UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

Conocimiento del Enfermero sobre las Escalas de Evaluación Post Anestésicas, el Dolor y el Cuidado Humanizado de Enfermería. Centro Quirúrgico del Hospital Regional II-2 Tumbes, 2019.

TESIS
Para optar Titulo de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en Centro Quirúrgico

AUTORAS: **Lic. Enf. Marlin Mercedes Jiménez Calero.**

Lic. Enf. Gaby Lourdes Gómez Carrillo.

TUMBES-PERÚ
2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

Conocimiento del Enfermero sobre las Escalas de Evaluación Post Anestésicas, el Dolor y el Cuidado Humanizado de Enfermería. Centro Quirúrgico del Hospital Regional II-2 Tumbes, 2019.

TESIS APROBADA EN FORMA Y ESTILO POR:

Dra. Julia Mariños Vega
(Presidenta) _____

Dra. Yrene Urbina Rojas
(miembro) _____

Mg. Bedie Guevara Herbias
(miembro) _____

TUMBES-PERÚ
2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

Conocimiento del Enfermero sobre las Escalas de Evaluación Post Anestésicas, el Dolor y el Cuidado Humanizado de Enfermería. Centro Quirúrgico del Hospital Regional II-2 Tumbes, 2019.

Los suscritos declaramos que la tesis es original en su contenido y forma:

Lic. Enf. Marlin Mercedes Jiménez Calero
Autor

Lic. Enf. Gaby Lourdes Gómez Carrillo
Autor

Mg. María Luz Bravo Pérez
Asesora

TUMBES-PERÚ
2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Creada por Ley Nº 24894 - 11 de Octubre de 1988
Ciudad Universitaria - Barrio Pampa Grande
Av. Tumbes Nº 863
Tumbes - Perú

ACTA DE SUSTENTACIÓN N° 001-2019/UNTUMBES-FCS.

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA CON MENCIÓN EN CENTRO QUIRURGICO A LAS LICENCIADAS JIMENEZ CALERO, MARLIN MERCEDES Y GOMEZ CARRILLO, GABY LOURDES.

En Tumbes, a los nueve días del mes de diciembre del año dos mil diecinueve, a las 12:00 horas con 09 minutos, en sala docente del Departamento Académico de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, se reunieron los miembros del jurado designados con Resolución Directoral N° 0241-2017/UNT-EPG.D; Dra. Julia Eulalia Mariños Vega – Presidenta; Dra. Yrene Esperanza Urbina Rojas – Secretaria y Mg. Bedie Olinda Guevara Herbias – Vocal y con **Oficio N° 012-2019/UNTUMBES-FCS-JEMV,** se fijó la fecha de sustentación y defensa de la tesis: **CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO SOBRE LAS ESCALAS DE EVALUACION POST ANSTESICAS, EL DOLOR Y EL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERIA. CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES, 2019**, *asesorada por la Mg. María Luz Bravo Pérez.*

Concluida la exposición y sustentación, absueltas las preguntas y efectuadas las observaciones, lo declaran con calificativo de: APROBADO POR UNANIMIDAD, dando cumplimiento al Reglamento de Investigación con fines de Titulación en Segunda Especialidad en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes.

De inmediato se comunica el resultado de la evaluación.
Siendo las: 13:00 horas con 02 minutos se dio por concluido el acto.
Para mayor constancia firmamos la presente acta *en presencia del público.*

Dra. Julia Eulalia Mariños Vega
Presidenta

Dra. Yrene E. Urbina Rojas
Secretaria.

Mg. Bedie Guevara Herbias
Vocal

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Marlin Mercedes Jiménez Calero y Gaby Lourdes Gómez Carrillo, declaramos como autoras que los resultados reportados en esta tesis, son producto de nuestro trabajo con el apoyo permitido de terceros en cuanto a su concepción y análisis. Asimismo, declaramos que hasta donde sabemos no contiene material previamente publicado o escrito por otra persona excepto donde se reconoce como tal a través de citas y con propósitos exclusivos de ilustración o comparación. En este sentido, afirmamos que cualquier información presentada sin citar a un tercero es de mi propia autoría. Declaramos, finalmente, que la redacción de esta tesis es producto de nuestro propio trabajo con la dirección y apoyo de asesora de tesis y jurado calificador, en cuanto a la concepción y al estilo de la presentación o a la expresión escrita.

Marlin Mercedes Jimenez Calero

Gaby Lourdes Gómez Carrillo

DEDICATORIA

*Al **Ser Supremo**, por ser él, acompañante de mí día a día, por cubrirme con su manto de salud, fortaleza, por mostrarme el camino de la sabiduría y por permitirme dejar huellas en mi camino.*

A mis amados y siempre recordados padres Gonzalo Jimenez Campos y Mercedes Calero Romero, por ser mis pilares en mi formación profesional, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, por haberme trasmitido sus valores, gran legado familiar y por haberme dado lo mejor de ellos hasta en mis sueños.

A mi familia: Víctor Manuel, por comprenderme y alentarme en los momentos más turbulentos de este proyecto. A mis hijos Gonzalo Manuel, Roberto Daniel y Manuel Augusto ser mi fuente de alegría, mis tesoros que siempre me recargan de energía con sus encantos y ocurrencias.

A mis queridos e inolvidables docentes, quienes compartieron sus conocimientos y me motivaron a continuar con mi perfeccionamiento profesional y por haber sembrado en mi la semilla de la investigación.

MARLIN MERCEDES…

DEDICATORIA

A Dios, que me ha conservado con vida, con salud e Inteligencia, me ha guiado y cuidado hasta hoy.

A mis amados padres por estar siempre conmigo, en especial a mi amada madre por ser mi eterna amiga y acompañarme en todos los momentos más difíciles de mi vida.

A mis hijos: Arilu y Ariano por ser mis tesoros y mi fuente de motivación para seguir trabajando más fuerte y seguir con el objetivo de alcanzar mi meta. Por qué representan mi columna espiritual.

A mis queridos e inolvidables docentes, que siempre me orientaron en mi formación profesional.

GABY LOURDES …

AGRADECIMIENTO

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de esta investigación, es inevitable que nos asalte un muy humano egocentrismo que te lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que has hecho. Sin embargo, la magnitud de este aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que su realización llegue a un feliz término. Por ello, es para nosotros un verdadero placer utilizar este espacio para expresar nuestros agradecimientos.

A Dios Todopoderoso, por cada día de vida, que nos da a cada uno y a nuestras familias; por la salud y el trabajo, por acompañarnos en el diario vivir, por guiar nuestro camino, por enseñarnos a ver la vida de otra manera, por habernos dado la sabiduría y la fortaleza que hizo posible alcanzar este triunfo.

A la Asesora ***Mg. Enf. María Luz Bravo Pérez,*** por apoyarnos en la realización este trabajo de investigación. Su confianza en nuestras competencias para la realización del presente trabajo, su capacidad para guiar nuestras ideas, tanto en el desarrollo de esta tesis, como en nuestra formación como enfermeros e investigadores.

A toda la plana de Enfermeros del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional II-2 Tumbes, por su apoyo, amabilidad y disponibilidad de participación. Muchas gracias por compartir vivencias tan exquisitas que nos han dotado de una experiencia significativa para nuestra formación como investigadores.

CONTENIDO

RESUMEN.....x

ABSTRAC.....xi

1. INTRODUCCIÓN.....12

2. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA.....15

2.1. Antecedentes.....15

2.2. Bases teóricas-científicas.....18

2.3. Definición de términos básicos.....30

3. MATERIAL Y MÉTODOS.....32

3.1. Tipo de estudio.....32

3.2. Población, muestra y muestreo.....33

3.4. Procesamiento y análisis de datos.....34

3.5. Rigor Ético.....34

3.6. Rigor Científico.....35

4. RESULTADOS......37

5. DISCUSIÓN......44

6. CONCLUSIONES......49

7. RECOMENDACIONES......50

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS......51

9. ANEXOS......55

RESUMEN

Esta investigación, tuvo como objetivo principal determinar la relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de las escalas de evaluación post anestésicas, el dolor, y el cuidado humanizado de enfermería en el Centro Quirúrgico del Hospital Regional II-2 Tumbes. La investigación fue abordada bajo el paradigma cuantitativo, con el enfoque descriptivo correlacional, no experimental de corte transversal. Se planteó como hipótesis de trabajo, si, existe relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de las escalas de evaluación post anestésicas, el dolor, y el cuidado humanizado. La muestra fue constituida por 18 enfermeros, la técnica utilizada fue la encuesta, los resultados fueron analizados con estadística descriptiva simple. Se encontró respecto al conocimiento general sobre las escalas de evaluación post anestésica, el dolor, en el 100%: 72,2% presentó nivel alto y 27,8% nivel regular, 0% nivel bajo. En cuanto al cuidado humanizado de enfermería, el 88,8% brinda un cuidado humanizado bueno y el 11,2% brinda un cuidado regular, no existiendo cuidado malo. En relación al nivel de conocimiento y el cuidado humanizado, se halló que el 66,6% de los enfermeros tiene un alto conocimiento y cuidado humanizado bueno y el 22,2% tiene un nivel de conocimiento medio y brinda un cuidado bueno. Los resultados rechazan hipótesis planteada, no existiendo relación significativa entre las variables de estudio teniendo un p >0,05 de lo que se infiere que el conocimiento y el cuidado humanizado en la realidad estudiada tienen un patrón de comportamiento en condiciones iguales, dando equilibrio al ejercicio profesional.

Palabras claves: Conocimiento-Cuidado Humanizado-Escalas de Evaluación Post Anestésicas y Dolor-Servicio de Centro Quirúrgico.

ABSTRAC

In this investigation, the main objective was to determine the relationship between the level of knowledge of the nurse of the scales of post-anesthetic evaluation, pain, and humanized nursing care in the Surgical Center Service of the Regional Hospital II-2 Tumbes. The research was approached under the quantitative paradigm, with the descriptive correlational, non-experimental cross-sectional approach. It was raised as a working hypothesis, yes, there is a relationship between the level of knowledge of the nurse of the scales of post-anesthetic evaluation, pain, and humanized nursing care. The sample was constituted by 18 nurses, the technique used was the survey, the results were analyzed with simple descriptive statistics. It was found regarding the general knowledge about the scales of post-anesthetic evolution, pain of 100%, 72.2% presented high level and 27.8% regular level, 0% low level. As for humanized nursing care, 88.8% provide good humanized care and 11.2% provide regular care, with no bad care. In relation to the level of knowledge and humanized care, it was found that 66.6% of nurses have high knowledge and good humanized care and 22.2% have a medium level of knowledge and provide good care. The results reject the hypothesis raised, there being no significant relationship between the study variables having a $p > 0.05$ of what is inferred that knowledge and humanized care in the reality studied have a pattern of behavior in equal conditions, giving balance to professional exercise.

Keywords: Knowledge-Humanized Care-Post Anesthetic and Pain Evaluation Scales-Surgical Center Service.

1. INTRODUCCIÓN.

El conocimiento es uno de los componentes del cuidado de enfermería, es el elemento vital del saber, saber hacer y ser del enfermero en su cotidiano cuidar se exige a sí misma una constante consolidación del conocer tanto los aspectos científicos y tecnológicos como conocimiento del individuo y su entorno, orientadas a comprender a la persona. en su propio entorno, desde su concepción del cuidado y salud.

Los profesionales de enfermería evidencian hoy en día preparación universitaria, sobre todo en la esencia del cuidado integral de la persona en todos los grupos etarios, sanos y enfermos, por lo que cuenta además de un alto nivel de conocimiento que garantizan calidad de cuidado humanizado acorde con el avance de la ciencia, la tecnología y la complejidad de las enfermedades, con dominio total de las diferentes áreas.

El centro quirúrgico es un ambiente físico en el que transitan pacientes sometidos a cirugía según las diversas especialidades quirúrgicas, contando para ello con todos los elementos humanos y materiales necesarios para desarrollar la actividad quirúrgica y la recuperación anestésica en forma eficaz, e n condiciones de máxima seguridad. La unidad de recuperación post anestésicas se localiza entre la sala de operaciones y el servicio de hospitalización desde la interrupción de la anestesia y el retorno de las condiciones basales del paciente.[1].

El/la enfermero/a realiza la identificación de los factores de riesgo, evalúa las funciones biológicas de persona intervenida quirúrgicamente, con énfasis en el sistema respiratorio, cardiovascular, nervioso central, actividad motora, mantenimiento del equilibrio hidroelectrolíticos, las condiciones del tratamiento y probable ocurrencia de náuseas y vómitos; aplicando las escalas Aldrete, Bromage, Stewart, Eva y Glasgow.

En el servicio de centro quirúrgico, la unidad de recuperación post anestésica del Hospital Regional JAMO II-2, se ha observado que existe un

flujo muy relevante de ingreso y egreso de pacientes post intervenidos, asimismo se ha observado el actuar del enfermero en el cuidado rutinario, en el que predomina el cumplimiento de acciones interdependientes, entre las que destacan: Colocación de dispositivos de monitoreo, administración de medicamentos, alivio del dolor, considerando que el umbral del dolor es diferente en cada individuo, observando que el profesional no identifica correctamente el dolor, ni cuenta con una herramienta que evalué el dolor, considerando que este síntoma puede alterar el estado hemodinámico del paciente, retardando la recuperación postoperatoria.

La utilidad de las escalas post anestésicas radica en la capacidad de valorar las necesidades de los pacientes intervenidos, según el perfil de los mismos, las enfermeras de las unidades de recuperación deben garantizar y salvaguardar la vida del paciente post operado, su mantenimiento de atención segura respaldada por el ministerio de salud, cuya preocupación es evitar los eventos adversos como consecuencia de las intervenciones quirúrgicas, los que son considerados como un problema de salud pública.

Al haber observado que en el contexto del estudio no se emplean las escalas de evaluación post anestésicas que respalda el actuar del enfermero, se aborda la investigación, considerando como punto de partida la interrogante ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de las escalas de evaluación post anestésicas, del dolor y sobre el cuidado humanizado de enfermería en el Centro Quirúrgico del Hospital Regional II-2 JAMO de? Tumbes?

Con la investigación se alcanzó el objetivo del estudio. Así como los objetivos específicos al identificar el nivel de conocimiento del enfermero sobre las escalas de evaluación post anestésicas, del dolor en el contexto del estudio, así como identificar el cuidado humanizado de enfermería al paciente del centro quirúrgico del hospital en estudio.

La recuperación post anestésica es una etapa crítica de atención asistencial en el post operatorio inmediato, dirigida a satisfacer las

necesidades del paciente para recuperar su estado consiente; el enfermero se encarga de valorar la recuperación del paciente de los efectos de la anestesia y de prevenir o dar la alerta de alguna complicación post quirúrgica en el post operatorio en la unidad de recuperación post anestésica; actuando con conocimientos especializados en anestesia y recuperación, conocer e interpretar las escalas de Stewart, Bromage y Aldrete.

Valorar el conocimiento del enfermero sobre el dominio de las escalas post anestésicas y del dolor permite conocer su desempeño como profesional en la unidad de recuperación post anestésica, para contribuir en la mejora continua de las capacidades del ser-saber y el hacer del profesional. Busca garantizar la aplicación de las escalas según las necesidades del paciente teniendo en cuenta su perfil. De manera que al determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre el cuidado humanizado aplicando las escalas post anestésicas, del dolor y humanización del cuidado en el servicio de Centro Quirúrgico, servirá como un indicador para la coordinación del servicio y de ser necesario reforzar en al personal el manejo de las escalas de evaluación post anestésicas en esta fase de recuperación.

Este estudio resulta de gran importancia para la Institución, los pacientes y para la profesión de enfermería, debido a que el enfermero pasa las 24 horas del día con el paciente y es el encargado de realizar los cuidados post operatorios inmediatos y mediatos del paciente intervenido quirúrgicamente. La aplicación de las escalas de evolución post anestésicas, del dolor y del cuidado humanizado, permitirá que el personal genere cambios, mediante la creación de indicadores que aseguren practicas seguras en la realización de procedimientos durante la atención del paciente quirúrgico. Innovando y fomentando la coalición de aprendizajes y así cumplir con los aspectos técnicos, administrativos y legales que exige una cirugía segura y acreditación de la calidad del servicio.

2. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA.

2.1. Antecedentes

A nivel internacional: El estudio de Gonzales B, Quintero M: Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución II y III nivel de atención. Bogotá; 2013. Con el siguiente resultado: El 73% de las personas hospitalizadas en la clínica percibieron los comportamientos de cuidado humanizado en las enfermeras siempre, el 11% casi siempre, el 12 % de las personas hospitalizadas algunas veces y el 4% de las personas hospitalizadas nunca percibieron los comportamientos de cuidado humanizado. Concluyendo que la mayoría de la población en estudio, siempre percibieron los comportamientos de cuidado humanizado en las enfermeras (os), lo que demostró que la clínica cuenta con personal humano y capaz de brindar una buena atención al paciente. [2]

Pérez I. Escala de valoración de Aldrete Modificada vs su Adaptación para Pacientes Obstétricas. H. Veracruz; 2014. Resultados: 3 Pacientes presentaron hemorragia con sangrados mayores a lo habitual. La náusea y vomito se presentaron en 2 pacientes. La clasificación de Aldrete modificada para la paciente obstétrica otorgo el alta a 42 de ellas a los 60 minutos, a 35 a los 90 minutos, 10 a los 120 minutos y 9 a los 30 minutos. El uso modificado de Aldrete, para esta población en estudio precisó un tiempo más largo hasta alcanzar el alta, sin embargo, permitió la vigilancia estrecha y documentada que llevo a la detección y manejo oportuno de complicaciones.[3]

Escala Aldrete y Aldrete Modificada. España; 2007. Afirma en su investigación la necesidad de un sistema práctico y objetivo con el que se pueda valorar la condición clínica de las personas al final de la cirugía y anestesia para seguir su recuperación gradual de la conciencia, recuperación de la fuerza y decidir el momento en que deben ser dados de

alta, lo que ha sido posible usando el Puntaje de Recuperación Post anestésica, por ser efectiva, confiable y segura.

En los Estados Unidos y la mayoría de países latinoamericanos y con la cirugía ambulatoria se ha modificado la escala de Aldrete original ampliándola para que incluya criterios que permitan saber si el paciente está listo para deambular en la calle y eventualmente está listo para ir a su casa.[4]

Carrillo, V. Conocimientos del Personal de Enfermería Sobre Cuidados Inmediatos y Mediatos al Paciente Post Operado de Resección Trans Uretral De Próstata Hospitalizado en el Servicio de Urología del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS); 2015. Obtuvieron resultados: El 100% del personal de enfermería no conoce en qué consiste el procedimiento y sus complicaciones lo que repercute en el cuidado de enfermería en forma oportuna en el post operatorio inmediato y mediato. En un porcentaje de 76% considera importante vigilar el dolor y el estado de conciencia del post operado, convirtiéndose en un factor favorable para un cuidado de calidad.[5]

En el contexto nacional, se encontró el estudio realizado por Espinoza L, Huerta K, Pantoja J, Velásquez W, et al. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital Es Salud Huacho; 2013. Los resultados develaron que algunas veces se percibe 44% de apoyo en el cuidado, 47,7% de apoyo emocional, 35,4% de apoyo físico, 32,2% de cualidades de enfermería, 30,8% de pro actividad, 52,3% de empatía y 55,4% de disponibilidad en el cuidado. 36,9% nunca percibió priorización en su cuidado. Se concluye, pues, que existe una baja percepción del cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería hacia los pacientes, lo que evidencia una atención de baja calidad.[6]

Montenegro, I. Cuidado Enfermero en el Perioperatorio de Histerectomía. Hospital Luis Heysen Incháustegui, Chiclayo; 2013. Develó lo siguientes resultados: El cuidado enfermero durante el peri operatorio, se fundamenta en la interacción con la persona que será intervenida

quirúrgicamente lo que incluye diversos componentes de una relación recíproca y va acompañada de la empatía, la confianza, comprensión y el respeto. Ante el impacto que genera la histerectomía en la vida la mujer, la actitud del profesional de enfermería es positiva, de seguridad y empática, esta cualidad le permite transmitir confianza, de tal manera que logra disminuir sus temores y afrontar su situación de salud de la mejor manera posible.[7]

El estudio realizado por Incalla y Zegarra. Conocimiento y actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico y dolor, en el servicio de recuperación del HNCASE. Arequipa; 2014. Los resultados mostraron: El uso de las escalas de medición permite brindar mayor tiempo a la atención del paciente y simplificar los registros en las notas de enfermería al ingresar en ellas las escalas. Las intenciones de estas guías se constituyen en normas generales tendientes a corregir conductas basadas en conocimiento interpretación y acciones que se transforman en evidencias que se plasman en el actuar de la enfermera en el pre y post operatorio, post anestésico y dolor.[8]

Aranda, V y Márquez, C. Nivel de conocimiento y aplicación de escalas del dolor en post operatorio, por enfermeros (as) del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima 2016, Encontraron resultados respecto al objetivo de su estudio, del 100% el 69% nivel medio, 31% nivel bajo y ninguno presento nivel alto. En la dimensión conocimiento del dolor post operatorio, 62% nivel medio, 31% nivel alto y 7% bajo. Respecto del conocimiento escalas del dolor post operatorio, 54% nivel medio, 39% nivel alto y el 7% nivel bajo. En la aplicación de las escalas del dolor post operatorio, 32% aplican la escala verbal simple y expresión facial, 22% la escala numérica y el 14% la escala análoga visual. Concluyendo que el mayor porcentaje de enfermeros (as) presentaron nivel de conocimiento medio sobre el dolor postoperatorio desconociendo la fisiología del dolor y los factores que afectan la magnitud del dolor post operatorio; nivel de conocimiento medio sobre las escalas de dolor postoperatorio y la mayoría

de los (as) enfermeros (as) aplican la escala verbal simple para la medición del dolor post operatorio.[9]

2.2. Bases teóricas-científicas.

El conocimiento y el saber del hombre durante su existencia le ha permitido el dominio de su creación y garantizado su supervivencia, al haber adquirido una serie de nociones acerca del mundo que lo rodea, confrontando constantemente las experiencias con un caudal interior de convicciones respecto de las características del mundo exterior, a pesar de que muchas de ellas son erróneas al estar basadas en prejuicios, prenociones, intuiciones, temores, supersticiones, costumbres, mitos y leyendas, que son asumidas sin comprobar si se ajustan a hechos sobre los cuales no se puedan tener dudas.

Las experiencias de vida van creando en cada persona un conjunto de iconos mentales, que reflejan de manera cambiante las diversas formas que adopta la vida social y natural, generando un conocimiento sumario fuertemente influenciado por las características de la vida social. Lo mismo ocurre con el contenido del conocimiento impreciso en la medida en que el grado de control sobre la realidad - natural y social - sea también impreciso. El hombre tiene escasa comprensión sobre las características de sus propias relaciones y de las leyes que gobiernan la vida social y fundamentan en su experiencia la forma de responder a una intervención quirúrgica. El conocimiento ayuda a modificar la realidad y ésta actúa modificando el conocimiento científico que caracterizan la realidad de una determinada manera, y que pueden servir como punto de partida para aceptarla.[10]

Se hace necesario considerar la gnoseología como la filosofía del conocimiento que estudia su naturaleza del conocimiento en general y Marriner sostiene: “Que es la ciencia o percepción de la realidad a través del aprendizaje o la investigación”. También se define como: “el conjunto de información que se obtiene mediante la experiencia y el aprendizaje a través de la introspección”. Todo conocimiento debe basarse en información

objetiva, porque los conocimientos sobre hechos y cosas que forman los temas científicos son adquiridos a través de la experimentación, esto implica la participación de uno o varios sentidos (gusto, olfato, tacto, vista y oído).[11]

Dada la enorme complejidad de las actividades cognitivas y los múltiples campos de aplicación de las mismas, se hace necesario conocer algunas clasificaciones metodológicas y rasgos característicos[12]. Detallando las formas de adquirir conocimiento, en el campo de enfermería, con prioridad en la razón y el sentido. La revelación es la información que se adquiere por el testimonio, al interactuar con el sujeto de cuidado. Razón es la información que se adquiere por deducción. Las matemáticas y en general la ciencia usan esta vía de conocimiento. Aunque bajo esta vía, el conocimiento sólo es reconocido en forma limitada, porque se reduce a lo que es demostrable, es la que se adquiere por contacto, visión, olfato, audición o gusto.

La clasificación del conocimiento que el individuo tiene basándose en la relación del ser humano con el medio que le rodea, destacándose: Conocimiento objetivo que se acepta como cierto o existente reflejado en la realidad de los fenómenos susceptibles de ser conocidos. El conocimiento especulativo: Que comprende las teorías, principios generales con que se explican los fenómenos, las opiniones o conceptos y el contexto. Cconocimiento práctico para saber cómo aplicar los conocimientos a las situaciones cotidianas en el quehacer profesional del personal de enfermería en sus dos niveles, cuando brinda atención al usuario lleva a la práctica los conocimientos que fundamentan sus acciones en por qué y para qué del cuidado.

La enfermería como ciencia en el campo docente da relevancia a la forma como se adquiere conocimiento manifestando: “depende de las fuentes que proporcionan el conocimiento: Entre ellas están: la tradición, autoridad, experiencia, ensayo y error, razonamiento lógico e investigación disciplinada”. En Guatemala muchos de los cuidados que se realizan los enfermos, provienen de la tradición, en las diferentes comunidades del país,

aplicando en ellos la experiencia de las personas mayores, que la transmiten a las nuevas generaciones y muchos de estos cuidados, están basados en conocimientos empíricos.

La experiencia representa una fuente natural y funcional de conocimientos, que en enfermería aumenta la habilidad de la enfermera para resolver una situación de manera rápida y eficaz. El método de ensayo y error sumado a la experiencia, permite encontrar un conocimiento que resuelva el problema en mención. Por lo tanto, el ensayo y error comprende con frecuencia documentación de actividades de la enfermera eficaces y no eficaces.

El razonamiento lógico combina la experiencia personal y las facultades intelectuales. El que puede ser medido y se representa por el nivel de conocimiento: expresado en el nivel de comprensión de todo aquello que es percibido y aprendido por la mente humana, su contexto y su alcance son ilimitados. Los conocimientos del profesional de enfermería son el resultado de un proceso constructivo, en el que se adquiere información procedente del medio con el que interactúa sumado a la que ya posee generando la incorporación y organización de conocimientos nuevos, que aplica a su práctica del cuidado de la salud y la vida, según el psicólogo Moscovicí: ”establecer relaciones comunicativas comprensivas con los grupos interdisciplinarios y con los diferentes colectivos humanos, incluyen sistemas de valores, ideas y prácticas que les dan capacidad a las enfermeras(os) en el cuidado colectivos relacionarse con el mundo material y con el contexto social, permitiéndoles su dominio”.[13]

Los pacientes quirúrgicos eran transferidos de sala de operaciones a salas de hospitalización, donde el cuidado postoperatorio inmediato de enfermería variaba mucho llevando a complicaciones que no eran reconocidas y tratadas a tiempo. La experiencia adquirida durante la segunda guerra mundial, hizo obvia la necesidad de un área donde los pacientes pudieran ser observados después de cirugía mientras se recuperaban de la anestesia, siendo la primera sala de recuperación establecida en mayo de 1948.

En la evolución de los cuidados post anestésico resultaron relevantes las escalas, de medición que dieron puntaje a la recuperación Post-Anestésica: En 1970, un intento para medir y documentar el curso de la recuperación gradual de la anestesia, se propuso y publicó como puntaje de recuperación post-anestésica (PRP). Basándose en el modelo de valoración Apgar. Inicialmente, se incluía cinco índices, graduados 0, 1 o 2 dependiendo del trastorno disfuncional. Los parámetros cuantificados y la logística para la evaluación clínica en términos de la función que cada uno representa.[15]

Con relación a la actividad, a medida que los pacientes se recuperan de la anestesia, empiezan a mover sus extremidades y su cabeza, usualmente hacia el lado de la incisión quirúrgica, algunos de estos movimientos son usualmente involuntarios, aunque tienden a volverse voluntarios rápidamente y pronto son capaces de moverse al darle órdenes (mueva sus piernas, levante su cabeza, etc.).

La eficiencia de la actividad muscular se mide observando la habilidad del paciente de mover sus extremidades. Si pueden mover las cuatro extremidades, espontáneamente o al ordenárselo, se da un puntaje de 2, cuando solo dos o tres (en el caso de un bloqueo unilateral) extremidades se mueven, el índice se puntúa como 1, pero si no se mueve ninguna extremidad, el puntaje es de 0. La evaluación de esta función es especialmente útil en pacientes que se recuperan de la anestesia regional.

Evaluar la función motora, requiere que los pacientes puedan ser capaces de sentarse, voltearse en sus camas, ponerse de pie y caminar. Evaluar la respiración para restaurar el intercambio respiratorio de gases a la normalidad, lo que es esencial para la recuperación. Cuando los pacientes respiran profundamente y son capaces de toser, se da un puntaje de 2, pero si el esfuerzo respiratorio está limitado (paralizado o superficial) o hay disnea aparente, el puntaje es de 1. Cuando no hay actividad espontánea evidente, el puntaje es 0. La habilidad de respirar adecuadamente depende también del grado de actividad del paciente en recuperación. Además, es importante

haber recuperado el reflejo de la tos y la capacidad de comprender la orden de tomar una inspiración profunda y toser.

Circulación: Las alteraciones de la presión arterial se han escogido como la medida representativa de esta compleja función ya que este signo ha sido medido antes, durante y después de la anestesia. Cuando la presión arterial sistólica al llegar a la sala de recuperación está entre más o menos 20% del nivel pre-anestésico, se da un puntaje de 2. Si el mismo índice está entre más o menos 20% a más o menos 50% del mismo control, se da un puntaje de 1. Cuando la presión arterial tiene un rango de variación mayor del 50% con respecto a la medida original, el puntaje es de 0.

Conciencia: El estado completamente alerta, demostrado por la capacidad de responder preguntas con claridad, recibe un puntaje de 2. Si los pacientes se despiertan sólo cuando son llamados por su nombre, reciben un puntaje de 1. La ausencia de respuesta al estímulo auditivo recibe un puntaje de 0. Se prefiere el estímulo auditivo al físico y además puede ser repetido cuantas veces sea necesario. El nivel de consciencia también afecta los índices de actividad y respiración.

Oxigenación: A pesar que en el pasado el nivel de oxigenación se evaluaba con el color de la piel (rosada = 2, ictericia o palidez = 1 y cianosis = 0); la necesidad de una medida más objetiva se resolvió con la utilización generalizada de la oximetría de pulso. Cuando los pacientes son capaces de mantener una SPO >92% respirando aire ambiente, su puntaje es de 2. Si los pacientes necesitan suplemento de oxígeno para mantener una saturación >90% el puntaje es 1. Si la saturación es menor 90 % a pesar de administrar oxígeno el puntaje es 3.

Limitaciones: Aunque uno quisiera tener un método ideal de evaluación, se debe reconocer que el puntaje de PRP, como fue descrito clásicamente, no considera la posibilidad de algunas condiciones clínicas que ameritan la continuación de la observación en la sala de recuperación o el traslado del paciente a la unidad de cuidado intensivo. Estas son:

Arritmias cardíacas que no afectan la presión arterial. Sangrado del sitio de la incisión. Dolor severo incontrolable. Náuseas y vómito persistente. Ocasionalmente, una o más de estas complicaciones pueden presentarse, aunque el paciente tenga un PRP de 10; en estas circunstancias pueden ser retenido en la sala de recuperación post-anestésica hasta que el problema sea resuelto y puede ser transferido a la unidad de cuidado intensivo si se indica.[16]

En el presente el uso e interpretación de las escalas post anestésicas facilitan el trabajo de los profesionales de enfermería[5].Ayuda al diagnóstico clínico, sino que advierte del riesgo de padecer el problema, con la observación oportuna que confirma o no su presencia, junto a otros datos clínicos valorados. Es de suma importancia conocer las capacidades de los métodos diagnósticos y pronósticos empleados para la correcta interpretación de los resultados. Para ello son fundamentales la sensibilidad y especificidad de una escala a la vez que la prevalencia esperada del problema en la población sujeta a estudio.

El enfermero es el responsable del cuidado de las condiciones hemodinámicas y de efectos residuales de los anestésicos (Aldrete, EVA, Bromage) y se tomarán en cuenta aquellas destinadas a valorar los factores de riesgo para presentar eventos de TEP (Tromboembolia Pulmonar) y TVP (Trombo embolismo Venoso), las cuales serán valoradas a tiempo cero (llegada del paciente a recuperación), 15', 30', 60' y 90' como estándar mínimo, sin embargo el paciente será monitorizado de acuerdo las condiciones hemodinámicas que presente su estado físico.

Escala de Aldrete: Es la escala que permite valorar la recuperación post anestésica del paciente. La escala Aldrete modificada, es un aporte valioso para la evaluación ambulatoria, su conocimiento y aplicación es importante debido a que el usuario recuperado de los efectos anestésicos es dado de alta a su domicilio, él se valdrá por sí solo a pesar de su intervención quirúrgica en el post operatorio mediato y lejano. Esta escala se utiliza para todas aquellas personas que recibieron analgesia general. Con 8 puntos se puede dar de alta, aunque lo ideal es 10 puntos.[17]

El Objetivo de la escala permite valorar al paciente en su recuperación anestésica, quiere decir que se han metabolizado los efectos de los agentes anestésicos empleados y que el paciente está fuera de algún acontecimiento fatal por efectos colaterales. Durante la etapa de recuperación en la unidad correspondiente (URPA) y antes de dar el alta de esta unidad, se evalúan las siguientes áreas: Actividad, respiración, circulación, conciencia y coloración, con una puntuación de ingreso de 0 a 2 puntos y condiciones de alta de 8 a 10 puntos.

Escala de Bromage, es cualitativa y cuenta con 4 categorías que permiten definir el grado de bloqueo motor tras una anestesia epidural o espinal. Para valorar con esta escala, se pide al paciente que mueva las extremidades inferiores y según respuesta obtenida se asigna la categoría de: Bromage Nulo 0%: No puede levantar la pierna; Bromage Parcial 33%: Incapaz de elevar la pierna extendida, pero es capaz de flexionar las rodillas con movimiento normal de pes. Casi Completo 66%: Capaz de flexionar rodillas con movimiento normal de pies. Completo 100%: Capaz de flexionar rodillas con movimiento normal de pies.[18]

Escala de Stewart, Aplicada a niños menores de 8 años, cada concepto esta graduado de 0 a 2; la puntuación máxima de 6 corresponde a los criterios de salida de la Unidad. Conceptos evaluados: 1) Consciencia: Despierto (2), responde a los estímulos (1), No responde (0) 2) Respiración: Tose a petición (2), Buena ventilación (1), Asistencia ventilatoria (0); 3) Movimientos: Voluntarios (2), Involuntarios (1), Ausencia de movimiento (0).[19]

Cada individuo aprende el significado de la palabra dolor a través de una experiencia personal; tiene múltiples y diversas características anatómicas fisiopatológicos, variadas interrelaciones con aspectos psicológicos y culturales. Para el presente estudio cuenta con el planteamiento de La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable

con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño", citado por Dagnino J. [20]

La IASP destaca en su definición del dolor asociado a daño tisular y se describe como producido por éste, pero evita decir claramente que el dolor esté producido por él mismo. Esto permite considerar que incluso en aquellas formas de dolor en las que no hay daño tisular que las ocasione, generalmente como consecuencia de lesiones neurológicas, los pacientes describen el dolor como si estuviera producido por una lesión periférica.[21]

La anatomía y fisiología, explica el dolor con la existencia de receptores nerviosos o receptores nociceptivos, terminaciones libres de fibras nerviosas localizadas en tejido cutáneo, en articulaciones, en músculos y en las paredes de las vísceras que captan los estímulos dolorosos y los transforman en impulsos. Denominados como: Mecanos receptores: estimulados por presión de la piel; Termos receptores: estimulados por temperaturas extremas y Receptores polimodales: responden indistintamente a estímulos nociceptivos, mecánicos, térmicos y químicos.

El «proceso del dolor» se inicia con la activación y sensibilización periférica donde tiene lugar la transducción por la cual un estímulo nociceptivos se transforma en impulso eléctrico. La fibra nerviosa estimulada inicia un impulso nervioso denominado potencial de acción que es conducido hasta la segunda neurona localizada en la asta dorsal de la médula, estamos hablando de la transmisión. En el proceso de modulación, en la asta dorsal de la médula, intervienen las proyecciones de las fibras periféricas y las fibras descendentes de centros superiores. La transmisión de los impulsos depende de la acción de los neurotransmisores. Por último, tiene lugar el reconocimiento por parte de los centros superiores del SNC (Sistema nervioso central).[22]

El dolor puede ser clasificado teniendo en cuenta su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronóstico de control del

dolor y, finalmente, según la farmacología. De acuerdo a su duración puede ser agudo, cuando es limitado en el tiempo; Crónico: Ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico. Es el dolor típico del paciente con cáncer.

El dolor Neuropático es producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Se describe punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y anodinia. El dolor Nocioceptivo es el más frecuente se, divide en somático y visceral. El dolor Psicógeno: Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo. De acuerdo a su localización puede ser Somático se produce por la excitación anormal de nocioceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculo esquelético, vasos, etc.). Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos.

Dolor Visceral: Es producido por la excitación anormal de nocioceptores viscerales, es continuo y profundo. Asimismo, puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó. Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos. Ejemplos los dolores de tipo cólico, metástasis hepáticas y cáncer pancreático.

Según el curso puede ser continuo a lo largo del día y no desaparece, Irruptivo con exacerbación transitoria del dolor. El dolor incidental es un subtipo del dolor Irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente. Según la intensidad puede ser: Leve, Moderado y Severo: Interfiere con el descanso. Precisa un tratamiento de opioides mayores. Según factores pronósticos de control del dolor. El dolor difícil (o complejo) es que no responde a la estrategia analgésica habitual (escala analgésica de la OMS). El Edmonton Staging System pronostica el dolor de difícil control (Tabla I). Finalmente, de acuerdo a la farmacología, el dolor responde bien a los opiáceos: dolores viscerales y somáticos. Parcialmente sensible a los opiáceos: dolor óseo (además son útiles los AINE) y el dolor por compresión de nervios periféricos (es conveniente asociar un esteroide).

Las características e intensidad del dolor postoperatorio son agudo es visibles, causado por un traumatismo quirúrgico, que desencadena una reacción inflamatoria y una descarga neuronal aferente, por lo que lo ideal es evitar inconvenientes y complicaciones, escasamente sensible a opiáceos: dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos (responde a antidepresivos o anti convulsionantes).[22]

Las características e intensidad del dolor postoperatorio son visibles, por lo que lo ideal es evitar inconvenientes y complicaciones. El dolor postoperatorio es considerado como el máximo representante del dolor agudo, definiéndose como el dolor que se genera por un estímulo originado en lesiones, enfermedades o una función anormal de vísceras o muslos.

Dolor visceral, cuando la activación por infiltración, compresión, distensión, tracción o isquemia de vísceras, por los nocioceptores, al dolor se añade el espasmo de la musculatura lisa en vísceras huecas, con un dolor pobremente localizado, profundo y opresivo. Cuando es agudo se acompaña frecuentemente de manifestaciones vegetativas como náuseas, vómitos, sudoración, taquicardia y aumento de la presión arterial con frecuencia, el dolor se refiere a localizaciones cutáneas que pueden estar distantes de la lesión.[23]

Incrementando el conocimiento del dolor se ha clasificado cuatro causas que explican elevada incidencia de dolor postoperatorio: Una de ellas es la ausencia de conocimiento o conceptos erróneos sobre tratamiento del dolor por parte del personal de enfermería. Le sigue la ausencia de evaluación o valoración inadecuada de la intensidad de dolor y de la eficacia del tratamiento utilizados. En tercer lugar, La ausencia de información/ educación del paciente sobre las consecuencias del dolor no tratado de forma adecuada y sobre las posibilidades de la analgesia en el periodo postoperatorio. Finalmente, la ausencia de estructuras organizativas que gestionen el proceso de dolor a lo largo de todo el periodo peri operatorio, en

las que participen todos los estamentos implicados en la asistencia del paciente.[24]

Como parte esencial del estudio se describe primero las Escalas de Evaluación de Intensidad de Dolor, de la siguiente manera.

a.- La Escala Numérica (EN): Que va del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma.[24]

b.- La Escala Visual Análoga (EVA), ideada por Scott Huskinson en 1976 como un instrumento simple, sólido, sensible y reproducible, siendo útil para reevaluar el dolor en el mismo paciente en diferentes ocasiones. Su validez para la medición del dolor experimental ha sido demostrada en numerosos estudios y su fiabilidad también ha sido recientemente evaluada, encontrándose satisfactoria englobada con la evaluación en 4 rangos: 0 ausencia de dolor, 1 - 3 dolor de intensidad mínima, tolerable; 4 - 7 dolor de intensidad moderada, y de 8 - 10 dolor intenso.[25]

Según. García, M et al., manifestaron que:" el cuidado profesional es entendido como la esencia de la disciplina de enfermería y tienen como fin cuidar integralmente al ser humano en condiciones de salud y enfermedad mediante enseñanzas de cuidado, sustentadas en un conocimiento teórico-práctico científicos y humanísticos para la conservación y mantenimiento de la vida".[26]

La interpretación del cuidado es un tema en particular sensible para las diferentes ciencias, pero es enfermería quien al transcurrir el tiempo ha conceptualizado y definido el cuidado, su connotación de variación a través del tiempo va en relación a los paradigmas emergentes, hoy en día los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, como por ejemplo Watson[12], quien refiere: "el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente".

Los cuidados humanos son la esencia de Enfermería, están constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación Watson J.[27]

Boff, L, describe que cuidar es más que un acto, una actitud, por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y de desvelo. Representa una actitud de ocupación, de preocupación, de responsabilizarían y de compromiso Dependientes.[28]

En centro quirúrgico y la Unidad de Recuperación: La atención de Enfermería es durante las veinte y cuatro horas al día a paciente programados o de emergencia para un acto quirúrgico, el personal de enfermería cumple funciones asistenciales en la recuperación post anestésica y post quirúrgica inmediata en el post operatorio inmediato, realizado por la enfermera de hospitalización. [30]

Henderson, V. Destaca que “La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.”[31]

La enfermería como profesión ha ocupado un lugar importante en las ciencias de la salud, por su carácter profesional y dinamismo ha consolidado el objeto su hacer el cuidado a través del desarrollo del arte, la ciencia y la tecnología, pues como lo expresaba Dock Stewart en 1925: “Corazón, manos y cabeza - alma, habilidad y ciencia se fueron uniendo firmemente para asentar los poderosos cimientos de la enfermería moderna”. [32]

Centro quirúrgico: conjunto de ambientes o unidad operativa compleja, donde convergen las acciones quirúrgicas programadas y de

emergencias de varios servicios del hospital. Funciona las 24 horas del día, en su funcionalidad se encuentra el área de apoyo quirúrgico que es la unidad de recuperación post anestésica, ahí se recibe a los pacientes que han sido sometidos a una intervención quirúrgica y que estando bajo el efecto anestésico necesitan una vigilancia permanente hasta que el paciente recupere su estado de conciencia.[33]

2.3. Definición de términos básicos.

Conocimiento: “Información que se obtiene mediante la experiencia y el aprendizaje a través de la introspección”. Por lo tanto, tiene su origen en la percepción sensorial y después de llegar al entendimiento concluye con la razón. Es el nivel de comprensión de todo aquello que es percibido y aprendido por la mente humana, su contexto y su alcance son ilimitados.[34]

Cuidado humanizado: “Capacidad técnica con relación terapéutica que el enfermero establece con el paciente y supone acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad”.[29]

Escalas de valoración post anestésicas: Valoración y seguimiento periódico de las funciones vitales y condiciones especiales del paciente en postoperatorio, encaminadas a su optimización, que permiten el posterior traslado del paciente de forma segura fuera de las salas de cirugía[35]

Dolor: Una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño.[20]

Centro quirúrgico: Conjunto de dependencias o ambientes que incluyen un cierto número de quirófanos y varios locales anexos, absolutamente integrados funcional y físicamente, en la unidad de recuperación como nexo donde se recibe a los pacientes que han sido

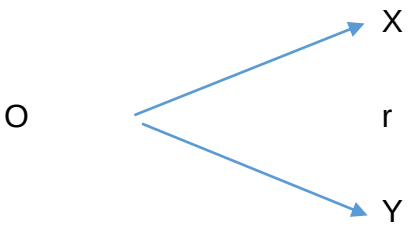
sometidos a una intervención quirúrgica y que estando bajo el efecto anestésico necesitan una vigilancia permanente hasta que el paciente recupere su estado de conciencia.[33]

3. MATERIAL Y MÉTODOS.

3.1. Tipo de estudio.

De acuerdo al objeto de estudio de la investigación, se optó por el tipo cuantitativo; con diseño descriptivo correlacional, no experimental de corte transversal. Es cuantitativo porque permitió estudiar con objetividad la causa y el efecto de la realidad en estudio y fue descriptivo porque permitió conocer el nivel de conocimiento del enfermero al aplicar las escalas de evaluación post anestésicas y de dolor sobre el cuidado humanizado que brinda al paciente del servicio de centro quirúrgico. Fue transversal porque el estudio de las variables se realizó en un momento dado, haciendo un corte en el tiempo, durante los meses de agosto 2016 a julio 2019, tiempo en el cual la variable fue estudiada en una sola oportunidad. Representado en el siguiente diagrama, donde:

M



Donde:

M: muestra

O: observación de la variable de estudio

r: relación de variables

3.2. Población, muestra y muestreo.

La población fueron 18 enfermeras que laboran en el servicio de centro quirúrgico y que rotan en recuperación post anestésica del hospital regional II-2. Tumbes.

La muestra se dio por conveniencia de la investigación, conformada por el 100 % de la población por ser el universo pequeño. El muestreo fue de carácter no probabilístico, donde todos los individuos de la población formaron parte de la muestra. Considerando los criterios de inclusión y exclusión.

3.3. Métodos, técnicas instrumentos de recolección de datos.

Se utilizó el método de la encuesta, aplicando un instrumento, formulario que constó de 04 partes para recolectar los datos de los enfermeros participantes.

En primer momento se solicitó por escrito la autorización respectiva, formalmente con documento al Director, Jefe de la Oficina de Capacitación y Coordinador de Centro Quirúrgico del Hospital Regional II-2 JAMO Tumbes, con la finalidad de contar con su apoyo para el ingreso a las instalaciones del Centro Quirúrgico y recolectar los datos de la investigación; Se asistió en los diferentes horarios para encuestar al personal de Enfermería. Para la obtención de datos se explicó a los enfermeros la intencionalidad del trabajo y el manejo ético y confidencial de la información recolectada, se solicitó la firma de la carta de consentimiento informado. Luego se explicó el contenido de la encuesta que fue diseñada por los autores del trabajo de la investigación en base a la operacionalización de las variables.

En la recolección de datos, se utilizó el cuestionario, cuyo contenido fue validado por juicio de experto y la validez de respuesta por el alfa de Cronbach, lo cual dio confiabilidad al instrumento.

3.4. Procesamiento y análisis de datos.

Para el procesamiento de datos, se estableció un plan y los datos fueron procesados de la siguiente manera: a) Se codificaron los instrumentos del número 1 al número 18; b) Se elaboró una base de datos, utilizando los softwares Excel y SPSS c) Se determinaron las frecuencias absolutas y relativas porcentuales de cada una de las variables en estudio, arribándose a resultados significativos.

Para el análisis de datos los resultados se presentan en tablas de simple entrada y gráficos de torta y barras, de acuerdo al tipo de variable estudiada. El análisis de los resultados fue a través de la estadística descriptiva.

Para el contraste de los resultados se aplicó la prueba de Ji cuadrado.

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e} \right]$$

3.5. Rigor Ético

Durante el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta los aspectos éticos establecidos en el marco de los derechos humanos consignados en la ley Nº 011-2011-JUS, Establecido para el Perú en el diario oficial El Peruano.[36]

Principio de beneficencia y ausencia de daño: Por encima de todo no hacer daño. En el presente estudio sólo se recabó información a través de un cuestionario, para lo cual se tuvo especial consideración en la formulación de las preguntas para evitar infligir daño psicológico asegurando al sujeto que las repuestas no serán utilizadas en su contra.

Principio de defensa de la persona humana y el respeto a su dignidad, que se constituye en el fin supremo de la sociedad y del estado, fundamentalmente para el ejercicio de los derechos que le son propios. El enfermero en este estudio fue considerado siempre como un sujeto y no como objeto, fue valorado como persona y conforme al estado de derecho.

El principio de autonomía y responsabilidad personal: Los enfermeros decidieron por voluntad propia participar en el presente estudio, previo conocimiento estricto de la información: se les explico en forma sencilla, clara y precisa la naturaleza de la investigación, objetivos y procedimiento a utilizar. Asimismo, se brindó en todo momento un trato amable y respetuoso aclarándoles las dudas que surgieron durante la interacción.

Principio de primacía del ser humano y de defensa de la vida física, en la presente investigación se tuvo como sujeto de estudio al enfermero, se consideraron sus derechos como persona favoreciéndoles siempre, evitando el mal y buscando siempre su bien, en todo momento de la investigación.

3.6. Rigor Científico

En el rigor de la investigación se consideraron los principios éticos de cientificidad de Gozzer planteados el 1998 y vigentes a la actualidad.[37]

Confidencialidad: La información obtenida en la presente investigación fue empleada para los fines señalados.

Credibilidad: en ninguna circunstancia se falsearon los resultados, ni los datos obtenidos, respetándose el valor de la verdad investigada.

Confirmabilidad: Los resultados podrán ser confirmados por quien lo desee, siendo la misma metodología y aplicando el mismo instrumento.

Auditabilidad: Los hallazgos obtenidos podrán servir para otra investigación.

Beneficencia: Las personas no sufrirán daños físicos y psicológicos, en el estudio no se ha puesto en riesgo su integridad.

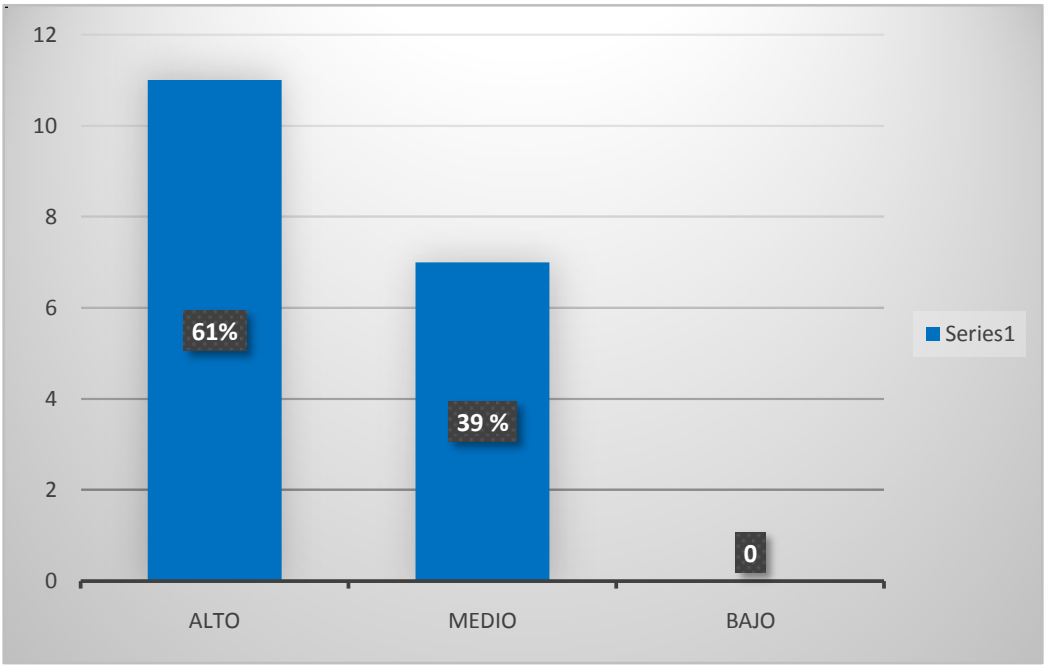
Respeto a la dignidad humana: se mantuvo el respeto del ser humano, mediante el consentimiento informado, firmado por los sujetos de investigación, por su voluntad.

Conocimiento irrestricto de la información: se informó detalladamente a las personas, la naturaleza del estudio y sus derechos. No fueron obligados ni condicionados a hacerlo.

Justicia: tuvieron un trato justo durante el desarrollo de la investigación y se respetó la privacidad del participante conservando por ello el anonimato con el uso de seudónimos.

4. RESULTADOS.

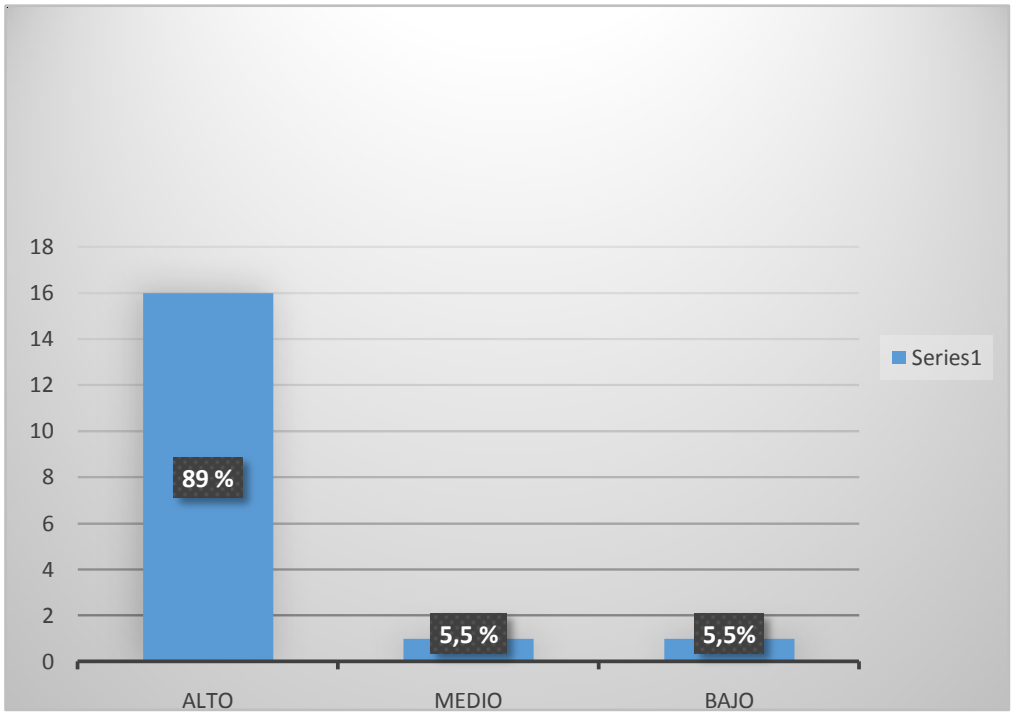
GRÁFICO 1: CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO SOBRE ASPECTOS GENERALES EN CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES-2019.



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ENFERMEROS DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO ELABORADA POR LAS INVESTIGADORAS.

En el gráfico 1, se observa que el 61 % del total de enfermeros del estudio tienen un nivel alto de conocimiento, seguido del el 39% que tiene un nivel medio.

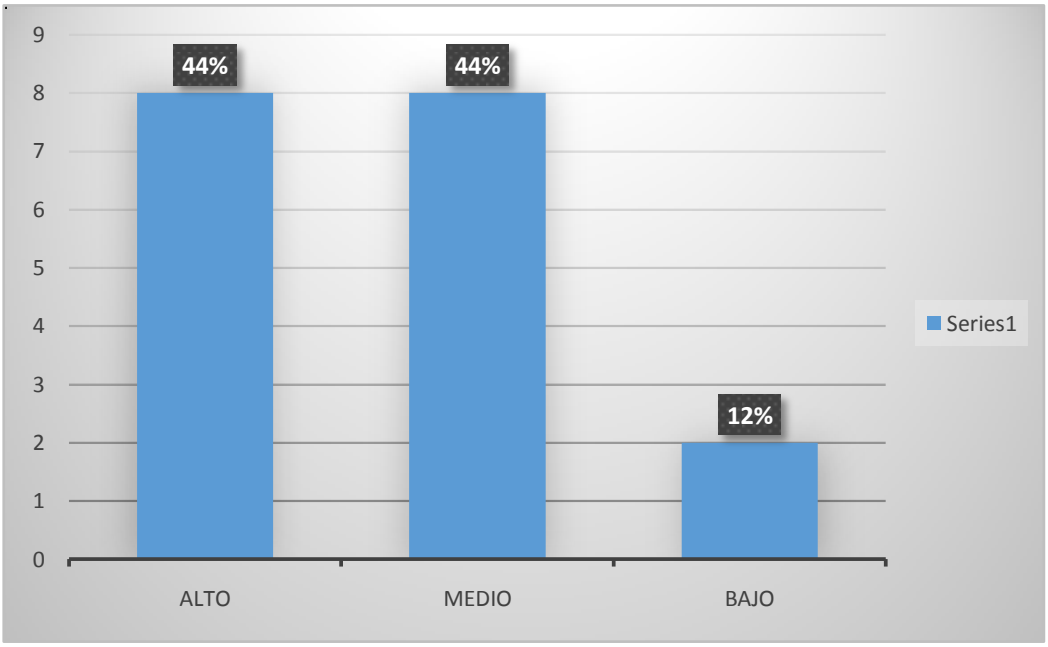
GRÁFICO 2: CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO SOBRE LAS ESCALAS DE EVALUACIÓN POST ANESTÉSICAS EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2019.



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ENFERMEROS DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO ELABORADA POR LAS INVESTIGADORAS.

El gráfico 2.- Muestra que el 89% de los enfermeros tienen un nivel de conocimiento alto en relación a las escalas post anestésicas, el 5,5% nivel medio y un 5,5% un nivel bajo.

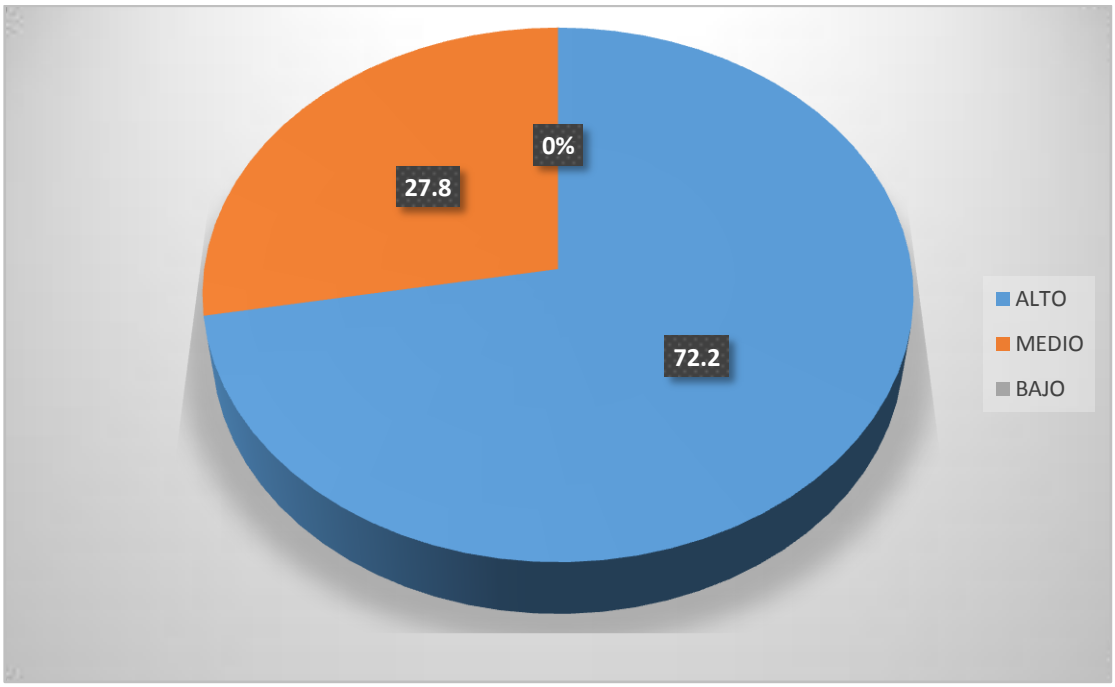
GRAFICO 3: NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO SOBRE LA ESCALA DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2019.



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ENFERMEROS DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO ELABORADA POR LAS INVESTIGADORAS.

El gráfico 3.- Muestra que el 44% de los enfermeros investigados cuentan con un nivel alto y medio sobre las escalas del dolor; solo un 12% tuvo un nivel bajo.

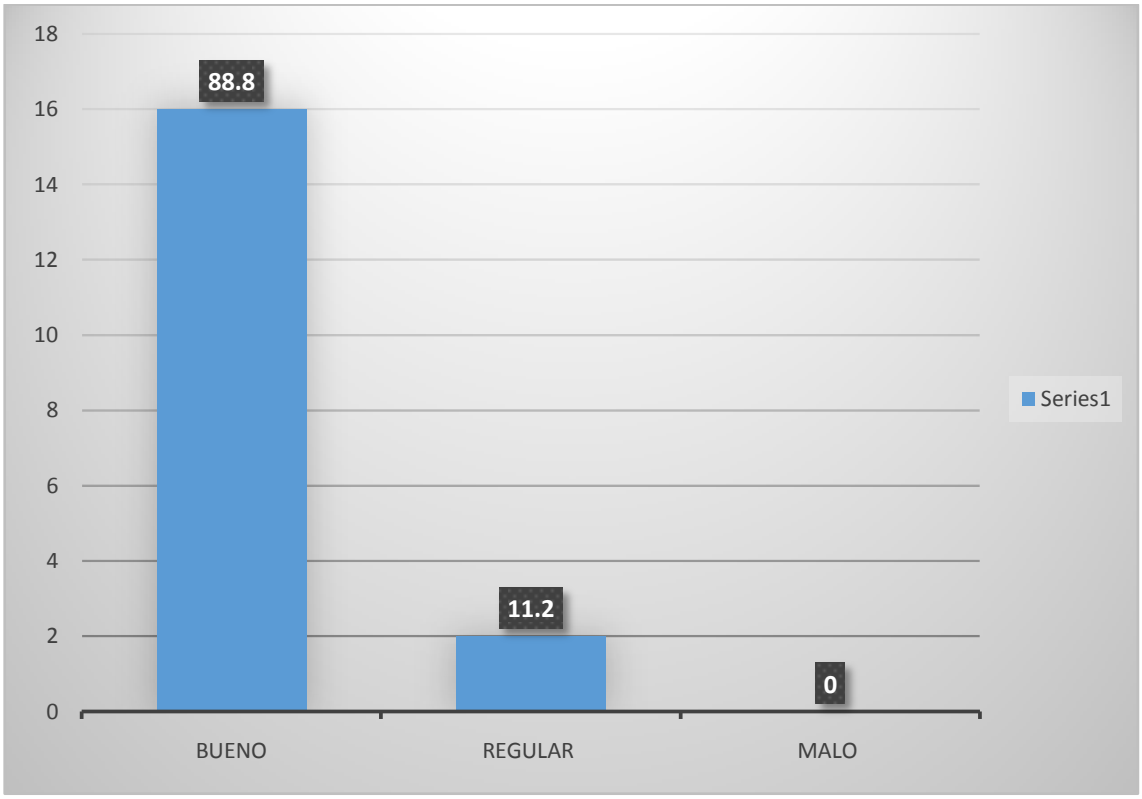
GRAFICO 4: CONOCIMIENTO GENERAL DEL ENFERMERO SOBRE LAS ESCALAS DE EVALUACIÓN POST ANESTÉSICAS, EL DOLOR EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2019.



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A ENFERMEROS DEL SERVICIO EN ESTUDIO ELABORADA POR LAS INVESTIGADORAS.

El gráfico 4, representa el nivel de conocimiento general del enfermero que labora en el contexto del estudio sobre escalas de evaluación post anestésicas, el dolor, donde el 72,2% tiene un nivel alto, el 27,8% un nivel medio, no se encontró un conocimiento bajo en el dominio de las escalas.

GRAFICO 5: CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍAEN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2019.



FUENTE: encuesta aplicada a enfermeros del servicio de centro quirúrgico elaborada por las investigadoras.

El gráfico 5, representa el cuidado humanizado que el enfermero brinda en el Servicio en estudio, donde el 88.8% brinda un buen cuidado y un 11,2% brinda un cuidado regular.

TABLA 1: RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO DE LAS ESCALAS DE EVALUACIÓN POST ANESTÉSICAS, DOLOR, Y CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2019.

Nivel de conocimiento	**Cuidado humanizado**						**Total**	
	Bueno		Regular		Malo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	12	66.6	1	5.6	0	0%	13	72.2
Medio	4	22.2	1	5.6	0	0%	5	27.8
Bajo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	16	88.8	2	11.2	0	0%	18	100

FUENTE: encuesta aplicada a enfermeros, elaborado por las investigadoras.

La tabla 1, Representa la relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de las escalas de evaluación post anestésicas, el dolor, sobre el cuidado humanizado de enfermería en el servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional II-2 Tumbes; donde el 66.6% de los encuestados tiene un alto conocimiento y cuidado humanizado bueno y el 22.2% de los encuestados tiene un conocimiento medio y brinda cuidado humanizado bueno.

La prueba de x^2indica que no existe relación entre las variables de estudio: Nivel de conocimiento del enfermero en las escalas de evaluación post anestésicas, el dolor sobre el cuidado humanizado de enfermería en el servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional II-2 Tumbe, con un valor de no significancia 0,457 (P >0.05).

TABLA 2: RESULTADO DE PRUEBA CHI CUADRADO:

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	0,554[a]	1	0,457		
Corrección de continuidad[b]	0,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	0,503	1	0,478		
Prueba exacta de Fisher				0,490	0,490
N de casos válidos	18				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,56.
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

La prueba chi cuadrado resulta no significativa (p> 0,05) lo que significa que no existe relación de dependencia significativa entre el conocimiento de las escalas de evaluación post anestésicas, el dolor sobre el cuidado humanizado, rechazándose hipótesis de investigación, aceptando hipótesis nula.

5. DISCUSIÓN.

El conocimiento como componente vital en el cuidado de enfermería, en la práctica se da a través de competencias que se definen en elementos del saber, saber hacer y saber ser; donde el enfermero constantemente está en búsqueda de la consolidación del conocer al individuo y su entorno; relacionando el conocimiento técnico con el científico y el cuidado humano orientado a comprender a la persona en el entorno en el que se desenvuelve, enfocándose en los conceptos de cuidado y salud. Siendo el objetivo de la presente investigación: determinar la relación del nivel de conocimiento del enfermero de las escalas de evaluación post anestésica, el dolor sobre el cuidado humanizado de enfermería, encontrando los siguientes resultados:

El 61 % del total de enfermeros que participaron en el estudio, tienen un nivel alto de conocimiento sobre protocolos y complicaciones, seguido de un 39% que representa un nivel medio. Contrastando los resultados con el estudio de Carrillo, V. fueron muy diferentes al presente trabajo en relación a que el 100% del personal de enfermería del servicio de urología no conoce en qué consiste el procedimiento y sus complicaciones lo que repercute en el cuidado de enfermería que se brinde con conocimiento científico y en forma oportuna en el post operatorio inmediato y mediato.[5] Garantizar un servicio de calidad con el avance de la ciencia, la tecnología y la complejidad de las enfermedades demandan en este profesional alta capacitación con dominio total en las diferentes áreas (Gráfico 1).

Asimismo, respecto al nivel de conocimiento del enfermero en la aplicación de las escalas post anestésicas en el servicio en estudio, encontramos que predomina un nivel alto con el 89% y solo el 5,5% corresponde tanto para un nivel medio y bajo (Gráfico 2). Encontramos que en el estudio de Incalla y Zegarra[8] sobre conocimiento y actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico y dolor en el servicio de

recuperación del HNCASE de Arequipa, mostraron resultados similares, afirmando que el uso de las escalas de medición permite brindar mayor tiempo a la atención del paciente y simplificar los registros; la intención de estas guías no es la de reemplazar el criterio de la enfermera, sino que constituyen normas generales tendientes a corregir conductas basadas en conocimiento, interpretación y acciones en el actuar de la enfermera en el pre y post operatorio, post anestésico y dolor. El trabajo como el de Aldrete J[4], señala que la aplicación de la escala al final de la cirugía ha demostrado ser efectiva, confiable y segura en cientos de millones de pacientes, permitiendo evaluar la condición clínica de las cirugías al final de la anestesia, siendo un instrumento práctico y objetivo para determinar el proceso de recuperación post anestésica y determinar el momento de alta. Ambos estudios garantizan que cumplan con la evaluación, de tal manera que se asegure una atención con el menor riesgo posible al paciente, asimismo el enfermero disponga de un mayor tiempo para el cuidado humanizado.

Sobre el conocimiento de las escalas del dolor, los participantes en el estudio tuvieron un nivel alto y medio igual al 44% y solo un 12% tuvo un nivel bajo (Gráfico 3). Según Aranda, V y Márquez[9], en su estudio sobre nivel de conocimiento y aplicación de escalas del dolor en post operatorio, por enfermeros (as) del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, obtuvieron como resultado respecto a la dimensión sobre conocimiento de las escalas del dolor post operatorio un 54% (07) que corresponde a un nivel medio, 39% (05) presenta nivel alto y el 7% (01) nivel bajo de conocimiento. En el análisis de nuestro estudio podemos apreciar similitud con él trabaja de Arana, donde ambos obtuvieron un nivel medio que corresponde al 44% y 54% y un nivel alto con el 44% y 39% respectivamente.

En lo que refiere al análisis general de la variable: Nivel de conocimiento del enfermero de las escalas de evaluación post anestésica, el dolor, nos permitimos concluir que los enfermeros el 72,2% tiene un nivel alto, el 27,8% un nivel medio (Grafico 4). Merece especial mención el estudio de Carrillo, V[5] donde destaca otro aspecto de su resultado en cuanto al

haber obtenido un porcentaje significativo del 76%, en el que considera importante el estado de conciencia y el dolor en el post operado, siendo ello un factor favorable para brindar un cuidado de calidad. Es importante tomar en cuenta el reporte en su trabajo en la creación y aplicación de la escala que lleva su nombre Aldrete J[4], donde demuestra ser efectiva, confiable y seguro en cientos de millones de pacientes evaluados con este método en los Estados Unidos y la mayoría de países latinoamericanos, permite evaluar la condición clínica de las cirugías al final de la anestesia y seguir su recuperación gradual hacia la conciencia, recuperación de la fuerza y determinar el momento en que deben ser dados de alta. Últimamente, ha requerido una modificación la escala de Aldrete original ampliándola para que incluya criterios que permitan saber si el paciente está listo para deambular en la calle y eventualmente está listo para ir a su casa. Desde nuestro punto de vista analizamos que el conocimiento de las escalas de evaluación post anestésicas, el dolor, permite, aplicar conocimiento interpretativo y dar seguridad en la atención del post anestesiado, asegurando la calidad de la atención. Más no la calidez de la atención.

Por otro lado en el análisis que hacemos de la variable: Cuidado humanizado cuyos indicadores son trato al paciente y cuidado de enfermería, los resultados nos demuestran que el 88.8% brinda un cuidado bueno y un menor porcentaje equivalente al 11,2% brinda un cuidado regular (Gráfico 5), resultados que no concuerda con los obtenidos en el estudio realizado por Espinoza I, Huerta K, et al[6] que devela que algunas veces se percibe el 44% de apoyo en el cuidado, 47,7% de apoyo emocional, 35,4% de apoyo físico, 32,2% de cualidades de enfermería, 30,8% de pro actividad, 52,3% de empatía y 55,4% de disponibilidad en el cuidado y el 36,9% nunca percibió una priorización en su cuidado. Se identifica que los indicadores que analiza en su mayoría obtuvieron menos del 50 % lo que concluye que existe una baja percepción del cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería hacia los pacientes y evidencia una atención de baja calidad. Mientras el resultado obtenido por Gonzales B, Quintero M[2], demuestran similitud con nuestro estudio, donde el 73 % siempre percibieron los comportamientos de cuidado humanizado en las enfermeras.

En el cuidado enfermero, la interacción con la persona es fundamental, ya que la actitud positiva del profesional de enfermería, así como la seguridad y la empatía son cualidades que permiten trasmitir confianza a la persona, de tal manera que se logre minimizar sus temores y afrontar su situación de salud de la mejor forma posible. El cuidado humanizado se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el enfermero establece con el paciente, y supone acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad que implica el cuidado humanizado.[29]

A partir de los hallazgos encontrados, la relación entre el nivel de conocimiento del enfermero sobre las escalas de evaluación post anestésicas, el dolor y el cuidado humanizado de enfermería en el servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional II-2 Tumbes; demuestra que el 66.6% en los enfermeros sujetos al estudio, tienen un alto conocimiento y el 22,2% tiene conocimiento medio ambos brinda un cuidado humanizado bueno, Sánchez J, Aguayo C y Galdámez L, asevera que enfermería tiene su propio cuerpo de conocimientos; pareciera que la experiencia y vivencia del profesional de enfermería, va más allá de las habilidades técnicas y de discernimiento que se establecen en la relación estable, segura y auténtica entre profesional de enfermería-paciente, en el cual enfermería es la garante de conducir este cuidado como una herramienta de gestión, siempre bajo el alero de un razonamiento crítico y científico de su accionar.[38]

Finalmente se comprueba la hipótesis nula, la que demuestra que el nivel de conocimiento de las escalas de evaluación poste anestésica el dolor no tiene ninguna relación con el cuido humanizado de los enfermeros. Esta hipótesis ha sido contrastada con la prueba no paramétrica del Ji cuadrado cuyo valor fue x^2=0,554, con gl= 1 y un nivel de significancia 0,457 (p>0.05). Delo estudiado y dando el valor de las variables independientes respecto al cuidado de enfermería Montenegro I[7], resalta que el cuidado se fundamenta en la interacción con la persona, esto incluye diversos componentes que

consolidan al cuidado durante la labor asistencial, dicha relación es recíproca y va acompañada de la empatía, la confianza, comprensión y el respeto, componentes que vienen de la formación individual del enfermero, lo que desvincula el cuidado humanizado del conocimiento.

Moscovi[13] destaca que el conocimiento es el resultado de un proceso constructivo, en el cual se adquiere información procedente del medio e interactúa con lo que ya posee, incluye sistemas de valores que dan capacidad de organización de conocimientos; lo que le da al enfermero el dominio para las practicas del cuidado de la salud. Los autores podríamos decir que el conocimiento y el cuidado humanizado en la realidad estudiada tienen un patrón de comportamiento en condiciones iguales, lo que resulta que no tiene relevancia significativa, no existe una relación directa entre el nivel de conocimiento del enfermero de las escalas de evaluación post anestésica, el dolor sobre el cuidado humanizado; si analizamos que los participantes del estudio en promedio cuentan con especialidad (50%) de igual manera el mismo promedio son enfermeros generales con más de 05 años de experiencia.

6. CONCLUSIONES.

1. Los enfermeros del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional II – 2 JAMO Tumbes, muestra que el 72,2 % de los profesionales tiene un nivel de conocimiento alto sobre el dominio de las escalas de evaluación post anestésicas, el dolor y el 27,8% un nivel de conocimiento medio.

2. El 88,8% de los enfermeros brindan un buen cuidado humanizado a los pacientes que transitan por el servicio de Centro Quirúrgico, seguido del 11,2% brinda un cuidado regular.

3. No existe relación significativa entre la variable conocimiento sobre las escalas de evolución post anestésica, el dolor sobre el cuidado humanizado de los enfermeros de Centro Quirúrgico del Hospital Regional II – 2 JAMO Tumbes del (p= >0,05). Lo que comprueba la hipótesis nula.

7. RECOMENDACIONES.

1. Se recomienda a las autoridades del Hospital Regional II-2 Tumbes, reconocer con incentivos laborales al profesional de enfermería; asimismo facilitar las capacitaciones de especialidad para el logro de las certificaciones y recertificación, de tal manera que cumpla con los estándares de calidad y calidez.

2. Las oficinas de capacitación en coordinación con la jefatura del departamento de enfermería deben proponer y desarrollar actividades de capacitación dirigida a áreas críticas como es centro quirúrgico, unidad de cuidados intensivos y emergencia, específicamente lo relacionado a indicadores que correspondan a cada servicio.

3. Resulta imprescindible que el profesional de enfermería implemente el uso de las escalas post anestésicas y del dolor en el cuidado de enfermería.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. L H, zequeira D, Miranda A. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. Revista Cubana. 2013; 26(01).
2. Gonzales B, Quintero M. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. Bogotá:; 2013.
3. Pérez I. Escala de valoración de Aldrete modificada Vs su adaptación parapacientes obstétricas. H. Veracruz :; 2014.
4. Aldrete J. Escala Aldrete y ALdrete modificada. Fundación Index. 2007.
5. V C. Conocimientos del personal de enfermería sobre cuidados inmediatos y mediatos al paciente post operado de resección trass uretral de próstata hospitalizado en el servicio de urología del hospital general de enfermedades del instituto guatemalteco de IGSS. Guatemala:; 2013.
6. Espinoza L, Huerta K, Pantoja J, Velásquez W, et al. El cuidado humanizado y la perceción del paciente en el hospital Esssalud Huacho. 2013.
7. Montenegro I. Cuidado enfermero en el perioperatario de histerectomía Hospital Luis Heysen Incháustegui. Tesis. Chiclayo:, Lambayeque; 2013.
8. Incalla I, Zegarra T. Conocimiento y actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalua el pre y post operatorio, post anestésico y dolor, en el servicio de recuperación del HNCASE. Tesis. Arequipa; 2014.
9. Gabriel. Nivel de conocimiento y aplicación de escalas del dolor en post operatorio, por enfermeros (as) del Hospital Nacional Arzobispo Loayza - 2016. Cybertesis. 2017 agosto.
10. Hernandez H, Fernandez C, Batiptas P. Metodología de la Investigación. In.: Mc. Graw Hill.

11. Marriner T, Alligop A, Marta R. Modelo de teorías de enfermería. In. España: Harcourt Brace.; 2003. p. 35.
12. Conocimiento. [cited 2016 julio 20. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Gnoseolog%C3%ADa.
13. S M. Teoría de las representaciones sociales. Psicología social. España:; 1988.
14. anestésicas Ep.. [cited 2016 julio 27. Available from: http://www.essalud.gob.pe/cendi/pdfs/cuid_pac_escalas.pdf.
15. Anestésica Edrp.. [cited 2016 julio 27. Available from: http://www.clasaanestesia.org/revistas/coloenosmbia/HTML/ColCriterios_Para_Dar_D e_Al00001295.htm.
16. Carmona F, Uria I, Garcia S, Quiroz C. Análisis de la utilización de la escala Nursing Activities Score en dos UCIS Españolas.. España [cited 2016 agosto130. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/es_0080-6234-reeusp-47-05-1106.pdf.
17. J. A. Criterios para dar e alta el puntaje de recuperación post anestésica. [cited 2016 setiembre 20. Available from: http://www.revcolanestold.com.co/pdf/esp/1996/vol_3/pdf/Criterios%20para%20dar%20de%20alta.pdf.
18. Barash P, cuellen B, Stoelting R. Anestesia Clínica. 3rd ed.: Mc Graw Hill Interamericana.; 1999.
19. Lóngas J, Cuartero J. [Online].; 2007 [cited 2016 setiembre 22. Available from: http://www.docvadis.es/anestesia.clinico.zaragoza/document/anestesia.clinico.zaragoza/manual_del_anestesi_logo_de_urpa_y_rea/fr/metadata/files/0/file/manual%20del%20anestesiologo.pdf.
20. Danigno J. Definiciones y clasificaciones del dolor. Chile; 1994 [cited 2016 octubre 12. Available from: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/dolor/3_2.html.
21. Lopez A, Iturralde F, Sierra C, et al. Tratad de geriatria para

recidentes; dolor.

22. F. P. Tipos de dolor y Escala Terapéutica de la OMS. Dolor Iatrogénico. Madrid.: Instituto Madrileño de Oncología; 2005.
23. S S. Enfermería Medico Quirurgico. 10th ed. Mexico: Mc Graw Hill Interamericana.; 2005.
24. López Tello V. Dolor post operatorio en la URPA y plantas de hospitalización del centro general de Huca. Tesis. Universidad de Oviedo.; 2012.
25. Serrano M. Dolor. 9th ed. España: Revista Sociedad Española; 2002.
26. García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de Cuidado transpersonales. 2011; 17(3).
27. Watson J. Nursing: Tha Philosophy and science of caring. Colorado Associated University Press. 1885.
28. Boff L. El cuidado esencial, ética de lo humano, compasión de la tierra. 2002.
29. Muñoz Y, Coral R, Moreno D, Pinilla D, Suárez Y. Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un hospital de Quillota. 2009; 3(3).
30. López A. Para que se administran las escalas, test e indices.. 2005; 14(48-49).
31. Handerson V. DEfinición of nursingt. rsing Theorists. .
32. Enfermería, una profesión de servicio. Fibrilando. .
33. Salud. Md. Normas técnicas para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de centro quirúrgico. In ; 2000; Lima.
34. Benavides C, Prieto F. Manual de la practica Clínica Basado en la evidencia: contrloes post quirúrgicos. 2015.
35. Basozabal B, Durán A. Manual de enfermería quirúrgica.; 2003 [cited 2017 agosto 19. Available from:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hgal_guias_manuales/es_hgal/adjuntos/manual_de_enfermeria_quirurgica.pdf.

36. Justicia. Decreto N° 011-2011- Jus. In Peruano. De, editor. ; 2011; Llima.
37. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. 2013.
38. Sánchez Rodríguez , Aguayo Cuevas , Galdames Cabrera. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría critica. Revista Cubana de Enfermería. 2017.

9. ANEXOS.

1. Matriz de Consistencia
2. Matriz de Operacionalización de Variables
3. Validación de instrumento por Alfa de Cronbrach
4. Instrumento
5. Gráficos informativos

Anexo 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	VARIABLES	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	MARCO TEÓRICO	MARCO EMPÍRICO
¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de las escalas de evaluación post anestésicas, el dolor, y el cuidado humanizado de enfermería en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional II-2 Tumbes?	*Definición Conceptual:* - **Nivel de Conocimiento** *Definición Operacional:* Alto Medio Bajo *Definición Conceptual:* - **Cuidado humanizado** *Definición Operacional:* Bueno Regular Malo (Se aplicará una lista de cotejo tipo Likert)	**OBJETIVO GENERAL** ➢ Determinar la relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de las escalas de evaluación post anestésicas y del dolor, y el cuidado humanizado de enfermería en el Servicio de Centro Quirúrgico del **Hospital Regional II-2 Tumbes** **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** ➢ Identificar el nivel de conocimiento de los enfermeros de las escalas de evaluación post anestésicas y del dolor en el Servicio del Centro Quirúrgico del Hospital Regional II-2 JAMO ➢ Identificar el cuidado humanizado de enfermería aplicando las escalas de evaluación post anestésicas y del dolor en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional II-2 JAMO.	H1: si, existe relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de las escalas de evaluación post anestésicas, el dolor, y el cuidado humanizado de enfermería en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional II-2 Tumbes H° No, existe relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de las escalas de evaluación post anestésicas, el dolor, y el cuidado humanizado de enfermería en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional II-2 Tumbes	NIVEL DE CONOCIMIENTODEL ENFERMERO. NIVEL DE CONOCIMIENTO ESCALAS POST ANESTESICAS Y DE DOLOR. CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA HUMANIZADO SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO - HOSPITAL REGIONAL 2-II -Influencia del nivel de conocimientos del enfermero al aplicar las escalas de evaluación post anestésica y de dolor. -Teoría del Cuidado Humanizado de Watson.	**AUTORAS:** Incalla, I. y Zegarra, T. **AÑO:** 2007 **LUGAR:** Arequipa –Perú **TITULO:** Conocimiento y actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen el pre y post operatorio, post anestésico y dolor, en el servicio de recuperación del HNCASE Arequipa 2007. **RESULTADOS:** La validación de las escalas radica en la importancia de la unificación de criterios, la perspectiva de correspondencia al equipo de salud y el concepto de poder referenciar un cuidado de utilidad para la evaluación de pacientes Según complejidad. Eslava,J. y otros(2006). Escala para medir la Calidad de la Recuperación Postanestésica desde la Perspectiva del Usuario. (Revista). Colombia.

Anexo 2

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	ITEMS	VALOR
VI. NIVEL DE CONOCIMIENTO ESCALAS DE EVALUACIÓN POST ANESTESICAS, EL DOLOR	Es el nivel de comprensión de todo aquello que es percibido y aprendido por la mente humana, su contexto y su alcance son ilimitados[10]. También se define como: "el conjunto de información que se obtiene mediante la experiencia y el aprendizaje a través de la introspección". Por lo tanto tiene su origen en la percepción sensorial y después de llegar al entendimiento se concluye con la razón	NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO EN CENTRO QUIRURGICO:	PROTOCOLO	ORDINAL	P1-P2-P5	Alto: 8-10 Medio:5-7 Bajo: 0-4
			COMPLICACIONES		P3-P4	
		CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO EN LA APLICACIÓN DE LAS ESCALAS POST ANESTESICAS	ESCALA DE ALDRETTE	ORDINAL	P6-P8	Alto: 8-10 Medio:5-7 Bajo: 0-4
			ESCALA BROMAGE		P7-P9	
			ESCALA STEWAR		P10	
		CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO EN LA APLICANDO DE LAS ESCALAS DE DOLOR.	ESCALA DE DOLOR	ORDINAL	P11-P12-P13	Alto: 5-6 Medio:3-4 Bajo: 0-2
VD: CUIDADO HUMANIZADO	El cuidado humanizado se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el enfermero establece con el paciente, y supone acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad	CUIDADO HUMANIZADO DEL PACINETE DE CENTRO QUIRURGICO.	TRATO AL PACIENTE	ORDINAL	P14-P16-P17-P18-P19	Bueno: 26-35 Regular: 16-25 Malo: 7 a 15
			CUIDADO DE ENFERMERÍA		P15-P20	

Anexo 3
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR ALFA DE CRONBRACH

INVESTIGACIÓN TITULADA :

"CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO SOBRE LAS ESCALAS DE EVALUACIÓN POST ANESTÉSICAS, EL DOLOR Y EL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERIA. CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES, 2019.

AUTORAS : LIC. ENF. MARLIN MERCEDES JIMENEZ CALERO.

LIC. ENF. GABY LOURDES GOMEZ CARRILLO**.**

FORMULA ALFA DE CRONBACH

$$\alpha = \frac{K}{K-1}\left[1-\frac{\sum S_i^2}{S_T^2}\right]$$

Donde

K: El número de ítems
Si^2: Sumatoria de Varianzas de los Ítems
S_t^2: Varianza de la suma de los Ítems
α: Coeficiente de Alfa de Cronbach

CONSIDERACIONES: Aplicado a 07 profesionales de Enfermería que rotaron por el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional II-2 Tumbes.

ENCUESTADO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL
1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	3	2	1	3	2	1	24
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	5	5	3	3	5	4	5	42
3	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	3	4	1	3	3	22
4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4	4	4	3	4	2	38
5	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	5	5	3	5	5	5	4	42
6	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	5	4	5	4	5	3	5	39
7	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	5	5	3	3	4	5	3	36
VARIANZA	0.12	0.12	0.20	0.12	0.12	0.24	0.12	0.20	0.24	0.24	0.24	0.12	0.24	3.27	1.14	0.78	1.39	1.92	1.06	1.92	

RESULTADO:		
	K	20
	K-1	19.00
	∑Si2	13.84
	St2	59.06
		1.00
	α	0.81

El coeficiente de la prueba de alfa de Cronbach da un valor de 0.81 lo que determina que el instrumento es fiable, por lo tanto, es aceptable.

Anexo 4

ENCUESTA N°

CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO SOBRE LAS ESCALAS DE EVALUACIÓN POST ANESTÉSICAS, EL DOLOR Y EL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA. CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES, 2018

Este instrumento ha sido elaborado para determinar la relación entre el nivel de conocimiento del enfermero de las escalas de evaluación post anestésicas, el dolor y el cuidado humanizado de enfermería en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional II-2 Tumbes.

I. DATOS INFORMATIVOS:

A. CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS:

SEXO Femenino ( ) Masculino ( )

B. EDAD:

18-20 **( )**

21-25 ( )

26-30 ( )

31-40 ( )

41-45 ( )

46-+ ( )

C. POST GRADO Y/O POST TÍTULO DE PROFESIÓN

Enfermera general ( )

Diplomado ( )

Maestría ( )

Doctorado ( )

Especialista

D. EXPERIENCIA LABORAL EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, INDIQUE AÑOS Y MESES……

II. SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO:

A. NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO DE CENTRO QUIRURGICO:

1. ¿Existen protocolos de atención en el servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional II-2 Tumbes?
   a) Si
   b) No.
2. De acuerdo a normas internacionales de salud, el monitoreo de los signos vitales durante la primera hora del postoperatorio inmediato debe realizarse:
   a) Cada 5 min
   b) Cada 10 min
   c) Cada 15 min
   d) Cada hora

3. Que complicaciones post anestésicas inmediatas se puede esperar en un paciente que ingresan a Centro Quirúrgico?
   a) Infarto Cerebral
   b) Depresión respiratoria
   c) IMA
   d) Hipotensión
   e) TA

4. Qué Complicaciones generales puede presentar un paciente post operado inmediato durante las 2 primeras horas de su observación en Unidad de Recuperación Post Anestésica?
   a) Hemorragia, shock hipovolémico
   b) Fiebre, cefalea
   c) Infecciones
   d) Hipotensión, Hipertensión, depresión de vías respiratorias
   e) A y d

5. Después de la valoración inicial, verificación de signos vitales que evalúa después?
    a. La herida operatoria
    b. Los drenajes
    c. Hemorragias
    d. BHE
    e. TA

B. CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO EN LA APLICACIÓN DE LAS ESCALAS POST ANESTESICAS

6.Escala de evaluación post anestésica aplicada en pacientes adultos que recibieron anestésica general.

a) Bromage
b) Aldrette
c) Steward
d) Ramsay
e) N.A

7. La escala de evaluación de Bromage es aplicada a pacientes que recibieron anestesia:

a) General
b) Local
c) Regional
d) T.A
e) N.A

8. La escala de Aldrette valora 05 parámetros, cuales son:

a) Actividad Motora, Circulación, Respiración, Conciencia, Perfusión Tisular.
b) Movilidad, Respuesta Verbal, Frecuencia Cardiaca, Sangrado, Color
c) Respiración, Gasometría, Hemodinámica, Color, Presión Arterial
d) TA
e) NA

9. Al evaluar la evolución de un paciente post anestésico con la escala de Bromage, se dará el alta con el siguiente parámetro:
   a) 0%
   b) 33%
   c) 66%
   d) 100%
   e) N.A
10. La escala de evaluación post anestésica de Stewart aplica al siguiente grupo etareo:

a) Menores de 10 años
b) Menores de 8 años
c) Menores de 12 años
d) Menores de 11 años
e) N.A

C. CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO EN LA APLICANDO DE LAS ESCALAS DE DOLOR.

11. La escala de EVA, evalúa el dolor en el siguiente rango:

a) 1 al 5
b) 1 al 7
c) 1 al 10
d) 1 al 15
e) N.A

12. La escala de EVA nos permite valorar:

a) Intensidad y tipo de dolor
b) La eficacia de las combinaciones analgésicas para aliviar el dolor postoperatorio.
c) La eficacia de la terapia preventiva del dolor y simplifica su registro
d) T.A
e) N.A

13. La Escala Visual Análoga (EVA) evalúa la intensidad del dolor de la siguiente manera:

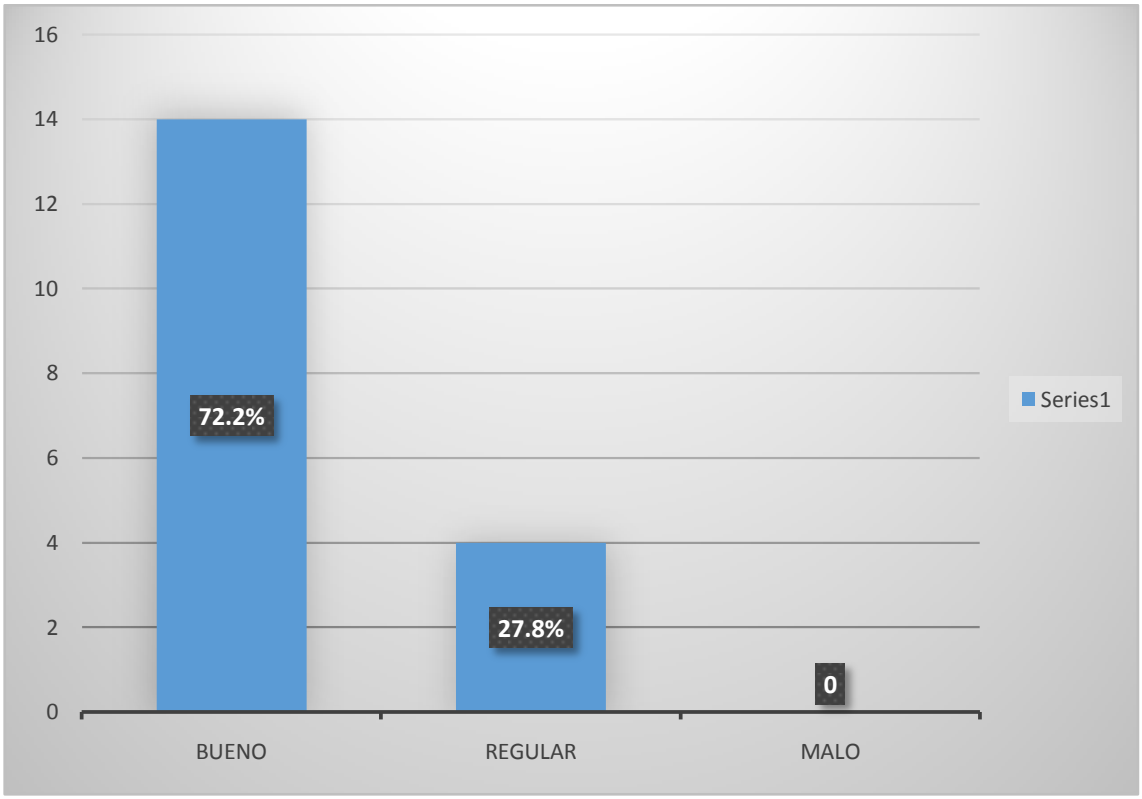
a) Ningún dolor, El peor dolor posible
b) Escaso dolor, regular dolor, gran dolor
c) Ningún dolor, Dolor moderado, El peor dolor posible
d) Poco dolor, Moderado dolor, Inmenso dolor
e) N.A

D. CUIDADO HUMANIZADO EN EL PACIENTE DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO.

N°	PREGUNTA	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	ESCALA	1	2	3	4	5
14	Usted se presenta al paciente en estado consciente al momento de su recepción al servicio					
15	Está Usted atenta a las necesidades del paciente					
16	Tiene Usted disponibilidad para escuchar al familiar del paciente					
17	Usted es capaz de sintonizar con un paciente en particular y olvidarse de sus preocupaciones personales					
18	Se siente Usted cómoda al “tocar” a sus pacientes cuando proporciona cuidado					
19	Usualmente, usted logra agradarles a sus pacientes					
20	Usa formas creativas al realizar los cuidados					

Anexo 5

GRAFICO 6: CUIDADO HUMANIZADO SEGÚN: TRATO AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2019.

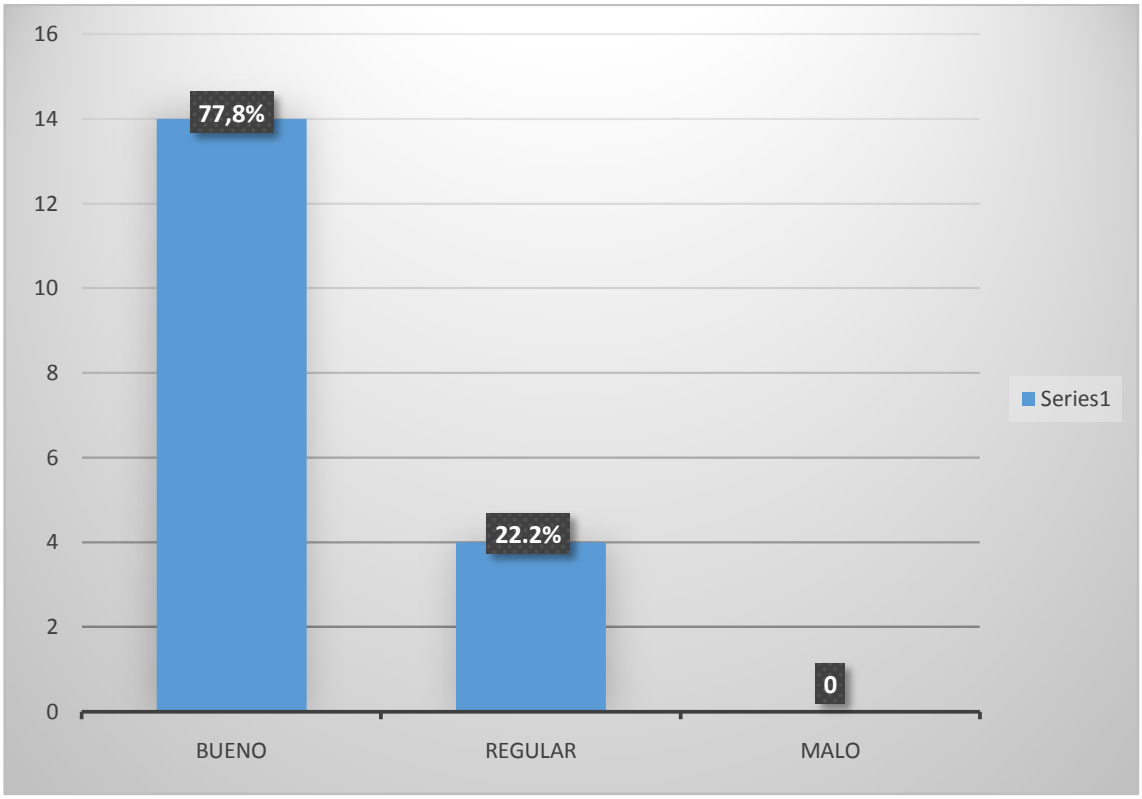


FUENTE: encuesta aplicada a enfermeros, elaborado por las investigadoras.

El gráfico 6, representa el trato al paciente en el cuidado que brinda el enfermero en el servicio de centro quirúrgico; siendo el 72,2% calificado como bueno y el 27,8% como regular

Anexo 6

GRAFICO 7: CUIDADO HUMANIZADO SEGÚN: CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2019.

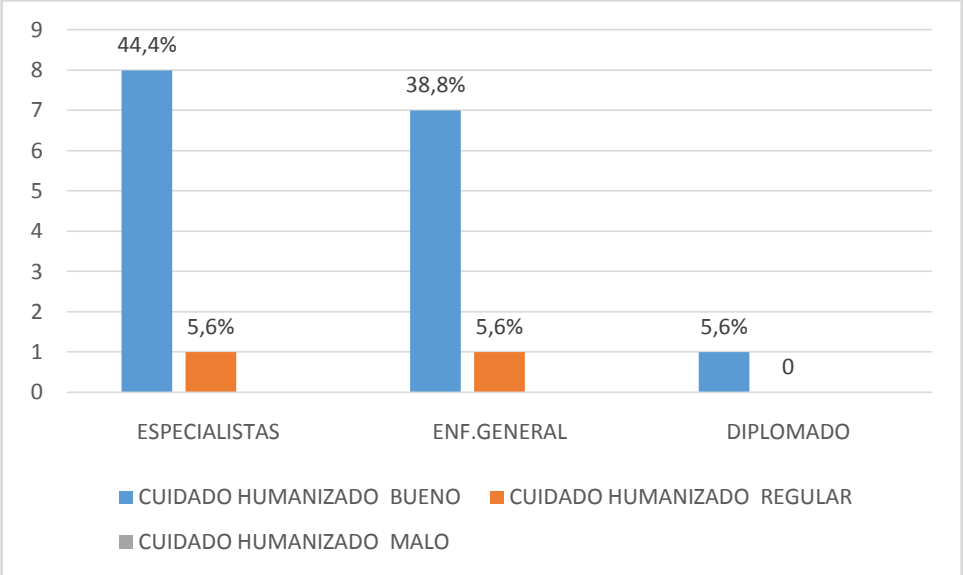


FUENTE: encuesta aplicada a enfermeros, elaborado por las investigadoras.

El gráfico 7, se observa que el 77,8% de los enfermeros catalogan al cuidado de enfermería que brindan al paciente en el centro quirúrgico como bueno y solo el 22,2%, regular.

Anexo 7

GRAFICO 8: RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE ESTUDIO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2019.

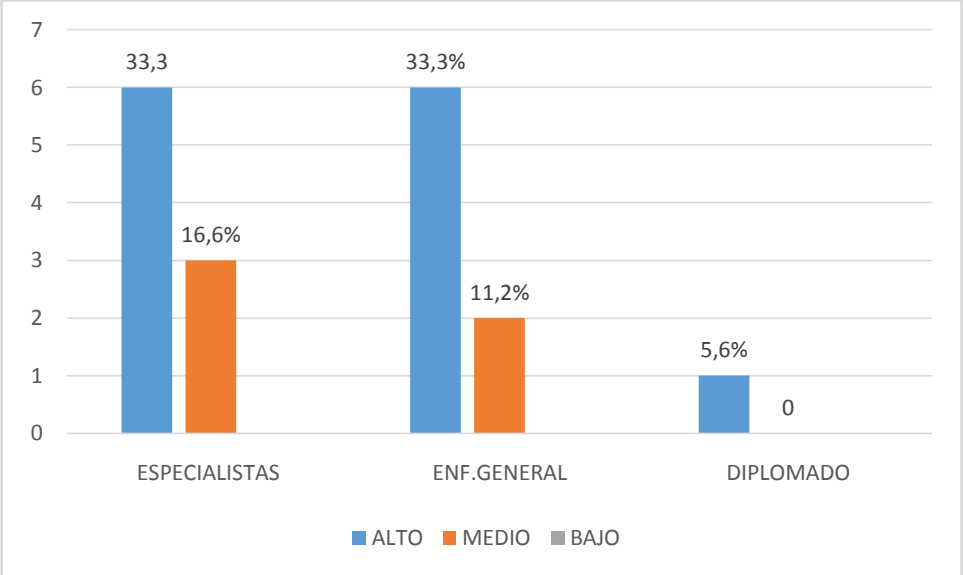


FUENTE: encuesta aplicada a enfermeros, elaborado por las investigadoras.

El gráfico 8, representa la relación entre el grado académico del enfermero y el cuidado humanizado que brinda en el servicio de centro quirúrgico del Hospital Regional II-2 Tumbes; donde el 44,4% y 38,8% como especialistas y enfermeros generales brinda un cuidado humanizado

Anexo 8

GRAFICO 9: RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE ESTUDIO SOBRE EL CONOCIMIENTO GENERAL DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2019.



FUENTE: encuesta aplicada a enfermeros, elaborado por las investigadoras.

El gráfico 9, representa la relación entre el grado académico del enfermero de centro quirúrgico del Hospital Regional II-2 Tumbes y el conocimiento general de las escalas de evolución post anestésicas, el dolor; donde el 33,3% tiene un conocimiento alto en misma proporción para los enfermeros especialistas y generales.

INFORME DE ORIGINALIDAD

Conocimiento del Enfermero sobre las Escalas de Evaluación Post Anestésicas, el Dolor y el Cuidado Humanizado de Enfermería. Centro Quirúrgico del Hospital Regional II-2 Tumbes, 2019.

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%	18%	1%	13%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	iso9001.inr.gob.mx FuentedeInternet	1%
2	repositorio.autonomadeica.edu.pe FuentedeInternet	1%
3	hdl.handle.net FuentedeInternet	1%
4	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
5	uvadoc.uva.es FuentedeInternet	1%
6	revenfermeria.sld.cu FuentedeInternet	1%
7	tesis.usat.edu.pe FuentedeInternet	1%
8	revistas.ucc.edu.co FuentedeInternet	1%

Mg. María Luz Bravo Pérez
Enfermera
CEP N° 454

ASESOR

9	es.slideshare.net Fuente de Internet	1 %
10	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	1 %
11	prezi.com Fuente de Internet	1 %
12	apaelfdm.blogspot.com Fuente de Internet	1 %
13	www.bdigital.unal.edu.co Fuente de Internet	1 %
14	www.robertexto.com Fuente de Internet	1 %
15	www.tdx.cat Fuente de Internet	1 %
16	www.buenastareas.com Fuente de Internet	1 %
17	www.redalyc.org Fuente de Internet	1 %
18	Submitted to Universidad de Cádiz Trabajo del estudiante	<1 %
19	docplayer.es Fuente de Internet	<1 %
20	Submitted to Universidad Inca Garcilaso de la	

	Vega Trabajo del estudiante	<1 %
21	eprints.ucm.es Fuente de Internet	<1 %
22	anestesiaweb.ens.uabc.mx Fuente de Internet	<1 %
23	Submitted to Universidad Santo Tomas Trabajo del estudiante	<1 %
24	www.revcolanest.com.co Fuente de Internet	<1 %
25	revistas.unal.edu.co Fuente de Internet	<1 %
26	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
27	repositorio.uch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
28	Submitted to Universidad de San Martin de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
29	fr.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
30	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1 %

31	Submitted to Universidad Francisco de Paula Santander Trabajo del estudiante	<1 %
32	www.medcraveonline.com Fuente de Internet	<1 %
33	juan-fran.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
34	pt.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
35	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
36	www.sadi.org.ar Fuente de Internet	<1 %
37	well.blogs.nytimes.com Fuente de Internet	<1 %
38	scienti.colciencias.gov.co:8081 Fuente de Internet	<1 %
39	www.iambe.org.ar Fuente de Internet	<1 %
40	ene-enfermeria.org Fuente de Internet	<1 %
41	www.ournewanahuac.net Fuente de Internet	<1 %

42 Submitted to Universidad de Alicante
Trabajo del estudiante

<1%

Excluircitas	Activo	Excluircoincidencias	< 15words
Excluirbibliografía	Activo		

Mg. María Luz Bravo Pérez
Enfermería
CEP N° 204
ASESOR