

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Escuela de Posgrado

Unidad de Posgrado de Salud Pública



Una Institución Adventista

Factores Relacionados a la Calidad de Atención en el Manejo del Dolor de la Paciente

Postcesareada del Servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017

Tesis presentada para optar el grado académico de Maestro en Salud Pública con
mención en Gestión de los Servicios de Salud

Por:
Keyla Aracelly Mamani Morón

Lima, Perú, 2017

Ficha bibliográfica

Keyla Aracelly Mamamani Morón

Factores relacionados a la calidad de atención en el manejo del dolor de la paciente postcesareada del servicio de gineco obstetricia en la clínica Good Hope, 2017.

Tesis (Maestría)-- Universidad Peruana Unión. Escuela de Posgrado
Unidad de Posgrado de Salud Pública, 2017.

Incluye referencias y resumen.

Campo del conocimiento: Gestión de los Servicios de Salud

1. Manejo del dolor, nivel del dolor 2. Dolor postoperatorio 3. Dolor postcesárea,
4. Calidad de atención, 5. Ansiedad 6. Factores desencadenantes de ansiedad
7. Factores sociodemográficos.

Factores relacionados a la calidad de atención en el manejo del dolor de la paciente postcesareada del servicio de gineco-obstetricia en la clínica Good Hope, 2017

TESIS

Presentada para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública
con mención en Gestión de los Servicios de Salud

JURADO DE SUSTENTACIÓN



Dr. Salomon Vásquez Villanueva
Presidente



Dr. Miguel Guillermo Bernui Contreras
Secretario



Dra. Maria Angela Paredes Aguirre de Beltrán
Asesor



Mg. Guido Angelo Huapaya Flores
Vocal



Mg. Mitka Magali Quispe Ricaldi
Vocal

Lima, 12 de enero de 2018

ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DE LA TESIS

Yo **MARÍA ANGELA PAREDES AGUIRRE DE BELTRÁN**, identificada con DNI N° 06960477, adscrita a la facultad de Ciencias de la Salud, dictaminadora y asesora de la Unidad de Posgrado de Salud Pública de la Universidad Peruana Unión;

DECLARO:

Que la tesis titulada: "**FACTORES RELACIONADOS A LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL MANEJO DEL DOLOR DE LA PACIENTE POSTCESAREADA DEL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DE LA CLÍNICA GOOD HOPE, 2017**", constituye la memoria que presenta la bachiller **KEYLA ARACELLY MAMANI MORÓN**, para obtener el grado académico de Maestro en Salud Pública con mención en Gestión de los Servicios de Salud, cuya tesis ha sido desarrollada en la Universidad Peruana Unión con mi asesoría.

Asimismo, dejo constancia de que las opiniones y declaraciones registradas en la tesis son de entera responsabilidad de la autora. No comprometen a la Universidad Peruana Unión.

Para los fines pertinentes, firmo esta declaración jurada, en la ciudad de Ñaña (Lima), a los doce días del mes de enero de 2018.


DRA. MARÍA ANGELA PAREDES AGUIRRE DE BELTRÁN
Asesora



DEDICATORIA

A mis padres y Nelly Villarreyes de Morón.

En memoria de JOAMOR.

Con cariño.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis compañeras de trabajo del Servicio de Gineco Obstetricia de CGH por el empeño realizado en la recolección de datos y custodia de las encuestas, a la Lic. Ana

María Elías Llamoja por su confianza, a las líderes del servicio de Hospitalización Gineco Obstetricia: Dra. Margarita Zevallos, Lic. Sandra Alfaro, Lic. Margoth Morán, Lic. Bárbara Pinedo por su apoyo a través del proceso de recolección de datos; a la Dra. Ángela María Paredes por sus consejos, al Dr. Queleon Elmer Mamani Quispe por su apoyo y excelencia.

A todos,

.

Gracias.

Tabla de Contenido

DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
ABSTRACT.....	16
CAPÍTULO I.....	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
Descripción de la situación problemática	18
Antecedentes de la investigación	24
Formulación del problema	30
Problema general	30
Problemas específicos.....	31
Objetivos	31
Objetivo general.....	31
Objetivos específicos	31
Hipótesis de investigación.....	32
Hipótesis general	32
Hipótesis específica	32
Justificación de la investigación.....	33
Viabilidad del estudio	34
Delimitaciones del estudio	34
Limitaciones del estudio	34
Presuposiciones del estudio.....	34
CAPÍTULO II	35
MARCO TEÓRICO.....	35
Marco Bíblico - Filosófico	35
Dolor	35
Ansiedad	37

Calidad.....	38
Fundamento Teórico de las Variables.....	40
Factores sociodemográficos.....	40
Factores sociales y psicológicos en los procesos que constituyen la maternidad.	48
Factores emocionales.....	49
Factores interpersonales.....	51
Factores económicos.....	53
Factores culturales.....	54
Manejo del dolor del paciente post cesareada.....	56
Definición del dolor.....	56
Tipos de dolor.....	57
Dolor en la paciente obstétrica.....	59
Aspectos psicológicos del dolor.....	62
El dolor como fenómeno perceptivo.....	62
Factores psicológicos implicados en la experiencia del dolor.....	63
Farmacoterapia para el manejo del dolor:.....	65
Teoría de enfermería de rango medio de Good y Moore.....	66
Intensidad del dolor.....	67
Interferencia del dolor con actividades diarias.....	75
Otros métodos para mejorar el manejo del dolor:.....	76
Cesárea.....	76
Definición.....	76
Epidemiología.....	77
Características maternas.....	78
Tipos de cesárea:.....	78
Indicaciones de la operación cesárea:.....	79
Riesgos potenciales de la operación cesárea.....	82
Complicaciones.....	83
Cuidado Postoperatorio.....	84
Ansiedad.....	84
Definición.....	84
Principales ansiedades en el puerperio.....	87
El Estrés.....	87
Definición.....	88
Las respuestas del individuo al estrés.....	90

Respuestas biológicas al estrés	90
El tratamiento del estrés.....	91
El tratamiento del estrés desde una perspectiva médica.....	92
La calidad	92
Definición	92
Calidad en salud.....	96
Calidad hospitalaria	97
Satisfacción del usuario	99
Percepción de la calidad hospitalaria.....	100
Percepción del cliente	104
Expectativas del cliente	104
Marco Conceptual	105
CAPÍTULO III.....	108
METODOLOGÍA	108
Tipo de investigación	108
Diseño de investigación	108
Población y muestra	110
Criterios de inclusión y exclusión	112
Diseño y operacionalización de variables	113
Operacionalización de variables	114
Instrumentos de recolección de datos (IRD).....	122
Elaboración del instrumento	122
Procedimiento para la recolección de datos:.....	130
Plan de tabulación y análisis de datos	130
CAPÍTULO IV.....	132
RESULTADOS.....	132
Descripción de los resultados descriptivos	132
Contrastación de hipótesis.....	141
Hipótesis general	141

Hipótesis específicas 1	144
Hipótesis específica 2	146
Hipótesis específica 3	153
Hipótesis específica 5	155
Discusión de resultados.....	158
CAPÍTULO V	168
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	168
Conclusiones	168
Recomendaciones.....	170
Referencias bibliográficas.....	172
APÉNDICES.....	182
Apéndice A. Instrumentos de recolección de datos.....	182

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Valoración del paciente</i>	65
Tabla 2. <i>Cuestionario de McGill (MPQ)</i>	71
Tabla 3. <i>Escala de Campbell (evaluación del dolor en pacientes no comunicativos)</i> ...	73
Tabla 4. <i>Agentes estresantes en diferentes ámbitos</i>	89
Tabla 5. <i>Respuestas psicológicas al estrés</i>	90
Tabla 6. <i>Tipos de terapia desde la perspectiva psicológica</i>	91
Tabla 7. <i>Tipos de terapia desde la perspectiva médica</i>	92
Tabla 8. <i>Operacionalización de la variable criterio</i>	114
Tabla 9. <i>Operacionalización de la variable predictora</i>	115
Tabla 10. <i>Operacionalización de la variable predictora</i>	118
Tabla 11. <i>Operacionalización de la Variable Predictora</i>	120
Tabla 12. <i>Confiabilidad del instrumento de Intensidad de Dolor del Paciente</i>	123
Tabla 13. <i>Estadísticas de fiabilidad</i>	123
Tabla 14. <i>Estadísticas del total de elementos</i>	124
Tabla 15. <i>Confiabilidad del Cuestionario Ansiedad Situacional</i>	125
Tabla 16. <i>Estadística de fiabilidad</i>	126
Tabla 17. <i>Estadística de total de elementos</i>	126
Tabla 18. <i>Confiabilidad de la escala general de calidad</i>	128
Tabla 19. <i>Estadísticas de fiabilidad</i>	129
Tabla 20. <i>Estadísticas de total de elementos</i>	129
Tabla 21. <i>Edad</i>	132
Tabla 22. <i>Religión</i>	133
Tabla 23. <i>Lugar de procedencia</i>	133
Tabla 24. <i>Nivel educativo</i>	133
Tabla 25. <i>Ocupación</i>	134
Tabla 26. <i>Estado civil</i>	134
Tabla 27. <i>Número de hijos</i>	134
Tabla 28. <i>Número de cesáreas previas</i>	135
Tabla 29. <i>¿Se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía?</i>	135
Tabla 30. <i>¿Se realizó alguna cirugía abdominal dentro de los últimos 6 meses?</i>	136
Tabla 31. <i>Adicionales a la Cesárea</i>	136
Tabla 32. <i>Seguro de Salud</i>	137
Tabla 33. <i>¿Ha experimentado algún tipo de dolor en las últimas 24 horas, después de la cesárea?</i>	137
Tabla 34. <i>Información proporcionada al paciente</i>	137
Tabla 35. <i>Comunicación del dolor oportuna</i>	138
Tabla 36. <i>Piso de Hospitalización</i>	139
Tabla 37. <i>Nivel del dolor</i>	139
Tabla 38. <i>Manejo del dolor</i>	139
Tabla 39. <i>Nivel de Ansiedad</i>	140
Tabla 40. <i>Calidad de atención de las pacientes postcesareadas</i>	140
Tabla 41. <i>Correlación de los factores con el manejo del dolor de la paciente postcesareada</i>	142
Tabla 42. <i>Correlación de los factores con el nivel de dolor de la paciente postcesareada</i>	145
Tabla 43. <i>Asociación de los factores al manejo del dolor de la paciente postcesareada</i>	149

Tabla 44. <i>Correlación de los factores desencadenantes de ansiedad con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas</i>	154
Tabla 45. <i>Correlación de los indicadores de calidad de atención con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas</i>	156

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. <i>Escala visual analógica – Scott Huskinson</i>	68
Ilustración 2. <i>Escala de valor numérica de Downie</i>	69
Ilustración 3. <i>Escala facial de Wong-Baker</i>	70
Ilustración 4. <i>Escala visual analógica de expresiones faciales</i>	73
Ilustración 5. <i>Correlación de variables</i>	109
Ilustración 6. <i>Ubicación de la Clínica Good Hope</i>	111

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la relación de los factores y la calidad de atención en el manejo del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco – obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

El estudio fue de tipo descriptivo, asociativo, correlacional, multivariado. De diseño no experimental, de corte transversal en una población de 462 pacientes con una muestra de 133 pacientes.

Los resultados muestran que los factores sociodemográficos: “Procedencia” (0,000), “Nivel educativo” (0,005), “Ocupación” (0,014), “Estado civil” (0,026), “Número de hijos” (0,015) y la realización de un bloqueo tubárico bilateral en la presente cirugía” (0,005) tienen una relación significativa con el manejo del dolor. Sin embargo, para las variables ansiedad (0,959) y calidad de atención (0,870) no hay relación significativa. A sí mismo, los factores “Nivel educativo” (0,006), “Número cesáreas (0,037) y la realización de una ligadura de trompas en la presente cirugía (0,020) se asocian significativamente con el nivel del dolor. Se encuentra una asociación significativa de “Edad” (0,000), “Religión” (0,000), “Procedencia” (0,000), “Nivel educativo” (0,015), “Ocupación” (0,001), “Estado civil” (0,003), “Se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía” (0,017) con el manejo del dolor. Y el factor interpersonal desencadenante de ansiedad (0,043) tuvo relación significativa con el nivel del dolor. Así mismo los indicadores de calidad de atención: satisfacción con la profesionalidad del personal de enfermería (0,007) y el conocimiento del historial del paciente (0,004); también alcanzaron altos niveles de significación con el nivel del dolor

Corroborándose a través de los resultados de correlación que los factores sociodemográficos e interpersonales guardan relación con el manejo del dolor y nivel

del dolor, mientras que la ansiedad y la calidad de atención recibida no guardan relación significativa.

Palabras clave: Manejo del dolor, nivel del dolor, dolor postoperatorio, dolor postcesárea, calidad de atención, ansiedad, factores desencadenantes de ansiedad, factores sociodemográficos.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship of the factors and the quality of care in the management of pain of the post - cessation patient of the gynecology - obstetrics service at the Good Hope Clinic, 2017.

The study was descriptive, associative, correlational, multivariate. Non-experimental, cross-sectional design in a population of 462 patients with a sample of 133 patients.

The results showed the sociodemographic factors: "Origin" (0,000), "Educational level" (0,005), "Occupation" (0,014), "Marital status" (0,026), "Number of children" (0,015) and the realization of a bilateral tubal blockade in the present surgery "(0.005) have a significant relationship with pain management, however, for the variables anxiety (0.959) and quality of care (0.870) there is no significant relationship to itself, the factors "Educational level "(0.006)," Caesarean section number (0.037) and performing a tubal ligation in the present surgery (0.020) are significantly associated with the level of pain. There is a significant association of "Age" (0,000), "Religion" (0,000), "Provenance" (0,000), "Educational level" (0,015), "Occupation" (0,001), "Marital status" (0,003), "A tubal connection was made in surgery" (0.017) with pain management. The interpersonal factor triggering anxiety (0.043) had a significant relationship with the level of pain. Likewise, the quality of care indicators: satisfaction with the professionalism of the nursing staff (0.007) and knowledge of the patient's history (0.004); they also reached high levels of significance with the level of pain

Corroborating through the results of the correlation, sociodemographic and interpersonal factors are related to pain management and pain level, while anxiety and the quality of care received have no significant relationship.

Key words: Pain management, pain level, postoperative pain, post-crescent pain, quality of attention, anxiety, anxiety-triggering factors, sociodemographic factors.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción de la situación problemática

Iniciamos describiendo la problemática de la calidad; actualmente la calidad y la seguridad a nivel mundial en el área asistencial se han convertido en una prioridad. Para Moreno (2013), es un reto para los involucrados en la atención en salud; el poder garantizar a todos los usuarios que en la atención brindada se estén cumpliendo los estándares internacionales que involucra la calidad, protegiendo a los mismos de riesgos asociados con el sistema de salud. Frente a esto, la Organización Mundial de la Salud (2017) resalta que hoy en día existe una concientización a nivel mundial sobre la atención con calidad, que ha venido en aumento en los últimos años, enfocado en que es esencial en la mejora de la salud en madres y recién nacidos, teniendo en cuenta que cada año 303 000 mujeres mueren durante el embarazo y el parto, en los cuales también 2,6 millones de las muertes son prenatales y 2,7 millones son recién nacidos fallecidos en los primeros 28 días de vida. Concluyendo que muchas de estas muertes pueden ser prevenidas mediante una atención de calidad.

Entre tanto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), facilita el análisis de algunos elementos; como lo son la pertinencia, eficacia, producción, negociación y control de acuerdos de gestión, con el fin de generar una nueva cultura institucional, centrada a la racionalización de costos y maximización de productividad en el entorno de calidad desde el 2010 (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

A nivel nacional, el Ministerio de salud (MINSA) no es ajeno en la busca de estrategias para la mejora de la calidad, por lo tanto ha planteado también estrategias, dentro de los cuales existe un programa de garantía de la calidad en la cual esta propuesto involucrar a todas las categorías del personal de salud así como todos los niveles, por otro lado, enfatiza en la mejora de procedimientos, garantizando de esta manera una atención segura y efectiva. Además, en el marco del sistema de Gestión de calidad, se han definido estándares e indicadores en los niveles de atención, para lo cual se han elaborado instrumentos técnicos para la evaluación de la calidad, en los cuales algunos indicadores se encuentran expresados en términos de satisfacción del usuario externo (Ministerio de Salud, 2009).

Ante este panorama, la calidad en los servicios de salud tiene un gran reto y responsabilidad en el manejo del dolor, insta la búsqueda de estrategias de gestión para evaluar la calidad de atención del personal de salud, sobre todo de las pacientes motivo de estudio.

En segundo lugar, abordamos la problemática contemporánea; la cesárea, como una intervención quirúrgica que se realiza frecuentemente a nivel mundial, la cual aumenta día a día en países de altos y medianos ingresos. A pesar de que permite salvar vidas humanas, no se consideran todos los criterios clínicos, exponiendo muchas veces a las madres y niños a sufrir riesgos que comprometan su salud a corto, mediano o largo plazo. La OMS (2015), en una de sus últimas declaraciones ha destacado la importancia de enfocar la necesidad del paciente como el centro de atención, desalentando el establecimiento de metas respecto a la tasa de cesáreas, siendo de 15% lo recomendado, mientras que para el Colegio Americano de Obstetras y ginecólogos un 15,5% (Jáuregui, y otros, 2014).

Según Uzcátegui (2008), señala que en Estados Unidos la tasa de cesárea era de 26,1 % para el 2002 y ascendió para el 2004 a 29,1 %, que es la tasa más alta registrada; sin embargo, Consumer Reports (2016), reporta “Hospitales de EE UU prefieren practicar cesáreas y no partos naturales, donde 221 hospitales estaban por encima del 33.3% y 24 con alto volumen de nacimientos no reportados (Consumer Reports, 2016) y el 2017 expresa que “una cesárea implica mayores riesgos de salud para la madre y bebé”, sin embargo se reporta hasta el 50% de casos, (Consumer Reports, 2017). Sin embargo, la “tasa de cesáreas” se ha globalizado; aunque se haga esfuerzos por disminuirla no ha decrecido, presentándose un escenario digno de ser descrito como una epidemia, afectando a todos los países del mundo, sobre todo aquellos con mejor desarrollo económico.

Los estudios advierten que es una epidemia, Castro, Villagarcía y Saco (2003) sostienen que hay un incremento considerable de las cesáreas, y se disminuyó los partos vaginales en mujeres con cesárea previa, en quienes la intervención subió a 91%.

Belizán, citado por Uzcátegui (2008) sostiene que los índices más altos de cesárea están en América Latina y oscilan entre 16 % y 40 %, aunque en un trabajo publicado en el 2007, en Puerto Rico, la tasa de cesárea era de 45 % y Quispe y otros, el 2010, encontró que la Tasa de cesáreas mensual promedio fue de 36,9 % \pm 9,1% con un rango de 16,5% a 71,4% y Larraz en “El País”, reporta que Latinoamérica entre 1990 y 2014 aumentó del 23% al 42% y sigue en aumento, y se considera la región que tiene la más alta tasa del mundo, destacando República Dominicana (56,4%), Brasil (55,5%), México (42,2%), Ecuador (48,97%), Colombia (45,93%) y Perú (35,4%) una epidemia contagiosa, (Larraz, 2017).

En el Perú, de acuerdo con lo reportado por Uzcástegui (2008), al igual que países menos desarrollados, como Bolivia, Haití y Guatemala, se había mantenido por debajo

de 10%; sin embargo, de acuerdo con el Sistema de registro del certificado nacido vivo en línea MINSA, reporta que el 35,4% nacidos por condición de parto, cesárea. Y las regiones que presentan un porcentaje por encima del promedio nacional de mujeres que dieron a luz por cesárea son Tumbes con el 49,8% y Tacna con el 47,2% (Ministerio de Salud, 2015).

Según la OMS (2015), someter a los pacientes a tal procedimiento desencadena un problema de atención sanitaria complejo, cuyos efectos poblacionales todavía se desconocen, así como los desenlaces maternos y neonatales, como las muertes intrauterinas o afecciones como la asfixia del parto, por lo tanto, se hace necesario más estudios sobre el impacto de la cesárea en las dimensiones psicológicas y sociales de las mujeres.

Otra problemática al respecto es la inexistencia de un sistema de clasificación normalizado e internacionalmente aceptado para monitorear y comparar las tasas de cesáreas de forma homogénea y orientada hacia la acción es uno de los factores que ha dificultado una mejor comprensión de esta tendencia, (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Una tercera problemática es abordar el dolor postoperatorio, sin importar el tipo de intervención recibido por las pacientes. Este es un problema latente sin resolver en las instituciones de salud a nivel mundial. Todavía no se da la relevancia necesaria al dolor postoperatorio, constituyendo un alto índice en los pacientes atendidos.

La Sociedad Española del Dolor (S.E.D.) realiza una encuesta sobre incidencia de dolor postoperatorio en once hospitales de toda España, reportando los resultados preliminares de la siguiente manera: el 68% de los pacientes operados presentaban dolor en la primera hora del postoperatorio, (López Tello, 2012). En cambio, en otro estudio realizada por la Asociación Española de Cirujanos, a 237 cirujanos, revela que el 56% de

los cirujanos no valora de forma habitual la intensidad del dolor y sólo el 23% declara utilizar escalas de valoración del dolor; asimismo, el 76% de pacientes atendidos manifiesta que no recibieron ninguna información específica sobre el dolor postoperatorio y el 95% de pacientes declaran que desearían recibirla.

Prosiguiendo con la problemática del dolor, referido al control satisfactorio del dolor posoperatorio en un estudio transversal en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, evidencia la prevalencia de dolor en pacientes del 54,7% en las últimas 24 horas y un dolor moderado o intenso del 34,7%; asimismo hay información relevante de este estudio, que la mayoría de las pautas fueron a demanda 63,2% y que el 18,7% de los enfermos candidatos a tratamiento analgésico no tenían ninguna prescripción por parte del médico, (Asociación Española de Cirujanos, 2015).

Según Peñaloza en Latinoamérica no se da la importancia debida al dolor post operatorio por lo cual está siendo inadecuadamente tratado y se mantiene entre dolor moderado (44.4%) y dolor severo (57.6%) a los pacientes durante las primeras 24 horas, (Peñaloza Aldaz, 2014); por otro lado, Soler, F. y otros (2001) concluyen que el servicio de Ginecología es la que registra más dolor tanto al abandonar la Unidad de Recuperación Postanestésicos (56,6%), como durante el primer día (71,3%), catalogando dolor de intensidad moderada a insoportable. Muñoz (2012) reporta un 64% a las 08:00 horas del primer día posoperatorio (Refugio, 2012); Soler, Faus, Montaner, Morales y Martinez (2001), reporta el estudio de Covarrubias (2007), del 50% de los pacientes posoperados experimenta algún grado de dolor de moderado a intenso en las 24 horas posteriores a la intervención quirúrgica, y el 20% lo describe como severo en intensidad, y el 80% percibe como moderado a severo y añade que el 96% refieren la prevalencia del dolor agudo en todos los niveles asistenciales.

Estos estudios revelan la gran demanda y el mayor esfuerzo de las instituciones de salud y el adecuado manejo del dolor, (Muñoz, Salmeron, Santiago & Marcote, 2001); este fenómeno es relevante por la tendencia nacional e internacional de contar con hospitales libres de dolor que contribuyan a la satisfacción del cliente, (Vidal, Torres, De Andrés & Moreno, 2007).

Una cuarta problemática de estudio es el embarazo, en este caso a nivel fisiológico y emocional y cómo es percibido por cada mujer, según su personalidad y/o contexto asistencial. De Molina (2015), sostiene que “algunas gestantes ante la inminencia del parto podrían presentar estados de ansiedad y miedos, que algunos autores relacionan con resultados obstétricos y neonatales desfavorables”, (De Molina, y otros, 2015).

La presencia de estos estados emocionales negativos, pueden tener secuelas negativas sobre la evolución del embarazo y el desarrollo del feto, entre ellas tenemos, la sensación de descontrol y/o dolor excesivo de la mujer durante el parto, dificultad para la dilatación, partos más prolongados; asimismo, contribuye a un mayor número de cesáreas y el incremento de recién nacidos pre término y con bajo peso al nacer, entre otros (De Molina, et al, 2015).

En el servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope, la investigadora observa y declara que se presenta el mismo escenario, donde no existe una escala válida y fiable para determinar o medir la satisfacción de los usuarios respecto al nivel del dolor, y que estos factores pueden afectar la calidad percibida por la paciente como la escasa o nula aplicación de métodos de valoración del dolor; asimismo la falta de un protocolo de analgesia, existiendo solo el control del dolor, farmacológico. Los profesionales de enfermería están apegados a la indicación médica sin una valoración previa, si el analgésico indicado corresponde a las demandas del paciente. Por otro lado, el índice de dolor alto, desencadena en secuelas económicas financieras, sociales, tales como el

incremento de la estancia hospitalaria, aumento de gastos económicos, incremento de complicaciones postquirúrgicas, aumento de morbilidad postoperatoria, falta de disponibilidad de habitaciones para nuevos ingresos al servicio de hospitalización, así como la escasa e insuficiente información y/o educación que el personal de enfermería brinda a las pacientes hospitalizadas en relación al manejo del dolor y orientación en los cuidados del recién nacido, los últimos descritos podrían convertirse en factores estresantes que pueden influir en la insatisfacción de los usuarios.

Antecedentes de la investigación

A continuación, se presentan las investigaciones relacionadas con la determinación de la prevalencia e intensidad del dolor, las que incorporan la satisfacción del paciente con el manejo del dolor y, por último, las relacionados con el estado emocional de las pacientes del servicio de Gineco Obstetricia, específicamente.

El manejo del dolor es un proceso complejo, sin embargo, existen estudios que abordan el manejo del dolor y se reporta altos porcentajes de satisfacción a pesar de la presencia de dolor de intensidad de moderada a severa (Fonseca et al; 2007; Gallego et al. 2004; Leaet al., 2009; Arbónes et al., 2009). Sin embargo, (Sada et al., 2011) reporta que la insatisfacción se debe a que el paciente la relaciona con la ineficacia del servicio otorgado. Esto indica que existen factores asociados que influyen en el paciente como las estrategias y prácticas propias de la institución que influyen en el desempeño del equipo de salud como en la satisfacción del usuario por el servicio prestado.

Un estudio realizado en el 2013, Lima - Perú, como parte de la validación de la encuesta SERVQUAL modificada para consulta externa que mide percepción y expectativa de los usuarios de los servicios de salud, realizado en un centro de salud de primer nivel, durante noviembre y diciembre del 2013. El estudio incluyó 99 personas, entre ellas el 72% eran usuarios y el resto acompañantes. El 85% era paciente

continuador, 64% contaba con seguro integral (SIS), el 20% contaba con otro seguro, el 15% no poseía seguro de salud. El porcentaje de insatisfacción según dimensiones fue: fiabilidad (39,1%), capacidad de respuesta (46,5), seguridad (31,4%), empatía (28,8) aspectos tangibles (29,9%) y buen trato (30,6%), (Zafra, Veramendi y Villa, 2015).

En un estudio descriptivo realizado en un hospital de Huelva-España con 388 pacientes intervenidos, Gallego y otros, en su estudio Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor posoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes, concluyen que “el dolor postoperatorio continua representando un aspecto negativo de los cuidados posoperatorios, precisando medidas para su corrección”, entre los hallazgos más importantes fueron 97.2% refirieron haber experimentado dolor en algún momento durante su estancia hospitalaria, el 96.9% refirió que presentó dolor en las últimas 24 horas; asimismo, la “intensidad del dolor” al momento de la entrevista fue de $3.08 \pm 2,35$. La mayor intensidad de dolor fue de $6.7 \pm 2,78$ y la menor de $0.89 \pm 1,57$; asimismo, en el momento de la entrevista el 40.5% refirió “dolor moderado” y el 16% “dolor severo”. Por otro lado, en referencia a la satisfacción del paciente con los médicos y enfermeras fue que el 67.3% de pacientes “solicitaron analgesia” en algún momento y el 28.4% solicitaron nuevamente analgésico, denominado “analgesia de rescate” y por último, en relación entre el grado de satisfacción y el tiempo percibido transcurrido desde que se solicita analgesia hasta que es administrada, los pacientes refirieron que esperar menos de 15 min se mostraron más satisfechos con enfermeras ($p=0,006$)... que esperar más tiempo y esperar menos de una hora ($P=0,014$) para recibir analgesia de rescate, (Gallego, Rodríguez de la Torre, Vázquez, y Gil, 2004).

Según Urure (2006), en el estudio realizado en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, concluye que los pacientes postoperados en su mayoría fueron mujeres casadas, con un nivel educativo aceptable. La permanencia posoperatoria mayoritariamente fue de

4 días.El nivel de satisfacción en relación con las necesidades y expectativas fue parcialmente satisfecho con un promedio de 3.60 y 3.70 y en relación con las percepciones resultó satisfecho con 4.12 de promedio.La atención de enfermería posoperatoria fue buena con 47.5%.

Muñoz (2012), hace referencia del trabajo de investigación Manejo del dolor y la satisfacción de pacientes postoperadas hospitalizados. Desarrollo científico de enfermería, 2006, de Peñarrieta, que “describe la experiencia del dolor y la satisfacción del paciente postoperado frente al manejo del dolor. La muestra estuvo conformada por 180 pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía, mayores de 18 años, quienes manifestaron tener dolor. El 65.5% eran mujeres, el 43% con nivel de escolaridad “superior”, el 63% tuvo experiencia anterior de hospitalización; el 52% de los pacientes refirió presentar dolor severo en las 24 horas anteriores a la entrevista, el 52% de pacientes refirió no recibir información sobre el manejo del dolor, el 31% no recibió información del personal asistencial sobre la importancia que el hospital tiene sobre el tratamiento del dolor y el 25% no recibió información del médico y enfermera acerca de “informar cuando sintiera dolor” en el periodo postoperatorio. Asimismo, el 25% de estos pacientes manifestó insatisfacción, el 56% mostró niveles de insatisfacción en relación con la información recibida, el 37% de pacientes manifestó no haber recibido información sobre los efectos secundarios de los analgésicos y el 40% no recibió información sobre las alternativas que existen para calmar el dolor. Por último, el 60% de los pacientes recibió un tratamiento inadecuado para el manejo del dolor ...”.

Entre tanto, el estudio descriptivo transversal realizado por Leal y otros (2009), Satisfacción del control y alivio del dolor en usuarios postoperadas hospitalizados en el Hospital General “Dr. Alfredo Pumarejo” de Matamoros, Tamaulipas con una muestra de 30 usuarios hospitalizados de 24 horas, cuyos resultados fueron: el 73 % son mujeres,

90% casadas o en unión libre. El 63.3% refieren la experiencia del dolor leve, de acuerdo con la escala visual análoga, el 70% refiere “peor dolor” en las 24 horas y el 86% la intensidad usual en esas 24 horas. En cuanto a la satisfacción con el cuidado que otorga el personal de enfermería en cuanto al alivio del dolor el 96.7% estuvo totalmente satisfecho y el 93.3 % estuvo totalmente satisfecho con el cuidado general, (Leal, Mendoza, Hernández, Avila, Frías y Gracia, 2009).

Según Sada y otros (2011) en su investigación Prevalencia del dolor posoperatorio en cirugía electiva de pacientes, de corte descriptivo, prospectivo y observacional, con una muestra de 154 pacientes postoperadas de las especialidades de cirugía general, angiología, maxilofacial, plástica, neurocirugía, otorrinolaringología y urología; con el objetivo de evaluar: la prevalencia del dolor agudo postoperatorio, las pautas analgésicas usadas, la eficacia de las mismas y la satisfacción de los pacientes con los tratamientos empleados, cuyos resultados fueron: el 47% refiere cierto tipo de dolor. La evaluación a las 19:00 horas revela que el 72y 63% tenían el mismo dolor con intensidad en reposo y actividad respectivamente; y a las 08:00 horas del día 42,1 y 64,9% respectivamente. Al interrogara los pacientes en la tarde del día de la cirugía, todos los servicios excepto otorrinolaringología, reportan más del 50% con analgesia ineficaz en reposo y se eleva al 68% cuando están en actividad pese a los patrones terapéuticas empleadas. En cuanto a la satisfacción por el tratamiento empleado tenemos los siguientes resultados: 21% bastante y totalmente satisfechos (Sada, Delgado y Castellanos, 2011).

Muñoz, en su investigación sobre la satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados en una institución privada de Barcelona, en un estudio transversal, con una muestra de 309 pacientes adultos hospitalizados, cuyo objetivo es conocer las características referidas, su variación en función de los distintos servicios y el abordaje terapéutico realizado; se encontró que el 54.7% tuvo prevalencia

de dolor en las últimas 24 horas, hubo diferencias en la intensidad del dolor en relación a la edad, a mayor edad el dolor aumentó a moderado. El 67% de los pacientes tenían prescrito algún tratamiento específico para el dolor. Los fármacos más utilizados fueron los AINES. En el 67.1% de los pacientes tratados con opioides el manejo del dolor fue adecuado, (Muñoz Rodríguez, 2012).

Según Moreno, Fonseca e Interrial (2017), en el estudio Factores asociados con la intensidad del dolor en pacientes mexicanos hospitalizados en periodo postoperatorio, de tipo descriptivo-correlacional, con una muestra de 231 pacientes postoperadas de los departamentos de cirugía general, traumatología y ginecología, cuyos resultados fueron: durante las primeras 24 horas postoperatorias, donde la mayor intensidad del dolor se ubicó en el sexo femenino. La media de conocimiento del personal de enfermería en relación con el manejo del dolor se ubicó en 54,40 (DE = 13,12). El 83,5 % de los pacientes señaló que no recibió orientación preoperatoria para el manejo del dolor. En relación con quién le proporcionó la orientación, el 13 % reportó al médico cirujano, el 1,3 % a enfermería y el 2,2 % al anestesiólogo. El 71,8 % de los pacientes presentó dolor de moderado a severo durante las primeras 24 horas. El máximo dolor se ubicó en el severo con un 69,6 %, mientras que el dolor promedio predominante fue el moderado con un 54,5% y la intensidad del dolor que refirieron los pacientes, con la escala visual numérica del dolor se obtuvo una media de 7,82 (DE = 2,4) para el máximo dolor en las primeras 24 horas, lo cual corresponde a dolor severo. El dolor promedio en las primeras 24 horas reportó una media correspondiente a dolor moderado.

Según Moreno, María Guadalupe et al. (2012) en su trabajo Intensidad y manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados, 151 adultos, en una institución de seguridad social de Nuevo León, México. El estudio descriptivo, concluye que “el 90.1% de los participantes presentó dolor posoperatorio, 57.6% manifestó intensidad de dolor

severo en las primeras 24 horas y 28.5% recibió un manejo de dolor inadecuado. Únicamente se encontró diferencia significativa en la intensidad del dolor de acuerdo con el sexo ($U = 1799$, $p = .006$) con predominio en las mujeres. En cuanto a la satisfacción del paciente se encontró que una alta proporción manifestó estar satisfecho (43.7%) y muy satisfecho (51.6%) con el manejo del dolor por parte del equipo de salud.

El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento, en todos los centros del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria en Barcelona España; con una muestra de 325 pacientes, cuyos resultados son: el 42.2% de los pacientes no recibió ningún tipo de información acerca de la importancia de manifestar su dolor, en el 48.5% de pacientes para medir la intensidad del dolor se utilizó la escala categórica y en el 35.8% la escala verbal numérica. El 76.9% de los pacientes presentó algún tipo de dolor y el 22% no solicitó atención por dicho motivo. Globalmente un 85.8% consideró que se le había prestado atención a su dolor. El 33.3% de los pacientes tuvo bastante o mucha limitación en las actividades de la vida diaria hospitalaria por causa del dolor. El 76.9% estuvo satisfecho con la atención recibida y 75.1% con los tratamientos aplicados. (Arbonés, Montes, & Farriols, 2009)

Ramírez y colaboradores, citado por Muñoz (2012), realizaron un estudio en una unidad de dolor ubicada en Málaga-España, con el objetivo de analizar la percepción del dolor en función de las variables edad y sexo. La muestra estuvo constituida por 330 pacientes, 165 hombres y 165 mujeres de edad comprendida entre 15 y 92. Al analizar la relación de los grupos en cuanto a la edad no se encontró diferencia significativa, el grupo de mayor edad reportó una media de intensidad de dolor de 4.89 y el grupo de menor edad una media de 3.79. En lo que respecta al sexo se observó una diferencia significativa de intensidad del dolor con predominio en las mujeres (hombres $X = 29.51$, mujeres $X = 33.07$).

En el estudio realizado por Ataurima (2016), en el Hospital de apoyo Jesús de Mazareno de Lima, Perú, con una muestra intencional de 40 pacientes post operados de diferentes cirugías atendidos en la Unidad de Recuperación, se encontró un nivel de satisfacción alto, la satisfacción en relación con el personal de enfermería obtuvo un 37,5% y en el personal técnico alcanzó el 57,7%.

Otro estudio realizado en Tarragona (Cataluña - España) con mujeres gestantes en el tercer trimestre de gestación, realizado para conocer el nivel de ansiedad y miedos ante el parto de 78 gestantes, con relación al Apgar, peso del neonato, la percepción del dolor de parto y la forma de analizar el mismo y valorar diferentes instrumentos de detección. Los resultados mostraron que un 30% de las mujeres presentaron un nivel de ansiedad alto, aun así, esto no condicionó la forma de analizar el parto (p-valor: .983) y el Apgar al nacer (p-valor: .869); pero si se relacionó significativamente la ansiedad con mayor miedo al dolor de parto (p-valor: .041) y una peor valoración del tratamiento para su alivio. Una detección adecuada y sistemática de la ansiedad con una Escala Visual Analógica, sencilla y fácil de aplicar, permitiría a matronas y enfermeras identificar a las mujeres susceptibles de cuidados específicos dirigidos a disminuir la ansiedad y el miedo y así mejorar su experiencia ante el parto, (De Molina-Fernández et al, 2015).

Formulación del problema

Esta situación problemática ha motivado a la investigadora a plantear el siguiente problema de investigación:

Problema general

¿Cuál es la relación de los factores y calidad de atención en el manejo del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017?

Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de ansiedad, calidad de atención y manejo del dolor, en las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope, 2017?

¿Cuál es la relación de los factores con el nivel del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017?

¿Cuál es la asociación de los factores con el manejo del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope, 2017?

¿Cuál es la relación de los factores desencadenantes de la ansiedad con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope, 2017?

¿Cuál es la relación de los indicadores de la calidad de atención con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope, 2017?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación de los factores y la calidad de atención en el manejo del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

Objetivos específicos

Identificar el nivel de ansiedad, calidad de atención y manejo del dolor, en las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope, 2017.

Determinar la relación de los factores con el nivel del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

Determinar la asociación de los factores al manejo del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope, 2017.

Determinar la relación de los factores desencadenantes de la ansiedad con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope, 2017.

Determinar la relación de los indicadores de la calidad de atención con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope, 2017.

Hipótesis de investigación

Hipótesis general

Existe relación de al menos uno de los factores y la calidad de atención en el manejo del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

Hipótesis específica

Existe relación significativa de al menos uno de los factores con el nivel del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

Existe asociación significativa de al menos uno de los factores al manejo del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope, 2017.

Existe relación significativa de al menos uno de los factores desencadenantes de la ansiedad con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope, 2017.

Existe relación significativa de al menos uno de los indicadores de la calidad de atención con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope, 2017.

Justificación de la investigación

En cuanto a la relevancia teórica del presente estudio permite que evaluar la calidad de atención desde la perspectiva del usuario, brinda una visión amplia de las necesidades y expectativas de los pacientes y facilita la creación de estrategias correctas para el éxito del tratamiento.

En cuanto a la relevancia metodológica se considera que el diseño multivariado de los resultados de la presente investigación ayudará a conocer mejor la interacción de dos variables importantes en la gestión de servicios de salud como lo es la calidad, ansiedad, nivel del dolor y como estos están relacionados en un ámbito hospitalario.

En cuanto a la relevancia práctica las relaciones encontradas en el presente trabajo servirán como soporte científico para el desarrollo de estrategias asistenciales que mejoren el cuidado del profesional de enfermería en beneficio del usuario Gineco Obstétrico.

Asimismo, como aporte institucional este estudio contribuye a conocer el nivel de calidad de atención que se viene prestando en el servicio local de salud de la Clínica Good Hope y su relación con las variables sociodemográficas, ansiedad que presenta el paciente y el nivel del dolor; un aspecto importante a ser considerada por los líderes de la institucióna fin de generar, reconfigurar sus políticas y estrategias administrativas que permita incrementar y focalizar la calidad de atención.

Viabilidad del estudio

El presente estudio fue viable porque existió la voluntad e interés de los usuarios en colaborar con la investigación y conocer los factores sociodemográficos, nivel de ansiedad situacional que podrían influir en el manejo del dolor, así como precisar el nivel de dolor que las pacientes estaban sintiendo durante su hospitalización y determinar el nivel de la calidad de atención recibida por el personal de enfermería.

El compromiso institucional a través de la entrega de las autorizaciones y apertura entregadas permitieron tener acceso a los usuarios del servicio de Gineco Obstetricia para realizar el estudio. Las condiciones de asesoría y logística fueron favorables ya que se contó con profesionales de experiencia y las fuentes bibliográficas necesarias.

Los cuestionarios fueron aplicados por profesionales de la Salud, pertenecientes al área. El presente estudio fue autofinanciado.

Delimitaciones del estudio

El estudio se realizó a todas las pacientes postoperadas de cesárea que ingresaron al servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope.

Limitaciones del estudio

Disposición del personal profesional para atender a los usuarios a lo largo del desarrollo de los cuestionarios.

Presuposiciones del estudio

Disposición de los usuarios del servicio de Gineco Obstetricia que por estado postoperatorio y demandas del recién nacido se limitaron a participar del estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Al abordar la cosmovisión cristiana que orienta los propósitos y la naturaleza del quehacer institucional de la Clínica Good Hope y del rol de sus trabajadores, estos obedecen a una cosmovisión centrada en Cristo, por lo tanto, el conocimiento se obtiene por la revelación de Jesucristo; la Biblia con premisas infalible para la salud, el servicio y la atención; los consejos de salud y la curación dados por medio de los registros de Elena G. de White; la conciencia y a la razón, iluminadas por el Espíritu Santo que trasciende al servicio ofrecido, marcado por el sistema de creencias adventistas; asimismo, la filosofía institucional, que es animar a vivir en armonía con las leyes divinas de la salud para disfrutar sus beneficios, vida más larga y mayor discernimiento moral. En ese contexto desarrollaremos algunos conceptos básicos que dan sustento a la investigación.

Marco Bíblico - Filosófico

Dolor

La palabra dolor aparece más de 70 veces en las Escrituras. Esta palabra aparece por primera vez para explicar el origen del “dolor” o labor en el parto en Génesis 3:16: “A la mujer dijo: Multiplicaré en gran manera los dolores en tus preñeces; con dolor darás a luz los hijos...”

La palabra hebrea 'etzev', traducida 'con dolor', nunca se utiliza en ningún otro libro de la Biblia con esta acepción. 'Etzev' -según el contexto- puede significar trabajo, fatiga, una labor con recompensa o un estado de perturbación, de desconcierto o alteración, (Bianco, 2013).

Algunos piensan que Dios multiplica el dolor de la preñez de Eva y mencionan que es injusto hacer sufrir a todas las mujeres a causa del pecado de Eva, esta multiplicación se debió a que desobedeció a Dios, (Ministerio de Apologética e investigación Cristiana, 2008). Según White, no es Dios quien causa el dolor y el sufrimiento sino que el hombre [la mujer], por su propia ignorancia y pecado, atrajo esta condición sobre sí mismo.

Se debe entender que Eva fue la vía a través de la que Dios mandó llenar la tierra. Su unión con Adán debía producir hijos para el mundo perfecto que Dios había creado; pero, Eva se rebeló contra Dios. Debido a que el pecado trae sufrimiento y dolor, esta era una consecuencia natural, que sufriese en la misma área para la cual estaba hecha por causa de su rebelión contra Dios. (Ministerio de Apologética e investigación Cristiana, 2008)

La Biblia no hace especificación alguna, se sabe médicamente que el dolor podría ser un regalo. Sin ello no se sabría cuándo se necesita atención médica. Espiritualmente hablando, uno de los beneficios del dolor es expresado por Santiago: "Hermanos míos, tened por sumo gozo cuando os halléis en diversas pruebas, sabiendo que la prueba de vuestra fe produce paciencia" (Santiago 1:2-3). Según Santiago, cuando se soportan pruebas dolorosas, se puede tener gozo al saber que Dios obra para producir en nosotros paciencia y el carácter de Jesucristo. Esto se aplica al dolor mental, emocional y espiritual, así como al dolor físico, (Got Questions Ministries, 2002 - 2018)

Ansiedad

Según White (1905), la ansiedad produce enfermedad, pero con fe tranquila presentar a Dios las necesidades del enfermo o paciente, Dios conoce a cada uno, y cuida de él. Siendo el amor de Dios tan grande e infalible, debe alentarse al enfermo a que confíe en Dios y tenga ánimo. La congoja acerca de sí mismo los debilita y enferma. Si los pacientes resuelven sobreponerse a la depresión y la melancolía, tendrán mejores perspectivas de sanar.

Arosemena (2016), presenta un estudio realizado por la Universidad de Illinois en Chicago (UIC) y publicado en la reciente edición de noviembre del *Journal of Abnormal Psychology*, donde sugiere que altos niveles de sensibilidad hacia lo ambiguo, incierto o desconocido es la raíz de la mayoría de las condiciones clínicas (trastornos) relacionadas con el miedo. Los investigadores encontraron que un amplio espectro de trastornos de ansiedad comparten una respuesta común generalizada de aprehensión y reactividad provocada por la impredecibilidad de amenazas ambiguas.

Según White (1952), la sensación ante lo desconocido o incierto se presenta también ante la llegada de un bebé a la familia. En sus registros detalla algunas consideraciones que toda familia debe analizar: “Señor, somos responsables ante él por el manejo de su propiedad”. “Trabajen los padres por los suyos, con amor, fe y oración, hasta que gozosamente puedan presentarse a Dios diciendo: ‘He aquí, yo y los hijos que me dio Jehová’.” (White E. G., *El Hogar Cristiano*, 1952).

Según White, “En vista de la responsabilidad que incumbe a los padres, ellos deben considerar cuidadosamente si el traer hijos a la familia es lo que más conviene. ¿Tiene la madre suficiente fuerza para cuidar de sus hijos? Y ¿puede el padre ofrecer las ventajas que amoldarán y educarán correctamente al niño? ...”, (White E. G., *El Hogar Cristiano*, 1952).

Según White, el esposo debería considerar todos estos aspectos, para que su esposa no se vea sobrecargada y abrumada. Además, debe procurar que la madre de sus hijos pueda atender con justicia a sus numerosos pequeños y darles una debida preparación. Los padres no deben aumentar sus familias más de lo que podrían cuidar y educar, ante esta situación para la mujer se reduce y destruye el placer social, y aumenta la miseria doméstica”.

“Consideraciones económicas, los padres deben considerar con calma cómo han de proveer para sus hijos...”, “Si no tienen la provisión, cometen un crimen al traer a este mundo hijos para que sufran por falta de cuidados, alimentos y ropas convenientes.

Según White, “Padres y madres, cuando sepáis que os falta conocimiento acerca de cómo educar a vuestros hijos para el Maestro” ... buscadlo a Él”, “ (White E. G., El Hogar Cristiano, 1952).

Calidad

En Deuteronomio 28:13, encontramos el siguiente pasaje: “Y te pondrá Jehová por cabeza, y no por cola: y estarás encima solamente, y no estarás debajo; cuando obedecieres a los mandamientos de Jehová tu Dios, que yo te ordeno hoy, para que los guardes y cumplas, ...” (Valera, 1909). Este pasaje bíblico indica el nivel de excelencia y calidad con el que nuestras instituciones cristianas deben de trabajar. Y White declara que todas las capacidades que el hombre posee –de la mente, del alma y del cuerpo- le fueron dadas por Dios para que las dedique a alcanzar el más alto grado de excelencia posible... y toda facultad y todo atributo con que el Creador nos haya dotado deben emplearse para su gloria y para el ennoblecimiento de nuestros semejantes... (White E. G., Patriarcas y Profetas, 1890)

Entre tanto, el libro Ministerio Médico, señala lo siguiente haciendo referencia a la calidad de las instituciones de salud cristianas:

“Nuestra obra consiste en esforzarnos por alcanzar en nuestras esferas de acción la perfección que Cristo logro en todo aspecto del carácter en su vida sobre la tierra. Él es nuestro ejemplo. En todas las cosas debemos procurar honrar a Dios en carácter...” (White E. G., Ministerio Médico, 1952).

Asimismo, “Necesitamos comprender y apreciar el privilegio que Cristo nos ha otorgado, y mostrar nuestra decisión de alcanzar la norma más elevada. Debemos depender plenamente del poder que Él ha prometido concedernos”, (White E. G., Ministerio Médico, 1952).

“Justo antes de expresar este requerimiento, el salvador dijo a sus discípulos:

“Amad a vuestros enemigos, bendecid a los que os maldicen”. Debemos amar a nuestros enemigos con el mismo amor que Cristo manifestó hacia sus enemigos al dar su vida para salvarlos. Este pasaje ilustra un aspecto de la perfección cristiana. Cristo dio su vida por nosotros mientras aun éramos enemigos de Dios. Debemos seguir su ejemplo”, (White E. G., Ministerio Médico, 1952).

Cada enfermera y personal de salud, de la Iglesia Adventista del Séptimo Día es comprometido, bajo la unción divina, a encontrar las maneras más eficaces para cumplir la misión de la iglesia, así declara su compromiso la Clínica Good Hope, de ofrecer a la comunidad atención de la salud de la más alta calidad, dirigida a la persona total, desarrollando un plan de evaluación espiritual, que incluya entre otras: una atmósfera positiva, bien planificada, que se concentre en la presencia sanadora del Señor; desarrollar equipos profesionales competentes, compasivos y que ministren a los pacientes desde el contexto de la fe cristiana; estimular con sensibilidad las inquietudes

espirituales de los pacientes y responder de forma sistemática, etc. (División Sudamericana, 2017)

De esta manera cumple con su misión de promover el bienestar físico, mental y espiritual de todas las personas. De esta manera la IASD desarrolla un sistema de asistencia médica para aliviar la enfermedad y el sufrimiento humano. (División Sudamericana, 2017)

Fundamento Teórico de las Variables

Factores sociodemográficos

Edad

La edad es un factor biodemográfico que permite identificar riesgos; en la mujer tiene importancia el período “edad fértil”. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir. (Donoso, Carvajal, Vera, & Poblete, 2014)

El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en adolescente (< 20 años), además del riesgo biológico, genera un riesgo social para el ser que nace y la madre, siendo un problema de salud pública en la mayoría de los países en desarrollo. (Donoso, Carvajal, Vera, & Poblete, 2014)

El embarazo en mujeres añosas (> 35 años) es asociado a un aumento del riesgo de presentar patologías de la gestación y mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que incrementan la mortalidad materna y perinatal. (Donoso, Carvajal, Vera, & Poblete, 2014)

Embarazo adolescente

Por otro lado, según la OMS define a la adolescencia como el período en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita entre los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. (Ulanowicz, Parra, Wendler, & Tisiana, 2006)

Este evento produce riesgos a nivel social como lo son familias con mayor número de hijos, mayor deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados, alta proporción de hijos ilegítimos con una repercusión en la salud de la madre y el recién nacido, (Ulanowicz, Parra, Wendler, & Tisiana, 2006).

Según Ulanowicz et al (2006), de forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente y se relaciona con:

- Abortos
- Anemia
- Infecciones urinarias
- Bacteriuria asintomática
- Hipertensión gestacional
- Preeclampsia – Eclampsia
- Escasa ganancia de peso
- Malnutrición materna
- Hemorragias asociadas con afecciones placentarias
- Parto prematuro
- Rotura prematura de membrana
- Desproporción cefalopélvica
- Cesárea

La edad materna avanzada (mayor a 35 años) se asocia con mayor frecuencia a patología gestacional y mayor incidencia de inducciones médicas del parto y tasa de cesáreas, especialmente en nulíparas, (Heras, Gobernado, Mora, & Almaraz, 2011).

En el año 2011, en Valladolid, España. Se estudió 355 parto, donde se encontró que las gestantes de mayor edad presentaron más patología asociada al embarazo (29,2 vs 15,8%, $p < 0,001$) como diabetes gestacional (6.2%, $p < 0.0029$), metrorragia del primer trimestre (5.6%, $p < 0.01$), y amenaza de parto pretérmino (3.9%, $P < 0.007$). Los estados hipertensivos del embarazo, aunque fueron también más frecuentes no demostraron significación estadística. Se requirió inducción médica del parto con mayor frecuencia en el grupo de estudio (RR = 1.42; CI 95%:1.08-1.87). En el 47% de las gestantes nulíparas de edad avanzada se indicó una cesárea (RR = 1.63; CI 95%: 1.24-2.15). La morbilidad materna también fue superior en el grupo de edad avanzada (RR 5.98; CI 95% 1.35-26.54), (Heras, Gobernado, Mora, & Almaraz, 2011).

Aparte de una mayor frecuencia de defectos cromosómicos en los niños, que se presentan conforme aumenta la edad de la gestante, la primigesta añosa debe enfrentar la posibilidad de que el útero, vasos sanguíneos y demás órganos reproductores maternos, tardíamente retados por primera vez, no se adapten para lograr un embarazo y parto exitosos. La cesárea en la primigesta añosa es el efecto adverso más frecuente y con evidente asociación estadística, (Peña, Palacios, Oscuvilca & Peña, 2011).

Número de cesáreas

En las últimas tres décadas la tasa de cesárea ha incrementado con una frecuencia de 25 a 40% en los hospitales públicos y un 50% en instituciones privadas.

Alrededor del 30% de las indicaciones para cesárea corresponden a mujeres con una o más cicatrices de cesárea anterior, (Ministerio de Salud. Gobierno de Chile, 2015).

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social, las mujeres con embarazo a término y antecedentes de cesárea, que tienen la intención de optar por una cesárea se les debe informar que la mortalidad materna es mayor, que el riesgo de placenta previa, acretismo placentario, hemorragia obstétrica e histerectomía obstétrica, en embarazos subsecuentes, es mayor, así como lo es la estancia hospitalaria pero hay un menor riesgo de ruptura uterina”, (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015).

El Programa Nacional de Salud de la Mujer en Chile, indica que el manejo de la gestante con más de 2 cicatrices de cesárea anterior en trabajo de parto, es controversial, pero que estas mujeres deben realizarse una cesárea electiva (Recomendación B), se desaconseja intentar el parto vaginal en estas situaciones, ya que una cesárea electiva en este grupo de mujeres tiene una morbilidad más baja ante el riesgo de ruptura uterina (1,7%) con un éxito de parto vaginal cercano al 75%, (Ministerio de Salud. Gobierno de Chile, 2015).

Según Andrade, Caiza y Gallegos (2014), Luijendijk y colaboradores, encontraron que, no se registran datos sobre la relación entre el número de cesáreas y el dolor postoperatorio pero que el tamaño de la incisión de Pfannenstiel se relaciona al riesgo de dolor crónico post operatorio.

Landau y colaboradores demostraron una relación entre el área de hiperalgesia alrededor de la incisión quirúrgica de la cesárea y la intensidad del dolor post operatorio a través de ello sería posible predecir qué pacientes pudieran desarrollar dolor crónico luego de su operación cesárea, (Andrade, Caiza & Gallegos, 2014).

Bloqueo tubárico bilateral

Se define como la exéresis de las trompas de Falopio, (Johnson, Mak, & Sowter, 2008). En la actualidad se realiza la cesárea y salpingectomía de forma simultánea por paridad satisfecha y la preocupación de preservar la función sexual, (Ruiz, Espino, Vallejos & Durán, 2013).

También influye el deseo de realizar simultáneamente la salpingectomía bilateral, por paridad satisfecha y la preocupación por preservar la función sexual, pese a que no haya reportes de que exista diferencia significativa en relación con la función sexual de 12 a 18 meses después del parto comparado con la cesárea, (Ruiz, Espino, Vallejos & Durán, 2013).

Miomectomía en la cesárea

La cesárea corporal es una técnica quirúrgica poco menos que abandonada, si bien aún mantiene algunas indicaciones; y la exéresis de un mioma durante una cesárea está clásicamente contraindicada, salvo en circunstancias muy concretas. En los últimos años se está constatando un incremento significativo de ambos procedimientos, por razones diversas como aumento de las gestaciones pretérmino que se finalizan por vía abdominal, incremento de la edad materna, mayores tasas de cesáreas, entre otros, (Magdaleno, y otros, 2010).

B-Lynch en la cesárea

La sutura de B-Lynch es una herramienta útil frente a la hemorragia postparto (HPP) que es una de las patologías más prevalentes de la morbilidad materna en los países subdesarrollados. Dentro de estas medidas está el taponamiento con balón uterino, la devascularización pelviana, la embolización arterial radiológica y suturas

uterinas como la descrita por Christopher B-Lynch, bautizada homónimamente, (Troncoso, Bravo, Riesle & Hevia, 2009).

Embarazo doble:

Es un embarazo de alto riesgo obstétrico pues tiene una mayor incidencia de prematuridad, restricción del crecimiento fetal, malformaciones congénitas y muerte fetal in útero comparado con las gestaciones únicas.

Las complicaciones del embarazo gemelar son: crecimiento discordante, muerte in útero de alguno de los gemelos, síndrome de transfusión feto-fetal, gemelos monoamnióticos y perfusión arterial reversa en uno de los gemelos.

Adicionalmente al mayor riesgo de morbilidad materna.

Se ha descrito en la literatura que el momento ideal para la interrupción es a las 32 semanas de edad gestacional, posteriormente la mortalidad fetal aumenta y se produce una marcada disminución de las complicaciones neonatales. Se recomienda la interrupción por operación cesárea electiva ya que se evitaría el atrapamiento de cordón o el corte inadvertido del cordón del segundo gemelo que podría estar alrededor del cuello del primero. Lógicamente, se debe administrar corticoides con el fin de disminuir las complicaciones neonatales, (Valenzuela, Becker & Carvajal, 2009).

Hipotonía uterina post cesárea:

Según Jacobs (2011), se define como una hemorragia postparto producida por un parto por cesárea. La atonía uterina puede ser aislado o asociado con una o más de las otras causas de hemorragia. Se puede desarrollar espontáneamente, durante un ensayo de fórceps o extracción por vacío, o durante el parto por cesárea cuando el operador intenta desalojar a una cabeza fetal encajada en la pelvis, puede manifestarse como

sangrado vaginal excesivo o como hipotensión, taquicardia y / o disminución del gasto urinario de la hipovolemia.

El tratamiento se compone de:

- Contracción del útero a través del masaje de fondo uterino.
- La administración de fármacos uterotónicos
- Reposición de líquidos y transfusión sanguínea.
- Pruebas de laboratorio para evaluar la pérdida de sangre, coagulopatías, pruebas cruzadas, grupo y factor sanguíneo.

Portadora de catéter epidural postcesárea

Se define como la técnica anestésica que consiste en dejar una sonda o “catéter” en el espacio epidural para controlar el dolor durante o después de un procedimiento.

En el postoperatorio de la cesárea, la incisión en la porción baja de la piel del abdomen genera impulsos dolorosos cutáneos, (Garza, 2016).

Según Garza (2016), la analgesia epidural postoperatoria, produce una modificación en la respuesta neuroendocrina al trauma y da como resultado lo siguiente:

- Menos alteración de la ventilación/perfusión con la consecuente disminución de la incidencia de atelectasias, neumonías, necesidad de broncoscopias y ventilación mecánica.
- Disminución de la descarga adrenérgica con menor incidencia de taquicardias, hipertensión, isquemia miocárdica postoperatoria y falla de bomba.
- Menor frecuencia de trombosis venosa profunda, al inhibirse el estado hipercoagulable postoperatorio asociado a la descarga adrenérgica, sobre todo, con la combinación de opioides-anestésicos locales epidurales, menor frecuencia de infecciones pulmonares y extrapulmonares, tal vez al modificarse el estado de

inmunosupresión asociado al hipercortisolismo postoperatorio, disminuye la morbilidad post-operatoria y los días de hospitalización, por lo que los costos se abaten.

- Favorece la deambulacion temprana.
- Y lo más importante, la paciente se siente confortada y muy bien atendida.

Según Garza (2016), la depresión respiratoria, representa la complicación más temida, y afortunadamente rara. La posición de fowler (30°), evita la distribución rostral de la morfina.

La retención urinaria, se presenta entre un 10 y 15% con el empleo de esta técnica analgésica. Sin embargo, es un procedimiento común la instalación de una sonda urinaria en pacientes Gineco obstétricas.

El prurito, es un síntoma que a menudo no lo refieren las pacientes si no es investigado y varía también en porcentaje, dependiendo del fármaco y las dosis empleadas.

Desde el punto de vista psicológico los procesos biológicos ya sean normales o patológicos, como los movimientos fetales, las hemorragias uterinas, los antecedentes de feto muerto o cualquier otro problema de desarrollo fetal, pueden ocasionar situaciones de ansiedad más o menos importante según el caso. (Gomez, 1991)

Factores sociales

Según Gómez (1991), son factores determinados por estructuras socioeconómicas y políticas, que producen modelos y discursos sobre el parto y la maternidad. Dentro de estos factores, se distinguen los factores centrados en la función social de la mujer, el discurso social sobre el parto y la maternidad. Por otro lado, los

factores referidos a la edad, nivel socioeconómico, nivel cultural, estructura familiar, elementos que producirán problemas específicos y grupos con poblaciones de riesgo,

En cuanto a la función social asignada a la mujer, ha variado mucho con la incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar. Sin embargo, en determinados colectivos sociales a través de los juegos de la niñez, de las expectativas de la familia, de la información, se le ha creado a la mujer un falso concepto en su rol social centrado en la maternidad. Se les pide a las mujeres un modelo de mujer pasiva, abnegada, sufriente, dependiente, interesada en las tareas del hogar, no en actividades sociales y/o científicas, sometida y fiel al marido. Este modelo idealizado para la mujer y la maternidad oculta la otra cara de la realidad como son los hijos no deseados, los abortos, los hijos abandonados, maltratados, entre otros. Estos hechos muestran los sentimientos reprimidos fuertemente por la mujer ante la maternidad, (Gomez, 1991).

Factores sociales y psicológicos en los procesos que constituyen la maternidad

El embarazo es una etapa importante en la vida de la mujer debido a los intensos cambios biológicos y psicológicos que se producen en el ámbito personal, familiar y social a través de la singularidad de la mujer, (Gomez, 1991).

Los factores sociales, que son responsables de la falta de información en el desarrollo de estas etapas, pueden generar intensa ansiedad por el miedo a lo desconocido, más aún cuando coincide con una precariedad económica lo que puede originar ansiedad, irritabilidad, incertidumbre por el futuro del hijo, entre otros.

Es decir, tanto los factores biológicos como los sociales pueden generar dificultades emocionales y los trastornos emocionales pueden crear patologías en otros ámbitos. Es decir, en estas etapas se produce una interrelación de factores biológicos, psicológicos y sociales que se van a potenciar unos a otros, (Gomez, 1991).

Dentro de los factores sociales que inciden en el desarrollo de los procesos se consideran la clase social, el nivel cultural, la situación económica y familiar, el colectivo de edad, patologías asociadas, entre otros.

Si la mujer está incorporada al mundo laboral, tener un hijo le plantea una doble tarea, hecho que en muchos casos crea grandes exigencias y responsabilidades, así como dificultades posibles en su mundo laboral y/o familiar.

Es frecuente que al padre se le libere de las responsabilidades domésticas y familiares y se le reconozca la importancia del trabajo; sin embargo, a la madre que trabaje se le hace responsable también de las tareas de su hogar, de la crianza y educación de los hijos, (Gomez, 1991).

Factores emocionales

Durante el embarazo la mujer hace cambios individuales, familiares y sociales. Los cambios individuales, se refieren al vínculo de sus figuras parentales, ya que el embarazo significa la promesa de un hijo, sin embargo, también representa la pérdida de la infancia.

Por otra parte, también se producen cambios corporales internos y externos muy importantes, entre ellos, la pérdida de la imagen corporal. Los cambios familiares se refieren a la adquisición de un nuevo rol, el rol de madre, con las responsabilidades que implica, ya que el hijo en sus primeros años va a depender absolutamente de ella, (Gomez, 1991).

Según Gómez (1991), “Todos los cambios vividos internamente por la mujer pueden expresarse a través de temores y fantasías, estas son singulares y están en relación con la estructura de personalidad.

Los temores y fantasías más comunes de las mujeres embarazadas son:

- Fantasías de padecer mucho dolor en el parto.
- Fantasías de no poder cuidar y alimentar al niño.
- Temores a la episiotomía y a la anestesia.
- Temores a la cesárea o al fórceps.
- Fantasías de anormalidad o monstruosidad del feto.
- Fantasías de subnormalidad y muerte del feto.
- Fantasías de muerte propia en el parto.

Estas fantasías pueden generar un alto nivel de ansiedad en la mujer e incluso originar síntomas a nivel corporal. Estos síntomas pueden surgir durante el embarazo, en el parto o en el vínculo con el niño recién nacido.

Durante el embarazo, el conflicto interno puede manifestarse a través de náuseas, vómitos diarreas, anorexia, bulimia, ahogos, mareos, entre otros.

Durante el parto este conflicto puede manifestarse por partos prematuros o pretérminos, prolongados, problemas con la lactancia materna como la disminución de leche materna o la agalactia.

Se debe señalar que la ausencia de síntomas durante estos procesos tampoco significa prueba de buena salud. Como la significación del embarazo es ambigua, es natural que la mujer se muestre ambivalente y perciba al hijo simultáneamente como un enriquecimiento y una pérdida para sí misma, (Gomez, 1991).

Por otra parte, la adolescente soltera embarazada es muchas veces rechazada, tanto por su grupo familiar, progenitor y sistema social, acentuando la inestabilidad psicológica y aumentando los sentimientos de culpa e inseguridad propias de su edad. Según Urreta (2008), la madre adolescente es propensa a experimentar sentimientos de culpa y autodesprecio.

Por lo tanto, el embarazo adolescente crea un estrés severo ya que se produce ansiedad a raíz del conflicto entre la necesidad de independencia de la adolescente y su dependencia obligada del mundo adulto, (Urreta, 2008).

Factores interpersonales

La Comisión Nacional de la Familia (CNF) define que la familia es “un grupo social, unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adaptativa) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables”, (Urreta, 2008).

Según Urreta (2008), la naturaleza de las funciones familiares y el grado en que éstas son compartidas por otras instituciones son variables en el tiempo y en las diferentes culturas. No obstante, un núcleo familiar cumple básicamente las siguientes funciones:

- a) Satisfacción de necesidades biológicas tendientes a la reproducción, crianza y cuidado de los hijos.
- b) Satisfacción de necesidades psicológicas que generan una matriz de experiencias afectivas y vinculares que van gestando la vivencia de pertenencia sobre la cual se desarrolla la identidad personal. Estos lazos afectivos establecen responsabilidades mutuas y sentimientos de pertenencia que hacen que cada grupo familiar adquiera características supra individuales, es decir, se constituye en una totalidad distinguible y única
- c) Funciones de socialización, dado que la familia es la principal transmisora de la cultura, ya que enseña las creencias, valores, normas y conductas deseables de su grupo social.

- d) Funciones económicas, dado que la unidad familiar se constituye en un sistema de producción y compra de servicios y bienes para lograr la subsistencia de sus integrantes.
- e) Cumple también una función de mediadora con diferentes estructuras sociales ya que relaciona a los integrantes de la familia con otras unidades del sistema social.

Según Gomez (1991), el embarazo es un proceso en el que se van a reactivar conflictos infantiles, como los referidos a la estructura edípica y al vínculo madre-hijo, por lo que la mujer repetirá con su hijo la relación que ella vivió con su propia madre. Las relaciones actuales también influyen en el vínculo con el hijo, sobre todo las establecidas con su pareja, cuando en esta relación hay dificultades y carencias la mujer vuelca ese vacío en el hijo y deposita múltiples expectativas que posteriormente dificultaran su proceso de independencia.

La actitud de la mujer embarazada está determinada por su historia infantil y por la influencia de las relaciones actuales y el modo en el que esta lo asume.

Los problemas de pareja, de la mujer embarazada, están asociados con el nivel de estrés y depresión,

En el estudio de Quezada y Gonzales (2012) el grupo de mujeres embarazadas más estresado correspondió a las solteras que viven con su propia familia, casadas/unidas que viven con su propia familia, casadas/unidas que viven con la familia de la pareja, mientras que el grupo menos estresado fue el de las embarazadas que vivían solo con su pareja.

Otros cambios en la estructura y dinámica familiar se manifiestan con la llegada del nuevo hijo sobre todo en el vínculo con la pareja y en las relaciones con los otros hijos y familiares.

Referente al número de hijos se debe tener en cuenta que un hermano es una riqueza psicológica para el proceso de socialización, siempre y cuando sea en el momento adecuado, alrededor de los dos o tres años, tiempo en el que el hermano mayor habrá adquirido la marcha, el lenguaje, el control de esfínteres y una cierta independencia al mundo escolar, (Gomez, 1991).

En el embarazo, parto y puerperio se entrecruzan e interrelacionan múltiples elementos. Se deben tener en cuenta la influencia de estos factores ya intervienen en las situaciones actuales y experiencias futuras de la vida de la mujer, como partos posteriores e incluso vínculos familiares., tales como la relación madre – hijo.

En las mujeres más vulnerables o en situaciones difíciles los procesos del embarazo, parto y puerperio pueden suponer una etapa de crisis importante en su vida, hecho que hay que tener en cuenta cuando se desarrollen Programas de Prevención en la Comunidad, (Gomez, 1991).

Factores económicos

Dado que la unidad familiar se constituye en un sistema de producción y compra de servicios y bienes para lograr la subsistencia de sus integrantes.

Si la embarazada adolescente tiene una situación económica precaria o conflictos familiares estos van a determinar la actitud hacia su embarazo. En el caso de que sean varios los factores relacionados hay que tener en cuenta que estos pueden incluso motivar un desarrollo patológico de los mismos. (Gomez, 1991)

Según Ruiz, Espino, Vallejos y Durán (2013), las gestantes de niveles socioeconómicos medio y altos, tienen una gran preferencia por la cesárea, de esta forma se determina una relación estrecha entre los indicadores socioeconómicos y el número de cesáreas.

Factores culturales

Los estudios transculturales sobre el dolor parecen indicar que los patrones de conducta, las creencias y los valores del grupo afectan el comportamiento individual frente al dolor, es especial en lo que a formas de expresión y comunicación se refiere, así como al modo de entender el dolor.

Precisamente las diferencias culturales frente al dolor se deberían a que los miembros de las diferentes culturas asumen actitudes distintas hacia experiencia de dolor. Por ejemplo, mientras en la mayor parte de Occidente el dolor es considerado como algo que afecta de manera importante al desarrollo normal de una persona y, en definitiva, no se tolera, muchas culturas orientales consideran el dolor como algo inherente al ser humano, con el que hay que vivir diariamente del mejor modo posible.

Hay diferencias culturales significativas en la concepción y expresión del dolor, siendo extremadamente complejas estas diferencias. (Diez & Diez Llorca, 2016)

El ambiente cultural está íntimamente relacionado con la religión y la concepción del dolor. No en vano, en ciertos aspectos, la religión es un producto cultural, una forma de entender al hombre y al universo estrechamente ligada con el sistema cultural en el que se gestó.

En un estudio de Lambert, Libman y Poser sobre tolerancia al dolor experimental entre una muestra de judíos y de protestantes, se vio como en principio no había diferencias significativas entre uno y otro grupo. Sin embargo, cuando se le dijo a cada grupo por separado que estaba demostrado que los miembros de su religión soportaban mejor el dolor que los de otras, las diferencias fueron significativamente mayores a favor de los judíos. ¿Significa que la religión juega su propio papel en el dolor o que es la sugestión la variable responsable de estos cambios?, la falta de

estudios sobre el tema no nos permite corroborar una hipótesis u otra. (Diez & Diez Llorca, 2016)

Según Casado (2002), cuando una persona enfrenta cualquier situación realiza una evaluación primaria que es la valoración que la persona hace ante la situación como riesgo o compromiso a su bienestar. También puede realizar una evaluación secundaria que es la que hará con los recursos que posee: personales, sociales, económicos e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. El resultado de estas evaluaciones determina que la situación sea valorada como desafío, reto o amenaza. En el desafío el sujeto considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación, (Acosta & Rey, 2008).

El afrontamiento está enlazado con la clase de emoción que el sujeto experimenta y ella dependerá de los valores, metas y creencias con las que los individuos se hallan comprometidos. Las emociones guardan estrecha relación con la expresión y la determinación de la calidad de vida, (Acosta & Rey, 2008).

Según Alarcón (2004), existen factores psicosociales que se asocian con la calidad de vida deficiente como por ejemplo el bajo nivel educativo. Se considera que toda la formación que pueda recibir el sujeto, en términos de conocimientos y habilidades, es la herramienta con que va a contar para transformar su realidad.

Según Acosta (2008), en un estudio sobre estrategias de afrontamiento de pacientes con enfermedades crónicas (IRC), los pacientes con estudios universitarios, independientemente del tratamiento que seguían, asumieron la enfermedad con puntuaciones similares de estrategias de afrontamiento orientadas a solucionar el problema, confrontarlo y buscar apoyo social; intentando distraer su atención de los síntomas de la enfermedad sin evitar aceptarla, por medio del distanciamiento y evitación.

Manejo del dolor del paciente post cesareada

Definición del dolor

El diccionario de la Real Academia Española(1999) define como “la sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior”; la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, International Association for the Study of Pain)la define como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular real o posible, o que se describe como tal”. (Ahuanari Ramirez, 2017), y MelzacK y Casey la definen como una experiencia perceptiva tridimensional, como una vertiente sensorial (discriminativa), afectiva (motivacional) yla vertiente cognitiva (evolutiva) (Garzón, 2015).

De estas y otras definiciones se determina el carácter subjetivo y la complejidad de la experiencia dolorosa y, por tanto, la dificultad que entraña su valoración.

Hay muchos estudios del dolor del trabajo de parto, llegando a la conclusión de que produce efectos fisiológicos importantes, aunque debemos reconocer que cada paciente tiene su propio umbral del dolor, y que se modifica por muchos factores, como son la existencia o ausencia de una pareja, de si el embarazo es deseado o no, de la información que tenga sobre el proceso de la labor de parto, dela raza y la religión, y por último, pero no por ello menos importante, según su propio carácter y personalidad, Dagnino (1994) determina los siguientes efectos:

- a) Sufrimiento materno innecesario.
- b) Hiperventilación materna sostenida.
- c) Demanda elevada de oxígeno.

Cada individuo aprende el significado de la palabra dolor a través de la experiencia personal; tiene múltiples causas, diversas características anatómicas y fisiopatológicas, y

variadas interrelaciones con aspectos psicológicos y culturales. Esto hace que su definición sea difícil y que la terminología usada en relación con el dolor sea fuente permanente de confusiones, entorpeciendo la comunicación y comparación de resultados. (Dagnino S., 1994)

Tipos de dolor

Según Andrade, Caiza y Gallegos (2014), el dolor se puede clasificar por su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores, pronósticos de control del dolor y farmacología; se detallan a continuación:

a) Según su duración:

- 1) Agudo: Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico.
- 2) Crónico: Limitado en su duración, se acompaña de componente psicológico.

b) Según su patogenia:

- 1) Neuropático: Es un dolor punzantes, quemante que viene acompañado muchas veces de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia, producto de un estímulo directo al sistema nervioso central.
- 2) Nociceptivo: Es el más frecuente y se divide en somático y visceral.
 - a. Somático: Se produce por el estímulo anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos, etc.). Es un tipo de dolor localizado, punzante que se irradia siguiendo trayectos nerviosos.
 - b. Visceral: Se produce por la excitación de nociceptores viscerales. Este dolor de localización inexacta es continuo y profundo. Puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó.

- 3) Psicógeno: Interviene el ambiente psicosocial que rodea al individuo. Es típica la necesidad de un aumento constante de las necesidades de dosis de analgésicos con poca eficacia.
- c) Según el curso:
- 1) Continuo: Persistente por un largo periodo del día y no desaparece.
 - 2) Irruptivo: Exacerbación pasajera del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable.
- d) Según la intensidad:
- 1) Leve: Puede realizar actividades diarias habituales.
 - 2) Moderado: Interfiere con las actividades habituales.
 - 3) Severo: Interfiere con el descanso
- e) Según la farmacología:
- 1) Responde bien: pacientes con dolores viscerales y somáticos.
 - 2) Parcialmente sensible: dolor óseo (además son útiles los AINES) y el dolor por compresión de nervios periféricos (es conveniente asociar un fármaco esteroide).
 - 3) Escasamente sensible: presente en pacientes con dolor por espasmo de la musculatura estriada y por infiltración-destrucción de nervios periféricos.

Se ha considerado al dolor agudo como fines de estudio por ser un dolor de tipo postoperatorio como resultado de una intervención quirúrgica.

Este dolor es un indicador de la presencia de una lesión a nivel tisular, por su activación en los mecanismos nociceptivos. Por lo tanto si el manejo del dolor es adecuado, su evolución será de manera paralela a la lesión de origen, generalmente viene acompañado de ansiedad (Covarrubias & Landín, 2014).

Por otro lado, el dolor agudo postoperatorio es la consecuencia más temida por las pacientes que serán intervenidas quirúrgicamente. Aún en la segunda década del siglo XXI, el dolor postoperatorio inmediato sigue siendo un problema de salud que puede resultar en graves efectos adversos como son el desarrollo de complicaciones agudas características del dolor postquirúrgico como la hipertensión arterial, arritmias, isquemia miocárdica, infarto agudo de miocardio, atelectasias, hipoxemia, neumonía, alteraciones del sueño, cicatrización de heridas, o el desarrollo de dolor crónico puede resultar de difícil manejo y en ocasiones terminar en dolor crónico, (Andrade, Caiza & Gallegos, 2014).

El dolor agudo postoperatorio puede prolongar la estancia hospitalaria de las pacientes, lo cual incrementa los costos de la atención médica e interfiere con los planes originales de recuperación domiciliar de las pacientes y/o familiares, así como del retorno a las actividades productivas, (Andrade, Caiza & Gallegos, 2014).

Dolor en la paciente obstétrica

En la paciente obstétrica, la percepción del dolor es el resultado de una experiencia única y multifactorial, la cual es influenciada por: la ansiedad, experiencias previas, aspectos étnico-culturales y medio ambiente, (Covarrubias & Landín, 2014).

El dolor que se produce en el momento el parto sin lugar a duda será una de las experiencias más importantes que vivirá toda mujer, sin embargo un mal manejo de la misma puede afectar significativamente el bienestar de ambas partes. Jung & Hwa (2013) afirman que “La liberación de catecolaminas maternas en especial de noradrenalina y epinefrina en respuesta al dolor de parto aumenta el consumo de oxígeno de la madre, lo que puede conducir a una actividad uterina mal coordinada, provocando en consecuencia una disminución en la perfusión placentaria” (citado por Covarrubias & Landín, 2014; pag. 51).

Llevándonos a la reflexión de la importancia del manejo del dolor como profesionales de la salud, instándonos a brindar una atención de calidad.

Por otro lado, “La hiperventilación materna en respuesta al dolor por parto causa efectos adversos, tales como la reducción del aporte de oxígeno fetal. El intenso dolor del parto se ha correlacionado con el desarrollo de estrés postraumático después del parto, la depresión posparto y dolor persistente” (Jung &Hwa, 2013 citado por Covarrubias & Landín, 2014, pag.51).

“En el trabajo de parto, el dolor es conducido por las raíces torácicas bajas, lumbares y sacras. Las fibras de T10 a L1 se encuentran involucradas en la fase latente del primer período del trabajo de parto; mientras que las fibras sacras son asociadas a la fase activa del primer período y del segundo período del trabajo de parto” (Gómez, Cabrera, Jimenez & Isaia, 2006, citado por Covarrubias & Landín, 2014, pag.51).

En la última etapa, la conducción de los estímulos por dichas fibras ocurre simultáneamente.

Por tal motivo, en este proceso, para Gómez, Cabrera, Jimenez & Isaía (2006), “el dolor tiene dos componentes, uno somático y otro visceral. Lo anterior es debido a que las contracciones uterinas condicionan isquemia del miometrio, activando a los mecanismos de inmunidad celular y liberando sustancias nociceptivas (potasio, bradicinina, histamina, serotonina, sustancia P, entre otras), las cuales, activan a los nociceptores periféricos. De igual forma, la contracción y distensión de los segmentos uterinos inferiores, así como el adelgazamiento y dilatación del cérvix, estimulan a los mecanorreceptores”, (Citado por Covarrubias & Landín, 2014, Pag.51).

“Por otro lado, en el dolor por cesárea, la incisión quirúrgica es la responsable de liberación de sustancias nociceptivas que estimulan a los nociceptores periféricos, activando las fibras aferentes de tipo C y A-delta. Del mismo modo, las contracciones

uterinas postcesáreas son las responsables de la activación de los mecanorreceptores, liberando sustancias responsables de la inmunidad celular y del proceso inflamatorio. En ambos casos, ya sea trabajo de parto cesárea, esta liberación de sustancias activa los mecanismos de sensibilización periférica y central, por lo que respuestas sensitivas como alodinia e hiperalgesia secundaria pueden estar presentes” (Covarrubias & Landín, 2014).

La cesárea ocupa actualmente el noveno lugar dentro de las cirugías más dolorosas durante el post operatorio.

Según Andrade, Caiza y Gallegos (2014), el dolor de parto presenta tres tipos de patrones diferentes: dolor abdominal asociado a las contracciones uterinas, dolor en la región inferior de la espalda asociado también a las contracciones uterinas y un dolor continuo en la región inferior de la espalda. Los dos primeros son de intensidad variable a medida que progresa el trabajo de parto y el último es de mayor intensidad sin grandes cambios a lo largo del parto.

El dolor en el período post parto usualmente se localiza en el hemiabdomen inferior, es percibido a nivel del SNC en forma recurrente y con intensidad que puede llegar a ser muy alta. Siendo más frecuente en multíparas que en primíparas, debido a que un estímulo doloroso previo genera cambios en la médula espinal y promueve una reorganización estructural, dando pie a hiperalgesia, en otras palabras, una respuesta dolorosa elevada frente a un estímulo doloroso en eventos dolorosos posteriores. Este mecanismo se define como plasticidad cerebral. Este concepto sugiere que el embarazo puede originar cambios neurológicos centrales que aumenten la predisposición a percibir dolor en el período post parto e incluso en embarazos posteriores, (Andrade, Caiza & Gallegos, 2014).

Aspectos psicológicos del dolor

El reconocimiento de que algunas personas sufren de un dolor persistente refractario al tratamiento médico estándar y que su discapacidad es, muy a menudo, superior a la que podría esperarse en función de la patología física identificada, ha llevado a los investigadores clínicos a considerar los factores psicosociales como variables moduladoras en la experiencia de dolor. Partiendo de los nuevos avances en la conceptualización acerca del dolor, analizaremos éste como un complejo fenómeno perceptual de naturaleza multidimensional, modulado por factores neurofisiológicos y psicosociales. Debe recalcar el hecho de que los estudios realizados sobre el dolor son a predominio en pacientes con dolor crónico en los que las etapas de afrontamiento al dolor son mejor definidas.

El dolor como fenómeno perceptivo

Según Gonzales (2017), la amplia aceptación de una definición de dolor que se centra en la percepción de éste ha conducido a muchos de los avances más recientes. Se considera al dolor como un complejo fenómeno perceptual de naturaleza multidimensional y modulada por factores fisiológicos, motivacionales y cognitivos. La sensación y la percepción constituyen procesos básicos por los cuales el sistema cognitivo interactúa con el mundo externo. Los límites entre sensación y percepción no están claros. Históricamente se han considerado como procesos diferentes; sin embargo, en la actualidad existe cierta tendencia, teórica y empírica, a integrarlos, entendiendo la sensopercepción como un proceso único.

El proceso sensoperceptivo, interpretado como un todo, implica 2 fases esenciales: la sensorial, de carácter fisiológico, y la perceptiva, netamente psicológica. Cada una

realiza funciones específicas por medio de las cuales el organismo logra una adecuada interacción y adaptación con el medio, estando sujeto a las influencias sociales e individuales.

Los nociceptores captarían la sensación de dolor y la percepción asignaría significado a dicha experiencia sensorial. En definitiva, lo percibido nunca es totalmente objetivo, cualquier información recibida está matizada por los factores subjetivos personales y sociales que hacen de la percepción en general, y de la percepción de dolor en particular, una respuesta subjetiva.

La sensación de dolor parece que no requiere de experiencia previa y aparece precozmente en el desarrollo ontogenético para cumplir una misión de advertencia de daño tisular. Sin embargo, cada individuo aprende la aplicación de este término a través de experiencias relacionadas con daños sufridos en las etapas tempranas de la vida. La interpretación y el significado de la sensación de dolor se desarrollarán con la experiencia a través de asociaciones positivas, negativas y contextuales.

Dado que, a través de la historia evolutiva de la persona, se va modulando el significado específico del dolor, las experiencias anteriores de dolor pueden condicionar la experiencia presente y dicho significado influye sobre su experiencia futura. En definitiva, en la experiencia dolorosa está implicada la atribución de significado de los hechos sensoriales desagradables.

Factores psicológicos implicados en la experiencia del dolor

El dolor persistente refractario al tratamiento médico estándar y su discapacidad es, muy a menudo, superior a la que podría esperarse en función de la patología física identificada. Esto ha llevado a los investigadores clínicos a examinar otros factores que pueden contribuir al problema, más allá de los meramente fisiológicos. Muchos expertos

mantienen la opinión de que casi todos los problemas inexplicables de dolor crónico, al menos inicialmente, están enraizados en un problema físico y que la causa actual del dolor puede no ser detectable a través de la tecnología médica disponible.

Otros autores se sitúan más en la línea de atribuir la causa del problema a factores de tipo psicológico. En su forma crónica, las quejas de dolor pueden estar provocadas por otros factores distintos de los meramente nociceptivos, existiendo un número de pacientes que sufren primariamente de un trastorno psicológico o psiquiátrico que expresan su malestar psicológico utilizando el lenguaje del daño tisular o incluso en aquellos casos en los que podría hablarse de una patología dolorosa claramente somática, los factores psicosociales presentan una especial relevancia, lo que pone de manifiesto la necesidad de una aproximación más global.

Los factores psicológicos relevantes en la experiencia de dolor son:

- a) Aspectos cognitivos-emocionales: Este aspecto indica que como seres humanos, nuestro dolor es interpretada en base a nuestras experiencias como también la vivida por gente de nuestro entorno, enfatizando que nuestros pensamientos y emociones influyen también en las respuestas fisiológicas (Lolas, 2003)
- b) Aspectos emocionales: Este aspecto afirma que la ansiedad y el dolor presentan una estrecha relación, en otras palabras es la ansiedad quien actuar sobre el dolor, generando muchas veces tensión muscular, creándose un círculo vicioso dolor-tensión-dolor, por otro lado, la ansiedad es un factor agravante de dolor, muchas veces genera en los pacientes disminución del afrontamiento a este suceso, siendo imposible controlar las circunstancias que genera estrés y ansiedad.
 - Aspectos conductuales: Este aspecto enfatiza en que las conductas de comportamiento son aprendidas, considerando a las conductas de manifestación de dolor como el “fenómeno del dolor aprendido” (Lolas, 2003).

Farmacoterapia para el manejo del dolor:

Según Andrade, Caiza y Gallegos (2014), la mayoría de pacientes obstétricas pertenecen a la población joven, el cual es de gran efectividad la aplicación de un tratamiento local para la reducción de efectos colaterales con la administración de analgésicos y coadyuvantes, además hay que tener en cuenta que el manejo terapéutico debe comenzar desde el momento solicitado, sin embargo, poco se ha sabido sobre los efectos que pueden tener en el neonato mediante la eliminación de fármacos por leche materna (Covarrubias, et al, 2006).

Ante esto existe una escala que permite valorar la efectividad del manejo del dolor a través de la relación entre el analgésico indicado de mayor potencia menos la intensidad del dolor durante las últimas 24 horas.

La escala para los analgésicos se determina de la siguiente manera:

0. Ningún analgésico
1. AINEs y coadyuvantes
2. Opioides débiles, AINEs y coadyuvantes
3. Opioides fuertes, AINEs y coadyuvantes.

La escala utilizada para valorar el puntaje de dolor, tratamiento y posibles riesgos se clasifica de acuerdo con la Tabla 1.

Tabla 1. Valoración del paciente

Valoración del paciente	Puntaje	Tratamiento	Riesgo del paciente
Dolor leve: Dolor con características de baja intensidad	EVA 1 a3	Puede ser tratado satisfactoriamente, únicamente con analgésicos no opioides del tipo de los antiinflamatorios no esteroideos.	Leve

Dolor moderado: Dolor con características de intensidad mediana.	EVA 4 a 7	Requiere ser tratado satisfactoriamente con analgésicos opioides con efecto techo en bolo o infusión continua, generalmente en combinación con analgésicos no esteroideos (AINES).	Moderado
Dolor severo: Dolor intenso	EVA 8 a 10	Requiere ser manejado con Opioides potentes en infusión continua y técnicas de anestesia regional	Severo

(Andrade Vásquez, Caiza Perez, & Gallegos Vintimilla, 2014)

Teoría de enfermería de rango medio de Good y Moore

Según Muñoz (2012), esta teoría se basa en el alivio del dolor, en las cuales sus guías han sido elaboradas para alcanzar su sistematización, con el fin de la mejora de calidad, oportunidad y efectividad del cuidado.

La teoría contiene tres postulados:

- a) Proporcionar el medicamento para el dolor con la potencia adecuada, junto con adyuvantes farmacológicos y no farmacológicos.
- b) Valorar el dolor y sus efectos de manera regular, así como identificar los métodos inadecuados para el alivio.
- c) Brindar educación al paciente y establecimiento sobre los objetivos para aliviar y manejar el dolor.

Para esta teoría la educación al paciente involucra orientación en las expectativas y actitudes del paciente, así como el reporte del dolor inmediato, además enfatiza que se debe realizar desde el preoperatorio y reforzar en el posoperatorio, también nos dice: “Se debe documentar en una lista los temas impartidos en el preoperatorio y los reforzados en el postoperatorio y los materiales impresos de la información brindada” (Muñoz, 2012).

La satisfacción del paciente frente al dolor será alcanzado solo si se logra un balance entre la analgesia y sus efectos. La escala corresponde a valores de 0 a 10 donde el cero se refiere a la ausencia total de satisfacción y el 10 a la máxima satisfacción con el manejo

Los supuestos que permiten medir la teoría son:

- a) Colaboración de la enfermera y el médico de manera efectiva para manejar el dolor agudo.
- b) Indicación de medicamento opioide o de anestesia epidural local, así como adyuvantes farmacológicos.
- c) Administración de medicamento para efectos colaterales cuando se necesite.
- d) Los pacientes son adultos con capacidad de aprender, establecer objetivos y expresar síntomas.
- e) Las enfermeras cuenten con conocimiento actualizado acerca del manejo de dolor.

Intensidad del dolor

La intensidad del dolor en las pacientes obstétricas es alta, muy superior a entidades como el dolor que aparece en pacientes oncológicos no terminales, el dolor artrítico, neuralgia postherpética y/o problemas dentales, (Andrade, Caiza & Gallegos, 2014)

Valoración del dolor. La mejor fuente de información para evaluar a un paciente es el mismo paciente. De esta forma, se supera la discrepancia entre lo que valora el médico y lo que siente el paciente, por lo tanto, a través de él podremos obtener la información deseada, existen también signos y gestos que refuerzan la correcta valoración del dolor (Andrade, Caiza y Gallegos, 2014).

Escalas de valoración del dolor. Para determinar a escala más propicia se debe distinguir la capacidad del paciente de comunicarse o con déficit de comunicación, así determinaremos estos dos niveles: Evaluación del dolor en pacientes comunicativos:

escalas unidimensionales y métodos multidimensionales y la evaluación del dolor en pacientes con déficit de comunicación.

Según Andrade, Caiza y Gallegos (2014), para cuantificar el dolor necesitamos utilizar escalas de medida, porque nos permite hacer una comparación entre el dolor inicial y efecto del tratamiento. Existen diversos tipos:

a) Escalas de criterios subjetivos: En estas es la propia paciente la que nos informa acerca de su dolor. Hay de varias clases:

a.1 Escalas unidimensionales. Pueden ser cuantitativas o de intensidad y son fáciles de aplicar, pero no involucren la naturaleza multidisciplinaria del dolor,

Entre ellas, las más empleadas son las siguientes:

- **Escala analógica visual.** (EVA o VAS). Tiene su origen en la psicología, donde se utilizaban para valorar el estado de ánimo del paciente, pronto se trasladó para valorar el dolor. Consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud dispuesta entre dos puntos donde figuran las expresiones “no dolor” y “el peor dolor imaginable” que corresponden a las puntuaciones de 0 y 10 respectivamente; la paciente marcará aquel punto de la línea que mejor refleje el dolor que padece.

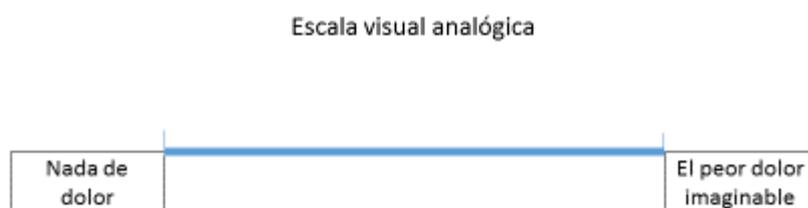


Ilustración 1. *Escala visual analógica – Scott Huskinson*

El resultado se obtiene midiendo la distancia en cm desde el extremo izquierdo al punto señalado por la paciente. Un valor menor de 4 significa que el dolor

es leve-moderado, de 4-6 es moderado-grave y si es mayor de 6 el dolor es muy intenso.

La escala visual analógica (EVA) se emplea mucho por su fiabilidad, precisión y rápida aplicación, tanto en el ámbito clínico quirúrgico, como en investigaciones. Puede revalorarse durante la evolución del proceso doloroso con la calificación de la respuesta al tratamiento y la comparación de diferentes tratamientos. Para su aplicación correcta, el paciente debe tener una buena coordinación motora y visual, (Andrade, Caiza y Gallegos, 2014).

- **Escala verbal numérica (EVN):** de 0 a 10.

Según (Andrade, Caiza y Gallegos (2014), la escala numérica verbal consiste en interrogar a la paciente acerca de su dolor diciéndole que si 0 es “no dolor” y 10 el “máximo dolor imaginable”, la paciente nos indicara un número con el que relacione la intensidad de su dolor, todos los números aparecen encasillados, de manera que deberá marcar con una “X” la casilla que contiene el número elegido.

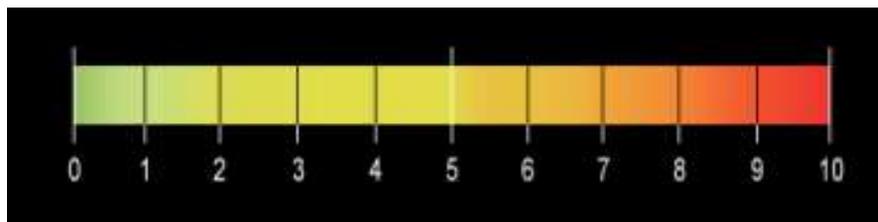


Ilustración 2. Escala de valor numérica de Downie

- **Escala verbal simple o verbal descriptiva.** Esta escala fue descrita por Keele, es de tipo Likert, donde la paciente selecciona el adjetivo, denominado descriptivo, que mejor se ajusta al dolor que presenta o que mejor cualifica la intensidad del dolor. Por ejemplo:

dolor ausente – moderado – intenso - intolerable. (Escala simple)

sin dolor - dolor leve - dolor moderado - dolor severo - dolor muy severo
- peor dolor posible.

suave – incomodo – penoso – horrible – agudísimo.

Son más fáciles de realizar que las anteriores y emplean menos tiempo, aunque tienen una fiabilidad menor. Su principal inconveniente es la variabilidad interpersonal. Algunas de ellas gradúan numéricamente el dolor según la respuesta del paciente, para cuantificarlo y registrarlo.

- **Escala de expresión facial.** Esta escala facial propuesta por Wong y Baker fue diseñada para tratar de comprender el test de los niños, que no comprenden las palabras o el valor numérico. Se utiliza fotografía de caras para que sean más reales.



Ilustración 3. Escala facial de Wong-Baker

From Wong D.L., Hockenberry-Eaton M., Wilson D., Winkelstein M.L., Schwartz P., Wong's Essentials of Pediatric Nursing, ed. 6, St. Louis, 2001, p. 1301. Copyrighted by Mosby, Inc. Reprinted by permission.

a.2 Escalas multidimensionales. Son escalas psicométricas más completas, sirven para evaluar los distintos componentes del dolor aportando más información que los unidimensionales, y son especialmente útiles en el ámbito clínico.

La más conocida, El Cuestionario de McGill (MPQ), consiste en colocar a la paciente una serie de términos o palabras agrupadas que describen las dos dimensiones que integran la experiencia dolorosa (sensorial (se describe el dolor en términos temporo-espaciales) y emocional (afectivo-motivacional, donde se

describe el dolor en términos de tensión, temor y aspectos neurovegetativos)); pero además incluye una tercera dimensión que es la evaluativa (se describe el dolor en términos de valoración general). La manera de interpretar esta escala es mediante puntajes asignados a las dimensiones, dichas puntuaciones reflejaran la experiencia de dolor que está atravesando. Por su complejidad no son utilizados en el dolor postoperatorio (Andrade Vásquez, Caiza Perez, & Gallegos Vintimilla, 2014).

Frente a todo lo mencionado, las escalas multidimensionales no son utilizadas en pacientes obstétricos, por el tiempo de aplicación y la elaboración de sus preguntas. Siendo la escala visual análoga (EVA) el de uso más recomendable y efectivo en estos casos. A pesar de eso, hay que considerar que su aplicación en pacientes con dolores progresivos puede brindar imprecisiones en la información.

Tabla 2. *Cuestionario de McGill (MPQ)*

Categoría sensitiva	Incisión	Sensibilidad táctil	Categoría emocional
Temporal I	1. Como si cortara	1. como si rozara	Tensión emocional 1. Fastidioso 2. Preocupante 3. Angustiante 4. Exasperante 5. Que amarga la vida
1. A golpes	2. Como una	2. como un hormigueo	
2. Continuo	cuchilla	3. como si arañara	
		4. como si raspara	
		5. como un escozor	
Temporal I	Constricción	6. como un picor	Signos vegetativos 1. Nauseante Miedo 1. Que asusta 2. Terrible
1. Periódico	1. Como un		
2. Repetitivo	pellizco	Consistencia/matidez	
3. Insistente	2. Como si	1. Pesadez	
4. Interminable	apretara		
	3. Como	Miscelánea sensorial I	
Localización I	agarrotado	1. Como hinchado	
1. Impreciso	4. Opresivo	2. Como un peso	
2. Bien delimitado	5. Como si	3. Como un flato	
3. Extenso	exprimiera	4. Como espasmos	
	Tracción		

Localización II	1. Tirantez	Miscelánea sensorial II	3. Aterrador
1. Repartido (en una zona)	2. Como un tirón	1. Como latidos	
	3. Como si estirara	2. Concentrado	Categoría
2. Propagado (a otras partes)	4. Como si arrancara	3. Como si pasara la corriente	evaluativa
	5. Como si desgarrara	4. Calambrazos	1. Débil
Punción			2. Soportable
1. Como un pinchazo		Miscelánea sensorial III	3. Intenso
2. Como agujas	Térmicos I	1. Seco	4. Terriblemente intenso
3. Como un clavo	1. Calor	2. Martillazos	
4. Punzante	2. Como si quemara	3. Agudo	
5. Perforado	3. Abrasador	4. Como si fuera a explotar	
	4. Como hierro candente		
	Térmicos II		
	1. Frialdad		
	2. helado		

C. del Castillo de Comas, L. Díaz Díez-Picazo y C. Barquinero Canales. Medición del dolor: escalas de medida Mc. Gill Pain Questionnaire, versión española (MPQ-SV)

a.3 Evaluación del dolor en pacientes con déficit de comunicación.

Estos pacientes son un grupo heterogéneo que comprende desde niños preverbales hasta ancianos con demencia, pasando por personas con discapacidad mental o déficit neurológicos, entre otros. Ante estas situaciones es necesario individualizar la evaluación de cada paciente según su capacidad de expresión verbal o por medio de señales. La más usada en pacientes pediátricos es la escala de expresión facial, en el cual se visualiza caras iniciando de tristeza al llanto con una intensidad del 0 al 5 (Castillo de Comas, Diaz Diez-Picazo, & Barquinero Canales, 2008).



Ilustración 4. *Escala visual analógica de expresiones faciales*

Esta escala sobre conductas indicadores de dolor se aplica para pacientes con déficit profundo de comunicación, para descartar la presencia del dolor y cuantificarlo, para complementar en preciso preguntar a los cuidadores quienes son los que mejor conocen sus expresiones y pueden informar sobre su evolución.

Tabla 3. *Escala de Campbell (evaluación del dolor en pacientes no comunicativos)*

	0	1	2	Puntuación parcial
Musculatura facial	Tranquilo, relajado, movimientos normales	En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados	
Tranquilidad	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	
Tonomuscular	Normal	Aumentado. Flexión	Rígido	

Respuesta verbal	Normal	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos ocasionales	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos frecuentes	
	Confortabilidad	Confortable y/o tranquilo	Se tranquiliza con el tacto y/o la voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar con el tacto o hablándole

Evaluación del dolor: puntuación total: 00-10

Graduación del dolor	Puntaje
No dolor	0
Dolor leve-moderado	1-3
Dolor moderado-grave	4-6
Dolor muy intenso	>6
OBJETIVO	≤ 3

b) Escalas de criterio objetivo. En este tipo de evaluación del dolor, es el observador que va a inferir un valor a la intensidad de dolor que sufre la paciente. La observación se basa fundamentalmente en el comportamiento o actitudes que adopta la paciente, las que pueden ser la expresión facial, el grado de movilidad, tensión muscular, postura corporal, tensión arterial, frecuencia cardíaca, etc. No es una escala muy fiable puesto que el dolor es subjetivo y nadie mejor que la propia paciente para valorarlo; por otro lado, se puede producir importantes sesgos si el observador carece de experiencia en la valoración del dolor, puede tener prejuicios e ideas previas sobre lo que debe doler según sea el caso (Muñoz, 2010).

La valoración regular del dolor debe ser realizado cada dos horas, mediante una escala de 0 a 10, existiendo un control de los efectos colaterales del medicamento, así

como los efectos que tiene el dolor en la persona y limitaciones que le genera, en caso hubiera efectos de la medicación deben ser reportados, es importante resaltar que el manejo del dolor es establecido por la relación entre la intensidad del dolor y el tratamiento farmacológico a emplea (Muñoz, 2012)

De acuerdo con la literatura, existen otros métodos de evaluación del dolor para completar la información obtenida con los métodos citados, tales como, la evaluación conductual mediante métodos de observación como la evaluación fisiológica del paciente: potenciales evocados, electromiografía (EMG), determinación de péptidos endógenos, etc. los que no fueron abordados; asimismo, de acuerdo al avance de la ciencia y la tecnología se implementarán con nuevos métodos.

Interferencia del dolor con actividades diarias

El manejo del dolor postoperatorio, después de una cirugía de cesárea es un poco diferente de las otras cirugías, principalmente porque la mujer necesita una recuperación rápida para cuidar al recién nacido. Debemos optar por fármacos y técnicas que no alteren la capacidad de deambulación y la consciencia. Además de eso, los fármacos usados para el tratamiento o la prevención del dolor postoperatorio pueden alcanzar el feto y el recién nacido por medio de la circulación placentaria o del amamantamiento. (Orrico de Brito Cancado, Ashmawi, & Abramides, 2012)

Entonces el manejo inadecuado puede afectar no solo a la madre sino también al neonato; cuya explicación es por el retraso de la ambulación, tiempo de inicio de ingesta y ventilación favoreciendo el acumulo de secreciones y esté a su vez a otras complicaciones, pero lo más resaltante es la liberación de catecolaminas se ve disminuida inhibiendo la secreción de oxitocina y como resultado hay disminución de la producción de la leche materna (Covarrubias, et al, 2006)

El objetivo del tratamiento moderno del dolor postoperatorio es reducir el sufrimiento, fomentar la recuperación y la rehabilitación, por medio de la supresión de reflejos de mala adaptación, para incorporar a la paciente lo más temprano posible a sus actividades normales, (Hinojosa, 2005).

Otros métodos para mejorar el manejo del dolor:

“La educación al paciente incluye la orientación al paciente en el preoperatorio y el reforzamiento en el postoperatorio acerca de las actitudes y expectativas, reporte del dolor, abastecimiento del medicamento, prevención de actividad que pudiera desencadenar el dolor y uso de adyuvantes”. Se debe documentar en una lista los temas impartidos en el preoperatorio y los reforzados en el postoperatorio y los materiales impresos de la información brindada. Estudios han confirmado sobre la efectividad de la aromaterapia, especialmente del uso de la lavanda en el control del dolor posoperatorio, reduciendo los efectos ansiolíticos (Covarrubias y Landín , 2014).

Cesárea

Definición

Según la Secretaría de salud de la Dirección General de Salud Reproductiva en México para el año 2002, define la cesárea como la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. Mientras que Vergara añade que el feto debe ser extraído después de las 28 semana de gestación, (Vergara, 2009).

Epidemiología

En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso que, “del total de los nacimientos, el porcentaje de cesáreas debería ser de entre 5 y 15%; un porcentaje menor al 5% indicaría una limitación en la ejecución de cesáreas, mientras que un porcentaje mayor de cesáreas al señalado no representaría beneficios adicionales” (OMS,1985 ; citado por Ruiz, Espino, Vallejos y Durand,2014).

“En países desarrollados existe un aumento marcado en el porcentaje de cesáreas, tan sólo en los Estados Unidos de América (EUA), en el 2006 se alcanzó un récord histórico de cesáreas. En ese año, el porcentaje de nacimientos por vía abdominal fue del 31.1%, con un incremento del 50% en la última década” (Ruiz, Espino, Vallejos y Durand, 2014; pág. 33)

“En países como China, la cesárea representa un porcentaje cercano al 40% de los nacimientos, de manera semejante a Corea del Sur. En países de América Latina existe un fenómeno bien documentado, en el cual la tasa de cesárea en 12 de 19 países examinados excedió el porcentaje máximo recomendado por la OMS” (Ruiz, Espino, Vallejos y Durand, 2014; pág. 33)

Estudios en otros países han destacado que “los elementos para el incremento del porcentaje de las cesáreas son multifactoriales entre ellos: en primer lugar, los cambios en las características maternas y su relación con la práctica obstétrica que se ha transformado debido a las preocupaciones relacionadas con el feto y la seguridad de la madre, seguido por los factores sociales e institucionales” (Gunnervik, 2008; citado por Ruiz, Espino y Sosa, Vallejos, & Durán, 2013).

Características maternas

De las condiciones maternas que determinan la vía de nacimiento, destacan la edad materna y la reducción en el número de hijos deseados.

Las gestaciones menores a 38 semanas o mayores a 40 semanas aumentan la probabilidad de finalizar por cesárea.

Los nacimientos entre 29 y 36 semanas tienen una probabilidad próxima al 57% de suceder por cesárea, en comparación con el 33% en los nacimientos con una edad gestacional entre 37 y 42 semanas.

“Las mujeres primigestas tienen una mayor proporción de partos por cesárea (43.3%) en comparación con las mujeres que tienen el antecedente de un hijo previo (34.9%), o bien, dos o más hijos (27.5%)”. (Ruiz Sanchez, Espino y Sosa, Vallejos Parés, & Durán Arenas, 2013)

La petición materna es acogida por los obstetras como un elemento importante en la indicación de una cesárea electiva; sin embargo, en estudios llevados a cabo entre 2000 y 2007 se revelan un número reducido de mujeres que solicitan una cesárea, sin indicaciones clínicas, (Ruiz, Espino y Sosa, Vallejos, & Durán, 2013).

Tipos de cesárea:

- a) Según antecedentes obstétricos de la paciente:
 - Primera: Es la que se realiza por primera vez.
 - Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
 - Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.
- b) Según indicaciones:

- Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
 - Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.
- c) Según técnica quirúrgica:
- Corporal o clásica: La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino.. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehisciente durante un nuevo embarazo (Secretaria Salud México 2002)
 - Segmento corporal (Tipo Beck): La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior (Secretaria Salud México 2002).
 - Segmento arciforme (Tipo Kerr): Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias (Secretaria Salud México, 2002).

Indicaciones de la operación cesárea:

Las indicaciones de cesárea pueden ser absolutas y relativas.

- a) Indicaciones absolutas: por todas aquellas morbilidades y/o comorbilidades propias al embarazo-parto o asociadas a la gestación en las que se ha evidenciado que el

parto vaginal no es posible, o bien de estar presentes, se asocian con altas probabilidades de muerte materna o fetal en caso de ocurrir un parto vaginal.

b) Indicaciones relativas: Incluye aquellas patologías que precisan de unas condiciones de cuidado (infraestructura, recurso humano, apoyos diagnósticos, etc.) que, de no tenerse, no se puede garantizar plenamente un buen pronóstico de la salud del binomio madre-feto durante la atención del parto vaginal. (Andrade, Caiza y Gallegos, 2014)

i. Causas maternas.

1. absolutas:

- Desproporción cefalopélvica.
- Estrechez pélvica.
- Obstrucciones mecánicas de la vagina.
- Fibrosis cervical.
- Plastia vaginal o del piso pélvico previas.
- Tumor avanzado del TGI
- Cerclaje abdominal permanente
- Dos (2) o más cesáreas previas.
- Cesárea corporal.
- Cirugía previa sobre el cuerpo uterino.
- Persistencia de la causa de la cesárea previa.
- Cesárea previa complicada (dehiscencia, Infección).
- Herpes genital activo.
- Condilomatosis florida obstructiva.
- Cardiopatía descompensada
- Aneurismas o malformación arteriovenosa cerebral.

- Fistulas urinarias o intestinales operadas

2. relativas

- Pre eclampsia-eclampsia.
- Una (1) cesárea segmentaria previa.
- Distocias dinámicas refractarias a manejo médico.
- Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración.
- Embarazo Prolongado.

ii. Causas fetales

1. absolutas

- Feto en situación transversa.
- Feto en presentación Podálica.
- Feto en variedad de Frente.
- Embarazo múltiple más de 2.
- Gemelar monocorial monoamniótico
- Gemelar bivitelino en que ambos no estén en cefálica.
- Peso fetal entre 1000 y 1500 g
- Sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto.
- Distocias de posición persistentes.
- Macrostomia fetal mayor de 4.500 g

2. relativas

- Anomalías congénitas.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Bienestar fetal ante parto comprometido ante las contracciones uterinas.
- Peso fetal menor a 100 g (atendiendo la sobrevida en UCI)

- Macrosomía fetal (entre 4000 y 4500 g)

3. Causas ovulares

1. absolutas

- Desprendimiento prematuro de placenta normal inserta.
- Placenta previa oclusiva total.
- Prolapso de cordón con feto vivo.
- Oligohidramnios severo.

2. relativas

- Placentas Previas oclusivas parciales.
- RPM con infección ovular.
- Polihidramnios Severo (Vergara, 2009)

Riesgos potenciales de la operación cesárea

Como se espera en toda intervención quirúrgica mayor, la cesárea tiene riesgos anestésicos, hemorrágicos, infecciosos y de trombo embolismo, además de algunos que le son propios tales como:

- Lesión vesical (1/1000)
- Lesión de uréter (3/10000)
- Lesión fetal (1,5/100).

Para futuros embarazos, una cesárea significa mayor riesgo de:

- Rotura uterina (5/1000)
- Placenta previa o acreta (6/1000), (Andrade, Caiza, & Gallegos, 2014)

Complicaciones

Según la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología(2014), las más frecuentes asociadas a la cesárea están relacionadas con la morbilidad materna grave que surgen por la realización del procedimiento.

Un estudio poblacional de cohorte retrospectivo basado en el sistema canadiense de vigilancia perinatal encontró que la frecuencia de desenlaces adversos severos fue tres veces mayor en las mujeres con parto por cesárea comparado con las mujeres con parto vaginal (2,7 y 0,9% respectivamente).

El estudio de cohorte prospectiva multicéntrico publicado en 2007 reportó un riesgo significativamente mayor de hemorragia obstétrica (OR = 1,39; IC 95%: 1,10-1,76), histerectomía periparto (OR = 4,73; IC 95%: 2,79-8,02), admisión a unidad de cuidados intensivos (OR = 2,22; IC 95%: 1,45-3,40) y la necesidad de antibióticos posparto (OR = 5,53; IC 95%: 3,77-8,10) en las mujeres sometidas a cesárea comparadas con el parto vaginal. Así también se observó que la mortalidad materna y la embolia de líquido amniótico ocurren con una frecuencia entre 3 a 6 veces mayor en las mujeres practicadas una cesárea, independientemente de las enfermedades asociadas, comorbilidades relacionadas con el embarazo, las indicaciones del procedimiento o el carácter de urgencia o electivo del mismo, (Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2014).

En futuros embarazos, post cesárea, el riesgo de trastornos de la implantación placentaria aumenta con cada gestación. El riesgo de placenta previa por cada cesárea pasa de 1 a 3% luego de 3 o más cesáreas, y de manera significativa el riesgo de acretismo placentario alcanza un 40% en este último grupo, (Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2014).

Cuidado Postoperatorio

Una vez finalizada la cesárea, la paciente pasará al área de recuperación en donde permanecerá alrededor de 2 horas para seguir control y tratamiento postoperatorio, que incluye un chequeo regular de los signos vitales y de la diuresis, signos de una eventual relajación uterina y hemorragia (existencia del globo de seguridad), control de la intensidad del dolor y se incentiva la movilidad temprana, el contacto piel a piel con el bebé y la lactancia.

A las 2 horas, si el estado hemodinámico es adecuado, el sangrado vaginal está dentro de la normalidad y se ha recuperado el movimiento de miembros inferiores, la paciente será llevada a hospitalización.

En hospitalización se controlará signos vitales de forma rutinario, analgesia, se iniciará la ingesta hídrica a las 6 horas del procedimiento, y progresar la dieta si la paciente la tolera, remover la sonda vesical a partir de las 6 horas de la cirugía, y controlar la primera micción espontánea; mantener el apósito compresivo durante 24 horas, realizar la curación diaria de la herida, evaluar el sangrado, dolor, y posibles signos inflamatorios o posible dehiscencia, esto en cuanto a la herida, (Hospital Clinic Barcelona, 2012).

Ansiedad

Definición

Es una respuesta emocional, que variará según el estímulo que la produzca, y suele venir acompañada de sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo, está asociada a preocupaciones excesivas, por lo tanto se puede considerar también como una expectación aprensiva (Diario de Sevilla., 2010).

Para Sierra, Ortega y Zubedait (2003) es un “elemento esencial que forma parte de la psicología normal y del desarrollo de la psicopatología. Lo que convierte a la ansiedad en patológica es la intensidad, duración y frecuencia de aparición, exagerada en relación con el estímulo o situación que la origina, o en su ausencia. Es decir, se trata de una respuesta inapropiada a un determinado estímulo” (citado por Serrano, Campos & Carreazo, 2016, pag. 311).

En la actualidad, se estima que “ el 25 % de la población mundial sufre algún trastorno de ansiedad y la edad de presentación más frecuente se encuentra entre los 20-40 años con una media de 25 años. El género afectado con mayor frecuencia es la población femenina con 17,5 % frente al 9,5 % de hombres” (Serrano, Campos & Carreazo, 2016).

El embarazo es una etapa que involucra a toda mujer, las cuales llegan a presentar no solo alteraciones físicas sino también psicológicas. Sin embargo, no existe mucha bibliografía sobre las causas psicopatológicas y sus consecuencias durante el embarazo y el parto.

Una revisión sistemática realizada en el año 2007 por Correia y otros, concluye que los altos niveles de ansiedad durante el embarazo se han asociado a múltiples complicaciones obstétricas, dentro de ellas el parto prematuro. Dentro del marco psicológico se han identificado como posibles factores causales circunstancias, relaciones y contextos de vida estresantes, pérdida de recursos personales, bajo nivel socioeconómico, ansiedad, depresión y el bajo apoyo social. Debido a que el parto pretérmino tiene una etiología multifactorial, los mecanismos psicosociales asociados son menos claros y poco estudiados. Una revisión sistemática realizada en el año 2007 por Correia y otros concluye que los altos niveles de ansiedad durante el embarazo se

han asociado a múltiples complicaciones obstétricas, dentro de ellas el parto prematuro, (Serrano, Campos & Carreazo, 2016).

Por otro lado, los niveles de ansiedad en gestantes adolescentes son mayores en comparación con las gestantes adultas, además el único factor con asociación estadísticamente significativa ansiedad en gestantes adolescentes fue la diferencia de edad con la pareja, con el resto de variables estudiadas como grado de instrucción, ocupación, religión, estado civil, edad de inicio de relaciones sexuales, mes de diagnóstico de gestación, edad gestacional, abandono de estudios y/o ocupación, estado civil de los padres, relación conflictiva en la familia, dependencia económica, influencia de la pareja y preparación psicoprofiláctica no se encontró asociación estadísticamente significativa (Rozas, Vera Bejar y Vera Huaranca, 2001).

Ansiedad y estrés en el paciente hospitalizado

La hospitalización genera estrés y es manifiesta con un elevado índice de ansiedad. Los agentes estresantes o desencadenantes de la ansiedad en el paciente en este caso serían: “la enfermedad y la hospitalización, las expectativas con respecto a los cuidados, tratamientos e intervenciones a las que tiene que ser sometido”.

Por otro lado la presencia de dolor hace pensar al paciente sobre el agravamiento de su enfermedad. Estos pensamientos negativos aumentan la ansiedad, que a su vez hace que aumente la sensación de dolor, de modo que se producen un círculo vicioso de ansiedad – dolor. Otras causas de ansiedad en el paciente hospitalizado pueden ser: cambios que experimenta, medidas restrictivas, aislamiento, separación y miedo a las consecuencias de la patología.

Por todo ello, prevenir o disminuir el estrés y la ansiedad que provoca la hospitalización deben ser importante para el profesional de salud.

Principales ansiedades en el puerperio

Una vez que ha nacido el niño, con frecuencia surgen sentimientos de pérdida y de vacío en la mujer, que pueden explicar la depresión franca o la sintomatología depresiva más o menos llamativa que experimentan algunas mujeres en esta etapa.

La madre tiene que separarse no solo psicológicamente del hijo, sino que también corporalmente, por otra parte, la relación ya no es con un hijo fantaseado sino con una realidad que por el momento es desconocida y por tanto generadora de ansiedad. En relación con lo familiar, la mujer, de hijo, pasará a ser madre; de una situación de dependencia a otra de responsabilidad en la que un hijo dependerá de ella. Después del parto, las ansiedades se relacionan básicamente con el sentimiento de vacío tan intenso que experimenta la madre al salir el hijo de su cuerpo (Diario de Sevilla., 2010).

El Estrés

El estrés tiene sus inicios en los estímulos ambientales, cuando la capacidad de afrontamiento se ve disminuido ante la demanda del ambiente, el estrés se ha desarrollado, suele tener como manifestación la ansiedad, en cuyo caso se trata de una respuesta emocional provocada por un agente desencadenante (denominada agente estresante) interno o externo. (Diario de Sevilla., 2010)

Definición

El estrés es un proceso que se origina cuando las demandas ambientales superan la capacidad adaptativa de un organismo. Esto puede dar lugar a cambios biológicos y psicológicos, que a su vez pueden ser causantes de enfermedad, (Diario de Sevilla., 2010).

En esta definición destacan tres elementos fundamentales:

- Las demandas de las situaciones ambientales, que serían los agentes estresantes.
- La persona sobre la que influyen dichas situaciones y que las considera perjudiciales o desafiantes, y por tanto, que le superan.
- Las respuestas del individuo al estrés, tanto emocionales como biológicas.

Las causas que provocan el estrés no son siempre negativas, es decir, derivadas de situaciones de peligro, dolorosas o perjudiciales.

La adaptación al estrés es la respuesta del organismo, tanto fisiológica como emocional, para intentar paliar los efectos del estrés, y supone cambios en el individuo.

En los procesos de adaptación al estrés se habla de síndrome general de adaptación, que abarca tres fases:

- Fase de alarma: fase de alerta general, en la que aparecen cambios para contrarrestar las demandas generadas por el agente estresante (aumento de la frecuencia cardiaca, variaciones de la temperatura, cambios en la tensión, etc.).
- Fase de adaptación: Desaparecen los síntomas, ya que el organismo se está adaptando a los efectos del agente estresante mediante una serie de mecanismos de reacción que permiten hacer frente al mismo.
- Fase de agotamiento: disminuyen las defensas, pues el agente estresante, al permanecer en el tiempo, ha superado los mecanismos de reacción del

organismo, dando lugar a síntomas semejantes a los de la fase de alarma,
(Diario de Sevilla., 2010).

Los agentes estresantes forman parte del ámbito en que normalmente viven las personas.

Tabla 4. Agentes estresantes en diferentes ámbitos

Ámbito	Agentes estresantes
<i>Familiar.</i> Es el entorno más delicado como potencial causa de estrés, debido a la implicación emocional que supone los conflictos familiares. Repercute más en aquellas mujeres que trabajan dentro del hogar y no tienen una ocupación fuera del mismo.	<ul style="list-style-type: none"> - Excesivo ruido en el entorno familiar (gritos, juegos de los niños, radio o televisión, etc.), que ocasionan un ambiente alterado. - Alteraciones en la relación de pareja, maltrato, engaños, problemas sexuales, etc. - Problemas de salud de algún miembro de la familia. - Hijos problemáticos - Cuidado de algún familiar, generalmente los mayores, que dependiendo de la enfermedad que tengan (Alzheimer, invalidez de algún tipo, etc.), pueden llegar a ser una gran carga que provoca la alteración en la dinámica familiar.
<i>Laboral.</i> Su estudio no solo es importante por las repercusiones en la salud y bienestar de los trabajadores, sino por los efectos que tiene en la productividad y rentabilidad de la empresa. Afecta a casi todas las profesiones.	<ul style="list-style-type: none"> - Las características del contenido del trabajo. - La experiencia propia del trabajador. - Las relaciones interpersonales (mal ambiente laboral). - Los factores relacionados con el desarrollo profesional.
<i>Social.</i> Son aquellas situaciones que están muy relacionadas con el tipo de vida del individuo, sobre todo en el entorno de las grandes urbes, ya que en ellas se suelen encontrar las características propiciadoras de situaciones de estrés.	<ul style="list-style-type: none"> - Vivir en zonas de mucho ruido y contaminación (autopistas, aeropuertos). - En lo concerniente a la sanidad, la tensión e inseguridad de las largas listas de espera, el elevado coste que supone tener que recurrir al sector privado por falta de atención en el público. - La forma de vida en la ciudad es un factor de tensión para el individuo: prisas, tráfico intenso, distancias, etc. - Vivir en una zona conflictiva, con muchos delitos, consumo o tráfico de drogas, pandillas agresivas, etc. - Formar parte de procesos judiciales.

<p><i>Personal.</i> Aparte de las situaciones personales que pueden actuar como agentes estresantes, hemos de tener en cuenta la personalidad del individuo, ya que rasgos como el perfeccionismo, la introversión, la competitividad, la agresividad o la inseguridad le van a suponer una mayor propensión a padecer estrés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ingresos económicos bajos. - Tener que modificar la forma de vida por una enfermedad, in divorcio, etc. - La dedicación permanente a otras personas (hijos, padres, etc.) que implique sacrificar el propio tiempo de ocio o el desarrollo profesional. - En la mujer, la menstruación y/o la menopausia pueden hacer que sea más vulnerable padecer estrés.
--	---

Las respuestas del individuo al estrés

Las diferentes respuestas que puede tener el individuo ante el estrés se pueden agrupar en dos campos: psicológico y biológico, (Diario de Sevilla., 2010).

Las respuestas psicológicas al estrés abarcan tres factores: emocional, cognitivo y de comportamiento que no aparecen en el individuo de forma aislada, sino interrelacionados, ya que todos ellos forman parte del individuo y del ambiente que le rodea, y pueden alterar su salud.

Tabla 5. *Respuestas psicológicas al estrés*

Emocionales	Cognitivas	Con un componente de comportamiento
- Pérdida de la energía física o psíquica.	- Incapacidad para tomar decisiones.	- Tartamudear o hablar de forma atropellada.
- Bajo estado de ánimo.	- Bloqueo mental.	- Fumar y beber más de lo habitual.
- Apatía, pesimismo.	- Vulnerabilidad ante las críticas.	- Risa nerviosa.
- Temor a padecer enfermedades.	- Confusión.	- Arrancarse el pelo nerviosamente/morderse las uñas.
- Pérdida de la autoestima.	- Se distrae fácilmente.	- Abusar de los fármacos (tranquilizantes)
- Volubilidad emocional: pasa con facilidad de la alegría a la tristeza.	- Olvidos frecuentes.	- Actividad física exagerada
- Inestabilidad, inquietud.		- Desórdenes alimentarios.
- Tensión.		

Respuestas biológicas al estrés

Los mecanismos fisiológicos del organismo se ponen en marcha, e intentan sincronizarse entre ellos para defenderse de la agresión. Intervendrían el sistema nervioso central y periférico y el sistema endocrino, que incrementa la secreción de hormonas, como adrenalina y noradrenalina o cortisol, (Diario de Sevilla., 2010).

Por otro lado, hay sistemas que se pueden ver afectado en situaciones de estrés, reduciendo la actividad, como es el caso del sistema inmune.

Otros factores que pueden influir en la respuesta biológica del individuo al estrés son la edad, el sexo, la etnicidad u origen, etc. Por tanto, ante un mismo agente estresante, las respuestas fisiológicas variaran según las características propias de cada individuo.

El tratamiento del estrés

El tratamiento del estrés puede enfocarse desde dos puntos de vista, el psicológico y el médico.

El tratamiento del estrés desde una perspectiva psicológica:

Desde el punto de vista psicológico, podemos abordar el tratamiento en sus aspectos corporal, cognitivo y del comportamiento, según se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. *Tipos de terapia desde la perspectiva psicológica*

Tipo de terapia	Características
Corporal	Intenta contrarrestar las reacciones fisiológicas del estrés. Las más utilizadas son las técnicas de relajación, que tiene como objetivo que la persona sea capaz de contener sus propias reacciones, mediante la contracción y relajación muscular y el control de la respiración en un ambiente tranquilo.
Cognitiva	Se basa en la utilización de una serie de procedimientos tendentes a modificar la conducta del individuo. Los más importantes son: <ul style="list-style-type: none"> - Sustituir pensamientos negativos y exagerados por otros más positivos u menos excesivos. - Enseñar a manejar las situaciones de estrés (se explica cómo afectan y cuáles deben ser las respuestas adecuadas). - Ayudar a afrontar la situación de conflicto para que el paciente intente solucionarla y pueda enfrentarse en lo sucesivo a otro tipo de situaciones, lo que además incrementa su confianza en sí mismo.
De modificación del comportamiento	Enseña a reservar tiempo para el descanso físico y para realizar algún tipo de actividad fuera del trabajo

El tratamiento del estrés desde una perspectiva médica

Desde una perspectiva general, hay que adoptar unas medidas higiénico-dietéticas adecuadas que pueden atenuar los efectos negativos del estrés y que acompañen al tratamiento médico previamente dicho, en el que se utilizarán fármacos específicos.

Tabla 7. *Tipos de terapia desde la perspectiva médica*

Tipo de terapia	Características
Higiénico-dietética	<ul style="list-style-type: none">- Dormir las horas necesarias: al menos 7 – 8 diarias.- Llevar una dieta equilibrada evitando algunos alimentos que pueden potenciar la respuesta del estrés, como la cafeína y el alcohol, algunos quesos, fiambres, yogures, etc.- Realizar ejercicio físico con regularidad pues mejora el bienestar y tiene un efecto neutralizante del estrés. No debe practicarse con carácter competitivo, porque esto supondría añadir un motivo más a la situación de estrés.
Farmacológica	Con los fármacos se intenta que desaparezcan los síntomas físicos y psicológicos producidos por el estrés. Los medicamentos más utilizados en el tratamiento del estrés son ansiolíticos, que suprimen la ansiedad y antidepresivos, en casos que exista depresión.

La calidad

Definición

La calidad de la atención médica ha sido definida de diversas maneras que en mucho dependen del contexto concreto en que el término quiera emplearse.

En 1980, Donabedian, una de las personas más reconocidas en este campo, define una atención de alta calidad como “aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes”.⁴ Donabedian se ha referido también a las múltiples facetas del concepto de calidad: calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social y ha

profundizado en las relaciones entre cantidad y calidad y entre beneficios y riesgos. Considera que una sola definición de calidad que abarque todos los aspectos no es posible, pero que, en el manejo de un problema específico de salud, la buena calidad puede resumirse como “el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos”, (Jiménez , 2004).

Luft y Hunt definen la calidad como “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos”, (Jiménez , 2004).

Parece obvio que es imposible arribar a una definición universalmente aplicable de calidad de la atención médica y que, amén de las similitudes y concordancias que puedan existir entre todas las definiciones, habrá que introducirle al concepto en cada caso el carácter local que irremediablemente tiene, (Jiménez , 2004).

Avedis Donabedian, en su discurso sobre la naturaleza de la calidad refiere que una característica que distingue al modelo industrial es su enfoque en el consumidor como el árbitro final de la calidad. Es el consumidor quién, en último término, decide si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas, (Huiza, 2003).

El objetivo no sólo es alcanzar la satisfacción del consumidor sino también lograr su entusiasmo, su confianza y su fidelidad futura. En el modelo industrial existe, por consiguiente, un interés continuo en conocer los deseos de los consumidores y traducirlos en características concretas de los productos. En la propuesta bien elaborada el consumidor se convierte, de hecho, en parte de la línea de producción, ya que al consumir un producto o utilizar un servicio, se comprueba su calidad y se genera información para su mejoría. Por supuesto que el conocimiento científico y técnico

puede generar servicios de alta calidad; sin embargo, la aceptación del consumidor es la que, finalmente, valida aquel juicio, (Huiza, 2003).

El mismo autor refiere que en el modelo de atención a la salud se encuentran semejanzas y diferencias importantes. Una similitud es la obligación de reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables. Para ello y de una forma aún más importante que la postulada en el modelo industrial, se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud. Sin embargo, el modelo de atención a la salud difiere en la necesidad que existe de acomodar, dentro de la definición de calidad, un conjunto más complejo de responsabilidad hacia los usuarios y la sociedad. Esto añade, a la vez, riquezas y tensiones internas a la definición de la calidad de la atención a la salud, (Huiza, 2003).

Con respecto a los individuos, continúa Donabedian, no sólo somos proveedores de satisfacción quizá porque los pacientes no están, con frecuencia, capacitados para distinguir entre una atención buena y una mala. Los profesionales de la salud tienen una responsabilidad fiduciaria: la de actuar en nombre de los pacientes, sirviendo a sus intereses de la manera que sea más adecuada. Dado que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos tan íntimos, sensibles e importantes de la vida, nuestros conceptos acerca de cómo manejarla relación interpersonal son infinitamente más complejos que los intercambios entre cliente y proveedor en el mundo de los negocios. Si se toma en cuenta que la atención a la salud es un producto del esfuerzo conjunto de los miembros del equipo de salud y pacientes, el “cliente” es parte de la línea de producción, de forma más íntima, si cabe, que en lo propuesto en el modelo industrial. La capacidad para

educar a los pacientes en la producción de los cuidados ala salud es un atributo sobresaliente característico de la calidad de la atención sanitaria, (Huiza, 2003)

Existen conceptos genéricos de calidad hasta específicas referidas al servicio de salud entre ellas tenemos: Según American Society for Quality Control: “La calidad es la suma de propiedades y características de un producto o servicio que tienen que ver con su capacidad para satisfacer una necesidad determinada”, (Espinoza, 2014).

“Se entiende por calidad, la aptitud de un producto, servicio o proceso, para satisfacer las necesidades de los usuarios. Entendiendo por calidad total, el proceso que implica hacer las cosas bien y mejorarlas constantemente”, (Espinoza, 2014).

Ishikawa lo sintetiza en “Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario”.

La calidad debe ser entendida como un proceso que implica elementos que cumplen con estándares que producen un bien o servicio que va satisfacer las necesidades del usuario. Ahora bien, estas necesidades tienen que ser satisfechas superando las expectativas del usuario de manera continua. La calidad es el resultado de comparar de lo que debe ser y lo que es y esta visión depende tanto del producto o servicio y sus características como de la respuesta satisfactoria del usuario; es por ello que es importante que la organización identifique los requisitos que debe cumplir el producto en función de la perspectiva, tanto de la organización como del usuario, siendo más importante la percepción de los usuarios sobre las características que deseen que estén presentes en los productos a ofrecer por la organización, (Espinoza, 2014).

Calidad en salud

En el ámbito de salud, continuando con el proceso de desarrollo de las organizaciones sanitarias consideradas como empresas, la idea de calidad recae en la actividad de los servicios de salud, la asistencia sanitaria, en los mismos consumidores de los servicios y en la administración, (Espinoza, 2014).

En salud, los consumidores no son otros que la comunidad entera, quienes están deseosos de obtener su bienestar físico, psicológico y social mediante la atención total brindada, es decir los servicios generados por las prestaciones de salud involucrando factores físicos, técnicos y científicos, administrativos, de comunicación y relaciones humanas, entre otros.

A continuación, se presentan algunas definiciones de calidad en la atención sanitaria: Según la OMS la calidad es: “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”, (Espinoza, 2014).

Según MINSA: “La calidad técnica de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar los riesgos”, (Espinoza, 2014).

El concepto más sonado de calidad de salud es la de Avedis Donabedian que en ella refiere: “La calidad de atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en

que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario”, (Espinoza, 2014).

La calidad de atención en salud representa el conjunto de acciones directas y específicas que maximizan los beneficios, aumentando la satisfacción de los pacientes, destinadas a poner al alcance del paciente los recursos de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, obteniendo resultados más favorables al equilibrio riesgo y beneficio, (Espinoza, 2014).

Calidad hospitalaria

La calidad en la atención sanitaria se asocia en general con la calidad técnica o encargada del cumplimiento de las regulaciones y la adhesión a normas sanitarias. Sin embargo, también tiene que ver con la efectividad de los servicios de salud. Esto quiere decir que la calidad es técnica cuando implica la prestación oportuna, eficiente y segura de la atención sanitaria y se percibe cuando las adecuadas condiciones físicas y éticas incluyen talento humano, entorno, avances tecnológicos y desarrollos en gestión de instituciones de salud. Para poder ser evaluado por los profesionales o los usuarios, este concepto multidimensional debe ser comprendido desde diferentes dimensiones, como desempeño técnico, acceso a los servicios, efectividad de la atención, eficiencia de la prestación de servicios, relaciones interpersonales, continuidad de servicios, seguridad, infraestructura física y comodidad y elección, (Numpaque & Rocha, 2016).

En el presente trabajo nos concentraremos en la calidad de los servicios hospitalarios. Consideramos que el modelo que mejor se adapta para dicho análisis es aquel que diferencia entre servicios esenciales, servicios de apoyo o servicios facilitadores, ya que, nos centraremos en el análisis del servicio prestado por el personal

de enfermería. El primer servicio sería el servicio esencial y el segundo el de apoyo o facilitador.

En esta dirección para la Sonora Laboratory Sciences, la interacción entre la organización y sus clientes se dividió en las siguientes partes (Flocken et al., 1988):

- Interacciones entre los médicos (remisión de pacientes al laboratorio) y el departamento de servicios al cliente (actitudes, rapidez en responder a las llamadas telefónicas, respuestas rápidas y exactas a las preguntas, resultados de visitas, seguimientos).

- Interacciones entre médicos y mensajeros (actitud, rapidez, amabilidad)

- La participación del cliente es un concepto utilizado, por ejemplo, por Lehtinen (1983 y 1986) significa que el cliente influye en el servicio que percibe.

A menudo se espera que el cliente rellene documentos, suministre información, emplee máquinas expendedoras, etc. Dependiendo de la preparación y voluntad del cliente para hacer esto, este hará mejorar el servicio o viceversa. Por ejemplo, si un paciente no es capaz de informar correctamente sobre sus problemas, el médico no podrá hacer un diagnóstico correcto. Por tanto, el tratamiento puede ser erróneo o menos eficaz de los que sería en caso de que se realizase de otra forma. Se perjudica el servicio prestado por el médico.

Para la Sonora Laboratory Sciences, se podría identificar los siguientes aspectos de la participación del cliente:

- ¿Tienen los pacientes el conocimiento suficiente y necesario para identificar su necesidad o problema?
- ¿Comprenden bien los clientes las limitaciones temporales implicadas?
- ¿desea el paciente colaborar con el proceso?
- ¿Pueden los médicos obtener información adicional con rapidez?

Satisfacción del usuario

La satisfacción del cliente o usuario es un tema que reviste mucha mayor complejidad, ya que incide en la calidad de diversas maneras. Por un lado, es un elemento que nos va a permitir establecer los límites y criterios de cada actividad que se estudie. Por otro, es un resultado en si misma: es decir, la satisfacción define y sirve como aspecto a valorar, (Campos, Pérez 2007).

La satisfacción es un resultado que el sistema desea alcanzar, y busca que dependa tanto del servicio prestado, como de los valores y expectativas del propio usuario, además de contemplarse otros factores tales como el tiempo invertido, el dinero, si fuera el caso, el esfuerzo o sacrificio, (Campos, Pérez 2007).

Así mismo la satisfacción es el modo en que se sosiega y responde a una queja, sentimiento o razón contraria. Este sentimiento o razón contraria puede ser una necesidad. La necesidad se define en términos de una falta: es decir algo que falta y que por su ausencia produce tensión en el organismo. Cuando se satisface la falta, disminuye la tensión. Para corregir un problema son necesarias las intervenciones que constituyen acciones que realiza el profesional de enfermería para conseguir el bienestar del cliente o su mejoría. A estas acciones debe añadirse intervenciones de comunicación, de relación de ayuda y enseñanza al cliente, (Campos, Pérez 2007).

Virginia Henderson señala: “La finalidad de los cuidados de enfermería es, conservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades. El rol de la enfermera consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que él no puede realizar por sí mismo para responder sus necesidades”.

Este objetivo deja clara la contribución específica del profesional de enfermería. El paciente siente satisfechas sus necesidades cuando es atendido por un profesional que demuestra habilidades y destrezas al realizar su tarea. Lo cual lleva al paciente a recuperar la independencia, (Campos, Pérez 2007).

Podemos considerar que la satisfacción es un indicador con un componente subjetivo, porque está enfocado más hacia percepciones y actitudes que a los criterios concretos y objetivos. La visión de los usuarios es determinante para el éxito o fracaso de un sistema, la opinión de los usuarios sobre satisfacción o insatisfacción deriva directamente de la calidad de un servicio, de sus características o de la información que le proporciona y constituye una información importante para cubrir sus expectativas. No es suficiente que el sistema funcione, es necesario que el servicio que se presta sea satisfactorio para el usuario y que este así lo perciba, (Campos, Pérez 2007).

Percepción de la calidad hospitalaria

La calidad de atención médica es un factor estratégico clave; la Organización Mundial de la Salud la define como el logro de un alto nivel de excelencia profesional y de satisfacción del paciente, la existencia de mínimos riesgos y el uso eficiente de los recursos

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención en salud, publicadas en los ámbitos nacionales e internacionales durante los últimos 15 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian (1980). Donde el autor reconoce que la calidad de atención presenta dos dimensiones. La dimensión técnica, que se refiere a la aplicación de conocimientos para resolver los problemas de salud, y la dimensión interpersonal que es la interacción que se da entre los profesionales y el paciente al momento de proporcionar la atención. Ambas

dimensiones son inseparables y ocurren de manera simultánea cada vez que una persona entra en contacto con los servicios de salud. También menciona que el personal de salud define la calidad de atención de distinta manera a los pacientes, para el personal de salud la calidad de atención se refiere a proporcionar un diagnóstico y tratamiento adecuado al paciente, sin embargo, los pacientes hospitalizados se enfocan más a los aspectos interpersonales de la atención, (Marroquín, 2004).

La percepción se le ha considerado como un proceso mediante el cual un organismo recibe o extrae cierta información acerca del medio.

La percepción es un proceso activo y complejo que se inicia cuando un organismo percibe estímulos, que contienen información, que proviene del ambiente externo; otra parte viene de los resultados de los cambios de los organismos internos, los cuales son presentados a los receptores: “La función de la percepción depende de la actividad de receptores que son afectados por procesos provenientes del mundo físico”.

Luego de captación de los estímulos se selecciona los estímulos relevantes y pasan a través mecanismos fisiológicos dependiendo la modalidad perceptiva y la localización del receptor, realizado a través de la transducción, proceso en el que se traduce la información física en mensajes que el sistema nervioso puede entender. Esta información recibida es interpretada (decodificada), procesada y es influenciada por otros procesos cognoscitivos como el aprendizaje y el pensamiento para llegar a una respuesta conductual verbalizada o exteriorizada. Para la psicología moderna, la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción. La percepción puede definirse como el “conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos.” (Espinoza, 2014)

Características de la percepción.

Se considera que la percepción tiene las siguientes características:

- a) **Carácter de integridad:** El estímulo se percibe como un todo único donde sensaciones cinéticas, táctiles y visuales se asocian con facilidad entre sí.
- b) **Carácter racional:** La interpretación de los estímulos de la realidad se lleva a cabo según los conocimientos que se han recibido antes y según experiencias pasadas.
- c) **Carácter selectivo:** Determinado por causas objetivas y subjetivas. En el primero se encuentra las cualidades de los mismos estímulos y particularidades de la condición externa en la que se percibe el objeto. La segunda, la causa subjetiva, depende ante todo de la actitud del hombre hacia el objeto que actúa sobre él, y esta actitud a su vez, depende del significado que tenga el estímulo para el sujeto, según sus experiencias anteriores y del estado psíquico general en que se encuentra.

Componente de la percepción.

En la percepción intervienen tres componentes o elementos estrechamente asociados; estos no se dan por separado, sino que constituyen una única realidad:

- a) **Proceso sensorial:** Nada llega a nuestros conocimientos, si antes no llega a nuestros sentidos. La sensación constituye la fase inicial en la percepción de la información
- b) **Proceso simbólico:** La percepción implica una estructuración de la realidad, interpreta y organiza la información recibida sensorialmente.
- c) **Proceso afectivo:** En nuestras relaciones con el mundo, no podemos desentendernos de nuestra forma peculiar forma de ser, ni de nuestra experiencia previa. La percepción es un acto de toda nuestra vida.

La perspectiva del usuario es una de las mejores formas de visualizar la calidad de atención brindada al paciente, midiendo la satisfacción que se produce en el usuario y la opinión que le genere, nos muestra cuanto podemos llegar a los pacientes en los diferentes aspectos de la persona: biológicos, psicológicos, emocionales y espirituales, dejando una contribución en la salud y formándolos tanto en habilidades y conocimientos para que la salud se mantenga a posterior. Una de las Teorías es de Imogene King, quien visualiza la percepción del usuario como la representación que cada persona tiene de la realidad y para que esta sea satisfactoria, deben seguirse objetivos comunes entre el personal de salud y el paciente que a su vez si se da una interacción entre ellos se logra con más facilidad la satisfacción del paciente al ver cubierta las necesidades, de lo contrario se produciría estrés o insatisfacción por parte de ambos, viéndose reflejado en la percepción de la calidad del servicio recibido. (Espinoza Rojas, 2014)

Según Flocken et al. (1988) definimos como percepción de adecuada calidad hospitalaria a la suma de las siguientes dimensiones:

- a) Profesionalidad del personal.
- b) Confianza que inspira el personal.
- c) Empatía.
- d) Capacidad de respuesta del personal
- e) Conocimiento del historial del paciente
- f) Trato recibido
- g) Información que brinda el personal
- h) Equipamiento disponible.
- i) Coordinación del personal.
- j) Dedicación que me da el personal.

- k) Comodidad de las salas de espera.
- l) Instalaciones del interior del servicio.

Percepción del cliente

La percepción del cliente o usuario se refiere a como éste estima que la organización está cumpliendo con la entrega del servicio, de acuerdo con como él valora lo que recibe. (Castillo, 2005)

Expectativas del cliente

Las expectativas del cliente definen lo que espera que sea el servicio que entrega la organización. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias pasadas, sus necesidades conscientes, comunicación de boca a boca e información externa. A partir de aquí puede surgir una retroalimentación hacia el sistema cuando el cliente emite un juicio.

La brecha que existe entre percepción y expectativas establece según este modelo, la medición de calidad.

Como las necesidades son dinámicas y dependen de un conjunto de factores internos y externos, en definitiva, esta medición expone el déficit de calidad de servicio, indicando ciertas dimensiones en las cuales la organización debe trabajar.

Marco Conceptual

Arquitectura sustentable. Es el diseño de un edificio y ambientes “respetuosos” o “amigables” con la apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación únicos en beneficio de los niveles óptimos de acceso y calidad que el cliente percibe en la organización, tales como limpieza y modernidad. Estos aspectos son evaluados en los elementos, personas, infraestructura y objetos.

Calidad de atención. Es la aplicación de la ciencia, la tecnología médica y la fe en la atención de enfermería, de manera que se maximice sus beneficios para la salud del paciente.

Capacidad de respuesta del personal. Es la respuesta oportuna de comprensión profunda de la naturaleza de los clientes, cumpliendo con los plazos previstos, priorizando servicios para garantizar la seguridad, tranquilidad y comodidad del paciente, por ejemplo, el Tiempo de administración de analgesia de rescate. Es la capacidad de tratar de manera tranquila, modesta y profesional para atender a la paciente. Esta percepción de calidad será evaluada por el usuario en función de la rapidez con que se soluciona su problema de dolor.

Confianza que inspira el personal. es la seguridad que el cliente tiene en los beneficios de la marca, producto o el servicio prestado por el personal de la Institución de salud. Su base reside en la credibilidad, la imagen y las experiencias vividas de alivio de las preocupaciones, seguridad y paz reinante.

Dolor. Es una sensación no placentera desencadenada por el sistema nervioso. Puede ser agudo o sordo, intermitente o constante que se siente en algún lugar del cuerpo. El dolor puede ayudar a diagnosticar un problema.

Efectos secundarios. Son las sensaciones no placenteras y experiencias asociadas con efectos adversos producidos por la medicación contra el dolor.

Empatía. Es la participación afectiva del personal de salud en la realidad del paciente y cliente, es decir, la capacidad de detectar de manera activa las emociones de los pacientes y percibir, compartir y comprenderla, en una frase “entiende lo que siente...”, entonces le brinda un cuidado y atención personalizado.

Enseñanza al paciente. Son las instrucciones dadas al paciente con actitudes de ánimo, expectativas, reporte del dolor, obtención de medicamentos, prevención del dolor durante las actividades y uso de terapias complementarias.

Manejo de dolor. Es el abordaje holístico de atención que se enfoca en el tratamiento del dolor y los síntomas en mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Profesionalidad. Es la característica del profesional de salud que desempeña un trabajo con pericia, aplicación, seriedad, honradez y eficacia y sensibilidad cristiana (pensamiento, palabras y actos).

Responsabilidad. Es el cumplimiento de las obligaciones y la toma de decisiones del personal de salud, que entrega todas las facultades en la atención del paciente, con buena voluntad de ayudar y brindar un servicio rápido.

Seguridad. (trabajador) son las competencias o buenas prácticas de los profesionales de salud sobre lo que hacen, asimismo implica su cortesía y su capacidad de transmitir confianza. (paciente) Es el estado de bienestar que percibe y disfruta el paciente o la confianza en el personal y la institución.

Seguro del usuario. Es un contrato con una compañía de seguros de salud, por el cual se paga un costo mensual por un plan o póliza, a cambio que la aseguradora se encargue de todo o parte de los gastos médicos. Se puede tener seguro médico a través del empleador, o se puede comprar de manera individual

Valoración del analgésico de elección para el paciente. Es la capacidad y calificación del profesional al hacer la elección del analgésico pertinente para el usuario según la intensidad del dolor valorado.

Valoración regular del dolor y efectos secundarios. Son los reportes de dolor y efectos secundarios cada tiempo indicado hasta que esté bajo control.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

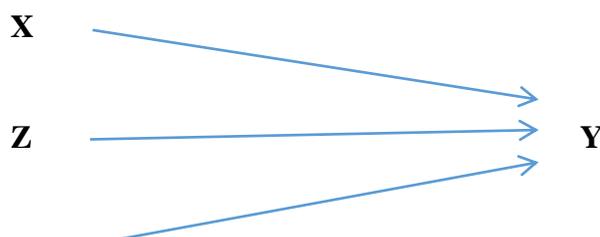
Tipo de investigación

El presente estudio, es una investigación descriptiva porque pretende indagar el comportamiento de los factores sociodemográficos sobre la calidad de atención, ansiedad y el manejo del dolor. Así mismo, este estudio es una investigación de tipo asociativo-Correlacional porque pretende determinar la relación que existe de las variables sociodemográficas con la calidad de atención y el manejo del dolor tanto en grado correlacional como asociativo.

Y multivariada porque estudia los factores sociodemográficos, el manejo del dolor, la calidad de atención y la ansiedad.

Diseño de investigación

El presente trabajo tiene un diseño no experimental, en el que no se manipulan las variables de corte transversal porque se medirá la variable en tiempo determinado, como se observa en el gráfico 5, la correlación de variables.



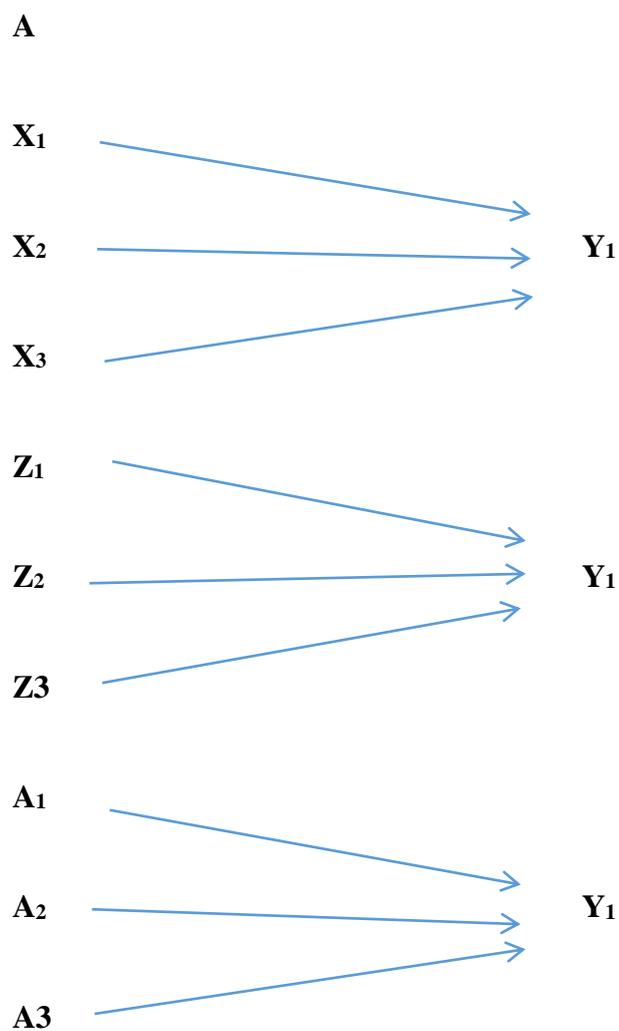


Ilustración 5. *Correlación de variables*

Donde:

X: Factores sociodemográficos relacionados al manejo del dolor.

Y: Manejo del dolor

Z: Ansiedad

A: Calidad de atención

X₁, X₂, X₃, y X₄: (Factores: Edad, religión, ocupación, etc.)

Y₁: Nivel del dolor

Z₁, Z₂, Z₃, y Z₄: (Factores: Personales, sociales, emocionales, etc.).

A₁, A₂, A₃, y A₄: (Profesionalidad del personal, confianza que inspira el personal, capacidad de respuesta, etc.).

Población y muestra

Población

El escenario a desarrollar el presente estudio se encuentra ubicado en el Departamento de Lima, Provincia de Lima Metropolitana, Distrito de Miraflores, Malecón Balta 956, edificio de la Asociación Pastoral de Servicios Médico-Asistenciales Good Hope de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Servicio de Gineco Obstetricia que cuenta con dos pisos hospitalarios 3 “A” y 3 “B” y una disposición total 35 camas hospitalarias entre habitaciones privadas y bipersonales.

La población objetivo de este estudio fueron todas las pacientes hospitalizadas en el servicio que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación, previo consentimiento institucional y personal

La población del presente estudio fue de 462 usuarios, que representan a una media de atención bimestral del Servicio de Gineco Obstetricia - Hospitalización.

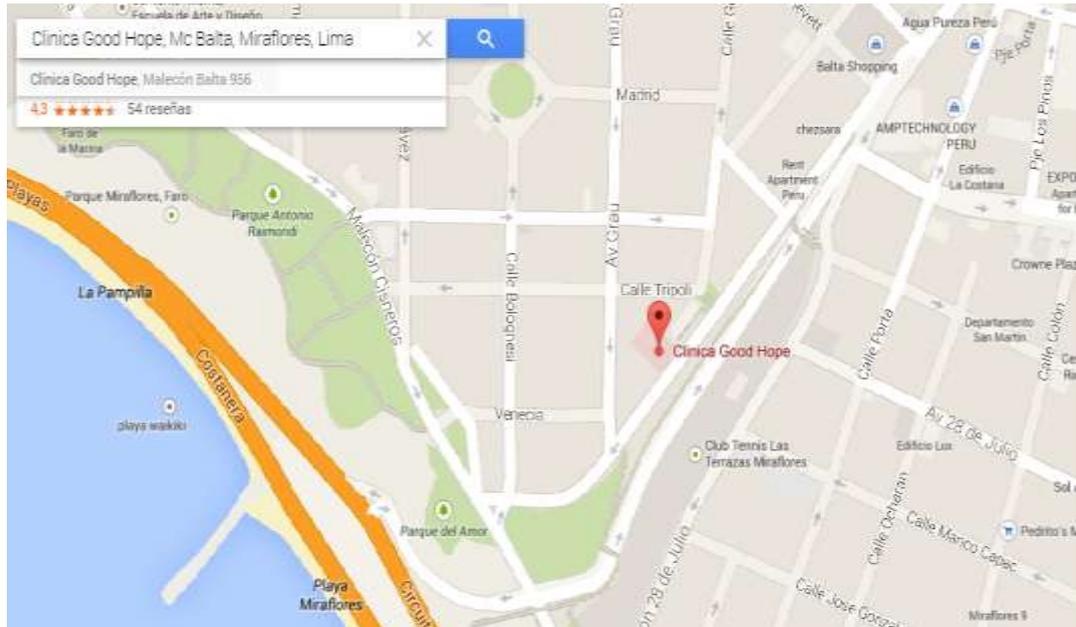


Ilustración 6. Ubicación de la Clínica Good Hope

La muestra

Para definir el tamaño de la muestra se utilizó el método no aleatorio y no probabilístico por motivo circunstancial propio de la dinámica del servicio de Gineco-Obstetricia, incluyendo a todas las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión del estudio y cursen una hospitalización en el Servicio de Gineco Obstetricia.

Sin embargo, para calcular la cantidad representativa de los componentes de la muestra, se utilizó la fórmula del proceso probabilístico, a través de un método

$$n = \frac{Z^2 pqN}{Z^2 pq + e^2(N - 1)}$$

estadístico, calculado mediante la fórmula:

Dónde:

n = Tamaño de muestra que se desea encontrar

N = Tamaño de la población =462

Z = Percentil normal en relación al Nivel de confianza 99%
establecido por el investigador (Z= 2.58)

p = Probabilidad de éxito (50 % o 0,5).

q = Probabilidad de fracaso (50 % o 0,5).

e = Margen de error permisible establecido por el investigador = 0.1

Remplazando valores tenemos:

$$n = \frac{(6.656)(0.5)(0.5)462}{(6.656)(0.5)(0.5) + 0.01(462 - 1)}$$

$$n = \frac{(768.768)}{(6.274)}$$

$$n = 125.401$$

$$= 125$$

Según la formula probabilística, el tamaño de la muestra hubiera sido de 125. Sin embargo, como se recogió los datos de forma no probabilística; se alcanzó una muestra de 133 pacientes.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Puérperas de parto por cesárea que hayan ingresado al servicio de Gineco Obstetricia para su preparación prequirúrgica.
- Puérperas de parto por cesárea, sin importar el número de partos por cesáreas previas que haya tenido.
- Puérperas de parto por cesárea que ingresen al servicio de Gineco Obstetricia durante el periodo postoperatorio mediato hasta las primeras 48 horas.
- Puérperas de parto por cesárea en su postoperatorio mediato que acepten voluntariamente participar en el estudio y que cumplan los criterios anteriores.

Criterios de exclusión

- Puérperas de parto vaginal.
- Puérperas de parto por cesárea que no acepten voluntariamente participar en el estudio.
- Puérperas de parto por cesárea que ingresen al servicio de Gineco Obstetricia durante el periodo postoperatorio mediato pasadas las primeras 48 horas.

Consideraciones éticas

El instrumento de medición fue aplicado a quienes voluntariamente decidieron participar del estudio de acuerdo con la información brindada por el personal de enfermería.

Cada instrumento de medición tiene como premisa el consentimiento informado aclarando que la información brindada por el paciente se procesará, analizará y publicará. Se tuvo en cuenta los requerimientos específicos de los usuarios, respetando la confidencialidad y anonimato del paciente, la reserva de los datos y resultados; además de la no maleficencia, al no realizar ninguna acción o intervención que genere daño en el paciente, por el contrario, el análisis de datos permitirá desarrollar estrategias para mejorar la calidad de atención en el servicio.

Diseño y operacionalización de variables

La investigación queda limitada al estudio de las siguientes variables:

- a) Variable 1: Manejo del dolor en pacientes postcesareadas.
- b) Variable 2: Calidad de atención en el servicio de ginecología.
- c) Variable 3: Ansiedad – factores desencadenantes de ansiedad
- d) Variable 4: Factores sociodemográficos

Operacionalización de variables

Tabla 8. Operacionalización de la variable criterio

Variable 1: Manejo del dolor de las pacientes postcesareadas

Definición operacional	Dimensión	Indicador	Ítem
Esta referida a la intensidad del dolor, la interferencia del dolor con actividades generales de los pacientes y a la información brindada. Se utiliza la escala analógica-visual de medición del dolor “Cuestionario de Intensidad del dolor”, según Muños 2012	Intensidad del dolor	Escala del dolor: Análogo visual, numérica (1 – 10).	13. ¿Ha experimentado algún tipo de dolor en las últimas 24 horas?
			14. Según esta escala numérica, marque con un círculo señalando ¿Cuánto dolor está sintiendo en este momento?
	Interferencia del dolor con actividades diarias de los pacientes dentro de las primeras 24 horas	Interferencia del dolor con actividades generales, estado de ánimo y sueño.	15. Según esta escala numérica, marque con un círculo señalando el máximo de dolor que usted ha experimentado en las últimas 24 horas:
			16. Según esta escala numérica, marque con un círculo señalando el nivel promedio de intensidad de dolor que ha experimentado en las últimas 24 horas.
Información proporcionada al paciente	Comunicación oportuna	a) Si (1) b) No (2)	17. Marque con un círculo el número que describe cómo, durante las últimas 24 horas, el dolor ha interferido con usted: a. Interferencia con su actividad general: b. Interferencia con su humor o estado de ánimo: c. Interferencia con su sueño:
		a) Si (1) b) No (2)	18. En las primeras horas postoperatorias de su cuidado, ¿Usted recibió orientación para el manejo del dolor por el personal de enfermería?
			19. ¿Ud. pudo comunicar oportunamente a la enfermera que tenía dolor, mientras se encontraba con visitas dentro de su habitación?

Tabla 9. Operacionalización de la variable predictora

Variable 2: *Calidad de atención en el servicio de Ginecología*

Definición operacional	Dimensión	Indicador	Ítem
Conoce su trabajo, es competente, conocimientos actualizados, no comete errores.	Profesionalidad del profesional de enfermería	Nunca = 1	46. ¿El profesional de enfermería que la atendió le explicó acerca de los tipos de dolor que usted sentiría en el postoperatorio mediato?
		Casi nunca = 2	47. ¿El profesional de enfermería que la atendió le enseñó a usted a evaluar la intensidad del dolor y comunicarlo?
		A veces = 3	48. ¿El profesional de enfermería le enseñó alguna alternativa aparte de la medicación administrada para disminuir el dolor?
		Casi siempre = 4	49. ¿El profesional de enfermería le explicó los efectos secundarios de la analgesia de rescate o la medicación condicional a dolor intenso?
		Siempre = 5	50. ¿El profesional de enfermería que la atendió le explica los procedimientos, antes de realizarlos?
Paciente habla con confianza con enfermera o médico, pregunta dudas y confía en sus cuidados	Confianza que inspira el profesional de enfermería	Nunca = 1	51. Me he sentido cómoda para poder contar con confianza mis antecedentes de salud, historial obstétrico y comunicar al personal profesional de enfermería alguna insatisfacción con la atención y/o dolor.
		Casi nunca = 2	52. Me he sentido cómodo expresando mis dudas al profesional de enfermería que me atiende.
		A veces = 3	53. Confío en los cuidados del profesional de enfermería que me atiende.
Se explican procedimientos, se escucha la necesidad de los pacientes, se otorga ayuda a los pacientes	Empatía del profesional de enfermería	Casi siempre = 4	54. El profesional de enfermería que me atiende me explica los procedimientos para que pueda entenderlos.
		Siempre = 5	55. El profesional de enfermería a cargo de mi cuidado me escucha.
		Nunca = 1	56. El profesional de enfermería a cargo de mi cuidado se muestra dispuesto a ayudarme.
		Casi nunca = 2	

Respuesta a dudas, atención rápida, solución de problemas, atención de quejas.	Capacidad de respuesta del profesional de enfermería	Nunca = 1	57. El profesional de enfermería me atiende con rapidez.
		Casi nunca = 2	58. El profesional de enfermería aplica rápidamente la medicación condicional al dolor intenso cuando la solicito.
Dominio de historia clínica.	Conocimiento del historial del paciente	A veces = 3	59. El profesional de enfermería resuelve mis dudas y quejas o las canaliza para que puedan darme información o solución a mis problemas.
		Casi siempre = 4	60. El profesional de enfermería conoce mi historial médico, antecedentes, antecedentes personales e historia obstétrica.
		Siempre = 5	61. El profesional de enfermería evalúa diariamente mi mejoría.
Personal amable, respetuoso, brinda atención personalizada	Trato recibido por el profesional de enfermería	Nunca = 1	62. Siento que el profesional de enfermería que me atiende es amable.
		Casi nunca = 2	63. Siento que el profesional de enfermería me trata con respeto.
		A veces = 3	64. Siento que el profesional de enfermería me brinda una atención personalizada.
		Casi siempre = 4	65. Siento que el trato que el profesional de enfermería me brinda me hace sentir cómoda.
		Siempre = 5	66. La información que me brinda el profesional de enfermería es clara.
Se informa sobre medicación administrada, horarios de visita y alternativas de tratamiento	Información que brinda el profesional de enfermería	Nunca = 1	67. El profesional de enfermería me informa sobre los medicamentos que me dan.
		Casi nunca = 2	68. El profesional de enfermería me informan sobre los horarios de visita y sus restricciones.
		A veces = 3	69. El profesional de enfermería me informa de los condicionales de mi tratamiento para el dolor.
		Casi siempre = 4	70. El servicio de hospitalización de Gineco Obstetricia, dispone de los equipos necesarios para mi atención.
Instrumental necesario, equipos modernos, equipos operativos.	Equipamiento e instalaciones disponibles en el servicio	Siempre = 5	71. El servicio de hospitalización de Gineco Obstetricia, dispone de instalaciones modernas.
		Nunca = 1	
		Casi nunca = 2	
		A veces = 3	
		Casi siempre = 4	

		Siempre = 5	72. Es fácil localizar timbres, interruptores de luz, manijas y teléfonos para el llamado de la enfermera dentro de la habitación. 73. Los muebles de las habitaciones son cómodos y prácticos para mí. 74. Los equipos e instalaciones de la habitación están en buen estado.
Conocimiento de las consultas, resultados del paciente a otras especialidades. Coordinación con el personal auxiliar al diagnóstico.	Coordinación del profesional de enfermería con los servicios hospitalarios	Nunca = 1 Casi nunca = 2 A veces = 3 Casi siempre = 4 Siempre = 5	75. Percibo coordinación cuando el personal técnico de enfermería y de enfermería me atienden. 76. Percibo coordinación cuando el personal de laboratorio, obstetricia, nutrición y neonatología me atienden.
Tiempo adecuado para visita médica, diariamente y dos veces al día.	Dedicación que me da el personal	Nunca = 1 Casi nunca = 2 A veces = 3 Casi siempre = 4 Siempre = 5	77. ¿El tiempo que utiliza el profesional de enfermería para su evaluación física es el adecuado? 78. ¿El tiempo que utiliza el profesional de enfermería para enseñar a diferenciar los tipos de dolor y métodos para aliviar el dolor fuera de la medicación empleada es el adecuado? 79. Si lo solicito, un profesional de enfermería viene a darme información adicional a la brevedad.
Limpieza, suficientes asientos, ambiente agradable, amplitud.	Comodidad de las salas de espera (para las visitas)	Nunca = 1 Casi nunca = 2 A veces = 3 Casi siempre = 4 Siempre = 5	80. Las personas que vienen a visitarme me comentan que la sala de espera es amplia, está limpia y dispone de suficientes asientos para todos. 81. Las personas que vienen a visitarme me comentan que la sala de espera es cómoda y agradable.

Tabla 10. Operacionalización de la variable predictora

Variable 3: *Ansiedad – Factores desencadenantes de ansiedad*

Dimensión	Indicador	Ítem
Factores personales	Nunca = 1 Casi nunca = 2 A veces = 3 Casi siempre = 4 Siempre = 5	20. Pensar que el dolor de la herida de la cesárea no disminuya, me genera ansiedad.
		21. Pensar en que debo usar faja todo el tiempo, me genera ansiedad
		22. Pensar en cómo estarán atendiendo a mi bebé, me genera ansiedad
		23. Pensar en que el calostro que tendré será insuficiente para mi bebé, me genera ansiedad
		24. Pensar en que la cantidad que lactó mi bebé sea insuficiente, me genera ansiedad
		25. Pensar en que mi bebé pueda tener alguna enfermedad, me genera ansiedad
		26. Pensar en que pueda tener complicaciones después de esta cirugía, me genera ansiedad
		27. Pensar en cuánto tiempo sangraré por vía vaginal después de la cirugía, me genera ansiedad
		28. Pensar en cuánto tiempo estarán hinchados mis pies, me genera ansiedad
		29. Pensar en qué dieta debo seguir en casa, me genera ansiedad
		30. Pensar en que los medicamentos que me administran interfieran con la lactancia materna, me genera ansiedad
Factores sociales	Nunca = 1 Casi nunca = 2 A veces = 3	31. Pensar en cuántas visitas debe recibir mi bebé recién nacido, me genera ansiedad
		32. Pensar en que todas las personas que vienen a verme tocarán a mi bebé recién nacido, me genera ansiedad
		33. Pensar en que mi familia no podrá visitarme mientras esté hospitalizada, me genera ansiedad
Factores emocionales	Casi siempre = 4 Siempre = 5	34. Pensar en cómo tendré que cuidar a mi bebé en casa, me genera ansiedad
		35. Pensar en cómo bañaré a mi bebé en casa, me genera ansiedad
Factores Interpersonales	Nunca = 1 Casi nunca = 2	36. Pensar en quién cuidará a mis otros hijos mientras estoy hospitalizada, me genera ansiedad
		37. Pensar en cómo se llevarán mis otros hijos con el bebé recién nacido, me genera ansiedad
Factores Económicos	A veces = 3 Casi siempre = 4	38. Pensar en cómo estará la cuenta de mi hospitalización, me genera ansiedad
		39. Pensar en cómo criaré a mi bebé, me genera ansiedad

	Siempre = 5	40. Pensar en que la habitación de mi bebé esté bien equipada, me genera ansiedad
Factores Culturales	Nunca = 1	41. Pensar en si podré cocinar en casa, me genera ansiedad
	Casi nunca = 2	42. Pensar en si podré levantar cosas en casa, me genera ansiedad
	A veces = 3	43. Pensar en cuánto tiempo puedo volver a tener relaciones sexuales, me genera ansiedad
	Casi siempre = 4	44. Pensar en qué métodos anticonceptivos debo usar, me genera ansiedad
	Siempre = 5	45. Pensar en cuánto tiempo debo de esperar para que mi siguiente embarazo sea seguro, me genera ansiedad

Tabla 11. Operacionalización de la Variable PredictoraVariable 4: *Factores sociodemográficos*

VARIABLES	INDICADOR	ÍTEM
Edad	a) Menos de 20 años (1)	Pregunta: Número 1
	b) 20 – 25 años. (2)	
	c) 26 – 30 años. (3)	
	d) 31 – 40 años. (4)	
	e) Más de 40 años. (5)	
Confesión religiosa	a) católica (1)	Pregunta: Número 2
	b) adventista (2)	
	c) ateo (3)	
	d) cristiana (4)	
	e) evangélica (5)	
	f) Testigo de Jehová (6)	
Lugar de procedencia	a) Costa (1)	Pregunta: Número 3
	b) Sierra (2)	
	c) Selva (3)	
Nivel de educación	a) Primaria (1)	Pregunta: Número 4
	b) Secundaria (2)	
	c) Técnico (3)	
	d) Superior (4)	
	e) Otros (5).	
Ocupación	a) Ama de casa (1)	Pregunta: Número 5
	b) Estudiante (2)	
	c) Empleada – contratada (3)	
	d) Independiente (4)	
	e) Otros (5)	
Estado Civil	a) Soltera (1)	Pregunta: Número 6
	b) Casada (2)	
	c) Conviviente (3)	
	d) Viuda (4)	
	e) Divorciada (5)	
Número de Hijos	a) Uno (1)	Pregunta: Número 7
	b) Dos (2)	
	c) Tres (3)	
	d) Cuatro (4)	

	e) Cinco a más (5)	
Número de cesáreas previas	a) Uno (1) b) Dos (2) c) Tres (3) d) Cuatro (4) e) Cinco a más (5)	Pregunta: Número 8
Ligadura de trompas	a) Sí (1) b) No (1)	Pregunta: Número 9. ¿Se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía?
Cirugías abdominales en 6 meses	a) Ninguna (1) b) Sí, ¿Cuál? (2)	Pregunta: Número 10. ¿Se realizó alguna cirugía abdominal dentro de los últimos 6 meses?
Tipo de seguro	a) EPS (1) b) Baby Hope (2) c) Particular – GS (3)	Pregunta: Número 11
Adicionales a la Cirugía	a) Miomectomía (1) b) B – Linch (2) c) Embarazo doble (3) d) Hipotonía uterina (4) e) Portadora de catéter epidural (5) f) Ninguna de las anteriores (6) g) B-linch + Embarazo doble (7)	Pregunta: Número 12

Instrumentos de recolección de datos (IRD)

Elaboración del instrumento

Para el presente estudio se utilizaron tres instrumentos que permitirán medir las variables a tratar, para luego cruzar la información:

a) Cuestionario de Intensidad del Dolor.

Es una adaptación del “Cuestionario de Intensidad del Dolor del Paciente” elaborado por Mc Caferry y Pasero en el año de 1999, (Calderón, 2014).

El cuestionario original revisado de Calderón (2014) es un cuestionario compuesto por 9 reactivos:

- a) Cuatro preguntas para medir la intensidad del dolor por medio de la escala visual numérica con valores de 0 a 10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el máximo dolor percibido.
- b) Una pregunta para medir la interferencia del dolor con otras actividades, dos preguntas para medir el nivel de satisfacción materna en relación al manejo del dolor por parte de médico y enfermeras, y el tiempo de respuesta que tardó el personal para atender la necesidad de dolor de la paciente; estas preguntas se midieron asignando puntajes de 0 a 10, donde a mayor puntaje mayor interferencia de dolor, respectivamente.

La adaptación realizada al “Cuestionario de Intensidad del Dolor del Paciente”, se dividió en cuatro categorías:

- Intensidad del dolor (p1, p2, p3, p4).
- Interferencia del dolor con actividades de los pacientes (p5, p6, p7, p8).
- Información que brinda el personal de enfermería acerca de los tipos de dolor (p9).

- Paciente comunica oportunamente el dolor (p10).

Donde la puntuación de la escala visual numérica es la siguiente:

Dolor leve : 1 a 3 puntos

Dolor moderado: 4 a 6 puntos

Dolor severo : 7 a 10 puntos.

Y la escala de puntuación para el manejo de dolor es la siguiente.

Dolor leve : 6 a 16 puntos

Dolor moderado: 27 a 45 puntos

Dolor severo : 47 a 66 puntos

La adaptación de este instrumento fue sometida a juicio de expertos y sometida a la validez del contenido, posterior a ello se realizó una prueba piloto a fin de determinar la validez y confiabilidad estadística mediante el Alfa de Cronbach obteniendo una confiabilidad de 0.872, y una correlación de variables de 0,802 con una significancia de (0.000)

Tabla 12. *Confiabilidad del instrumento de Intensidad de Dolor del Paciente*

<i>Resumen de procesamiento de casos</i>		
	N	%
Casos Válido	133	100,0
Excluido ^a	0	,0
Total	133	100,0

a La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 13. *Estadísticas de fiabilidad*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,872	10

Tabla 14. Estadísticas del total de elementos

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
p1	38,78	159,793	-,639	,890
p2	35,66	120,559	,736	,848
p3	32,56	119,414	,734	,848
p4	34,27	118,472	,716	,849
p5	34,75	115,567	,812	,840
p6	34,80	108,855	,847	,836
p7	35,41	110,167	,771	,844
p8	35,05	112,444	,746	,847
p9	38,67	156,405	-,116	,886
p10	38,82	154,982	,073	,883

b) Cuestionario de Ansiedad Situacional

La investigadora desarrolló el presente cuestionario basado en el modelo estructural de Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI – E) con la finalidad de elaborar un instrumento de medición para evaluar el nivel actual de ansiedad y la predisposición de las pacientes obstétricas ante situaciones estresantes.

La dinámica para la elaboración de este instrumento fue de reunir y entrevistar a profesionales especializados en el área de Gineco Obstetricia con el objetivo de determinar los factores desencadenantes de ansiedad en base a la literatura revisada, experiencia laboral personal y frecuencia con la que los pacientes realizan determinadas preguntas o presentan determinadas conductas.

El instrumento cuenta con 25 preguntas tipo Likert modificado divididas en 6 categorías:

Factores desencadenantes de ansiedad personales (p11, p12, p13, p14, p15, p16, p17, p18, p19, p10, 21).

Factores desencadenantes de ansiedad sociales (p22, p23, p24).

Factores desencadenantes de ansiedad emocionales (p25, p26).

Factores desencadenantes de ansiedad interpersonales (p27, p28).

Factores desencadenantes de ansiedad económicos (p29, p30, p31)

Factores desencadenantes de ansiedad culturales (p32, p33, p34, p35, p36)

Donde la escala de puntuación del “Cuestionario de Ansiedad Situacional” es como sigue:

Ansiedad muy baja : 26 a 40 puntos.

Ansiedad baja : 41 a 55 puntos.

Ansiedad moderada : 56 a 70 puntos.

Alta ansiedad : 71 a 85 puntos.

Muy alta ansiedad : 86 a 102 puntos.

El presente cuestionario fue sometido a juicio de expertos, sometido a la validez del contenido y posterior a ello se realizó una prueba piloto a fin de determinar la validez y confiabilidad estadística mediante el alfa de Cronbach obteniendo una confiabilidad de 0.900, una correlación de variables de 770 y una significancia de (0.000).

Tabla 15. *Confiabilidad del Cuestionario Ansiedad Situacional*

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	133	100,0
	Excluido ^a	0	,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 16. *Estadística de fiabilidad*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,900	26

Tabla 17. *Estadística de total de elementos*

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
p11	60,89	244,828	,542	,896
p12	61,53	247,963	,480	,897
p13	60,86	240,229	,639	,894
p14	60,62	239,238	,576	,895
p15	60,34	238,256	,634	,894
p16	60,62	242,087	,568	,895
p17	61,04	242,900	,655	,894
p18	61,46	246,038	,626	,895
p19	61,41	244,608	,508	,896
p20	61,55	244,234	,538	,896
p21	61,37	239,522	,686	,893
p22	61,26	250,540	,359	,899
p23	61,10	247,013	,490	,897
p24	61,65	245,730	,597	,895
p25	60,80	240,693	,623	,894
p26	60,59	224,547	,348	,917
p27	61,90	249,195	,352	,899
p28	61,83	253,988	,221	,902
p29	60,89	246,555	,475	,897
p30	60,90	247,089	,456	,897
p31	61,50	240,828	,720	,893
p32	61,22	244,369	,594	,895
p33	61,11	246,798	,506	,897
p34	61,58	250,958	,444	,898

p35	61,50	245,191	,492	,897
p36	61,87	249,037	,435	,898

c) Escala de Calidad General

El presente instrumento de medición se adaptó utilizando como referencia la versión ya adaptada de la Escala de Calidad General a los Hospitales realizada por Civera en el año 2008.

En la adaptación del cuestionario, realizado por Civera (2008), se realizó dos dinámicas de grupo entre los gestores clínicos de tres hospitales españoles y otra entre el personal médico y de enfermería integrantes de los servicios de Oftalmología y Traumatología, constituidos por grupos de 9 personas. En la cual a través de los “Círculos de Calidad” de dichos hospitales se analizó los componentes o factores de las dimensiones de calidad mediante la utilización de la técnica de Brainstorming y Grupo Nominal. De esta forma se identificaron las variables validas a tener en cuenta para la adaptación del cuestionario. (Civera Satorres, 2008)

Para fines de la presente investigación, el cuestionario se adaptó para poder medir solo la intervención del profesional de enfermería en relación a la calidad.

Las escalas de medida utilizadas surgen como resultado de la revisión de la literatura y de la información obtenida en la investigación cualitativa. Para la medición de las variables se utilizaron escalas de Likert de 5 puntos. (Civera Satorres, 2008)

La “Escala de Calidad General” se divide en 11 categorías:

1. Profesionalidad del personal de enfermería (p37, p38, p39, p40. P41).
2. Confianza que inspira el profesional de enfermería (p42, p43, p44).
3. Empatía del profesional de enfermería (p45, p46, p47)

4. Capacidad de respuesta del profesional de enfermería (p48, p49, p50)
5. Conocimiento del historial del paciente (p51, p52)
6. Trato recibido por el profesional de enfermería (p53, p54, p55, p56)
7. Información que brinda el personal de enfermería (57, p58, p59, p60)
8. Equipamiento e instalaciones disponibles en el servicio (p61, p62, p63, p64, p65)
9. Coordinación del profesional de enfermería con los servicios hospitalarios (p66, p67)
10. Dedicación que brinda el profesional de enfermería (p68, p69, 70).
11. Comodidad de las salas de espera (p71, p72)

Donde la escala de puntuación de Calidad es la siguiente:

Muy insatisfecho	:	99 a 114
Insatisfecho	:	115 a 130
Regularmente satisfecho	:	131 a 146
Satisfecho	:	147 a 162
Muy satisfecho	:	163 a 180

La adaptación de la escala fue sometida a juicio de expertos, también fue sometida a la validez del contenido y posterior a ello se realizó una prueba piloto a fin de determinar la validez y confiabilidad estadística mediante el Alfa de Cronbach obteniendo una confiabilidad de 0.956, con una correlación de variables de 0.827 y significancia de (0.000)

Tabla 18. *Confiabilidad de la escala general de calidad*

	N	%
Válido	132	99,2
Casos Excluido ^a	1	,8
Total	133	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 19. Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,958	36

Tabla 20. Estadísticas de total de elementos

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
p37	147,70	397,541	,432	,958
p38	147,97	391,740	,533	,957
p39	148,21	389,436	,536	,958
p40	148,16	392,303	,441	,959
p41	147,52	385,717	,728	,956
p42	147,32	397,241	,608	,956
p43	147,25	398,113	,659	,956
p44	147,09	399,503	,784	,956
p45	147,25	393,884	,764	,955
p46	147,02	398,221	,740	,956
p47	147,03	399,159	,741	,956
p48	147,31	399,910	,690	,956
p49	147,34	400,028	,589	,956
p50	147,39	395,905	,695	,956
p51	147,44	398,309	,640	,956
p52	146,89	405,277	,716	,956
p53	147,00	404,046	,682	,956
p54	146,89	408,034	,582	,957
p55	147,03	400,167	,753	,956
p56	147,03	400,335	,775	,956
p57	147,20	400,256	,717	,956
p58	147,17	400,099	,645	,956
p59	147,55	397,257	,496	,957
p60	147,45	393,990	,669	,956
p61	146,90	405,616	,628	,956
p62	147,08	401,780	,595	,956
p63	147,04	401,625	,554	,957

p64	147,14	400,139	,568	,957
p65	147,16	405,188	,437	,957
p66	147,19	401,055	,625	,956
p67	147,18	402,058	,718	,956
p68	147,07	402,156	,719	,956
p69	147,61	392,468	,712	,956
p70	147,41	392,488	,748	,955
p71	147,56	393,653	,623	,956
p72	147,47	392,663	,662	,956

Procedimiento para la recolección de datos:

La etapa de recolección de datos se solicitó la autorización del Departamento de Docencia e Investigación de la Clínica Good Hope.

Una vez obtenido el permiso, se capacitó al personal de enfermería del Servicio de Gineco Obstetricia sobre el adecuado registro de las respuestas en los instrumentos proporcionados, principales dudas que podrían tener las pacientes encontradas en la prueba piloto, manejo de la información, confidencialidad y anonimato de la participación del paciente en el estudio.

Se contó con el apoyo de las supervisoras del Servicio de Gineco Obstetricia de ambos pisos. Se coordinó incentivos para el personal de enfermería encuestador, así también, incentivos para los pacientes que voluntariamente accedieron a participar.

Los datos se tomaron los meses de octubre, noviembre y diciembre, hasta alcanzar la muestra requerida.

Plan de tabulación y análisis de datos

Luego de la etapa de recolección de datos, los datos fueron ingresados al paquete estadístico Statistical Package of the Social Sciences (SPSS), versión 22. Las técnicas

estadísticas utilizadas para el análisis de los datos y consolidación de los objetivos de estudio se realizaron mediante el análisis descriptivo e inferencial: Tablas de frecuencia para los datos descriptivos, tablas cruzadas y prueba de Chi Cuadrado (X^2) para la asociación de variables. Para la verificación de la relación entre variables, se utilizó también el coeficiente de correlación Tau_b de Kendall. Los resultados se interpretaron de acuerdo con los objetivos del estudio y las hipótesis, los mismos que son expuestos mediante tabas y figuras.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Descripción de los resultados descriptivos

En la Tabla 21, se observa que el 61,7% de las pacientes encuestadas oscilan entre las edades de 31 a 40 años, los grupos etarios determinados como gestaciones de riesgo en la muestra alcanzaron un 3,8% en pacientes menores a 20 años y un 6,8% en pacientes de más de 40 años.

Tabla 21. *Edad*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de 20 años	5	3,8	3,8	3,8
De 20 a 25 años	9	6,8	6,8	10,5
De 26 a 30 años	28	21,1	21,1	31,6
De 31 a 40 años	82	61,7	61,7	93,2
Más de 40 años	9	6,8	6,8	100,0
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 22, se observa que el 65,4% de las pacientes encuestadas profesaban la religión católica, 12,8% de las pacientes eran adventistas y el 21,8% de las pacientes pertenecían a otras denominaciones: cristiana, evangélica y atea.

Tabla 22. Religión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Católica	87	65,4	65,4	65,4
Adventista	17	12,8	12,8	78,2
Otras denominaciones	29	21,8	21,8	100,00
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 23, se observa que el 84.2% de las pacientes encuestadas provenían de la costa del Perú y otros países (Brasil y Chile), el 10.5% de las pacientes provenían de la sierra y el 5.3% de pacientes provenían de la Selva (Iquitos, Chanchamayo y Tarapoto).

Tabla 23. Lugar de procedencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Costa	112	84,2	84,2	84,2
Sierra	14	10,5	10,5	94,7
Selva	7	5,3	5,3	100,0
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 24, se observa que el 89,5% de las pacientes encuestadas tenían estudios superiores, el 9.8% de las pacientes solo tenía secundaria completa y solo el 0.8% tenía primaria completa.

Tabla 24. Nivel educativo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	1	,8	,8	,8
Secundaria	13	9,8	9,8	10,5
Superior	119	89,5	89,5	100,0
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 25, se observa que el 45.1% de las pacientes encuestadas poseían un trabajo estable donde eran empleadas o contratadas, el 18.5% de pacientes eran amas de casa,

mientras que el 18% de pacientes tenían trabajos independientes, el 13.5% tenían “Otros” trabajos eventuales, el 45% de pacientes eran estudiantes.

Tabla 25. Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ama de casa	25	18,8	18,8	18,8
Estudiante	6	4,5	4,5	23,3
Empleada - contratada	60	45,1	45,1	68,4
Independiente	24	18,0	18,0	86,5
Otros	18	13,5	13,5	100,0
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 26, se observa que el 63.9% de las pacientes encuestadas eran casadas, 25,6% de pacientes eran convivientes, 9% eran solteras y 1.5%% de pacientes eran divorciadas.

Tabla 26. Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltera	12	9,0	9,0	9,0
Casada	85	63,9	63,9	72,9
Conviviente	34	25,6	25,6	98,5
Divorciadas	2	1,5	1,5	100,0
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 27, se observa que el 53,4% de pacientes tenían un hijo, el 35.3% de tenía dos hijos, el 9.8% tres hijos y solo el 1,5% de pacientes tenía cuatro hijos.

Tabla 27. Número de hijos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Uno	71	53,4	53,4	53,4
Dos	47	35,3	35,3	88,7
Tres	13	9,8	9,8	98,5
Cuatro	2	1,5	1,5	100,00
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 28, se observa que el 32,4% de pacientes no tenía cesáreas previas a la realizada en la presente gestación, el 57.1% de pacientes ya tenía una cesárea previa a la realizada, el 9.8% de pacientes ya tenía 2 cesáreas previas a la realizada y el 0.8% de pacientes ya tenía 3 cesáreas previas a la realizada en la presente gestación, considerándose estas dos últimas cesáreas de muy alto riesgo.

Tabla 28. *Número de cesáreas previas*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No cesárea anterior	43	32,4	32,4	32,4
Uno	76	57,1	57,1	89,5
Dos	13	9,8	9,8	99,3
Tres	1	,8	,8	100,0
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 29, se observa que el 15,8% de pacientes se realizó una ligadura de trompas en la presente cesáreas, mientras que el 84,2% de pacientes no se realizó la ligadura de trompas.

Tabla 29. *¿Se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	21	15,8	15,8	15,8
No	112	84,2	84,2	100,0
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 30, se observa que el 99,2% de pacientes no tuvo ninguna cirugía abdominal en los últimos 6 meses, mientras que el 0,8% de pacientes se realizó una cirugía abdominal (apendicetomía laparoscópica) dentro de los últimos 6 meses.

Tabla 30. *¿Se realizó alguna cirugía abdominal dentro de los últimos 6 meses?*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	132	99,2	99,2	99,2
Sí	1	,8	,8	100,0
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 31, se observa que el 91% de pacientes no tuvo ninguna cirugía adicional a la cesárea, al 3% de las pacientes se las sometió a una cesárea con miomectomía adicional, el 1.5% de pacientes tuvo un embarazo doble, los mismos porcentajes los alcanzaron las pacientes que realizaron hipotonía uterina después de realizada la cesárea, las pacientes que portaron catéter epidural 48 horas después de realizada la cesárea, pacientes que tuvieron un embarazo doble a las que se le realizó además una B-Linch.

Tabla 31. *Adicionales a la Cesárea*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Miomectomía	4	3,0	3,0	3,0
Embarazo doble	2	1,5	1,5	4,5
Hipotonía uterina	2	1,5	1,5	6,0
Portadora catéter epidural	2	1,5	1,5	7,5
Ninguna de las anteriores	121	91,0	91,0	98,5
B-Linch + Embarazo doble	2	1,5	1,5	100,0
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 32, se observa que el 72,92% de pacientes tuvo una atención de Cesárea y Recién Nacido cubierta por un seguro de EPS, el 17.3% de pacientes tuvo una atención cubierta por el seguro “Baby hope” que otorga la Clínica, mientras que el 9,8% de pacientes tuvo una atención cubierta de forma particular.

Tabla 32. Seguro de Salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
EPS	97	72,9	72,9	72,9
Baby Hope	23	17,3	17,3	90,2
Particular	13	9,8	9,8	100,0
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 33, se observa que el 91.7% de pacientes postcesareadas presentaron algún tipo de dolor 24 horas después de realizada la cesárea, 8,35 de pacientes postcesareadas no presentaron ningún tipo de dolor 24 horas después de realizada la cesárea.

Tabla 33. ¿Ha experimentado algún tipo de dolor en las últimas 24 horas, después de la cesárea?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	122	91,7	91,7	91,7
No	11	8,3	8,3	100,0
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 34, se observa que el 80.5% pacientes recibieron orientación para el manejo del dolor por el personal de enfermería mientras que el 19.5% de pacientes no recibió orientación para el manejo del dolor por el personal de enfermería.

Tabla 34. Información proporcionada al paciente.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	107	80,5	80,5	80,5
No	26	19,5	19,5	100,0
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 35, se observa que el 95.5% de pacientes pudieron comunicar oportunamente que tenían dolor mientras se encontraban con visitas dentro de la habitación,

mientras que el 4.5% de pacientes no pudo comunicar oportunamente que tenían dolor mientras se encontraban con visitas dentro de la habitación.

Tabla 35. *Comunicación del dolor oportuna*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	127	95,5	95,5	95,5
No	6	4,5	4,5	100,0
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 36, se observa que el 66.95 de pacientes encuestadas pertenecieron al Piso 3 “A” de Hospitalización mientras que el 33.1% de pacientes pertenecían al Piso 3 “B”.

Tabla 36. Piso de Hospitalización

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Piso 3B	44	33,1	33,1	33,1
Piso 3ª	89	66,9	66,9	100,0
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 37, se observa que el 62,4% de pacientes encuestadas catalogaron el nivel de dolor que sintieron dentro de las 48 – 72 horas postoperatorias como dolor moderado, el 18,8% de las pacientes catalogo el dolor como leve, alcanzando un porcentaje similar las pacientes que catalogaron el dolor como severo.

Tabla 37. Nivel del dolor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Dolor leve	25	18,8	18,8	18,8
Dolor moderado	83	62,4	62,4	81,2
Dolor severo	25	18,8	18,8	100,0
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 38, se observa que el 21,1% de pacientes tuvieron un manejo del dolor ineficiente, el 60,2% de pacientes tuvieron un regular manejo del dolor, mientras que un 18,8% de pacientes tuvieron un adecuado manejo del dolor.

Tabla 38. Manejo del dolor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ineficiente manejo del dolor	28	21,1	21,1	21,1
regular manejo del dolor	80	60,2	60,2	81,2
Adecuado manejo del dolor	25	18,8	18,8	100,0
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 39, se observa que el 34.6% de pacientes encuestadas catalogaron la ansiedad que sentían como “Alta ansiedad”, el 32.3% de pacientes la catalogó como “Baja ansiedad”, el 22.6% de pacientes como “ansiedad moderada”, el 7.5% de pacientes como

“muy alta ansiedad” mientras que un 3% de pacientes la catalogaron como “ansiedad muy baja”.

Tabla 39. *Nivel de Ansiedad*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ansiedad muy baja	4	3,0	3,0	3,0
Baja Ansiedad	43	32,3	32,3	35,3
Ansiedad moderada	30	22,6	22,6	57,9
Alta ansiedad	46	34,6	34,6	92,5
Muy alta ansiedad	10	7,5	7,5	100,0
Total	133	100,0	100,0	

En la Tabla 40, se observa que el 30.8% de pacientes postcesareadas calificó la calidad de atención brindada como “satisfecho,” el 28.6% la calificó como “muy satisfecho” mientras que el 27.1% de pacientes la calificó como “regularmente satisfecho”, 7.5% como “Insatisfecho” y 6% como “muy satisfecho”.

Tabla 40. *Calidad de atención de las pacientes postcesareadas*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy insatisfecho	8	6,0	6,0	6,0
Insatisfecho	10	7,5	7,5	13,5
Regularmente satisfecho	36	27,1	27,1	40,6
Satisfecho	41	30,8	30,8	71,4
Muy satisfecho	38	28,6	28,6	100,0
Total	133	100,0	100,0	

Contrastación de hipótesis

Hipótesis general

Ho: No existe relación de al menos uno de los factores y calidad de atención en el manejo del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

H1: Existe relación de al menos uno de los factores y calidad de atención en el manejo del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (*Ho*)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula y se acepta *Ha*.

En la Tabla 41 se observa que más de uno de los factores se relaciona significativamente con el manejo del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

Utilizando un coeficiente de confianza al 95% y un nivel de significancia de 5% (0.005); la significancia asintótica bilateral de los siguientes factores fue menor a 0.005: “Procedencia” (0,000), “Nivel educativo” (0.005), “Ocupación” (0,014), “Estado civil” (0,005), “Número de hijos” (0.015), “Se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía” (0.016).

Habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se acepta la hipótesis de investigación, concluyendo que existe relación significativa entre los factores sociodemográficos: procedencia, nivel educativo, ocupación, estado civil, número de hijos,

y “se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía” con el manejo del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

Dicho de otro modo, existe relación entre los factores sociodemográficos: procedencia, nivel educativo, ocupación, estado civil, número de hijos, y “se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía” con el manejo del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

Sin embargo, se observa que tanto los factores desencadenantes de ansiedad como la calidad de atención en el servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope no se relacionan con el manejo del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

Tabla 41. *Correlación de los factores con el manejo del dolor de la paciente postcesareada*

		MANEJO DOLOR	
Rho de Spearman	Edad	Coefficiente de correlación	-,036
		Sig. (bilateral)	,683
		N	133
	Religión	Coefficiente de correlación	-,165
		Sig. (bilateral)	,057
		N	133
	Procedencia	Coefficiente de correlación	-,299**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	133
Nivel educativo	Coefficiente de correlación	-,242**	
	Sig. (bilateral)	,005	
	N	133	
Ocupación	Coefficiente de correlación	-,213*	
	Sig. (bilateral)	,014	
	N	133	
Estado civil	Coefficiente de correlación	,194*	

		Sig. (bilateral)	,026
		N	133
		Coefficiente de correlación	,210*
Número de hijos		Sig. (bilateral)	,015
		N	133
		Coefficiente de correlación	-,118
Número de cesáreas		Sig. (bilateral)	,177
		N	133
		Coefficiente de correlación	-,244**
¿Se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía?		Sig. (bilateral)	,005
		N	133
		Coefficiente de correlación	,140
Se realizó alguna cirugía abdominal dentro de los últimos 6 meses:		Sig. (bilateral)	,108
		N	133
		Coefficiente de correlación	,036
Seguro		Sig. (bilateral)	,680
		N	133
		Coefficiente de correlación	,122
Adicional a Cesárea		Sig. (bilateral)	,162
		N	133
		Coefficiente de correlación	1,000
Manejo dolor		Sig. (bilateral)	.
		N	133
		Coefficiente de correlación	,005
	Nivel de ansiedad	Sig. (bilateral)	,959
		N	133
Rho de Spearman		Coefficiente de correlación	,014
	Calidad	Sig. (bilateral)	,870
		N	133

Hipótesis específicas 1

Ho: No existe relación significativa de al menos uno los factores con el nivel del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

H1: Existe relación significativa de al menos uno los factores con el nivel del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (*Ho*)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula y se acepta *Ha*.

En la Tabla 42 se observa que más de uno de los factores sociodemográficos se relaciona significativamente con el nivel del dolor las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

Utilizando un coeficiente de confianza al 95% y un nivel de significancia de 5% (0.005); la significancia asintótica bilateral los siguientes factores fueron menores a 0.005: “Nivel educativo” (0.006), Número cesáreas (0.037) y ¿Se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía? (0.020).

Por lo que habiendo evidencias suficientes para rechaza la hipótesis nula se acepta la hipótesis de investigación, concluyendo que existe relación significativa entre los factores sociodemográficos: nivel educativo, número cesáreas y la realización de un bloqueo tubárico bilateral en la presente cirugía, con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

Dicho de otro modo, existe relación entre los factores sociodemográficos: nivel educativo, número de cesáreas y la realización de un bloqueo tubárico bilateral en la presente cirugía con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

Tabla 42. *Correlación de los factores con el nivel de dolor de la paciente postcesareada*

		Nivel de dolor	
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-,074 ,396 133
	Religión	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-,059 ,499 133
	Procedencia	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-,164 ,059 133
	Nivel educativo	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-,238** ,006 133
	Ocupación	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-,119 ,172 133
	Estado civil	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,166 ,056 133
	Numero hijos	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,120 ,169 133
	Numero cesáreas	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-,181* ,037 133
	¿Se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía?	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-,202* ,020 133
		Coeficiente de correlación	,000

Se realizó alguna cirugía abdominal dentro de los últimos 6 meses:	Sig. (bilateral)	1,000
	N	133
	Coeficiente de correlación	-,059
Seguro	Sig. (bilateral)	,499
	N	133
	Coeficiente de correlación	,132
Adicional a Cesárea	Sig. (bilateral)	,130
	N	133
	Coeficiente de correlación	1,000
Nivel de dolor	Sig. (bilateral)	.
	N	133

Hipótesis específica 2

Ho: No existe asociación significativa de al menos uno de los factores al manejo del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

H1: Existe asociación significativa de al menos uno de los factores al manejo del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula y se acepta H_a .

En la Tabla 43 se observa que más de uno de los factores sociodemográficos se asocia significativamente con el manejo del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

Utilizando un coeficiente de confianza al 95% y un nivel de significancia de 5% (0.005); la significancia asintótica bilateral de los siguientes factores fue menor a 0.005: “Edad” (0,000), “Religión” (0,000), “Procedencia” (0,000), “Nivel educativo” (0.015), “Ocupación” (0,001), “Estado civil” (0,003), “Se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía” (0.017).

Por lo que habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se acepta la hipótesis de investigación, concluyendo que existe una asociación significativa de los factores sociodemográficos: edad, religión, procedencia, nivel educativo, ocupación, estado civil la realización de un bloqueo tubárico bilateral en la presente cirugía, con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

Descrito de otro modo, existe una asociación significativa entre la edad, religión, procedencia, nivel educativo, ocupación, estado civil la realización de un bloqueo tubárico bilateral en la presente cirugía con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

En la tabla de contingencia se observa de manera resaltante que la mayor proporción de pacientes tuvieron edades entre 31 y 40 años, el 58.5% de estas pacientes tuvieron un “regular manejo del dolor”. Se observa también que en el grupo etario de edades de riesgo el 0.0% de las pacientes menores de 20 años tuvo un ineficiente manejo del dolor (0.0%), mientras que el 0.0% de las pacientes mayores de 40 años tuvo un adecuado manejo del dolor.

Las pacientes postcesareadas de religión católica (60,9%) y de otras denominaciones religiosas (78.6%) tuvieron un regular manejo del dolor mientras que el 58.8% de pacientes adventistas tuvo un manejo del dolor ineficiente.

Las pacientes entrevistadas procedentes de la costa (61,6%) y selva (85.7%) tuvieron un manejo del dolor regular en contraste con las pacientes de la sierra (64,3%) que tuvieron un manejo del dolor deficiente.

El 62.2% de pacientes con educación superior tuvieron un manejo del dolor regular y 22.7% manejo del dolor ineficiente en comparación con el 53.8% de pacientes con educación secundario que tuvo un manejo del dolor adecuado.

En relación a la ocupación de las pacientes entrevistadas el 100% de pacientes estudiantes, 87.5% con trabajo independiente, 50% empleadas - contratadas en su trabajo y otros rubros tuvieron un manejo del dolor regular. En las pacientes que solo se dedicaban a ser “amas de casa”, el 40% de ellas tuvieron un adecuado manejo del dolor. Los porcentajes más altos para el “ineficiente manejo del dolor” fueron de las pacientes empleadas y contratadas con el 31.7% y 33.3% de otros rubros.

Las pacientes que no tuvieron cesáreas anteriores (69.8%), que tuvieron una cesárea anterior (52,6%) y dos cesáreas anteriores a la actual (69.2%), tuvieron un “manejo del dolor regular”, sin embargo, las pacientes que tuvieron un adecuado manejo del dolor también fueron las que habían tenido una y dos cesáreas anteriores, con un porcentaje de 25 y 23.1, respectivamente.

El 38.1% de las pacientes que se realizaron un bloqueo tubárico bilateral tuvieron un adecuado manejo del dolor frente a las pacientes que no se lo realizaron (15.2%), mientras

tanto el 24.1% de pacientes que no se realizó el bloqueo tuvo un “manejo ineficiente del dolor” frente al 4.8% de pacientes que si se realizó el bloqueo tubárico bilateral.

El mayor porcentaje de pacientes que presentó un “adecuado manejo del dolor” en relación con la forma de pago fue de público particular (23.1%), mientras que el porcentaje más alto para “ineficiente manejo del dolor” fue del seguro Baby Hope (26.1%).

Las pacientes a las que adicionalmente a la cesárea se les realizó una miomectomía tuvieron el más alto porcentaje de “ineficiente manejo del dolor” con un 75%, mientras que las pacientes con embarazo doble (100%), hipotonía uterina (100%), B- Linch y embarazo doble (100%) tuvieron un regular manejo del dolor.

Tabla 43. Asociación de los factores al manejo del dolor de la paciente postcesareada

		Manejo del dolor			Total	Chi-cuadrado de Pearson Sig. asintótica (2 caras)
		Ineficiente	manejo del regular manejo del dolor	Adecuado manejo del		
Edad	Menos de 20 años	Recuento	0	1	4	5
		% dentro de Edad	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
	De 20 a 25 años	Recuento	6	2	1	9
		% dentro de Edad	66,7%	22,2%	11,1%	100,0%
	De 26 a 30 años	Recuento	3	21	4	28
		% dentro de Edad	10,7%	75,0%	14,3%	100,0%
	De 31 a 40 años	Recuento	18	48	16	82
		% dentro de Edad	22,0%	58,5%	19,5%	100,0%
	Más de 40 años	Recuento	1	8	0	9
		% dentro de Edad	11,1%	88,9%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	28	80	25	133
		% dentro de Edad	21,1%	60,2%	18,8%	100,0%
Religión	Católica	Recuento	14	53	20	87
		% dentro de Religión	16,1%	60,9%	23,0%	100,0%
	Adventista	Recuento	10	5	2	17
		% dentro de Religión	58,8%	29,4%	11,8%	100,0%

	Otras denominaciones	Recuento	4	22	3	29		
		% dentro de Religión	10,7%	78,6%	10,7%	100,0%		
	Total	Recuento	28	80	25	133		
		% dentro de Religión	21,1%	60,2%	18,8%	100,0%		
Procedencia	Costa	Recuento	18	69	25	112		
		% dentro de Procedencia	16,1%	61,6%	22,3%	100,0%		
	Sierra	Recuento	9	5	0	14		
		% dentro de Procedencia	64,3%	35,7%	0,0%	100,0%	,000	
	Selva	Recuento	1	6	0	7		
		% dentro de Procedencia	14,3%	85,7%	0,0%	100,0%		
	Total	Recuento	28	80	25	133		
		% dentro de Procedencia	21,1%	60,2%	18,8%	100,0%		
	Nivel educativo	Primaria	Recuento	0	1	0	1	
			% dentro de Nivel educativo	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	
Secundaria		Recuento	1	5	7	13		
		% dentro de Nivel educativo	7,7%	38,5%	53,8%	100,0%	,015	
Superior		Recuento	27	74	18	119		
		% dentro de Nivel educativo	22,7%	62,2%	15,1%	100,0%		
Total		Recuento	28	80	25	133		
		% dentro de Nivel educativo	21,1%	60,2%	18,8%	100,0%		
Ocupación		Ama de casa	Recuento	1	14	10	25	
			% dentro de Ocupación	4,0%	56,0%	40,0%	100,0%	
	Estudiante	Recuento	0	6	0	6		
		% dentro de Ocupación	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%		
	Empleada – contratada	Recuento	19	30	11	60		
		% dentro de Ocupación	31,7%	50,0%	18,3%	100,0%	,001	
	Independiente	Recuento	2	21	1	24		
		% dentro de Ocupación	8,3%	87,5%	4,2%	100,0%		
	Otros	Recuento	6	9	3	18		
		% dentro de Ocupación	33,3%	50,0%	16,7%	100,0%		
Total	Recuento	28	80	25	133			
	% dentro de Ocupación	21,1%	60,2%	18,8%	100,0%			

Estado civil	Soltera	Recuento	1	11	0	12	
		% dentro de Estado civil	8,3%	91,7%	0,0%	100,0%	
	Casada	Recuento	21	52	12	85	
		% dentro de Estado civil	24,7%	61,2%	14,1%	100,0%	
	Conviviente	Recuento	6	17	11	34	.003
		% dentro de Estado civil	17,6%	50,0%	32,4%	100,0%	
	Divorciadas	Recuento	0	0	2	2	
		% dentro de Estado civil	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	Total	Recuento	28	80	25	133	
		% dentro de Estado civil	21,1%	60,2%	18,8%	100,0%	
Numero hijos	Uno	Recuento	20	42	9	71	
		% dentro de Numero hijos	29,4%	57,4%	13,2%	100,0%	
	Dos	Recuento	7	27	13	47	
		% dentro de Numero hijos	14,9%	57,4%	27,7%	100,0%	
	Tres	Recuento	0	10	3	13	,112
		% dentro de Numero hijos	0,0%	76,9%	23,1%	100,0%	
	Cuatro	Recuento	1	1	0	2	
		% dentro de Numero hijos	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%	
	Total	Recuento	28	80	25	133	
		% dentro de Numero hijos	21,1%	60,2%	18,8%	100,0%	
Numero cesáreas	Uno	Recuento	17	40	19	76	
		% dentro de Numero cesáreas	22,4%	52,6%	25,0%	100,0%	
	Dos	Recuento	1	9	3	13	
		% dentro de Numero cesáreas	7,7%	69,2%	23,1%	100,0%	
	Tres	Recuento	0	1	0	1	,213
		% dentro de Numero cesáreas	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	
	No tiene cesárea anterior	Recuento	10	30	3	43	
		% dentro de Numero cesáreas	23,3%	69,8%	7,0%	100,0%	
	Total	Recuento	28	80	25	133	
		% dentro de Numero cesáreas	21,1%	60,2%	18,8%	100,0%	
Si	Recuento	1	12	8	21	0,17	

¿Se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía?		% dentro de ¿Se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía?	4,8%	57,1%	38,1%	100,0%	
		Recuento	27	68	17	112	
	No	% dentro de ¿Se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía?	24,1%	60,7%	15,2%	100,0%	
		Recuento	28	80	25	133	
	Total	% dentro de ¿Se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía?	21,1%	60,2%	18,8%	100,0%	
		Recuento	28	80	24	132	
¿Se realizó alguna cirugía abdominal dentro de los últimos 6 meses?	Ninguna	% dentro de ¿Se realizó alguna cirugía abdominal dentro de los últimos 6 meses?	21,2%	60,6%	18,2%	100,0%	
		Recuento	0	0	1	1	
	Si	% dentro de ¿Se realizó alguna cirugía abdominal dentro de los últimos 6 meses?	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	,113
		Recuento	28	80	25	133	
	Total	% dentro de ¿Se realizó alguna cirugía abdominal dentro de los últimos 6 meses?	21,1%	60,2%	18,8%	100,0%	
Seguro	EPS	Recuento	21	58	18	97	
		% dentro de Seguro	21,6%	59,8%	18,6%	100,0%	
	Baby Hope	Recuento	6	13	4	23	
		% dentro de Seguro	26,1%	56,5%	17,4%	100,0%	,776
	Particular	Recuento	1	9	3	13	
		% dentro de Seguro	7,7%	69,2%	23,1%	100,0%	
	Total	Recuento	28	80	25	133	
		% dentro de Seguro	21,1%	60,2%	18,8%	100,0%	
	Miomectomía	Recuento	3	1	0	4	
		% dentro de Adicional Cx	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%	,161

	Embarazo	Recuento	0	2	0	2
	doble	% dentro de Adicional Cx	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Hipotonía	Recuento	0	2	0	2
	uterina	% dentro de Adicional Cx	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Adicionales	Portadora	Recuento	1	0	1	2
	a la catéter epidural	% dentro de Adicional Cx	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%
Cesárea	Ninguna de	Recuento	24	73	24	121
	las anteriores	% dentro de Adicional Cx	19,8%	60,3%	19,8%	100,0%
	B-Linch +	Recuento	0	2	0	2
	Embarazo	% dentro de Adicional Cx	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	doble					
		% dentro de Adicional Cx	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	28	80	25	133
		% dentro de Adicional Cx	21,1%	60,2%	18,8%	100,0%

Hipótesis específica 3

Ho: No existe relación significativa de al menos uno de los factores desencadenantes de la ansiedad con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

HI: Existe relación significativa de al menos uno de los factores desencadenantes de la ansiedad con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula y se acepta H_a .

En la Tabla 44 se observa que al menos uno de los factores desencadenantes de ansiedad se relaciona con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

Utilizando un coeficiente de confianza al 95% y un nivel de significancia de 5% (0.005); para la correlación de factores interpersonales desencadenantes de ansiedad cuya significancia bilateral es de 0,043.

Por lo que habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se acepta la hipótesis de investigación, concluyendo que existe relación significativa entre los factores interpersonales desencadenantes de ansiedad con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

Dicho de otro modo, existe relación entre los factores interpersonales desencadenantes de ansiedad con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

Tabla 44. *Correlación de los factores desencadenantes de ansiedad con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas*

		Nivel de dolor	
Rho de Spearman	Nivel de dolor	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 . 133
	Factores Personales en la Ansiedad	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-,021 ,812 133
	Factores Sociales en la Ansiedad	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,021 ,809 133
	Factores Emocionales en la Ansiedad	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-,088 ,312 133
	Factores Interpersonales en la Ansiedad	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,175* ,043 133
	Factores Económicos en la Ansiedad	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-,037 ,671

	N	133
	Coeficiente de correlación	,079
Factores Culturales en la Ansiedad	Sig. (bilateral)	,365
	N	133

Hipótesis específica 5

Ho: No existe relación significativa de al menos uno de los indicadores de calidad de atención con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

H1: Existe relación significativa de al menos uno de los indicadores de calidad de atención con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula y se acepta H_a .

En la Tabla 45 se observa que más de uno de los indicadores de calidad de atención se relaciona significativamente con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

Utilizando un coeficiente de confianza al 95% y un nivel de significancia de 5% (0.005); las significancias asintóticas bilaterales de los siguientes indicadores de calidad de atención fueron menores a 0.005: “Satisfacción con la profesionalidad del personal de enfermería” (0,007), “Conocimiento del historial del paciente” (0,004).

Por lo que habiendo evidencias suficientes para rechaza la hipótesis nula se acepta la hipótesis de investigación, concluyendo que existe relación significativa entre los indicadores de calidad de atención: profesionalidad del personal de enfermería y

conocimiento del historial del paciente con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

Descrito de otro modo, existe relación entre la profesionalidad del personal de enfermería y conocimiento del historial del paciente con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

Tabla 45. *Correlación de los indicadores de calidad de atención con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas*

		Nivel de dolor	
Rho de Spearman	Satisfacción con la profesionalidad del personal de Enfermería	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,233** ,007 133
	Confianza que inspira el profesional de enfermería	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-,071 ,418 133
	Empatía del profesional de enfermería	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,037 ,671 133
	Capacidad de respuesta del profesional de enfermería	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,050 ,570 133
	Conocimiento del historial del paciente	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,247** ,004 133
	Trato recibido por el profesional de enfermería	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,069 ,431 133
	Información que brinda el personal de enfermería	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,167 ,055 133
	Equipamiento e instalaciones disponibles en el servicio	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,016 ,854 133
		Coeficiente de correlación	,157

Coordinación del profesional de enfermería con los servicios hospitalarios	Sig. (bilateral)	,072
	N	133
Dedicación que brinda el profesional de enfermería	Coefficiente de correlación	,040
	Sig. (bilateral)	,650
	N	133
Comodidad de las salas de espera	Coefficiente de correlación	-,012
	Sig. (bilateral)	,889
	N	133
VARNiveldedolor	Coefficiente de correlación	1,000
	Sig. (bilateral)	.
	N	133

Discusión de resultados

Se ha revisado información de trabajos realizados en España, Brasil, Bolivia y Perú en los cuales se han encontrado resultados similares para algunas de las variables en esta investigación, pero no se puede aseverar que estos puedan ser comparados entre ellos, debido a que han sido evaluados en realidades socioeconómicas distintas, las variables desarrolladas han sido diseñadas agrupando otras variables dentro de sí para la consecución de los objetivos. Sin embargo, han permitido enriquecer el marco teórico y servir de referencia en la discusión de este trabajo.

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación de los factores y la calidad de atención en el manejo del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

Hallándose que más de uno de los factores se relaciona significativamente con el manejo del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope.

Las relaciones más significativas de los factores sociodemográficos son “Procedencia” (0,000), “Nivel educativo” (0,005), “Ocupación” (0,014), “Estado civil” (0,026), “Número de hijos” (0,015) y “se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía” (0,005).

Sin embargo, para las variables ansiedad (0,959) y calidad de atención (0,870) no hay una relación significativa.

Dicho de otro modo, existe relación entre los factores sociodemográficos: procedencia, nivel educativo, ocupación, estado civil, número de hijos, y “se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía” con el manejo del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

Mientras que la ansiedad y la calidad de atención no tienen relación significativa con el manejo del dolor.

Una extensa búsqueda en la literatura identificó pocos trabajos con información respecto al manejo de dolor de la forma en que se dimensiona la variable en esta investigación, sin embargo, encontró datos importantes que justifican la unión de variables para conceptualizar mejor la percepción de dolor por el paciente.

Según (Carvalho, et. al., 2017), dentro de los hallazgos del estudio “dolor postoperatorio de mujeres sometidas a cesarea”, en Brasil, la palabra “dolorida” fue encontrada entre las más utilizadas para describir el dolor postoperatorio. MacDonald y Weiskopf, citado por Carvalho, indican que la frecuencia de esta palabra para describir el dolor postoperatorio, puede ser justificada por la desproporcionalidad en la cantidad de palabras en cada agrupamiento del cuestionario. Sin embargo, en sus hallazgos también encontraron la presencia de descriptores afectivos que señalan la presencia de aspectos relacionados con la tensión, miedo y respuestas neurovegetativas que se encuentran en la experiencia dolorosa. Estos hallazgos señalan la importancia de la evaluación multidimensional de la experiencia dolorosa.

Según Ruiz, Espino, Vallejos y Durán (2013), en relación a la edad de las postcesareadas, una de las condiciones maternas que determinan la vía de nacimiento, destacan la edad materna y la reducción en el número de hijos deseados. A su vez, las mujeres primigestas tienen una mayor proporción de partos por cesárea (43.3%) y mientras la maternidad inicie a más temprana edad existe la posibilidad de que esta mujer tenga más hijosa lo largo de su vida.

Así mismo, los estudios comprueban que el deseo de realizar simultáneamente la salpingectomía bilateral es una opción creciente en las pacientes, por lo que encontramos que este procedimiento puede influir de forma significativa en el manejo del dolor postoperatorio sin embargo no encontramos más estudios que respalden esta relación.

Acosta y Rey (2008) en su estudio sobre estrategias de afrontamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), encontró que los pacientes con estudios universitarios, independientemente del tratamiento que reciben, asumen la enfermedad con puntuaciones similares de estrategias de afrontamiento orientadas a solucionar el problema, confrontarlo y buscando apoyo social; intentan distraer su atención de los síntomas de la enfermedad sin evitar aceptarla, por medio del distanciamiento y evitación.

Por otro lado, el estudio también identificó el nivel de ansiedad, calidad de atención y manejo del dolor en las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco-Obstetricia de la Clínica Good Hope, 2017. Hallándose un 3% de pacientes con nivel de “ansiedad muy baja”, 32,3% con “ansiedad baja”, 22,3% con “ansiedad moderada”, 34,6% con “ansiedad alta” y un 7,5% con “ansiedad muy alta”.

Según Serrano, Campo y Carreazo (2016), los posibles factores causales de esta ansiedad situacional son circunstancias, relaciones y contextos de vida estresantes, pérdida de recursos personales, bajo nivel socioeconómico, ansiedad, depresión y el bajo apoyo social que atraviesa la paciente.

En cuanto a la calidad de atención de las pacientes postcesareadas recibida en el servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope, se obtuvo que el 6% de pacientes entrevistadas estuvieron “muy insatisfechos” con la atención recibida, 7,5% de ellas

estuvieron “insatisfechas”, 27,1% “regularmente satisfechas”, 30,8% “Satisfechas”, y 28,6% “muy satisfechas”.

Virginia Henderson señala: “La finalidad de los cuidados de enfermería es, conservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades. (Jara, 2014)

Aproximadamente el 59% de las pacientes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia reportan un nivel de satisfacción de “satisfecho y muy satisfecho”. Estos resultados dejan clara la contribución específica del profesional de enfermería.

El paciente siente satisfechas sus necesidades cuando es atendido por un profesional que demuestra habilidades y destrezas al realizar su tarea. Lo cual lleva al paciente a recuperar la independencia, (Campos y Pérez 2007)

Mientras que para el manejo del dolor de la paciente postcesárea del servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope se hallaron los siguientes resultados 18,8% de pacientes tuvieron un “manejo del dolor adecuado”, 60,2% tuvieron un “manejo del dolor regular” mientras que el 21,1% de pacientes tuvieron un “manejo del dolor ineficiente”.

Según Covarrubias, et al (2006), el manejo inadecuado del dolor postoperatorio en una cesárea puede afectar de forma significativa el bienestar de la madre y el neonato; esto es debido a que en presencia de dolor: se retrasa la ambulación, el tiempo de inicio de la ingesta y la ventilación presenta un patrón restrictivo, condicionando la acumulación de secreciones. Estas alteraciones en conjunto favorecen el desarrollo de complicaciones como lo son el íleo, atelectasias, neumonía, tromboembolismos, así mismo la liberación de catecolaminas inhibe la secreción de oxitocina, con lo cual la producción de leche materna disminuye o se suspende.

En el estudio realizado por Calderón (2014), se encontró que, al clasificar la intensidad del dolor, de las pacientes postoperadas de cesárea, predominó el dolor moderado, mientras que el dolor máximo presentado en las primeras 24 horas fue clasificado como severo, por un 61,4% de las mujeres, el dolor promedio fue clasificado como moderado con un 68%. En otro estudio realizado en Brasil, se encontró que el 92,7% de postcesareadas tuvo dolor, el 15,2% de pacientes catalogaron el dolor como leve, 32,6% como moderado, 37,5% como fuerte, 14,6% como peor dolor posible. (Carvalho et. al, 2017). Se encontraron datos similares donde la frecuencia de pacientes postoperadas que tuvieron dolor dentro de las primeras 24 horas fue de 95,5% ante un 4,5% de pacientes que percibió no haber tenido dolor. Según (Andrade, Caiza, & Gallegos, 2014), en las pacientes con primera gestación, como en las pacientes con dos o más gestaciones, el dolor de la cesárea con técnica Pfannestiel los pacientes presentaron dolor moderado (66,7%) a severo (19%), respectivamente. Se encontraron datos similares a los resultados obtenidos, donde el 18,8% tuvo un nivel de dolor leve, el 62,4% un dolor moderado y el 18,8% un dolor severo.

Por otro lado, este estudio también determinó la relación de los factores sociodemográficos con el nivel del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017. Hallándose que más de uno de los factores sociodemográficos se relacionaba significativamente con el nivel del dolor estos son “Nivel educativo” (0.006), “Número cesáreas (0.037) y la realización de una ligadura de trompas en la presente cirugía (0.020).

Descrito de otro modo, existe relación entre los factores sociodemográficos: nivel educativo, número de cesáreas y la realización de un bloqueo tubárico bilateral en la presente

cirugía con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

Según Calderon (2014) el mayor dolor percibido en 24 horas se asoció con el número de embarazos ($r_s=12$, $p=.04$), que significa que a mayor número de embarazos, mayor dolor promedio y en su estudio encontró que al determinar la relación entre la satisfacción con el manejo del dolor por el personal de salud, se encontró una relación negativa entre la satisfacción del usuario con el manejo del dolor por parte de la enfermera, con el tiempo de espera ($R_s-.19 = p.01$) y una relación positiva con el número de cesáreas ($r_s=.12$, $p=.04$) que significa que a mayor tiempo de espera menor satisfacción, y a mayor número de cesáreas mayor satisfacción.

Este estudio, además, determinó la asociación de los factores sociodemográficos con el manejo del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope, 2017. Hallándose que más de uno de los factores sociodemográficos se asocia significativamente con el manejo del dolor, los cuales son “Edad” (0,000), “Religión” (0,000), “Procedencia” (0,000), “Nivel educativo” (0.015), “Ocupación” (0,001), “Estado civil” (0,003), “Se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía” (0.017).

Descrito de otro modo los factores sociodemográficos: edad, religión, procedencia, nivel educativo, ocupación, estado civil y la realización de una ligadura de trompas en la presente cirugía se asocian significativamente el manejo del dolor de la paciente postcesareada.

Los estudios transculturales sobre el dolor parecen indicar que los patrones de conducta, las creencias y los valores del grupo afectan el comportamiento individual frente

al dolor, es especial en lo que a formas de expresión y comunicación se refiere, así como al modo de entender el dolor. (Diez & Diez Llorca, 2016)

En relación al nivel educativo y su influencia en el manejo del dolor. Acosta y Rey (2008) en su estudio sobre estrategias de afrontamiento de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), encontró que los pacientes con estudios universitarios, independientemente del tratamiento que reciben, asumen la enfermedad con puntuaciones similares de estrategias de afrontamiento orientadas a solucionar el problema, confrontarlo y buscando apoyo social; intentan distraer su atención de los síntomas de la enfermedad sin evitar aceptarla, por medio del distanciamiento y evitación.

Referente al número de hijos, debemos tener en cuenta que un nuevo miembro en la familia es una gran riqueza psicológica para el proceso de socialización, pero siempre y cuando sea en el momento adecuado, alrededor de los dos o tres años, fecha en la que ya el mayor habrá adquirido la marcha, el lenguaje, el control de esfínteres y una cierta independencia con su incorporación al mundo escolar. (Gomez, 1991). Para que la madre pueda atender de forma eficaz y eficiente al nuevo hijo.

Por otro lado, se determinó la relación de los factores desencadenantes de ansiedad con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017. Hallándose una relación significativa de factores interpersonales desencadenantes de ansiedad cuya significancia bilateral es de 0,043.

Dicho de otro modo, existe relación entre los factores interpersonales desencadenantes de ansiedad con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.

En el estudio de “Los niveles de ansiedad en gestantes adolescentes son mayores en comparación con las gestantes adultas”. El único factor con asociación estadísticamente significativa a la ansiedad en gestantes adolescentes fue la diferencia de edad con la pareja, con el resto de variables estudiadas como grado de instrucción, ocupación, religión, estado civil, edad de inicio de relaciones sexuales, mes de diagnóstico de gestación, edad gestacional, abandono de estudios y/u ocupación, estado civil de los padres, relación conflictiva en la familia, dependencia económica, influencia de la pareja y preparación psicoprofiláctica no se encontró asociación estadísticamente significativa. (Rozas Latorre, Vera Bejar, & Vera Huaranca, 2001)

Los problemas en la relación de pareja muestran estar asociados con el nivel de estrés y depresión, y el mayor porcentaje de problemas en la relación con la pareja durante el embarazo. El grupo que mostró más estrés en el estudio fue el de solteras que viven con la propia familia, casadas/unidas que viven con la propia familia, casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja con menor evidencia de estrés al de la pareja sola. (Quezada Berumen & Gonzales Ramirez, 2012)

En este caso, la ansiedad particular de la paciente está enfocada ante los siguientes pensamientos: “¿Quién cuidará a mis otros hijos mientras estoy hospitalizada?”, “¿Cómo se llevarán mis otros hijos con el bebé recién nacido?”. Frente a lo cual no aún no hay investigaciones que manejen la postura de esta investigación para poderlas contrastar más que el comentario de Gómez (1991), donde habla de la llegada del nuevo hijo y los cambios que produce en la dinámica familiar, sobre todo en el vínculo con la pareja y en las relaciones con los otros hijos y familiares.

Por otro lado, se determinó la relación de los indicadores de calidad de atención con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017. Hallándose una relación significativa de los indicadores de calidad de atención: “Satisfacción con la profesionalidad del personal de enfermería” (0,007), “Conocimiento del historial del paciente” (0,004).

Descrito de otro modo, existe relación entre la profesionalidad del personal de enfermería y conocimiento del historial del paciente con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

Cuyos criterios de la profesionalidad del personal de enfermería que evaluaron las pacientes entrevistadas fueron explicación de los tipos de dolor postcesárea, educación sobre evaluación del dolor y la forma en que el paciente puede comunicarlo, educación sobre alternativas alternas a la administración de medicamentos para disminuir el dolor, educación sobre efectos secundarios la medicación condicional para el dolor intenso y la explicación de los procedimientos al realizarlos.

Y los criterios que evaluaron las pacientes al personal profesional de enfermería para el “Conocimiento del historial del paciente” fue: conocimiento del historial médico, antecedentes personales e historia obstétrica; así como la evaluación diaria de la mejoría del paciente.

En el estudio realizado por Civera (2008), a una muestra de 399 pacientes de los siguientes hospitales: “Hospital Privado 9 de octubre”, “Hospital Público Sagunto” y el “Hospital de Alzira” encontró que en la formación de la satisfacción del personal de enfermería influyen la profesionalidad del personal con un 0,13 de significancia, la confianza (0,13), el trato recibido (0,26) y la información ofrecida (0,17). La satisfacción global viene

determinada por la satisfacción con el personal de enfermería (0,76) y por la coordinación del personal (0,12).

El presente estudio determinó que la relación que existe entre la profesionalidad del personal de enfermería y el nivel del dolor tiene una influencia más estrecha (0,007), además relaciona otro indicador de la calidad de atención con el dolor y es el conocimiento del historial del paciente con un (0,004) de significancia.

Entre tanto otros indicadores de la calidad explicados por Civera como la información que brinda el personal de enfermería (0,055), la coordinación del profesional de enfermería con los otros servicios hospitalarios (0,072) que no alcanzaron una significancia aceptable en esta investigación podrían sustentarse con la muestra utilizada en esta investigación siendo que estos indicadores pudieran lograr mejores resultados de aceptación con muestras mayores.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- 1) Los factores más de uno se relación con la calidad de atención en el manejo del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017. Se concluye que existe relación significativa entre los factores sociodemográficos: procedencia, nivel educativo, ocupación, estado civil, número de hijos, y la realización de bloqueo tubárico bilateral en la presente cirugía con el manejo del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017. Observándose además que los factores desencadenantes de ansiedad como la calidad de atención en el servicio de Gineco Obstetricia no se relacionan significativamente con el manejo del dolor
- 2) El nivel de ansiedad de mayor proporción en la muestra es de “ansiedad alta” con un 34.6%, la calidad de atención a predominio es “satisfecha” con un 30.8% y el manejo del dolor para la muestra es de “regular” con el 60.2% en las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia de la Clínica Good Hope, 2017.
- 3) Los factores sociodemográficos más de uno se relacionan con el nivel del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope,

2017. Se concluye que el nivel educativo, el número de cesáreas y la realización de ligadura de trompas en la presente cirugía tienen una relación significativa con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas.

- 4) Los factores más de uno se asocian con el manejo del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017. Se concluye que existe relación significativa entre los factores sociodemográficos: nivel educativo, número de cesáreas y la realización de un bloqueo tubárico bilateral en la presente cirugía con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.
- 5) Los factores desencadenantes de la ansiedad más de uno se asocian con el nivel del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017. Se concluye que existe relación significativa entre los factores interpersonales desencadenantes de ansiedad con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017.
- 6) Los indicadores de calidad más de uno se relacionan con el nivel del dolor de la paciente postcesareada del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope, 2017. Se concluye que existe relación significativa entre la profesionalidad del personal de enfermería y conocimiento del historial del paciente con el nivel del dolor de las pacientes postcesareadas del servicio de Gineco Obstetricia en la Clínica Good Hope 2017.

Recomendaciones

- 1) Desarrollar más instrumentos de medición que puedan evaluar de forma multidimensional el dolor percibido por la paciente.
- 2) Como estrategia para reducir el dolor postoperatorio de las pacientes postcesareadas se debe invertir recursos en implementar de un protocolo de evaluación y estandarización del tratamiento farmacológico del dolor, ya que un mejor manejo del dolor postoperatorio beneficia el bienestar de la madre y el neonato. Esto repercutirá de forma positiva para la institución como una mayor percepción de la calidad de atención recibida en el servicio.
- 3) Seguir investigando en este tipo de población y se sugiere para estudios posteriores establecer planes de cuidado, programas de intervención en los pacientes, desarrollo de programas de mejora de la calidad en el servicio que aborden los factores e indicadores encontrados en el presente estudio que afectan el manejo del dolor postoperatorio.
- 4) Elaborar programas de intervención con abordaje biopsicosocial que incluyan la participación de la familia en el manejo del dolor.
- 5) Diseñar programas de capacitación para estudiantes en el pregrado previa a las prácticas y el internado y para el posgrado en enfermería, manejen con solvencia el fenómeno, la valoración del dolor, el manejo del dolor con intervenciones farmacológicas y no farmacológicas y las estrategias de orientación al paciente y cuidadores.
- 6) Desarrollar estrategias de sensibilización sobre la adecuada valoración del dolor para el personal asistencial y motivación para aplicar técnicas analgésicas eficaces y

estrategias para disminuir el dolor de la paciente postoperada y evitar el desarrollo del dolor crónico postcesárea.

Referencias bibliográficas

- Consumer Reports. (16 de mayo de 2017). Your Biggest C-Section Risk May Be Your Hospital. *CR Consumer Reports*. Obtenido de <http://pequelia.republica.com/parto-y-postparto/la-probabilidad-de-parto-por-cesarea-varia-segun-el-hospital-en-estados-unidos.html>
- Hospital Clinic Barcelona. (24 de Febrero de 2012). *Serviciode Medicina Materno - Fetal*. Obtenido de <http://www..medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/obstetricia/cesarea/pdf>
- Acosta Hernandez, P. A., & Rey Anacona, C. A. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal cronica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o transplante renal. *Revista Colombiana de Psicología*(17), 9-26. ISSN;0121-5469. Obtenido de Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- Ahuanari Ramirez, A. N. (2017). *Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima, 2016*. Lima: UNMS (Tesis Pregrado).
- Andrade Vásquez, S. L., Caiza Perez, A. E., & Gallegos Vintimilla, S. H. (2014). *Tipo de incisión quirúrgica como factor de riesgos asociado al dolor postcesarea en mujeres atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el año 2014*. (Tesis de Post grado) Universidad Central del Ecuador.
- Arbonés, E., Montes, A., Riu, M., Farriols, C., Mínguez, S., & (IMAS), C. p. (Agosto - Setiembre de 2009). El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. *Revista de la Sociedad Española del Dolor. SciElo*, 16(6), ISSN 1134-8046. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462009000600004
- Arbonés, E., Montes, M., & Farriols, C. (ago-sep de 2009). El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. (L. C. (IMAS), Ed.) *Revista Sociedad española del Dolor*, 16(6), 314-322.

Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462009000600004

- Arosemena, P. R. (21 de Noviembre de 2016). *PSYCIENCIA*. Recuperado el 23 de 12 de 2017, de <https://www.psyciencia.com/sensibilidad-trastorno-ansiedad/>
- Ataurima Mañueco, R. (2016). *Satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en el servicio de URPA. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, 2016*. Lima: Universidad Mayor de San Marcos. (Tesis Postgrado) .
- Bianco, G. (08 de Noviembre de 2013). *¿La Biblia dice "parirás con dolor"? [Mensaje en un blog]*. Obtenido de <https://gabriellabianco.wordpress.com/2013/11/08/la-biblia-dice-pariras-con-dolor/>
- Calderón Dimas, M. E. (2014). *Satisfacción con el manejo del dolor durante el puerperio quirúrgico*. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León (Tesis Maestría).
- Castillo de Comas, C., Díaz Diez-Picazo, L., & Barquintero Canales, C. (24 de Octubre de 2008). *Recordatorio de Semiología*. Obtenido de http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1712/44/00440047_LR.pdf
- Cirujanos, A. E. (1 de julio de 2015). Dolor postoperatorio en España. *Dolor postoperatorio en España - 1er Documento de consenso*. Obtenido de file:///C:/Users/Administrador/Downloads/Dolor_Postoperatorio_Doc_Consenso.pdf
- Civera Satorres, M. (2008). *Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido*. Castellon de la Plata: Universidad AUME (Tesis Doctoral).
- Cochaud Nonet, C., & Rodríguez Miranda, R. (10 de Marzo de 2014). Dolor crónico postoperatorio: Factores predictivos y prevención. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI*, 645 - 753. Obtenido de Medigraphic.com: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc1451.pdf>
- Consumer Reports. (12 de mayo de 2016). Hospitales de EEUU prefieren practicar cesáreas y no partos naturales. *La Opinión*.
- Covarrubias Gomez, A., & Landín Alanís, A. A. (1 de Abril - Junio de 2014). Dolor postoperatorio en gineco-obstetricia. *revista Mexicana de Anestesiología*, 37, S51-S55.

- Dagnino S., J. (1994). Definiciones y clasificaciones del dolor. *Boletín de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile*, 23(3), 3 - 4.
- De Molina Fernández, I., Rubio Rico, L., Roca Biosca, A., Jimenez Herrera, M., De la Flor Lopez, M., & Sirgo, A. (9 de Julio de 2015). *Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: la importancia de su detección*. Obtenido de SciELO:
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a03.pdf>
- Diario de Sevilla. (19 de Diciembre de 2010). *Estres y ansiedad*. Obtenido de mheducation.es: <http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176391.pdf>
- Diez, A., & Diez Llorca, G. (21 de Marzo de 2016). *Aspectos psicológicos asociados al dolor*. Obtenido de Catedra del dolor. com:
<http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema%203.pdf>
- División Sudamericana, d. l. (2017). *Reglamentos eclesiástico-administrativos*. Buenos Aires, Argentina: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- Donoso, E., Carvajal, J. A., Vera, C., & Poblete, J. A. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *SciELO*, 142(2), ISSN 0034-9887.
- Espinoza Rojas, J. L. (2014). *Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del centro obstétrico del hospital San Juan de Lurigancho 2014*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología. (17 de Junio de 2014). Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. *Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(2), 139 - 151.
- Gallego, J.I; Rodríguez de la Torre, M.R.; Vásquez Guerrero, J.C.; Gil, M. (mayo de 2004). Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor posoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(4), 35-40. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000400003
- Garza Hinojoza, A. (1 de Julio de 2016). *Dolor postoperatorio. "Conchita" Hospital para la mujer y el niño*. Obtenido de anestesia.org:
http://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/2/13/357/c.php

- Garzón, L. (2015). *Efectividad de la técnica de punción seca en la disminución del dolor en pacientes con síndrome de latigazo presentes en fisiocentro de los sistemas médicos de la Universidad San Francisco en el periodo de mayo-agosto del 2014*. . Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Ginecología, F. C. (17 de Junio de 2014). Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. *Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(2), 139 - 151.
- Gomez Esteban, R. (1991). Factores psicosociales en el embarazo, parto y puerperio. *CLINICA Y SALUD*, 2(3), 1 - 6.
<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1991/vol3/arti3.htm>.
- Gonzales Lucana, I. (8 de Noviembre de 2017). Dolor y las emociones. Fisiología y conducta. *Revista psicología Venezolana En Nuestra Casa de Estudio*, 3 - 14. HPS-171-00006V.
- Got Questions Ministries. (2002 - 2018). *¿Qué dice la biblia acerca del dolor?* Obtenido de www.gotquestions.org: <https://www.gotquestions.org/Espanol/el-dolor-y-la-Biblia.html>
- Heras Pérez, B., Gobernado Tejedor, J., Mora Cepeda, P., & Almaraz Gómez, A. (Noviembre de 2011). La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. *ELSEVIER*, 54(11), 575-580.
<https://doi.org/10.1016/j.pog.2011.06.012>.
- Hinojosa, G. (01 de 07 de 2005). *Hospital Christus Muguerza "Conchita"*. Obtenido de 34° Congreso Argentino de Anestesiología:
http://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/2/17/920/c.pdf
- Huiza Guardia, G. A. (2003). *Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval*. Callao: Universidad Mayor de San Marcos (Tesis de Maestría).
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (28 de Setiembre de 2015). *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Obtenido de
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/605GRR.pdf>
- Jacobs, A. J. (8 de Noviembre de 2011). *Manejo de la hemorragia postparto en el parto por cesárea*. Obtenido de <https://quijote626.jimdo.com/manejo-de-la-hemorragia-posparto-en-el-parto-por-ces%C3%A1rea/>

- Jara Concha, P. d. (2014). Laseguridad del paciente en el área de enfermeríaquirúrgica. Congreso de Enfermería. Concepción, Chile. Obtenido de <https://congresoenfermeria.es/libros/2014/ponencias/sala2.pdf&ved=2aUKEejM4OKrgl7ZAhWJmVkKHZdQDIwQFjAGegQlCxAB&usg=AOvVaw3qUpYMwqAuFkqxalSns6ge>
- Jáuregui, M. P., Tapia, I., Duque, S., Gárate, G., Montesdeoca, G., & Gaybor, M. (2014). Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero – Diciembre de 2011. *Revista Médica HJCA*, 6(1), 43-50. Obtenido de <file:///C:/Users/Administrador/Downloads/97-416-1-PB.pdf>
- Jiménez Paneque, R. E. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. *Revista Cubana de Salud Pública. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras"*, 30(1), 3 - 11.
- Johnson, N., Mak, W., & Sowter, M. (23 de Enero de 2008). *Tratamiento quirúrgico para la enfermedad tubarica en mujeres que se someterán a una fecundación in vitro*. Obtenido de Cochrane.org: <http://www.cochrane.org/es/CD002125/tratamiento-quirurgico-para-la-enfermedad-tubaria-en-mujeres-que-se-someteran-una-fecundacion-vitro>
- Larraz, I. (11 de agosto de 2017). Latinoamérica gana por cesárea. *El País*. Obtenido de https://elpais.com/elpais/2017/08/09/planeta_futuro/1502268381_004054.html
- Leal, Esmeralda; Mendoza N, Mirna D; Hernández V, Norma E; Avila Alpirez, Hermelinda; Frías R, Barbarita; Gracia C, Gloria N. (octubre-diciembre de 2009). Satisfacción del control y alivio del dolor en usuarios posoperados hospitalizados. *Enfermería Universitaria*, 6(4). Obtenido de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/29903/27800>
- Lolas Speke, F. (2 de Abril de 2003). *Aspectos psicológicos del dolor. Medicina Psicosomática*. Obtenido de Psiquiatria.com: <https://psiquiatria.com/medicina-psicosomatica/aspectos-psicologicos-del-dolor/>
- López Tello, V. (2012). *Dolor posoperatorio en la URPA y plantas de hospitalización del Centro General del Huca*. Oviedo, Principado de Asturias - España: Universidad de Oviedo. Obtenido de

http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/3943/7/TFM_Vanessa_L%C3%B3pez_Tello.pdf

- Magdaleno Dans, F., Sancha Naranjo, M., Rincón Ricote, M. I., Ipez Magallón, S., de Andrés Baeza, P., & González González, A. (2010). Cesárea corporal y miomectomía. Indicaciones actuales. *SciELO.Revista chilena de obstetricia y ginecología.*, 75(4), 266 - 271. ISSN 0717-7526.
- Marroquín Cardona, M. d. (2004). *Percepción de la Calidad de Atención en la Sala de Primer Contacto*. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Ministerio de Apologética e investigación Cristiana. (2008). *Dios multiplica los dolores de parto para la mujer*. Obtenido de MIAPIC: <http://www.miapic.com/dios-multiplica-los-dolores-de-parto-para-la-mujer>
- Ministerio de Salud. (2002). *Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud*. Obtenido de MINSAL: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/07%20-%20Encuesta%20Usuarios%20Externos.pdf>
- Ministerio de Salud. (2015). *Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015*. Ministerio de Salud, Oficina General de Tecnologías de la Información. Obtenido de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2015). *Programa Nacional Salud de la Mujer*. Obtenido de Minsal 2015: <http://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/cicatriz-de-cesarea-anterior>
- Moreno Monsivais, M.G; Fonseca Niño, F.F.; Interrial Guzmán, M.G. (2017). Factores asociados con la intensidad del dolor en pacientes mexicanos hospitalizados en periodo postoperatorio. *Revista Sociedad Española del Dolor*. doi:10.20986/resed.2016.3442/2016
- Moreno, María; Interrial, Guadalupe; Garza, María; Hernández, Esther. (2012). Intensidad y manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Revista Cuidarte*, 3(1), 355-362. Obtenido de <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/32/37>
- Muñoz R., M. d. (2012). *Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados en una institución privada*. Tesis para obtener el Grado de Maestría

- en Ciencias de la Familia, Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León - México. Obtenido de <http://eprints.uanl.mx/3099/1/1080224765.pdf>
- Muñoz Rodríguez, M. d. (2012). *Satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados en una institución privada*. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León (Tesis Maestría).
- Muñoz, J. (2010). *Hospital Universitario La Paz*. Obtenido de http://www.analgesiatotal.com/documents/formacion_ManualDolorAgudo_20100309.pdf
- Numpaque Pacabaque, A., & Rocha Buelvas, A. (10 de Febrero de 2016). Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios. *SCIELO*, 64(4), 715-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54839>. Obtenido de SCIELO.
- Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de WHO: <http://www.who.int/features/2017/quality-care-facilities/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (10 de Abril de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de WHO: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (10 de abril de 2015). Solo deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos. *Centro de prensa*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>
- Orrico de Brito Cancado, T. O., Ashmawi, H. A., & Abramides Torres, M. L. (2012). Dolor Crónico Poscesárea. Influencia de la Técnica Anestésico - Quirúrgica y de la Analgesia Postoperatoria. (E. E. Ltda, Ed.) *Revista Brasileira Anestesiología*, 62(6), 1-7.
- P., R. A. (21 de Noviembre de 2016). *PSYCIENCIA*. Recuperado el 23 de 12 de 2017, de <https://www.psyciencia.com/sensibilidad-trastorno-ansiedad/>
- Peña Ayudante, W. R., Palacios, J. J., Oscuvilca, E. C., & Peña, A. (2011). El primer embarazo en mujeres mayores de 35 años de edad. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Tema Libre presentado al XVIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, Noviembre 2010*.(57), 49-53.

- Peñaloza Aldaz, S. L. (2014). *Intervención del profesional de enfermería en relación al manejo del dolor en las pacientes postquirúrgicas gineco-obstétricas del HPDA en el periodo de diciembre mayo de 2014*. Amabato, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7993/1/Pe%C3%B1aloza%20Aldaz%2C%20Silvana%20Lorena.pdf>
- Quezada Berumen, L. d., & Gonzales Ramirez, M. T. (Enero - Abril de 2012). El papel de los estresores y las condiciones. *SciELO. Psicología desde el Caribe. Universidad Autónoma de Nieveo León*, 29(1), ISSN 2011-7485. <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a03.pdf>.
- Quispe, A. M., Santivañez-Pimentel, A., Leyton-Valencia, I., & Pomasunco, D. (2010). Cesáreas en siete hospitales públicos de Lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 45-50. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/363/36319349008.pdf>
- Refugio, M. R. (2012). *Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados en una institución privada*. Monterrey, Nuevo león - México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Obtenido de <http://eprints.uanl.mx/3099/1/1080224765.pdf>
- Reports, C. (16 de mayo de 2017). Your Biggest C-Section Risk May Be Your Hospital. *CR Consumer Reports*.
- Rozas Latorre, M. S., Vera Bejar, Y., & Vera Huaranca, M. I. (Marzo - Agosto de 2001). Niveles de Ansiedad y Factores asociados en Gestantes Adolescentes y Adultas que. *Revista Científica. UMSM*, 9(18), 5-9. http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/situa/2001_n18/Niveles%20de%20ansiedad.htm.
- Ruiz Sanchez, J., Espino y Sosa, S., Vallejos Parés, A., & Durán Arenas, L. (30 de Setiembre de 2013). Cesáreas: Tendencias y resultados. *Perinatología y Reproducción Humana*, 28(1), 33 - 40.
- Sada, O; Delgado Hernández, E; Castellanos Olivares, A. (2011). Prevalencia del dolor postoperatorio en cirugía electiva de pacientes del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. *Revista de la Sociedad Española del*

- Dolor*, 18(2), 91-97. Obtenido de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000200004
- Secretaría de salud, Dirección General de Salud Reproductiva. (2002). *Cesárea Segura, Lineamiento Técnico*. Obtenido de
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL710.pdf>
- Serrano Villa, S., Campos Gayturo, P. C., & Carreazo Pariasca, N. y. (Julio de 2016). Asociación entre la ansiedad materna y el parto pretermino en Lima, Perú. *SciELO. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(3), Version On-line ISSN 1561-3062. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000300006.
- Soler Company, E., Faus Soler, M., Mantaner Abasolo, M., Morales Olivas, F., & Martínez Ponz Navarro, V. (abril de 2001). Identificación de los factores que influyen en el dolor posoperatorio. *Revista Española Anestesiol Reanim*, 48(4), 163-170.
- Troncoso M., J., Bravo O., E., Riesle P., H., & Hevia M., J. (2009.). Sutura de B-Lynch: experiencia en el desarrollo de una nueva técnica quirúrgica. *Revista chilena de obstetricia y ginecología. SciELO.*, 74(6), 360 - 365. ISSN 0048-766.
- Ulanowicz, M. G., Parra, K. E., Wendler, G. E., & Tisiana Monzón, L. (Enero de 2006). Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*(153), 13 - 17. https://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm.
- Urreta Palacios, J. E. (2008). *Relación entre el funcionamiento familiar y el*. Lima: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS (Tesis Pregrado).
- Urure V., I. (2007). *Satisfacción de los pacientes con la atención posoperatoria en el servicio de cirugía del Hospital "Santa María del Socorro" de Ica, 2006*. Tesis para optar el grado de doctor, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Lima.
- Uzcátegui U, O. (octubre de 2008). Estado actual de la cesárea. *Gaceta médica de Caracas*, 116(4). Obtenido de
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4sVUD6dlug8J:www.sciel.org/ve/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0367-47622008000400003+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe

- Valenzuela M., P., Becker V., J., & Carvajal C., J. (2009). Pautas de manejo clínico de embarazos generales. *Revista chilena de obstetricia y ginecología. SciELO.*, 74(1), 52 - 68. ISSN 0717-7526.
- Valera, R. (1909). *La Biblia*.
- Vergara Sagbini, G. (Noviembre de 2009). *Maternidad Rafael Calvo*. Obtenido de <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CTS.pdf>
- White, E. G. (1890). *Patriarcas y Profetas*.
- White, E. G. (1905). *Ministerio de Curación*.
- White, E. G. (1952). *El Hogar Cristiano*. Washington, DC.: Corporación Editorial E. G. de White.
- White, E. G. (1952). *Ministerio Médico*. Washington, DC: Corporación Editorial E. G. White.
- White, E. G. (2004). *Joyas de los Testimonios Tomo II*. Ellen G. White Estate. Obtenido de <http://www.iasdsanjudas.com/documentos/Libros-EP/Joyasdelostestimonios2.pdf>
- Zafra Takana, J. H., Veramendi Espinoza, L., & Villa Santiago, N. (2015). Problemas en la calidad de atención en salud: oportunidad de mejora. *SciELO. UNMS*, 76(1), doi:10.1538/anales.v76i1.1184.

APÉNDICES

Apéndice A. Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO SOBRE LOS FACTORES Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL MANEJO DEL DOLOR DE LA PACIENTE POSTCESAREADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA

A continuación, se presenta una serie de ítems relacionados con usted: “Factores y calidad de atención en el manejo del dolor de la paciente postcesareada en el servicio de ginecología de la Clínica Good Hope”. Sus respuestas son anónimas y no existen respuestas malas o buenas; por lo que se solicita que pueda contestar con sinceridad.

Su participación es voluntaria. Si desea participar en este estudio, por favor responda y entregue el instrumento al personal de enfermería. Por favor complete todas las preguntas solicitadas.

Considerando que cada comportamiento puede realizarse con diferentes frecuencias, elija marcando con una EQUIS (X) o con un (√) la alternativa que más represente su actuar o sentir.

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION ¡

I. DATOS GENERALES

Marca el recuadro con la letra que corresponda: Ejm:



1 Edad:

- a) Menos de 20 años b) 20 -25 años c) 26 - 30 años d) 31- 40 años e) Más de 40 años

2 Confesión religiosa:

- a) Católica b) Adventista c) Ateo d) OTRA: _____

3 Lugar de Procedencia:

- a) Costa b) Sierra c) Selva

4 Nivel de educación:

- a) Primaria b) Secundaria c) Superior

5 Ocupación:

- a) Ama de casa b) Estudiante c) Empleada - contratada d) Independiente e) Otros

6 Estado Civil:

- a) Soltera b) Casada c) Conviviente d) Viuda e) Divorciada

7 Número de hijos:

- a) Uno b) Dos c) Tres d) Cuatro e) Cinco a más

8 Número de cesáreas previas:

- a) Uno b) Dos c) Tres d) Cuatro e) Cinco a más
- 9 ¿Se realizó ligadura de trompas en la presente cirugía?

- a) Sí b) No

- 10 Se realizó alguna cirugía abdominal dentro de los últimos 6 meses:

- a) Ninguna b) Sí, ¿cuál? _____

- 11 Tipo de seguro:

- a) EPS b) Baby Hope c) Particular

- 12 Adicionales a la cirugía:

- a) Miomectomía b) B-Linch c) Embarazo doble d) Hipotonía uterina e) Portadora catéter epidural

II. NIVEL DE DOLOR

13. ¿Ha experimentado algún tipo de dolor en las últimas 24 horas, después de la cesárea?

- a) Sí b) No

Según la escala numérica, marca con una (x) sobre el número que mejor corresponda a lo que siente o percibe:

- 14 ¿Cuánto dolor está sintiendo en **este momento**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún dolor

Máximo dolor posible

- 15 Marca el **máximo de dolor** que usted haya experimentado en las últimas 24 horas:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún dolor

Máximo dolor posible

- 16 Marca el **nivel promedio** de dolor que ha experimentado en las últimas 24 horas:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún dolor

Máximo dolor posible

- 17 Marca el número que describe cómo durante las últimas 24 horas el **dolor ha interferido** con usted:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún dolor

Máximo dolor posible

- a) Interferencia con su **actividad general**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún dolor

Máximo dolor posible

- b) Interferencia con su **humor o estado de ánimo**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún dolor

Máximo dolor posible

- c) Interferencia con el **sueño**:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ningún dolor

Máximo dolor posible

18 En las primeras horas, después de la cesárea, ¿usted recibió orientación del profesional de enfermería acerca de los tipos de dolor que sentiría?

a) Sí b) No

19 ¿Usted pudo comunicar oportunamente al profesional de enfermería que tenía dolor, mientras se encontraba con visitas dentro de la habitación?

a) Sí b) No

III. CUESTIONARIO SITUACIONAL:

Pensar en estas situaciones me genera ansiedad:

a) Personales

	Ítems	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
20	Pensar que el dolor de la herida de la cesárea no disminuya, me genera ansiedad.					
21	Pensar en que debo usar faja todo el tiempo, me genera ansiedad					
22	Pensar en cómo estarán atendiendo a mi bebé, me genera ansiedad					
23	Pensar en que el calostro que tendré será insuficiente para mi bebé, me genera ansiedad					
24	Pensar en que la cantidad que lactó mi bebé sea insuficiente, me genera ansiedad					
25	Pensar en que mi bebé pueda tener alguna enfermedad, me genera ansiedad					
26	Pensar en que pueda tener complicaciones después de esta cirugía, me genera ansiedad					
27	Pensar en cuánto tiempo sangraré por vía vaginal después de la cirugía, me genera ansiedad					
28	Pensar en cuánto tiempo estarán hinchados mis pies, me genera ansiedad					
29	Pensar en qué dieta debo seguir en casa, me genera ansiedad					
30	Pensar en que los medicamentos que me administran interfieran con la lactancia materna, me genera ansiedad					

b) Sociales

N°	Ítems	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
31	Pensar en cuántas visitas debe recibir mi bebé recién nacido, me genera ansiedad					
32	Pensar en que todas las personas que vienen a verme tocarán a mi bebé recién nacido, me genera ansiedad					
33	Pensar en que mi familia no podrá visitarme mientras esté hospitalizada, me genera ansiedad					

c) Emocionales

N°	Ítems	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
34	Pensar en cómo tendré que cuidar a mi bebé en casa, me genera ansiedad					
35	Pensar en cómo bañaré a mi bebé en casa, me genera ansiedad					

d) Interpersonales

Nº	Ítems	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
36	Pensar en quién cuidará a mis otros hijos mientras estoy hospitalizada, me genera ansiedad					
37	Pensar en cómo se llevarán mis otros hijos con el bebé recién nacido, me genera ansiedad					

e) Económicos

Nº	Ítems	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
38	Pensar en cómo estará la cuenta de mi hospitalización, me genera ansiedad					
39	Pensar en cómo criaré a mi bebé, me genera ansiedad					
40	Pensar en que la habitación de mi bebé esté bien equipada, me genera ansiedad					

f) Culturales

Nº	Ítems	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
41	Pensar en si podré cocinar en casa, me genera ansiedad					
42	Pensar en si podré levantar cosas en casa, me genera ansiedad					
43	Pensar en cuánto tiempo puedo volver a tener relaciones sexuales, me genera ansiedad					
44	Pensar en qué métodos anticonceptivos debo usar, me genera ansiedad					
45	Pensar en cuánto tiempo debo de esperar para que mi siguiente embarazo sea seguro, me genera ansiedad					

Las alternativas de frecuencia de realización de un comportamiento y actitudes del personal de enfermería son las siguientes:

1. *Nunca*: N, 2. *Casi nunca*: CN, 3. *A veces*: AV, 4. *Casi siempre*: CS, y 5. *Siempre*: S

Ejemplo:

COMPORTAMIENTO

Barro la vereda de mi casa

N	CN	AV	CS	S
		x		

Al marcar esta alternativa reconoces que "a veces" barres la vereda de tu casa.

IV. CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN

ITEMS		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Profesionalidad del personal de enfermería						
46	¿El profesional de enfermería que la atendió le explicó acerca de los tipos de dolor que usted sentiría en el postoperatorio mediato?					
47	¿El profesional de enfermería que la atendió le enseñó a evaluar la intensidad del dolor y comunicarlo?					
48	¿El profesional de enfermería le enseñó alguna alternativa aparte de la medicación administrada para disminuir el dolor?					
49	¿El profesional de enfermería le explicó los efectos secundarios de la analgesia de rescate o la medicación condicional al dolor intenso?					

50	¿El profesional de enfermería le explica los procedimientos antes de realizarlos?					
Confianza que inspira el profesional de enfermería		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
51	Me he sentido cómoda para contar con confianza mis antecedentes de salud, historial obstétrico y comunicar al personal profesional de enfermería cuando sienta alguna insatisfacción con la atención y/o dolor.					
52	Me he sentido cómoda expresando mis dudas al profesional de enfermería que me atiende.					
53	Confío en los cuidados de los profesionales de enfermería que me atienden.					
Empatía del profesional de enfermería		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
54	El profesional de enfermería que me atiende me explica los procedimientos para que pueda entenderlos.					
55	El profesional de enfermería a cargo de mi cuidado me escucha.					
56	El profesional de enfermería a cargo de mi cuidado muestra disposición para ayudarme.					
Capacidad de respuesta del profesional de enfermería		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
57	El profesional de enfermería me atiende con rapidez.					
58	El profesional de enfermería aplica rápidamente la medicación condicional al dolor intenso cuando la solicito.					
59	El profesional de enfermería resuelve mis dudas y quejas o las canaliza para que puedan darme información o solución a mis problemas.					
Conocimiento del historial del paciente		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
60	El profesional de enfermería conoce mi historial médico, antecedentes personales e historia obstétrica.					
61	El profesional de enfermería evalúa diariamente mi mejoría					
Trato recibido por el profesional de enfermería		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
62	Siento que el profesional de enfermería que me atiende es amable.					
63	Siento que el profesional de enfermería me trata con respeto.					
64	Siento que el profesional de enfermería me brinda una atención personalizada.					
65	Siento que el trato que el profesional de enfermería me brinda me hace sentir cómoda.					
Información que brinda el personal de enfermería		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
66	La información que me brinda el profesional de enfermería es clara.					
67	El profesional de enfermería me informa sobre los medicamentos que me dan.					
68	El profesional de enfermería me informa sobre los horarios de visita y sus restricciones.					
69	El profesional de enfermería me informa sobre los condicionales de mi tratamiento para el dolor.					
Equipamiento e instalaciones disponibles en el servicio		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
70	El servicio de hospitalización de ginecología dispone de los equipos necesarios para mi atención.					
71	El servicio de hospitalización de ginecología dispone de instalaciones modernas.					

72	Es fácil localizar timbres, interruptores de luz, manijas y teléfonos para el llamado de la enfermera dentro de la habitación.					
73	Los muebles de la habitación son cómodos y prácticos para mí.					
74	Los equipos e instalaciones de la habitación están en buen estado.					
Coordinación del profesional de enfermería con los servicios hospitalarios		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
75	Percibo coordinación cuando el personal técnico de enfermería y enfermería me atienden.					
76	Percibo coordinación cuando el personal de laboratorio, obstetricia, nutrición y neonatología me atienden.					
Dedicación que brinda el profesional de enfermería		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
77	¿El tiempo que utiliza el profesional de enfermería para mi evaluación física es el adecuado?					
78	¿El tiempo que utiliza el profesional de enfermería para enseñar a diferenciar los tipos de dolor y métodos para aliviar el dolor fuera de la medicación empleada es el adecuado?					
79	Si lo solicito, un profesional de enfermería viene a darme información adicional a la brevedad.					
Comodidad de las salas de espera		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
80	Las personas que vienen a visitarme me comentan que la sala de espera es amplia, está limpia y dispone de suficientes asientos para todos.					
81	Las personas que vienen a visitarme me comentan que la sala de espera es cómoda y agradable.					