mensaje fisiológico de aviso y el paciente suele sentir ansiedad relacionada con el dolor, su valoración es más fácil debido a que no está influido por tantos factores. En el caso del dolor crónico, al estar influido por muy diversos factores, es un fenómeno más complejo de evaluar.

Respecto a los procedimientos de evaluación, se dispone de instrumentos muy diversos que pueden ser clasificados en función de diferentes criterios. Según el criterio de la inferencia requiere la interpretación de datos obtenidos a través de las Medidas subjetivas, obtenidas del propio paciente: Entrevista clínica, autoinformes, y autorregistros y las Medidas objetivas, que comprenden: observación directa de la conducta del paciente y de su entorno en relación al dolor, respuestas fisiológicas y determinaciones bioquímicas.

Además de basar la evaluación del dolor en varios aspectos, es conveniente evaluar un mismo aspecto mediante procedimientos distintos. En este sentido, conviene recordar la norma básica de “poner los instrumentos al servicio de la información”, en lugar de supeditar la evaluación a la disponibilidad o facilidad de acceso a ciertos instrumentos. Hay que entender siempre la evaluación como el conjunto de procedimientos que ayuden al paciente a informar, ya que es el principal, y a veces el único, “banco de datos” respecto al dolor.

Aliviar el dolor es un derecho del ser humano y una obligación ética de los profesionales sanitarios. El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (2) hace énfasis en el derecho a un nivel adecuado de salud y bienestar, llevando implícito el derecho al adecuado tratamiento del dolor.

Con respecto a la disciplina de las enfermeras, la NANDA recurre al concepto propuesto por la International Association for the Study of Pain para la definición de dolor y plantea diagnóstico enfermeros para este caso: “Dolor agudo (00132)” (3).

El dolor agudo tiene un inicio brusco y dura menos de 6 meses. Se relaciona con lesión tisular por traumatismo, intervención quirúrgica o inflamación en partes del cuerpo así mismo se considera al dolor como un hecho subjetivo, multidimensional y condicionado por diversos factores intrínsecos (ansiedad, miedo o experiencias previa) y extrínsecos (ansiedad de los progenitores, técnicas invasivas o tratamiento inadecuado).

Es escaso, el conocimiento y el manejo de escalas para cuantificar el dolor; este desconocimiento e insuficiente uso se hace extensible a los métodos no farmacológicos de alivio del dolor. Investigaciones realizadas con anterioridad refieren ciertas deficiencias en la formación del personal de enfermería sobre el manejo y terapia del dolor; es escaso, el conocimiento y el manejo de escalas para cuantificar el dolor; este desconocimiento e insuficiente uso se hace extensible a los métodos no farmacológicos de alivio del dolor.

En el Hospital II Essalud de Ayacucho, acuden una gran cantidad de pacientes; con diferentes diagnósticos y se puede observar los pacientes con fracturas, oncológicos, con diagnósticos de colecistitis, pancreatitis, entre otros, distribuidos en las diferentes salas de observaciones en el Servicio de Emergencia

Así también se puede observar que por la mayor demanda de la atención de pacientes a nuestro cargo es que muchas veces no se puede valorar adecuadamente el dolor en el paciente así como la cantidad de casos a nuestro cuidado que va desde seis a doce pacientes según sea la sala de atención en donde se encuentre los mismos que pueden estar con grado de dependencia V, IV y III en su mayoría Otros aspectos importantes a cerca de la atención del paciente es el desconocimiento de algunos dispositivos que ayudan a disminuir el dolor como son la bomba elastomérica y la administración correcta de algunos fármacos esta realidad se puede ver en momentos que los pacientes que llegan a la emergencia con catéter

subcutáneo; estos no son utilizados en la administración de medicamentos, debiendo de canalizar al paciente una vía endovenosa para un tratamiento continuo del dolor, desaprovechando así esta vía de administración. Así también el paciente que esta con vía subcutánea, para administración de fármacos en forma continua como son la bomba elastomérica se denota que estos dispositivos se pueden encontrarse clampados, de forma inadecuada, o se observa que en la zona de punsi3n signo de flebitis, infiltraci3n, etc

Por estas situaciones nos atrevemos a plantear y desarrollar la siguiente investigaci3n:

1.2. Formulaci3n del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Qu3 relaci3n tiene el conocimiento y la pr3ctica en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud –Ayacucho a3o 2020?

1.2.2. Problemas espec3ficos

- a. ¿El conocimiento de la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud –Ayacucho tendr3 una distribuci3n homog3nea?
- b. ¿La pr3ctica en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud –Ayacucho tendr3 una distribuci3n homog3nea?
- c. ¿El conocimiento y pr3cticas en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Huamanga Essalud – Ayacucho estar3 relacionado con el sexo, edad, tiempo de servicio, condici3n laboral, capacitaci3n sobre el manejo del dolor y especialidad realizada en emergencia y desastres?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

- Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud – Ayacucho año 2020.

1.3.2 Objetivos específicos

- a. Identificar la tendencia del conocimiento de la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud – Ayacucho.
- b. Determinar la tendencia de la práctica en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud – Ayacucho.
- d. Determinar si el conocimiento y prácticas en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud – Ayacucho están asociadas al sexo, edad, tiempo de servicio, condición laboral, capacitación sobre el manejo del dolor y especialidad realizada en emergencia y desastres.

1.4. Limitantes de la investigación

- El escaso tiempo disponible de las licenciadas en Enfermería en el área de emergencia del hospital II Essalud - Ayacucho, para poder contestar el cuestionario.
- La región de Ayacucho no cuenta con bibliotecas especializadas por lo que se dificulta al acceso de literatura científica como los textos, investigaciones científicas, revistas, entre otras publicaciones.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacional

Ortega et al (2017), realizaron una investigación titulada “Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería” realizado en Tamaulipas México, año 2018. Su objetivo fue determinar la efectividad de un programa educativo para el personal de enfermería sobre manejo de dolor en pacientes con problemas crónicos degenerativos y quirúrgicos, el método usado fue el diseño pre-experimental con pretest-postest. La población de estudio estuvo integrada por personal de enfermería (42) de dos instituciones de salud de segundo nivel de atención, del sector público. Se utilizó el cuestionario Conocimiento y Actitudes Respecto al Dolor; Los resultados que se obtuvieron fueron que el 85.71 % del personal de enfermería recibió información del dolor durante sus estudios de enfermería. El tipo de información proporcionada que predominó fue referente a generalidades del dolor (88.10 %) y medidas farmacológicas (61.90 %), y aunque esta variable no se asumió como independiente, si se evaluó como característica de la población y por su papel interviniente en los resultados al evaluar la intervención educativa, toda vez que se constató, que el personal que recibió información durante sus estudios de enfermería obtuvo mayor calificación en el postest. En el presente estudio, el conocimiento del personal de enfermería sobre manejo del dolor mejoró en el postest, no obstante que la intervención educativa incrementó el conocimiento, éste fue no adecuado para la mayoría del personal participante. Las áreas del conocimiento en el manejo del dolor en donde el personal de enfermería presentó mayor debilidad fueron las relacionadas al tratamiento farmacológico, resaltando el desconocimiento sobre la acción y consideraciones de uso de los opiáceos. Estos resultados

señalan la necesidad de implantar intervenciones educativas para mejorar el conocimiento del manejo del dolor en personal de enfermería de las áreas clínica y docente. (4)

Rodríguez et al (2016), realizaron una investigación titulada “Rol el enfermero en las etapas de evaluación, valoración e intervención del dolor en niños”, realizado en La Habana, Cuba, año 2016. Su objetivo fue describir el rol del enfermero en las etapas de evaluación, valoración e intervención del dolor en niños. El método realizado fue de la revisión bibliográfica que abarcó el período comprendido de octubre de 2009 a diciembre de 2014, de fuentes bibliográficas nacionales e internacionales, disponibles en el portal de Infomed que incluyeron Ebsco, Scielo, Elsevier, LILACS, etcétera. Se estableció un criterio de selección hasta 10 años de haber sido publicados para los libros y de 5 años para las revistas. Se seleccionaron un total de 32 referencias bibliográficas. Resultado: El resultado descriptivo indica que el alivio del dolor y sufrimiento está considerado como uno de los principales derechos del paciente, y una de las responsabilidades fundamentales del ejercicio profesional de enfermería. Cada niño constituye una totalidad histórica, psíquica y sociocultural, esto hace que cada ser humano le atribuya una palabra que le ayude a describir la experiencia que identifique su dolor o sufrimiento y que el dolor físico en una o más partes del cuerpo la describan como una sensación desagradable y, por lo tanto, una experiencia emocional que modifica su estado de ánimo. Conclusión: la valoración y el tratamiento del dolor requieren que el personal de enfermería genere confianza con la persona que experimenta dolor. Llegando a la conclusión que La adecuada valoración y evaluación del paciente pediátrico con dolor permitirá realizar una efectiva y personalizada intervención de enfermería, que incluya no solo el aspecto biológico, sino también el psicológico y social, lo cual ayudará al paciente a evitar y calmar el dolor.(5)

Contreras y Sanhueza (2016), realizaron una investigación titulada “Los

Pacientes del programa alivio del dolor y cuidados paliativos: razones y significados para enfermeras/os”, realizado en Chillan Chile, año 2016. Estudio exploratorio de abordaje cualitativo, cuyo propósito fue comprender razones y significados que tiene para el profesional de enfermería el trabajar en el Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. Material y método: A una muestra de 32 profesionales de Centros de Salud Familiar de Chillan se aplicó, mediante técnica Delphi, un cuestionario sociodemográfico y preguntas abiertas. Analizadas en base a Minayo, se originaron dos Escala de Likert. Entre los discursos emitidos destacan el compromiso, los conocimientos, la entrega, la vocación y cumplir con cierto perfil; significa desgaste y no se permanece indiferente frente al dolor; reconocen la formación de pregrado, pero necesitan mayor capacitación por ser un área compleja; los pacientes enfrentan complicaciones y es difícil enfrentarlas solos; dar tranquilidad y paz permite serenidad en los últimos momentos y la carga emocional, espiritual y física es más llevadera; etapa de gran vulnerabilidad; el rol cobra importancia en lo clínico y en lo humano al entregar apoyo emocional en fallecimiento y duelo; se requiere coordinación efectiva entre los niveles de atención; no están todos los recursos; el trabajo tiene tiempo limitado, por tanto deben existir horas definidas. (6)

Sainz (2016), en la investigación “Administración de Fármacos por vía subcutánea en cuidados Paleativos. Papel de Enfermería” realizado en España, año 2016. Su objetivo fue estudiar los fármacos frecuentemente utilizados por vía subcutánea, su cuidado y mantenimiento en los pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP). Metodología: utilizó diversas bases de datos (Pubmed, Google Académico, Dialnet, etc) para el resumen de 30 fármacos más usados. Se concluyó que falta complementar, así como la ficha técnica para su uso. (7)

Gracia et al (2015), en la investigación “Conocimiento y Manejo del Dolor Crónico por el Profesional de Enfermería” realizado en Tamaulipas, México,

año 2015. Su objetivo fue conocer el nivel de conocimiento y como es el manejo del dolor crónico por el profesional de enfermería. El estudio fue descriptivo, transversal, y se utilizó el instrumento validado por las enfermeras Betty Efrrell y Margot Mc Caffery, denominado “Nivel de Conocimiento y Actitudes de las Enfermeras con Respecto al Dolor”, que identifica y diferencia entre los distintos grados de conocimiento, usando 20 items de respuesta dicotómica y 16 de opción multiplex con respuesta única. Siendo su población evaluada de 221 enfermeras generales, el resultado del personal de enfermería encuestado: nivel de conocimiento es muy bajo con un 59.5% y solamente el 4.95% obtuvo un nivel de conocimiento medio, en lo que concierne a la información referente al manejo del dolor crónico, el 47.9% de los encuestados refirieron recibir información acerca del manejo del dolor crónico. El 13.2% recibió información acerca de fármacos, el 24.8% acerca de cuidados paliativos. El conocimiento y manejo del dolor crónico del personal de enfermería, se puede considerar como inadecuado ya que, ninguna enfermera de las encuestadas obtuvo un porcentaje aceptable como bueno del total de la muestra, y solamente con menor porcentaje alcanzo un nivel de conocimiento medio, deduciendo que existe gran necesidad en el profesional de enfermería de este Hospital, abordar el manejo del dolor desde ámbito teórico, práctico y clínico, para fortalecer con ello la calidad del cuidado prestado a los pacientes que sufren de dolor crónico.(8)

2.1.2. Nacional

Soto y Veramendi (2017), realizaron una investigación titulada “Conocimiento y aplicación de cuidados ante el dolor neonatal”. Realizado en Lima, Perú año 2017. El estudio de investigación fue descriptivo-observacional porque se analizó cómo fue y cómo se manifestó un fenómeno y Conocimiento y aplicación de cuidados ante el dolor neonatal 544 sus componentes; permitiendo detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos. El objetivo fue determinar la relación

entre conocimiento y aplicación de medidas ante el dolor neonatal. Se realizó un estudio correlacional con 41 enfermeras del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima 2016. Se utilizó un cuestionario de conocimiento y guía de observación. La prueba empleada fue Chi Cuadrada. El 51,2% tuvieron conocimiento bueno y 87,8% aplican las medidas. Además, hubo relación entre conocimiento y aplicación de medidas ($p \leq 0,003$); y entre conocimiento con las medidas no farmacológicas ($P \leq 0,024$) y farmacológicas ($P \leq 0,013$). En conclusión, el conocimiento del profesional de enfermería se relaciona con las medidas de aplicación en el alivio del dolor neonatal. (9)

Reyes (2017), en su "Revisión Crítica: Evaluación y Manejo del dolor en el Servicio de Emergencia por parte del profesional de Enfermería" realizado en Chiclayo Perú, año 2017. Su objetivo fue identificar las estrategias de evaluación y manejo de dolor por el profesional de enfermería que labora en los servicios de Emergencia, a través de la atención segura y humanizada, mejorando la calidad de atención y gestionando un mejor cuidado. Concluyó que principalmente se centra en la evaluación del dolor, en sus intervenciones se limitan en la administración de medicamento y su seguimiento es incipiente, señalando las vulnerabilidades del manejo del dolor en Emergencias y Urgencias. (10)

Ahuanari(2016), en la investigación "Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima, 2016", El método de investigación fue cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal ya que la variable se midió en un momento único y determinado. Siendo la población a estudio 40 pacientes post operados de cirugía abdominal en los cuales se utilizó como instrumento la escala de Likert, dando como resultado que en su mayoría los pacientes opinan que la enfermera tiene un ausente manejo del dolor, así también en el manejo farmacológico en su mayoría (65%) indicaron que el manejo del dolor de la enfermera se encuentra presente. Concluye que las

características de la intervención enfermera en el manejo farmacológico del dolor mostraron que enfatizan en su mayoría en la administración de medicamentos, en menor porcentaje está presente la evaluación de resultados de los medicamentos para el dolor y menos de la mitad realiza la valoración del paciente. (11)

2.2. Marco

2.2.1. Teórico

2.2.1.1. Modelos de las necesidades humanas de Virginia Henderson

Según la teoría de El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada “La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”

La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad

La enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. La salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el

potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas. La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Necesidades básicas. Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. Son:

- 1° Respirar normalmente.
- 2° Comer y beber adecuadamente.
- 3° Eliminar por todas las vías corporales
- 4° Moverse y mantener posturas adecuadas.
- 5° Dormir y descansar.
- 6° Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
- 7° Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
- 8° Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- 9° Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- 10° Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11° Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
- 12° Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de

realización personal.

13° Participar en actividades recreativas.

14° Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Así mismo Kolcaba menciona en su teoría del confort donde se incluye la valoración de las necesidades de comodidad, el diseño de las intervenciones de comodidad para satisfacer esas necesidades y la revaloración de los niveles de comodidad; la valoración y la revaloración deben ser intuitivas y/o subjetivas, lo anterior explicado en el hecho de que la enfermera puede preguntar a su paciente si está cómodo; pero también, pueden ser objetivas, como cuando la enfermera está pendiente de la curación de la herida de su paciente.

En la teoría de Kolcaba los que reciben el confort se conocen como receptores, pacientes, estudiantes, prisioneros, trabajadores, ancianos, comunidades e instituciones.

2.2.1.2. Necesidades de cuidados de la salud

Son necesidades para conseguir la comodidad que surge a partir de situaciones estresantes de cuidado de la salud que los sistemas de apoyo no pueden satisfacer. Esas necesidades pueden ser físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales. Las necesidades se ponen en manifiesto mediante informes verbales y no verbales por parte de los pacientes.

Intervenciones de confort: son todas las actividades e intervenciones enfermeras, enfocadas a satisfacer la comodidad de sus pacientes, pueden ser intervenciones sociales, psicológicas, ambientales, físicas etc.

Variables de intervención: son todos aquellos elementos inherentes al paciente, es decir, de su vida cotidiana, que tienen efecto en su percepción de

comodidad como son, estado emocional, finanzas, educación, edad, entre otros.

Confort: es la sensación que experimentan los pacientes, que han sido receptores de las intervenciones de confort cuando se abordan las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia.

Conductas de búsqueda de la salud: estas conductas se propusieron por Schlotfeldt (1975) quien sostiene que estas son internas, externas o enfocadas a conseguir una muerte tranquila.

Integridad institucional: se puede entender por este concepto, que, entre más prestigio, ética, rectitud, tenga determinada corporación, escuela, hospital entre otros, más seguro y más capacidad de confort sentirá o se le podrá brindar al paciente.

Prácticas recomendadas: utilización de intervenciones sanitarias basadas en datos científicos para crear el mejor resultado posible en pacientes y las familias.

Políticas recomendadas: son políticas que abarcan protocolos para procedimientos y afecciones médicas y el acceso y la prestación de asistencia sanitaria.

2.3. Conceptual

2.3.1. Conocimiento

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al

entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo). La ciencia considera que, para alcanzar el conocimiento, es necesario seguir un método. El conocimiento científico no sólo debe ser válido y consistente desde el punto de vista lógico, sino que también debe ser probado mediante el método científico o experimental.

2.3.2. Práctica:

Es la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización en forma continua de una actividad, es la acción. También aplicado a aquella persona que ensaya y entrena una actividad o conocimiento que se quiere perfeccionar.

2.3.3. Teórico conceptual

2.3.3.1. Dolor:

La International Asociación de estudio del dolor (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión”. En consecuencia, el dolor es una experiencia subjetiva que sólo puede evaluarse por declaración de quien lo sufre, utilizando instrumentos validados y adecuados a la situación de cada persona.

También fue definida como una experiencia subjetiva, difícil de medir y/o cuantificar y además estuvo influenciada por la personalidad, cultura, familia, nivel socioeconómico y entorno social de la persona que lo padece. La descripción subjetiva del paciente fue probablemente el mejor indicador del dolor, además de ser un complemento a cualquier método inductor de dolor. Por tanto, si un paciente dice tener dolor, debemos asumir que efectivamente lo tiene (12)

El dolor se ha convertido en el quinto signo vital y es hoy día un tema crítico en la atención del paciente. El dolor es un complejo fenómeno de respuestas neuro funcionales y subjetivas e individuales a un estímulo, en donde influyen factores emocionales, personalidad, aspectos socioculturales, así como la experiencia previa del paciente al dolor (13)

2.3.3.2. Fisiología del dolor:

La presencia de dolor provoca un estímulo simpático que puede ir asociada a hipertensión arterial, taquicardia, sudoración, midriasis o lagrimeo.

Sin embargo estos signos no siempre son específicos y mucho menos en paciente críticos ya que podrían ser causados por vasopresores, bloqueadores beta adrenérgicos, antiarrítmicos, sedantes o algunas enfermedades (shock, hipoxemia, sepsis) hasta el miedo puede estar asociado.

El dolor es la percepción de la Nocicepción, a la cual se define como “Actividad producida en el sistema nervioso por efectos de estímulos que real o potencialmente lesionan los tejidos”.

2.3.3.3. Mecanismo del Dolor:

Se realiza de la manera siguiente:

1° Vías de conducción del dolor

Para enmarcar el concepto de sensación dolorosa, comenzaremos por diferenciar fundamentalmente dos tipos de sensibilidad: sensibilidad especial, que procede de los órganos de los sentidos, e incluye las sensibilidades auditiva, visual, gustativa y olfativa; y sensibilidad general, esta se divide a su vez en superficial o esteroceptiva, que capta estímulos que actúan sobre el revestimiento cutáneo; y profunda, que recoge sensibilidad de estructuras profundas tales como huesos, músculos, articulaciones (propioceptiva) y vísceras (enteroceptiva). Dentro de la sensibilidad superficial se distinguen

otros tres tipos: táctil, que informa del contacto fino; térmica que informa del calor y del frío; y dolorosa o nociceptiva, que capta estímulos nocivos.

Se denomina nocicepción al fenómeno de detección, transducción y transmisión de un estímulo nocivo. Los estímulos térmicos, mecánicos o capaces de producir daño tisular, son captados por receptores específicos llamados nociceptores, que los transmiten en forma de impulsos nerviosos a la médula por medio de fibras nerviosas aferentes. Desde la médula ascienden vías que conducen la información a centros supraespinales y desde éstos hasta la corteza cerebral, donde la sensación dolorosa se hace consciente.

2° Receptores periféricos

La sensibilidad dolorosa es recogida por los nociceptores. Estos, son terminaciones nerviosas libres de neuronas sensitivas o bipolares cuyo núcleo se encuentra en los ganglios raquídeos y que hacen sinapsis en las astas posteriores de la médula espinal.

Se han encontrado nociceptores en las capas superficiales de la piel, en estructuras profundas como el periostio y superficies articulares, y en vísceras como el corazón o la vesícula biliar.

Actualmente se acepta que existen tres tipos de nociceptores: mecanorreceptores de alto umbral, nociceptores térmicos y nociceptores polimodales. Los dos primeros, localizados en piel y mucosas, responden a un solo tipo de estímulo: mecánico intenso o térmico, respectivamente. Ambos transmiten la información a la médula por axones finamente mielinizados, que forman las fibras A-delta. Los nociceptores polimodales responden a la presión, temperatura, estímulos químicos, etc; se encuentran en piel, tegumentos y paredes viscerales y transmiten los impulsos a través de fibras C amielínicas.

3° Transmisión del estímulo nociceptivo

El estímulo originado en los nociceptores es transmitido a la médula por medio de nervios periféricos. Estos nervios están formados por fibras nerviosas, que a su vez están compuestas por los axones de diferentes tipos de neuronas: aferentes sensitivas primarias, motoneuronas y neuronas simpáticas postganglionares. Las aferentes sensitivas son neuronas bipolares, que tienen su cuerpo celular en los ganglios raquídeos, desde donde parte la prolongación central, que alcanza las astas posteriores de la médula a través de las raíces dorsales.

En las diferentes fibras nerviosas que componen los nervios periféricos se pueden distinguir tres grupos: A, B y C en función de su diámetro, grado de mielinización y velocidad de conducción. Las de tipo A son fibras gruesas, mielínicas, de conducción rápida, que transportan sensaciones somáticas. Dentro de éstas, las del tipo A-delta son fibras mielínicas de pequeño diámetro que conducen a una velocidad de 12-30 m/s, y transportan las sensaciones de temperatura y dolor recogidas por los mecanorreceptores de alto umbral y los receptores térmicos. La estimulación de las fibras A-delta, produce el dolor inicial, de carácter agudo, punzante, localizado y de inicio rápido. Las fibras de tipo C son amielínicas, de conducción lenta (0.2-2 m/s) y llevan sensibilidad al dolor y temperatura procedente de los nociceptores polimodales. Las fibras C median el denominado dolor lento, de carácter insidioso, difuso, mal localizado y que se prolonga más allá de la duración del estímulo. Las fibras A-delta y C están presentes en la piel y en estructuras viscerales y somáticas profundas.

4° Asta posterior de la médula espinal

Las neuronas aferentes sensitivas primarias envían proyecciones centrales a través de las raíces posteriores a la sustancia gris del asta posterior de la médula (láminas I-VI de Rexed), donde hacen sinapsis con neuronas medulares, algunas de las cuales son interneuronas. Las neuronas aferentes

sensitivas secundarias ascienden para hacer sinapsis en centros superiores. Cada neurona aferente primaria contacta con varias neuronas medulares, y cada una de éstas recibe impulsos de muchas neuronas aferentes primarias. Esta convergencia de impulsos nerviosos en una sola neurona medular, es la base del llamado “Dolor referido”.

5° Vías ascendentes de conducción del dolor

Las dos vías principales de transmisión de la sensibilidad nociceptiva son la espinotalámica y la espinoreticular. La primera está constituida por fibras mielinizadas que desde el asta posterior cruzan al otro lado de la médula por la comisura anterior y ascienden en los cordones anteriores y laterales hasta el tálamo, formando un fascículo ventral y uno lateral, siendo éste último el que conduce los estímulos nociceptivos, los cuales llegan a la región centrobasal del tálamo, que a su vez envía proyecciones a la corteza somatosensorial. Este sistema está implicado principalmente en la conducción de la sensibilidad térmica y el dolor agudo, de transmisión rápida, y proporciona información discriminativa sobre la localización, intensidad y duración del estímulo nocivo, dando lugar a la aparición de respuestas motoras de protección.

Algunas de las neuronas medulares que conectan con las sensitivas aferentes primarias no se decusan, sino que ascienden lateralmente, en una posición anterointerna al fascículo espinotalámico lateral, dando lugar al fascículo espinoreticular. Está formado por fibras amielínicas, que conducen el dolor difuso, mal localizado. Estas fibras hacen sinapsis en la formación reticular, sustancia gris periacueductal y el tálamo, desde donde envían conexiones al hipotálamo y al sistema límbico. Estas conexiones parecen estar relacionadas con las respuestas autonómicas y emocionales generadas por el dolor.

6° Integración cortical

El tálamo está conectado con la corteza parietal. Los estímulos sensitivos son

recibidos en las áreas corticales somatosensoriales primaria (SI) y secundaria (SII), localizadas en las regiones pre y postrolándica, y en la región parietal inferior, sobre la cisura de Silvio, respectivamente. Estas áreas participan en la identificación, cuantificación, localización, y discriminación de los estímulos dolorosos, así como en la atención,

2.3.3.4. Clasificación del dolor:

1° Según el mecanismo fisiopatológico (nociceptivo, neuropático, psicogénico)

- a. Origen Somático: El exceso de estímulos nociceptores es el mecanismo frecuentemente hallado en los dolores agudos (traumático, infeccioso, degenerativo, etc).
- b. Origen Neuropático: Son el resultado de la compresión de un tronco, de una raíz o de un plexo. Las causas principales de los dolores neuropáticos son el miembro fantasma, sección de nervios paraplejia o neuralgia postherpética. Los dolores neuropáticos constituyen una causa frecuente de algias crónicas. Los dolores de carácter neuropático normalmente son insensibles a los analgésicos habituales, así como a los antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- c. Origen Psicogénico: No se limita a un diagnóstico de falta de organicidad, debe basarse en una semiología psicopatológica positiva.

2° Según la duración de la evolución (agudo, crónico)

a. Dolor Agudo:

Es un dolor que dura segundos, minutos o a lo sumo días y que generalmente desaparece cuando la afección llega a su remisión. Son provocadas por estimulación nociva, por daño o enfermedad de la piel, estructuras somáticas o viscerales profundas o funcionamiento anormal visceral o muscular. En esta

la respuesta simpática y neuroendocrina están aumentadas.

Este presenta tres variedades:

- Dolor intermitente, aparece y después de un intervalo con duración variable, tiene un periodo de remisión.
- Contínuo, perdura por minutos u horas sin periodos de remisión.
- Subintrante, varía de un dolor intenso e intolerable con periodos de remisión.

b. Dolor Crónico:

Persiste más allá el tiempo, se asocia con un proceso patológico crónico que provoca dolor contínuo y recurrente a intervalos de meses o años. En el cual la respuesta simpática y neuroendócrina están disminuidas, emergiendo en su lugar signos vegetativos.

3° Según el tipo de patología responsable (maligno o no maligno)

1° Origen Canceroso o no canceroso: Los dolores asociados a una patología evolutiva maligna (por ejemplo, cáncer o SIDA).

Los dolores crónicos no malignos “benignos”, relacionados con una secuela de una patología (lesión postraumática, lumbalgia, lesión nerviosa, etc).

2.3.3.5. Escalas de valoración del dolor

Son métodos para la medición de la intensidad del dolor, con su empleo se puede llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente para lograr un adecuado uso de los analgésicos.

Dentro de esta Escala existen dos grupos:

2.3.3.6.Escalas unidimensionales:

Evalúa una única dimensión del dolor, su intensidad a partir de la autoevaluación.

- a) Escala verbal simple (EVS):** Formado por 4 ó 5 categorías ordenadas, cada una se le adjudica un resultado (de 0 a 4) dolor ausente, moderado, intenso, intolerable.
- b) Escalas numéricas (EN):** Existe una puntuación de 0 a 10. Donde 0 se define “ausencia de dolor” y 10 el “máximo dolor imaginable”.
- c) Escala visual analógica (EVA):** Consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud dispuesta entre dos puntos en donde están definidos como “ausencia de dolor” y “dolor máximo imaginable” que corresponden a las puntuaciones de 0 a 10 respectivamente. El paciente debe marcar trazando una cruz sobre la línea que mejor refleje el dolor que padece.

2.3.3.7.Escalas Multidimensionales:

La más conocida es el cuestionario de McGill (MPQ), se puede describir tres dimensiones del dolor: sensorial (por ejemplo dolor penetrante, lancinante o punzante), afectiva (por ejemplo dolor sofocante, atemorizante, agotador o cegador) y cognitiva (intensidad del dolor).

a. Métodos conductuales:

Son especialmente útiles para evaluar el dolor crónico. Se puede usar cuando no existe una comunicación directa con el paciente, se considera de utilidad la escala de Anderson, para valorar el dolor.

b. Métodos psicológicos:

La conducta y reactividad ante el dolor, así como la intensidad de su percepción, están determinadas por la dimensión psicológico-interpretativa, condicionada por cada persona.

2.4. Definición de términos básicos

- a. **Farmacodinamia:** Es el estudio del proceso de los efectos bioquímicos y fisiológicos de los fármacos y de sus mecanismos de acción y la relación entre la concentración del fármaco y el efecto se transportan o transfieren desde el punto de vista de este sobre un organismo
- b. **Dolor:** La International Association for the Study of Pain (IASP) desde punto de vista define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable se puede expresar que es asociada a una lesión tisular presente o potencial, o describa en términos de tal lesión”.
- c. **Conocimiento:** El conocimiento es un conjunto de información almacenada para calcular mediante la experiencia o aportaciones que uno tiene por sí mismo para tener temas concretos como en la calidad en la seguridad y también eficacia para cualquier investigación.
- d. **Bomba Elastomérica:** Desde un punto de vista es un dispositivo de un solo uso, con lo cual se da una infusión continua, segura y sencilla e intermitente de productos farmacéuticos, lo cual se clasifican en vía intravenosa, intra arterial, epidural, subcutánea que no requiere baterías.
- e. **Morfina:** Es un opioide fuerte, obtenido del opio.

La morfina desde un punto de vista es una sustancia controlada para un tratamiento de un dolor intenso a nivel del cuerpo.

- f. **Subcutáneo:** Como definición es un dispositivo de un acceso peritoneal

local el medicamento que se introduce es a través de una aguja fina, y se va liberando lentamente al torrente sanguíneo.

- g. Endovenoso: El medicamento que se indica es el que se introduce directamente en el torrente sanguíneo. Es una sustancia que a través de una aguja o un catéter va directamente a la vena permitiendo su acceso directo de medicamentos que calma el dolor.
- h. Catéteres BD: Catéter periférico con alas de fijación para la administración de tratamiento endovenoso.
- i. Lancinante: Se define como un dolor desgarrador o agudo. Un dolor semejante que se produciría por una lanza.
- j. Hipodermocclisis: Es la Infusión por vía subcutánea de manera continua, en pacientes con un extenso sistema linfático y vasos sanguíneos de manera que puedan ser absorbidos. Mediante este método se administra líquidos, narcóticos y analgésicos.
- k. Terapia del Dolor: Se dedica al tratamiento del dolor, desde un punto de vista interdisciplinaria en la eliminación o alivio de la enfermedad ya sea aguda o crónica. El tratamiento del dolor nos ayuda a especificar la mejoría de calidad de vida y la funcionalidad de cada paciente.

CAPÍTULO III:

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis:

3.1.1.Hipótesis general

- Existe relación entre el conocimiento y la práctica en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud – Ayacucho año 2020.

3.1.2.Hipótesis específicos

- a. El conocimiento de la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud –Ayacucho es homogéneo.
- b. La práctica en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Huamanga Essalud –Ayacucho es homogéneo.
- c. El conocimiento y prácticas en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Huamanga Essalud – Ayacucho están relacionadas con el sexo, edad, tiempo de servicio, condición laboral, capacitación sobre el manejo del dolor y especialidad realizada en emergencia y desastres.

3.2. Variable

3.2.1. Variable independiente

- Conocimiento:

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.

3.2.2. Variable dependiente

- Practica:

Conjunto de actividades realizadas cotidianamente por el profesional de enfermería.

3.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	VALOR
Independiente: Conocimiento	El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje	Bombas de infusión. Tratamiento para el dolor Catéteres	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concepto, indicadores fisiológicos, clasificación, valoración del dolor ▪ Fármacos, analgésicos ▪ Concepto, cuidado y valoración en Bombas Elastoméricas ▪ 	Nominal Nominal Nominal	Alto (14 – 18) Medio (10 a 13) Bajo (0 – 9)
Dependiente: Práctica	Conjunto de actividades realizadas cotidianamente por el profesional de enfermería	Bombas de infusión. Tratamiento para el dolor Catéteres	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partes de Bomba Elastoméricas ▪ Farmacología ▪ Calibre de los catéteres 	Nominal Nominal Nominal	Inadecuad (0 – 8) Adecuada (9 – 16)

CAPÍTULO IV:

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo y diseño de investigación

4.1.1. Tipo de investigación

Aplicada

Es la investigación que tiene propósitos prácticos inmediatos bien definidos, es decir, se investiga para actuar, transformar, modificar o producir cambios en un determinado sector de la realidad.

4.1.2. Diseño de investigación

Diseños transversales: Correlacionales-causales

Estos diseños se especializan en recolectar datos en un momento determinado. Su propósito es describir variables, analizar su incidencia y las posibles interrelaciones que existen entre variables de interés. Puede estudiarse más de un grupo o subgrupos de objetos de investigación.

Estos diseños describen relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. Aquí también se trata de realizar descripciones, pero no sólo de las variables que se estudian, sino de las posibles correlaciones que puedan existir entre ellas. Estos diseños pueden limitarse a establecer relaciones entre variables sin precisar ningún sentido de causalidad o pueden pretender analizar relaciones de causalidad.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

La población de estudio estuvo conformada por profesionales en enfermería de ambos sexos del servicio de emergencia del Hospital II Essalud– Ayacucho.

4.3.2. Muestra

La muestra de estudio estuvo conformada por 30 profesionales en enfermería de ambos sexos del servicio de emergencia del Hospital II Essalud – Ayacucho. La muestra fue determinado mediante un muestreo no probabilístico intencional (número de profesionales que labora en el servicio de emergencia).

En la selección de la muestra se considerara los siguientes criterios:

a. Criterios de Inclusión:

Profesionales en enfermería del servicio de emergencia que aceptaron participar en la investigación.

b. Criterios de Exclusión:

Profesionales en enfermería del servicio de emergencia que no aceptaron participar en la investigación.

4.4. Lugar de estudio

La investigación se realizó en el Hospital II Essalud – Ayacucho. Este hospital cuenta con diversos servicios, siendo Emergencia el más importante, ya que en esta área se brinda la primera atención al paciente. Este Servicio cuenta con 15 camas para adultos que se dividen en, Trauma Shock (3), Tópico de Medicina (6), Tópico de Cirugía (6).

4.5. Técnica e instrumento para la recolección de datos

Técnica: La Encuesta.

Instrumento:

Para el cuestionario se aplicó un consentimiento informado antes de su aplicación para poder evaluar el conocimiento dirigido al profesional licenciada en enfermería. La técnica que se utilizó fue una encuesta que el instrumento

es un cuestionario de 18 preguntas, que consta de 6 preguntas sobre dolor, 2 de catéter periférico, 5 de bomba de infusión y 5 de tratamiento farmacológico del dolor, también se empleó una lista de chequeo para medir la práctica que 14 Items de observación, 6 que se trata de bomba de infusión, 4 de catéter periférico y 4 de tratamiento farmacológico del dolor y este último instrumento fue aplicado al profesional de enfermería durante su horario de trabajo.

4.6. Análisis y procesamiento de datos

Con los instrumentos de recolección de datos se realizó una base de datos la cual fue procesada en el Software Estadístico IBM SPSS 24.0 (*Statistical Package for Social Science*), con los cuales se construyeron cuadros de una y doble entrada, a los cuales se les aplicará la prueba estadística de independencia de Chi Cuadrado para determinar la dependencia de las principales variables de estudio.

CAPÍTULO V:

RESULTADOS

5.1. Resultados descriptivos

Tabla 1

Características del Profesional de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud, Ayacucho 2020.

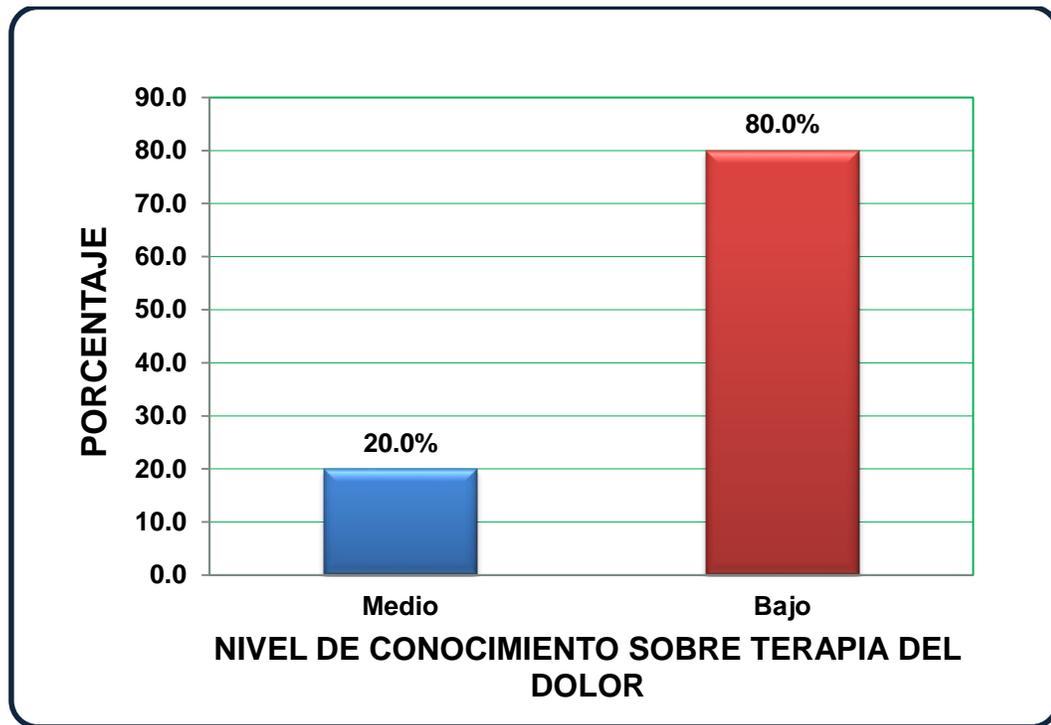
Características del Profesional de Enfermería		Nº	%
Sexo	Femenino	29	96.7
	Masculino	1	3.3
	Total	30	100.0
Edad	30 a 40	18	60.0
	41 a 50	11	36.7
	51 a 60	1	3.3
	Total	30	100.0
Tiempo de servicio	1 a 2 años	2	6.7
	3 a 5 años	4	13.3
	6 a más	24	80.0
	Total	30	100.0
Condición Laboral	Contratado (a)	7	23.3
	Nombrado (a)	23	76.7
	Total	30	100.0
Recibió capacitación sobre manejo del dolor	Si	14	46.7
	No	16	53.3
	Total	30	100.0
Es especialista en emergencia y desastres	Si	23	76.7
	No	7	23.3
	Total	30	100.0

La Tabla 1, referido a las características del profesional de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud, muestra que en mayor porcentaje tuvieron las siguientes características: el 96.7% (29) profesionales en estudio fueron del sexo femenino, el 60.0% (18) tuvieron edades de 30 a 40 años, el 80.0% (24) tuvieron tiempo de servicios de 6 a más años, el 76.7% fueron de condición laboral nombrados, el 53.3% (16) recibieron capacitación sobre el manejo del dolor y el 76.7% (23) fueron con especialidad en emergencias y desastres, haciéndolas de características heterogéneas.

5.2. Resultados inferenciales

Gráfico 1:

Conocimiento sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital IIEssalud, Ayacucho 2020.



$$\chi^2_c = 10.800 **$$

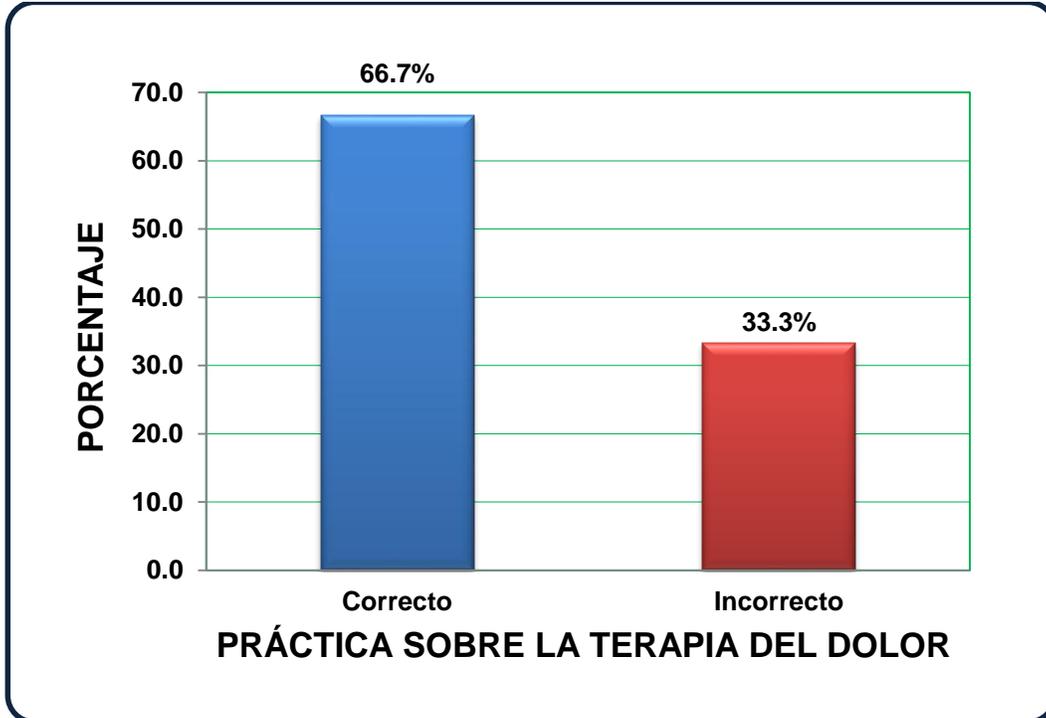
$$P=0.001$$

$$g. l. = 1$$

La Gráfica 1 referido al conocimiento sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud, Ayacucho 2020 muestra que del 100% (30) de profesionales de Enfermería en estudio el 80.0% (24) tuvieron nivel de conocimiento bajo y el 20.0% (6) tuvieron conocimiento medio, demostrándose que existe bajo conocimiento sobre terapias del dolor en dicho grupo de profesionales de enfermería. Sometidos a la prueba de Chi Cuadrado de tendencia se halló diferencia estadística significativa ($p=0.001$), que indica que el nivel de conocimiento no tiene una distribución homogénea en los profesionales de enfermería.

Gráfico 2:

Práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital IIEssalud, Ayacucho 2020.



$\chi^2_c = 3.3333$ N. S. $P=0.068$ g. l. = 1

La Gráfica 2 referido a la práctica sobre terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Essalud, Ayacucho 2020 muestra que del 100% (30) de profesionales de Enfermería en estudio el 66.7% (20) tuvieron prácticas correctas sobre la terapia del dolor y el 33.3% (10) tuvieron prácticas incorrectas, demostrándose que un elevado de profesionales de enfermería tienen prácticas correctas de terapias del dolor. Sometidos a la prueba de Chi Cuadrado de tendencia no se halló diferencia estadística significativa ($p=0.068$), que indica que las prácticas sobre terapia del dolor tiene una distribución homogéneo en los profesionales de enfermería.

Tabla 2:

Práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud en relación al conocimiento, Ayacucho 2020.

Práctica sobre terapia del dolor	Conocimientos sobre terapia del dolor				Total	
	Medio		Bajo		№	%
	№	%	№	%		
Correcto	5	16.7	15	50.0	20	66.7
Incorrecto	1	3.3	9	30.0	10	33.3
Total	6	20.0	24	80.0	30	100.0

$$\chi^2_c = 0.9375 \text{ N. S.}$$

$$P=0.3329$$

$$g. l. = 1$$

La Tabla 2 referido a la práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud, Ayacucho 2020, en relación al nivel de conocimiento, donde se observa que del 100.0% (30) profesionales de enfermería en estudio el 66.7% (20) tuvieron prácticas sobre la terapia del dolor correcto, de los cuales el 50.0% (15) tuvieron conocimiento bajo y el 16.7% (5) conocimiento bueno. Asimismo, el 33.3% (10) tuvieron prácticas sobre la terapia del dolor incorrecto, de los cuales el 30.0% (9) tuvieron conocimiento bajo y el 3.3% (1) conocimiento medio. Sometidos a la prueba de independencia de Chi Cuadrado no se halló diferencia estadística significativa ($p=0.3329$) que indica que el conocimiento no está relacionado con las prácticas sobre terapia del dolor.

Tabla 3:

Conocimiento y práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Huamanga Essalud en relación al sexo, Ayacucho 2020.

Sexo	Conocimiento sobre terapia del dolor											
	Medio					Bajo					Total	
	Práctica sobre terapia del dolor				Práctica sobre terapia del dolor							
	Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Femenino	5	16.7	1	3.3	15	50.0	8	26.7	29	96.7		
Masculino	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.3	1	3.3		
Total	5	16.7	1	3.3	15	50.0	9	30.0	30	100.0		

$\chi^2_c = 2.4138$ N. S.

P=0.4911

g. l. = 3

La Tabla 3 referido al conocimiento y práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital IIEssalud en relación al sexo, se observa que el 96.7% (29) profesionales de enfermería en estudio fueron del sexo femenino, de los cuales el 50.0% (15) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor correcto, el 26.7% (8) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor incorrecto, el 16.7% (5) tuvieron nivel de conocimiento medio con practica sobre terapia del dolor correcto y el 3.3% (1) tuvieron nivel de conocimiento medio con practica sobre terapia del dolor incorrecto. Asimismo, el 3.3% (1) fueron del sexo masculino y la totalidad de ellos tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor incorrecto. Sometidos a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa ($p=0.4911$), que indica el conocimiento y la práctica sobre terapia del dolor no se encuentran relacionados con el sexo del profesional de enfermería.

Tabla 4:

Conocimiento y Práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud en relación a la edad, Ayacucho 2020.

Edad	Conocimiento sobre terapia del dolor								Total	
	Medio				Bajo					
	Práctica sobre terapia del dolor		Práctica sobre terapia del dolor		Práctica sobre terapia del dolor		Práctica sobre terapia del dolor		№	%
	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto		
№	%	№	%	№	%	№	%	№	%	
30 a 40	4	13.3	0	0.0	8	26.7	6	20.0	18	60.0
41 a 50	1	3.3	1	3.3	6	20.0	3	10.0	11	36.7
51 a 60	0	0.0	0	0.0	1	3.3	0	0.0	1	3.3
Total	5	16.7	1	3.3	15	50.0	9	30.0	30	100.0

$\chi^2_c = 3.6566$ N. S.

P=0.7230

g. l. = 6

La Tabla 4 referido al conocimiento y práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud en relación a la edad, se observa que el 60.0% (18) profesionales de enfermería tuvieron edades de 30 a 40 años, de los cuales el 26.7% (8) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor correcto, el 20.0% (6) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor incorrecto y el 13.3% (4) tuvieron nivel de conocimiento medio con practica sobre terapia del dolor correcto. Asimismo, el 36.7% (11) tuvieron edades de 41 a 50 años, de ellos el 20.0% (6) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor correcto, el 10.0% (3) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor incorrecto y el 3.3% (1) tuvieron nivel de conocimiento medio con practica sobre terapia del dolor correcto y el mismo porcentaje tuvieron nivel de conocimiento medio con practica sobre terapia del dolor incorrecto. Sometidos a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa ($p=0.7230$), que indica el conocimiento y la práctica sobre terapia del dolor no se encuentran relacionados con la edad del profesional de enfermería.

Tabla 5:

Conocimiento y Práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital IIEssalud en relación al tiempo de servicio, Ayacucho 2020.

Tiempo de servicio	Conocimiento sobre terapia del dolor								Total	
	Medio				Bajo					
	Práctica sobre terapia del dolor		Práctica sobre terapia del dolor		Práctica sobre terapia del dolor		Práctica sobre terapia del dolor			
	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto		
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1 a 2 años	0	0.0	0	0.0	1	3.3	1	3.3	2	6.7
3 a 5 años	1	3.3	0	0.0	3	10.0	0	0.0	4	13.3
6 a más	4	13.3	1	3.3	11	36.7	8	26.7	24	80.0
Total	5	16.7	1	3.3	15	50.0	9	30.0	30	100.0

$\chi^2_c = 2.8889$ N. S.

P=0.8227

g. l. = 6

La Tabla 5 referido al conocimiento y práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital IIEssalud en relación al tiempo de servicio, se observa que el 80.0% (24) profesionales de enfermería tuvieron 6 a más años de tiempo de servicio, de los cuales el 36.7% (11) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor correcto, el 26.7% (8) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor incorrecto, el 13.3% (4) tuvieron nivel de conocimiento medio con practica sobre terapia del dolor correcto y el 13.3% (4) tuvieron nivel de conocimiento medio con practica sobre terapia del dolor incorrecto . Asimismo, el 13.3% (4) tuvieron de 3 a 5 años de tiempo de servicio, de ellos el 10.0% (3) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor correcto y el 3.3% (1) tuvieron nivel de conocimiento medio con practica sobre terapia del dolor correcto. Sometidos a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa ($p=0.8227$), que indica el conocimiento y la práctica sobre terapia del dolor no se encuentran relacionados con el tiempo de servicio del profesional de enfermería.

Tabla 6:

Conocimiento y Práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud en relación a la condición laboral, Ayacucho 2020.

Condición Laboral	Conocimiento sobre terapia del dolor									
	Medio				Bajo				Total	
	Práctica sobre terapia del dolor		Práctica sobre terapia del dolor		Práctica sobre terapia del dolor		Práctica sobre terapia del dolor			
	Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Contratado (a)	0	0.0	0	0.0	4	13.3	3	10.0	7	23.3
Nombrado (a)	5	16.7	1	3.3	11	36.7	6	20.0	23	76.7
Total	5	16.7	1	3.3	15	50.0	9	30.0	30	100.0

$\chi^2_C = 2.4224$ N. S.

P=0.4895

g. l. = 3

La Tabla 6 referido al conocimiento y práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital IIEssalud en relación a la condición laboral, se observa que el 76.7% (23) profesionales de enfermería su condición laboral es de nombrado, de los cuales el 36.7% (11) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor correcto, el 20.0% (6) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor incorrecto, el 16.7% (5) tuvieron nivel de conocimiento medio con practica sobre terapia del dolor correcto y el 3.3% (1) tuvieron nivel de conocimiento medio con practica sobre terapia del dolor incorrecto . Asimismo, el 23.3% (7) tuvieron la condición laboral de contratado, de ellos, el 13.3% (1) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor correcto y el 10.0% (3) tuvieron nivel de conocimiento medio con practica sobre terapia del dolor incorrecto. Sometidos a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa ($p=0.4895$), que indica el conocimiento y la práctica sobre terapia del dolor no se encuentran relacionados con la condición laboral del profesional de enfermería.

Tabla 7:

Conocimiento y Práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital IIEssalud en relación a la capacitación sobre manejo del dolor, Ayacucho 2020.

Capacitación sobre manejo del dolor	Conocimiento sobre terapia del dolor											
	Medio					Bajo					Total	
	Práctica sobre terapia del dolor				Práctica sobre terapia del dolor							
	Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Si	1	3.3	1	3.3	6	20.0	6	20.0	14	46.7		
No	4	13.3	0	0.0	9	30.0	3	10.0	16	53.3		
Total	5	16.7	1	3.3	15	50.0	9	30.0	30	100.0		

$\chi^2_C = 4.2857$ N. S.

P=0.2322

g. l. = 3

La Tabla 7 referido al conocimiento y práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital IIEssalud en relación a la capacitación sobre manejo del dolor, se observa que el 53.3% (16) profesionales de enfermería no recibió capacitación sobre el manejo del dolor, de los cuales el 30.0% (9) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor correcto, el 10.0% (3) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor incorrecto y el 13.3% (4) tuvieron nivel de conocimiento medio con practica sobre terapia del dolor correcto. Asimismo, el 46.7% (14) si recibieron la capacitación sobre el manejo del dolor, de ellos, el 20.0% (6) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor correcto e incorrecto, respectivamente; el 3.3% (1) tuvieron nivel de conocimiento medio con practica del dolor correcto e incorrecto, respectivamente. Sometidos a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa ($p=0.2322$), que indica que el conocimiento y la práctica sobre terapia del dolor no se encuentran relacionados con la capacitación sobre manejo del dolor del profesional de enfermería.

Tabla 8:

Conocimiento y práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital IIEssalud en relación a la especialidad en emergencia y desastres, Ayacucho 2020.

Especialidad en emergencia y desastres	Conocimiento sobre terapia del dolor											
	Medio					Bajo					Total	
	Práctica sobre terapia del dolor Correcto		Incorrecto			Práctica sobre terapia del dolor Correcto		Incorrecto			Total	
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%		Nº	%
Si	3	10.0	1	3.3		12	40.0	7	23.3		23	76.7
No	2	6.7	0	0.0		3	10.0	2	6.7		7	23.3
Total	5	16.7	1	3.3		15	50.0	9	30.0		30	100.0

$\chi^2_C = 1.1801$ N. S.

P=0.7578

g. l. = 3

La Tabla 8 referido al conocimiento y práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital IIEssalud en relación a la especialidad en emergencia y desastres, se observa que el 76.7% (23) profesionales de enfermería si realizó la especialidad en emergencia y desastres, de los cuales el 40.0% (12) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor correcto, el 23.3% (7) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor incorrecto, el 10.0% (3) tuvieron nivel de conocimiento medio con practica sobre terapia del dolor correcto y el 3.3% (1) tuvieron nivel de conocimiento medio con practica sobre terapia del dolor incorrecto. Asimismo, el 23.3% (7) no hicieron la especialidad en emergencia y desastres, de ellos, el 10.0% (3) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor correcto y el 6.7% (2) tuvieron nivel de conocimiento bajo con practica sobre terapia del dolor incorrecto; finalmente, el 6.7% (2) tuvieron nivel de conocimiento medio con practica del dolor correcto. Sometidos a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa ($p=0.7578$), que indica que el conocimiento y la práctica sobre terapia del dolor no se encuentran relacionados con la realización de especialidad en emergencia y desastres del profesional de enfermería.

CAPÍTULO VI:

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de la hipótesis

6.1.1. Hipótesis general

Ho: No existe relación entre el conocimiento y la práctica en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud – Ayacucho año 2020.

Ha: Existe relación entre el conocimiento y la práctica en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud – Ayacucho año 2020.

Prueba estadística:

$$\chi^2_C = 0.9375 \text{ N. S.} \quad P=0.3329 \quad \text{g. l.} = 1$$

Interpretación estadística:

De acuerdo a la prueba de independencia de Chi Cuadrado no se halló diferencia estadística significativa, que indica que no existe asociación entre el conocimiento y la práctica en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud – Ayacucho.

Conclusión:

Se acepta la hipótesis nula (Ho).

6.1.2. Hipótesis específicos

a. Hipótesis específicos 1:

Ho: El conocimiento de la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud –Ayacucho no tiene distribución

homogénea.

Ha: El conocimiento de la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud –Ayacuchotiene distribución homogénea.

Prueba estadística:

$$\chi^2_C = 10.800^{**} \quad P=0.001 \quad \text{g. l.} = 1$$

Interpretación estadística:

De acuerdo a la prueba de tendencia de Chi Cuadrado se halló diferencia estadística significativa, que indica que el conocimiento sobre terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud – Ayacucho año 2020 no tiene una distribución homogénea.

Conclusión:

Se acepta la hipótesis alterna (Ha).

b. Hipótesis específicos 2:

Ho: La práctica en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud –Ayacucho es el inadecuado.

Ha: La práctica en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud –Ayacucho es el adecuado.

Prueba estadística:

$$\chi^2_C = 3.3333 \text{ N. S.} \quad P=0.068 \quad \text{g. l.} = 1$$

Interpretación estadística:

De acuerdo a la prueba de tendencia de Chi Cuadrado no se halló diferencia estadística significativa, que indica que la prácticasobre terapia del dolor en

las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud – Ayacucho año 2020 tiene una distribución homogénea.

Conclusión:

Se acepta la hipótesis nula (Ho).

c. Hipótesis específicos 3:

Ho: No existe relación del conocimiento con las prácticas en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud –Ayacucho.

Ha: Existe relación del conocimiento con las prácticas en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud –Ayacucho.

Prueba estadística:

$$\chi^2_c = 0.9375 \text{ N. S.} \quad P=0.3329 \quad \text{g. l.} = 1$$

Interpretación estadística:

De acuerdo a la prueba de tendencia de Chi Cuadrado no se halló diferencia estadística significativa, que indica que el conocimiento no está relacionado con la práctica sobre terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud – Ayacucho año 2020.

Conclusión:

Se acepta la hipótesis nula (Ho).

c. Hipótesis específicos 4:

Ho: El conocimiento y prácticas en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud –Ayacucho no están relacionadas con el sexo, edad, tiempo de servicio, condición

laboral, capacitación sobre el manejo del dolor y especialidad realizada en emergencia y desastres.

Ha: El conocimiento y prácticas en la terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud –Ayacucho están relacionados con el sexo, edad, tiempo de servicio, condición laboral, capacitación sobre el manejo del dolor y especialidad realizada en emergencia y desastres.

Prueba estadística:

Sexo: $\chi^2_C = 0.9375$ N. S. P=0.3329 g. l. = 1

Edad: $\chi^2_C = 3.6566$ N. S. P=0.7230 g. l. = 6

Tiempo de servicio: $\chi^2_C = 2.8889$ N. S. P=0.8227 g. l. = 6

Condición laboral: $\chi^2_C = 2.4224$ N. S. P=0.4895 g. l. = 3

Capacitación sobre el manejo del dolor: $\chi^2_C = 4.2857$ N. S. P=0.2322 g.l=3

Especialidad realizada en emergencia y desastres: $\chi^2_C = 1.1801$ N. S. P=0.7578 g. l. = 3

Interpretación estadística:

De acuerdo a la prueba de independencia de Chi Cuadrado no se halló diferencia estadística significativa, que indica que el conocimiento y la práctica sobre terapia del dolor en las Enfermeras del servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud – Ayacucho año 2020 no está relacionados con el sexo, edad, tiempo de servicio, condición laboral, capacitación sobre el manejo del dolor y especialidad realizada en emergencia y desastres.

Conclusión:

Se acepta la hipótesis nula (Ho).

6.2. Contrastación de los resultados con estudios similares

El dolor es una sensación desagradable experimentada cuando se estimulan los nociceptores; es individual y subjetivo con un componente fisiológico, emocional y social. El dolor varía de leve a agonizante, pero las respuestas individuales se ven influenciadas por factores que incluyen: información sobre la causa, edad, si es agudo o crónico y tolerancia al dolor (Brooker, 2010). El dolor es la sensación que la mayoría de pacientes que solicitan atención médica lo presentan, asimismo, es recurrente el dolor en los pacientes que fueron sometidos a una intervención quirúrgica, debido a ello el profesional de enfermería tiene que estar preparado para poder intervenir a este grupo de pacientes; en este sentido en la presente investigación se reporta los hallazgos más relevantes y son las siguientes:

En la muestra que del 100% (30) de profesionales de Enfermería en estudio el 80.0% (24) tuvieron nivel de conocimiento bajo y el 20.0% (6) tuvieron conocimiento medio sobre la terapia del dolor. Aguilar (2016), en la investigación "Conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en el paciente oncológico Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo – 2016", reportó que el 36.0% (8) profesionales de enfermería conocen sobre la valoración del dolor en pacientes oncológicos y el 64.0% (14) no conocen. Por su parte Zavala y González (2008), en la investigación "Conocimiento y manejo del dolor en alumnos de enfermería", reportaron de un total de 139 estudiantes de enfermería en estudio, el 69.8% (97) estudiantes tuvieron nivel de conocimiento alto sobre el manejo del dolor, seguido del 29.5% (41) que tuvieron nivel de conocimiento regular y el 0.7% (1) nivel de conocimiento bajo, Rodríguez y Vargas (2008), en la investigación

“Conocimientos y prácticas para el manejo del dolor durante el proceso de parto en un grupo de mujeres puérperas, en una institución de tercer nivel de atención, durante el segundo semestre de 2008”, resultados que difieren a los hallados con la presente investigación.

La Gráfica 2 referido a la práctica sobre terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud, Ayacucho 2020 muestra que del 100% (30) de profesionales de Enfermería en estudio el 66.7% (20) tuvieron prácticas correctas sobre la terapia del dolor y el 33.3% (10) tuvieron prácticas incorrectas. Al respecto, Aguilar (2016) reportó que el 27.0% (6) profesionales de enfermería tuvieron prácticas adecuadas en pacientes oncológicos, mientras que el 73.0% (16) tuvieron prácticas inadecuadas, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación, debido a que los profesionales de enfermería en la presente investigación tuvieron adecuada práctica sobre la terapia del dolor.

La Tabla 1 referido a la práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud en relación al conocimiento, nos muestra que no existe diferencia estadística significativa ($p=0.3329$), es decir que el conocimiento no está relacionado con las prácticas sobre terapia del dolor de las enfermeras. Al respecto, Merino (2015), en la investigación “Conocimiento y prácticas del profesional de enfermería sobre el control del dolor en el paciente pos operado en un establecimiento de salud pública”, demostró que existe diferencia estadística significativa entre el conocimiento y la práctica del control del dolor ($p=0.01$), donde el 45.5% de enfermeras con buenos conocimientos tenían mejores prácticas de control del dolor. Igualmente, las enfermeras con bajo nivel de conocimientos tenían deficiencias en el control del dolor de los pacientes pos operado, resultado que difieren a los hallados en la presente investigación.

Referente al conocimiento y práctica sobre la terapia del dolor en las

enfermeras del Servicio de Emergencia en relación al sexo (Tabla 2), edad (Tabla 3), tiempo de servicio (Tabla 4), condición laboral (Tabla 5), capacitación sobre el manejo del dolor (Tabla 6) y especialidad en emergencias y desastres (Tabla 7) no se halló diferencia estadística significativa ($P>0.05$), es decir que ninguna de estas variables influye en el conocimiento y la práctica sobre la terapia del dolor. Al respecto, Merino (2015), refiere que en el conocimiento y práctica del profesional de enfermería para controlar el dolor del paciente pos operado directamente están relacionados la edad ($p=0.0012$), los años de servicios (0.001), realización de cursos de capacitación (0.0023), variables que influyen directamente. Por su parte, Encalada (2014), en el la investigación “Nivel de conocimiento y prácticas del profesional de salud en el control del dolor de pacientes con accidentes de tránsito”, reportó que existe relación del nivel de conocimiento y prácticas del profesional de salud en el control del dolor de pacientes con accidentes de tránsito el tiempo de servicio ($p=0.001$), cursos de capacitación realizados ($p=0.0034$). Los resultados de los investigadores en mención difieren a los hallados con la presente investigación debido a que no se halló asociación con dichas variables.

6.3. Responsabilidad ética

La presente investigación fue realizada con autorización expresa de los profesionales de enfermería, y todos los resultados obtenidos son manejados con la confidencialidad del caso respetando las normas legales amparados en la Constitución Política de Perú.

CONCLUSIONES

De los resultados hallados en la presente investigación se arriban a las siguientes conclusiones:

- 1° El 80.0% (24) de profesionales de enfermería tuvieron nivel de conocimiento bajo sobre terapia del dolor en el Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud y el 20.0% (6) tuvieron conocimiento medio.
- 2° El 66.7% (20) de profesionales de enfermería tuvieron prácticas correctas sobre la terapia del dolor y el 33.3% (10) tuvieron prácticas incorrectas.
- 3° El conocimiento no está relacionado con las prácticas sobre terapia del dolor en los profesionales de enfermería ($p=0.3329$).
- 4° El conocimiento y la práctica sobre la terapia del dolor en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud no está relacionados con el sexo, edad, tiempo de servicio, condición laboral, capacitación sobre el dolor y realización de la especialidad en emergencia y desastres ($P>0.05$).

RECOMENDACIONES

- 1° Realizar más investigaciones referidas al tema debido a que no se halló relación entre el conocimiento y la práctica de la terapia del dolor en el Servicio de Emergencia del Hospital II Essalud debido a que el tamaño de muestra de los profesionales de enfermería fue muy pequeña (30).
- 2° Sugerir a las autoridades del Hospital II Essalud realizar capacitaciones frecuentes a los profesionales de enfermería sobre el manejo de terapias del dolor, debido a que se están descubriendo otras formas de tratar el dolor sin la aplicación de medicamentos.
- 3° Sugerir a los profesionales de enfermería diseñar estrategias de intervención a los pacientes que padecen dolor, ya que muchos de ellos están influenciados por la edad, origen, patrones culturales, etc., de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International AssociationfortheStudy of Pain. Seattle: Merskey H, Bogduk N. IASP Terminología 1994. [Consultado en setiembre del 2018]. Disponible en:<http://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Pain>
2. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Disponible en:<http://www.un.org/es/documents/udhr>
3. SALUSPLAY, actualizado 03 febrero 2017; citado set 2018. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/diagnosticos-enfermeros-nanda-2017>.
4. OrtegaRM. Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería. Medicina y Ciencias de Salud. 2017. 12(2):29-39. Tamaulipas, México. Disponible en:<http://www.scielo.org.mx/pdf/cuat/v12n2/2007-7858-cuat-12-02-29.pdf>
5. Rodríguez I, Fajardo A, Peña M. Rol del Enfermero en las etapas de evaluación, valoración e intervención del dolor en niños. Revista habanera de ciencias médicas. La Habana, Cuba- 2016 mayo junio. Vol 15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000300009
6. Contreras SE, Sanhueza OI. Los pacientes del programa alivio del dolor y cuidados paliativos: razones y significados para enfermeras/os". Cienc. enferm. vol.22 no.1 Concepción-Chile, 2016 Disponible en:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

95532016000100005

7. Sainz M. Administración de Fármacos por Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos. Papel de Enfermería. Grado de Enfermería. España. Universidad de La Rioja. 2016. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002095.pdf
8. Gracia GN, Frías B, Téllez MA, Ávila H, Gutiérrez G, Hernández MA. "Conocimiento y Manejo del Dolor Crónico por el Profesional de enfermería" Monográficos de investigación en salud ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015, Tamaulipas, México. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/317.php>
9. Soto JD, VeramendiNG. Conocimiento y aplicación de cuidados ante el dolor neonatal (realizado en Lima, Perú) .Opción, Año 33, No. 84 (2017): 536-556- OPCION Revista de Ciencias Humanas y Sociales, Maracaibo – Venezuela. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6402381>
10. Reyes P. Revisión Crítica: Evaluación y Manejo del Dolor en el Servicio de Emergencia por parte del profesional de Enfermería. Para la obtención de segunda especialidad de Enfermería en Emergencia y Desastres. Chiclayo Perú. Universidad Católica Santo Toribio deMogrovejo. 2017. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1027/1/TL_ReyesGuevaraPatriciaElizabeth.pdf.pdf
11. AhuanariAN. "Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima, 2016". Tesis de pre grado. Perú 2016. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5849/Ahua>

nari_ra.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. Alves L, GiorioMC. La evaluación del dolor como quinto signo vital. Opinión de profesionales de enfermería. Curso de pregrado en Enfermería, Universidad de Londrina – UEL- Londrina (PR) Brasil. 2011. Disponible en:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100007#not1
13. Hernández ML. Manejo del dolor postoperatorio: Experiencia terapéutica en Unidad de Terapia Quirúrgica Central del Hospital General". Artículo: Enseñanza de la anestesiología -Volumen 31, Suplemento 1, abril-junio 2008 México. Disponible en:<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2008/cmas081bd.pdf>.
14. Aguilar L. Conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre valoración y control del dolor en el paciente oncológico Hospital Nacional Ramiro PrialePriale Huancayo – 2016. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Unidad de Posgrado. Programa de Segunda Especialización en Enfermería. Lima, Perú 2016.
15. Zavala MR, González JF. Conocimiento y manejo del dolor en alumnos de enfermería. Aquichan, vol. 8, núm. 2, octubre, 2008, pp. 212-226.
16. Merino LS. Conocimiento y prácticas del profesional de enfermería sobre el control del dolor en el paciente pos operado en un establecimiento de salud pública. EbscoSearch: Resumen de investigaciones científicas. Caracas, Venezuela, 2015. Vol. 2(1): 155 - 164.
17. Encalada S. Nivel de conocimiento y prácticas del profesional de salud en el control del dolor de pacientes con accidentes de tránsito. EbscoSearch: Resumen de investigaciones científicas. Caracas,

Venezuela, 2014. Vol. 1(2): 226 -238.

18. Brooker C. Diccionario médico. Editorial El Manual Moderno. Colombia, Bogota. 2010.

ANEXOS

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO SOBRE TERAPIA DEL DOLOR

Estimados Licenciados en Enfermería somos alumnos de la especialidad de Enfermería en Emergencia y Desastres, y estamos desarrollando un estudio de investigación sobre **“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS EN LA TERAPIA DEL DOLOR EN LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II HUAMANGA ESSALUD, AYACUCHO 2020”** para lo cual estaremos agradecidas que Ud. pueda responder el siguiente cuestionario. Agradecemos anticipadamente su participación. **¡Muchas gracias!**

I. DATOS GENERALES:

❖ **NOMBRES Y APELLIDOS:**

❖ **SEXO:** (F) (M)

EDAD:

❖ **TIEMPO DE EXPERIENCIA:**

Menor de 1 año () 1 a 2 años ()

Más de 3 años () Más de 5 años ()

❖ **CONDICIÓN LABORAL:** Contratado () Nombrado ()

❖ **¿HA RECIBIDO CAPACITACIÓN SOBRE TERAPIA DE MANEJO DEL DOLOR EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?:** SI () NO ()

❖ **¿ES USTED ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES?** SI () NO ()

II. MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA

1. Elija la alternativa que corresponda sobre definición de dolor según la IASP (La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor):
 - a. Es el resultado de una interacción de múltiples variables biológicas, psicológicas, sociales y culturales y habitualmente es debido a la estimulación de los receptores.
 - b. El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable,

asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión.

- c. Es un recurso objetivo protector desde el nacimiento siendo una realidad o fenómeno propio de la fisiología.
- d. Sobre esta definición no se aplica al dolor agudo, canceroso y crónico no canceroso.

2. Marque la respuesta correcta acerca de los indicadores fisiológicos simpáticos del dolor:

- a. Dentro de ellos están taquicardia, taquipnea, palidez, sudoración, hipertensión.
- b. Estos no son considerados como indicadores precisos de dolor a diferencia de la descripción verbal de la persona.
- c. Se consideran poco necesarios al momento de la valoración respectiva del dolor, ya que éstos no son precisos.
- d. Todas son correctas

3. Según la clasificación del dolor, la intensidad del dolor que experimentan los pacientes se clasifica en:

- a. Somático, neuropático, psicogénico, agudo, crónico, canceroso y no canceroso
- b. Somático, agudo, crónico, según su evolución
- c. Agudo, crónico, según la patología responsable
- d. Ninguna de las anteriores

- 4. Las Escalas de Valoración del Dolor son consideradas como:**
- a. Herramientas de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor, llegando a un adecuado uso de analgésicos.
 - b. Métodos innovadores y complejos utilizados por el personal de salud con la finalidad de evaluar la analgesia.
 - c. Parámetros y alternativas útiles donde evalúan la intensidad del dolor y el grado de mejoría que experimenta la persona.
 - d. Tablas y gráficos con una serie de numeraciones en la cual el paciente debe registrar el nivel de padecimiento que presenta para que así el médico tenga te datos exactos.
- 5. ¿Cómo se llama la escala que usa caritas en su valoración del Dolor?**
- a. Escala de Wong-Baker
 - b. Escala de EVA (Escala Analógica Visual)
 - c. Escala de Andersen
 - d. Ninguna de las anteriores
- 6. De acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud), la Escalera Analgésica incluye:**
- a. Tres categorías de agentes analgésicos los cuales son: Los opioides, Antiinflamatorios No Esteroideos y los Anestésicos locales.
 - b. El primer escalón es el uso de AINES, el segundo escalón Opioides menores, y el tercer escalón Opioides mayores.
 - c. Cuatro categorías de medicamentos sólo de Tercera generación los

cuales trabajan a través de distintos mecanismos.

d. Dos categorías: Opioides mayores y Opioides menores.

7. ¿Cuál es la principal Vía para aliviar el dolor intenso?

a. Vía Parenteral

b. Vía Oral

c. Vía Sub cutánea

d. Todas las anteriores

8. ¿Qué tipos de fármacos utilizamos en el área de Emergencia como primer escalón para el tratamiento del dolor?

a. AINES (Fármacos Antiinflamatorios no esteroideos)

b. Opioides Débiles

c. Opioides Fuertes

d. Todas las anteriores

9. ¿Cuáles son los principales efectos secundarios que debemos tener en cuenta en el paciente post analgesia?

a. Depresión Respiratoria

b. Hipotensión

c. Náuseas y Vómitos

d. Todos son efectos secundarios a tomar en cuenta

10. ¿En la canalización de vía subcutánea que número de catéter se utiliza?

- a. Catéter # 20
- b. Catéter #22
- c. Catéter #24 y #22
- d. Ninguna de las anteriores

11. ¿Cuál es la definición sobre la Bomba de Infusión?

- a. Son aparatos que utilizan energía artificial, capaces de proporcionar presión positiva al líquido a infundir.
- b. Proporcionan mayor exactitud y seguridad al infundir fármacos
- c. Infunden fármacos con gran presión a velocidades muy bajas
- d. Todas son correctas

12. ¿Cuántos tipos de Bomba de Infusión continua conoce Ud.?

- a. Solo de una sola línea
- b. Simultáneas
- c. Elastoméricas
- d. Todas son correctas

13. ¿Cuál es la definición sobre la bomba elastomérica?

- a. Infusión continua, segura y sencilla de medicamentos
- b. Requiere una fuente de electricidad
- c. Existe diferentes tipos de acuerdo a su duración (uno, dos, cinco y siete

días)

d. Sólo A y C

14. ¿Cuáles son los cuidados que se debe de tener con la Bomba Elastomérica?

a. Solo llenar lo permitido según su capacidad.

b. Se pueden administrar diferentes medicamentos a la vez

c. No importa si está expuesto a grandes temperaturas

d. Solo A y B

15. ¿Qué debemos valorar en un paciente portador de Bomba Elastomérica?

a. La zona de punción

b. La bolsa portadora se encuentre al nivel de la cintura del paciente

c. El conector de la Bomba Elastomérica del paciente no se encuentre clampada.

d. Todas las anteriores

16. ¿Cuánto tiempo después de aplicada la Morfina vía subcutánea es su efecto pico?

a. 10-15 min

b. 20-30 min

c. 50-90 min

d. Ninguna de las anteriores

- 17. ¿Cuál es el efecto secundario más frecuente de la Morfina?**
- a. Disminuye la frecuencia cardíaca y cardiovascular
 - b. Depresión Respiratoria, náuseas y vómitos
 - c. Cardiovascular y depresión respiratoria
 - d. Ninguna de las anteriores
- 18. ¿Se debería cubrir de la luz, la Morfina una vez puesto en administración continua (Bomba de Infusión, ¿Bomba Elastomérica)?**
- a. Solo se debe de cubrir si se administra con otros medicamentos
 - b. No se cubre de la luz
 - c. Siempre se debe de cubrir de la luz
 - d. No tiene importancia si es cubierta