

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Nivel de conocimiento sobre dolor, valoración del dolor y medidas terapéuticas,
en pacientes adultos en pre quirúrgico inmediato, en el Servicio de Pre Anestesia del
Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2017**

Por:

Diana Carolina Andamayo Yempen

Lucelita Fernandez Gonzales

Blanca Rosa Hernandez Mendoza

Asesora:

Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Lima, julio de 2017

Presentaciones en eventos científicos

IV Jornada Científica en Ciencias de la Salud “La Investigación y el Desarrollo de las Especialidades en Enfermería” 13 y 15 de junio del 2017. Universidad Peruana Unión – Lima.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

TIEF	Andamayo Yempen, Diana Carolina
2	Nivel de conocimiento sobre dolor, valoración del dolor y medidas terapéuticas, en
A59	pacientes adultos en pre quirúrgico inmediato, en el Servicio de Pre Anestesia del Hospital
2017	Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2017. / Autores: Diana Carolina Andamayo Yempen, Lucelita Fernández Gonzales, Blanca Rosa Hernandez Mendoza; Asesora: Dra. María Teresa Cabanillas Chavez. Lima, 2017. 53 páginas.
	Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2017. Incluye referencias, y apéndice. Campo del conocimiento: Enfermería.
	1. Dolor. 2. Tratamiento farmacológico.

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, 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: “*Nivel de conocimiento sobre dolor, valoración del dolor y medidas terapéuticas, en pacientes adultos en pre quirúrgico inmediato, en el Servicio de Pre Anestesia del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2017.*” constituye la memoria que presentan las licenciadas: LUCELITA FERNANDEZ GONZALES, DIANA CAROLINA ANDAMAYO YEMPEN y BLANCA ROSA HERNANDEZ MENDOZA, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Quirúrgicos con mención en Recuperación Posanestésica, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veinticinco días del mes de julio de 2017.



Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Nivel de conocimiento sobre dolor, valoración del dolor y medidas terapéuticas, en pacientes adultos en pre quirúrgico inmediato, en el Servicio de Pre Anestesia del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2017.

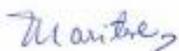
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Cuidados Quirúrgicos con mención en Recuperación Posanestésica

JURADO CALIFICADOR


Dra. Keila Ester Miranda Limachi
Presidente


Mg. Mary Luz Solorzano Aparicio
Secretario


Dra. María Teresa Cabanillas Chavez
Asesor

Lima, 25 de julio de 2017

Índice

Resumen.....	viii
Capítulo I	10
Planteamiento del problema.....	10
Identificación del problema	10
Formulación del problema	14
Problema general.	14
Problemas específicos.....	14
Objetivos de la investigación.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.	15
Justificación del estudio.....	15
Justificación teórica.	15
Justificación metodológica.	15
Justificación Práctica y Social.	16
Presuposición filosófica.....	16
Capítulo II.....	17
Desarrollo de las perspectivas.....	17
Antecedentes de la investigación.....	17
Bases teóricas.....	20
Dolor, conocimientos sobre su origen e importancia.	20
Conocimiento.....	21
Tipos de conocimientos.	21
La enfermería como ciencia.....	22

Teoría de Sistemas de Enfermería de Dorothea O rem.	23
Conocimientos sobre la fisiopatología del dolor.	23
Tipos de Dolor.	24
Conocimientos sobre alteraciones fisiológicas y conductuales del dolor.....	25
Conocimientos sobre valoración del dolor.	26
Escalas de evaluación del dolor	27
Escala visual analógica (EVA).	27
Escala Numérica Verbal (ENV).	28
Escala Descriptiva Verbal (EDV).....	28
Termómetro de dolor de Iowa (IPT).....	28
Conocimientos sobre medidas terapéuticas del dolor.....	29
Tratamiento farmacológico.....	29
Tratamiento no farmacológico.....	31
Definición conceptual de la variable	34
Capítulo III.....	35
Metodología.....	35
Descripción del lugar de ejecución	35
Población y Muestra	35
Población.	35
Muestra.	35
Criterios de inclusión y exclusión.....	36
Tipo y diseño de investigación	36
Identificación de variables.....	37

Operacionalización de variable.....	38
Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	39
Proceso de recolección de datos.	39
Procesamiento y análisis de datos.....	40
Consideraciones éticas.....	41
Capítulo IV	42
Administración del proyecto de investigación.....	42
Cronograma de ejecución del Proyecto de Investigación	42
Presupuesto para el Proyecto de Investigación.....	43
Referencias.....	44
Apéndice	49
Apéndice A	50
Instrumento de recolección de datos.....	50
Apéndice B	52
Confiabilidad del instrumento Kuder Richardson - 20.....	52
Apéndice C	49
Validez del instrumento.....	49
Apéndice D	50
Consentimiento informado.....	50
Apéndice E.....	51
Escalas de valoración del dolor	51
Apéndice F. Matriz de consistencia.....	52

Resumen

El alivio del dolor es un derecho humano y es una obligación del equipo de salud, educar al paciente en el preoperatorio inmediato; acerca de las escalas de valoración analgésica y alternativas de tratamiento que permitan disipar el temor al dolor post quirúrgico. Esta investigación cumple con el propósito de determinar cuánto se conoce sobre el tema del dolor, la valoración del dolor y medidas terapéuticas, en pacientes adultos en pre quirúrgico inmediato, del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2017. Este estudio es descriptivo, no experimental. La muestra estará conformada por 64 pacientes en pre quirúrgico inmediato que serán seleccionados en base a un muestreo probabilístico. El instrumento ha sido creado por las autoras siendo sometido a la validez d a través del juicio de Expertos en el área, obteniendo en la prueba de la V de Aiken el valor de 0.93, también se realizó la prueba estadística Kuder de Richardson (0.857). Los resultados ayudarán a identificar limitaciones en el conocimiento de los participantes, lo cual ayudara a direccionar futuras investigaciones que tengan como temas principales el dolor y la educación al paciente que debe realizar la enfermera en su actuar diario

Palabras claves: Dolor y tratamiento farmacológico

Capítulo I

Planteamiento del problema

Identificación del problema

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2010) señala al dolor, como una carga de emociones y sensaciones inapropiadas que guarda mucha relación con un daño corporal serio y visible descrita en términos de dicho deterioro; esta experiencia es multidimensional y provoca respuestas conductuales y fisiológicas para quien lo padece, como consecuencia del estado de ánimo.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (2012) refiere que el dolor está incluido en los principales problemas de salud pública por su gran repercusión socioeconómica, dado que se trata un problema sanitario que afecta de forma relevante en la vida de los pacientes, trascendiendo su entorno familiar, laboral y social.

Es frecuente que el paciente pre quirúrgico se sienta ansioso debido a las expectativas y circunstancias que rodean la intervención quirúrgica. Los pacientes confiesan cierta aprensión al dolor, a la muerte; también a la falta de movimiento y la incertidumbre postcirugía (Font, Prat, Arnau, Torra Feixas y Baeza, 2011)

Por su parte, Unidad de Investigación en Cuidados de la Salud (2015) señala que, para los expertos en salud, el monitoreo del dolor es una obligación moral, ética y legal desde hace más de diez años. El dolor se muestra casi en todas las afecciones indistintamente de los casos, tanto en el plano psiquiátrico, psicológico, médico o quirúrgicas, y debido a su particular sectorización, asocia el cuerpo y el espíritu como una unidad médica buen tiempo atrás, y es por ello que deviene en el completo cuidado del paciente. El valor del dolor debería

tener parámetros de control diario en constante revisión a fin de controlar el historial del tratamiento en proceso.

La OMS, Organización Mundial de la Propiedad Intelectual y Organización Mundial del Comercio (2013) consideran que el atenuante del dolor es un derecho humano y que es una obligación del equipo de salud, educar al paciente antes de la operación inmediata; acerca de las escalas de valoración analgésica y alternativas de tratamiento que permitan disipar el temor al dolor post quirúrgico.

Con respecto a las estrategias de salud y medicina en los últimos 75 años, han avanzado de manera extraordinaria, de la mano de los avances científicos y tecnológicos, tanto en la detección, diagnóstico, y tratamiento de las enfermedades, sin embargo se ha dejado de lado tratar aspectos clínicos importantes como es el consuelo del dolor; para algunas personas hasta hoy, el dolor continúa considerado como un aspecto secundario e irrelevante en comparación con otras manifestaciones patológicas (OMS, Organización Mundial de la Propiedad Intelectual & Organización Mundial del Comercio, 2013).

Del mismo modo Arbonés, Montés, Riu, Farriols y Minguez (2009) refieren que la falta de información por parte del personal de salud a los pacientes, contribuye a que un alto porcentaje de personas con dolor no esté recibiendo el tratamiento adecuado. Si el paciente carece de información sobre el dolor, persistirá con conceptos erróneos: el dolor se debe soportar, los analgésicos causan adicción, los analgésicos solo se deben usar si el dolor empeora, etc. Asimismo, sino aprende a manifestar su dolor y alerta de los cambios producidos, como falta de alivio o cambios en sus características con los tratamientos aplicados, no se obtendrá una respuesta favorable. La falta de alivio al dolor limita diversos

aspectos de la vida diaria del paciente, manifestándose en insomnio, angustia, cambios de humor, entre otros por lo que constituye una experiencia negativa.

Ramírez (2009) en una investigación relacionada con el modo con la que trata la asistente de salud hacia el dolor que sienten los infantes con quemaduras, describe que el 71.4% de las asistentes de los médicos reflejaron una forma negativa hacia el dolor que perciben los pacientes, tratándose de pacientes pediátricos, preocupa el resultado, porque se vincula estrechamente a la misión de la enfermera de aliviar el sufrimiento humano.

Ministerio de Salud del Perú. (2010) por su parte, en una intervención destinada a incrementar el conocimiento y mejorar la práctica del cuidado del paciente con dolor, descubrió que en la medición basal, las enfermeras mostraron un nivel de conocimientos bajo sobre las medidas destinadas a aliviar el dolor; conocían más las medidas farmacológicas que las de tipo no farmacológico y en los aspectos prácticos, aun conociendo las escalas de medición del dolor y su importancia, cuando estaban frente al paciente actuaban como si adivinasen la magnitud del dolor y con estos insumos decidían qué hacer; en consecuencia los pacientes no se encontraban satisfechos y tampoco los familiares que veían de cerca esta realidad.

Hamlin, Richardson-Tench y Davies (2010) señalan que la falta de valoración oportuna del dolor y la intervención tardía para mitigarlo, puede generar sustancias nocivas en el organismo y entorpecer el proceso de recuperación post anestésica; es fundamental ayudar al paciente a adoptar una postura libre de prejuicios, bien informada, de manera que no sufra innecesariamente.

En el hospital Guillermo Almenara Irigoyen se realizan en promedio entre 35 a 40 cirugías diarias. La mayoría de paciente que llega al servicio de RPA no expresan

correctamente ni valoran la intensidad de su dolor originando una valoración inadecuada e insuficiente y por ende una analgesia ineficaz, sin alivio del dolor. Así mismo las enfermeras del servicio de recuperación evidencian que uno de los aspectos que causan ansiedad en el paciente pre quirúrgico inmediato es el temor al dolor post quirúrgico.

En la interacción con los pacientes las enfermeras que laboran en la URPA evidencian que los pacientes tienen conceptos erróneos con respecto a los analgésicos; esta problemática dificulta la comunicación con los profesionales tanto médicos como enfermeras en la toma de decisiones al momento de elegir un analgésico y la dosis adecuada para el alivio del dolor presente en ese momento.

Los registros del servicio de recuperación, informan que solo el 20% de los pacientes pre quirúrgicos en la fase inmediata, reciben información respecto de cómo valorar y manifestar su dolor post cirugía.

El paciente por falta de conocimientos no identifica bien su dolor y este es tratado de manera leve, dando oportunidad que el dolor se intensifique, alterando su hemodinámica, evidenciándose cambios en las constantes vitales: aumento de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de las necesidades de oxígeno, depreciación de la sutura y cambios conductuales como: expresiones verbales de dolor, inquietud, agitación, quejas de dolor, impotencia, llanto y como consecuencia se incrementa la estancia hospitalaria y los costos en su atención.

Considerando la importancia de la educación al paciente en pre quirúrgico inmediato sobre el tema de dolor su valoración y medidas terapéuticas de alivio y por la problemática descrita, se plantea el presente problema de investigación.

Formulación del problema

Problema general.

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre dolor, valoración del dolor y medidas terapéuticas, en pacientes adultos en pre quirúrgico inmediato, atendidos en el servicio de pre anestesia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2017?

Problemas específicos.

¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes en pre quirúrgico inmediato del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen?

¿Cuál es el nivel de conocimientos en la dimensión dolor, de los paciente en pre-quirúrgico inmediato del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen?

¿Cuál es el nivel de conocimientos en la dimensión valoración del dolor, de los pacientes en pre-quirúrgico inmediato del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen?

¿Cuál es el nivel de conocimientos en la dimensión medidas terapéuticas de los pacientes adultos en pre quirúrgico inmediato del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen?

Objetivos de la investigación

Objetivo general.

Determinar el nivel de conocimientos sobre dolor, la valoración del dolor y medidas terapéuticas, en pacientes adultos en pre quirúrgico inmediato, del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2017.

Objetivos específicos.

Describir las características demográficas, de los pacientes en pre quirúrgico inmediato, del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Identificar el nivel de conocimientos sobre dolor, en el paciente pre-quirúrgico inmediato, del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Identificar el nivel de conocimientos acerca de la valoración del dolor, de los pacientes en pre quirúrgico inmediato, del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Identificar el nivel de conocimientos respecto a las medidas terapéuticas, de los paciente en pre-quirúrgico inmediato del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Justificación del estudio**Justificación teórica.**

Esta investigación se sustenta porque realiza una recopilación relevante, precisa, clara y actualizada sobre el dolor, su valoración y el tratamiento para aliviarlo. Así mismo es relevante porque se sustenta sobre las bases teóricas de Dorotea Orem basándose en el apoyo educativo cuyo objetivo primordial es la promoción y mantenimiento de la salud de paciente.

Justificación metodológica.

Las investigadoras elaboraron un instrumento el fue validado por juicio de 5 expertos en el área, asimismo fue sometido a confiabilidad a través de una prueba piloto. El cual podrá ser utilizado en otras investigaciones con las adaptaciones necesarias.

Justificación Práctica y Social.

Los resultados del presente trabajo ayudarán a identificar limitaciones en el conocimiento de los participantes, lo cual ayudara a direccionar futuras investigaciones que tengan como temas principales el dolor y la educación al paciente que debe realizar la enfermera en su actuar diario.

La relevancia social del estudio se basa en la determinación de la necesidad de educación por parte de la enfermera hacia el paciente acerca del dolor, su forma de valoración y las medidas terapéuticas que existen para su mitigación, lo cual podría mejorar su calidad de vida.

Presuposición filosófica.

Aliviar el dolor es una intervención fundamental de la enfermera y para ello se requiere dominio de la ciencia y del arte de la enfermería, así como la sensibilidad y empatía para comprender las dolencias y necesidades del paciente; además de brindar cariño, respeto, solidaridad y de esta forma maximizar el cuidado integral. Según el apóstol Santiago (Santiago1: 2.3) cuando soportamos pruebas dolorosas, podemos tener gozo al saber que Dios obra para producir en nosotros la paciencia y el carácter, esto se aplica al dolor mental, emocional, espiritual y físico. Menguar el dolor y la angustia es un precepto que está indicado como una de las prioridades del trabajo de la asistente de salud, establecido en el código de ética para enfermeros y enfermeras, en ella se estipula que la enfermera debe promover el correcto procedimiento para aliviar el dolor y no mecanizarse ante él.

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas

Antecedentes de la investigación

Ojeda y Barbón (2015) realizaron el trabajo de investigación titulado “Principales temores preoperatorios en los pacientes de cirugía electiva. Lecciones a aprender para el manejo del paciente en la cirugía artroscópica” realizado en el hospital Eugenio Espejo-Ecuador. La investigación fue exploratoria, descriptiva y transversal que abarcaba una total de 750 pacientes, de ellos se contó con una muestra de 250 para el control intencional no probabilístico. Se utilizó la encuesta como técnica de recolección de datos cuyo resultado mostró que había temores preoperatorios. Como resultado mencionaremos que el 65.6 % de pacientes relataron que sentían cierto temor preoperatorio. El miedo más frecuente era la representación de dolor seguido de la muerte con un 28.8 % y 24.4 %, respectivamente; el constante pensamiento con un 18%, la idea de no moverse y la angustia que depara despertar luego de la cirugía refleja un 12 % de los pacientes y, por último, la cefalea muestra a 28 pacientes que representa un 11.2%. Con estos resultados se logró identificar significativas lecciones sobre el manejo de pacientes con cirugía artroscópica. En conclusión, los principales miedos que presentan los pacientes de cirugía electiva, en el hospital mencionado líneas arriba, impactan directamente en el aprendizaje sobre el manejo de la cirugía artroscópica.

Anguita, Talayero, Herrero, Cadenas, Pardo y Gil (2015) realizaron el trabajo de investigación titulado: “ Comportamientos de miedo y ansiedad pre-quirúrgicos e intensidad de dolor percibida tras una artroscopia de rodilla”, realizado en la sección de cirugías del Hospital de Canto Blanco (Hospital Universitario La Paz) de Madrid. Se efectuó la investigación de observación de tipo transversal en 40 pacientes adultos sometidos a

artroscopia de rodilla. Para conocer las conductas de miedo y ansiedad respondieron los cuestionarios validados de catastrofización frente al dolor, técnicas de rehabilitación y ansiedad. Tanto el dolor pre y posquirúrgico se valoraron mediante una escala verbal numérica. Entre los resultados señalan que no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables de ansiedad, catastrofismo ni kinesiofobia ante el dolor, en comparación con el fuerte sufrimiento que experimenta el paciente posquirúrgico de artroscopia de rodilla. La duración de la cirugía tiene una correlación con el dolor posquirúrgico inmediato, también se relaciona la edad con la intensidad del dolor durante el día y la noche al igual que la edad y la discapacidad que percibe el paciente; entonces queda asociado la escala de catastrofismo y la de quinesofobia. Se concluye que las variables de miedo y ansiedad pre quirúrgicos y el catastrofismo y la kinesiofobia no están asociados con el dolor posquirúrgico frente a una correlación con el dolor posquirúrgico.

Miguel y Sagardoy (2013) realizaron un trabajo de investigación titulada “Efectos del uso de un tríptico informativo en la reducción de la ansiedad y el dolor perioperatorios en pacientes intervenidos de patología urológica” en el Hospital Miguel Servet -España. El objetivo fue determinar el efecto que tiene promover una hoja informativa en la disminución de la ansiedad. La metodología utilizada fue prospectiva - cuasiexperimental, la muestra estuvo conformada por 100 personas; A 51 participantes se les entregó la hoja informativa y a los restantes (49) formaron el grupo control. La ansiedad fue evaluada en ambos grupos mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, y la escala visual analógica midió el dolor en el periodo preoperatorio y postoperatorio. En el grupo de intervención, los resultados muestran que el 21.6% presenta ansiedad en el preoperatorio y 0% en el postoperatorio. En el grupo de control tenemos que el 30.6% presenta ansiedad en el preoperatorio y un 4% en el

postoperatorio. Entonces hay relación directa entre la ansiedad preoperatoria y el dolor postoperatorio. Se recomienda que una buena información sobre el proceso quirúrgico comprime los niveles de ansiedad en el periodo postoperatorio.

Font, Prat, Arnau, Torra y Baeza (2011) en el estudio: “Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor post-operatorio en cirugía ambulatoria”, realizado en el hospital San Joan de Deu –Fundación Althaia, Barcelona, aplicaron la metodología cuasi experimental (no aleatorizado). Como grupo control estudiaron a pacientes intervenidos con hernia entre julio de 2006 y junio de 2007 y, como grupo de intervención a pacientes operados entre julio de 2007 y junio de 2008. Entonces ambos grupos fueron preparados para la cirugía y también recomendados para el post-operatorio en los servicios de salud.

El grupo intervención fue reforzado con abundante información. La data se completó con el llenado de cuestionario y llamadas telefónicas luego de las 24 horas del post-operatorio. La medición del dolor se analizó con la escala visual analógica/escala verbal numérica (EVA/EVN). El resultado muestra que en el análisis bivariado el porcentaje de pacientes, en el grupo de control, con EVA > 3 fue del 23.9% y, en el grupo de intervención tenemos a un 15.1%. En las variables asociadas al dolor post-operatorio, el análisis multivalente estudió la edad en la mujer joven, problemas para desplazarse y caminar, y falta de información de los cuidados en casa. Se concluye que la entrega de materiales con información oportuna reduce la percepción individual del dolor agudo post-operatorio, así también disminuye el porcentaje de pacientes con problemas para movilizarse y de esa manera se adapta mejor al tratamiento.

Arbonés, et al. (2009) desarrollaron la investigación titulada “El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento” realizada

en el Hospital Universitario Clínico San Carlos - España. La muestra conformada por 325 pacientes adultos. El propósito fue proponer e implementar trabajos de mejora para controlar el dolor. Los resultados señalan que el 42.2% de pacientes confesó no haber recibido ningún tipo de información acerca del control del dolor, un 62.8% respondió sobre la intensidad de su dolor. La escala categórica (48.5%) y la escala verbal (35.8%) fueron los métodos más utilizados. El 76.9% de los pacientes ingresaron con algún tipo de dolor, pero de estos solo el 22% prefirió no solicitar atención médica. Un 85.8% confesó sentirse satisfecho con la atención a su dolor. El 33.3% se sintió limitado por la poca atención a su dolor en la vida diaria hospitalaria. La analgesia fija sin rescate fue aplicada al 31.1%; el 76.9% estuvieron conformes con la atención prestada y el 75.1% con los tratamientos ofrecidos.

Bases teóricas

Dolor, conocimientos sobre su origen e importancia.

Para la “Asociación Internacional para el Estudio del Dolor” (2010), el dolor se percibe como una experiencia emocional y sensorial fuera de lo común relacionada a lesión tisular real o potencial, y que ello se manifiesta de forma visibles y/o audibles en la conducta. Esta es una experiencia personal muy subjetiva.

De Brigard (2003) sostiene que el dolor es una experiencia perceptiva multidimensional que estimulará una respuesta en la persona. Esta respuesta permite una manifestación verbal del paciente sobre su dolor, su reflejo conductual y el estrés como consecuencia del dolor. El dolor es latente y se valora a través de diferentes formas de respuestas. Es preferible la autoevaluación del paciente para validar la intensidad y luego determinar qué herramientas medirán las “escalas de valoración del dolor” para su posterior evaluación.

Conocimiento.

El conocimiento es parte de la percepción sensorial, luego se lo entiende y razona. El conocimiento relaciona al sujeto y un objeto, este proceso cognoscitivo involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna.

La ciencia precisa que para alcanzar el conocimiento se necesita la continuidad de un método. La validez del conocimiento científico revela un punto de vista lógico, pero debe ser probado mediante el método científico o experimental. Esto se sistematiza siguiendo las dos etapas: la investigación básica, que es teórica; y la investigación aplicada, cuya aplicación es informativa (Pérez, 2008)

Tipos de conocimientos.***Conocimiento empírico.***

Este conocimiento que parte de los sentidos, se aprende en la vida diaria, guiado únicamente por la curiosidad y la experiencia.

Conocimiento filosófico.

Busca reflexionar sobre la naturaleza de las cosas. Este conocimiento discute cada hecho apprehendido cuando es empírico y se caracteriza por criticar; o sea, no acepta métodos ni reglas preconcebidos, aunque hayan tenido validez y aceptación. Todo es analizado tratando de evitar los principios internos. El conocimiento científico es parte de la metafísica pues profundiza lo que se observa y entiende, mientras que la ciencia física es finita porque reconoce su limitación al comienzo de la filosofía. Este cuestiona todo lo conocido para involucrar la realidad en el hombre y su sentido que tiene en la vida, ama su libertad porque le

invita a pensar y conocer el universo a fin de comprenderlo y encontrar la verdad (Ramírez, 2009).

Conocimiento científico

Este conocimiento se especializa en la investigación a fin de explicar cada cosa o hecho que se realiza alrededor para determinar los principios o leyes que rigen su mundo y su accionar. El conocimiento científico posee tres elementos: la teoría, el método en sí y la investigación. El conocimiento científico posee tres naturalezas: La selectiva, el conocimiento tiene un propósito de estudio propio, excluyente y diferente. Es metódica, usa operaciones sistemáticas, organizados y severamente elaborado para comprobar su autenticidad. Es objetiva, anula las subjetivas y busca reflejar la realidad como es. Es verificable, debe ser probada por medio de la observación y experimentación con tal que no dejen duda sobre la objetividad de la verdad (Ramírez, 2009).

La enfermería como ciencia.

La Enfermería es una ciencia humana práctica, un conjunto organizado de conocimientos abstractos, sustentados por la investigación científica y el análisis lógico. Trabaja con teorías que guían su práctica y modelos que le facilitan el marco teórico necesario para mejorar su práctica rutinaria con el propósito de atender al paciente. “La enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad” (Samitier, 2009).

Al aplicar el método científico en el Proceso de Atención de Enfermería, el técnico tiene un conocimiento sobre la persona, la familia o grupo social, revisa su contexto para realizar una valoración global que ayude a conocer sus necesidades involucradas, para ello crea un protocolo de cuidados que ayude a satisfacer esos requerimientos. Aquí se trata de

respetar su integridad, sus costumbres y principios personales (Iyer, Tapich y Bemocchi, 1997).

La enfermera en el servicio de recuperación post anestésica, gracias a su formación tecno-científica, filosófica y humanística, es un profesional altamente competente en la planificación de cuidados posquirúrgicos, prestando especial atención en la valoración del dolor, desde el contexto de atención de enfermería, realizando la valoración, planificación, diagnóstico de enfermería, ejecución y evaluación (León, 2006).

Teoría de Sistemas de Enfermería de Dorothea O rem.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno saludable para el desarrollo. Para el presente trabajo se ha considerado como modelo de atención a la teoría de Dorotea Orem, basándose en el sistema de apoyo educativo, a través de acciones educativas cuyo objetivo primordial es la promoción y mantenimiento de la salud del paciente. En el preoperatorio inmediato, la enfermera brinda educación sobre dolor, valoración y medidas terapéuticas, para que el paciente sea capaz de resolver sus dudas y pueda realizar su autocuidado de manera eficaz (Clarett, 2012).

Conocimientos sobre la fisiopatología del dolor.

El dolor secundario debido a las agresiones tisulares producen permutaciones bioquímicas locales con expulsión de sustancias mediadoras que inducen dolor local y una respuesta apropiada autónoma a nivel de fibras simpáticas eferentes que, a través de los nociceptores, tratan la sensación hasta el asta posterior de la médula espinal induciendo una

respuesta neural a nivel segmentario o espinal (aumento del tono simpático con vasoconstricción, aumento de la frecuencia y gasto cardiaco y maximización del consumo miocárdico de oxígeno) y supraespinal (hipersecreción de catecolaminas y péptidos neurotransmisores). Luego del dolor percibido, se agrega el temor, ansiedad y desesperación a nivel cortical, que puede provocar una liberación de mediadores igual a la que produce la vía refleja supra segmentaria (Catalá, 2008).

El cuanto a los tejidos quemados afecta la forma a nivel celular, entonces producen la activación de terminales nociceptivos aferentes con liberación de potasio, síntesis de bradiquinina del plasma, y síntesis de prostaglandinas en la región del tejido comprometido, que por ende aumentan la sensibilidad del terminal a la bradiquinina y otras sustancias productoras del dolor. Luego, se activarán nociceptores aferentes primarios que se trascienden no sólo a la médula espinal, sino también a otras ramas terminales donde incitan la liberación de péptidos, predominando la sustancia P, la cual está asociada con al incremento de la permeabilidad vascular y la liberación marcada de bradiquinina, así como también la ampliación en la producción de histamina desde los mastocitos y de la serotonina desde las plaquetas. Tanto la histamina como de serotonina son competentes para activar poderosos nociceptores. La liberación de histamina combinada con liberación de sustancia P aumenta la permeabilidad vascular. El aumento local de histamina y serotonina, por la vía de activación de nociceptores ocasiona un incremento de la sustancia P que activa el estímulo doloroso. Los niveles de histamina y serotonina aumentan en el espacio extracelular, sensibilizando secundariamente a otros nociceptores y es lo que produce la hiperalgesia (Catalá, 2008).

Tipos de dolor

Según la duración el dolor puede ser agudo o crónico; el agudo dura poco tiempo, horas, días; el comienzo es repentino por la estimulación celular, cuando se toca la zona dolorosa o muestra una herida abierta, como cuando hay cirugías; el dolor crónico, más que un síntoma se considera como una enfermedad. Es un dolor persistente puede durar meses o años después de una lesión, e incluso, en ausencia y se asocia a importantes síntomas psicológicos. Según su fisiopatología el dolor puede clasificarse en nociceptivo o neuropático. El dolor nociceptivo es a consecuencia de una lesión somática o visceral; el padecimiento neuropático es el resultado de una lesión y alteración en el sistema nervioso central o periférico, una de sus características es la presencia de alodinia, que es la aparición de dolor frente a estímulos que habitualmente no son dolorosos (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Según su localización el dolor puede ser de tipo visceral o somático; el dolor visceral suele ser sordo, difuso no localizado. El dolor corporal es agudo, profundo, permanente y localizado; se percibe contracciones musculares reflejas ante provocaciones por el corte, presión, calor y traslado. Según su intensidad el dolor puede catalogarse de grado leve, moderado y severo (Puebla, 2005).

Conocimientos sobre alteraciones fisiológicas y conductuales del dolor

El dolor no se muestra de manera física ni conductual; por lo tanto, las respuestas deben ser a nivel clínico-contextual a fin de comprobar su presencia en el paciente pediátrico.

Conductuales.

Las conductas serán asociadas dependiendo del grado de dolor y la edad. En la etapa preescolar, la conducta dependerá de los recuerdos que se haya tenido; por ejemplo, un accidente u operación, entonces el niño lo comparará con esa experiencia. El llanto, el grito, la

ansiedad, la agitación son muestras visibles de la presencia evocada del dolor (Latorre, Solis y Falero, Larrasquitu, Romay, Millán, 2011).

Fisiológicas.

Existen impulsos transmitidos sobre la vía ascendente, en detalle sobre el haz espino reticular, pues estos impulsan la parte del sistema nervioso autónomo. En el caso de las cirugías se siente un dolor grave al comienzo porque es súbito e inesperado. Estas respuestas se reflejan en los cambios cardiovasculares experimentando un aumento de la frecuencia cardíaca y tensión arterial; también, se perciben cambios respiratorios que aumentan el ritmo y los interludios respiratorios y disminución del oxígeno y neurovegetativos aumento de sudoración palmar y dilatación en las pupilas (Pérez y Castañeda, 2012).

Neuroendocrinas.

Hay una experiencia catabólica excesiva (hiperglucemia, acidosis láctica) y un incremento de estrés (catecolaminas, cortisol, glucagón). En el estado catabólico aparece un dolor agudo (hipercatabolismo inducido por la lesión tisular) podría aparecer como nocivo para los lactantes y preescolares, que tienen tasas metabólicas más altas y menos reservas nutricionales que los adultos. El dolor puede producir anorexia, y luego una pobreza nutricional y demora en la curación de las heridas, pésima movilidad, falta de sueño e irritabilidad y regresión en la recuperación post quirúrgica (Pérez y Castañeda, 2012).

Conocimientos sobre valoración del dolor.

El dolor es una sensación muy personal y lo que diga el paciente es considerado válido para la toma de decisiones. Los factores pueden ser: la edad, su situación mental, el estado emotivo y las experiencias dolorosas anteriores. Esto influye para que experimente un gran

dolor, aunque puede ser no justificado. Entonces el médico o enfermera puede tener una opinión ajena con la realidad del paciente por experiencias previas (Clarett, 2012).

Escalas de evaluación del dolor

Depende de los pacientes para contemplar las escalas de evaluación; por ejemplo, si son pacientes se usa la escala visual analógica (EVA). En otros casos tenemos la Escala Numérica Verbal (ENV), y la Escala del Termómetro de dolor de Iowa (OMS, 2012).

Escala visual analógica (EVA).

En la escala visual analógica (EVA) la fuerza del dolor se representa en una línea de 10 cm. Se inicia con “no dolor” y el más extremo es “el peor dolor tolerable”. Los centímetros desde el «no dolor» es una leve percepción del otro factor más bien marcado. Cada centímetro es una medida muy importante. La EVA está validada para las poblaciones de pacientes y mucho más frecuentemente en pacientes conscientes y comunicativos (Clarett, 2012).

Los resultados en un margen de error de ± 2 mm. Pero esta medida tiene algunas deficiencias: el paciente debe tener una buena coordinación motora y visual, pero si es mayor no se puede medir con exactitud, otra es enfermos con problemas visuales y en el paciente narcotizado. Una escala vertical presenta menores problemas de interpretación para los ancianos, porque le recuerda a una medida termométrica. Un valor por debajo a 4 en la EVA quiere decir dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 involucra la presencia de dolor moderado-grave, y un valor privilegiado a 6 implica la presencia de un dolor muy penetrante (Clarett, 2012).

Escala Numérica Verbal (ENV).

En un paciente que se expresa verbalmente, utiliza la escala numérica verbal (0 a 10) donde el doliente decide un número que refleja el nivel de su dolor, entonces 10 representa el peor dolor. Esto puede ser hablada o escrita y por consiguiente más útil en pacientes post quirúrgicos. Hay pacientes concretos, el uso de la numeración de 0-100 puede tener más utilidad. La ENV tiene una buena medición con la EVA, El Task Force de sedación y analgesia y la Sociedad de Cuidados Críticos propone la utilización de escalas numéricas para evaluar dolor referido por el paciente (Clarett, 2012).

Escala Descriptiva Verbal (EDV).

Esta escala requiere de un grado de comprensión menos elevado que la EVA o ENV. Consta de 4 puntos, en que el dolor puede estar nulo = 1, ligero = 2, moderado = 3 o intenso = 4. La correspondencia de la escala descriptiva con la numérica sería: dolor ausente = 0, ligero = 1-3, moderado = 4-6 e intenso = 7-10. Puntuaciones > 3 por la escala descriptiva verbal referida por el doliente deben aplicarse medidas analgésicas (Clarett, 2012).

Termómetro de dolor de Iowa (IPT).

En pacientes ancianos con problemas cognitivos moderado a severo o que tienen dificultades en comunicarse verbalmente, se usa el termómetro de dolor de Iowa (IPT). “El mismo tiene forma de termómetro, es vertical y posee una graduación de transparencia hasta el rojo intenso, indicando el máximo dolor. Al costado presenta referencias escritas sobre intensidad del dolor” (Clarett, 2012).

Conocimientos sobre medidas terapéuticas del dolor

Tratamiento farmacológico.

Expertos reconocidos por la Organización Mundial de la Salud jerarquizaron los analgésicos en tres escalones para una intervención gradual:

Peldaño 1.

Analgésicos sin opioides, como el paracetamol, ácido acetil salicílico (AAS) y antiinflamatorios no esteroides (Manual para Latinoamérica, 2010).

Peldaño 2.

Opioides leves, principalmente codeína, tramadol (Manual para Latinoamérica, 2010).

Peldaño 3.

Morfina y otros opioides fuertes (Manual para Latinoamérica, 2010).

El procedimiento para aliviar el dolor requiere infinidad de métodos a saber: recetas farmacológicas, entorno apropiado, inhibición de la conducta, trabajos físicos, etc.; sin embargo, es muy recomendable la interacción del personal de salud. Así, el tratamiento del dolor será tanto a nivel físico como emocional. No se promete la ausencia total del dolor, pero siempre habrá paliativos. En estos casos importa saber qué influencia tendrá el dolor a nivel metabólico, respiratorio o hemodinámico y hacer las previsiones posibles. No se debe olvidar los efectos secundarios que los fármacos y las diferentes técnicas de analgesia pueden tener sobre los aquejados (depresión respiratoria, tolerancia, síndrome de abstinencia, alergias (Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Propiedad Intelectual & Organización Mundial del Comercio, 2013).

Fármacos en el dolor leve.

Existen analgésicos que tienen un límite en el consuelo del dolor, se denomina techo analgésico; es decir, por más que se aumente la dosis el alivio del dolor no disminuye.

Tenemos a los Aines (Analgésico antiinflamatorios no esteroideos) y los derivados: aspirina, ibuprofeno, diclofenaco, Keterolaco. Otros más comerciales: paracetamol o acetaminofén, metamizol o dipirona (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, 2010).

Fármacos en el dolor moderado.

En este escalón se agregar analgésicos como los opioides débiles y se conservan los aines del primer escalón, pues los opioides ejercen en el sistema nervioso central y los analgésicos no opioides, en el sistema nervioso periférico. Las dosis pueden aumentar hasta llegar a lo máximo de contundencia porque los opioides débiles también tienen un límite analgésico. Opiodes débiles: tramadol, codeína, hidrocodona (o dihidrocodeinona, vicodina), dihidrocodeína (dicodin), oxicodona en cantidad moderada, destropoxifeno, propoxifeno (darvan), y buprenorfina (IASP, 2010).

Hay autores que sitúan la buprenorfina en el tercer escalón, pero es importante señalar que al ser una agonista no pura tiene techo analgésico, a diferencia de los agonistas puros opioides fuertes como la morfina, fentanilo y metadona (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Fármacos en el dolor grave.

Se cambian los opioides débiles por los más influyentes como los analgésicos y se conservan los aines del primer escalón. Si no asimila la vía oral se recurre a la transdermina o subcutánea. En este escalón, la rotación de un medicamento a otro, que tiene el mismo escalón, tiene que lograrse por el fallo en el control del dolor, toxicidad, tolerancia. Para el

dolor refractario tenemos opioides fuertes: Morfina, hidromorfona, metadona, fentanilo, diamorfina, oxicodona de liberación retardada, heroína, levorfanol (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, 2010).

Administración de fármacos a través de vía espinal.

Los fármacos deben ser introducidos por vía espinal, esto es epidural o intratecal; entonces se altera el dolor y el cuerpo no logra distinguirlo. Opioides de uso espinal: Morfina (fármaco de referencia) fentanilo, sufentanilo, metadona o meperidina, Anestésicos locales: Bupivacaína, amida; ropivacaína, amida. Otros medicamentos: Clonidina, baclofeno, ketamina, haloperidol, midazolam. Los dos métodos para introducir medicina por vía espinal son por medio de catéter espinal y bomba de infusión. Otra forma de aliviar el dolor es bloquear los nervios periféricos, el simpático o bloque neurolítico, para esto se aplica directamente los anestésicos en el nervio. (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, 2010).

Tratamiento no farmacológico.

Las terapias no farmacológicas son otras maneras de aliviar el dolor, aparte de los medicamentos. Las distintas personas reaccionan de forma diferente a este tipo de terapias. Varias propuestas médicas suelen ser usadas para calmar el dolor, temor y ansiedad, esto incluye técnicas de relajación, imaginación guiada, autohipnosis y una constante de terapias físicas. Con todo, estas técnicas son efectivas y seguras. Muy al contrario, los métodos tradicionales tienen marcadas limitaciones porque no son científicas y los que son tratados tal vez no tengan la recuperación deseada. Dentro de los métodos no farmacológicos de alivio del dolor existen diversos tipos de métodos como:

Métodos de apoyo.

Entre ellos la asistencia familiar, adecuada información brindada, la empatía generada con el paciente y su familia, el grado de participación del personal de salud en su cuidado como medida terapéutica del dolor.

Métodos cognitivos.

Hipnosis.

La hipnosis puede ser efectiva para aliviar el dolor o disminuir la cantidad de analgésicos requeridos en casos de dolor agudo y crónico. Pueden ser de gran utilidad en situaciones difíciles, como lo es en caso de las cirugías amplias. Aún no se conoce cabalmente el mecanismo mediante el cual actúa la hipnosis, aunque según Moret, ésta no parece estar mediada por el sistema de endorfinas. La eficacia de esta técnica depende de la susceptibilidad hipnótica de individuo, agrega Farthing. En algunos 26 casos, la hipnosis es efectiva en el primer tratamiento y su eficacia puede aumentar con sesiones posteriores; sin embargo, no siempre funciona. En la mayor parte de las situaciones, una persona especialmente adiestrada debe inducir la hipnosis (por lo general, un psicólogo o enfermera con adiestramiento especializado en hipnosis (Latorre et al., 2011).

Métodos conductuales.

Técnicas de relajación.

Se considera que la relajación de los músculos esqueléticos reduce el dolor al relajar los músculos tensos que contribuyen a éste. Hay cuantiosas evidencias de que la relajación es eficaz para aliviar el dolor de tipo agudo y crónico; sin embargo, en algunos casos no es del todo eficaz, como en los pacientes post operados inmediatos. Una técnica de relajación sencilla es la de respiración de tipo abdominal lenta y rítmica. Esta técnica puede utilizarse

como técnica de distracción. Las técnicas de relajación, como otras técnicas, pueden requerir cierta práctica antes de que el individuo adquiera la capacidad de utilizarlas. Se requieren periodos regulares de relajación para combatir la fatiga y la tensión muscular que ocurren en el dolor crónico y que aumentan su intensidad (Latorre, et al., 2011).

Imaginación guiada.

Esta técnica puede definirse como el empleo de la imaginación de forma específica para lograr un efecto positivo particular. Por ejemplo, la imaginación terapéutica guiada para la relajación y el alivio del dolor consiste en combinar las respiraciones rítmicas y lentas, descritas como técnica de relajación, con técnicas mentales de comodidad y laxitud. La enfermera indica al paciente que cierre los ojos, e inhale y exhale lentamente. Con cada exhalación, el paciente imagina que cada vez que espira elimina dolor y tensión, y que el cuerpo queda relajado y cómodo. Con cada inspiración imagina que absorbe energía curativa que fluye hacia el área de dolor. El atenuante del sufrimiento con esta técnica puede funcionar para algunas personas y debe usarse únicamente como coadyuvante de otras formas de tratamiento cuya eficacia se ha comprobado (Latorre, et al., 2011).

Métodos físicos.

Estimulación eléctrica tras cutánea.

Requiere de una unidad operada con baterías y electrodos que se aplican a la piel para producir una sensación de hormigueo, vibración o zumbido en la región de dolor agudo o crónico. Se cree que este método reduce el dolor al estimular los receptores que no transmiten estímulos dolorosos localizados en la misma zona que las fibras que transmiten el dolor. Este mecanismo es coherente con la teoría de control de la puerta del dolor y explica la validez de

la estimulación cutánea cuando se aplica en la misma región donde se ubica la lesión (Sartori, Vieira, Almeida, Bezerra & Martins, 2011).

Tratamiento con hielo o calor.

Pueden ser estrategias eficaces para aliviar el dolor en lagunas circunstancias; sin embargo, su eficacia y mecanismo de acción requieren estudios ulteriores. Se piensa que funcionan mediante la estimulación de los receptores que no transmiten estímulos dolorosos en el mismo campo receptor en que se encuentra la lesión. Para un mayor efecto, el hielo debe colocarse en el sitio afectado inmediatamente después del proceso doloroso (causante de dolor). Es necesario tener cuidado de proteger la piel de la aplicación directa de hielo, éste no debe aplicarse por más de 20 minutos. La aplicación del calor aumenta el flujo sanguíneo a un área y contribuye a reducir el dolor al acelerar la cicatrización. Tanto el calor seco como el húmedo proporcionan cierta analgesia, pero sus mecanismos de acción no se comprenden en su totalidad. Dentro de las estrategias cognoscitivas para el alivio del dolor, estas varían de acuerdo a la edad (Fernández, Marcos, De Diego, Iglesias, Lozano, Gonzáles, 2014).

Definición conceptual de la variable

Conocimientos sobre dolor, valoración del dolor y medidas terapéuticas en pacientes adultos en pre quirúrgico inmediato

Estado de la data almacenada sobre la importancia y actividades que buscan el alivio de una experiencia sensorial desagradable ocasionada por un daño tisular de los pacientes presto hacia un tratamiento quirúrgico inmediato.

Capítulo III

Metodología

Descripción del lugar de ejecución

Esta investigación se realizará en el área de pre anestesia del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, ubicado en la av. Grau n° 800, distrito de la victoria. Es un hospital referente Nacional de Nivel IV, por contar con todas las especialidades en salud, es un hospital pionero en trasplantes de órganos, cuenta con 28 servicios donde laboran 1000 enfermeras. En el servicio de URPA cuenta con una enfermera jefe, con 24 enfermeras asistenciales, 13 técnicos, y 9 médicos.

Población y Muestra

Población.

La población de estudio a considerar será el número total de pacientes adultos en pre quirúrgico inmediato atendidos en el área de pre anestesia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el mes de Diciembre del 2016, lo cual haciende a 500 pacientes.

Muestra.

La muestra estará conformada por 64 pacientes en pre quirúrgico inmediato que serán seleccionados en base a un muestreo probabilístico, atendidos durante el mes que se ha ejecutado el presente trabajo de investigación y que han sido incluidos y excluidos a consideración de las investigadoras.

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Donde:

n = tamaño de muestra

$Z_{\alpha} = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

$p =$ proporción esperada (5% = 0.05)

$q = 1 - p$ (1 - 0.05 = 0.95)

N: Tamaño de la población (500)

$d =$ precisión (5%=0.05).

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

Se considerarán dentro del trabajo de investigación a:

- pacientes de 18 a 70 años.
- Pacientes de sexo masculino o femenino.
- pacientes lucidos, orientados en sí mismos en el momento y lugar.
- pacientes que tengan conocimientos sobre la escritura y lectura.
- pacientes que hayan firmado el consentimiento informado.
- pacientes que han sido operados por vez primera.

Criterios de exclusión.

Los pacientes excluidos serán:

- pacientes con alteraciones mentales.
- pacientes con déficit auditivo y visual.
- pacientes analfabetos.
- pacientes que se nieguen a participar de la investigación.

Tipo y diseño de investigación

Esta es una investigación descriptiva porque busca representar las características significativas de la variable y sus dimensiones, de enfoque cuantitativo porque se medirá la

variable (Hernández, 2010), de diseño no experimental por qué no se manipulará la variable; se dará tal y como es (Toro y Parra, 2006), de corte transversal porque se tomara la muestra en un momento particular de tiempo.

Identificación de variables

Conocimientos sobre dolor, valoración del dolor y medidas terapéuticas para el alivio del dolor

Operacionalización de variable.

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Nivel de conocimientos sobre valoración del dolor de los pacientes pre quirúrgicos inmediatos	Estado de la información almacenada sobre la importancia y actividades que buscan el alivio de una experiencia sensorial desagradable ocasionada por un daño tisular de los sujetos presto hacia un tratamiento quirúrgico inmediato.(OMS, 2010)	Información que tienen los pacientes pre-quirúrgicos inmediatos acerca de la valoración del dolor la importancia y medidas de alivio del dolor. La evaluación de la variable será a través de un cuestionario expresada en los niveles:	Dolor	Definición	SI
				Tipos de dolor	NO
			Valoración.	Escalas de valoración	SI
					NO
			Medidas terapéutica	Farmacológicas y no farmacológicas	SI
					NO

Técnica e instrumentos de recolección de datos.

El instrumento que se utilizará será el cuestionario, el cual fue creado por las autoras y se encuentra estructurado en base a las dimensiones, indicadores, objetivos y la variable de la investigación.

Consta de 6 ítems para datos generales, 9 preguntas para conocimiento de dolor, 5 preguntas para Escala de Valoración del Dolor y 10 preguntas para Medidas terapéuticas de Alivio del dolor. Ítem de respuesta 2 (Si o No).

La Validez de dicho instrumento fue corroborada a través del juicio de cinco expertos en el área, V de Aiken 0.93

La confiabilidad de dicho instrumento se obtuvo de la aplicación de la prueba estadística Kuder de Richardson (0.857) a los resultados que se obtuvieron de la aplicación de la prueba piloto, la cual se realizó en el mes de diciembre en el área pre quirúrgico del Servicio de Cirugía de Día del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

$$P_{KR20} = \frac{k}{k - 1} \left(1 - \frac{\sum pq}{\sigma^2} \right)$$

La escala de medición de la variable nivel de conocimiento sobre dolor, valoración y medidas terapéuticas en pacientes adultos en pre quirúrgico inmediato será en 3 niveles: Bajo 0 - 8, Medio 9 -16 y Alto 17 - 24.

Proceso de recolección de datos.

La recolección de los datos se realizará mediante la aplicación del instrumento de medición del nivel de conocimientos sobre valoración del dolor y medicas terapéuticas a todos los pacientes pre quirúrgicos inmediato que cumplen con los criterios establecidos, se desarrollara en el área de pre anestesia. Las enfermeras encargadas de la recepción del

paciente serán las investigadoras las mismas que entregaran los instrumentos para su llenado previa explicación del objetivo de la investigación y aceptación de su participación firmando el consentimiento informado.

Los pacientes que refieran incomodidad para escribir por estar en una camilla el instrumento serán llenados por la enfermera mediante una entrevista en caso de que el evaluado así lo desee. Esta recolección de datos se realizara durante las tres primeras semanas del mes de noviembre de lunes a viernes en el horario de 8am a 12 am. La aplicación de cada instrumento será aproximadamente de 15 minutos.

Procesamiento y análisis de datos.

Los datos serán procesados con el paquete estadístico para ciencias sociales IBM SPSS Statistics versión 22. Después de la recolección, los datos serán ingresados al software previa declaración de la variable y los ítems considerados; se realizara la limpieza de los datos considerando para el criterio de eliminación los casos que presenten un ítem perdido (pregunta no respondida) en una de las 24 preguntas. Los datos serán preparados consignando los valores establecidos en el cuadro de operacionalización de variable para comprobar el conocimiento que se tiene sobre dolor, valoración del mismo y las correcciones terapéuticas de los enfermos pre-quirúrgicos inmediatos. Se realizara la comprobación de los supuestos de normalidad de las puntuaciones totales obtenidas por variable y posteriormente se generaran las tablas respectivas para la variable nivel de conocimientos sobre dolor, valoración y medidas terapéuticas en pacientes adultos en pre quirúrgico inmediato, luego se calculara las medidas de tendencia central y de variabilidad para las puntuaciones de nivel de conocimientos sobre dolor ,valoración y medidas terapéuticas en pacientes en pre quirúrgico inmediato y sus respectivas dimensiones.

Consideraciones éticas

Para viabilizar este proyecto de investigación, se requerirá la autorización de la institución, mediante una solicitud al jefe de esta área y docencia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen, asimismo se tendrá en cuenta los principios éticos de:

Autonomía. Evidenciado en la solicitud del conocimiento informado para la participación del presente trabajo, asegurándoles a los participantes la confidencialidad y protección sus datos y respuestas brindadas.

Beneficencia. Porque se busca el máximo beneficios en los participantes.

No maleficencia. Porque busca reducir al máximo el daño en los participantes

Justicia. Esto basado en el principio aristotélico de justicia distributiva el cual propende la misma posibilidad de participación y beneficio de las personas para participar del presente trabajo de investigación.

Capítulo IV

Administración del proyecto de investigación

Cronograma de ejecución del Proyecto de Investigación

ACTIVIDADES	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Desarrollo del planteamiento del problema	X									
Desarrollo del marco teórico	X	X								
Desarrollo de los instrumentos		X								
Proceso de revisión de los instrumentos		X								
Aplicación de la Validez del instrumento		X								
Aplicación de Prueba piloto			X							
Análisis de la Confiabilidad del instrumento				X						
Presentación inicial					X					
Corrección de los dictaminadores						X	X	X	X	X
Presentación final										X

Nota: El tiempo fue calculado desde Octubre del 2016

Presupuesto para el Proyecto de Investigación

ID	Partidas y Subpartidas	Cantidad	Costo S/.	Total S/.
1	Personal			
1.1	Honorarios investigadores	3	300	900
1.2	Honorarios estadista	1	250	250
1.3	Honorarios revisión APA	1	100	100
1.4	Honorarios encuestadores	3	80	240
2	Bienes			
2.1	Formatos de solicitud	2	4,00	
2.2	Otros	1	300	300
3	Servicios			
3.1	Dictaminación del proyecto			
3.2	Asesor de tesis			
3.3	Dictaminación del informe final	3	400	1200
3.4	Derecho de sustentación,	3	100	300
3.5	Impresión y anillado de ejemplares del proyecto	3	25,00	75,00
3.6	Fotocopias ,cuestionario	192	0.10	19.20
3.7	Viáticos	3	200	600
			Total	3984.20

Nota: El presupuesto fue calculado desde Octubre, 2016.

Referencias

- Anguita, M. C., Talayero, M. M., Herrero, S., Cadenas, M., Pardo, P. & Gil, A. (2016). Fear and preoperative anxiety behaviour and pain intensity perceived after knee arthroscopy. [El miedo y el comportamiento de ansiedad preoperatoria y la intensidad del dolor percibida después de la artroscopia de rodilla] *Revista Enfermería Clínica*, 26(4), 227-233. doi 10.1016/j.enfcli.2016.02.002
- Arbonés, E., Montes, A., Riu, M., Farriols, C. & Mínguez, S. (2009). El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 16(6). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462009000600004&lng=es&tlng=es.
- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. (2010). *Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos*. Washington: International Association for the Study of Pain. Recuperado de: https://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf
- Catalá, E. (2008). *Manual de Tratamiento del Dolor*. Barcelona: Publicaciones Permanyer. Recuperado de https://colegaslujan.files.wordpress.com/2012/06/manual_tx_dolor_rinconmedico-org.pdf
- Clarett, M. (2012). Escalas de evaluación de dolor y protocolos de analgesia en terapia intensiva. *Clínica y Maternidad Suizo Argentina Instituto Argentino Diagnóstico y*

Tratamiento. Recuperado de

<http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>

De Brigard, F. (2003). Eliminando al fantasma de la máquina. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(2). Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502003000200006

Fernández, B., Marcos, S., De Diego, C., Iglesias, S., Lozano, A. & Gonzáles, T. (2014). La aplicación de compresas calientes durante el expulsivo del parto como método de prevención del traumatismo y el dolor perineal. *Revista Nure Investigación*.

Recuperado de <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/65>

Font, A., Prat, I., Arnau, A., Torra, M. J. & Baeza, T. (2011). Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor post-operatorio en cirugía mayor ambulatoria. *Revista Enfermería Clínica*, 21(5), 248-255. doi 0.1016/j.enfcli.2011.02.010

Hamlin, L., Richardson-Tench, M. & Davies, M. (2010). *Enfermería Perioperatoria. Texto introductorio*. Mexico: Manual Moderno

Iyer, P. W., Taptich, B. J. & Bernocchi, D. (1997) *Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería*. México: Mcgraw-Hill / Interamericana De Mexico

Latorre, M., Solís, M., Falero, T., Larrasquitu, A., Romay, A. B. & Millán, I. (2011).

Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica. *Enfermería Intensiva*. 22(1), 3-12. doi: 10.1016/j.enfi.2010.09.005

- León, C. A. (2006). Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(4) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es&tlng=es.
- Manual para Latinoamérica. (2010). Uso de opioides en tratamiento del dolor. (1ª ed.). Caracas: TIPS Imagen y Comunicación 1967 C. A. Recuperado de <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/11/ManualOpioides.pdf>
- Miguel, M. C. & Sagardoy, L. (2014) Efectos del uso de un tríptico informativo en la reducción de la ansiedad y el dolor perioperatorios en pacientes intervenidos de patología urológica. *Revista Enfermería Clínica*, 24(4), 233-240. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.008>
- Ministerio de Salud del Perú. (2013). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Lima, Perú: Copyright INS-PERÚ. Recuperado de <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/rpmesp2013.v30.n1.pdf>
- Ojeda, T. M. & Barbón, O. G. (2015). Principales temores preoperatorios en los pacientes de cirugía electiva. Lecciones a aprender para el manejo del paciente en la cirugía artroscópica. *Revista Cubana de Reumatología*, 17(3), 178-186. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000400003&lng=es&tlng=pt.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *La función ética de los profesionales de salud en el alivio del dolor y sufrimiento físico, psicosocial o espiritual*. Recuperado de:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587%3Aapalliative-care&catid=1872%3Acancer&Itemid=42139&lang=es.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://qh000427.ferozo.com/web2/wp-content/uploads/2016/11/GUIA-OMS-Dolor-pediatrico.pdf>

Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Propiedad Intelectual & Organización Mundial del Comercio. (2013). *Promover el acceso a las tecnologías médicas y la innovación*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Propiedad Intelectual y Organización Mundial del Comercio.

Pérez, J. (2008). *Definición de conocimiento*. Recuperado de <https://definicion.de/conocimiento/>

Pérez, T. & Castañeda, J. (2012). Fisiopatología del dolor agudo: alteraciones cardiovasculares, respiratorias y de otros sistemas y órganos. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 11(1), 19-26. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182012000100004&lng=es&tlng=es.

Puebla, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica, dolor iatrogénico. *Revista Oncología*, 28(3). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006

- Ramírez, A. V. (2009). La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(3). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng=es&nrm=iso
- Samitier, P. J. (2009). *El pensamiento Enfermero*. [Comentario por pares sobre El pensamiento Enfermero]. Recuperado de <http://www.index-f.com/comunitaria/v5n1/ec6961.php>
- Sartori, A. L. Vieira, F. Almeida, N. A. M., Bezerra, A. L. Q. & Martins, C. A. (2011). Estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto. *Revista Enfermería Global*, 10(21). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100019&lng=es
- Unidad de Investigación en Cuidados de la Salud. (2015). *Libro de Ponencia*. Cuenca, España: Instituto de Salud Carlos III. Recuperado de http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/fd-investen-isciii-2/docus/2015_XIX_encuentro_Investen_Cuenca.pdf
- Vidal, M. A., Torres, L. M., De Andrés, J. A. & Moreno, M. (2007). Estudio Observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España. *PATHOS. Revista Sociedad Española del Dolor*. 8, 550-67. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v14n8/original1.pdf>

Apéndice

Apéndice A

Instrumento de recolección de datos

Cuestionario.

Conocimiento sobre dolor, valoración del mismo y la adopción de medidas terapéuticas en pacientes adultos en pre quirúrgico inmediato

DATOS GENERALES.

Sexo: (M) (F) **Edad:**..... **Estado civil:** (c) (s)

Diagnostico preoperatorio.....

Nivel de Instrucción: ninguno () primaria () secundaria () superior ()

Instrucciones:

Lea detenidamente y luego marque con un aspa (X) la alternativa que considere correcta. Todas las preguntas que a continuación se formulan son referidas a los temas: definición de dolor, clasificación del mismo y su escala de valoración, uso de analgésicos para el alivio del dolor, otros mecanismos para el alivio del dolor.

Dimensión: Conocimiento sobre Dolor			
1	¿El dolor es una experiencia subjetiva desagradable ante un daño o lesión del organismo?	SI	NO
2	¿El dolor agudo dura unos minutos hasta unas horas?	SI	NO
3	¿El dolor crónico dura más de seis meses?	SI	NO
4	¿Ud. Cree que el dolor que aparece después de la operación es un dolor agudo?	SI	NO
5	¿Ud. Cree que el dolor que aparece después de la operación es dolor crónico?	SI	NO
6	¿ el dolor según su intensidad se presenta como leve, moderado y severo	SI	NO
7	¿El dolor leve, pasa desapercibido, le deja hacer sus actividades diarias?	SI	NO
8	¿El dolor moderado, es soportable, pero interrumpe algunas de sus actividades diarias y le exige algunas horas de reposo?	SI	NO
9	¿El dolor severo es insoportable, no le deja realizar sus actividades diarias y está todo el día en cama?	SI	NO
Dimensión: Valoración del Dolor			
10	¿El mejor juez para medir el dolor es el propio paciente?	SI	NO
11	¿El dolor se mide por su intensidad?	SI	NO
12	¿El dolor que siente el paciente se refleja en la conducta y la expresión facial?	SI	NO
13	¿Conoce alguna escala para medir la intensidad del dolor?	SI	NO
14	¿Utiliza alguna escala para medir su dolor?	SI	NO
Dimensión: Medidas Terapéuticas			
15	¿Los analgésicos son medicamentos para aliviar el dolor?	SI	NO
16	¿El uso de analgésicos es individual de acuerdo al tipo de dolor de cada paciente?	SI	NO
17	¿La dosis de analgésico es de acuerdo a la intensidad de dolor que refiere cada paciente?	SI	NO
18	¿Usted cree que es mejor tratar el dolor cuando recién comienza?	SI	NO
19	¿Cree usted que los analgésicos causan adicción?	SI	NO
20	¿Cree usted que los analgésicos causan efectos adversos?	SI	NO
21	¿Cree usted que el método de hipnosis e imaginación guiada le puede ayudar a disminuir o aliviar del dolor?	SI	NO
22	¿Cree usted que una terapia de relajación le puede ayudar a disminuir o aliviar el dolor y la tensión?	SI	NO
23	¿Cree usted que el uso de la estimulación eléctrica transcutánea (TENS), le puede ayudar a disminuir o aliviar el dolor?	SI	NO
24	¿Cree usted que el uso de compresas de hielo o compresas de calor en la zona de dolor de pueden ayudar a disminuir o aliviar el dolor?	SI	NO

Apéndice B

Confiabilidad del instrumento Kuder Richardson - 20

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	AZ	BA	
1	SUJETC	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	I21	I22	I23	I24	SUMA		
2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	6	25	
3	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	7	16	
4	3	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	15	16
5	4	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	12	1
6	5	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	6	25	
7	6	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	10	1	
8	7	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	10	1	
9	8	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	13	4	
10	9	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	36
11	10	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	64	
12	11	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	11	0	
13	12	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	9	4	
14	13	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	13	4	
15	14	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	14	9	
16	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	5	36	
17	16	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	4	49	
18	17	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	36	
19	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	4	49	
20	19	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	11	0	
21	20	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	9	4	
22	21	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	20	81	
23	22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	121
24	23	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	16	25	
25	24	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	15	16
26	25	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	18	49	
52	p	0.72	0.2	0.6	0.32	0.48	0.56	0.28	0.44	0.24	0.4	0.12	0.12	0.28	0.4	0.8	0.64	0.48	0.52	0.6	0.44	0.64	0.76	0.24	0.7			
53	q	0.28	0.8	0.4	0.68	0.52	0.44	0.72	0.56	0.76	0.6	0.88	0.88	0.72	0.6	0.2	0.36	0.52	0.48	0.4	0.56	0.36	0.24	0.76	0.3			
54	p*q	0.202	0.16	0.24	0.218	0.25	0.246	0.202	0.246	0.182	0.24	0.106	0.106	0.202	0.24	0.16	0.23	0.25	0.25	0.24	0.246	0.23	0.182	0.182	0.2			
55	SUJETC	25	Actualizar rango de valores de la varianza																									
56	MEDIA	11																										
57	Σp^*q	5.011																										
58	VAR	28	7.72																									
59	Items	24																										
60	KR-20	0.857	0.366																									
61																												

Apéndice C

Validez del instrumento.

Juicio de expertos.

Ítems	J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5	S	N	C-1	V de Aiken
Forma de aplicación y estructura	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Orden de las preguntas	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	4	5	1	0.8
Dificultad para entender las preguntas	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Palabras difíciles de entender en los ítems	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Opciones de respuesta pertinentes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1
Correspondencia con la dimensión o constructo	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	4	5	1	0.8
V de Aiken Total														0.93

Apéndice D

Consentimiento informado.

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA

II INVESTIGACIÓN

Título: nivel de conocimientos sobre dolor, valoración y medidas terapéuticas en pacientes pre quirúrgico inmediato, atendidos en el servicio de pre anestesia del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima 2017

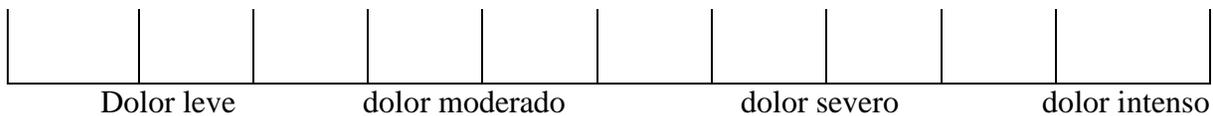
Ciudad y fecha: _____ Yo, _____ reconozco que estoy al tanto de los objetivos, de la investigación, autorizo a las autoras para la aplicación del cuestionario que consta de 24 preguntas. Además afirmo que: • Mi colaboración en este estudio es voluntario y puedo excluirme de ella en cualquier momento. • No seré beneficiado en absoluto por participar en este proyecto; sin embargo, tengo la esperanza que los resultados conseguidos ayuden a pacientes que sufren como en mi caso. • Estoy convencido que los resultados de la investigación serán guardados a discreción. Esta data será archivada en físico y digital y la **Universidad Peruana Unión** lo pondrá a buen recaudo bajo la responsabilidad de los investigadores. • Al ser catalogado este proyecto de investigación como reservado, los resultados personales no pueden ser de uso público. Manifiesto que he leído y comprendido todo este documento y estampo mi firma en total libertad.

Firma _____ DNI N°. _____

Apéndice E

Escalas de valoración del dolor

Escala Descriptiva Verbal (EDV)



Escala Numérica Verbal (ENV)

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

Termómetro de dolor de Iowa (IPT)



Escala visual analógica (E.V.A)

Sin dolor											Máximo dolor
	1 cm										10cm

Apéndice F. Matriz de consistencia

TÍTULO: Nivel de conocimiento sobre dolor, valoración y medidas terapéuticas en pacientes adultos en pre quirúrgico inmediato atendidos en el servicio de pre anestesia del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2016 AUTOR (ES): Lic. D. Andamayo, Lic. L. Fernández, Lic. B. Hernández					
PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES E INDICADORES			
<p>Problema principal: ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre dolor, valoración del dolor y medidas terapéuticas en pacientes adultos en pre quirúrgico inmediato del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen.</p> <p>Problemas específicos: ¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes adultos en pre quirúrgico inmediato del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo Almenara?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimientos en la dimensión dolor, en pacientes adultos en pre-quirúrgico inmediato del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo almenara Irigoyen?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimientos en la dimensión valoración del dolor, en los pacientes adultos en pre-quirúrgico inmediato del servicio de pre anestesia del hospital</p>	<p>Objetivo general: Determinar el nivel de conocimientos sobre la valoración del dolor en los pacientes pre quirúrgico inmediato del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen.</p> <p>Objetivos específicos: Establecer las características demográficas de los pacientes pre quirúrgico inmediato del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo Almenara Irigoyen.</p> <p>Identificar el nivel de conocimientos en la dimensión dolor, en el paciente pre-quirúrgico inmediato del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo almenara Irigoyen.</p> <p>Identificar el nivel de conocimientos en la dimensión valoración del dolor, en los pacientes pre-quirúrgicos inmediato del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo almenara Irigoyen.</p> <p>Identificar el nivel de conocimientos en la dimensión medidas terapéuticas para aliviar el dolor en pacientes adultos en pre quirúrgico inmediato del servicio de pre anestesia</p>	Variable: Conocimiento sobre dolor, valoración y medidas terapéuticas			
		Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
		Dolor	Definición Tipos de dolor	1 - 9	Alto: 0 - 8
		Valoración.	Escalas de valoración	10 - 14	Medio: 9 -16
Medidas terapéutica	Farmacológicas No farmacológicas	15 - 24	Bajo: 17 - 24		

Guillermo almenara Irigoyen? ¿Cuál es el nivel de conocimientos en la dimensión medidas terapéuticas, en los pacientes adultos en pre-quirúrgico inmediato del servicio de pre anestesia del hospital Guillermo almenara Irigoyen?	del hospital Guillermo almenara Irigoyen.				
---	---	--	--	--	--