

UNIVERSIDAD PERUANA UNION

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado De Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de enfermería en pacientes pos operadas del Servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021

Trabajo Académico para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Gineco Obstetricia

Autora:

Guadalupe Myriam Valenzuela Guerra

Asesora:

Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Lima, marzo de 2021

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Dra. María Teresa Cabanillas Chavez, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

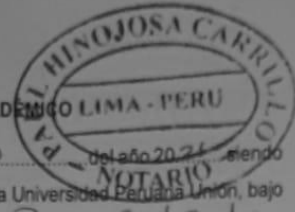
Que el presente trabajo de investigación titulado “Satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de enfermería en pacientes pos operadas del Servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021” constituye la memoria que presenta la licenciada Guadalupe Myriam Valenzuela Guerra para aspirar al título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Gineco Obstetricia, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad de la autora, y no compromete a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los 24 días del mes de marzo del 2021.



Dra. María Teresa Cabanillas Chávez



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a los 24 días del mes de marzo del año 2021, siendo las 09:30 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del Jurado: Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui, el secretario: Mg. Katherine Mesca Fasanando y los demás miembros: Dra. Monica Meneses La Riva

y el asesor Dra. Maria Teresa Cabanillas Chavez con el propósito de administrar el acto académico de sustentación Trabajo Académico de Segunda Especialidad titulado: Satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de enfermería en pacientes pos operadas del servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021.

Conducente a la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería en Gineco Obstetricia

(Denominación del Título Segunda Especialidad Profesional)

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al candidato hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del Jurado a efectuar las preguntas, cuestionamientos y aclaraciones pertinentes, los cuales fueron absueltos por el candidato. Luego se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del Jurado. Posteriormente, el Jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato: GUADALUPE MYRIAN VALENZUELA GUERRA

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Líteral	Cualitativa	
APROBADO	18	A-	Muy Bueno	Sobresaliente

(*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del Jurado invitó al candidato a ponerse de pie, para recibir la evaluación final. Además el Presidente del Jurado concluyó el acto académico de sustentación, procediéndose a registrar las firmas respectivas.

_____ Presidente
 _____ Asesor
 _____ Miembro
 _____ Miembro
 _____ Candidato/a

Esta sustentación fue realizada de manera virtual, conforme al reglamento general de grados y títulos

_____ Secretario

Índice

Resumen	ix
Capítulo I	x
Planteamiento del problema	x
Identificación del problema	x
Formulación del problema.....	xiv
Pregunta general.....	xiv
Preguntas específicas.	xiv
Objetivos de la investigación.....	xv
Objetivo general.	xv
Objetivos específicos.	xv
Justificación de estudio	xvi
Justificación teórica.	xvi
Justificación metodológica.....	xvi
Justificación social y práctica	xvii
Presuposición filosófica.....	xvii
Capítulo II	xix
Desarrollo de las perspectivas teóricas	xix
Antecedentes de la investigación.....	xix
Antecedentes internacionales.	xix

Antecedentes nacionales.	xxi
Definición conceptual.....	xxi
Satisfacción.....	xxi
Dolor.....	xxii
Bases Teóricas	xxxv
Definiciones conceptuales	xxxvii
Capítulo III	xxxix
Metodología.....	xxxix
Descripción del lugar de ejecución	xxxix
Población y muestra	xxxix
Población.....	xxxix
Muestra.	xxxix
Criterios de Inclusión y exclusión.	xxxix
Tipo y diseño de investigación	xl
Identificación de las variables	xl
Operacionalización de variables	41
Técnica e instrumentos de recolección de datos	45
Proceso de recolección.....	46
Procesamiento y análisis	46
Consideraciones éticas.....	47

Capítulo IV.....	49
Administración del proyecto de investigación.....	49
Cronograma de ejecución.....	49
Presupuesto.....	50
Referencias	50

Índice de apéndices

Apéndice A Instrumento de recolección de datos.....	66
Apéndice B Validez de instrumentos	70
Apéndice C Confiabilidad del instrumento	81
Apéndice D Consentimiento informado	82
Apéndice E Matriz de consistencia	84
Apéndice F Autorización institucional	87

Resumen

Se presenta la investigación “Satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería en pacientes pos operadas del servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021” desarrollado con el objetivo de determinar la satisfacción de dichas pacientes sobre el abordaje del enfermero en el manejo del dolor. La metodología que se utilizó fue descriptiva, cuantitativa, no experimental; la muestra estuvo conformada por 72 pacientes pos operadas; se utilizó un muestreo probabilístico por conveniencia; para la recolección de datos se hizo uso de la encuesta; el instrumento fue sometido a validez en el que participaron 10 expertos, entre ellos 8 doctores, una magíster y una licenciada especialista en gineco-obstetricia; al aplicarse la V de Aiken se obtuvo un resultado de 0.98. También, el instrumento fue sometido a confiabilidad a través de la prueba piloto mediante el Alfa de Cronbach dando como resultado 0.965; dentro de las consideraciones éticas se consideraron al principio de autonomía y el de beneficencia.

Palabras clave: satisfacción, pacientes pos operadas, manejo del dolor

Capítulo I

Planteamiento del problema

Identificación del problema

La satisfacción es uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios, donde los usuarios y los proveedores de salud constituyen a una importante dimensión subjetiva del proceso de calidad de la atención que ofrece una institución. Esta puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario" (Massip P. C. , Ortiz R., Llantá A., Peña F., & Infante O., 2008).

El tratamiento del dolor es un derecho universal de los seres humanos dispuesto en la Carta de Derechos Humanos de las Naciones Unidas desde el 2000 (Pérez G., Aragón M., & Torres L., 2017). Es definido por la Asociación Internacional para el estudio del dolor como una "experiencia sensitiva o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrita en términos de dicho daño" (IASP, 1994). Es diferente en cada persona según el umbral de dolor que esta posea y variable según la etapa de vida; se ve influenciado poderosamente por el estado emocional, afectivo, espiritual y social (López, 2017).

El proyecto "Sumamos excelencia" nació a fin de unificar criterios para aumentar la calidad de los cuidados en tres aspectos, mencionado el dolor como uno de ellos, haciendo énfasis en la importancia de su valoración, ya que de hacerlo adecuadamente va a permitir realizar intervenciones analgésicas oportunas (Evidencia en Cuidados, 2017).

Cabe resaltar que la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias considera al dolor como la quinta constante vital, por ser un síntoma

subjetivo desagradable que se halla presente en muchas afecciones y lesiones (Zamora, Saavedra, & Zúñiga, 2017). De estandarizarse el parámetro dolor como constante vital e integrarse al proceso del cuidado enfermero se lograría un abordaje multidisciplinario. Es por eso, que el enfermero asume un papel importante en el manejo del dolor; ya que es el nexo entre paciente y familia, por ende, diremos que debe brindar cuidados holísticos, planificando actividades para disminuir el dolor y/o prevenirlo: de tal forma que proporcione bienestar constante (San Jose, 2016).

A pesar de los grandes avances en el campo de la medicina, así como en la producción de nuevos fármacos y nuevas técnicas analgésicas para el control del dolor postoperatorio y otros, se aprecia que sigue siendo un problema y una importante necesidad de atención sanitaria en múltiples países (Pérez G., Aragón M., & Torres L., 2017).

Determinar la incidencia, prevalencia y severidad del dolor pos operatorio es complicado debido a lo difícil de su medición, al ser eminentemente subjetivo. Es considerado un problema, ya que genera complicaciones (San Jose, 2016); de no brindarse un manejo adecuado, repercutiendo en la salud de la madre y el recién nacido, debido a que dicha sensación desagradable retrasa la deambulación, supresión del ayuno, restringiéndose en cierta medida la respiración que genera cúmulo de secreciones; favoreciendo la aparición de múltiples complicaciones, entre ellas la liberación de catecolaminas que generará inhibición de la secreción de oxitocina, dando como resultado una disminución en la producción láctea de la madre (Loor M., León A., & M., 2018).

Dentro de las principales cirugías ginecológicas encontramos a la cesárea y la histerectomía (especialmente la abdominal), ambos procedimientos quirúrgicos están

catalogados como dolorosos de intensidad moderada a severa (Zea V., Calderón D., & Reyes M., 2010).

En ese sentido, en la actualidad se ha incrementado el número de las pacientes quirúrgicas Gineco-obstétricas realizándose histerectomías, legrados, ligaduras de trompas, cesáreas, etc. que conllevan a dolor pos quirúrgico. La cesárea es una de las principales cirugías realizadas en los departamentos de gineco-obstetricia y su tasa de incidencia esta aumentada debido a distintas causas como aumento de la edad en contraer matrimonio, nivel socio económico, etc. El número de cesáreas en el mundo se duplica del 11% al 21% del 2000 al 2015 y supera el 40% en 15 países, la mayoría de América Latina y el Caribe, según informe de la Revista Lancet en Norte américa 32% y Europa 26,9% (BBC News Mundo, 2018).

En el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática la prevalencia de cesárea se incrementó de 22,9% a 31,6% del 2011 al 2016, a pesar que la OMS propone como tasa ideal de cesáreas menos del 15% (INEI, 2016).

En el Hospital de Chancay según informe de la Oficina de estadística, el número de cesáreas del 2018 se ha incrementado en 109%, en relación al 2017.

Actualmente, muchos de los enfermeros están abocados solo a cumplir con la terapia farmacológica prescrita por el médico, debiendo proporcionar al paciente un apoyo integral, teniendo en cuenta siempre presentes los principios bioéticos que caracterizan a nuestra profesión; creando estrategias que mitiguen su dolor salvaguardando su integridad física y emocional brindándole atención con calidad y calidez, contribuyendo a su recuperación; teniendo en cuenta que el dolor surge a partir de la propia experiencia del individuo; este es subjetivo e intransferible no se le debe criticar, sino más bien brindarles nuestro apoyo. (Cantos, 2015).

De otro lado, un estudio sobre la prevalencia del dolor, sus características, creencias y satisfacción realizado en Jordania, se obtuvo que en un 87% el dolor prevalecía y la satisfacción era moderada para un 66,6% (Shoquirat & Mahasneh, 2019).

Así mismo, en la investigación sobre la gravedad del dolor posterior a la cesárea y la satisfacción resultante del paciente realizado en África, obtuvieron que el pico doloroso post cesárea fue e a las 6 horas y el 68% de ellas se mostraron satisfechas con el manejo del dolor (Kintu, y otros, 2019).

De igual manera, en un estudio sobre el grado de satisfacción de los pacientes respecto al control del dolor postoperatorio realizado en España, encontraron que el dolor que presentaron los pacientes fue variado, presentándose mayormente un dolor leve con un 80,4% y en cuanto a la satisfacción sobre el personal de enfermería, el 58,8% expresó que fue muy satisfecho (Méndez P., Orejas C., Peix S., & Herrero N., 2016).

A su vez, en la investigación para evaluar la atención del dolor postoperatorio realizada en México, obtuvo que la prevalencia del dolor fue de 48.7%, sobre la satisfacción; en cuanto al personal de enfermería refirieron estar satisfechos en un 36,1% y muy satisfechos con un 39,3%.

Del mismo modo, en una investigación sobre la intensidad del dolor agudo postoperatorio y satisfacción en el manejo del dolor realizado en Guatemala, se encontró que en el 59% de los pacientes, el dolor postoperatorio fue severo y en cuanto a satisfacción tras analgesia el 94% se mostraron satisfechos (Ruedas C. & García M., 2018).

Y también, de manera similar en un estudio sobre la relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería respecto al manejo de dolor y la satisfacción del paciente post operado realizado en Lima, obtuvieron que la satisfacción fue intermedia en un 50% (Huaman H. & Charca G., 2019).

En la experiencia clínica se observa que no existe una educación previa al paciente pre quirúrgico y, aun durante la hospitalización sobre el manejo del dolor, el enfermero no le da importancia al dolor por considerarlo una consecuencia del acto operatorio, no valoran adecuadamente al paciente, ignoran el aspecto emocional limitándose solo a la administración de tratamiento farmacológico de forma rutinaria, olvidando la esencia de enfermería. Otro factor muy importante es la falta de protocolos para el manejo del dolor pos operatorio gineco- obstétrico. Así como la capacitación del enfermero en terapias alternativas para el manejo del dolor. Es sumamente importante establecer que el manejo del dolor tiene que intervenir los cuidados en forma integral y holística e inmediata y oportuna, para proporcionar satisfacción adecuada al paciente.

Formulación del problema

Pregunta general

¿Cuál es el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería en pacientes pos operadas del servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021?

Preguntas específicas

¿Cuál es el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería respecto a la administración del tratamiento en el servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021?

¿Cuál es el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería respecto a la valoración continua en el servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021?

¿Cuál es el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería respecto a la intervención oportuna en el servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021?

¿Cuál es el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería respecto a la enseñanza y orientación en el servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería en pacientes pos operadas del servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021.

Objetivos específicos

Identificar el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería respecto a la administración del tratamiento en el servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021.

Identificar el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería respecto a la valoración continua en el servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021.

Identificar el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería respecto a la intervención oportuna en el servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021.

Identificar el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería respecto a la enseñanza y orientación en el Servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021.

Justificación de estudio

Justificación teórica

Con el presente estudio, se pretende llenar vacíos del conocimiento sobre la satisfacción del paciente con respecto al dolor como indicador clave en la búsqueda de la excelencia en los cuidados que brinda la enfermera, y de sus intervenciones para el manejo del dolor pos operatorio, que contribuirá con la implementación de protocolos para el manejo del dolor que se estandarizan a nivel hospitalario, promoviendo la recuperación de las personas, asistiendo al bienestar de la madre y el niño, y por ende a su satisfacción, a nivel institucional; el reconocimiento de la calidad para enfermería; una contribución a la mejora de la calidad de atención que indudablemente ayudará a asegurar la satisfacción de nuestras pacientes. A su vez aportará a incrementar los conocimientos a través de revisiones bibliográficas, y también, para futuras investigaciones que se relacionen con la temática estudiada.

Justificación metodológica

El instrumento del presente estudio servirá de base para investigaciones posteriores además el instrumento será validado y se hallará la confiabilidad con la

finalidad de contribuir a la implementación de protocolos del manejo del dolor en nuestra institución.

Justificación social y práctica

El presente estudio contribuirá al reconocimiento del trabajo del enfermero contribuyendo a reforzar la calidad de cuidados en el manejo del dolor durante el cuidado mediato del post operado en el servicio de Ginecología. El objetivo es contribuir a impulsar la vanguardia de la calidad de atención en los demás servicios. A su vez, las pacientes se beneficiarán del aprendizaje de técnicas alternativas que no solo le proporcionarán alivio, confort físico sino también psicológico y espiritual y que a su vez podrán compartir con sus familiares.

Presuposición filosófica

La palabra dolor aparece unas setenta veces en la Biblia. La primera alusión al dolor está en el libro de Génesis 3: 16 “A la mujer dijo: multiplicaré en gran medida los dolores en tus preñeces; con dolor darás a luz los hijos...”.

Aunque no está escrito literalmente en la Biblia, sabemos que el dolor es en cierto modo un regalo, ya que nos alerta de cuando necesitamos atención médica. Espiritualmente hablando uno de los beneficios del dolor se encuentra en el libro de Santiago; “hermanos míos tengan por sumo gozo, cuando os halléis en diferentes pruebas sabiendo que la prueba de nuestra fe produce paciencia (Santiago 1: 2 - 3); según esto, al soportar penosas pruebas podemos tener gozo al saber que Dios obra en nosotros para producir paciencia y emular al Salvador; lo que se aplica al dolor mental, emocional, espiritual y físico.

El dolor, también, nos da la oportunidad de experimentar la gracia de Dios, de recordar el sacrificio y dolor que sufrió Jesucristo para redimirnos del pecado y que tenemos la oportunidad de regresar a vivir con él.

A través de la fe en Nuestro Señor Jesucristo, Dios otorga la vida eterna y todas las demás bendiciones. Una de las cuales está escrito “enjuagará Dios toda lagrima de los ojos de ellos; y ya no habrá muerte, ni habrá más llanto, ni clamor, ni dolor, porque las primeras cosas pasaron” (Apocalipsis 21:4).

En el libro del Mormón otro Testamento de Jesucristo, también encontramos un discurso del Rey Benjamín, donde cita Proverbios 2:2 y dice: “Y he aquí, os digo estas cosas para que aprendáis sabiduría; para que sepáis que cuando os halláis al servicio de vuestros semejantes, solo estáis al servicio de vuestro Dios” (Mosiah 2: 17) (Book of Mormón Central, 2018).

Jesús nos comprende y está siempre a nuestro lado aun en los momentos más difíciles de nuestra vida, nos comprende porque fue la única persona en la Tierra que nació de una madre mortal y de un padre inmortal; esa es la razón por la que se le ha llamado el Hijo Unigénito: de su padre heredó poderes divinos y de su madre heredo la mortalidad; por consiguiente quedó sujeto al hambre, a la sed, a la fatiga, al dolor y a la muerte; gracias a esto él puede identificarse con nuestro sufrimiento; de la misma forma nosotros debemos imitar a Cristo comprendiendo a nuestras pacientes, tratándolas como nos gustaría lo hicieran con nosotras, por medio de la caridad que es el amor puro de Cristo.

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas teóricas

Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Shoquirat & Mahasneh (2019) realizaron una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia del dolor, sus características, creencias y satisfacción entre los pacientes postoperatorios en Jordania. Estudio descriptivo que contó con una población de 143 pacientes: haciendo uso del cuestionario. Obtuvieron que en un 87% el dolor prevalecía, en cuanto a la satisfacción para el 66,6% fue moderada. Concluyeron que la prevalencia del dolor fue elevada, existiendo urgencia en programas de capacitación al personal de salud para que se pueda lograr una “zona libre de dolor”.

Kintu, y otros (2019) realizaron una investigación cuyo principal objetivo fue evaluar la gravedad del dolor posterior a la cesárea; uno de los objetivos secundarios fue identificar la satisfacción resultante del paciente. El estudio se dio mediante una evaluación subjetiva a través de una encuesta tomada a 333 cesareadas. El pico de dolor post cesárea se dio a las 6 horas; el 68% de las cesareadas se mostraron satisfechas con el manejo del dolor que les proporcionaron. Concluyeron el manejo del dolor posterior a la cesárea es inapropiado, dicho esto también, en base a que el nivel de satisfacción con el tratamiento del dolor es relativamente bajo. Es beneficiosa la capacitación sobre el dolor, ya que el manejo adecuado de éste, es un desafío.

Ruedas C. & García M., (2018) realizaron una investigación con el objetivo de describir la relación entre la intensidad del dolor agudo postoperatorio y la satisfacción

en el manejo del dolor; fue un estudio descriptivo de corte transversal, con una población de 178 pacientes. El 59% presentó un dolor postoperatorio severo; en cuanto a satisfacción tras analgesia el 94% se mostraron satisfechos. Concluyeron que a las 24 horas el dolor es de una intensidad severa, la mayoría de las pacientes fueron satisfechas en cuanto a manejo del dolor.

Méndez P., Orejas C., Peix S., & Herrero N., (2016) realizaron un estudio donde uno de sus objetivos planteados fue medir el grado de satisfacción de los pacientes respecto al control del dolor postoperatorio. Se caracterizó por ser una investigación de tipo observacional, descriptivo y prospectivo. En cuanto al grado de dolor que presentaron los pacientes fue variado, siendo en su mayoría un dolor leve con un 80,4%; en cuanto a la satisfacción del paciente sobre el personal de enfermería, el 58,8% expresó que fue muy satisfecho. Concluyendo que la incidencia de dolor agudo postoperatorio (DAP) es de un 88,2 % a las 24 horas y que el grado de satisfacción en cuanto al tratamiento del dolor fue elevado.

Gómez M., García P., & López G. (2016) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la atención del dolor postoperatorio de la Unidad Médica de Alta Especialidad del IMSS, León Guanajuato, México. Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, con una población de 180 pacientes. La prevalencia del dolor fue de 48.7%, presentándose un dolor severo en el 31.6%; en cuanto a satisfacción sobre el personal de enfermería refirieron estar satisfechos en un 36,1% y muy satisfechos con un 39,3%. Concluyeron que el dolor postoperatorio sigue siendo un problema real de alta prevalencia y mal controlado, que se traduce en insatisfacción y sufrimiento de los pacientes.

Antecedentes nacionales

Huaman H. & Charca G., (2019) desarrollaron una investigación con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería, respecto al manejo de dolor y la satisfacción del paciente post operado en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica; de estudio correlacional, método deductivo-inductivo; en el 50% de los encuestados la satisfacción fue intermedia. Concluyeron que existía relación entre las variables propuestas.

Definición conceptual

El paciente que se encuentra a punto de ser intervenido generalmente experimenta sentimientos de miedo, incomodidad, ansiedad entre otros muy variados dependiendo del individuo y de muchos factores como el sexo, edad, formación académica, tipo de cirugía a la que será intervenido, cirugías previas, entre otros; estos son factores que van a aumentar la susceptibilidad al padecimiento del dolor intenso durante el pos operatorio a diferencia del paciente que ha sido previamente educado (Doñate M., Litago C., Monge S., & Martínez S., 2015).

Satisfacción

La satisfacción es el componente subjetivo de la calidad y es un instrumento para la excelencia, ya que evalúa los resultados de la atención de salud brindada; de cómo ha contribuido a mejorar la calidad de vida tomando en cuenta las expectativas del individuo; esta puede ser medida de forma global o por componentes (Massip P. C., Ortiz R., Llantá A., Peña F., & Infante O., 2008).

También, debemos tener en cuenta que en la satisfacción del usuario interviene principalmente dos factores: la expectativa y la experiencia, de la diferencia de ambas

resulta el grado de satisfacción o insatisfacción. Ambos casos se ven influenciados por los valores que tenga el cliente (Miyahira A., 2001).

Considerado por Avedis Donabedian como el resultado final de la calidad de atención de salud brindada e incluye la atención técnica, las relaciones interpersonales y el entorno; actualmente este modelo se complementa con SERVQUAL de Parasuraman y Berry, quienes incluyen dimensiones de evaluación de la calidad para contribuir así a la satisfacción, y son los siguientes: los elementos tangibles, la fiabilidad, la capacidad de respuesta, la seguridad y la empatía (Órgano de la Sociedad Española de la Calidad, 2001).

Es de suma importancia porque está ha sido comprobado que un paciente satisfecho se muestra más receptivo a seguir las indicaciones y/o recomendación médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud; no solo esto, sino que también asegura que el usuario regrese a atenderse en dicho establecimiento (Serrano D. & Lorient A., 2008).

Dolor

El dolor es una experiencia subjetiva con una base biológica que se desarrolla en una base orgánica y neurobiológica. El dolor está condicionado por el aspecto psicológico, biológico y social (Bridgestock, 2013).

Considerado además como un mecanismo de protección que informa al individuo si está lesionado o está expuesto a ello (Pérez, Perelló, Rodríguez, Leclerc, & Fernandez, 2017). El punto en que se empieza a sentir dolor se llama umbral de percepción del dolor y está influenciado por múltiples factores: fisiológico, psicológico, emocional, espiritual y social. Si recordamos la pirámide de las necesidades humanas

de Maslow, el evitar el dolor es una de las necesidades fisiológicas más importantes del ser humano.

El dolor post quirúrgico es un problema a tratar, luego de cualquier cirugía, y que repercute en la recuperación del paciente y en la valoración de la calidad de los servicios de salud, por lo que, es considerado en muchas partes del mundo como la quinta constante vital (Zamora, et al., 2017).

El dolor en la paciente obstétrica es una experiencia única e influenciada por múltiples factores: ansiedad, exposiciones previas, aspectos culturales y medio ambientales (Pérez, et al., 2017).

En consecuencia, un trabajo de parto doloroso, producirá cambios fisiológicos que pueden afectar el bienestar de la madre y el niño. La liberación de catecolaminas en especial de noradrenalina y epinefrina, como respuesta al estímulo doloroso, incrementa la demanda de oxígeno, lo que puede conllevar a alterar la actividad uterina disminuyendo la perfusión placentaria. La hiperventilación en respuesta al dolor reduce el aporte de oxígeno al feto, se correlaciona además con el estrés pos traumático después del parto, depresión pos parto y dolor persistente (Finkel & Schlegel, 2003).

En el dolor por cesárea, la incisión quirúrgica es la responsable de la liberación de sustancias nociceptivas que estimulan los nociceptores periféricos activando las fibras aferentes de tipo C y A- Delta de la misma forma las contracciones uterinas activan los mecanismos receptores liberando sustancias responsables de la inmunidad celular y del proceso inflamatorio (Ganong, 2000).

Tanto en el parto eutócico como distócico, la liberación de estas sustancias activa los mecanismos de sensibilidad periférica y central, por lo que, las respuestas como la alodinia e hiperalgesia pueden estar presentes (IASP, 1994).

El manejo inadecuado del dolor puede afectar el bienestar de la madre y recién nacido, debido a que por la presencia del dolor se retrasara la deambulaci3n, tiempo de inicio de la ingesta; adem1s, al restringirse de cierto modo la respiraci3n condici3n al acumulo de secreciones, favoreciendo el desarrollo de complicaciones como 3leo, atelectasia, neumon3a, trombo embolismo, se inhibe adem1s la secreci3n de oxitocina lo que produce la inhibici3n o suspensi3n de la secreci3n l1ctea (Merskey, 1994).

Componentes Del Dolor

Sensorial

Este es el causante de la sensaci3n dolorosa, se produce por la transmisi3n de los impulsos nerviosos desde la lesi3n h3stica al c3rtex cerebral a trav3s de las v3as nerviosas.

Afectivo

Es el sufrimiento asociado al dolor y los factores psicol3gicos del enfermo pueden modificar la sensaci3n del dolor (Pedrajas & Molino, 2008).

Clasificaci3n del dolor

Seg3n su origen

Dolor espiritual. Es el dolor producto de la injusticia, producto de la muerte de un ser querido, de la soledad o la depresi3n (G1lvez L. & Naranjo Q., 2017). Durante la incapacidad o la enfermedad el esp3ritu act3a como mediador a fin de proporcionar fortaleza y superar la desarmon3a, ayudando a reorganizar y a alcanzar la resoluci3n en el individuo proporcion1ndole bienestar, unificando as3 al individuo con su entorno y con Dios; sin embargo, si el esp3ritu est1 alterado no puede cumplir su funci3n convirti3ndolos en s3ntomas f3sicos, como dolor, duda, desesperaci3n, conductas

psicosociales, lenguaje corporal, etc., que ponen en evidencia una total desorganización (Ganong, 2000).

Dolor físico. Es una sensación subjetiva de algo molesto que tiene su origen en lesiones o deficiencias (Guyton & Hall, 2016).

Según su patogenia

Puede ser nociceptivo, neuropático o psicógeno; el dolor nociceptivo se da por activación de los nociceptores periféricos que transmiten impulsos nerviosos a través de vías aferentes, es el más frecuente y se clasifica en somático y visceral. El dolor neuropático es aquel que se da por lesión directa a los nervios periféricos, los receptores nociceptivos o el sistema nervioso, caracterizado por ser quemante y lacerante. Y por último el dolor psicógeno es aquel que a veces no tiene una base orgánica que lo explique, ya que se da por la intervención del ambiente psicosocial que rodea al individuo, comúnmente son reacciones exageradas, que se da por razones psicológicas en individuos predispuestos (Puebla, 2005).

Según su duración

Puede ser agudo o crónico; el dolor agudo dura menos de tres meses y cede al sanar las lesiones, pero puede verse incrementado por el componente psicosocial del individuo; por otro lado, el dolor crónico se asocia a una patología permanente, persiste de tres a seis meses en intervalos o por años, requiriendo un manejo diario ya que puede acompañarse de alteraciones psíquicas ocasionando sentimientos de impotencia y desesperación; se subdivide en dolor crónico no maligno, que es la etapa inicial, este se caracteriza por la no respuesta a las terapias y el dolor crónico maligno que caracteriza a la enfermedad terminal progresiva (Moreno E. & Moreno L., 2019).

Según su intensidad

Se usan las escalas para valorar la percepción del dolor del paciente y puede ser la escala numérica o la escala visual analógica, esta última es la representación gráfica de la escala numérica: Leve de 1 a 3 puntos, moderada de 4 a 6 puntos y severa de 7 a 10 puntos (Puebla, 2005).

Según su localización

Puede ser localizado, se dice así porque es limitado a una estructura lesionada o inflamada; o difuso, siendo este el que se irradia a otras estructuras sanas como resultado de una lesión.

Factores de riesgo para el dolor pos operatorio severo

El tamaño de la incisión y tipo de cirugía son predictores de dolor posoperatorio, también, hay otras variables de acuerdo al tipo de paciente como la edad; a menor edad mayor riesgo de cronificación del dolor, si son mujeres y ya existe dolor previo por alguna patología subyacente, y los factores emocionales como la ansiedad, depresión la catastrofización que es la tendencia a enfocarse desmesuradamente en la sensación dolorosa, exagerar el daño y percibirse incapaz de controlar el dolor (Quinde, 2017).

Consecuencias fisiológicas del mal manejo del dolor

El dolor pos operatorio es un tipo de dolor agudo producido por un procedimiento quirúrgico, puede durar horas o días; según la literatura es el dolor peor tratado, produce además ansiedad y angustia en el paciente. La deficiencia en su manejo tiene muchas consecuencias perjudiciales para el paciente presentándose de la siguiente manera:

Respiratorias

El incremento de la frecuencia respiratoria produce disminución de la capacidad vital o reducción del volumen residual, provocando la aparición de atelectasia y

acumulo de secreciones, líquidos que favorecen la hipoxemia y neumonía. (Martinez & Torres, 2000).

Cardiovasculares

El incremento de la frecuencia cardiaca presión arterial y contractibilidad cardiaca por el estímulo doloroso, se traduce en un incremento de la demanda de oxígeno por el miocardio y la inestabilidad hemodinámica. (Cobarruvias & Landín, 2014).

Metabólicas

Produce incremento de hormonas catecolaminas, antidiurética, glucagón, adenocorticotropina, prolactina, hormona del crecimiento, aldosterona, de otro lado, inhibe la producción de insulina, lo que conlleva a intolerancia a los carbohidratos.

Inmunológicas

Disminuye la actividad de linfocitos T y B de las inmunoglobulinas y de las moléculas C3 y C4 del sistema complemento.

Digestivas

Al incrementarse la actividad simpática se produce íleo parálitico, náuseas, vómitos y aumento de secreciones intestinales.

Urología

Puede producir retención urinaria como efecto del incremento de la actividad simpática.

Músculo esqueléticas

Por la inmovilidad prolongada puede aparecer atrofia muscular y retraso en la recuperación de la funcionalidad.

Psicológicas

Puede producir angustia y miedo ocasionando episodios de agresividad y agitación (Bazan, 2004).

Valoración del dolor

El paciente es la principal fuente de información sobre el dolor que padece, otras fuentes pueden ser la observación y la información de los demás miembros del equipo de salud. La enfermera debe notar otras conductas que denotan dolor como la inquietud y aumento de la sensibilidad a estímulos ambientales; el ruido y las luces intensas, en estos pacientes puede también haber signos de mayor tensión emocional; quizás reaccionen con irritación y mal humor a las personas o cosas que los molestan. El dolor imposibilita que duerman y ya que por lo general el dolor empeora de noche al no haber estímulos distractores, pudiendo causar insomnio (Pérez, et al., 2017).

Es por eso que para valorar el dolor la enfermera deberá tener en cuenta los siguientes aspectos (Potter, 2014):

Calidad

Es la descripción que hace el paciente de su dolor a menudo comparándolo con algo que le sea conocido, ejemplo: “cortante como un cuchillo” al referirse al dolor punzante. Al registrar o informar la enfermera debe usar las palabras exactas del paciente para dar una descripción precisa del dolor como él lo percibe.

Localización

El paciente por lo general es capaz de precisar la localización del dolor superficial y el de músculos y articulaciones, sin embargo, el visceral es más difícil de precisar. La descripción de la localización es de suma importancia para el diagnóstico y la planeación de los cuidados de enfermería.

Intensidad

El grado de dolor, también es importante, para ello se han creado escalas que nos ayudan a valorar la intensidad

Hora y duración

Es la descripción del dolor que incluye cuando ocurre, cuánto dura, y si es intermitente, recurrente o continuo.

Factores desencadenantes

El dolor a menudo se relaciona con las actividades del paciente, por lo tanto, al planificar la atención del paciente se debe tener en cuenta que grado de actividad puede tolerar.

Escalas de valoración del dolor

Escala Analógica Visual- EVA

Permite medir la intensidad del dolor, consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. Al lado izquierdo se ubica la ausencia del dolor y en el derecho el dolor máximo. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada (Martinez, et al., 2014).

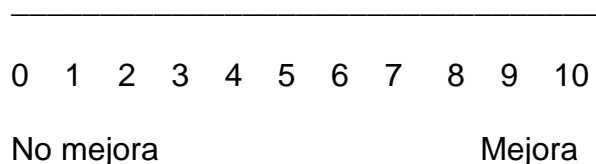
La Escala Categórica (EC)

Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico (Vicente H., Delgado B., Bandrés M., Ramírez I., & Capdevilla G., 2018).

0	4	6	10
Nada	Poco	Bastante	Mucho

Escala Visual Analógica De Mejora

Consiste en la misma línea, en el extremo izquierdo se refleja la no mejora y en el derecho la mejora total (Asuar, 2017).



Intervención del enfermero en el manejo del dolor pos operatorio gineco-obstétrico.

Es el conjunto de actividades dependientes e independientes que debe poner en práctica la enfermera, a fin de brindar alivio del dolor a la paciente pos operada gineco obstétrica desde un concepto holístico, basado en proporcionar bienestar físico, emocional y espiritual.

Manejo del dolor

El manejo del dolor postoperatorio debe ser visto desde diferentes ángulos, teniendo en cuenta la educación preoperatoria, planeamiento del dolor peri operatorio y el uso de alternativas farmacológicas y no farmacológicas (Quinde, 2017).

Dicho manejo es complejo, ya que es una sensación subjetiva que varía dependiendo de la persona, porque no es fácil de cuantificar con precisión; es por eso que no hay un manejo estándar que sirva por igual para toda la población. Por lo tanto, adecuando el control del dolor pos quirúrgico va a seguir siendo un reto (Poggi M. & Ibarra C., 2007).

Según la teoría de Good y Moore derivada de *la American Pain Foundation* (GLOTH, 2003), establece que el manejo del dolor se divide en cuatro dimensiones detalladas a continuación:

Manejo del dolor respecto a la administración del tratamiento

El dolor tiende a desequilibrar a la persona tanto a nivel fisiológico como psicológico, para lograr un adecuado manejo de éste es necesaria la administración de analgésicos y otros fármacos adyuvantes potentes; pero no solo eso, sino que también deben tomarse medidas no farmacológicas, las llamadas terapias complementarias; entre ellas podemos mencionar a la musicoterapia que se ha comprobado que produce analgesia significativa, sin generar efectos adversos (Leo R., 2018).

Manejo del dolor respecto a la valoración continua

Esta valoración del dolor es focalizada y se realiza de forma durante toda la estancia hospitalaria de la persona, teniendo como objetivos detectar alteraciones del paciente prontamente, así como alteraciones que se puedan causar a raíz de la medicación administrada para modificar las situaciones en las que no se presente alivio o, se den reacciones adversas a los medicamentos administrados. No debemos olvidar que la valoración es la clave del éxito en el manejo del dolor (Pérez L., 2008).

Manejo del dolor respecto a la intervención oportuna

Consiste en intervenir en el momento adecuado para lograr los resultados esperados; saber cuándo es necesario una valoración nueva de seguimiento y/o una reintervención para mitigar el dolor y lograr el bienestar de la persona.

Manejo del dolor relacionada a la enseñanza y orientación

Son múltiples las razones por las que una intervención quirúrgica puede percibirse como una amenaza para el paciente, causando ansiedad entre otros sentimientos; son muchas las investigaciones que afirman que a mayor ansiedad pre quirúrgica, más larga y complicada puede ser la recuperación, incrementando la percepción del dolor pos operatorio; aquí radica la importancia de la educación pre

quirúrgica, el momento en el que se educa al paciente sobre el proceso de la cirugía y posterior recuperación, lo que puede llegar a sentir y los sentimientos que se pueden generar (Bagés F., y otros, 2015); es también importante el establecimiento de metas para lograr aliviar el dolor.

Tratamiento del Dolor

Tratamiento farmacológico

Las más frecuentes son las siguientes: la analgesia enteral, analgesia sistémica (bolo horario, infusión y la analgesia controlada por el paciente), analgesia epidural/intratecal y multimodal que tienen por finalidad el bloqueo de las vías del dolor, a la vez que reducen los efectos secundarios de los analgésicos sedantes (Pérez, et al., 2017).

La metilprednisolona local puede suprimir la transmisión nerviosa en las fibras C no mielinizadas delgadas a los 30 minutos. La betametasona es apropiada para la administración intratecal, además tiene baja actividad mineral corticoide disminuyendo la retención de agua y sodio e incrementando el efecto antiinflamatorio. (Melzack, Katz, & Jeans, 2012).

- **Analgésicos no Opioides**

Los analgésicos no opioides son la piedra angular para el éxito de la terapia perioperatoria; aquí encontramos al paracetamol, los AINES, los COX-2 (inhibidores de la ciclooxigenasa 2) y también los acoadyuvantes; estos medicamentos reducen la respuesta inflamatoria, dolorosa y febril (Villegas S., 2019).

Las desventajas de los AINES son que el medicamento se excreta a través de la leche materna, no solo eso, sino que también la toxicidad gastrointestinal y renal se ve incrementada; en cuanto a los Cox-2 se da un incremento en la posibilidad de aparición de trombosis cardiovascular, se debe considerar también que estos fármacos retrasan

el tiempo de consolidación de fracturas óseas (Sáez L., Sánchez H., Jiménez M., García, & Valverde G., 2016).

- Analgésicos Opioides

A menudo se prescriben anteceditos por las siglas PRN del latín Pro re Nata que significa cuando la situación lo requiera o para una ocasión que ha surgido, termino de uso poco aconsejable puesto que la administración de fármacos debe de estar dirigida a evitar la aparición del dolor y, así su exposición al mismo, evitando crear una situación de hiperalgesia. (Parbury, Reid, Smith, Mouhanna, & Lamont, 2009).

Los analgésicos opioides son eficaces en el alivio del dolor al tener afinidad con los receptores opioides, ya que gracias a esto causa una analgesia de intensidad elevada, actuando principalmente sobre el sistema nervioso central, siendo la morfina el más usado, dentro de las reacciones adversas puede causar depresión respiratoria, efectos cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales y urinarios y desarrollo de dependencia (Florez B., 2013).

En los tratamientos a largo plazo genera tolerancia, dependencia física y un posible riesgo de que se genere adicción, pues se produce un efecto hedónico intenso en el sistema de recompensa cerebral. La continua exposición a opioides produce neuro adaptación, esto quiere decir que el efecto de analgesia se ve disminuido, produciéndose anhedonia, en algunos casos se pueden presentar síntomas de abstinencia y cambios conductuales (Acuña, 2019).

Tratamiento no farmacológico

Existen estudios recientes en terapias alternativa que contribuyen al alivio del dolor como la termoterapia, musicoterapia, aromaterapia, acupuntura y el Reiki (Martinez, et al., 2014).

- La aromaterapia

A base de aceites esenciales de plantas como la manzanilla, rosa, clavo, azahar y lavanda se usan para el alivio del dolor, ansiedad, depresión, insomnio y fatiga, destacándose el uso de la lavanda, la cual puede suprimir la actividad del sistema nervioso simpático, al ingresar al torrente sanguíneo a través de la nariz o mucosa pulmonar o directamente en el nervio olfatorio y pasar al sistema límbico influyendo en el sistema nervioso simpático. (Kaviani, Azima, Alavi, & Tabaei, 2014).

- La distracción

También llamado “escudo sensorial”, porque disminuye la atención del individuo a estímulos dolorosos al derivar la atención del paciente a otro punto, disminuye su percepción de las sensaciones de dolor (Venegas, et al., 2008).

- Técnicas de relajación

Es difícil precisar el grado en que la ansiedad y el temor contribuyen al dolor, la técnica de relajación más usada son los ejercicios de respiración, que puede darse alternando las fosas nasales.

- Musicoterapia

La música se ha usado desde tiempos inmemoriales para calmar y relajar, es mejor la lenta y tranquila, conviene que la persona esté cómoda y cierre los ojos. También es un elemento distractor, que incrementa la sensación de control, dando lugar a un incremento de las endorfinas, mejorando el estado de ánimo siempre que la música sea la adecuada (Rodriguez, Galvan, Pacheco, & Parcon, 2019).

- Estimulación Cutánea

La estimulación de la piel o tejidos subcutáneos por diversos medios como frotación aplicación de calor y frío. El calor incrementa la circulación sanguínea de la parte del cuerpo donde se aplica, ayudando a eliminar los productos metabólicos de deshecho que se piensan causan el dolor, el frío tiene un efecto opuesto, disminuye la circulación periférica, disminuyendo la tumefacción y con ello la presión en las terminaciones nerviosas. (Martinez, et al., 2014).

- Maso terapia

El efecto es similar a la aplicación de calor, incrementa la circulación de una zona y acelera la eliminación de los productos de desecho del metabolismo celular.

- El Reiki

La acción instintiva de llevarnos las manos al lugar donde sentimos dolor como si el contacto de la mano nos fuese a proporcionar alivio es la base de la técnica Reiki, impulsada en 1920 por un monje zen y catedrático nipón el Dr. Usui utiliza la energía vital universal para el canalizar la energía, comparte con la acupuntura la idea que las enfermedades se producen por el bloqueo de la energía del organismo, mediante la imposición de manos en la zona afectada se deshace el bloqueo energético devolviendo el equilibrio al organismo. Algunos hospitales en Estados Unidos y Gran Bretaña lo ofrecen a sus pacientes para el manejo del dolor. (Venegas, et al., 2008).

Bases Teóricas

La investigación se relaciona con la teoría de rango medio del equilibrio entre la analgesia y los efectos colaterales – (Good & Moore, 1996).

Es una teoría que tiene como fin proponer pasos que orienten la intervención del enfermero en el manejo del dolor agudo, buscando lograr el equilibrio entre la analgesia y sus efectos secundarios, incluyen los siguientes pasos:

1. Administrar al paciente una medicación potente para el dolor agudo, junto con ayuda no farmacológica.
2. Valorar de manera continua el dolor y sus efectos secundarios.
3. Intervenir, cuando sea necesario, con nueva valoración de seguimiento y re intervención.
4. Enseñar al paciente y establecer con él las metas para el alivio del dolor.

Esta teoría tiene un enfoque prescriptivo integrado, ya que busca el equilibrio entre analgesia y efectos secundarios con valoración, seguimiento, ayuda farmacológica y no farmacológica; así como la participación del paciente en el manejo del dolor, resulta además muy útil su aplicación en investigaciones de intervenciones clínicas.

Por otro lado, también, se relaciona con la Teoría de relaciones entre seres humanos de Joyce Travelbee quien propone que el objetivo de la enfermera es brindar ayuda a una persona, familia o comunidad, previniendo o afrontando el proceso de enfermedad; además del sufrimiento y a su vez de ser necesario, a encontrar un significado a la experiencia vivida manteniendo la esperanza. Para Travelbee, el cuidado es una serie de experiencias que vive la enfermera conjuntamente con el paciente y que se consolida cuando llegan a la transferencia, donde queda establecida la confianza y por ende, ambos trabajan para la consecución de las metas a fin de

alcanzar el bienestar o satisfacción; estas fases son de esta manera: el encuentro original, la revelación de identidades, la empatía, la compasión y por último la transferencia.

Recalca la importancia de la espiritualidad y de cómo esta determina en la enfermera la percepción de la enfermedad y el sufrimiento, estableciendo así el grado de ayuda que podrá brindar a un paciente. También, nos habla de la empatía y la compasión, como características básicas que debe tener la enfermera si desea brindar una atención holística (Raile A. & Marriner T., 2011).

Definiciones conceptuales

Satisfacción. Es la percepción subjetiva del usuario en cuanto a la atención de salud recibida, tomando en cuenta, tanto sus necesidades como sus expectativas.

Dolor. Es una experiencia sensitiva o emocional desagradable, considerado un estímulo protector que incluye un componente físico, emocional y espiritual; considerado como un indicador de la calidad de atención en salud.

Manejo del dolor. Es una de las atenciones prioritarias de la atención de enfermería, depende de la valoración que la enfermera haga del dolor, e implica no solo la administración de medicamentos, sino, también de estrategias de tratamiento no farmacológico.

Manejo del dolor respecto a la administración del tratamiento. Consiste en administrar al paciente una medicación potente para el dolor agudo, junto con ayuda no farmacológica.

Manejo del dolor respecto a la valoración continua. Consiste en valorar de manera continua el dolor y sus efectos secundarios para identificar las situaciones en que no hay alivio o los efectos secundarios son evidentes.

Manejo del dolor respecto a la intervención oportuna. Consiste en intervenir, cuando sea necesario con una valoración nueva de seguimiento y re intervención.

Manejo del dolor relacionada a la enseñanza y orientación. Consiste en enseñar al paciente y establecer con él las metas para el alivio del dolor.

Pacientes pos operadas. Es la paciente que sufre las consecuencias de una intervención quirúrgica abdominal, además de un parto; es indispensable en este periodo usar analgesia para disminuir el dolor y procurar alivio a la paciente para que pueda atender y alimentar a su bebe.

Cuidados de enfermería en el pos operatorio. Conjunto de actividades dependientes e independientes que realiza la enfermera a fin de proporcionar bienestar a la paciente, debiendo estar siempre respaldada por un modelo conceptual.

Capítulo III

Metodología

Descripción del lugar de ejecución

El presente estudio se realizará en el Hospital de Chancay “Hidalgo Atoche López” MINSA, nosocomio de nivel II-2, ubicado en el departamento de Lima, provincia de Huaral distrito de Chancay, en la Av. Sucre s/n, en el recientemente creado servicio de Ginecología (el 1 de octubre de 2018) puesto que antes las pacientes eran manejadas por el servicio de Cirugía.

Población y muestra

Población

Pacientes pos operadas hospitalizados en el servicio de Ginecología del Hospital de Chancay que cumplen con los criterios de inclusión de la investigación previo consentimiento institucional y personal. La población del presente estudio estará conformada por 84 usuarias, teniendo en cuenta una media de 42 pacientes atendidas por mes aproximadamente.

Muestra

Muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 72 pacientes pos operadas que acepten participar del estudio durante los meses de setiembre y octubre, considerando una pérdida del 5% sujetas al rechazo o a los criterios de exclusión establecidos a fin de garantizar mayor objetividad en los resultados de estudio.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

—Pacientes gineco-obstétricas en pos operatorio que aceptan colaborar con la investigación voluntariamente.

- Pacientes que autorizan mediante consentimiento informado.
- Pacientes mayores de 18 años.

Criterios de exclusión.

- Pacientes que ingresan al servicio por otros motivos gineco-obstétricos, absteniendo intervención quirúrgica.
- Pacientes que hablan otro idioma o lengua, que no comprenderían el cuestionario redactado en castellano.

Tipo y diseño de investigación

El presente estudio será de enfoque cuantitativo, en función a los objetivos de tipo básica o fundamental, de diseño no experimental porque no se manipulará la variable, transversal porque la recolección de los datos se realizará en un momento y tiempo definido; descriptivo porque nos permitirá identificar la satisfacción que tiene la paciente pos operada, respecto al manejo del dolor por el profesional de Enfermería del servicio de gineco obstetricia, a fin de proporcionar alivio del dolor en las pacientes pos operadas. (Hernández S., Fernández C., & Baptista L., 2014).

Identificación de las variables

Variable: satisfacción sobre el manejo del dolor.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Satisfacción sobre el manejo del dolor	Es el conjunto de actividades que realiza el profesional de Enfermería basados en el tratamiento, valoración continua, intervención oportuna, enseñanza y orientación para el control y alivio del dolor ocasionado luego de una cirugía, el cual se basa en un conocimiento y criterio para abordar de forma integral el cuidado de la paciente. (Good & Moore, 1996)	Se evaluarán la satisfacción del paciente pos operado a través de los indicadores de tratamiento, valoración continua, intervención oportuna y enseñanza y orientación del dolor a través de la escala de Likert. Tomando como referencia: Satisfecho: 51-85 Insatisfecho: 0 -50	Administración del tratamiento Valoración continua Intervención oportuna Enseñanza y Orientación	1. Considera que el profesional de Enfermería elige el tratamiento prescrito de acuerdo a la intensidad de su dolor. 2. El profesional de Enfermería le da la seguridad de administrar el tratamiento farmacológico indicado por el médico. 3. Los procedimientos que realiza el profesional de Enfermería para administrarle el medicamento a su parecer son correctos. 4. El profesional de Enfermería muestra interés de cómo se siente respecto al tratamiento que le administra y el	Se hará uso de la escala Likert: Nunca: 1 Casi nunca: 2 A veces: 3 Casi siempre: 4 Siempre: 5

dolor que
siente.

5. El
profesional de
Enfermería
evalúa
regularmente
el dolor que
usted siente.

6. Después de
la
administración
del tratamiento
para el dolor,
la enfermera le
pregunta si se
presenta algún
efecto.

7. La
enfermera no
espera a ser
llamada
cuando el
dolor es
intenso, con
frecuencia
pregunta cómo
se siente uno.

8. Siento que
el tratamiento
administrado
para aliviar el
dolor es
aplicado de
acuerdo a mis
necesidades.

9. Tan pronto
como solicito
alivio del dolor
el profesional
de Enfermería
acude a
atenderme.

10. Le explican
el motivo del
dolor después

de la
operación y la
forma en la
que usted
puede auto
ayudarse.

11. La
enfermera le
explica la
importancia de
comunicar
oportunamente
sobre la
intensidad del
dolor.

12. Es
informado
sobre las
opciones de
tratamiento
para el alivio
del mismo.

13. Es
informada
sobre los
beneficios de
los diversos
tratamientos
para el alivio
del dolor.

14. Es
informado
sobre los
riesgos de los
diversos
tratamientos
disponibles
para el dolor.

15. Le dan
libertad para
rechazar
alguna forma
de tratamiento
si así lo desea.

16. Le
informan sobre

los
medicamentos
que puede
usar después
del alta para el
alivio del dolor.

17. El
profesional de
Enfermería
resuelve dudas
en forma clara
y precisa sobre
el manejo del
dolor.

Técnica e instrumentos de recolección de datos

Técnica.

Para la recolección de datos de las pacientes gineco obstétricas en el pos operatorio se utilizará como técnica la encuesta, que nos permitirá tener información de la satisfacción del paciente en cuanto al manejo del dolor por el enfermero.

Instrumento.

Para la medición de la satisfacción de los pacientes respecto al manejo del dolor que da el profesional de Enfermería, la investigadora elaboró un instrumento considerando los derechos de los pacientes respecto a las atenciones sobre el manejo del dolor propuesto por *la American Pain Fundación (Gloth, 2003)* y considerando la propuesta teórica de enfermería de mediano rango: equilibrio entre la analgesia y los efectos colaterales (Good & Moore, 1996).

El cuestionario comprende cuatro dimensiones basadas en la propuesta teórica del manejo del dolor posoperatorio las cuales se encuentra distribuidas de la siguiente manera: primera dimensión denominada administración del tratamiento compuesta por 4 ítems; la segunda, llamada valoración continúa compuesta por 2 ítems; la tercera, llamada intervención oportuna con 3 ítems y la cuarta, llamada enseñanza y orientación conformada por 8 ítems. La valoración de indicadores se realiza considerando la siguiente escala: 1 = Nunca; 2 = Casi nunca; 3 = A veces; 4 = Casi siempre y 5 = Siempre.

Tomando como baremos: Insatisfecho de 0 – 50 puntos y Satisfecho de 51 – 85 puntos.

Validez.

Validez de contenido

En un primer momento se realizó la revisión del instrumento por un equipo formado por la investigadora, la asesora, una consultora especialista en terapia del dolor y un metodólogo invitado. Posteriormente se sometió a juicio de 10 expertos, obteniendo un V de Aiken de 0,98.

Confiabilidad

El instrumento fue sometido a una prueba piloto de 20 pacientes pos operadas del servicio de Ginecología del Hospital Regional de Huacho, que cuenta con características similares al hospital donde se realizará el estudio, no solo en lo que respecta al nivel hospitalario; sino que, también, en cuanto a la población, ya que cuenta con características socioeconómicas y culturales similares; obteniéndose un Alfa de Cronbach de 0.965.

Proceso de recolección

Se gestionará los permisos al Hospital de Chancay mediante solicitud para poder realizar la investigación. Se aplicará el instrumento a las pacientes previa aplicación del consentimiento informado. Posterior a ello, se recogerá la información y se procesará en el software respectivo.

Procesamiento y análisis

La información previamente codificada (libros de códigos) será digitado en Excel y exportado por el software estadístico SPSS 25.0 para su proceso y análisis de información. La información será presentada en cuadros de uno o doble entrada.

Consideraciones éticas

Principio de autonomía: principio según el cual podemos decidir por nosotros mismos siempre que estemos capacitados para hacerlo. El consentimiento informado es la máxima expresión de este principio constituye un derecho del paciente y un deber del médico.

Es reconocida legalmente: queda limitada por la ley, petición de un tratamiento no indicado y por la objeción de conciencia por parte del personal de salud.

Nos obliga a informar a nuestros pacientes lealmente, pero es el quien toma la decisión.

- La decisión de ser libre y sin coacciones
- Principio de beneficencia
- La acción pretende el beneficio del otro
- Es un ideal
- Es obligado su cumplimiento
- Principio de no maleficencia
- No hacer el mal
- Nos obliga a no hacer daño intencionadamente
- Es de obligado cumplimiento legal y ético
- Castiga la negligencia
- Principio de justicia
- Colocar al paciente en primer lugar
- Conseguir lo más adecuado para realizar las acciones de enfermería
- No derrochar recursos

— Atención de las necesidades del paciente previo jerarquización.

Capítulo IV

Administración del proyecto de investigación

Cronograma de ejecución

N°	ACTIVIDADES	2020 – 2021				
		Marzo	Abril	Mayo	Agosto	Marzo
1.	Planteamiento del problema	X				
2.	Formulación de objetivos y justificación de la investigación	X				
3.	Elección de antecedentes de la investigación	X				
4.	Elaboración del marco teórico		X			
5.	Operacionalización de variables		X			
6.	Desarrollo del diseño metodológico		X			
7.	Solicitud de asesor	X				
8.	Revisión y correcciones		X	X		
9.	VII Jornada científica				X	
10	Solicitud de dictamen					X
.						
12	Solicitud de fecha de sustentación					X
.						
14	Sustentación de tesis					X
.						

Presupuesto

MATERIALES	COSTO
Personal:	
- asesora	550.00
- jueces	800.00
- estadístico	750.00
Servicios:	
- impresiones	150.00
- copias	50.00
- espiralado	12.00
- hojas Bond	40.00
Materiales de escritorio:	185.00
- lápiz, lapiceros	
- corrector, borrador	
- perforador, engrapador	
- tinta de impresora	
Otros:	
- viáticos	175.00
- trámites	800.00
TOTAL	3512.00

Referencias

- Acuña, J. (2019). Riesgo de adicción a analgésicos opioides en el tratamiento de dolor crónico no oncológico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(6), 466-479.
Obtenido de
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300896>
- Ahuanari, A. (2016). *REPOSITORIO UNMSM*. Obtenido de REPOSITORIO UNMSM:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5849>
- Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E., & Cabilondo, S. (1998). Principios básicos para el control del dolor total. *Sociedad Española del dolor*(6), 29-40. Obtenido de https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/EI-dolor-total-1999_01_06.pdf
- Asuar, M. (2017). Valoración del dolor en pacientes intervenidos quirúrgicamente de hernioplastia con cirugía ambulatoria en el Hospital Universitario Santa María del Rosell. *Enfermería Global*, 16(45), 438-456. Recuperado el 2 de junio de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000100438
- Bagés F., C., Lleixá F., M., Español P., C., Imbernón C., G., Munté P., N., & Vázquez M., D. (2015). Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enfermería Global*(39), 29-40. Obtenido de <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/193721/177161>
- Bazan, c. V. (2004). *Dolor Pos operatorio e inteligencia emocional*. Obtenido de dialnet.unirioja.es

- BBC News Mundo. (15 de octubre de 2018). *BBC News Mundo*. Obtenido de BBC News Mundo: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-45852814>
- Book of Mormón Central. (febrero de 2018). *Book of Mormon Central*. Obtenido de Book of Mormon Central: <https://bookofmormoncentral.es/node/341>
- Bridgestock. (2013). En *Anatomy, physiology and pharmacology of Pain, Anaesthesia and intensive care medicine* (pág. 480_483).
- Camero S., Y., Meléndez M., I., Álvarez G., A., & Apuntes G., J. (2019). Cuidado humanizado en el postoperatorio inmediato de pacientes histerectomizadas. (C. d. Valenciana, Ed.) *Cultura de los Cuidados*, 23(54), 360-373.
doi:10.14198/cuid.2019.54.31
- Cantos, M. (2015). *SOCIEDAD ECUATORIANA DE BIOETICA*. Obtenido de SOCIEDAD ECUATORIANA DE BIOETICA:
https://www.bioetica.org.ec/articulos/articulo_enferm_bioetica.htm
- Cárdenas, A., Quiroga, C., Restrepo, M., & Cortés, D. (Setiembre de 2005). *REVISTA COLOMBIANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*. Obtenido de REVISTA COLOMBIANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA:
<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/525>
- Castellon O., R., Télica G., N., Aguinaga G., A., & Medrano A., K. (2017). *Conocimiento y práctica del personal de Enfermería en el manejo del dolor en pacientes hospitalizados de la sala de Hemato-oncología del hospital Escuela Roberto Calderon Gutierrez*. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Managua. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/4246/1/96384.pdf>

- Cobarrubias, et al. (2006). El manejo del dolor posoperatorio en obstetricia: ¿Es seguro? *Revista Mexicana de Anestesiología*, XXIX(4), 231-239. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cma064g.pdf>
- Cobarrubias, A., & Landín, A. (2014). Dolor Posoperatorio en Ginecoobstetricia. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 51-55. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2014/cmas141q.pdf>
- Costa, E., Avalos, N., & Delgado, R. (2009). *REPOSITORIO UPCH*. Obtenido de REPOSITORIO UPCH: http://repebis.upch.edu.pe/articulos/in_crescendo/v2n1/a7.pdf
- Covarrubias, A., Silva, A., Nuche, E., & Téllez, M. (2006). El manejo del dolor postoperatorio en obstetricia: ¿Es seguro? *Revista Mexicana de Anestesiología*, 29(4), 231-239. Recuperado el 1 de junio de 2019, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cma064g.pdf>
- Doñate M., M., Litago C., A., Monge S., Y., & Martínez S., R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 14(37), 170-180. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100008
- drug.com* . (24 de setiembre de 2019). Obtenido de [www.drugs.com>cg-esp>terapias-no-farmacologicas-para-el-tratamiento-del-dolor](http://www.drugs.com/cg-esp/terapias-no-farmacologicas-para-el-tratamiento-del-dolor).
- Evidencia en Cuidados. (2017 de diciembre de 2017). *Evidencias en cuidados*. Obtenido de Evidencias en cuidados: <http://www.evidenciaencuidados.es/es/index.php/sumamos-excelencia>

- Finkel, D., & Schlegel, H. (2003). EL DOLOR POSTOPERATORIO Conceptos Básicos y Fundamentos para un Tratamiento Adecuado. *Revista del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía, III(1)*. Recuperado el 1 de junio de 2019, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/dolor_postop.pdf
- Florez B., J. (2013). Fármacos analgésicos opioides. En J. Florez B., & A. Mediavilla M., *Farmacología Humana* (Sexta ed., págs. 435-452). España: Elsevier.
- Gálvez L., C., & Naranjo Q., V. (2017). El dolor humano: una respuesta de las ciencias de la salud y una reflexión del dolor espiritual para la formación de los cuidadores paliativos. *Escritos*, 419-436.
doi:<http://dx.doi.org/10.18566/escr.v25n55.a04>
- Ganong, W. (2000). Manual de Fisiología Médica. México: El Manual Moderno.
- Gómez M., C., García P., L., & López G., V. (2016). Evaluación de atención del dolor postoperatorio en la Unidad Médica de Alta Especialidad. *Anestesia en México*, 28(3), 20-27. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712016000300020
- Good, M., & Moore, S. (1996). Guías de práctica clínica como una fuente de teoría de rango medio: enfoque en el dolor agudo. *Nursing Outlook*, 44(2), 74-79.
doi:[https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(96\)80053-4](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(96)80053-4)
- Guanopatín, F. (noviembre de 2017). *REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNIANDES*. Recuperado el 2 de junio de 2019, de REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNIANDES: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/7063>

- Guyton, A., & Hall, j. (2016). Tratado de Fisiología Médica. En A. Guyton C., *Tratado de Fisiología Médica* (Treceava ed., págs. 549 - 550). Interamericana.
- Heidar, Memar, Mohammadkhani, & Ali. (2014). Eficacia analgésica de diclofenaco y paracetamol vs. meperidina en la cesárea. *Anesthesiology and pain medicine*.
Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3961033/#>
- Hernández S., M. (2008). Manejo del dolor postoperatorio: Experiencia terapéutica en Unidad de Terapia Quirúrgica Central del Hospital General de México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 31(1), 246-251. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/4502/7f0ce73aeaebd3741225cbe44000fc53d18e.pdf>
- Hernández S., R., Fernández C., C., & Baptista L., P. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México D.F.: McGraw-Hil. Obtenido de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Huaman H., J., & Charca G., L. (2019). *Conocimiento del personal de enfermería en el manejo del dolor y la satisfacción del paciente posr operado mediato del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia*. Lima: Universidad Nacional del Callao.
Obtenido de <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/4520>
- IASP. (1994). *International Associationfor the study of pain*. Obtenido de International Associationfor the study of pain: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- INEI. (2016). *encuesta demografica y de salud familiar*.

- Kaviani, M., Azima, S., Alavi, N., & Tabaei, M. (28 de mayo de 2014). Efecto de la lavanda en el manejo del dolor. *British Journal of Midwifery*. Obtenido de <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2014.22.2.125>
- Kintu, A., Abdulla, S., Lubikire, A., Nabukenya, M., Igaga, E., Bulamba, F., . . . Olufolabi, A. (2019). Dolor postoperatorio después de una cesárea: evaluación y manejo en un hospital terciario en un país de bajos ingresos. *BMC Health Services Research*(68), 19. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-019-3911-x>
- Leal C., E., Mendoza N., M., Mendoza N., M., Hernandez V., N., Ávila A., H., Frías R., B., & Garcia C., G. (2009). Satisfacción del control y alivio del dolor en usuarios postoperados hospitalizados. *Enfermería Universitaria*, 6(4), 32-35. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu094f.pdf>
- Leo R., J. (2018). *Aplicación de la música en el alivio del dolor posoperatorio*. Madrid: Universiada utónoma de Madrid. Obtenido de Repositorio Institucional UAM: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/684897>
- Loor M., G., León A., G., & M., M. C. (junio de 2018). Causas y manejo del dolor postoperatorio de la pacientne obstétrica . *Polo del conocimiento*, 3(6), 336-347. Obtenido de <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/580/pdf>
- López, C. (9 de Junio de 2017). *Gaceta Médica*. Obtenido de Gaceta Médica: <https://www.gacetamedica.com/politica/el-dolor-un-indicador-de-calidad-en-la-trastienda-sanitaria-IJ946219>
- Machado A., J., Machado D., M., Calderón F., V., Gonzales M., A., Cardona E., F., Ruiz G., R., & Montoya A., J. (2013). ¿Estamos controlando el dolor posquirúrgico?

- Revista Colombiana de Anestesiología*, 41(2), 132-138. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334713000099>
- Mariño O., A., Martínez, Y., & Villegas B., Y. (2017). *Manejo del dolor post-operatorio por el profesional de Enfermería en algunas IPS de Santa Marta*. Santa Marta: Universidad cooperativa de Colombia. Obtenido de <http://hdl.handle.net/20.500.12494/8938>
- Martínez C., C., Collado C., F., Rodríguez Q., J., & Moya R., J. (2015). El alivio del dolor: un derecho humano universal. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 22(5), 224-230. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v22n5/07_aespecial.pdf
- Martínez, et al. (diciembre de 2014). Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, XXI(6), 338-344. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600007
- Martínez, J., & Torres, L. (2000). Prevalencia del Dolor Posoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus Repercusiones . *Sociedad Española del Dolor*, 465-476. Obtenido de http://revista.sedolor.es/pdf/2000_07_07.pdf
- Massip P., C., Ortiz R., R., Llantá A., M., Peña F., M., & Infante O., I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013

- Massip P., C., Ortiz R., R., Llantá A., M., Peña F., M., & Infante O., I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4), 1-10. Obtenido de <https://www.scielosp.org/j/rcsp/i/2008.v34n4/>
- Melzack, R., Katz, J., & Jeans, M. (diciembre de 2012). *1aria*. Obtenido de 1aria: <https://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf>
- Méndez P., M., Orejas C., B., Peix S., N., & Herrero N., S. (2016). Prevalencia del dolor agudo postoperatorio en un servicio de cirugía Gastro-intestinal y satisfacción del paciente. *Sociedad Española del Dolor*, 5(23), 222-228.
doi:10.20986/resed.2016.3434/2016
- Mendoza, M. (2014). *REPOSITORIO DIGITAL UNTRM*. Recuperado el 28 de Mayo de 2019, de REPOSITORIO DIGITAL UNTRM: <http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/247>
- Merlo S., S. (2019). *Manejo del dolor peri operatorio agudo, de cirugías electivas, en sala de Cirugía General y Ortopédica, en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello*. León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/7232/1/240787.pdf>
- Merskey. (1994). *Classification og Chronic Pain* (Vol. III).
- Miyahira A., J. (2001). Calidad en los servicios de salud ¿Es posible? *Revista Médica Herediana*, 12(3), 75-77. Obtenido de

<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018->

[130X2001000300001&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2001000300001&script=sci_arttext)

Montero, & Manzanares. (2005). Escalas de Valoración del Dolor. *Diagnóstico*, XVIII(1553). Recuperado el 2 de junio de 2019, de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/48564232/escalas_valoracion_del_dolor.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1559526518&Signature=SJ6EA2ReKChaLEKqCi3lyjKDPHA%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEscalas_de_valora

Moreland L., M., K. C., Emmerling, S., Fisher, M., & Mcgarvey, J. (2019). Control del dolor e intervenciones no farmacológicas. *Nursing*, 36(3), 55.58. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-control-del-dolor-e-intervenciones-S0212538219300743>

Moreno E., A., & Moreno L., A. (2019). Clasificación y medición del dolor . En A. D. Moreno E., Á. Zorraquino G., F. Carbonell T., & J. Bellón C., *Manual multidisciplinar para el manejo del dolor inguinal crónico* (págs. 105-114). Murcia: Kindle.

Murga D., M. (2017). *Intervenciones no farmacológicas eficaces para el manejo del dolor en los pacientes postoperados*. Lima: Universidad Norbert Wiener. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1125/TITULO%20-%20Murga%20Delgadillo%2c%20Mar%2c%20ada%20del%20Pilar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Orbe C., E. (2018). *Cuidado enfermero en el manejo del dolor en pacientes postquirúrgicos Hospital Luis Gabriel Dávila, Tulcán*. Ibarra: Universidad Técnica del Norte. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9500>
- Órgano de la Sociedad Española de la Calidad. (2001). Calidad Asistencial. *Revista de la Calidad Asistencial*, 16(1), 1-76. Obtenido de <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
- Parbury, J., Reid, K., Smith, N., Mouhanna, D., & Lamont, F. (2009). Uso de los medicamentos Pro Re Nata en la atención Hospitalaria Aguda. *Revista de psiquiatria de Australia y Nueva Zelanda*, XLII(4), 283 - 292. Obtenido de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00048670701881553>
- Pedrajas, J., & Molino, A. (2008). *Bases neuromédicas del Dolor*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300002&lng=es&tlng=es.
- Peñaloza, S. (diciembre - mayo de 2014). *REPOSITORIO UTA*. Recuperado el 1 de junio de 2019, de REPOSITORIO UTA: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/7993>
- Pérez G., A., Aragón M., C., & Torres L., M. (2017). Dolor posoperatorio: ¿hacia donde vamos? *Revista de la sociedad Española del dolor*, 24(1), 1-3. doi:<http://dx.doi.org/10.20986/resed.2017.3566/2017>
- Pérez L., A. (2008). Valoración continua del paciente grave. En C. León R., *Enfermería en Urgencias* (págs. 111-120). La Habana: Ciencias Médicas.
- Pérez, E., Perelló, S., Rodríguez, V., Leclerc, R., & Fernandez, M. (2017). Nuevos enfoques en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. *Revista de la*

- Sociedad Española del Dolor*, 24(3), 132-139. Recuperado el 2 de junio de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462017000300132
- Pérez, et al. (2017). Nuevos enfoques en el tratamiento del dolor posoperatorio. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, XXIV(3), 132-139. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462017000300132
- Poggi M., L., & Ibarra C., O. (2007). Manejo del dolor agudo pos quirúrgico. *Acta Médica Peruana*, 24(2), 39-45. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000200008
- Potter, P. (2014). Fundamentos de Enfermería. En P. Potter P., *Fundamentos de Enfermería* (Novena ed., págs. 199-200). Elsevier.
- Puebla. (2005). Tipos de dolor y escalera terapeutica de la OMS. *Oncología (Barcelona)*, 33-37. Obtenido de scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es&tlng=es.
- Quinde, P. (marzo de 2017). Dolor Pos Operatorio Factores de Riesgo y Abordaje. Costa Rica, Costa Rica.
- Raile A., M., & Marriner T., A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (Séptima ed.). Barcelona: Elsevier.
- Reina, N. (2010). El rproceso de enfermería: Instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*, 18-23. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

Ricra, Y. (2017). *Cibertesis UNMSM*. Obtenido de Cibertesis UNMSM:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7119/Ricra_my.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rodriguez, J., Galvan, G., Pacheco, M., & Parcon, M. (2019). Evaluación del dolor postquirúrgico y el uso de terapias complementarias por enfermería. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 53-63. Obtenido de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552019000100053&script=sci_arttext&lng=pt

Ruedas C., Y., & García M., C. (2018). *Intensidad del dolor agudo postoperatorio y la satisfacción del paciente en el manejo del dolor*. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Obtenido de

http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_11091.pdf

Sáez L., M., Sánchez H., N., Jiménez M., S., García, N., & Valverde G., J. (2016).

Tratamiento del dolor en el anciano: analgésicos no opioides. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 23(1), 39-44. Obtenido de

http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v23n1/07_revision.pdf

Sahuiña B., M. (2018). *Intervención de enfermería en el manejo del dolor, paciente pos operada de cesárea centro quirúrgico Hospital San Juan de Dios Pisco*. Pisco: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Obtenido de

<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10247>

San Jose, R. (2016). *Repositorio Universidad de Cantabria*. Obtenido de Repositorio Universidad de Cantabria:

<https://pdfs.semanticscholar.org/da7a/d749877c533b3796f6d07cb037f36a022422.pdf>

Sánchez, B. (2003). Abordajes Teóricos para Comprender el Dolor Humano. *Aquichán*, III(1), 32-41. Obtenido de

<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/35/67>

Sanchez, B. (2009). Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *AQUICHAN*, III(1). Obtenido de AQUICHAN:

<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/35>

Serrano D., R., & Loriente A., N. (2008). La anatomía de la satisfacción del paciente.

Salud Pública de México, 50(2), 162-172. Obtenido de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200010)

[36342008000200010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200010)

Shoquirat, N., & Mahasneh, D. (2019). Pacientes posoperatorios en Jordania:

prevalencia del dolor, características, creencias y satisfacción. *Pain*

Management Nursing(20), 239-244.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.12.004>

Venegas, et al. (2008). Experiencias de profesionales de Enfermería en terapias

alternativas y complementarias aplicadas a personas en situaciones de dolor.

Revistas electronicas UN, 59-64. Recuperado el 2 de junio de 2019, de

<http://www.bdigital.unal.edu.co/17268/>

Vicente H., M., Delgado B., S., Bandrés M., F., Ramírez I., M., & Capdevilla G., L.

(2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios.

Revista de la sociedad Española del Dolor, 25(4), 228-236. Obtenido de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462018000400228&script=sci_arttext&tlng=en

Villegas S., E. (2019). Analgésicos no opioides. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 42(3), 224. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2019/cma193zg.pdf>

Zamora, et al. (febrero de 2017). *ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COLOMBIA*. Obtenido de ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COLOMBIA:
<http://anmdecolombia.net/attachments/article/448/EL%20DOLOR.pdf>

Zamora, T., Saavedra, J., & Zúñiga, L. (febrero de 2017). *ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COLOMBIA*. Obtenido de ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COLOMBIA:
<http://anmdecolombia.net/attachments/article/448/EL%20DOLOR.pdf>

Zea V., J., Calderón D., R., & Reyes M., E. (2010). Complicaciones peri-operatorias en histerectomía abdominal, laparoscópica y vaginal. *Revista de la Federación Centroamericana de Obstetricia y Ginecología*, 15(3), 79-85.

Apéndice

Apéndice A

Instrumento de recolección de datos

“Satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería en pacientes pos operadas del servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021”

Presentación:

Estimado. (Sra., Srta.), mi nombre es Guadalupe Myriam Valenzuela Guerra, soy licenciada en Enfermería, estudiante de la especialidad en Enfermería Gineco-obstétrica de la Universidad Peruana Unión.

La presente encuesta tiene como objetivo determinar la satisfacción de la paciente pos operada sobre el manejo del dolor por el profesional de enfermería del Servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021. Para ello, solicito su participación, la cual es absolutamente voluntaria y anónima, manteniendo la confidencialidad de sus respuestas.

Instrucciones: marque con una “X” la respuesta que mejor se adapte a su situación, de acuerdo con lo que usted pudo observar de la atención de enfermería que recibió.

DATOS GENERALES:

1. Tipo de cirugía:

2. Edad:

3. Días en post-operatorio:

4. Grado de instrucción:

iletrado ()

universitario ()

primaria ()

otros ()

secundaria ()

**VALORACION DEL INDICADOR DE SATISFACCION EN EL MANEJO DEL DOLOR
EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

VALOR DE LAS RESPUESTAS	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	A Veces (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
Satisfacción del manejo del dolor respecto a la administración del tratamiento					
1. Considera que el profesional de Enfermería elige el tratamiento prescrito de acuerdo a la intensidad de su dolor.					
2. El profesional de Enfermería le da la seguridad de administrar el tratamiento farmacológico indicado por el médico.					
3. Los procedimientos que realiza el profesional de Enfermería para administrarle el medicamento a su parecer son correctos.					

<p>4. El profesional de Enfermería muestra interés de cómo se siente respecto al tratamiento que le administra y el dolor que siente.</p>					
Satisfacción del manejo del dolor respecto a la valoración continua					
<p>5. El profesional de Enfermería evalúa regularmente el dolor que usted siente.</p>					
<p>6. Después de la administración del tratamiento para el dolor, la enfermera le pregunta si se presenta algún efecto.</p>					
Satisfacción del manejo del dolor respecto a la intervención oportuna					
<p>7. La enfermera no espera a ser llamada cuando el dolor es intenso, con frecuencia pregunta cómo se siente uno.</p>					
<p>8. Siento que el tratamiento administrado para aliviar el dolor es aplicado de acuerdo a mis necesidades.</p>					

<p>9. Tan pronto como solicito alivio del dolor el profesional de enfermería acude a atenderme.</p>					
Satisfacción del manejo del dolor relacionada a la enseñanza y orientación					
<p>10. Le explican el motivo del dolor después de la operación y la forma en la que usted puede auto ayudarse.</p>					
<p>11. La enfermera le explica la importancia de comunicar oportunamente sobre la intensidad del dolor</p>					
<p>12. Es informada sobre las opciones de tratamiento para el alivio del mismo.</p>					
<p>13. Es informada sobre los beneficios de los diversos tratamientos para el alivio del dolor.</p>					
<p>14. Es informada sobre los riesgos de los diversos tratamientos disponibles para el dolor.</p>					

<p>15. Le dan libertad para rechazar alguna forma de tratamiento si así lo desea.</p>					
<p>16. Le informan sobre los medicamentos que puede usar después del alta para el alivio del dolor.</p>					
<p>17. El profesional de Enfermería resuelve dudas en forma clara y precisa sobre el manejo del dolor.</p>					

Gracias por su participación.

Apéndice B

Validez de instrumentos

Encuestas codificadas.

ID	AT				VC			IO			E y O						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17
PCTE1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
PCTE2	4	4	4	3	4	4	3	4	4	1	1	1	3	1	1	1	1
PCTE3	3	3	5	2	3	1	2	2	3	1	3	3	1	1	1	3	4
PCTE4	5	5	5	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	3	3
PCTE5	5	5	5	2	3	1	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	3
PCTE6	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	5	4	4	4	4	4	4
PCTE7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5

PCTE8	4	4	5	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	1	3	3
PCTE9	3	4	4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	1	3	3
PCTE10	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
PCTE11	3	5	5	3	5	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	5	4
PCTE12	3	3	4	4	4	4	3	4	4	1	1	1	1	1	1	3	3
PCTE13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5
PCTE14	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
PCTE15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
PCTE16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
PCTE17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	3	3
PCTE18	3	5	5	4	3	2	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1
PCTE19	3	5	5	3	3	3	3	3	3	1	3	1	1	1	1	3	3
PCTE20	3	4	4	4	4	3	3	3	3	1	4	3	3	3	1	4	4

Puntaje de encuestas.

ID	AT				VC			IO			E y O							TOT AL	
	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P1 0	P1 1	P1 2	P1 3	P1 4	P1 5	P1 6	P1 7		
PCTE 1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	85
PCTE 2	4	4	4	3	4	4	3	4	4	1	1	1	1	3	1	1	1	1	44
PCTE 3	3	3	5	2	3	1	2	2	3	1	3	3	1	1	1	1	3	4	41
PCTE 4	5	5	5	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	3	3	3	51

1															
0	10	2	16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1															
0	10	2	17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
														TOTAL	
														CLARIDA	0.9764705
														D	9

10	10	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	10	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	10	2	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	10	2	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	10	2	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	10	2	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	10	2	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	10	2	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	10	2	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0.9	
10	10	2	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	10	2	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	10	2	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0.9	
9	10	2	16	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.9	
10	10	2	17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TOTAL

CONTEX 0.9764705

TO 9

DOMINIO DEL CONSTRUCTO

s	n	c	s	Item	Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	V de Aiken
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	Juez 10			
1	1																
0	0	2			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			1														
9	0	2			2	1	1	1	1	1	1	1	1	0			0.9

1														
9	0	2	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0.9
1														
9	0	2	16	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.9
1	1													
0	0	2	17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

TOTAL

DOMINIO 0.97647059

Validez total de la satisfacción del manejo del dolor

	DOMINIO DEL				
	CLARIDAD	CONTEXTO	CONGRUENCIA	CONSTRUCTO	TOTAL
<hr/>					
DIMENSION					
1	0.95	0.975	0.925	0.975	0.95625
DIMENSION					
2	1	1	1	1	1
DIMENSION					
3	1	1	1	1	1
DIMENSION					
4	0.975	0.9625	0.9625	0.9625	0.965625
<hr/>					
VALIDEZ					
GENERAL					0.98
<hr/>					
					validez fuerte

Apéndice C**Confiabilidad del instrumento****Alfa de Cronbach.**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,965	17

Apéndice D

Consentimiento informado

Título: Satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería en pacientes pos operadas del servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021.

Investigadora: Lic. Guadalupe Myriam Valenzuela Guerra.

Sra. (Srta.) usuaria, el presente consentimiento informado le garantiza la información acerca de los objetivos de estudio, si acepta voluntariamente su intención de participar en la investigación después de enterarse de cada uno de los puntos detallados. Además, de intervenir voluntariamente, está en su decisión decidir no participar y retirarse en cualquier momento.

1.- ¿Cuál es el propósito de estudio?

-Determinar cuan satisfecha esta la paciente pos operada sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería a fin de buscar mejoras en la atención que se brinda.

2.- ¿Cuáles son los beneficios por participar en el estudio?

-Los resultados servirán para conocer la realidad del servicio y mejorar la atención.

3.- ¿Cómo protegeremos su información?

-El estudio es anónimo y los datos son de uso exclusivo para la investigación, las cuales serán desechadas al término de la investigación, la información será manejada en absoluta reserva.

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO

Habiendo sido adecuadamente informada, doy mi consentimiento para la participación en el presente estudio de investigación de enfermería.

.....

.....

.....

Nombres y apellidos

Lugar y fecha

firma

Apéndice
Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería en pacientes pos operadas del servicio de Ginecología del Hospital de Chancay 2021?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería respecto a la administración del tratamiento en el servicio de</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería en pacientes pos operadas del servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería respecto a la administración de tratamiento del servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021.</p> <p>Identificar el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el</p>	<p>Satisfacción sobre el manejo del dolor</p>	<p>Tipo y diseño de investigación</p> <p>El presente estudio será de enfoque cuantitativo fundamental, de diseño no experimental, transaccional.</p> <p>Área de estudio</p> <p>El presente estudio se realizará en el servicio de Ginecología del Hospital de Chancay “Hidalgo Atoche López”.</p> <p>Población</p> <p>Pacientes quirúrgicos gineco-obstétricos del Hospital de Chancay que cumplen con los criterios de inclusión de la investigación previo consentimiento institucional.</p> <p>La población del presente estudio será de 84 usuarias con una media de 42 pacientes atendidas por mes.</p> <p>Muestra</p> <p>Muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 84 pacientes pos operadas.</p> <p>Unidad de análisis</p> <p>Pacientes pos operadas gineco-obstétricas</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <p>Pacientes gineco-obstétricas en pos operatorio que acepten participar con la investigación voluntariamente.</p> <p>Criterios de exclusión:</p>

<p>Ginecología del Hospital de Chancay?</p> <p>¿Cuál es el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de enfermería respecto a la valoración continua en el servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021?</p> <p>¿Cuál es el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de enfermería respecto a la intervención oportuna en el servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021?</p>	<p>profesional de Enfermería respecto a la valoración continua en el servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021.</p> <p>Identificar el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería respecto a la intervención oportuna en el servicio de Ginecología del Hospital de Chancay,2021.</p> <p>Identificar el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería respecto a la enseñanza y orientación en el</p>		<p>Pacientes gineco-obstétricas en pos operatorio colaborar con la investigación</p> <p>Pacientes no quirúrgicas-obstétricas</p> <p>Técnica e instrumento de recolección de datos</p> <p>Técnica.</p> <p>Para la recolección de datos de las pacientes en pos operatorio se utilizará como técnica la encuesta para tener información de la satisfacción del paciente sobre el dolor por el enfermero.</p> <p>Instrumento.</p> <p>Para la medición de la satisfacción de la valoración del manejo del dolor que da el profesional de Enfermería se elaboró un instrumento considerando los derechos del paciente respecto a las atenciones sobre el manejo del dolor. <i>American Pain Foundation (Gloth, 2003)</i> y, con base en la teoría de enfermería de mediano rango del dolor y los efectos colaterales (Good & Moore, 1999).</p> <p>El cuestionario comprende cuatro dimensiones de la propuesta teórica del manejo del dolor pos operatorio que se encuentra distribuidas de la siguiente manera: la primera denominada administración del tratamiento con analgésicos, segunda, llamada valoración continua computarizada, tercera, llamada intervención oportuna con 3 ítems de enseñanza y orientación conformada por 10 ítems.</p>
---	---	--	---

<p>¿Cuál es el nivel de satisfacción sobre el manejo del dolor por el profesional de Enfermería respecto a la enseñanza y orientación en el servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021?</p>	<p>servicio de Ginecología del Hospital de Chancay, 2021.</p>		<p>indicadores se realizará considerando la siguiente escala: 1 = Casi nunca; 3 = A veces; 4 = Casi siempre y 5 = Siempre.</p> <p>Procesamiento y análisis</p> <p>La información previamente codificada (libros) fue ingresada en Excel y exportado por el software estadístico para el proceso y análisis de información. La información fue organizada en cuadros de uno o doble entrada.</p>
--	---	--	--

Apéndice E
Autorización institucional



Solicito: PERMISO PARA APLICAR
PRUEBA PILOTO.

SR. DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO - MINSA

S.D

Yo Guadalupe Myriam Valenzuela Guerra , con DNI 15721838 domiciliada en Jr. Leoncio Prado N° 587 Huacho ; Licenciada en enfermería CEP 30736, enfermera asistencial del Hospital de Chancay “Hidalgo Atoche Lopez”, me presento ante Ud y digo:

Que debido a estar realizando un estudio de investigación titulado **“Percepción de la pazeinte posoperada sobre el manejo del dolor que realiza el enfermero del servicio de ginecología del Hospital de Chancay, 2019”** y siendo necesaria la aplicación de la prueba piloto en un hospital del mismo nivel, es que solicito a Ud permiso para aplicar mi prueba piloto en el servicio de Ginecología del Hospital a su cargo, con lo que contribuirá al desarrollo de la investigación en salud.

Agradeciendole de antemano su atención me despido de Ud.

Atentamente

Huacho, 04 de Octubre del 2019

Lic. Guadalupe Valenzuela Guerra

5890309
922990783



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
HOSPITAL CHANCAY Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"



MEMORANDUM N° 199 U.E H.CH.DPTO-GINECOOBST-2019

A : **Dr. HUGO ORTIZ SOUZA**
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

DE : **Dr. WILFREDO ANGELINO CHACARA**
Encargado del Dpto. de Gineco Obstetricia

ASUNTO : **OPINION FAVORABLE PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

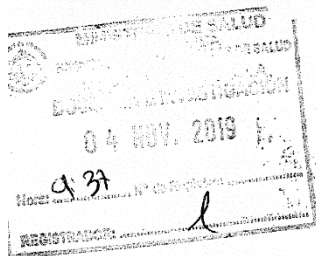
REF. : SOLICITUD DE FECHA 22/10/2019

FECHA : chancay, 31 de Octubre del 2019

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y, en atención al documento de la referencia, este Departamento da la opinión favorable para que la LIC. **GUADALUPE VALENZUELA GUERRA**, realice la aplicación de instrumento de investigación para la contribución de su proyecto "**PERCEPCIÓN SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES POST OPERADAS QUE REALIZA EL ENFERMERO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DE CHANCAY 2019**"

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CHANCAY Y SES

Dr. Wilfredo Angelino Chacara
C.M.P. 19675 - R.N.E. 9839
DEL DEPTO. DE GINECO OBSTETRICIA

C.c: Archivo