

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA



Nivel de conocimiento del Enfermero/a sobre valoración del dolor postoperatorio en el área de recuperación post anestésica (urpa) del Hospital Regional de Cajamarca 2019.

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería

Autora

Bazán Machuca Luz Damaris

Asesora

Mendoza Paredes Lilia Margarita

CAJAMARCA - PERÚ

2019

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ACTA DE DICTAMEN DE APROBACIÓN DEL INFORME DE TESIS N.º 006- 2019

En la ciudad de Cajamarca, siendo las 18 horas del día 19 de diciembre del 2019, y estando dispuesto al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro/RCU 3036-2016 en su artículo 21°, se reunió el jurado Evaluador integrado por:

Mg. Rosa Becerra Palomino	Presidente
Mg. Julio César Guailupo Álvarez	Secretario
Mg. Luis Flores Neciosup	Vocal

Con el objetivo de evaluar la sustentación del informe de tesis titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO/A SOBRE VALORACIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN EL ÁREA DE RECUPERACIÓN POST ANESTÈSICA (URPA) DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA 2019." presentado por la Bachiller:

LUZ DÁMARIS BAZÁN MACHUCA.

Efectuada la revisión y evaluación del mencionado informe, el Jurado Evaluador emite el siguiente fallo: **APROBAR** por **UNANIMIDAD** la sustentación de tesis, quedando expedito la Bachiller para optar el Título Profesional de licenciada en ENFERMERÍA.

Acto seguido fue llamada la Bachiller a quien el secretario del Jurado Evaluador dio a conocer en acto público el resultado obtenido en la sustentación. Siendo las 19.30 horas se dio por terminado dicho acto.

Los miembros del Jurado Evaluador firman a continuación, dando fe de las conclusiones del acta:



Mg. Julio César Guailupo Álvarez
Secretario



Mg. Rosa Becerra Palomino
Presidente



Mg. Luis Flores Neciosup
Vocal

c.c.: Interesada
Expediente
archivo

Palabras clave- línea de investigación

Palabras clave: Conocimiento, dolor postoperatorio.

Keywords

Knowledge, postoperative pain

Línea de investigación

Área	Ciencias Médicas y de Salud
Sub área	Ciencias de la Salud
Disciplina	Enfermería
Línea de investigación	Desarrollo del cuidado enfermero.

Nivel de conocimiento del Enfermero/a sobre valoración del dolor postoperatorio en el área de recuperación Post anestésica (urpa), del Hospital Regional de Cajamarca, 2019

RESUMEN

El propósito de la investigación es hacer una descripción de la situación actual del nivel de conocimiento de los enfermeros/as actualmente laborando en el área de recuperación Postanestésica (URPA) Hospital Regional de Cajamarca como una evidencia de la calidad de la atención de enfermería en esta área. La metodología de trabajo incluyó: tipo y diseño de investigación: enfoque cuantitativo, nivel investigativo descriptivo, diseño no experimental, estudio transversal prospectivo; población y muestra: 11 enfermeras actualmente trabajando en la unidad de recuperación post-Anestésica del Hospital Regional de Cajamarca; en Técnicas e instrumento de investigación: Cuestionario adaptado por la investigadora; cuya técnica de aplicación fue la encuesta el que se validó cualitativamente con juicio de expertos, cuyo resultado de los expertos fue en concordancia; cuantitativamente para conocer las métricas del instrumento confiabilidad por alfa Cronbach 0.872 usando prueba piloto; Fuente documental primaria; los resultados reflejan un nivel de conocimiento igual o superior al de los antecedentes los que podrán utilizarse como oportunidad de mejora o superación. En base a los resultados encontrados, se entiende que, el 90.9%(10) de la población estudiada son del sexo femenino y un 9.1 %(1) del sexo masculino, el 90.9%(10) tienen especialidad en centro quirúrgico, mientras que 9.1% (1) tiene otro tipo de especialidad; el 45.5% (5) tiene un tiempo de servicio menor a un año, el 63.6% cuenta con capacitación sobre valoración del dolor postoperatorio y un 36.4% (4) no cuenta con esta. El 100% usa un protocolo para la valoración del dolor postoperatorio y registro EVA, y el 63.6% refiere que la infraestructura (URPA) no es la adecuada. Así mismo, el 54.5% de los enfermeros/as tiene un nivel de conocimiento medio sobre la valoración del dolor postoperatorio, el 27.3% tiene un conocimiento alto y un 18.2% un nivel bajo. En cuanto a los instrumentos utilizados, el 72.7% (8) utiliza la escala de rostros, un 63.6 % (7) utiliza la escala de valores numéricos, 54.5% (6) utiliza la escala visual analógica, el 27.3% (3) utiliza el cuestionario de Mac Gill y el 27.3% (3) utiliza la escala de medición conductual. El nivel de conocimiento del enfermero/a que labora en el Área de Recuperación Post-anestésica del Hospital Regional de Cajamarca se encuentra en un nivel medio (54.5).

ABSTRACT

The purpose of the study is to make a description of the current situation of the level of knowledge of the nurses currently working in the recovery unit Post anesthesia (URPA) Regional Hospital of Cajamarca as an evidence of the quality of nursing care in this area. The methodology of work includes: in terms of the type and design of research: quantitative approach, descriptive research level, non-experimental design, prospective cross-sectional study; Population and sample: 11 nurses currently working in the unit of post-anesthesia recovery of the Regional Hospital of Cajamarca; In techniques and instrument of research: questionnaire adapted by the researcher; whose technique of application was the survey that was qualitatively validated with the judgement of experts, Whose results of the experts was in concordance; quantitatively to know the metrics of the instrument reliability by Alpha Cronbach 0.872 using pilot test; primary documentary source; the results reflect a level of knowledge that is the same or higher than the of background studies which can be used as an opportunity for improvement or overcoming. Based on the results found, it is understood that 90.9%(10) of the population studied are female and 9.1 %(1) of the male sex, 90.9%(10) have a specialty in surgical center, while 9.1% (1) have another type of specialty; 45.5% (5) have a service time of less than one year, 63.6% have postoperative pain assessment training and 36.4% (4) do not have this.100% uses a protocol for pain postoperative assessment and EVA registration, and 63.6% means that the infrastructure (URPA) is not adequate. Likewise, 54.5% of nurses have an average level of knowledge about the assessment of postoperative pain, 27.3% have a high knowledge and 18.2% a low level. For the instruments used, 72.7% (8) uses the face scale, 63.6% (7) uses the numerical value scale, 54.5% (6) uses the analog visual scale, 27.3% (3) uses the Mac Gill questionnaire, and 27.3% (3) uses the scale of measurement behavioral. The level of knowledge of the nurse who works in the Post-Anesthetic Recovery Area of the Regional Hospital of Cajamarca is at a medium level 54.5%.

INDICE

Palabras clave	i
Nivel de conocimiento del Enfermero/a sobre valoración del dolor postoperatorio en el área de recuperación Post anestésica (urpa), del Hospital Regional de Cajamarca, 2019.	ii
Resumen.....	iii
Abstract	iv
INTRODUCCIÓN	1
1. Antecedentes y fundamentación científica	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Fundamentación científica	5
2. Justificación	32
3. Problema.....	33
4. conceptualización y operacionalización de variables.....	33
5. Objetivos.....	34
Objetivo general.	34
Objetivos específicos.	34
METODOLOGÍA	35
1. Tipo y diseño de investigación	35
2. Población y muestra.....	35
4. Procesamiento y análisis de la Información	35
RESULTADOS	36
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	45
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS Y APÉNDICE.....	56

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1. Enfermero/a según sexo. Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca, 2019.	36
Tabla 2. Enfermero/a según tiempo de servicio. Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca, 2019.....	37
Tabla 3. Enfermero/a según especialidades. Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca, 2019.....	38
Tabla 4. Enfermero/a según refiere haber recibido capacitación. Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca, 2019	39
Tabla 5. Enfermero/a según refiere que la URPA tiene protocolo de trabajo. Hospital Regional de Cajamarca, 2019.	40
Tabla 6. Enfermero/a según refiere que la URPA cuenta con registro EVA. Hospital Regional de Cajamarca, 2019.	41
Tabla 7. Enfermero/a según refiere que cuenta la URPA con infraestructura adecuada. Hospital Regional de Cajamarca, 2019	42
Tabla 8. Instrumento que utiliza el enfermero (a) para la valoración del dolor postoperatorio en el Área de Recuperación del Hospital Regional de Cajamarca, 2019	43
Tabla 9. Nivel de Conocimiento del enfermero(a) que laboran en el Área de Recuperación Post Anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca sobre valoración del dolor postoperatorio, 2019	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Escala Analoga Visual.....	19
Figura 2: Escala de Valores Numericos	19
Figura 3: Escala de Rostros.....	20
Figura 4: Cuestionario de McGill	21
Figura 5: Escala de Disconfort de Washigton.....	22
Figura 6: Escala de Medición Conductual	23
Figura 7: Escala de Recuperacion Postanestésica de Aldrete	28
Figura 8: Puntaje Simplificado de Steward.....	29

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y fundamentación científica

1.1. Antecedentes

Córdova, Ortiz, Salazar & García (2012), realizaron un estudio en el Hospital de segundo nivel Durango México, con el objetivo de describir cómo es el manejo del dolor que brinda el personal de enfermería al paciente pediátrico postquirúrgico de apendicetomía; el estudio fue descriptivo-transversal, exploratorio, cuantitativo; para el cual se empleó un instrumento semiestructurado que se aplicó al personal de enfermería que laboran en el área de pediatría, dicho instrumento consta de siete reactivos. En los resultados se halló que el 55% ejerce la administración de analgésicos como acción dependiente para tratar el dolor, mientras que el 45% ejerce otras intervenciones independientes como parte de su atención de enfermería, del 45% de las enfermeras que emplearon otras intervenciones se alcanzó los siguientes resultados: un 56% brinda apoyo emocional, 22% cambio de posición, 11% manejo ambiental y un 11% hace uso de las escalas analgésica de la Organización Mundial de la Salud. Conclusión: por lo que confiere la necesidad de elaborar un modelo innovador en el cual las enfermeras apliquen intervenciones independientes implícitas de enfermería, con el objetivo de perfeccionar la calidad en la atención.

Ahuanari A. (2016), llevo a cabo una investigación con el objetivo de determinar la intervención enfermera en el manejo del dolor de los clientes postoperados de cirugía abdominal en el Hospital Nacional Dos de Mayo, según la opinión de los pacientes; el diseño metodológico fue, cuantitativa, método descriptivo y corte transversal; el instrumento que se utilizo fue la escala tipo Likert, el cual fue evaluado por juicio de expertos. La muestra estuvo conformada por 40 pacientes postoperados de cirugía abdominal: resultados, el 60% de los clientes opinaron que la intervención enfermera para manejar el dolor es ausente. Respecto al manejo farmacológico, el 65% señalo que la intervención enfermera está presente, el 35% indico que es ausente; 70% y 60%,

respectivamente, indicaron que la “administración de medicamentos” y la “evaluación de los efectos del medicamento para el dolor” está presente, un 55% indicó que la valoración del dolor por enfermería es ausente. Y acerca del manejo no farmacológico: el 65% dice que la intervención es ausente y el 35% que está presente; en lo que se refiere a estrategias alternativas como “facilitar una atmósfera adecuada”, “Ayudar a adoptar posiciones antálgicas” y “Escuchar activamente”, el 70%, 60% y 52.50%, respectivamente, indicaron que está presente; en “Estimulación cutánea”, “Interés sincero”, “empleo de técnicas cognitivo-conductuales” y “la utilización de métodos de distracción”, el 87.50%, 67.50%, 62.50% y 52.50%, respectivamente, sostuvieron que es ausente. Por lo que se llegó a las siguientes conclusiones: las intervenciones de enfermería en el manejo del dolor del paciente postoperados de cirugía abdominal, resalta el manejo farmacológico y se enfatiza la administración de medicamentos, y la evaluación de resultados más que la valoración del paciente, las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor en su mayoría no son realizadas.

Huaynalaya J. (2016) realizó un estudio cuyos objetivos fueron: determinar los conocimientos de profesionales en enfermería con relación al manejo del dolor en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA). Metodología: cuantitativa, descriptivo, corte transversal, la población de estudio fueron 30 enfermeras (os) que trabajan en Centro Quirúrgico del Hospital Regional de Medicina tropical del distrito de la Merced, provincia de Chanchamayo, la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento cuestionario estructurado, para su validación fue sometido a juicio de expertos. El resultado encontrado fue: el 53% de enfermeras (16) sabe cuál es el manejo del dolor postoperatorio, mientras que un 47% (14) no conoce el manejo del dolor en el postoperatorio, cabe enfatizar que en las dimensiones de fisiopatología y valoración del dolor se observa mayores porcentajes con un 63% y 70% de enfermera/os que si conocen. A pesar de ello en la dimensión tratamiento de dolor postoperatorio, podemos observar que un 53% de enfermeras no conocen, siendo esta dimensión la principal debilidad encontrada. Por lo que se llega a las siguientes conclusiones, que el desconocimiento de Enfermería, en

relación al manejo del dolor postoperatorio alcanza un porcentaje significativo, siendo necesaria la elaboración, aprobación y empleo inmediato de un protocolo de manejo del dolor postoperatorio en la URPA, así como capacitaciones y/o actualizaciones constantes.

Gabriel. V. (2016). Hizo un estudio con el propósito de: identificar el nivel de conocimiento y la utilización de las escalas del dolor en el postoperatorio, por los profesionales de enfermería. Metodología de trabajo, cuantitativo, de nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. Población estuvo conformada por 13 profesionales de Enfermería que laboran en la Unidad de Recuperación Postanestésica. La técnica empleada fue la encuesta y la observación, y como instrumento el cuestionario y lista de chequeo. Resultados: con respecto al conocimiento sobre dolor y escalas del dolor, el 69% (09) presentaron nivel de conocimiento medio, 31% (04) presentaron un nivel bajo y el 0% presentaron nivel alto. En lo que respecta a la dimensión conocimiento del dolor postoperatorio, 62% (08) presenta un nivel medio, 31% (04) presenta nivel alto y 7% (01) nivel bajo. En la dimensión conocimiento escalas del dolor postoperatorio, 54% (07) nivel medio, 39% (05) presenta nivel alto y el 7% (01) nivel bajo de conocimiento. En cuanto a la aplicación de las escalas del dolor postoperatorio, 32% (07) de los profesionales emplean la escala verbal simple y la escala de expresión facial, un 22% (05) aplica la escala numérica y el 14% (03) la escala análoga visual, en la evaluación del dolor en pacientes postoperados. Conclusiones: El en su mayoría los enfermeros (as) presentaron nivel de conocimiento medio sobre el dolor postoperatorio, y desconocen la fisiología del dolor y los factores que afectan la magnitud del dolor postoperatorio; nivel de conocimiento medio sobre las escalas de dolor postoperatorio y la mayoría de los (as) enfermeros (as) aplican la escala verbal simple para la medición del dolor postoperatorio en los pacientes.

Incalla & Zegarra (2007) realizaron un trabajo de investigación, Conocimiento y actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico y dolor, en el servicio de Recuperación del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo (HNCASE)

Arequipa. Objetivo: determinar el conocimiento y actitud de las enfermeras respecto a las escalas de medición para evaluar al paciente quirúrgico durante el pre y post operatorio, post anestésico y dolor; utilizaron como técnica la entrevista e instrumento un pre test y post test y test de Likert; la muestra fue conformada por 7 enfermeras que trabajan en el servicio de recuperación. Los resultados revelan en el pre test que un 57.1 % de los participantes se resisten al uso de la escala prefiriendo describir el dolor quirúrgico. Y en el post test, después de la capacitación el 85.7 % identifica la escala EVA como herramienta de valoración que conduce a la correcta evaluación y terapia del dolor, concluyendo que el 100 % de la población de estudio refieren que los conocimientos de las enfermeras de la unidad de recuperación sobre escalas de medición se ven reforzadas con la capacitación en servicio, fortificando el desenvolvimiento científico a favor de la atención y cuidado del paciente.

También encontramos un artículo en la revista científica AQUICHAN, titulado “Satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados” este estudio tenía como objetivo: determinar la satisfacción con el manejo del dolor en pacientes hospitalizados y su relación con la intensidad del mismo, el alivio y la orientación proporcionada al paciente para el manejo del dolor posoperatorio. Para ello utilizaron la siguiente metodología de trabajo: estudio descriptivo, muestreo aleatorio sistemático en una muestra de 193 pacientes, instrumento cuestionario de Intensidad del Dolor y una cédula de datos. Los resultados obtenidos fueron: el 48,2 % de los participantes manifestaron dolor severo como máximo dolor durante las primeras 24 horas. En relación con el alivio del dolor, el 77,7 % tuvo un manejo adecuado y el 85,5 % recibió orientación preoperatoria. La satisfacción se ubicó en 9,54 (DE = 1,08). Se encontró diferencia significativa en la satisfacción del paciente según si recibió o no orientación ($t = 71,23$, $p = 0,001$), con mayor satisfacción en los que recibieron orientación ($M = 9,65$) (DE = 0,84). La satisfacción del paciente con el manejo del dolor está determinada por el máximo dolor posoperatorio y por la orientación preoperatoria recibida para el manejo del mismo ($R^2 = 0,17$, $p = 0,000$). Es importante conocer las conclusiones

a las que llegaron: el adecuado manejo del dolor en el paciente posoperatorio hospitalizado requiere valorar oportunamente el nivel de dolor y la orientación al paciente, aspectos elementales en los que enfermería juega un rol fundamental y son clave para incrementar la satisfacción. (Moreno Monsiváis, Muñoz Rodríguez, & Interrial Guzmán, diciembre, 2014, p, 462).

1.2. Fundamentación científica.

Conocimiento.

Conceptualizar, definir el conocimiento es una tarea que implica revisar muchas definiciones para construir la que más se adapte y tenga mayor validez para el presente estudio.

Teniendo en cuenta que el conocimiento es parte de la vida diaria, aun no se ha llegado a entender que es lo que realmente acontece cuando se cree conocer algo. La Real Academia de la Lengua Española define conocer como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, según esta definición, se puede afirmar entonces que conocer es enfrentar la realidad, pero, de nuevo asalta la duda ¿es realmente posible aprehender toda la realidad? No, simplemente accedemos, a constructos mentales de la realidad. Se puede decir que el conocer es un proceso a través del cual un individuo se hace consiente de su realidad y en éste se presenta un conjunto de representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad. Además, el conocimiento puede ser entendido de diversas formas: como una contemplación porque conocer es ver; como una asimilación porque es nutrirse y como una creación porque conocer es engendrar.

Ahora bien, para que se dé el proceso de conocer, rigurosamente debe existir una relación en la cual coexisten cuatro elementos, el sujeto que conoce, el objeto de conocimiento, la operación misma de conocer y el resultado obtenido que no es más que la información recabada acerca del objeto. En otras palabras, el sujeto se pone en contacto con el objeto y se obtiene una información acerca del mismo y al verificar que existe

coherencia o adecuación entre el objeto y la representación interna correspondiente, es entonces cuando se dice que se está en posesión de un conocimiento (Martínez Marín & Ríos Rosas, 2006, p, 112).

Muchos filósofos e historiadores han planteado varias teorías que nos hablan del origen del conocimiento entre las que más destacan están:

El racionalismo (Rene Descartes), la razón, fuente principal del conocimiento humano, Rene sostiene que el conocimiento solo merece este nombre cuando es lógicamente necesario y universalmente valido. Cuando nuestra razón juzga que una cosa tiene que ser así y que no puede ser de otro modo; tiene que ser así por tanto siempre y en todas partes entonces y solo entonces nos encontramos ante un verdadero conocimiento.

El empirismo (Locke y Hum), se opone a la tesis del racionalismo (en la cual dice que la razón, es la verdadera fuente del conocimiento), el empirismo nos dice que la única fuente del conocimiento humano es la experiencia. Este manifiesta, no hay ningún patrimonio a priori de la razón, la conciencia cognoscente no saca su contenido de la razón, si no exclusivamente de la experiencia. El espíritu humano está por naturaleza vacío; es una hoja en blanco para escribir nuevas experiencias. Todos nuestros conceptos incluso los más generales y abstractos proceden de la experiencia.

El intelectualismo (Sócrates), Es un intento de mediación entre el racionalismo y el empirismo, mientras el racionalismo considera a la razón como la fuente y la base del conocimiento, por otro lado, el empirismo dice que la experiencia es la única fuente del conocimiento, el intelectualismo es de opinión que ambos factores tienen parte en la producción del conocimiento.

El intelectualismo sostiene junto con el racionalismo que hay juicios lógicamente necesarios y universalmente válidos, y no solo sobre los objetos. Pero mientras que el racionalismo consideraba los elementos de estos juicios, los conceptos, como un patrimonio a priori de nuestra razón, el intelectualismo la deriva de la experiencia la conciencia cognoscente lee según él, extrae sus conceptos de la experiencia.

El apriorismo (Immanuel Kant). También considera a la experiencia y la razón como fuente del conocimiento, pero el apriorismo define la relación entre la experiencia y el pensamiento en un sentido directamente opuesto al intelectualismo, como ya dice el nombre de apriorismo nuestro conocimiento presenta en sentir de esta dirección elementos a priori, independientemente de la experiencia, esta era también la opinión del racionalismo.

Pero mientras este consideraba los factores a priori como contenidos, como conceptos perfectos, para el apriorismo estos factores son de naturaleza formal, no son contenidos si no formas de conocimiento, estas formas reciben su contenido de la experiencia y en esto el apriorismo se separa del racionalismo y se acerca al empirismo. Los factores a priori semejan en cierto sentido recipientes vacíos, que la experiencia llena con contenidos concretos. El principio del apriorismo dice: “los conceptos sin las intuiciones son vacíos, las intuiciones sin los conceptos son siegas”. (Hessen, s.f, p, 26-32).

Así también, según Jhon Locke, hay tres niveles conocimientos:

Intuitivo: se da cuando percibimos el acuerdo o desacuerdo de las ideas de modo inmediato, a partir de la consideración de tales ideas y sin ningún proceso mediador. Como ejemplo más claro de conocimiento intuitivo nos propone Locke el conocimiento de nuestra propia existencia, que no necesita de prueba alguna ni puede ser objeto de demostración, siguiendo claramente la posición cartesiana sobre el carácter intuitivo del conocimiento del "yo". (párr.8)

Demostrativo: es el que obtenemos al establecer el acuerdo o desacuerdo entre dos ideas recurriendo a otras que sirven de mediadoras a lo largo de un proceso discursivo en el que cada uno de sus pasos es asimilado a la intuición. (párr.9)

Sensible: es el conocimiento de las existencias individuales, y es el que tenemos del Sol y demás cosas, por ejemplo, cuando están presentes a la sensación. (párr.10)

Principales problemas del conocimiento

La posibilidad del conocimiento humano pregunta ¿puede realmente el sujeto aprehender el objeto?, existen dos doctrinas básicas sobre la posibilidad del conocimiento el escepticismo y el dogmatismo.

Por un lado, el escepticismo niega que el sujeto pueda aprehender al objeto y tener conocimiento de él, y el dogmatismo afirma la posibilidad del conocimiento; considera que el contacto entre el sujeto y el objeto es real a través de su aprehensión (Tales de Mileto).

El origen del conocimiento también tiene una interrogante ¿es la razón o la experiencia la fuente del conocimiento humano? Existen cuatro doctrinas básicas sobre el origen del conocimiento

El racionalismo: considera la razón como única fuente adecuada de conocimiento, ya que entiende que los sentidos son insuficientes, considera la deducción y la intuición como métodos adecuados (Rene Descartes)

El empirismo defiende que las personas adquirimos los conocimientos a través de la experiencia que nos proporcionan los sentidos y niega la posibilidad de un conocimiento de validez universal y necesaria (John Locke)

- El intelectualismo: supone que la realidad es racional o inteligible y por lo tanto susceptible de conocimiento racional exhaustivo (Aristóteles)
- El apriorismo establece que el elemento a priori no deviene de la experiencia, sino del pensamiento (Imanuel Kant)

La esencia del conocimiento: ¿es el objeto quien determina al sujeto o es al revés?

El idealismo afirma que el conocimiento se encuentra en el sujeto mismo; como doctrina el idealismo reduce el conocer al mundo a una actividad del espíritu e identifica a lo real con lo racional, al objeto con el sujeto del conocimiento y afirma que aun lo que

no se puede ver puede ser conocido; así mismo encontramos dos doctrinas que se antepone al idealismo de Platón como el realismo que sostiene que el hombre solo puede conocer al “ser en sí mismo” o al “ser real” únicamente cuando su juicio es o está acorde con su realidad; y el materialismo sostiene que si actual el conocimiento en el ámbito del objeto (Marx)

El valor del conocimiento ¿Cómo sabemos que nuestro conocimiento es verdadero? Existen dos doctrinas básicas sobre la posibilidad de conocimiento, el universalismo que plantea que el conocimiento ha de tener un valor global e intemporal porque simboliza la verdad (Platón); y el relativismo entiende el conocimiento como algo restringido a un momento temporal y a un espacio geográfico, “lo que se cree aquí no tiene por qué compartirse allí ni siempre” (Rizo, 2013).

Conocimiento y enfermería.

Las diversas corrientes sobre el conocimiento, tanto en la antigüedad como en el presente, dan la pauta para determinar lo importante que es el saber, estos contenidos dan bases al pensamiento científico y con ello forman el conocimiento humano. El conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, que dan la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos. Por lo que en la formación del enfermero/a el conocimiento debe ser eje de interés durante el periodo de formación, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas con lo que se desarrollan las capacidades de los profesionales en esta área, lo que sin duda les guiará a ser excelentes. En la experiencia, las enfermeras que atienden al ser humano con problemas de salud, frecuentemente se preguntan si actuaron e hicieron todo lo posible ante las situaciones que presenta el enfermo, y si en su actuar aplicaron sus conocimientos para el bien del enfermo, estas interrogantes las mantendrán interesadas en la búsqueda de información y conocimientos nuevos por medio de sistemas clásicos y de vanguardia. (Montesinos Jiménez, 2002, P, párr 1).

Los conocimientos fundamentan los tres saberes: saber, saber hacer, saber ser, lo que les permiten enfrentar los diversos problemas clínicos, además de facilitar la implementación de los procesos de enfermería. En el siglo pasado los conocimientos tenían un proceso lento, pero a partir del descubrimiento de las causas de las enfermedades, ayudaron y marcaron que la atención de enfermería tiene como base el conocimiento científico y en el desarrollo de teorías y modelos que han intentado explicar un conocimiento más profundo del cuidado enfermero. La profesionalización de enfermería está basada y enfocada en los aspectos culturales, científicos y humanísticos y es lo que hace su cambio diario, continuo y trascendente en la atención, que apoya el proceso de cuidar, por lo que la actualización con diversas herramientas, más la investigación y la experiencia obtenidas, son una fuente inagotable de conocimientos para la enseñanza en las áreas donde realiza sus actividades diarias incrementando la seguridad en sus acciones. (Montesinos Jiménez, 2002, párr,2)

Con los conocimientos también se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, las cuales se evalúan de acuerdo con las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de calidad. La disciplina de ampliar los conocimientos da fortalezas que afianzan el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios. Hoy en día también la enfermería se ha especializado en el avance de sus métodos y la precisión de su actuación en los cuidados, sus conocimientos deben estar al día y el intercambiar experiencias contribuye al conocimiento. (Montesinos Jiménez, 2002,párr 3).

La enfermería en la actualidad está desarrollando y utilizando más su cuerpo de conocimientos, basado en modelos y teorías, para fundamentar su práctica y así dejar de lado la dependencia que ha caracterizado a la disciplina de enfermería y que la ha dejado sólo como la realización de tareas complementarias a la labor médica. La mayor especialización y educación de las enfermeras, así como el desarrollo a nivel de postgrado en magister y doctorados ha favorecido a cultivar el pensamiento y realizar reflexiones

respecto de la práctica fundamentada en estudios de diferentes profesionales conociendo las visiones de cada uno y también la implicancia, utilidad y aplicación de teorías y modelos. De este modo un “saber de papel”, sufre una metamorfosis, un cambio de estar escrito, a algo tangible, comprobable y visible por medio de innumerables estudios que fundamentan la práctica y reafirman nuestra identidad como enfermeros, así podemos ver cómo se aplican entre otras cosas, los distintos pensamientos en el desarrollo de habilidades de análisis, como es el de visualizar quitando los posibles modelos mentales adquiridos por la experiencia y de reflexionar para saber qué alternativas tomar para decisiones futuras. (Gallardo, 2011, Párr, 25).

Valoración del conocimiento desde la perspectiva de enfermería.

La valoración es un proceso que permite atribuir o determinar la valía de algo o de alguien teniendo en cuenta diversos elementos o juicios. Es conocer o estimar el valor, el mérito o las cualidades de una persona o cosa.

Para el caso de los profesionales enfermeros/as la valoración consiste en un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de sus intervenciones o lo que es lo mismo recolección e interpretación de información que permita determinar la situación de salud que están viviendo las personas a su cuidado y sus respuestas a esta, a partir del cual se genera un juicio clínico, cuyas características son:

- Planificado: Es decir, no es improvisado, sino pensado y diseñado anticipadamente.
- Sistemático: Esto requiere de un orden, de un método para ser realizado.
- Continuo: Comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados de enfermería y finaliza cuando se logran los objetivos.
- Deliberado: Es decir requiere de una actitud reflexiva, voluntaria, consciente y con un objetivo por parte de quien la ejecuta.

El proceso de valoración de enfermería es uno de los pasos en la planificación científica de su quehacer porque permite disponer de elementos y de juicio para decidir

qué información es relevante y tener en claro qué áreas son de nuestra competencia, cuál debe ser el enfoque de nuestra intervención; decisiones que, sin duda, son influidas por los conocimientos, habilidades, conceptualizaciones, creencias y valores disciplinarios.

La American Nursing Association (ANA), ha determinado la respuesta humana como en el campo de actuación de las intervenciones de enfermería como construcciones que el profesional del cuidado debe reconocer en cada persona y a cada instante de su intervención. (Correa Argueta, De Jesús Verde Flota, & Rivas Espinosa, 1026, p,13)

Para el quehacer de enfermería el contenido de la valoración debe tener en cuenta los siguientes parámetros: la estructura familiar, el entorno y la comunidad, el impacto de la enfermedad en la misma, los recursos con los que cuentan para afrontar la situación.

La valoración de enfermería incluye:

- datos biográficos: edad, sexo, estado civil, antecedentes, diagnósticos y tratamiento, antecedentes familiares, información genética, antecedentes de riesgo, factores de riesgo y predisponentes. alergia e intolerancia, inmunizaciones.
- Motivo actual de consulta: qué le ocurre, desde cuándo, cómo es, dónde se localiza. Factores precipitantes que alivian o agravan el problema, etc.
- Estilo de vida y datos socioculturales: hábitos, dieta e ingesta, sueño. actividades de la vida diaria, ocupación (trabajo, jubilación, estudio, desempleo). ocio y aficiones, etnia, religión, creencias y valores.
- Datos fisiológicos y psicológicos: información cefalocaudal o por sistemas. Factores estresantes y patrón de afrontamiento.
- Recursos: Recursos propios, de apoyo y soporte, financieros, materiales de asistencia sanitaria, entorno, paciente y familia, situación del domicilio situación económica.
- Patrones de asistencia: pública o privada, atención primaria o especializada, financiación y acceso a la asistencia. (Rubio Sevilla, 2016, p,7).

DOLOR

El dolor es parte de nuestras vidas desde el momento mismo que nacemos, incluso antes. Y aun siendo un síntoma tan cotidiano, es rara la facultad de medicina que tiene una cátedra específica sobre dolor.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial. Ésta definición subraya que no solamente se involucra el proceso fisiológico de estimulación de nociceptores, sino que abarca también un componente afectivo importante. Esto es lo que lo hace al dolor un fenómeno tan complejo, personal e intransferible.

En la fisiopatología del dolor Existen 4 procesos básicos, transducción, conducción, modulación y percepción. En la transducción los nociceptores traducen un estímulo físico, térmico o químico en una señal eléctrica. Esta señal será conducida después a través de fibras nerviosas, principalmente tipo A-delta y C, aunque en estados patológicos también podremos encontrar fibras A-beta. Una vez que el estímulo nervioso llega a astas posteriores, entra el proceso de modulación, en el cual se ven involucradas neuronas inhibitorias gabaérgicas y células de la glía que son excitatorias. Del proceso de modulación resultante, la señal original puede ser aumentada o atenuada. La señal resultante viajará por los tractos espinotalámicos hasta llegar al tálamo y otros núcleos del sistema límbico, donde se verán implicadas las respuestas emocionales y se pueden modular por emociones y atención; para finalmente llegar a la corteza somatosensorial donde finalmente se percibe como dolor. (García Andreu, 2017,p, 78-79).

Es importante reconocer que no todos los dolores son iguales, de tal manera que tendríamos que distinguir muy claro el síndrome doloroso de cada paciente, por lo que varios autores dividen el dolor en

Dolor nociceptivo, este se presenta de dos formas.

Dolor somático: este dolor se caracteriza por ser opresivo o punzante, estar bien localizado y está relacionado con daño a estructuras somáticas, como hueso, músculo, tendón, se transmite primordialmente por fibras A-delta.

Dolor visceral: suele ser más de tipo cólico o sordo, mal definido en su localización y transmitido por fibras amielínicas tipo C, se relaciona con daño a vísceras.

Ambos síndromes se incluyen en lo que se llama dolor nociceptivo, ya que el daño a las estructuras referidas es real, y el sistema nervioso solo transmite la información sin estar afectado.

Dolor neuropático.

El dolor neuropático se manifiesta principalmente como ardoroso, quemante o como toque eléctrico. En este caso, el daño está en el sistema somatosensorial, es decir en nervios; ya sean periféricos o centrales. Éste es un dolor no nociceptivo. Es importante distinguir en particular este síndrome ya que el manejo es muy diferente a los demás síndromes, el dolor neuropático suele tender a la cronicidad.

Dolor postoperatorio.

El dolor postoperatorio es un tipo especial de dolor agudo, de gran repercusión en el área de la salud, pues afecta tanto a los pacientes quirúrgicos que lo padecen, como la familia que sufre junto al paciente, al médico tratante, al personal de enfermería que debe ejecutar las indicaciones médicas para su tratamiento y a las instituciones involucradas. (M. Finkel & R. Schlegel,2003, p, 1).

La definición de dolor postoperatorio resulta complicada debido a la gran cantidad de factores que participan en su producción. Se podría considerar como un dolor de carácter agudo secundario a una agresión directa o indirecta que se produce durante el acto quirúrgico, de modo que incluiríamos no sólo el dolor debido a la técnica quirúrgica,

sino también, el originado por la técnica anestésica, las posturas inadecuadas, contracturas musculares, distensión vesical o intestinal, etc.

Existen dos mecanismos implicados en la producción del dolor postoperatorio, el primero por una lesión directa sobre las fibras nerviosas de las diferentes estructuras afectadas por la técnica quirúrgica, y la segunda, por la liberación de sustancias endógenas capaces de activar y/o sensibilizar los nociceptores.

Los nociceptores son terminaciones nerviosas libres de dos tipos principalmente, los mecano- receptores (mielínicos) y los receptores C poli- modales (amielínicos). Ambos tienen un umbral alto de activación. La sensación de dolor se produce por la estimulación directa de estas terminaciones nerviosas, pero también la inflamación producida por el procedimiento quirúrgico producirá una sensibilización periférica que aumenta la sensibilidad de estos nociceptores, o lo que es lo mismo, disminuye su umbral de activación. En este fenómeno de sensibilización periférica participan diversas sustancias como las prostaglandinas, potasio, bradicininas, sustancia P, péptido asociado al gen de la calcitonina, histamina. (Reyes Fierro, de la Cala Carecía, & Carutti, 2004, p, 25).

Un mal control del dolor post operatorio llevaría a varias afecciones:

- Cardiovasculares: aumento de la frecuencia cardiaca, de la tensión arterial.
- Respiratorias: La anestesia general y el inadecuado control del dolor postoperatorio dan lugar a una serie de cambios en la función pulmonar: disminución del volumen tidal aumento de la frecuencia respiratoria, reducción de la capacidad vital o reducción del volumen de reserva residual funcional.
- Gastrointestinales: disminución global del tono muscular, vasoconstricción esplácnica, íleo.
- Génito-urinarias: retención urinaria.

- Hemostáticas: La inmovilidad por dolor puede predisponer a las ocurrencias de procesos tromboembólicos de mayor o menor repercusión sistémica.
- Osteo – articulares – musculares: la inmovilización por dolor dificulta la recuperación posterior a la cirugía y facilita al desarrollo de la atrofia muscular.
- Psicológicos – sociales y legales: la lenta reinserción social, laboral y familiar del paciente con dolor, coadyuvan para una mala relación médico – paciente.
- Económicas: un dolor postoperatorio mal controlado aumenta los costos institucionales (M Finkel & R Schlegel, 2003, p, 10-11).

Participan también diferentes factores que afectan la magnitud del dolor postoperatorio, entre los cuales destacan:

Idiosincrasia del paciente: la personalidad, experiencias previas, aspectos culturales, étnicos y genéticos, estado anímico, relación médico- paciente y expectativas y representaciones del proceso quirúrgico.

La Cirugía: tipo de posición para la técnica quirúrgica, maniobras, indicaciones médicas postoperatorias.

El tipo de anestesia: esta se refiere a la evaluación pre anestésica, el tipo de técnica anestésica, empleo o no de analgesia preventiva, intraoperatoria y/o postoperatoria inmediata.

Localización de la herida quirúrgica: como por ejemplo una cirugía de tórax o de grandes articulaciones son más dolorosas que una de hemiabdomen superior, y ésta, más aún que una de hemiabdomen inferior. La movilización postoperatoria aumenta el dolor en mayor o menor medida, según la ubicación anatómica de la injuria dolorosa.

Rol de enfermería es crítico para lograr el éxito del tratamiento del dolor postoperatorio. Llevar a cabo una adecuada y permanente educación en dolor, consustanciar al personal respecto de su protagónico papel, erradicar mitos respecto a los

analgésicos y realizar indicaciones médicas comprensibles, son parte clave de la optimización de la tarea de la enfermería. (M. Finkel & R. Schlegel, 2003, p, 9)

Importancia de la valoración y medición del dolor.

El dolor, como cualquier otro síntoma o signo clínico, debe evaluarse adecuadamente. Su cuantificación debe realizarse mediante el uso de escalas, de las cuales hay una gran variedad según los objetivos para los que se utilizan. El dolor es subjetivo; esto significa que nadie mejor que el propio enfermo sabe si le duele y cuánto le duele; por lo tanto, siempre tenemos que contar con el paciente al hacer la valoración del dolor. Pero al ser una sensación emocional subjetiva y desagradable, resulta muy difícil su evaluación, ya que no existe ningún signo objetivo que nos pueda medir con exactitud la intensidad del dolor. En contra de lo que generalmente se piensa, ninguno de los signos físicos tales como el aumento de la frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria o cambios en la expresión facial que acompañan al fenómeno doloroso mantienen una relación proporcional a la magnitud del dolor experimentado por el paciente. Tampoco el tipo de cirugía y su nivel de agresividad siempre son proporcionales a la intensidad del dolor, es decir, que dos pacientes con el mismo tipo de intervención no tienen por qué sentir el mismo grado de dolor, y la actitud que cada uno de ellos puede presentar dependerá de su personalidad, su cultura o su psiquismo. En un intento de superar todos estos inconvenientes para que la valoración del dolor sea individualizada y lo más correcta posible, se han ido creando y validando una serie de escalas de medida. (Muñoz, 2010, p,9).

Instrumentos o escalas de medición del dolor.

Las escalas de medición del dolor son el resultado de diversos estudios encaminados a cuantificar la intensidad del dolor y cuyo objetivo es medirlo mediante formatos descriptivos, numéricos, análogos, visuales de valoración conductual o de representación de expresiones faciales. Las escalas cuantitativas o de intensidad se utilizan para que se le

realice al paciente una valoración global de su dolor. Son fáciles de aplicar y relativamente confiables.

La forma como se mide el dolor depende de los instrumentos disponibles, el tipo de dolor, el objetivo de la medición y el paciente. Para obtener una adecuada valoración del dolor es importante que los tres sean comprendidos por los pacientes, que tengan un alto rango de puntuaciones y sensibilidad para el efecto analgésico, además deben ser válidos y confiables. (Barboza Mariaca & Tami Leal, 2011, p,20).

Se clasifican las escalas o instrumentos de medición del dolor así:

a). Unidimensionales dentro de este grupo encontramos:

Escala visual analógica (EVA)

En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de «no dolor» y en el extremo opuesto «el peor dolor imaginable». La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión. La forma en la que se presenta al paciente, ya sea horizontal o vertical, no afecta el resultado. Es la escala más usada, incluso en los pacientes críticos. Para algunos autores tiene ventajas con respecto a otras. Se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene limitaciones en el paciente anciano y en el paciente sedado. Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso. (Pardo, Muñoz, & Chamorro, 2006).

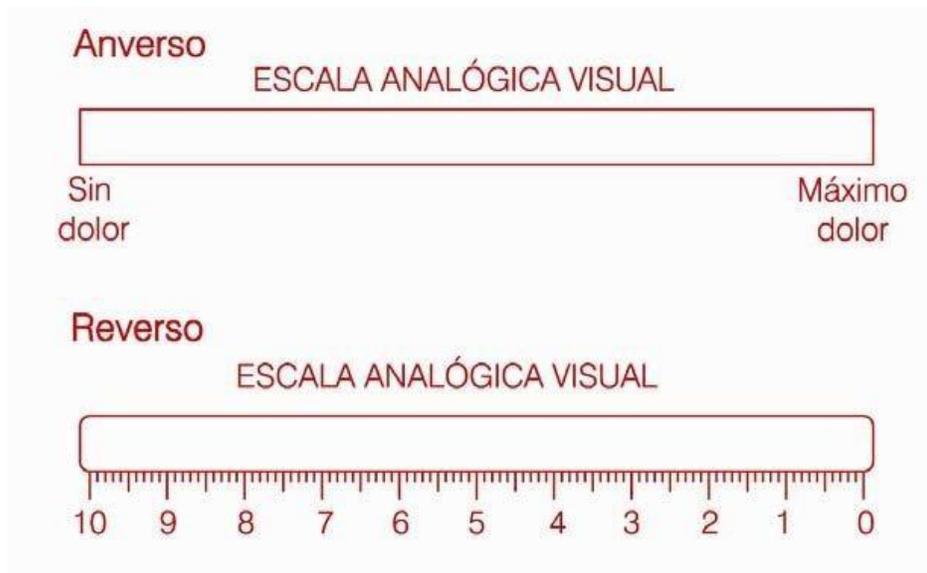


Figura 1: Escala Analoga Visual.

Escala de valores Numéricos.

Downie en 1978 (79), menciona que es comúnmente usada. El paciente debe asignar al dolor un valor numérico entre dos puntos extremos de 0 a 10 (donde 0 es la ausencia de dolor y 10 el peor dolor). Aunque al sujeto se le pide que utilice valores numéricos para indicar el nivel de su dolor, la utilización de palabras claves, así como unas instrucciones previas, son necesarias si esperamos que el paciente conceptualice su dolor en términos numéricos. Con este tipo de escala el dolor se considera un concepto unidimensional simple y se mide sólo según su intensidad. (Serrano Atero, y otros, 2002)

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

Figura 2: Escala de Valores Numericos.

Escala de rostros

Muy usada en la edad pediátrica, se representan una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría, modificándose sucesivamente hacia la tristeza hasta llegar al llanto. A cada una de las caras se les asigna un número del 0 al 5 correspondiendo el 0 = no dolor y 5 = máximo dolor imaginable.

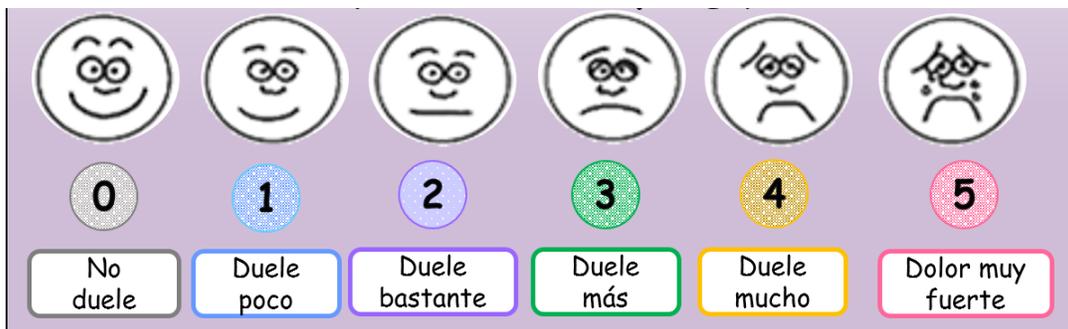


Figura 3: Escala de Rostros

b). multidimensionales

Los más conocidas son:

McGill, que consiste en presentar al paciente una serie de términos o palabras agrupadas que describen las dos dimensiones que integran la experiencia dolorosa (sensorial y emocional); pero además incluye una tercera dimensión que es la evaluativa. Cada una de estas dimensiones tienen asignado un número que permite obtener una puntuación de acuerdo a las palabras escogidas por el paciente; esta puntuación refleja el modo en que éste califica su propia experiencia dolorosa y, por consiguiente, permite valorar la influencia dolorosa que sobre esta experiencia ejercen los factores emocionales y sensoriales que la integran.

Identificación Fecha

Indique sus sentimientos y sensaciones en el momento actual

<p>Temporal I:</p> <p><input type="radio"/> A golpes <input type="radio"/> Continuo</p> <p>Temporal II:</p> <p><input type="radio"/> Periódico <input type="radio"/> Repetitivo <input type="radio"/> Insistente <input type="radio"/> Interminable</p> <p>Localización I:</p> <p><input type="radio"/> Impreciso <input type="radio"/> Bien delimitado <input type="radio"/> Extenso</p> <p>Localización II:</p> <p><input type="radio"/> Repartido <input type="radio"/> Propagado</p> <p>Punción:</p> <p><input type="radio"/> Como un pinchazo <input type="radio"/> Como agujas <input type="radio"/> Como un clavo <input type="radio"/> Punzante <input type="radio"/> Perforante</p> <p>Incisión:</p> <p><input type="radio"/> Como si cortase <input type="radio"/> Como una cuchilla</p> <p>Constricción:</p> <p><input type="radio"/> Como un pellizco <input type="radio"/> Como si apretara <input type="radio"/> Como agarrotado <input type="radio"/> Opresivo <input type="radio"/> Como si exprimiera</p>	<p>Tracción:</p> <p><input type="radio"/> Tirantez <input type="radio"/> Como un tirón <input type="radio"/> Como si estirara <input type="radio"/> Como si arrancara <input type="radio"/> Como si desgarrara</p> <p>Térmico I:</p> <p><input type="radio"/> Calor <input type="radio"/> Como si quemara <input type="radio"/> Abrasador <input type="radio"/> Como hierro candente</p> <p>Térmico II:</p> <p><input type="radio"/> Frialdad <input type="radio"/> Helado</p> <p>Sensibilidad Táctil:</p> <p><input type="radio"/> Como si rozara <input type="radio"/> Como un hormigueo <input type="radio"/> Como si arañara <input type="radio"/> Como si raspara <input type="radio"/> Como un escozor <input type="radio"/> Como un picor</p> <p>Consistencia:</p> <p><input type="radio"/> Pesadez</p> <p>Miscelánea Sensorial I:</p> <p><input type="radio"/> Como hinchado <input type="radio"/> Como un peso <input type="radio"/> Como un flato <input type="radio"/> Como espasmos</p>	<p>Miscelánea Sensorial II:</p> <p><input type="radio"/> Como latidos <input type="radio"/> Concentrado <input type="radio"/> Como si pasara corriente <input type="radio"/> Calambrazos</p> <p>Miscelánea Sensorial III:</p> <p><input type="radio"/> Seco <input type="radio"/> Como martillazos <input type="radio"/> Agudo <input type="radio"/> Como si fuera a explotar</p> <p>Tensión Emocional:</p> <p><input type="radio"/> Fastidioso <input type="radio"/> Preocupante <input type="radio"/> Angustiante <input type="radio"/> Exasperante <input type="radio"/> Que amarga la vida</p> <p>Signos Vegetativos:</p> <p><input type="radio"/> Nauseante</p> <p>Miedo:</p> <p><input type="radio"/> Que asusta <input type="radio"/> Temible <input type="radio"/> Aterrador</p> <p>Categoría Valorativa:</p> <p><input type="radio"/> Débil <input type="radio"/> Soportable <input type="radio"/> Intenso <input type="radio"/> Terriblemente molesto</p>
<p><i>Indique la expresión que mejor refleja la intensidad del dolor, en su conjunto, en el momento actual</i></p> <p> <input type="radio"/> Leve, débil, ligero <input type="radio"/> Moderado, molesto, incómodo <input type="radio"/> Fuerte <input type="radio"/> Extenuante, exasperante <input type="radio"/> Insoportable </p> <p><i>Marque con una cruz sobre la línea, indicando cuanto dolor tiene actualmente</i></p> <p> SIN DOLOR _____ DOLOR INSOPORTABLE </p>		

PRI-S PRI-E PRI-V PRI-M PRI-TOTAL
 Número Palabras: PPI: EVA (0-10):

Figura 4: Cuestionario de McGill.

Escala de disconfort de washigton

Esta escala permite la valoración del dolor posoperatorio teniendo en cuenta los siguientes parámetros: presión arterial, llanto, movimiento, agitación, postura y verbalización. Cada uno de los ya citados parámetros tienen un valor máximo de 2 puntos, considerándose que al superar los 7 puntos en dos mediciones en el intervalo de 5 minutos debe aumentarse la analgesia.

Parámetro	Valoración	Puntaje
Presión arterial	Hasta el 10 % del preoperatorio	0
	>20% del preoperatorio	1
	>20% del preoperatorio	2
Llanto	No llora	0
	Llora pero está tranquilo	1
	Llora y no está tranquilo	2
Movimiento	Sin movimiento	0
	Descansa	1
	Inquieto, molesto	2
Agitación	Dormido o tranquilo	0
	Intranquilo	1
	Localiza el dolor	2
Postura	Relajado	0
	Flexión de piernas y muñecas	1
	Localiza el dolor	2
Verbalización	Dormido o no refiere dolor	0
	No localiza el dolor	1
	Localiza el dolor	2

Figura 5: Escala de Disconfort de Washigton

Medición conductual

Observación de conductas anómalas asociadas a la experiencia dolorosa, como son: quejidos, expresión facial, llanto, suspiros, comportamiento, movimiento de brazos, piernas. Son útiles en pacientes con dificultades para expresarse, como los pacientes con deterioro cognitivo y en niños menores de dos años. La máxima puntuación es de 13, pero se considera que al ser mayor de 6 puntos ya se requiere tratamiento analgésico. (Arias Flores, s.f.)

A). TIPO DE LLANTO 1. No 2. Quejido 3. Llanto	D). BRAZOS 1. No se toca la herida 2. Si se toca la herida
B). EXPRESION FACIAL 0. Alegre 1. preocupado 2. puchero	E). PIERNAS 1. Relajado 2. Movimientos o golpes
C) COMPORTAMIENTO 1. Tranquilo, inmóvil 2. Agitado rígido	F). LENGUAJE 0. No se queja 1. Se queja, pero no de dolor 2. En silencio 3. Se queja de dolor

Figura 6: Escala de Medición Conductual

Unidad de recuperación Postanestésica (URPA).

La sala de recuperación post anestésica es una sala de cuidados intensivos especializados destinada a controlar en forma continua al paciente recién operado. Con ese fin deberá cumplir con las condiciones inherentes a una unidad operativa de alto riesgo, respeto a normas y racionalización de todas las conductas diagnósticas y terapéuticas impuestas por sus autoridades; su funcionamiento, su equipamiento y el registro asistencial seriado a través de una ficha Postanestésica para control, seguimiento y estadísticas de la evolución del posoperatorio; para llevar a la práctica es necesario contar con las siguientes condiciones básicas:

Con respecto a la planta física.

Su ubicación: esta sala deberá estar ubicada junto a la sala de quirófano, sin ascensor ni escaleras entre sí a fin de evitar demoras y dificultades relacionadas con el personal de otros sectores de la institución (camilleros, ascensoristas, etc.) o con fallas del servicio técnico (ascensores, cortes de electricidad, etc.). El tiempo de traslado del

paciente operado desde el quirófano hasta la unidad de recuperación Postanestésica es de cuatro minutos.

- Dimensiones: la URPA debe medir entre 8y 10 metros cuadrados por cama habilitada cada cama estará rodeada de un espacio libre no menor de 1.60 metros y el acceso desde el quirófano se realizará en forma unidireccional
- Iluminación: la URPA debe estar bien iluminada, con luz natural y artificial es conveniente que tenga grandes ventanales con cortinados rebatibles, ya que las estadísticas mundiales confirman la influencia de la luz natural en la recuperación Postanestésica. La luz artificial será general y sectorizada, la sala deberá contar con un grupo electrógeno para reemplazar la corriente eléctrica en caso de corte de luz.
- Climatización: la ventilación y el aire acondicionado deben proporcionar un flujo de aire filtrado, a 24°C de temperatura y una humedad relativa del 50%, se tratará de evitar la hipotermia y la sudoración para que estos cuadros no enmascaren complicaciones graves como shock y sepsis.

Equipamiento.

La unidad de infraestructura y equipamiento MINSA elaboro la norma de equipamiento básico para la unidad de recuperación Postanestésica (URPA)

Esta sala deberá contar con dos camas para cada mesa quirúrgica habilitada, para efectuar distintos procedimientos y evitar caídas.

Cada cama estará equipada con dos salidas de oxígeno central con medidores de flujo, tres tomas eléctricas con aislamiento, un nebulizador, un esfigmomanómetro, un axiómetro de pulso y un monitor cardiológico con sus respectivas alarmas de límites graduables conectadas, iluminación individual, porta sueros para ambos laterales y una bomba enfusora automática.

Cada cuatro camas de la URPA habrá un megoscopio de pared, un tubo de oxígeno portátil, un aspirador portátil, un desfibrilador, un electrocardiógrafo, un neuroestimulador y una toma eléctrica para el equipo de rayos portátil.

Se destinará una zona de aislamiento para pacientes sépticos o inmunodeprimidos graves.

Desde el estar de enfermería debe ser posible observar en forma directa o por circuito cerrado de televisión a todos los pacientes internados en dicha sala.

La unidad de recuperación post anestésica poseerá consolas de fácil acceso con drogas, material sanitario, soluciones parenterales, caja de cirugía menor, instrumental completo de vías aéreas que incluyan un equipo de punción cricotiroidea y de traqueotomía, distintos tubos de drenaje, etc.

La URPA tendrá lavados y mesadas separadas para el material sucio y el limpio y lavamanos accesible desde todas las camas.

La URPA estará intercomunicada con todos los servicios del hospital y contará con dos líneas telefónicas externas.

Recursos Humanos

Personal médico

Siempre se ha manifestado que la responsabilidad primaria de los pacientes de la URPA le corresponde al departamento de anestesia que designara a uno de sus miembros como coordinador de la sala, él que junto con el jefe de enfermería del sector determinarán los criterios para el ingreso y al alta de los pacientes, los protocolos de las conductas diagnósticas y terapéuticas, la calidad de atención del paciente operado; dichos criterios y protocolos deberán adaptarse a las necesidades y los recursos de cada institución.

Anestesiólogo.

El paciente operado debe llegar a la URPA acompañado por su anestesiólogo, quien permanecerá asistiéndolo hasta que el coordinador y las enfermeras de la URPA puedan asumir la responsabilidad de su atención.

Al llegar a la URPA el anestesiólogo sin dejar de asistir a su paciente relatara verbalmente al médico que lo recibe todos los datos clínicos-quirúrgicos de interés para su evolución (edad, sexo, enfermedades y medicaciones previas, tipo y duración de la operación, anestésicos, analgésicos, antibióticos y soluciones parenterales recibidas, sangrados y transfusiones intraoperatorias, dificultad en la intubación, sondas y drenajes.). Dejará indicaciones en la historia clínica (plan de analgésicos, análisis de laboratorio a solicitar, interconsultas que en ese momento considere necesarias para el posoperatorio de su paciente.). Evaluará el monitoreo de la oxigenación, de la ventilación y cardiovascular, el nivel de conciencia y la actividad neuromuscular. Además, se contralará el límite de las alarmas de los monitores y del oxígeno central; el anestesiólogo se retirará de la URPA cuando el paciente este ubicado en su cama definitiva, monitoreado.

Equipo Quirúrgico

El cirujano acutante llevará a cabo una reevaluación clínico-quirúrgica del paciente operado, controlará los drenajes y las curaciones y dejará indicaciones en la historia clínica

Consultores

Profesionales de todas las áreas del Hospital (cardiólogos, terapistas, clínicos, radiólogos, bioquímicos, nutricionistas, etc.) asistirán al paciente ante un pedido de consulta.

Personal de enfermería

Jefe de enfermería

Supervisara la planta física, el equipamiento y el personal a su cargo, comunicara al jefe de anestesiología el número de camas disponibles antes de cada turno quirúrgico

Enfermeros/as

El número de enfermeras por cama depende del estado clínico-quirúrgico de los pacientes y de tipo y complejidad de cirugía realizada; en general se considera un enfermero/a cada dos camas ocupadas. La American Society of Post-Anesthesia Nurses (ASPAN) realizó una clasificación de los pacientes relacionada con el personal de enfermería necesario:

Clase I: un enfermero/a cada tres pacientes despiertos y estables, no complicados

Clase II: un enfermero/a cada dos pacientes en caso de: Pacientes con demora en la recuperación de la conciencia, pero estables, paciente pediátrico no complicado, paciente estable pero sometido a cirugía mayor.

Clase III: dos enfermeras por cada paciente que ingresa a la URPA si es preciso estabilizar al enfermo o realizar maniobras de RCP.

Criterios de ingreso y de alta

Existen escalas de puntuación para determinar el grado de recuperación anestésica del paciente operado; estas escalas deben ser utilizadas en forma complementaria por el anesthesiólogo actuante que será quien decida si su paciente quedara en la URPA o será derivado directamente desde el quirófano a terapia intermedia, a terapia intensiva o a la unidad coronaria. Las escalas más usadas son el sistema de puntuación de Aldrete y la puntuación simplificada por Steward.

Escala de recuperacion Postanestésica de Aldrete modificada para incluir saturación de oxígeno									
Índice	Descripción	Punto	Tiempo en minutos						
			0	10	15	30	45	90	120
Actividad	Mueve las 4 extremidades	2							
	Mueve solo 2 extremidades	1							
	No mueve ninguna extremidad	0							
Respiración	Respira profundo, tose libremente	2							
	Disnea con limitación para toser	1							
	Apnea	0							
Circulación	TA < 20% del nivel pre anestésico	2							
	TA de 21 a 49% del nivel pre anestésico	1							
	TA > 50% del nivel pre anestésico	0							
Conciencia	Completamente despierto	2							
	Responde al ser llamado	1							
	No responde	0							
Oxigenación	Mantiene > 92% SaO2 en aire	2							
	Necesita inhalar O2 para mantener SaO2, de 90	1							
	SaO2 < 90% aun inhalando oxígeno	0							

Figura 7: Escala de Recuperación Pos anestésica de Aldrete

El criterio del Alta: puntaje total de 10, además de signos vitales estables y de una zona quirúrgica aceptable; se precisa la orden de un médico para dar el alta con un puntaje inferior.

El puntaje simplificado de Steward considera

Conciencia	Despierto	2 puntos
	Responde a estímulos	1 punto
	No responde	0 puntos
Vía aérea	Tose si se le ordena o llora	2 puntos
	Mantiene una buena vía aérea	1 un punto
	La vía aérea debe ser mantenida	0 punto
Movimientos	Mueve las extremidades voluntariamente	2 puntos
	Movimientos involuntarios	1 un punto
	Sin movimiento	0 puntos

Figura 8: Puntaje Simplificado de Steward

Pacientes de cirugía ambulatoria

La recuperación anestésica de la cirugía ambulatoria debe contemplar todos los factores de una recuperación anestésica del paciente que queda internado, considerando además el momento indicado y la forma de implementar el traslado a su hogar y el control clínico en las primeras 48 horas del posoperatorio. Para evaluar la recuperación anestésica ambulatoria se considera una Fase I y una Fase II. En la fase I o temprana se consideran la recuperación de la conciencia, la aparición de los reflejos, la estabilidad cardiopulmonar, la liberación de la vía aérea, la saturación de oxihemoglobina adecuada, la ausencia de tos, vómitos y tratamiento del dolor. La fase II es el período en que el paciente recupera la capacidad de vestirse, caminar solo, beber 100 ml de líquido sin vomitarlo, y orinar, acompañado de la mejoría de la agudeza mental. El retorno a su hogar será acompañado de un adulto responsable y se le darán las indicaciones de los medicamentos y próximas consultas en forma verbal y escrita.

Consentimiento informado

Actualmente es obligatorio en todas las instituciones de nuestro país hacer firmar a los pacientes que van a ser sometidos a cualquier procedimiento invasivo, un

consentimiento informado (CI). Quien lo haya firmado acepta la prestación médica y los riesgos potenciales. Los pacientes capacitados para firmar el CI, son aquellos individuos mayores de 21 años o emancipados, con su capacidad psíquica íntegra. Si se negara a firmar, luego de la lectura del consentimiento y las explicaciones de los procedimientos y los riesgos, se respetará su voluntad. En los casos de incapacidad para la firma, y existiendo un estado de necesidad (art. 34 Inc. 3ro del Código Penal) ésta será requerida a un familiar consanguíneo hábil, o en su defecto el juez de turno será el encargado de nombrar un curador para que autorice el procedimiento. Los pacientes incapacitados para firmar el consentimiento informado son los menores de 21 años y los mayores de edad con incapacidad psíquica

Manejo de riesgo

La creación de un comité de riesgo o el nombramiento de un ejecutivo de riesgo sería un componente de protección contra las demandas legales. Uno o más profesionales especializados actuarían como asesores, como peritos expertos o como ambas cosas ante una situación o incidente imprevisto, un daño o una insatisfacción por los servicios prestados. El ejecutivo de riesgo analizará los hechos, discutirá el caso con todos los profesionales actuantes, se pondrá en contacto con las autoridades y los abogados de la institución y del paciente y actuará como mediador entre las partes. La American Society of Anesthesiologists (ASA) creó los "estándares del cuidado Postanestésicos"; estos estándares son considerados normas obligatorias y sobre ellos se sentó jurisprudencia:

Estándar 1. Todos los pacientes que hayan recibido anestesia general, regional o sedación deberán recibir cuidados Postanestésicos apropiados.

Estándar 2. El paciente que es transportado a la SRPA debe ser acompañado por un miembro del equipo anestésico. El paciente deberá ser evaluado en forma continua y recibir tratamiento, monitoreo y sostén apropiados para su estado durante el traslado.

Estándar 3. Al llegar a la SRPA el paciente será reevaluado y el miembro del equipo de anestesia que lo haya acompañado le brindará un informe verbal a la enfermera del área de recuperación.

Estándar 4. El estado del paciente deberá ser evaluado continuamente en la SRPA.

Estándar 5. El médico anesthesiólogo será el responsable del alta del paciente de la SRPA. La SRPA es una unidad de alto riesgo; por ende, todo profesional que interne a su paciente en ella tiene la obligación, el compromiso y la responsabilidad de un control y seguimiento posoperatorio.

Complicaciones anestésicas.

Depresión respiratoria Postanestésica.

Descompensación hemodinámica Postanestésica.

Trastornos Postanestésicos en la recuperación neurológica y de la conciencia (Esteban , s.f.)

2. Justificación

El motivo que me lleva a desarrollar el siguiente proyecto de investigación es acercarme a una realidad que llama mi atención y visualizar en el terreno de los hechos el desempeño profesional del enfermero/a en un área crítica para conservar la vida de las personas, lo que exige adecuado dominio cognitivo, habilidad, destreza y una gran dosis de efectividad en el control de un síntoma (dolor) que bien podría ser la expresión de una buena o mala evolución del paciente en el postoperatorio inmediato y en un servicio (sala de recuperación pos anestésica) donde la calidad y calidez de atención es la norma cada segundo cada minuto en que el enfermero/a permanece en ella cumpliendo sus funciones.

También es un aspecto a considerar, que son muy pocos los estudios realizados y publicados por el enfermero/a, relacionados con aplicación de escalas de evaluación del dolor que son los instrumentos utilizados para este fin , por lo mismo, abordar esta realidad servirá para conocer aspectos relevantes en el manejo del dolor por el personal de enfermería en el servicio de Recuperación Post Anestésica URPA, también servirá de referencia para investigaciones posteriores con el fin de profundizar y avanzar en los diferentes niveles de investigación.

La presente investigación proporcionará datos que permitan diseñar e implementar programas de mejora continua, elaborando, mejorando guías , protocolos de atención para el paciente post quirúrgico e incentivando su uso por el personal de enfermería, todo lo cual fortalecerá la calidad del cuidado del enfermero/a en el servicio de URPA y así contribuir a disminuir los riesgos potenciales o complicaciones post operatorias; logrando una recuperación sin riesgos o con ellos presente en un nivel bajo y controlados como le corresponde a una Unidad de Recuperación Pos Anestésica.

3. Problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento del enfermero/a sobre valoración del dolor postoperatorio en la unidad de Recuperación Post anestésica del Hospital Regional de Cajamarca 2019?

4. conceptualización y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Tipos de escala de medición
Nivel de Conocimiento del enfermero/a sobre valoración del dolor postoperatorio en el área de Recuperación Post anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca	Conjunto de información, de datos verdaderos interrelacionados y almacenados por la experiencia, aprendizaje o introspección, que utiliza el enfermero/a como base para valorar el dolor post-operatorio en pacientes atendidos en URPA, usando instrumentos llamados escalas de medición del dolor.	Información específica respecto al dolor	Nivel de conocimiento Alto: < 8 puntos Medio: De 5 a 8 puntos. Bajo: < 5 puntos	Ordinal
		Escala de medición del dolor	Tipos de escalas (instrumentos)	

5. Objetivos.

Objetivo general.

Determinar el nivel de conocimiento del enfermero/a que laboran en el área de Recuperación Post anestésica (URPA) del Hospital Regional Cajamarca sobre valoración del dolor postoperatorio, 2019.

Objetivos específicos.

Identificar las características generales del potencial humano actualmente laborando en el área de Recuperación post anestésica del Hospital Regional de Cajamarca 2019.

Identificar los instrumentos que utiliza el enfermero/a para cumplir su rol en la valoración del dolor postoperatorio en el Área de Recuperación Post anestésica del Hospital Regional de Cajamarca ,2019.

METODOLOGÍA

1. Tipo y diseño de investigación

Tipo descriptivo, estudio transversal, prospectivo.

Diseño no experimental.

2. Población y muestra

11 enfermeras actualmente trabajando en el Área de Recuperación post-Anestésica del Hospital Regional de Cajamarca.

3. Técnicas e instrumentos de investigación

Cuestionario adaptado por la investigadora; el cual consta de tres ítems que son; generalidades, información específica respecto al dolor y escalas de medición del dolor, las cuales miden el nivel de conocimiento, nivel alto > de 8 puntos, nivel medio de 5 a 8 puntos y nivel bajo < de 5 puntos, cuya validez cualitativa se realizó con juicio de expertos; alcanzando un nivel de concordancia entre los expertos cuantitativamente para conocer las métricas del instrumento, confiabilidad por alfa Cronbach 0.872 usando prueba piloto.

Fuente documental primaria.

Técnica de aplicación del instrumento fue la encuesta.

4. Procesamiento y análisis de la Información

El Procesamiento y presentación de la información se reflejó con el soporte del paquete estadístico SPSS versión 21, el análisis se realizó mediante la distribución de frecuencias absolutas y relatividad porcentual, los resultados se presentarán en gráficos o tablas estadísticas para descripción e interpretación de datos.

RESULTADOS.

Tabla 1. Enfermero/a según sexo. Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca, 2019.

Sexo	N°	%
Masculino	1	9.1
Femenino	10	90.9
Total	11	100.0

Fuente: cuestionario para nivel de conocimiento sobre valoración

En la tabla se observa que el 90.9% son del sexo femenino y el 9.1 son del sexo masculino.

Tabla 2. Enfermero/a según tiempo de servicio. Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca, 2019.

Tiempo de servicio	Nº	%
Menos de 1 año	5	45.5
De 1 a 5 años	3	27.3
De 6 a 10 años	2	18.2
Más de 10 años	1	9.1
Total	11	100.0

Fuente: cuestionario.

En la siguiente tabla se observa que el 45.5 % tiene un tiempo de servicio menor a un año

Tabla 3. Enfermero/a según especialidades. Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca, 2019.

Especialidades	N°	%
Centro quirúrgico	10	90.9
Recuperación post-anestésica	0	0.0
Unidad de cuidados intensivos	0	0.0
Otras	1	9.1
Total	11	100.0

Fuente: cuestionario

En la tabla podemos observar que el 90.9% tiene especialidad en centro quirúrgico y el 9.1% tiene otra especialidad

Tabla 4. Enfermero/a según refiere haber recibido capacitación. Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca, 2019.

Capacitación	Nº	%
Si	7	63.6
No	4	36.4
Total	11	100.0

Fuente: cuestionario

En la tabla se observa que el 63.6 % recibió capacitación y un 36.4% no recibió capacitación.

Tabla 5. Enfermero/a según refiere que la URPA tiene protocolo de trabajo. Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca, 2019.

Protocolo	Nº	%
Si	11	100.0
No	0	0.0
Total	11	100.0

Fuente: cuestionario

La siguiente tabla nos muestra que el 100 % de enfermeros/as de la (URPA) cuenta con un protocolo como guía de trabajo.

Tabla 6. Enfermero/a según refiere que la URPA cuenta con registro EVA. Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca, 2019.

Registro EVA	Nº	%
Si	11	100.0
No	0	0.0
Total	11	100.0

Fuente: cuestionario

En la tabla se observa que el 100 % cuenta con un registro del dolor EVA

Tabla 7. Enfermero/a según refiere que cuenta la URPA con infraestructura adecuada. Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca, 2019.

Infraestructura	Nº	%
Si	4	36.4
No	7	63.6
Total	11	100.0

Fuente: cuestionario

En la tabla podemos observar que el 63.6% de los encuestados opinan que la URPA no cuenta con una infraestructura adecuada

Tabla 8. Instrumento que utiliza el enfermero (a) para la valoración del dolor postoperatorio en el Área de Recuperación del Hospital Regional de Cajamarca, 2019

Instrumentos de Medición	Utilizan				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Escala de rostros	8	72.7	3	27.3	11	100.0
Escala de valores numericos	7	63.6	4	36.4	11	100.0
Escala visual analógica	6	54.5	5	45.5	11	100.0
Cuestionario Mac Gill	3	27.3	8	72.7	11	100.0
Escala de medición conductual	3	27.3	8	72.7	11	100.0
Escala de disconfort de Washigton	0	0.0	11	100.0	11	100.0

Fuente: cuestionario

La tabla evidencia que la escala de disconfort de Washington no se utiliza en la URPA Cajamarca. Y la que más se usa es la escala de rostros.

Tabla 9. Nivel de Conocimiento del enfermero(a) que laboran en el Área de Recuperación Post Anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca sobre valoración del dolor postoperatorio, 2019

Nivel de Conocimiento	Nº	%
Alto	3	27,3
Medio	6	54,5
Bajo	2	18,2
Total	11	100,0

Fuente: cuestionario.

El porcentaje más alto lo ocupa el nivel medio con 54.5% lo que significa que a las enfermeras les falta capacitación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Se puede entender que, el 90.9%(10) de los que laboran en el área de recuperación post anestésica son del sexo femenino y un 9.1 %(1) del sexo masculino, entre los cuales un 90.9%(10) tienen especialidad en centro quirúrgico, mientras que 9.1% (1) tiene otro tipo de especialidad; siendo el tiempo de servicio de un 45.5% (5) es menor a un año, contando un 63.6% con capacitación sobre valoración del dolor postoperatorio y un 36.4% (4) no cuenta con esta. El 100% de la población de estudio cuenta con un protocolo para la valoración del dolor postoperatorio y registro EVA. Además, el 63.6% refiere que la infraestructura no es la adecuada, discrepando así con lo mencionado en la teoría

Por los resultados encontrados, podemos formular que los enfermeros/as que laboran en el área de recuperación post anestésica no cuentan con una especialidad adecuada para esta área, ya que en su mayoría tienen especialidad en centro quirúrgico, mas no en recuperación post anestésica. En cuanto a la capacitación de valoración del dolor postoperatorio no todos la recibieron, discrepando así con la teoría manifestando esta que la capacitación debe ser constante. Así mismo, según la población estudiada esta área no cuenta con la infraestructura adecuada.

Se observa, que del 100% de las enfermeras que laboran en el área de recuperación post anestésica del Hospital Regional de Cajamarca, el 72.7% (8) utiliza la escala de rostros, un 63.6 % (7) utiliza la escala de valores numéricos, 54.5% (6) utiliza la escala visual analógica, el 27.3% (3) utiliza el cuestionario de Mac Gill, el 27.3% (3) utiliza la escala de medición conductual.

Estos resultados son similares con lo estudiado por Gabriel. V. en su tesis titulada “Nivel de conocimiento y aplicación de escalas del dolor en post operatorio, por enfermeros (as)” donde expresa que, en cuanto al uso de las escalas del dolor post operatorio, el 32% (7) de los profesionales usan la escala de expresión facial o escala de

rostros, 22% (5) la escala numérica, 14% (3) la escala análoga visual, durante la evaluación en pacientes post operados.

A su vez estos resultados difieren con los estudios realizados por Incalla y Zegarra en su tesis “Conocimiento y actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico y dolor, en el servicio de Recuperación del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo (HNCASE) Arequipa”, el cual revela que en un pre test, el 57.1% de los participantes se reúsan al uso de escalas prefiriendo describir el dolor quirúrgico; y en el post test, luego de una capacitación el 85.7% identifica la escala EVA como único instrumento de valoración. Por lo que se concluye que en un inicio la población de estudio no utilizaba ningún instrumento de valoración del dolor post anestésico.

Por los resultados obtenidos evidenciamos que el mayor porcentaje de profesionales de enfermería que laboran en el área de recuperacion post anestésica del Hospital Regional de Cajamarca, utilizan la escala de rostros, escala de valores numéricos y escala visual análoga que son escalas de tipo unidimensionales, las cuales teóricamente son fáciles de aplicar y relativamente confiables más, lo mejor sería utilizarlas siempre junto a otros sistemas de evaluación y valoración como son las escalas multidimensionales mencionadas anteriormente.

Se observa, que del 100% de las enfermeras que laboran en el área de recuperan post anestésica del Hospital Regional de Cajamarca, el 54.5% tiene un nivel de conocimiento medio sobre la valoración del dolor postoperatorio, el 27.3% tiene un conocimiento alto y un 18.2% un nivel bajo.

Estos resultados son similares a los presentados por Gabriel. V. En el año 2016 en su investigación “Nivel de conocimiento y aplicación de escalas del dolor en post operatorio, por enfermeros/as” del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, quien obtuvo en sus resultados en la dimensión del dolor post operatorio un 62% (8) con un nivel medio, 31% (4) presenta nivel alto y 7% (01) nivel bajo.

Así mismo, analizamos que estos resultados difieren con los resultados obtenidos por Ahuanari A. en su tesis titulada “Intervención enferma en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente” donde nos muestra que en cuanto a la “valoración del dolor” un 55% es ausente, por lo que se entiende que existe un nivel bajo

Conforme a los resultados obtenidos se estima que el mayor porcentaje de profesionales de enfermería no poseen un nivel de conocimiento alto tal cual lo estipula la teoría(medio) acerca de la valoración del dolor “con los conocimientos se mide el impacto de las acciones tomando nuevas direcciones y decisiones si es necesario, Jiménez, 2002”. Por ello se asume, que en la práctica profesional no aplican instrumentos confiables para valorar el dolor postoperatorio, dando lugar a que el paciente sea quien exprese su dolor y sea quien interpele la administración de algún analgésico. Este escaso conocimiento acerca de la valoración del dolor en el periodo crítico tiene efecto en la calidad de atención que presta el profesional de enfermería y se reflejándose en la falta de oportunidad para controlar el dolor.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

El potencial humano de enfermeros tiene las siguientes características: mayoritariamente femenino 90.9 (10) y especialidad en centro quirúrgico 90.9(10), tiempo se servicio menor de un año 45.5 lo que sumados de uno a cinco años nos da 72.8. de enfermeros con tiempo de servicio menor de 5 años; 63.6 reciben o han revivido capacitación en el área un 100% usa protocolo para su actuación y registro de evaluación; percepción de infraestructura 63.6% inadecuado

El total de los enfermeros(as) que laboran en el Área de Recuperacion Post anestésica del Hospital Regional de Cajamarca, desconocen la escala de Discomfort de Washington como instrumento de valoración del dolor postoperatorio así también, la escala de Mac Gill y la escala de medición conductual no son muy utilizadas.

En su mayoría los enfermeros(as) que laboran en el Área de Recuperacion post anestésica del Hospital Regional de Cajamarca, poseen un nivel de conocimiento medio con respecto la valoración de dolor postoperatorio

RECOMENDACIONES

Implementar un programa de educación continua en la modalidad de docencia servicio para desarrollar capacidades y fortalecer competencias de desempeño de los profesionales de la (URPA)

Impulsar desde la URPA el avance de la línea de investigación motivando a los futuros enfermeros/as, la investigación a nivel investigativo superior al presente (relacional).

Capacitar al personal enfermero/a en valoración del dolor postoperatorio, para poder brindar una atención de calidad.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por bríndame la vida y mostrarme su infinita bondad, por guiar cada paso y levantarme cada vez que me quise rendir.

A mis padres, Benigno Bazán Chávez y Lucia Machuca Carranza, por el amor, confianza y su apoyo incondicional que me dan día a día siendo mi incentivo más grato para lograr alcanzar mis metas; a mis hermanos y demás familiares por su cariño y buenos deseos.

A la Universidad San Pedro, por el apoyo a la investigación en el área de enfermería y su preocupación en la formación de profesionales competentes, íntegros y con alta calidad humana. A la plana docente que, con su valiosa enseñanza, asesoramiento, constante motivación, orientación y comprensión contribuyeron a la culminación del presente trabajo de investigación.

Así mismo, al Hospital Regional de Cajamarca por la colaboración prestada en el proceso investigativo, en especial a las Enfermeros/as de la Unidad de Recuperacion Post anestésica por su participación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- M Finkel , D., & R Schlegel, H. (2003). El dolor Postoperatorio. Obtenido de Revista del Hospital General de Agudos - Buenos Aires Argentina - Edición electrónica- volumen VIII N° 1:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/dolor_postop.pdf
- Ahuanari Ramírez, A. N. (2016). Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima 2016. Obtenido de Universidad Nacional Mayor de San Marcos:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5849/Ahuanari_ra.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arias Flores, C. T. (s.f.). Enfermería en el manejo del Dolor - valoración. Obtenido de <https://www.reeme.arizona.edu/materials/Enfermeria%20y%20Dolor%20Valoracion.pdf>
- Barboza Mariaca, A., & Tami Leal, M. L. (2011). Valoración del Dolor de los pacientes, a través de la implementación de las escalas del dolor como quinto signo vital. Obtenido de Universidad de la Sabana - Facultad de enfermería Especialización Cuidado Crítico Énfasis en Adulto - Bogotá DC:
https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3483/ADRIANA%20BARBOSA%20MARIACA_152771.pdf?sequence=1
- Córdova Jaquez, A. G., Ortiz Rivas, M. K., Salazar Enciso, H. M., & García Avendaño, D. J. (2012). Manejo del dolor por el personal de Enfermería en pacientes pediátricos post-quirúrgicos de apendicetomía. Cuidarte Revista de Investigación programa de Enfermería UDES, 287.
- Córdova Jaquez, A. G., Ortiz Rivas, M. K., Salazar Enciso, H. M., & García Avendaño, D. J. (2012). Manejo del dolor por el personal de enfermería en pacientes pediátricos post-quirúrgicos de apendicetomía. Obtenido de CUIDARTE

programa de investigación programa de enfermería UDES:
<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v3n1/v3n1a05.pdf>

Correa Argueta, E., De Jesús Verde Flota, E. E., & Rivas Espinosa, J. G. (1026). Valoración de enfermería Basada en la filosofía de Virginia Henderson. Obtenido de Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco- México: file:///G:/para/valoracion_de_enfermeria.pdf

Esteban, M. (s.f.). Anestesia. Obtenido de Esquema para la sala de recuperacion Post-anestesia:
https://www.anestesia.org.ar/search/varios/pdfs_esquemasyconceptos/07_sala_recuperacion.pdf

FUDEN. (s.f.). valoración de enfermería. Obtenido de Fundación para el Desarrollo de la Enfermería : http://www.ome.es/media/docs/G1-Doc.%20Valoraci%C3%B3n_enfermera.pdf

Gabriel Aranda, V. (1017). Nivel de conocimiento y aplicación de escalas del dolor en post operatorio, por enfermeros (as) del Hospital Nacional Arzobispo Loayza - 2016. Obtenido de Universidad Mayor de San Marcos: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7671/Gabriel_av%20-%20Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gallardo, A. I. (abril de 2011). Evolución del conocimiento en Enfermería. Obtenido de Medwave - Revista Biomédica Revisada por Pares : <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/Ensayo/5001>

García Andreu, J. (2017). Manejo Básico del Dolor Agudo y Crónico. Obtenido de Anestesia en México: <http://www.scielo.org.mx/pdf/am/v29s1/2448-8771-am-29-00077.pdf>

Hessen , J. (S.F). Teorías del conocimiento. Obtenido de Instituto Latinoamericano de ciencias y artes: <file:///G:/teoria-del-conocimiento1.pdf>

- Hospital Clínico San Carlos. (29 de abril de 2019). Unidad de Recuperación Postanestésica URPA. Obtenido de Comunidad de Madrid: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1354617680528&pagename=HospitalClinicoSanCarlos%2FPage%2FHCLN_contenidoFinal
- Huaynalaya Orejón, J. (2016). Conocimientos de los enfermeros sobre manejo del dolor postoperatorio en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) del Hospital Regional de Medicina tropical – 2016. Obtenido de Universidad Mayor de San Marcos : <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/7171>
- Incalla Flores, I., & Zegarra Valencia, T. (2017). conocimiento y actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen el pre y postoperatorio, post anestésico y dolor en el servicio de recuperación HNCASE - Arequipa. Obtenido de EsSalud- Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo- Unidad de Capacitación División de Enfermería Centro Quirúrgico Unidad de Recuperación : http://www.essalud.gob.pe/biblioteca_central/pdfs/cuid_pac_escalas.pdf
- Locke, J. (05 de 02 de 2005). El conocimiento. Niveles y tipos de conocimiento. Obtenido de https://www.webdianoia.com/moderna/locke/locke_fil_conoc.htm
- M Finkel, D., & R Schlegel, H. (2003). Obtenido de Revista del Hospital General de Agudos -Buenos Aires- Argentina : http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/dolor_postop.pdf
- M. Finkel, D., & R. Schlegel, H. (2003). el dolor postoperatorio. Obtenido de Revista del Hospital General de Agudos- Buenos Aires -Argentina : http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/dolor_postop.pdf
- Marin Aliaga, j. (23 de noviembre de 2015). Manual de procedimientos de la unidad de recuperación post anestésica del departamento del centro quirúrgico y anestesia.

Obtenido de Hospital Regional de Cajamarca :
<http://www.hrc.gob.pe/sites/default/files/Guias%20URPA.pdf>

Martínez Marín, A., & Ríos Rosas, F. (2006). Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. Obtenido de Revista de Epistemología de Ciencias Sociales :
[file:///C:/Users/Pctunning/Downloads/25960-1-85083-1-10-20130110%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Pctunning/Downloads/25960-1-85083-1-10-20130110%20(3).pdf)

Montesinos Jiménez, G. (2002). El conocimiento y la enfermería. Obtenido de Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica:
http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=1163&id_seccion=161&id_ejemplar=152&id_revista=33

Moreno Monsiváis, M. G., Muñoz Rodríguez, M., & Interrial Guzmán, M. (diciembre, 2014). Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. Aquichan vol. 14, núm. 4, 460.

Muñoz, J. (2010). Manual del Dolor Agudo Postoperatorio. Obtenido de Hospital Universitario La Paz Madrid.:
<file:///C:/Users/Pctunning/Downloads/ManualDolorAgudo.pdf>

Pardo, c., Muñoz, T., & Chamorro, C. (nov. de 2006). Med. Intensiva vol.30 no.8 nov. 2006. Obtenido de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004#down

Pardo, C., Muñoz, T., & Chamorro, c. (Nov de 2006). Med. Intensiva vol.30 no.8 nov. Obtenido de Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la semicyuc:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004

- Reyes Fierro, A., de la Cala Carecía, F., & Carutti, I. (2004). Dolor postoperatorio: analgesia multimodal. Obtenido de Servicio de Anestesia y Reanimación Hospital General Universitario Gregorio Marañón - Madrid: <http://fundacionmapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-locomotor/vol02-n3-art3-dolor-postoperatorio.pdf>
- Rizo Laguna, C. A. (12 de abril de 2013). Teoría y Filosofía del Conocimiento. Obtenido de Principales problemas del conocimiento : <https://es.slideshare.net/KarlProductions/principales-problemas-del-conocimiento>
- Rubio Sevilla, J. C. (2016). papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico (2ª parte). Obtenido de Revista Enfermería Cardiológica: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/69_02.pdf
- Serrano Atero, M. S., Caballero, J., Cañas, A., García Saura, P. L., Serrano Álvarez, C., & Prieto, j. (Marzo de 2002). Valoración del dolor (I). Obtenido de R e v. Soc. Esp. Dolor: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_05.pdf

ANEXOS Y APÉNDICE

ANEXO 1

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO/A SOBRE VALORACION DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN EL AREA DE RECUPERACION POSTANESTESICA (URPA) DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA 2019

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	10	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,872	19

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR00001	25.3000	20.456	.443	.868
VAR00002	25.0000	17.333	.982	.844
VAR00003	24.5000	21.167	.191	.875
VAR00004	25.0000	17.333	.982	.844
VAR00005	25.0000	17.333	.982	.844
VAR00006	24.5000	21.167	.191	.875
VAR00007	25.3000	22.678	-.317	.887
VAR00008	25.3000	22.678	-.317	.887
VAR00009	25.3000	22.678	-.317	.887
VAR00010	24.7000	19.344	.528	.865
VAR00011	25.0000	17.333	.982	.844
VAR00012	24.8000	20.844	.151	.880
VAR00013	25.0000	17.333	.982	.844
VAR00014	25.0000	17.333	.982	.844
VAR00015	25.2000	21.067	.149	.878
VAR00016	25.0000	17.333	.982	.844
VAR00017	25.0000	21.111	.094	.883
VAR00018	25.0000	17.333	.982	.844
VAR00019	25.3000	22.900	-.389	.889

Confiabilidad del Instrumento

La confiabilidad del instrumento presenta un Coeficiente *Alfa de Cronbach total* de 0.872, indicando que el instrumento para medir las expectativas es confiable.

ANEXO 2

DERECHOS DE AUTORIA

Se reservará esta propiedad intelectual y la información de los derechos de los autores en el DECRETO LEGISLATIVO 822 de la república del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, solo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes la autorización del autor.

La escuela profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad san Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.

Bazán Machuca luz Damaris

Autora

ANEXO 3

GUIA PARA EL EXPERTO (VALIDEZ DE INSTRUMENTO)

Instructivo: Marque con un aspa (x) en el recuadro que corresponda a su respuesta y escriba en los espacios en blanco sus observaciones y sugerencias con relación a los ítems propuestos.

CRITERIOS	Si	No
1. ¿Las preguntas del instrumento responde al objetivo general del estudio?		
2. ¿Las preguntas del instrumento responde a los objetivos específicos del estudio?		
3. ¿Las preguntas están formuladas en forma objetiva?		
4. ¿Las preguntas son fáciles de entender (sencillas y no muy amplias)?		
5. En la formulación de preguntas se usa frases claras e inteligibles, fácilmente comprensibles por todos.		
6. ¿Es suficiente el número de preguntas para abordar los conceptos clave el tema motivo de estudio?		
7. ¿El tipo de preguntas usadas es el adecuado para abordar el tema?		
8. ¿Las preguntas son suficientemente interesantes para incitar la atención e ilusión de contestarlas?		
9. ¿Hay en el instrumento preguntas objetivas y subjetivas?		
10. ¿Las preguntas están formuladas en forma coherente, lógica, organizada, secuencial y estructurada?		

Observaciones

.....

Sugerencias

.....

Validado por

Profesión

Lugar de trabajo

Cargo que desempeña

Fecha Firma

ANEXO 4
INSTRUMENTO

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO/A SOBRE VALORACIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN EL ÁREA DE RECUPERACION POSTANESTÉSICA (URPA) DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA 2019.

Estimado(a) licenciado(a) en enfermería solicito su participación en la presente investigación, cuyo objetivo es: determinar el conocimiento del enfermero/a sobre valoración del dolor postoperatorio.

Instructivo:

Encierre con un circulo las respuestas que considere adecuadas y llene los espacios en blanco.

El cuestionario es personal y anónimo.

I. GENERALIDADES

1. ¿Posee usted alguna de las especialidades?

- a. Centro quirúrgico.
- b. Recuperación Postanestésica
- c. Unidad de cuidados intensivos
- d. Ninguna
- e. Otras

2. Tiempo de servicio en la URPA

- a. Menos de un año
- b. De 1 año a 5 años
- c. De 6 a 10 años
- d. Más de 10 años

3. ¿Ha recibido Capacitación sobre valoración del dolor postoperatorio en su servicio y/o hospital?

- a. Si
- b. No

4. ¿Existe en su servicio un Protocolo para la valoración del dolor?

- a. Si
- b. No

¿se cumple? Siempre A veces..... Nunca

5. ¿En su centro laboral cuenta con un registro de evaluación del dolor (EVA)?

- a. Si
- b. No

6. ¿Considera que su servicio cuenta con la infraestructura, equipamiento, personal e insumos y materiales idóneos para cumplir las normas de funcionamiento de URPA?

- a. Si
- b. No

I. INFORMACIÓN ESPECIFICA RESPECTO AL DOLOR

1. Definición de dolor

- a. Es el síntoma más frecuente con el que se identifican problemas de salud
- b. Es la experiencia emocional y sensorial y desagradable asociada a daño tisular actual o potencial.
- c. Es causada por estímulos nocivos debido a lesiones o enfermedad.
- d. Es causada por estímulos psicosomáticos.
- e. Es la experiencia sensorial desagradable debido a lesiones.

2. El dolor según su duración se clasifica en:

- a. Dolor leve, moderado e intenso.
- b. Dolor somático, dolor visceral, dolor neuropático.
- c. Dolor crónico, dolor agudo.
- d. Dolor tipo I-II-III.

e. Dolor crónico dolor intenso.

3. Por su intensidad el dolor se clasifica en.

- a. Punzante, transfixiante y severo.
- b. Leve, moderado y severo.
- c. Agudo y crónico.
- d. Leve y grave.

4. ¿Cuál de los siguientes receptores reconoce el daño tisular, ya sea por una lesión física o química?

- a. Termo receptores.
- b. Mecanos receptores.
- c. Quimiorreceptores.
- d. Electros receptores.
- e. Nociceptores.

5. Se define como dolor postoperatorio a:

- a. Aquel dolor que aparece como consecuencia de la manipulación visceral
- b. Aquel dolor presente en un paciente que es causado por una enfermedad
- c. Aquel tipo especial de dolor agudo y crónico
- d. Aquel dolor iniciado o causado por una lesión o disfunción primaria del SNC
- e. Aquel dolor de carácter agudo que traduce la respuesta a la agresión quirúrgica.

II. CON RESPECTO A ESCALAS DE MEDICION DEL DOLOR

1. Preguntas sobre rangos de puntuación y sensibilidad para el efecto analgésico.

a. En la escala visual analógica (EVA) ¿con cuánto puntaje considera usted que hay dolor?

.....
.....
.....

b. ¿Cuál de las escalas considera usted que tiene más alto nivel de sensibilidad para valorar el dolor?

.....
.....
.....

c. ¿Cuál de las siguientes escalas de valoración considera usted que son las más adecuadas para valorar el dolor?

- a. Unidimensionales.
- b. Multidimensionales.

2. ¿En qué consiste el cuestionario de Mac Gill?

- a. Evalúa aspectos cuantitativos (intensidad) del dolor.
- b. Evalúa aspectos cualitativos (localización y tipo) del dolor.
- c. Evalúa aspectos cuantitativos (intensidad) y cualitativos (localización y tipo).
- d. Evalúa el dolor por medio de imagines de rostro.
- e. Evalúa el dolor a través de las posiciones antálgicas.

3. ¿En qué consiste la escala visual analógica?

- a. Evalúa aspectos cuantitativos (intensidad) del dolor.
- b. Evalúa aspectos cualitativos (localización y tipos) del dolor.
- c. Evalúa aspectos cuantitativos (intensidad) y cualitativos (localización y tipo) de dolor.
- d. Evalúa el dolor por medio de imagines de rostros.
- e. Evalúa el dolor a través de las posiciones antálgicas.

4. ¿En qué consiste la escala de valores numéricos?

- a. Evalúa aspectos cuantitativos (intensidad) del dolor en una escala de números continuos (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10).
- b. Evalúa aspectos cuantitativos (intensidad) del dolor en una escala de números extremos (1-10).
- c. Evalúa aspectos cuantitativos (intensidad) en términos de: 1(leve), 2(moderado) y 3(severo).

- d. Evalúa el dolor a través de la posición antálgicas numeradas según intensidad del dolor.

5. ¿En qué consiste la escala de rostros?

- a. Evalúa el dolor mediante 12 rostros que expresan dolor
- b. Evalúa el dolor mediante 6 rostros que expresan dolor
- c. Evalúa el dolor mediante 3 rostros que expresan dolor

6. ¿En quienes se emplea la escala de rostro?

- a. Esta escala se aplica únicamente a niños
- b. Esta escala puede aplicarse únicamente a pacientes sin instrucción
- c. Puede ser aplicada en todos los grupos de edades.

7. ¿En qué consiste la escala de discomfort de washigton?

- a. Evalúa el dolor por medio de la presión arterial, llanto, movimiento, agitación, postura y verbalización.
- b. Evalúa el dolor por medio del llanto, movimiento, agitación, postura y verbalización.
- c. Evalúa el dolor por medio del movimiento, agitación, postura y verbalización.
- d. Evalúa el dolor por medio de la agitación, postura y verbalización.
- e. Evalúa el dolor a través de las posiciones antálgicas.

8. ¿En qué consiste la medición conductual?

- a. Evalúa el dolor por medio del tipo de llanto, expresión facial, comportamiento, posición de brazos, piernas y el lenguaje.
- b. Evalúa el dolor a través de las posiciones antálgicas y las expresiones del rostro
- c. Evalúa el dolor por medio del tipo de llanto, expresión facial y comportamiento
- d. Evalúa el dolor por medio del tipo de la expresión facial y el lenguaje
- e. Evalúa el dolor por medio de la posición de los brazos piernas y lenguaje

ANEXO 5

MEDICION DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO

Los niveles de conocimientos del enfermero/a sobre valoración del dolor postoperatorio en el área de recuperación post anestésicas actualmente laborando en la unidad de recuperación Post anestésica (URPA) Hospital Regional de Cajamarca; fueron categorizados en tres niveles (Alto, Medio y Bajo), para lo cual se utilizó la escala de Estanones, a través de los puntajes totales del cuestionario, así mismo de una constante de 0,75 y la campana de Gauss, obteniéndose la media aritmética (X) y la desviación estándar (S) de los puntajes con cuyos resultados se calculó los puntos de corte: $a = X - 0.75 (S)$ y $b = X + 0.75 (S)$.

Procedimiento:

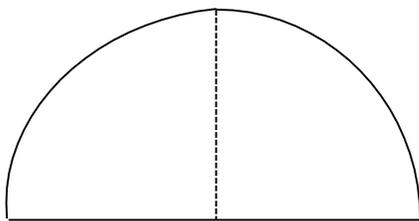
1. Se determinó el promedio. (X)

$$X=5.6$$

2. Se calculó la desviación estándar. (DS)

$$S=1.1$$

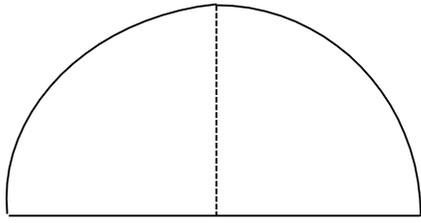
3. Se establecieron los valores de “a” y “b”.



$$a = X - 0.75(S)$$

$$b = X + 0.75(S)$$

a X b



$$a = 5.6 - 0.75 (1.1)$$

$$b = 5.6 + 0.75 (1.1)$$

4.7 x 6.4

Nivel de Conocimiento:

Alto: Mayor de 8 puntos

Medio: De 5 a 8 puntos

Bajo: Menor de 5 puntos

ANEXO 6
CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quien suscribe, Mg. Juana Merino Ramírez, mediante la presente hago constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo titulado: **Nivel de conocimiento del enfermero/a sobre valoración del dolor postoperatorio en el Área de Recuperación Post-anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca 2019**, elaborado por la Bachiller en enfermería Luz Damaris Bazán Machuca, para optar por el Título de Licenciada en Enfermería, reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto, aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Atentamente:



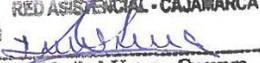
Mg. Juana Ysabel Merino Ramirez
ESP ENF CQx
CEP 24644 RNE 6129

Cajamarca, 2019

CONSTANCIA DE VALIDACION

Quien suscribe, Dra. Iris Maribel Vargas Guevara, mediante la presente hago constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo titulado: Nivel de conocimiento del enfermero/a sobre valoración del dolor postoperatorio en el Área de Recuperación Post-anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca 2019, elaborado por la Bachiller en enfermería Luz Damaris Bazán Machuca, para optar por el Título de Licenciada en enfermería, reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto, aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Atentamente:

 RED ASISTENCIAL - CAJAMARCA

Dra. Iris Maribel Vargas Guevara
OFICINA SERVICIO DE ENFERMERIA
DPTO: 23702 - RNE: 8128

Cajamarca, 2019

CONSTANCIA DE VALIDACION

Quien suscribe, Lic. Jorge Antonio Becerra Quispe, mediante la presente hago constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo titulado: Nivel de conocimiento del enfermero/a sobre valoración del dolor postoperatorio en el Área de Recuperación Post-anestésica (URPA) del Hospital Regional de Cajamarca 2019, elaborado por la Bachiller en Enfermería Luz Damaris Bazán Machuca, para optar por el Título de Licenciada en enfermería, reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto, aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Atentamente:



.....
Lic. Excmo. Jorge A. Becerra Quispe
ESPECIALISTA CENTRO QUIRURGICO
CEP 48982 RNE 12236

Cajamarca, 2019